

การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์¹ ปรด.(ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวช)

พยม.,APN.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

บทคัดย่อ: ประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของสูงติดอันดับ 3 ของโลก กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความคล้ายคลึงกันคือ มีมุมมองปัญหาในทางลบขาดทักษะในการแก้ปัญหาอารมณ์หุนหันพลันแล่น และมีตัวเร่งสำคัญจากความคิดและการรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มีความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การฆ่าตัวตาย แต่การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคร้ายสามารถป้องกันได้ถ้ามีด่านกั้นและระบบการเฝ้าระวังที่ดี มีปัจจัยปกป้องที่เข้มแข็ง ผู้ป่วย ญาติ ผู้ใกล้ชิด ต้องรับรู้และเข้าใจในปัญหาและสาเหตุจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและแบบแผนการบำบัดจากการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย ประยุกต์ใช้ในการศึกษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอนช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเป็นผู้แก้ปัญหาเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการระบุปัญหาและมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก เพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำ ๆ อย่างสร้างสรรค์และมีเหตุผลให้มากขึ้นในแต่ละวัน การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่มากขึ้นที่ขั้นตอนจนสามารถกำกับตนเองได้ มีการวางแผนที่ดีและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำลงได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 151-164

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา; ผู้ป่วยจิตเวช; ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย; พยายามฆ่าตัวตาย

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: tu.akk@hotmail.com
วันที่รับบทความ 14 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 9 พฤศจิกายน 2567

Applying the Problem-Solving Therapy Program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors

Akkaradech Klinpiboon¹ Phd.(Regional Development Strategies)

M.N.S. APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Abstract: Thailand is the 3rd highest in the global ranking of suicide rates. Furthermore, 45% of psychiatric patients were found to be at high risk of suicide. Risk factors were found to include having a negative view of the problem, inappropriate problem-solving skills, impulsive feelings, low self-worth, denial and avoidance of problems, stress and depression. Suicide is not a terrible disease and can be prevented by having a good protective and monitoring system. Patients, family and significant people must clearly perceive and understand the problems and their causes, and this will enable to provide immediate assistance. This article aims to describe the concept and therapeutic scheme innovated from research and development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS) under the 5-factor model. A case study is applied in which patients are engaged in every step of therapy, helping them to learn and solve problems effectively through the process of identifying the problems and having a positive view of them, and also increasing the problem-solving skill with creative options and logical thinking skills on a daily basis. Supporting patients to increase their problem-solving skills step-by-step until they can direct themselves, initiating a good plan, and finding ways to solve their problems effectively would help patients to gain more problem-solving skills, and this can reduce suicidal thoughts and behaviors.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 151-164

Keywords: Problem-solving therapy; psychiatric patients; suicidal ideation and behavior; attempted suicide

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Chalermsak University, Sisaket; Corresponding author, E-mail: tu.akk@hotmail.com
Received July 14, 2024; Revised November 7, 2024; Accepted November 9, 2024

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น¹ การฆ่าตัวตายสำเร็จจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น ดันกันและการเฝ้าระวังล้มเหลว มีปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความหลากหลายและซับซ้อนอย่างมากทั้งด้านจิตวิทยา สังคม ชีวภาพ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีบุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น พฤติกรรมก้าวร้าว มองปัญหาในทางลบ หลีกเลี่ยงปัญหา ตนเองหรือครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ (PTSD) มีภาวะซึมเศร้า ถดถอยทางสังคมหรือแยกตัวเองซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ¹ และมีปัจจัยกระตุ้นที่เป็นตัวเร่งสำคัญคือปัญหาล้มเหลวระหว่างบุคคล รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ¹ เช่น สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต ล้มเหลวในงาน รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังไร้คุณค่า รับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย² การกลั่นแกล้งกันในโลกออนไลน์ (cyberbullying) และการยึดติดอยู่กับกิจกรรมบางอย่างที่ยาวนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป³ การมีปัจจัยปกป้องที่ดี เช่น มีชุมชนเข้มแข็ง มีชมรมหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีการพัฒนาทักษะชีวิตและอาชีพ ร่วมกับมีด่านกันและมีระบบเฝ้าระวังป้องกันที่ดีจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

ปัจจุบันมีกลยุทธ์สำคัญ เช่น จำกัดการเข้าถึงวิธีการที่เป็นอันตราย การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม⁴ ที่มีรูปแบบและวิธีการบำบัดหลากหลายวิธี พบว่าลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

แต่ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำและทำสำเร็จได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁶ ซึ่งมีปัจจัยสาเหตุด้านตัวบุคคล และด้านความสัมพันธ์ เช่น มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ขาดทักษะแก้ปัญหา ใช้วิธีการแบบหุนหันพลันแล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหา และเคยพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้⁷⁻⁸ สอดคล้องกับสมมติฐานของ D’Zurilla and Nezu⁶ ที่เสนอว่าบุคคลที่คิดฆ่าตัวตายก็เนื่องมาจากมีทักษะในการแก้ปัญหาไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ มักมีมุมมองต่อปัญหาของตนเองในทางลบและแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นความเสี่ยงสำคัญและมีความยุ่งยากซับซ้อนในระบบบริการสุขภาพ ที่สำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดเป็นอย่างมาก ผู้ที่สูญเสียต้องมีชีวิตอยู่กับความโศกเศร้า รู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา ถ้ารอดชีวิตอาจเกิดความรู้สึกผิดถูกมองว่าสร้างปัญหาให้คนอื่น จึงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และทำไปในทางที่รุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ ผลต่อสังคมสามารถสร้างความสะเทือนขวัญได้และอาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเมื่อต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยในปี พ.ศ. 2561 พบมูลค่าที่ประเทศต้องสูญเสียในเชิงเศรษฐศาสตร์สูงถึง 16,000 ล้านบาท⁹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้แนวคิดและองค์ประกอบของ PST จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ D’Zurilla and Nezu⁶ และ Tapinta, Sakulphan and Inthong¹⁰ ซึ่งนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁷ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ที่มาของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST)

PST มีประวัติการใช้มายาวนาน ทั้งในทางคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิก ในทุกกลุ่มประชากร และบุคคลทุกเพศทุกวัย ชื่อที่ใช้ครั้งแรกเรียกว่า “โปรแกรมการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์”⁶ ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ประการคือ 1) คิดแบบสร้างสรรค์ 2) ใช้วิธีการบำบัดเชิงบวก 3) ใช้กระบวนการคิดและการควบคุมตนเอง ด้วยเทคนิคการระดมความคิดที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นสมองให้คิดอย่างสร้างสรรค์ในประสิทธิภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

หลังปี ค.ศ. 1970 PST ได้ถูกนำมาใช้ทางคลินิกและให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ในหลากหลายรูปแบบ ที่นิยมกันแพร่หลายคือรูปแบบการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Goldfried¹¹ ที่เน้นฝึกทักษะการสำรวจและระบุปัญหาที่แท้จริง การพิจารณาทางเลือกและลงมือปฏิบัติ การประเมินผลการแก้ปัญหา ต่อมาใช้ประเมินความผิดปกติทางจิตวิทยา พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในกลุ่มประชากรทั้งเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบเดี่ยว ๆ และ/หรือเป็นองค์ประกอบในการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งกลยุทธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นโปรแกรมการป้องกันทางคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิกที่หลากหลายในสถานบริการปฐมภูมิ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมมนาและหลักสูตร หรือทางวิชาการ รวมถึงการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม คู่สมรสและครอบครัว ผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวและความผิดปกติที่หลากหลาย โรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวล ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด ปัญหาการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญญาอ่อน มะเร็งและปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ⁶

การรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยเพิ่มความสามารถและสร้างความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งตามทฤษฎีใหม่ของ PST และแนวทางการรักษาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นมาในช่วงเวลานี้ต่างก็ใช้มุมมองในเชิงบวกเพื่อพัฒนาความสามารถของแต่ละคนในการเรียนรู้และการทำหน้าที่ที่ดีกว่า แม้ว่าคน ๆ นั้นจะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹²

ในปีค.ศ. 2007 D’Zurilla and Nezu⁶ พัฒนาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลักษณะใหม่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้สนับสนุนกรอบแนวคิดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (stress-diathesis model) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลได้ตอบโต้กับความเครียดในชีวิต มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวชและพัฒนาให้เป็นการบำบัดที่กระชับขึ้นใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาทีโดยเน้น “การระบุปัญหา” ในขั้นตอนการแก้ปัญหาและมีการ “ฝึกทักษะแก้ปัญหาลักษณะใหม่ ๆ” ในแต่ละช่วง ซึ่งเหมาะกับการบำบัดรายบุคคล แต่สามารถใช้บำบัดแบบกลุ่มได้ รวมทั้งใช้ในรูปแบบโทรศัพท์และเทคโนโลยีวิดีโอแชท ซึ่งเป็นการช่วยเหลือแบบประคับประคอง¹³

การบำบัดด้วย PST จึงไม่ต้องใช้เวลาฝึกทักษะที่ยาวนาน¹⁴ มีจุดเน้นหรือความพิเศษที่ลดการใช้ความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยลง¹⁵ และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขการบำบัด รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้บำบัด จึงมีประโยชน์ในดูแลและจัดการปัญหาที่มีความท้าทายที่หลากหลายทั้งปัญหาในทางจิตเวชและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำหรับใช้ในผู้สูงอายุในชุมชน ในหน่วยปฐมภูมิและการดูแลที่บ้าน สามารถใช้บำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษา ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล⁶

แนวคิดการบำบัดด้วย PST

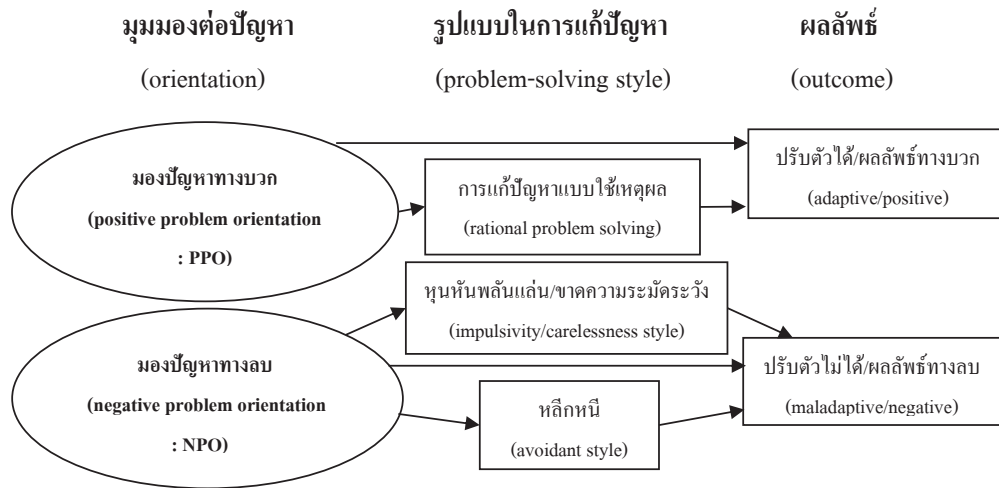
จุดเด่นของ PST คือ มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถปรับ “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO)” ให้เป็น “มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO)” และใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ “แบบมีเหตุมีผล” และเพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียดและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง

บุคคลที่มี “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ” จะทำให้รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิต มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา และรับรู้ไปในทางลบว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้รับรู้ในศักยภาพของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์เกินกว่าจะรับไว้และมีแนวโน้ม “หลีกเลี่ยงปัญหา (avoidant)” คิดว่าปัญหาของตนเองเป็นเรื่องใหญ่และไม่มีทางออกของปัญหา จึงหลีกเลี่ยงในการแก้ปัญหา และคาดหวังว่าปัญหานั้นจะคลี่คลายด้วยตัวของมันเองเมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง แต่สุดท้ายมักพบว่าปัญหาทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดหนึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตได้เดินมาสู่ทางตัน ปัญหายังคงอยู่ไม่ได้รับการแก้ไข และมีแนวโน้มที่แย่ลง มีความกังวลเพิ่มมากขึ้น คิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกทางเดียวของปัญหา หรืออีกทางหนึ่งใช้การแก้ปัญหาแบบ “หุนหันพลันแล่น (impulsivity)” ซึ่งเป็นวิธีการแบบร้อนรน ไม่มีระบบ ไม่มีการวางแผนอย่างระมัดระวังในการเข้าหาปัญหา ซึ่งเกิดจากการไม่ยั้งคิด ตัดสินใจเร็วโดยไม่รอคิดทบทวนหลาย ๆ ทางก่อน คิดว่าทางออกของปัญหามีเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้

กระทำไปแล้ว ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และใช้วิธีการฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาเหล่านั้น

ดังนั้น เมื่อทำการบำบัดด้วย PST ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคการมุ่งเน้นให้บุคคลมี “มุมมองต่อปัญหาในทางบวก” โดยใช้กลยุทธ์ส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มการมองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริงให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดมุมมองต่อปัญหาในเชิงสร้างสรรค์และส่งเสริมความคิดเชิงบวกโดยการยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหาและใช้อารมณ์เชิงลบที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่มีให้ต้องแก้ มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหา รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและมีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และเข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและต้องใช้ความพยายาม มีความอดทนต่อความคับข้องใจ ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหา “แบบมีเหตุมีผล (rational)” จะทำให้บุคคลนั้นมองเห็นศักยภาพของตนเอง และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริง

มุมมองต่อปัญหาและรูปแบบในการแก้ปัญหา นั้นมีความแตกต่างกัน ในสถานการณ์ต่าง ๆ และในคน ๆ เดียวกันสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูงจะมีแนวโน้มต่อการปรับตัวและรูปแบบการแสดงออกในทางลบมากกว่าช่วงที่มีความเครียดน้อยหรือลดลง ดังนั้น สิ่งที่นักบำบัดทางคลินิกจะต้องทำให้มากที่สุดคือการประเมินการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยว่าเป็นไปในทิศทางใดและความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบใดในช่วงเริ่มต้นการรักษา เพื่อตรวจสอบความสามารถที่เฉพาะ โดยทำความเข้าใจกับความหมายของรูปแบบการรับรู้และวิธีแก้ปัญหา ซึ่งสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model)⁶

การบำบัดแบบ PST จะเป็นการใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลให้ใช้วิธีการทางบวกในการแก้ปัญหา คือ เพิ่มการมองโลกในแง่ดีให้มากขึ้น และมีมุมมองในปัญหาว่าเป็นความท้าทายมากกว่าการที่จะไม่สามารถเอาชนะได้ กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมความคิดในเชิงบวกกับปัญหา คือ การยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหา การใช้อารมณ์เชิงลบก็เพื่อที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่มีให้ต้องแก้ และใช้เทคนิคเพิ่มแรงจูงใจเพื่อทำความเข้าใจในปัญหา แม้กระทั่งใช้การฝึกซ้อมซ้ำ ๆ ด้วยวิธีหนึ่งใดวิธีหนึ่งที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา องค์ประกอบหลักของ PST จะเน้นที่การระบุปัญหาและใช้ขั้นตอนของการแก้ปัญหาในแบบใหม่ ๆ ของแต่ละช่วง ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดรายบุคคล^{6,11} รวมทั้งแก้ปัญหาในกลุ่มบุคคลและผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ¹⁶

ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตร่วมกับมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบปัจจัยสาเหตุ

ด้านบุคคลและด้านความสัมพันธ์โดยเฉพาะมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังขาดทักษะในการแก้ปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือยังคงมีความคิดในเชิงลบต่อปัญหา จึงนำไปสู่การมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ⁶ เมื่ออาการทางจิตและความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายทุเลาลง อยู่ในสถานะที่มีการรับรู้และมีกระบวนการคิดที่ปกติแล้วหากได้รับการบำบัดด้วย PST โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจในปัญหา (problem) วิธีการแก้ปัญหา (problem solving) ในมุมมองใหม่ที่เป็นเชิงบวกจะทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง และค้นหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวัง (impulsive carelessness) ช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาด้วยการใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดยปรับมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (NPO) ให้เป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (PPO) และมุ่งเน้นเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ ให้มากขึ้น จะช่วยลด

ความเครียดและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁷⁻¹⁸

ประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและการประเมิน

PST ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิผลต่อการบำบัดเพื่อบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกและลดระดับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถใช้เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาฆ่าตัวตายซ้ำ ช่วยเสริมความรู้สึกในความสามารถของตนเอง เพิ่มการพึ่งพาตนเอง¹⁷⁻¹⁸ และมีผลต่อการลดระดับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การบำบัดแบบประคับประคอง¹⁹ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์²⁰ การบำบัดแบบสนับสนุนและแบบการทวนรำลึกถึงความทรงจำ¹³

ในการประเมินประสิทธิผลการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ปัจจุบันพบว่ามีแบบวัดหลายประเภทเพื่อประเมินทักษะความสามารถในการคิดวิธีการแก้ปัญหาและความสำเร็จในการดำเนินการแก้ปัญหาที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS)²¹ ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาด้านความสามารถคิดหาวิธีแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาได้สำเร็จโดยใช้ 5 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้คะแนนจะประเมินจากประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและความจำเพาะในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา แต่ละข้อมีค่าคะแนนแบบลิเคิร์ตระหว่าง 1-7 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงการแก้ปัญหาได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพสูงแบบวัดนี้มีความเที่ยง (reliability) ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน อยู่ในระดับสูง .84-.94

2. Social Problem Solving Inventory (SPSI-R:L) เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต 70 ข้อ ของ D'zurilla and Goldfried⁹ พัฒนาต่อโดย D'zurilla and Nezu²¹ ใช้รายงานผลด้วยตนเองใน 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ปัญหา (Problem Solving Scale: POS) 30 ข้อ 2) การแก้ปัญหาที่เหมาะสมหรือการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill Scale: PSSS) ประกอบด้วยกระบวนการรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรม 40 ข้อ การแปลผลแยกออกเป็น ส่วน ๆ มีค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ แยกส่วน POS และ PSSS เท่ากับ .83 และ .88 การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 86-114 ถือว่ามีกรรับรู้และแก้ปัญหาที่เหมาะสม คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมที่ “ดี”

3. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) Paul Heppner²² พัฒนาการวัด 5 รูปแบบตาม Problem-Solving Model ของ D'zurilla and Goldfried¹¹ ใช้ประเมินทักษะแก้ปัญหาทางคลินิก เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า จำนวน 35 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนกลุ่มคำถามในเชิงบวกเป็น 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 และกลุ่มคำถามในเชิงลบให้คะแนนแบบตรงกันข้าม การแปลผล คะแนนรวมที่ต่ำลง หมายถึงมีการแก้ปัญหาที่ดี การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ 1) ความมั่นใจในการแก้ปัญหา (problem solving confidence) 2) ลักษณะการเผชิญ/หลบเลี่ยงปัญหา (approach avoidance style) 3) ความเชื่อว่าที่มาของปัญหาเกิดจากตนเองหรือจากปัจจัยภายนอก (personal control) คะแนนที่ต่ำบ่งถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่าคะแนนที่สูง แบบประเมินนี้ Kourmoussi, et al.²²

ได้ประเมินความน่าเชื่อถือและความถูกต้องในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชาวกรีกทั่วประเทศมีค่าความสอดคล้องภายในแบบ ระหว่าง .79-.91 ในประเทศไทย Ngamtipwattana, Phasaitutawat and Chalermchainukul²³ นำมาแปลโดยมีค่าความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา ระหว่าง .72-.85 เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงง่ายต่อการใช้

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors มีชื่อย่อว่า PST-PPS นี้ Klinpi boon, et al.⁷ พัฒนาขึ้นภายใต้ 5 Factors Model⁶ โดยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดย Tapinta, Sakulphan and Inthong¹⁰ และปรับปรุงเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า PST เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการแก้ปัญหาจนนำมาสู่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ทำความเข้าใจในมุมมองของตนเองต่อปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาในทางลบให้เป็นมุมมองใหม่ในทางบวก คิดหาวิธีแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้นตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และมีการฝึกทักษะซ้ำ ๆ จะทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาด้วยการใช้เหตุผลอย่างสร้างสรรค์ให้มากขึ้น โดยส่งเสริมความรู้สึกใน ความมีศักยภาพของตน เพิ่มการพึ่งพาตนเอง¹⁷ ถึงแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹² จะสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำลงได้ และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ที่มีประวัติของการทำร้ายตนเองก่อนหน้านี้^{17,24}

PST-PPS มีวิธีดำเนินการบำบัดใน 3 ระยะ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องมุมมองต่อปัญหาและวิธีแก้ปัญหา 3 รูปแบบรวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการ ระยะที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ใช้เวลาบำบัดครั้งละประมาณ 45-90 นาที จำนวน 1-6 ครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ระยะเวลา 1-3 สัปดาห์ ระหว่างบำบัดด้วย PST ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการบำบัดใน 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามแนวทาง 5 factor model⁶ ฝึกกำหนดปัญหาและเป้าหมายในการแก้ปัญหา มอบหมายการบ้าน 2) ทำความเข้าใจในปัญหา แนวคิดและวิธีแก้ปัญหาย่างเข้มข้น 3) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมอง การตั้งเป้าหมายและทางเลือก ฝึกตัดสินใจและแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี 4) ฝึกแก้ปัญหาและตรวจสอบผลลัพธ์ 5) ลงมือดำเนินการแก้ปัญหา และตรวจสอบผลลัพธ์ 6) สรุปผลการแก้ปัญหา ประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้และยุติการบำบัด

ในการบำบัดด้วย PST-PPS นี้ต้องใช้เวลา ผู้ป่วยได้ทบทวนปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหาทั้งหมดหรือบางส่วนเพื่อให้เกิดความคิดในทางบวกที่หลากหลาย เป็นการปรับปรุงความสามารถของผู้ป่วยให้เกิดความคิดในการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้

จำนวนมาก ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ โดยผู้บำบัดจะแนะนำผู้ป่วยให้ได้ฝึกฝนซ้ำ ๆ ผ่านกระบวนการระดมความคิดในการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่าทำให้มีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวอย่าง การนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา มาประยุกต์ใช้ กรณีศึกษาเป็นนักศึกษาหญิงไทยวัย 23 ปี การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว มารับบริการพร้อมมารดา 1 สัปดาห์ก่อนมา พยายามฆ่าตัวตายโดยกินยาพาราเซตามอลเกินขนาด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ใช้มิดโทกริตแซนตัวเอง 20 กว่าแผง ผลการประเมิน MINI suicide = 48 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก โดย MINI suicide²⁵ เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 52 คะแนน แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ 3 ระดับ คือ 1-8 คะแนนมีความเสี่ยงน้อย 9-16 คะแนนมีความเสี่ยงปานกลางและ 17 คะแนนขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก

การดำเนินการบำบัด มี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อความไว้วางใจ และส่งผลที่ดีต่อการเรียนรู้ในการบำบัดครั้งที่ 1 หลังสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวทั่วไปเพื่อเปิดเผยความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยบอกว่าตนเองเป็นทอมมีเพื่อนสนิทเป็นผู้ชายแต่ 2-3 เดือนก่อนทะเลาะกันเนื่องจากไปคบหากับแฟนของเพื่อนชายคนสนิท เพื่อน ๆ จึงไม่คบไม่คุยด้วย เลยโกรธโมโหปล่อยลมยางรถจักรยานยนต์ของเพื่อน ๆ รวม 4 คันเพื่อน ๆ จึงโกรธมากขึ้นและเลิกคบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่อยากไปเรียน แยกตัว ไม่ยุ่งกับใคร แต่บางครั้งหันไปดื่มสุรากับเพื่อนกลุ่มอื่น ๆ แต่ก็ยังถูกเพื่อน ๆ

นิินหาว่าตนเอง จึงเกิดความเครียด น้อยใจ รู้สึกแยมองตนเองไม่มีค่า นอนไม่หลับ กินอาหารได้น้อย เศร้าเบื่อหน่ายตัวเองเลยคิดทำร้ายตนเองโดยกินยาพาราเซตามอลเกินขนาดไปรักษาโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ป่วยทะเลาะกับแม่เนื่องจากผู้ป่วยแอบหนีแม่ไปเที่ยวกับแฟน 5 วัน และคิดว่าแม่ไม่เข้าใจ ชอบมากดดันตนเอง อยากให้ตนเองเล็กกับแฟน ยอมรับว่าเครียดมาก และเมื่อไปเรียนหนังสือกลุ่มเพื่อน ๆ ก็นิินหาว่าตนเอง รู้สึกแยมองตนเองไม่มีค่าทั้ง ๆ ที่ตนเองเคยทำดีกับเพื่อน ๆ ช่วยเหลือทำให้เพื่อนทุกอย่างดูแลเพื่อนอย่างดี แต่ตนเองกลับถูกเพื่อนนิินหาจึงรู้สึกแยม มีแต่แฟนที่เข้าใจตนเอง ในช่วงหลังก็ทะเลาะกับแฟนบ่อยครั้ง กลับมาบ้านแม่ก็ไม่เข้าใจ เหมือนตนเองอยู่ตัวคนเดียวโดดเดี่ยว จึงทำร้ายตนเองโดยใช้มิดโทกริตแซนตัวเอง 20 กว่าแผง ยอมรับว่าตนเองเครียดจึงดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพื่อให้นอนหลับ ยอมรับว่าตนเองรู้สึกเจ็บปวดกับสิ่งที่เกิดขึ้นตอนนี้ไม่อยากจะพบใคร ไม่มีที่จะระบายกับใคร ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการแก้ปัญหา ตาม 5 Factors Model⁶ และให้ผู้ป่วยได้ทบทวนโดยอธิบายได้ว่าตนเองมี “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ” รู้สึกเจ็บปวดกับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงใช้วิธีแก้ปัญหา “แบบหุนหันพลันแล่น” ดังกล่าว ผู้ป่วยยอมรับว่าครั้งนี้ตนเองตัดสินใจร้อน อยากจบปัญหาของตนเองให้เร็วที่สุดและยอมรับว่าที่ผ่านมาที่เคยใช้วิธีแก้ปัญหา “แบบหลีกเลี่ยงปัญหา” เมื่อผู้บำบัดให้สรุปถึงผลกระทบจากการแก้ปัญหาแบบนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าไม่ส่งผลดีกับตนเอง ไม่ได้ช่วยให้อะไรดีขึ้น ทำให้ตนเองเครียดมากขึ้นและทำร้ายตัวเอง จนต้องมารักษาที่โรงพยาบาล ระหว่างพูดคุย ผู้บำบัดชวนให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และคิดทบทวนเพื่อพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของ

ทางเลือก และความเป็นไปได้ ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นทางเลือกในการจัดการกับปัญหา “แบบมีเหตุมีผล” คือ 1) พูดคุยกับมารดาเพื่อช่วยหาทางแก้ปัญหา 2) เลิกกับแฟน 3) พูดคุยกับแฟนเพื่อปรับพฤติกรรม 4) ไม่ทำอะไรเลย ผู้ป่วยคิดในแต่ละทางเลือกที่มีข้อดี ข้อเสียและความเป็นไปได้ เริ่มรู้สึกดีกับตนเอง เริ่มมองเห็นทางเลือกในการจัดการกับปัญหาจะกลับไปทบทวนที่บ้านแล้วค่อยตัดสินใจว่าจะทำอะไร และคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการทำร้ายตนเอง อย่างไรก็ตามในกรณีศึกษาจำเป็นต้องเน้นการมีปัจจัยปกป้องที่ดี โดยให้ข้อมูลแก่มารดาเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิดและมีระบบการเฝ้าระวังป้องกันที่ดี เช่น การสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เสี่ยง ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง การจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นเครื่องมือในการลงมือฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น แต่มารดาบอกว่าตนเองต้องทำงานไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ผลการประเมิน MINI suicide = 48

ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องมุมมองต่อปัญหาและวิธีแก้ปัญหา ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 2 ให้ทำความเข้าใจในปัญหา แนวคิดและวิธีแก้ปัญหาย่างเข้มข้น ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและเรียนรู้ปัญหาของตนเองจากการบ้านที่มอบหมาย ผู้ป่วยมีความเข้าใจมารดามากขึ้น แต่ยังมีปัญหาทะเลาะกับแฟนบ่อยครั้ง บางครั้งคิดอยากตาย ผู้บำบัดช่วยลดอารมณ์ด้วยการให้เล่าระบายออก แนะนำการผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึกที่สามารถทำได้ง่าย ๆ สามารถใช้ขณะอยู่บ้านได้ และฝึกทักษะซ้ำ ๆ โดยทบทวนการแก้ปัญหาการทะเลาะและไม่เข้าใจกับแฟนให้ปรับมุมมองปัญหาไปในทางบวก และลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาหรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง ให้เป็น “รูปแบบมีเหตุมีผล” แนะนำ

ให้ทำการบ้านโดยให้ฝึกซ้ำ ๆ ผลการประเมิน MINI suicide=24

ระยะที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา จำนวน 3 ครั้งอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองตั้งเป้าหมายสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญหาโดยประเมินวิธีแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจแม่มากขึ้น พูดคุยกันมากขึ้น ให้ผู้ป่วยอธิบายการแก้ปัญหาในทางบวกอย่างเหมาะสม บอกว่า ตอนนี้เลิกกับแฟนแล้วเพราะมองแล้วว่าทะเลาะกันบ่อย ส่งผลกระทบต่อการเรียน มีผลทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ถึงแม้ว่าบางครั้งรู้สึกเศร้า แต่จะพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด ผู้บำบัดตอกย้ำให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช การรักษา การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง และแนะนำให้ฝึกการปรับมุมมองทางบวกและการแก้ปัญหาที่ไม่เข้าใจกันให้เป็นไปในรูปแบบของการมีเหตุมีผล ฝึกการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลและนำไปเป็นการบ้านโดยให้ฝึกซ้ำ ๆ ผลการประเมิน MINI suicide=4 และในช่วงการบำบัดครั้งที่ 4 เป็นการฝึกแก้ปัญหา และคิดทบทวนเพื่อพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือก ความเป็นไปได้ตามทางเลือกที่วางแผนไว้และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ผู้ป่วยบอกว่าคุยกับแม่มากขึ้น รู้สึกดีขึ้นแต่ยังคงมีปัญหากับเพื่อน ๆ แต่คงต้องทำให้ได้ เพื่อน ๆ น่าจะเข้าใจและเลิกกับแฟนแล้ว แนะนำให้ไปฝึกซ้ำ ๆ เป็นการบ้าน MINI suicide=4 การบำบัดครั้งที่ 5 ขึ้นลงมือปฏิบัติ ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส เดินมากับมารดาและเจ้าหน้าที่ และเล่าถึงประสบการณ์การตัดสินใจนำทางเลือกไปปฏิบัติจริงและทบทวนการเปลี่ยนมุมมอง ผู้ป่วยอธิบายว่าการเปลี่ยนมุมมอง

ปัญหาไปในทางบวกทำให้สามารถใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ทำให้มีความสบายใจขึ้นบ้าง แต่บางครั้งยังหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย แต่ลดลงมาก ไม่คิดอยากตาย ไม่มีการทำร้ายตนเองอีก มีความเข้าใจกับมารดามากขึ้น สบายใจขึ้นบ้าง ไม่เครียดมาก ผู้ป่วยอธิบายถึงการดูแลตนเอง โดยพยายามหากิจกรรมทำ ช่วยแม่บ้าง ไปเรียนบ้าง เวลาที่เครียดหงุดหงิดก็จะเดินหนีไปที่ดีขึ้นบ้าง เมื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองหลังจากปรับเปลี่ยนตนเอง รู้สึกสบายใจขึ้น เครียดน้อยลง มองเห็นว่าตนเองก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ ถึงแม้ยังไม่ดีพอ แต่ก็พยายามดูแลตัวเองให้มากขึ้น เมื่อนึกถึงเรื่องราวในอดีตก็จะรู้สึกเศร้าและร้องไห้ วิธีที่ทำให้ไม่คิดถึงอดีตคือการฟังเพลง ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในอนาคต ผู้ป่วยอยากเรียนหนังสือให้ได้เหมือนก่อนหน้านี้นี้ เดิมเป็นคนเรียนดีมาตลอด อยากเรียนสูง ๆ เพื่อมาต่อยอดธุรกิจ เพื่อเติมเต็มความคาดหวังของมารดาและตนเอง เมื่อให้ประเมินถึงความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยให้คะแนนตนเอง 60-70 จาก 100 คะแนน ในเรื่องของการดูแลรักษาตนเองมีมารดาและครอบครัวช่วยเหลืดูแล ผู้บำบัดให้กำลังใจในการดูแลตนเองและการรับประทานยา ชื่นชมและให้กำลังใจ และตอกย้ำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิดโดยได้ให้ความรู้และคำแนะนำกับมารดา ในเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัว โดยเน้นเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ควรขาดยา และเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง การสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เสี่ยง การไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง การจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นเครื่องมือในการลงมือฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น และแนะนำให้ทำการฝึกการแก้ปัญหา

และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ผลการประเมิน MINI suicide=4

สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษาที่มีการนำโปรแกรมบำบัดไปประยุกต์ใช้

สัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเล่าระบายความในใจที่ซ่อนอยู่พร้อมที่จะรับฟังสิ่งที่เป็นความรู้และแนวทางใหม่ ๆ ที่จะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองและช่วยทำให้การบำบัดดำเนินไปได้ตาม 6 ขั้นตอน ที่ดำเนินการตามระยะของการบำบัด 3 ระยะดังกล่าว จุดเน้นที่สำคัญที่สุดของการบำบัดด้วย PST-PPS คือ การปรับเปลี่ยน “มุมมองปัญหาในทางบวก” และแก้ปัญหา “แบบมีเหตุผล” กลยุทธ์สำคัญคือต้องทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ด้วยตนเองและสามารถกำหนดปัญหาและเป้าหมายของตนเองได้ และต้องทำความเข้าใจในวิธีแก้ปัญหาอย่างเข้มข้นและรอบด้านเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลที่ดีที่สุดที่จะช่วยทำให้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายได้ตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ต่อของตนเองได้ ซึ่งสามารถใช้กับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และกลุ่มที่มีปัญหาความสัมพันธ์ ผู้ที่มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะคิดว่าปัญหาของตนเองไม่มีทางออกหรือไม่มีศักยภาพเพียงพอจะรับมือกับปัญหาได้ อยากให้ปัญหาลบลงโดยเร็วซึ่งเป็น “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ”

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจเพราะยังมีห่วงทางใจหรือยังมีความกลัวตายอยู่ จิตใจจึงว้าวุ่นและสับสน เกิดความลังเลภายในใจ ดังนั้น ญาติที่สำคัญที่ผู้บำบัดจะต้องให้ความช่วยเหลือโดยมีการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกการตั้งเป้าหมาย

ประเมินวิธีแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี พร้อมวางแผนแก้ปัญหาจะช่วยทำให้มองเห็นศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ทำให้มีความเข้าใจว่าทุกปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการปรับแก้ และมีโอกาสพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบด้านมากขึ้น เพื่อให้มีความหวังในการที่จะตัดสินใจแก้ปัญหาของตนได้ โดยใช้เวลาในขั้นตอนที่ 4 และ 5 ที่จะต้องมุ่งเน้นฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่มากที่สุดและต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่เกิดจากการแก้ปัญหา ในขั้นตอนที่ 6 หรือสุดท้าย จะสรุปผลการแก้ปัญหาและยุติการบำบัด เป็นการประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองว่า “สามารถจัดการกับปัญหาได้” ซึ่งอาจรวบรวมในขั้นตอนที่ 5 และสิ่งที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนการบำบัดคือการชื่นชมและให้กำลังใจสนับสนุนการแก้ปัญหาในแนวทางบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญอย่างยิ่ง

บทสรุป

การที่บุคคลฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อแก้ปัญหาของตนเองวิธีหนึ่ง แต่เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่มีทักษะไม่เพียงพอหรือขาดประสิทธิภาพ และใช้วิธีการแบบหุนหันพลันแล่นในการแก้ปัญหา จึงส่งผลทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตามการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ โดยเน้นการบำบัดที่ลงรายละเอียดลึกถึงขั้นการฝึกทักษะการแก้ปัญหด้วยตนเอง หรือสอนให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด มีความเข้มแข็ง

ด้วยตนเองแทนการสอนให้ไปยึดเหนี่ยวกับบุคคลอื่นหรือพึ่งพาคนอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยที่ยากแก่การควบคุม เพราะปัจจัยหนึ่งของการเกิดอาการกำเริบมักเกิดจากปัญหาสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกับคนสำคัญหรือคนในครอบครัว โปรแกรมบำบัด PST-PPS นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเป็นผู้แก้ปัญหาเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการระบุปัญหาและปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน โดยปรับมุมมองปัญหาในทางลบมาเป็นการมีมุมมองปัญหาในทางบวกและเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีเหตุผลให้มากขึ้น จึงมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ และมีความคงทนในประสิทธิผลของการบำบัด ดังนั้นแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเพิ่มทางเลือกและเติมเต็มในประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญคือจะต้องวิเคราะห์ ประเมินปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอแนะ

PST-PPS เป็นแนวทางการบำบัดทางคลินิกโดยการแก้ปัญหาในเชิงบวกที่มุ่งเน้นการฝึกปรับทัศนคติและทักษะการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดอาการทางจิต และเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ทางจิตสังคม ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตสูงสุดและช่วยให้บุคคลรับมือกับปัญหาความเครียดในการดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรนำแนวคิดการบำบัดนี้ไปทดลองใช้กลุ่มบุคคลหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ทั้งด้านกายและจิตใจเพื่อขยายผลการ

บำบัดให้เพิ่มมากขึ้น และทักษะการแก้ปัญหาที่มีคุณค่าหลาย ๆ ประการที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เกิดจากประสบการณ์ที่ได้พัฒนามาจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองภายในใจ ดังนั้นผู้บำบัดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาที่มีอยู่ของตนเอง และจำเป็นต้องได้รับฝึกอบรมและเรียนรู้เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เพื่อสกัด (refining) และมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหามีความเหมาะสมกับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สูงไม่แนะนำให้ใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายหรือเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะใกล้ถึงอันตรายหรือต้องเพิ่มมาตรการความปลอดภัย และการบำบัดทางคลินิกกับผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องทำอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายด้านอื่น ๆ เช่น การมีปัจจัยปกป้องที่ดี มีด่านกั้นที่เข้มแข็ง มีระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Word Health Organization, Mental health: Suicide data [Internet]. 2018 [cited 27 Aug 2024]. Geneva: WHO; 2018. Available from: <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/en>
2. Carballo JJ, García-Nieto R, Harkavy-Friedman J, et al. Aggressiveness across development and suicidal behavior in depressed patients. Archives of Suicide Research. 2014; 18(1): 39-49.
3. Park S, Lee Y, Youn T, et al. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. BMC Public Health. 2018; 18: 477
4. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016; 3: 646-59.
5. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, et al. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 2017; 210(6): 396-402.
6. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In Dobson KS (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd ed. Guilford Press. 2010; p.197-225.
7. Klinpi boon A, Yodklang O, Kanachai V, et al. The development of problem-solving therapy programs for psychiatric patients with suicide ideations and behaviors who received the services at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital (PST-PPS). J Ment Health Thai. 2020; 28(1): 86-98. Thai.
8. Khon Kaen Psychiatric Hospital. Annual Report of Khon Kaen Psychiatric Hospital. Khon Kaen: Department of Mental Health; 2018
9. Department of Mental Health. Annual Report Department of Mental Health, Fiscal Year 2018. Department of Mental Health. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/188.pdf>.
10. Tapinta D, Sakulphan S, Inthong S. Effectiveness of problem-solving therapy for depression in Thai depressed patients: A randomized controlled study. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2014. Thai.
11. Vlachou A, Stavroussi P, Didaskalou E. Problem-solving training: An intervention program for enhancing international problem-solving skill in children with intellectual disabilities. Hellenic Journal of Psychology. 2017; 14: 114-38.
12. Beaudreau SA, Gould CE, Sakai E, et al. Problem-Solving Therapy. In: Pachana N, editors. Encyclopedia of Geropsychology. Singapore: Springer; 2017; 1874-83.

13. Kiosses DN, Alexopoulos GS. Problem solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2014; 1(1): 15–26. doi: 10.1007/s40501-013-0003-0.
14. Zhang A, Park S, Sullivan JE, et al. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Am Board Fam Med*. 2018; 31(1): 139–50. doi: 10.3122/jabfm.2018.01.170270.
15. Simon SS, Cordás TA, Bottino CM. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015; 30(3): 223–33. doi: 10.1002/gps. 4239.
16. Liu Z, Yang F, Lou Y, et al. The effectiveness of reminiscence therapy on alleviating depressive symptoms in older adults: A systematic review. *Front Psychol*. 2021; 12: 709853. doi: 10.3389/fpsyg. 2021.709853.
17. Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47(3): S186–S194.
18. National Registry of Evidence Based Practices and Programs (NREPP). Substance abuse mental health services administration. Problem solving therapy: Program description [Internet]. 2018 [cite May 19]. Available from: <https://nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=108>.
19. Gustavson KA, Alexopoulos GS, Niu GC, et al. Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 24(1): 11–7.
20. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2016; 46(3): 323–36.
21. Goetz DB. An Evaluation of different measures of social problem-solving: Using ecological momentary assessment [dissertation]. Michigan: Western Michigan University; 2020. 86 p.
22. Kourmousi N, Xythali V, Theologitou M, et al. Validity and reliability of the problem solving inventory (PSI) in a Nationwide Sample of Greek Educators. *Soc. Sci.* 2016; 5(2): 25. doi:10.3390/socsci 020025.
23. Ngamtipwattana T, Phasaitutawat S, Chalermchainukul M. Stress and problem-solving patterns of medical students 3rd year, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2000; 45(1): 59–69. Thai.
24. Hawton K, Witt KG, Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(8): 740–50. doi: 10.1016/S2215-0366(16) 30070-0.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. Reliability and validity of the MINI International neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12: 232–41.