ตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง
STIGMA OF SUICIDE SURVIVORS AND APPLICATION OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY

*เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, พย.ม. (Chaleomphan Mekloi, RN, M.N.S.,)**

Abstract

Suicide does not only affect persons who committed suicide but also their family members, close friends and beloved ones. In every suicide death, suicide survivors may feel shame, discrimination, and painful emotion. Some of them would hardly acknowledging their emotions. It is a pain that can cause stigma for suicide survivors. Eventually, they may abuse substance and commit suicide. Using group supportive psychotherapy to reduce stigma is important since it can help group members feel safe, secure, and accepted to talk about their feeling and connect with others who have lost loved ones from suicide. The key elements of therapy were universality, cohesion, and the installation of hope. Thus, the objectives of this article are to address the impact of stigmatization on suicide survivors, the importance of group supportive psychotherapy in reducing stigma, and roles of psychiatric nurses as the therapist in group supportive psychotherapy for reducing the severity of mental health problems and the suicide impact.

Keywords: Group supportive psychotherapy, Stigma, Suicide survivors

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายไม่เพียงส่งผลต่อผู้ฆ่าตัวตาย แต่ยังส่งผลต่อสมาชิกครอบครัว เพื่อนสนิท และบุคคลอันเป็นที่รักด้วย ทุกครั้งที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอาจรู้สึกอับอาย รู้สึกแปลกแยกจากสังคม และเกิดความรู้สึกที่เจ็บปวด และในบางรายไม่สามารถตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองได้ เป็นความเจ็บปวดที่อาจสร้างตราบาปให้กับสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ในที่สุดสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอาจใช้สารเสพติดหรืออาจกระทำการฆ่าตัวตายได้ การใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเพื่อลด

*Corresponding author, อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Laung University), Email: leena99_4@hotmail.com

วันที่รับ (received) 13 กันยายน 2562 วันที่แก้ไข (revised) 15 มิถุนายน 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 สิงหาคม 2563

-20-0608(001)P3.indd 18 4/9/2563 BE 13:12

ตราบาปจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึก ปลอดภัย มั่นคง เป็นที่ยอมรับว่าเขาจะสามารถพูดถึงความรู้สึกได้ และได้ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากการฆ่าตัวตาย โดยองค์ประกอบสำคัญของการบำบัดคือ ความรู้สึกเป็นสากล การผูกพันจิตใจต่อกัน และการบ่มเพาะความหวัง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงผลกระทบของตราบาปในกลุ่มญาติผู้สูญเสีย ความสำคัญของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในการช่วยลดตราบาป และบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้บำบัด เพื่อลดขนาดความรุนแรงของปัญหาด้านสุขภาพจิตและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ตราบาป สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกปีละ 1 ล้านคน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 จะมีประชากรเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2017) สำหรับประเทศไทย มีรายงานสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ ใน พ.ศ. 2560 จำนวน 6.03 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2561) การฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน ได้แก่ สมาชิกครอบครัว คู่สามีภรรยา พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง หรือแม้แต่เพื่อนร่วมงาน (Drapeau & McIntosh, 2016) ซึ่งการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่เกิดจากการฆ่าตัวตายนั้นทำให้เกิดความเศร้าโศก และส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจโดยร้อยละ 6 – 15 ของกลุ่มญาติเหล่านี้ตกอยู่ในความเศร้าโศกและยากต่อการทำความเข้าใจต่อการที่บุคคลในครอบครัวจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (Young et al., 2012) บางรายพยายามปกปิดความเศร้าโศกด้วยการหลีกหนีความทรงจำเกี่ยวกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก ดำเนินชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมาย ไม่สนใจตนเอง หมดหวัง หรืออยู่กับความเคียดแค้นทั้งตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตาย มีการแยกตัวเองและทำตัวห่างเหินออกจากสังคม ไม่ประกอบอาชีพหรือไม่สนใจที่จะทำงาน ความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นได้บ่อยกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ที่ตายด้วยสาเหตุตามธรรมชาติ และโอกาสฟื้นตัวสู่ภาวะปกติเป็นไปด้วยความเชื่องช้า (Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple, & Marshall, 2014) สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เพียงมีความเศร้าโศก แต่ยังมีความรู้สึกผิด โทษและโกรธตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีส่วนรับผิดชอบกับการกระทำและคำพูดที่อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเปรียบเสมือนตราบาปในใจ ส่งผลให้ขาดความเชื่อถือในตนเอง แยกตัว และไร้ความหวัง มีความลำบากใจต่อการสื่อสารเรื่องฆ่าตัวตายกับผู้อื่น (Asare-Doku, Osafo, & Akotia, 2017) ทำให้การเข้าถึงการช่วยเหลือค่อนข้างน้อย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งก็พบว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มนี้มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแผนการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย 1.9, 2.9 และ 3.7 เท่าของคนทั่วไป (Maple, Cerel, Jordan, & McKay, 2014)

จึงถือว่าสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเป็นกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายรายใหม่ได้ในอนาคต บทความนี้นำเสนอเพื่อให้เห็นถึงผลกระทบของ ประเด็นตราบาปในสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ความสำคัญของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองและปัจจัยบำบัดในการทำกลุ่มบำบัดเพื่อช่วยลดตราบาป บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้บำบัด เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มยอมรับและเผชิญกับความจริงของการสูญเสีย และแสดงความรู้สึกต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม เสริมสร้างความหวัง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการป้องกันการฆ่าตัวตายและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ตราบาป

ตราบาป (stigma) หมายถึง อคติที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับ ถูกแบ่งแยกกีดกัน ลดโอกาสการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกด้อยค่า น่าอับอาย บั่นทอนทั้งความเป็นบุคคล สถานะทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและความภาคภูมิใจ (Hill et al., 2020; Pompili et al., 2013) ตราบาปมี 2 ลักษณะ คือ 1) ตราบาปทางสังคม (public stigma) เป็นปฏิกิริยาของบุคคลในสังคมเห็นพ้องต้องกันและเป็นการให้สัญลักษณ์ต่อผู้ที่มีความผิดปกติหรือมีความเบี่ยงเบนไปจากความคาดหวังของสังคม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม และใช้สื่อความหมายร่วมกันภายในสังคมให้เข้าใจตรงกัน ด้วยการตัดสินว่าเป็นสิ่งเสื่อมเสียและไม่พึงประสงค์ (Frey, 2015) ส่งผลให้เกิดการมองแบบเหมารวมทางลบ ถูกลดคุณค่า รู้สึกอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง และถูกแบ่งแยกกีดกัน ลดโอกาสในการดำเนินชีวิตตามปกติในสังคม เช่น ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคเรื้อน นักโทษ ติดยาเสพติด พฤติกรรมรักร่วมเพศ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญายง และชูชาติ วงศ์อนุชิต, 2558; สุจิตรา วรสิงห์, 2557; Keller, McNeill, Honea, & Miller, 2019) และ 2) ตราบาปภายในใจ (internalized stigma, self-stigma) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้และยอมรับปฏิกิริยาของสังคมแล้วหันเหความรู้สึกเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง บุคคลจะรับรู้ตนเองในทางลบ มองว่าตนเองไม่มีคุณค่าและไม่ควรได้รับการยอมรับ มีการโทษหรือตำหนิตัวเองอย่างมาก ส่งผลให้จมอยู่ในความทุกข์ใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองสูง เช่น ตราบาปในผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้สูญเสียคนใกล้ชิดจากการฆ่าตัวตาย เป็นต้น (เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, กชพงศ์ สารการ และอัญชลิกา ภูมิรัชปัญญา, 2558; Asare - Doku, Osafo, & Akotia, 2017; Pitman, Stevensonc, Osborna, & King, 2018)

ตราบาปในสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นบุคคลที่มีการสูญเสียคนใกล้ชิดหรือคนสำคัญในชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Pompili et al., 2013; Scocco, Preti, Totaro, Ferrari, & Toffl, 2017) ตราบาปของบุคคลเหล่านี้ เป็นตราบาปที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจากการประทับตราต่อตนเอง รับรู้ตนเองในทางลบ มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเป็นการยุติชีวิตของบุคคลหนึ่ง

แต่สร้างความสะเทือนใจให้อีกหลายๆคนที่อยู่รอบข้าง ผู้ที่ยังอยู่มักโกรธตัวเองที่ไม่ได้ช่วยเหลือผู้ที่เขารัก รู้สึกว่าตนเองมีส่วนรับผิดชอบกับการกระทำ การพูด ที่อาจส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ตลอดจนการละเว้นไม่กระทำบางอย่างที่อาจเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตาย การพูดที่อาจส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น เช่น *"ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะไม่ด่าเขา จะไม่ไล่ให้เขาไปตาย" "โกรธตัวเองมากและจะไม่ให้อภัยตัวเองเลย รู้อยู่ว่าลูกกำลังเสียใจแต่ก็ยังทิ้งลูกให้อยู่คนเดียว ไม่น่าจะไปตลาดตอนนั้นเลย"* (เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, ปราการ ถมยางกูร และสุระ คุณคงคาพันธุ์, 2552) ญาติของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่จะเผชิญกับผลกระทบจากการสูญเสีย แต่ยังได้รับผลกระทบจากตราบาปในสังคมด้วย ยกตัวอย่างเช่นในกลุ่มภรรยาที่สูญเสียสามีจากการฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้า โกรธและตำหนิโทษตนเอง รู้สึกเป็นปมด้อย ไม่สามารถยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ (Pitman et al., 2018) สิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับจึงเป็นการกล่าวโทษตำหนิมากกว่าการดูแลช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ไปขัดขวางการเข้าสังคม เช่น คำพูดที่ว่า *"อยากหนีไปอยู่ไกล ๆ ที่ไม่มีใครรู้จักเพราะไม่อยากได้ยินคำถามซ้ำ ๆ ว่าทำไมลูกถึงฆ่าตัวตาย" "ไม่อยากไปตลาดเพราะไม่ชอบถูกถามว่าจะหาเงินไปทำไมลูกก็ไม่มีแล้ว"* (เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย และคณะ, 2552) *"ฉันรู้สึกเหมือนถูกสังคมกีดกันเพราะเขาไม่รู้ว่าทำไมเรื่องแบบนี้จึงเกิดขึ้นในครอบครัวเรา"* รู้สึกเหมือนเป็นความล้มเหลว รู้สึกอับอาย ไม่กล้าที่จะไประบายความทุกข์ดังกล่าวให้บุคคลอื่นล่วงรู้ได้ เช่น คำพูด *"มันไม่ใช่เรื่องที่จะเล่าให้ใครๆ ฟังได้หรอกนะ" "ผมรู้สึกอับอายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มันเป็นเรื่องยากที่จะเล่าให้คุณฟัง"* (Asare-Doku, Osafo, & Akotia, 2017) สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จต้องต่อสู้และเผชิญกับความรู้สึกที่เป็นตราบาปในใจอยู่ตลอดเวลาด้วยกระบวนการทางความคิดบิดเบือน ทักษะทางสังคมบกพร่องและไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตได้ บางคนต้องใช้สารเสพติดหรืออาจลงมือกระทำการฆ่าตัวตายตาม (อรพิน ยอดกลาง และคณะ, 2552; Keller, McNeill, Honea, & Miller, 2019)

ผลกระทบของตราบาปจากการฆ่าตัวตาย

ปฏิกิริยาตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะอยู่กับความรู้สึกผิด ละอาย ปฏิเสธ หลีกหนีและไม่ยอมรับความจริง หรือไม่ยอมทำความเข้าใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นลักษณะเฉพาะที่พบในกลุ่มบุคคลผู้สูญเสียเหล่านี้ (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016) มีผู้ศึกษาถึงผลกระทบของตราบาปในกลุ่มผู้สูญเสียคนใกล้ชิดจากการฆ่าตัวตาย ทั้งต่างประเทศและในประเทศ พอสรุปปัญหาได้ 4 ด้าน (เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย และคณะ, 2558; Asare-Doku et al., 2017; Pitman et al., 2018; Scocco, Preti, Totaro, Ferrari, & Toffl, 2017) ดังนี้

1. ด้านความคิดและการรับรู้ เมื่อมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีปฏิกิริยาช็อก งุนงง มึนชา อาการนี้เกิดขึ้นภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายวัน หลังจากนั้นเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง มีความคิดหมกมุ่นถึงสาเหตุการตายหรือหาเหตุผลที่จะอธิบายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกผิดกล่าวโทษตนเองหรือกล่าวตำหนิผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้อง รับรู้และมองตนเองว่าไร้ความสามารถ สูญเสียการควบคุมตนเอง ตำหนิตนเอง พยายามค้นหาเหตุผลมาอธิบายเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากความรู้สึกดังกล่าว หากเป็นผู้มีความคิดด้านลบต่อการฆ่าตัวตายจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดเป็นตราบาปของชีวิต และรู้สึกอับอายมากยิ่งขึ้น

2. ด้านอารมณ์และความรู้สึก ภายหลังการสูญเสียบุคคลในครอบครัวจากการฆ่าตัวตาย สมาชิกในครอบครัวบางรายที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการตายที่เกิดขึ้น โดยรู้สึกทุกข์ โศกเศร้าเสียใจ หงุดหงิด หวาดกลัว อ้างว้าง โหยหาอาวรณ์ต่อผู้ที่ตาย ซึ่งถึงแม้อารมณ์เหล่านี้ค่อยๆ ลดลงในสองถึงสามเดือนแรก แต่มีบางรายที่ยังคงมีปัญหาด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เรื้อรังและรุนแรงเพิ่มขึ้น จนกระทั่งเข้าสู่ระยะของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ นอกจากนั้นพวกเขายังรู้สึกโกรธคับข้องใจที่ตนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ตายได้ โกรธที่ถูกผู้ตายทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และต้องแบกรับภาระที่ผู้ตายทิ้งไว้ให้รับผิดชอบ รู้สึกอับอายคิดว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย มาจากความผิดปกติทางจิตใจ หรือป่วยเป็นโรคจิต เป็นการตายที่ผิดธรรมชาติ รู้สึกท้อแท้มีความคิดอยากตาย เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ รวมทั้งรับรู้ว่าตนเองได้สูญเสียความหวัง ขาดโอกาสที่ดี ชีวิตไม่มีความหมาย นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกอีกประการหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัว จะต้องแบกรับคือ ความหวาดกังวลว่าการฆ่าตัวตายนั้น จะถ่ายทอดไปยังสมาชิกผู้ที่มีอายุน้อยในครอบครัว (Corrigan et al., 2018)

3. ด้านสุขภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูญเสีย ที่พบได้บ่อย คือ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตกใจง่าย หายใจหอบ หัวใจเต้นแรง นอนไม่หลับ ฝันถึงคนตาย หลงลืมง่าย ปวดศีรษะ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกันของร่างกายเริ่มบกพร่อง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะกลับมามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคหืด โรคหัวใจและมะเร็ง นอกจากนั้นยังพบว่ามีการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าในกลุ่มผู้สูญเสียเหล่านี้เพิ่มจำนวนมากขึ้น

4. ด้านการสื่อสารและการแสดงบทบาทหน้าที่ในสังคม ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายมักจะถูกตัดสิน และถูกพิพากษาจากสังคม ไปในทางลบมากกว่าการตายด้วยสาเหตุอื่น ๆ สิ่งที่ได้รับจึงเป็นการกล่าวโทษ ตำหนิมากกว่าการดูแลช่วยเหลือจากสังคม ผลกระทบดังกล่าว สร้างความกดดันและอาจรุนแรงจนทำให้ บุคคลผู้สูญเสียเหล่านี้ มีพฤติกรรมแยกตัว อยากอยู่ตามลำพัง ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน สมาธิการทำงานลดลง มีปัญหาในการทำงานหรือแม้กระทั่งการทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงที่จะมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น คิดหมกมุ่นกับสิ่งที่สูญเสียไป รู้สึกตึงเครียด ที่ต้องปกปิดข้อมูลที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย หลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยถึงผู้ตาย หรือหลีกเลี่ยงที่จะเห็นสิ่งของที่เตือนให้คิดถึงผู้ตาย กลายเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ในสังคม บางราย หันมาใช้สารเสพติด ในการแก้ไขปัญหา เกิดความปรวนแปรทางอารมณ์ และเป็นผู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การลดตราบาปในสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

โดยทั่วไปการช่วยเหลือรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา ประกอบด้วยการรักษาหลายแบบ เช่น การใช้ยา จิตบำบัด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจต้องรักษาด้วยยาหรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่สำหรับญาติผู้สูญเสีย มักถูกละเลยว่าเป็นผู้ที่ควรจะได้รับการเยียวยาด้านจิตใจ ประกอบกับตัวผู้สูญเสียเองไม่กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง หรือกลับมาเล่าซ้ำถึงความทุกข์ที่ถูกเก็บไว้ภายใต้ระดับจิตใต้สำนึก จากการทบทวนบทความทางวิชาการในต่างประเทศกล่าวถึงการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่สูญเสียเหล่านี้ ประกอบด้วยรูปแบบทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม แนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลช่วยเหลือก็มีความหลากหลาย เช่น แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การพูดเชิงบวก และจิตบำบัดเชิงลึก การให้สุขภาพจิตศึกษา และการทำครอบครัวบำบัดนอกจากนี้ยังพบว่าในการดูแลสมาชิก ครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพื่อเยียวยาปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น ในประเทศญี่ปุ่นมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มช่วยเหลือกัน ทั้งกลุ่มแบบเผชิญหน้ากันและทางอินเทอร์เน็ต การบำบัดรักษาทางจิตใจเป็นการรักษาในระดับจิตสำนึกที่ช่วยให้ญาติเหล่านี้ ได้มีโอกาสในการพูดระบายความรู้สึกที่คับข้องใจได้อย่างอิสระ เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ลดตราบาปในใจ มีการปรับตัวที่ดีขึ้นและมั่นใจในการเผชิญปัญหามากขึ้น (Andriessen, Krysinska, & Grad, 2017; Feigelman & Feigelman, 2011; O'Neill & Kueppenbender, 2012)

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจและการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุข จะมีการเยี่ยมบ้านสมาชิกในครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นภายหลังเกิดเหตุการณ์ภายใน 2 สัปดาห์ หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ สังเกตประเมินอาการและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1, 3, 6 เดือนและ 1 ปี (อภิชัย มงคล และคณะ, 2550) ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวนี้ เป็นระยะเวลาที่ผู้สูญเสียส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ เหตุการณ์ดังกล่าวนี้อาจไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนของปฏิกิริยาการสูญเสียทุกรายเสมอไป หากบุคคลนั้นยังรู้สึกเจ็บปวดจากการสูญเสีย ไม่สามารถเผชิญหรือยอมรับเหตุการณ์ได้ ทำให้กระบวนการปรับตัวยืดเวลายาวนานออกไปหรืออาจไม่สามารถปรับตัวได้เลย ร้อยละ 5 - 20 ของผู้สูญเสีย จึงเข้าสู่ระยะของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ กลับกลายเป็นความโศกเศร้าซ้ำซ้อนที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล คิดหมกมุ่นกับสิ่งที่สูญเสียไป คิดว่าตนเป็นต้นเหตุหรือมีส่วนทำให้เกิดเหตุการณ์นั้น หวั่นใจ เสียใจต่อสิ่งที่ถูกกล่าวหา รู้สึกตึงเครียดที่ต้องปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการสูญเสีย พยายามหลีกเลี่ยงที่จะมีการติดต่อสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ร้อยละ 16 ของผู้สูญเสีย ยังคงมีภาวะซึมเศร้าโกรธหรือยังโทษตัวเองอยู่ แม้เวลาผ่านไปแล้ว 1 ปี ดังนั้น บุคคลกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการช่วยเหลือที่แตกต่างไป

จากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ (Scocco et al., 2017; Scocco et al., 2019) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง PRAKARN model เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน โดยได้นำไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ฆ่าตัวตาย พบว่า คะแนนซึมเศร้าและระดับความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายหลังเข้ากลุ่มลดลง และจากการติดตามเยี่ยมสมาชิกกลุ่มภายหลัง 6 เดือนพบว่า ส่วนใหญ่นำประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ทัศนคติในทางบวกได้มากขึ้น สามารถดำรงชีวิตให้เข้าสู่ภาวะสมดุลได้ตามอัตภาพ (เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย และคณะ, 2552) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดคือ เป็นเพียงการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวและมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 6 คน ยังอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงผลของการบำบัดดังกล่าวได้อย่างชัดเจน เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย และคณะ (2558) จึงได้มีการนำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง PRAKARN model ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1- 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าและตราบาปลดลงตามเวลา ส่วนกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะติดตามเดือนที่ 3 และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามเดือนที่ 6 กลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าและตราบาปลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ศึกษาพบว่ากระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกและพูดคุยร่วมกัน ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน มองเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยให้สภาวะจิตใจที่เปราะบางปรับเปลี่ยนเป็นผู้ที่มีจิตใจเข้มแข็ง ยอมรับและเผชิญกับความจริงของการสูญเสีย เห็นความหมายและธรรมชาติของการสูญเสีย แสดงความรู้สึกต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความรู้สึกทุกข์ ยุ่งยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตลดลง ลดความรู้สึกผิด เสริมสร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองส่งผลให้บุคคลใกล้ชิดผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการสูญเสียได้ตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทำให้ภาวะซึมเศร้าและตราบาปของบุคคลใกล้ชิดผู้ที่ฆ่าตัวตายลดลงได้

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองกับตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นการบำบัดแบบกลุ่มวิธีหนึ่ง ที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยมีกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกัน ก่อให้เกิดสังคมเล็กในกลุ่มที่สะท้อนสังคมจริง เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิก มีการดำเนินการตามพัฒนาการกลุ่ม มีเป้าหมาย ทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาของตนเอง ช่วยเหลือประคับประคองใจ

ซึ่งกันและกัน เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา ช่วยลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญงอกงามทางจิตใจ และมีการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างอย่างเต็มที่ สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2557; Yalom & Leszcz, 2005)

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะช่วยทำให้ความรู้สึกซึมเศร้า ภาวะโดดเดี่ยวเดียวดาย ความอับอาย และถูกกีดกันลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ตราบาปลดลงด้วย ซึ่งสามารถนำไปบำบัดผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียที่มีลักษณะปัญหาคล้ายๆ กันได้ ในกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกและพูดคุยกัน ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยให้สภาวะจิตใจที่เปราะบางเปลี่ยนเป็นสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเห็นธรรมชาติและยอมรับการสูญเสีย เสริมสร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการบำบัดทางจิตใจจึงเป็นการรักษาในระดับจิตสำนึก ที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเหล่านี้ ได้มีโอกาสในการพูดระบายความรู้สึกที่คับข้องใจได้อย่างอิสระ เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ลดตราบาปในใจ มีการปรับตัวที่ดีขึ้นและมั่นใจในการเผชิญปัญหามากขึ้น (Spino, Kameg, Cline, Terhorst, & Mitchell, 2016) เช่นเดียวกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom & Leszcz, 2005) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีพัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์และทักษะในการแก้ไขปัญหาของตนเองไปในทางที่เหมาะสม การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนการเข้าสังคมจำลอง (social microcosm) กระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง เรียนรู้ร่วมกัน รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นและตั้งใจจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น มีการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยเป้าหมายของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอม (Yalom & Leszcz, 2005) เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดกระบวนการรักษาแบบกลุ่ม เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ได้รับรู้ประสบการณ์การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

2. เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้มีโอกาสพูดระบายความคิด ความรู้สึกในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ว่าการเข้ากลุ่มเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ช่วยให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด คือความรู้สึกเป็นสากล สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา กลุ่มจะช่วยให้ได้เรียนรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกันและตนเองไม่ได้แตกต่างไปจากผู้อื่น

3. เพื่อช่วยให้สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรคือปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้บุคคลได้เรียนรู้พฤติกรรมในการมี

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหาและเกิดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา

4. เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก โดยการเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้

ผู้นำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของยาลอม มีบทบาทสำคัญต่อการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยผู้นำกลุ่มควรมีหน้าที่พื้นฐานอย่างน้อย 3 ประการคือ การสร้างและคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) การสร้างบรรทัดฐานวัฒนธรรมกลุ่ม (culture building) และการกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบันและขณะนั้น (activating and illumination of the here and now) โดยผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ซึ่งทำหน้าที่สร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมให้มากที่สุดเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) ที่ทำให้สมาชิกได้พัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัด (therapeutic factors): พัฒนาโดย Yalom โดยเผยแพร่ในปีค.ศ. 1975 ต่อมามีการปรับปรุงในปีค.ศ. 1985, 1995 และ 2005 ซึ่ง Yalom ได้ทำการสังเกต บันทึกและต่อมาได้ทำการวิจัยในสิ่งที่เกิดขึ้น หลังจากได้ดำเนินกลุ่มจิตบำบัดให้แก่บุคคล Yalom ได้เสนอปัจจัยบำบัดทั้งหมด 11 ปัจจัย โดยปัจจัยบำบัดเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งปัจจัยบำบัดอาจจะเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมดทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พลวัตรกลุ่ม ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่มและลักษณะของสมาชิก นอกจากนั้นปัจจัยบำบัดตัวหนึ่งอาจจะเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยบำบัดอีกตัวหนึ่งได้ หรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดต่อไป ดังนั้นผู้บำบัดจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการบำบัดทุกปัจจัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการบำบัดได้สูงสุด (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2557; Yalom & Leszcz, 2005) โดยปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัยประกอบด้วย 1) การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) 2) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) 3) การมีความเป็นสากล (universality) 4) การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) 5) การให้ข้อมูล (imparting of information) 6) การได้ระบายออก (catharsis) 7) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) 8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group member) 9) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) 10) การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) และ 11) การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (existential factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Constantino และคณะ (2001) มีการนำกลุ่มจิตบำบัดประคับ ประคองมาประยุกต์ใช้สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยใช้ปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย มาบูรณาการในกระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มหญิงหม้ายที่สูญเสียสามีจากการฆ่าตัวตาย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 - 60 นาที หลังจากนั้นมีการติดตามผล 3 - 5 วัน 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคมและความทุกข์

ทรมานทางจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพรรณ์ เมฆลอย และคณะ (2558) ได้นำโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองหรือ PRAKARN model มาใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชและได้รับการฝึกการใช้โปรแกรมนี้ก่อนให้การบำบัด หลังจากนั้นมีการติดตามผล 6 และ 12 เดือน พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งการปรับตัวทางสังคมและความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดและความรู้สึกในกลุ่มจนกระทั่งเกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งปัจจัยบำบัดที่ช่วยให้กลุ่มบำบัดสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประสิทธิภาพประกอบด้วย การบ่มเพาะความหวัง (instillation of hope) ความรู้สึกเป็นสากล (universality) การผูกพันทางใจต่อกัน (cohesiveness) การมีอารมณ์ขัน (humor) (Wright, 2017) ดังนี้

1. การบ่มเพาะความหวัง (instillation of hope) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากการเห็นว่าสมาชิกคนอื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญเหมือนกัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่ได้เลวร้ายอย่างที่คิด สมาชิกมองโลกในแง่ดีและเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา ซึ่งเกิดขึ้นจากการอภิปรายกลุ่มของสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มก้าวข้ามผ่านความสูญเสียและมองเห็นความหวัง ความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าสมาชิกกลุ่มจะได้รับการเยียวยาการสูญเสียและได้เริ่มทดลองใช้วิถีทางดำเนินชีวิตใหม่ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่ม

2. ความรู้สึกเป็นสากล (universality) สมาชิกตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหาเพียงคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างไปจากคนอื่น แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน ความรู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าไม่ได้มีเพียงตนที่ประสบกับการสูญเสียสมาชิกครอบครัว

3. การผูกพันทางใจต่อกัน (cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของและมีความหมายต่อกลุ่ม มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีปัญหาใกล้เคียงกัน และสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มกับผู้บำบัดที่เกิดขึ้น ช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มกล้าที่จะสนทนาในกลุ่มได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน เปิดใจได้ง่ายเพราะมีประสบการณ์เดียวกัน ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นตราบาปลดลง

4. การมีอารมณ์ขัน (humor) ช่วยให้บรรยากาศในการทำกลุ่มผ่อนคลาย ช่วยลดความกังวล เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพอันเหนียวแน่นที่เกิดจากกลุ่ม และทำให้สมาชิกกลุ่มมองว่ากลุ่มเปรียบเสมือนครอบครัวของตน

จะเห็นได้ว่า การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถดูแลช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เนื่องจากกระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสเปิดเผยและแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด

ซึ่งกันและกันจนเกิดปัจจัยบำบัดที่สำคัญคือ การบ่มเพาะความหวัง ความรู้สึกเป็นสากล และความผูกพันทางใจต่อกัน อันจะนำไปสู่การลดตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้ โดยผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลที่สำคัญคือ บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต

พยาบาลจิตเวชกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับสมาชิกผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตที่มีความรู้ ทักษะและความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลดตราบาป (Stuart et al., 2012) เนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีทัศนคติเชิงบวก และมีความเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อช่วยลดช่องว่างทางสังคมได้ (Knaak et al., 2014) โดยการทำกลุ่มบำบัดถือเป็นบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและครอบครัว โดยใช้ความรู้ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม (สภาการพยาบาล, 2552) จะเห็นได้ว่าการนำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช การที่จะทำให้กลุ่มจิตบำบัดประสบผลสำเร็จหรือบรรลุตามวัตถุประสงค์นั้น สิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดควรระลึกเสมอคือ สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนไหว มีความซับซ้อนแตกต่างจากการทำกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นผู้บำบัดต้องมีทัศนคติที่ดีต่อสมาชิกกลุ่ม และเชื่อในพลังของกลุ่ม โดย ปราการ ถมยางกูร และคณะ (2552) ได้ถอดบทเรียนจากการนำโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง PRAKARN model ไปบำบัดในกลุ่มผู้ที่สูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากการฆ่าตัวตาย พบว่าสิ่งที่จะส่งผลให้การบำบัดประสบผลสำเร็จ มีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (relationship) กับสมาชิกกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดมากกว่าเป็นไปเพื่ออยากรู้อยากเห็นในเรื่องราวของสมาชิกแต่ละคน มีความเชื่อถือได้ โดยลักษณะของความน่าเชื่อถือ หรือความน่าไว้วางใจเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นในการทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ โดยแสดงถึงความรับผิดชอบ รักษาสัญญา ปฏิบัติตามข้อตกลง และรักษาความลับ

2. การเปิดเผยตนเอง (self- disclosure) ของผู้บำบัด โดยการบอกความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มกล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและสำรวจความคิดเห็นของตนเอง

3. การทำงานระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มให้เป็นไปอย่างราบรื่น (coordination) ไม่เกิดความขัดแย้งกัน จำเป็นต้องมีการประชุมก่อนและหลังการทำกลุ่ม ซึ่งการประชุมก่อนเริ่มกลุ่มมีความสำคัญเพื่อซักซ้อมวัตถุประสงค์ กระบวนการกิจกรรม บทบาทของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ส่วนการประชุมหลังการทำกลุ่มเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง ของกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ผู้นำกลุ่มอีกทั้งผู้นำกลุ่มร่วม มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อดี และมีโอกาสพัฒนาตนเองในการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง

สรุป

ตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นตราบาปภายในใจของบุคคล (internalized stigma/self-stigma) ที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้มีการรับรู้ตนเองในทางลบ ถูกตำหนิจากผู้อื่น รู้สึกอับอาย มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า มักจะโกรธตัวเอง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวได้ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นกระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกและพูดคุยร่วมกัน ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้มองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยให้สภาวะจิตใจที่เปราะบางเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่มีจิตใจเข้มแข็ง ยอมรับและเผชิญกับความจริงของการสูญเสีย เห็นความหมายและธรรมชาติของการสูญเสีย แสดงความรู้สึกต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความรู้สึกทุกข์ ความรู้สึกยุ่งยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตลดลง ลดความรู้สึกผิด เสริมสร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่า กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีศักยภาพในการปรับตัวต่อการสูญเสียได้ตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคองทำให้ตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร).* สืบค้น จาก https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.

เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, กชพงศ์ สารการ และอัญชลิกา ภูมิรัชปัญญา. (2558). ผลของกลุ่มจิตบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและตราบาปในสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 23*(2), 125-134.

เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, ปราการ ถมยางกูร และสุระ คุณคงคาพันธุ์. (2552). *การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบผู้ใกล้ชิดฆ่าตัวตายสำเร็จ.* เชียงราย: โรงพยาบาลแม่สาย.

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญายง และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 23*(1), 25-37.

ปราการ ถมยางกูร, เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, อัปษรศรี ธนไพศาล และอรพิน ยอดกลาง (2552). *คู่มือกลุ่มบำบัดครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ.* กรุงเทพ: มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว.

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2557). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์ใช้.* เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สภาการพยาบาล. (2552). *ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.* เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2553, จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf.

สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). *รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550* กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

อรพิน ยอดกลาง, ปราการ ถมยางกูร, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, เฉลิมพรรณ์ เมฆลอย, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2552). *คู่มือประกอบการอบรมโครงการพัฒนาต้นแบบการจัดตั้งกลุ่มญาติผู้สูญเสียจากการที่สมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ.* ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. T. (Eds.). (2017). *Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support.* Boston: Hogrefe Publishing.

Asare-Doku, W., Osafo, J., & Akotia, C. S. (2017). The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 17*, 178. doi 10.1186/s12888-017-1336-9.

Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R.A., Maple, M., Marshall, D. (2014). The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide Life Threat Behavior, 44*(6), 591-600. doi: 10.1111sltb.12093.

Constantino, R. E., Sekula, L. K., & Rubinstein, E. N. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behavior, 31*(4), 428-441.

Corrigan, P. W., Sheehan, L., Al-Khouja, M. A., Lewy, S., Major, D. R., Mead, J., … Weber, S. (2018). Insight into the stigma of suicide loss survivors: Factor analyses of family stereotypes, prejudices, and discriminations. *Archives of Suicide Research, 22*(1), 57-66.

Drapeau, C.W. & McIntosh, J. L. (2016). *U.S.A. suicide: 2015 Official final data* [Data File]. Retrieved January 16, 2016 from, http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2015/2015datapgsv1.p df?ver=2017-01-02-220151-870.

Feigelman, B., & Feigelman, W. (2011). Suicide survivor support groups: comings and goings, part I. Illness, *Crises & Loss, 19*(1), 57-71.

Frey, L. M. (2015). *Mental health among suicide attempt survivors: The roles of stigma, self-disclosure, and family reactions* (Doctoral dissertation). University of Kentucky, U.S.A.

Hill, N. T. M., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysinska, K., Payne, A., … Lampit, A. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS Medicine, 17*(3), e1003074. doi: 10.1371/journal.pmed.1003074.

Keller, S., McNeill, V., Honea, J., & Miller, L. P. (2019). A look at culture and stigma of suicide: Textual analysis of community theatre performances. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(3), 352. doi.org/10.3390/ijerph16030352.

Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(10), S19-26. doi: 10.1177/070674371405901s06.

Maple, M., Cerel, J., Jordan, J. R., & McKay, K. (2014). Uncovering and identifying the missing voices in suicide bereavement. *Suicidology Online, 5*(1), 1-12.

O'Neill, S. M., & Kueppenbender, K. (2012). Suicide in group therapy: trauma and possibility. *International Journal of Group Psychotherapy, 62*(4), 586-611. doi.org/10.1521/ijgp.2012.62.4.586.

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research, 87,* 22–29 doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009.

Pitman, A. L., Stevensonc, F., Osborna, D. P. J., & King, M. B. (2018). The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine, 198,* 121–129.

Pompili, M., Shrisvastava, A., Serafini, G., Innamorati, M. Milelli, M. Erbuta, D., … Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry, 55*(3), 256-263.

Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, P. W., Castriotta, C., & SOPROXI Team (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *Journal of affective disorders, 244,* 223–230. doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.098

Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffl, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 94,* 39-46.

Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., Mitchell, A. M. (2016). Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide. *Archives of Psychiatric Nursing, 30,* 602–606.

Stuart, H., Arboleda-Flo´rez, J., & Santorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned.* New York: Oxford University Press.

World Health Organization (WHO). (2017). *Suicide data.* Retrieved May 5, 2019 from http//www: who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Wright, M. S. (2017). *Group interventions for survivors of suicide: A qualitative study* (Doctoral dissertation). Alliant International University. U.S.A.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., et al. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14,* 177-186.