

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดย
Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

แสงเดือน จันทร์เพ็ญ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดย

Cognitive therapy /Cognitive behavior therapy เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ



นางสาวแสงเดือน จันทรเพ็ญ

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิน แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

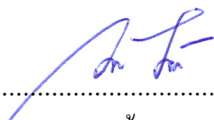
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พชรินทร์ นินทจันทร์

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ค.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดย

Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 9 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551



นางสาวแสงเดือน จันทร์เพ็ญ

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิชรินทร์ นินทจันทร์

Ph.D. (Nursing)

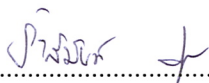
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธรัณย์

พย. ค.

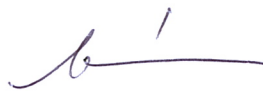
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Ph.D. (Nursing)

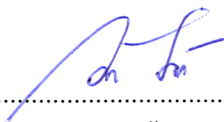
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิติน แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

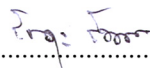


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นินทจันทร์ กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไข ขอบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสถามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ของโรงพยาบาลอ่างทอง ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอบพระคุณบุคลากรหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานอย่างดียิ่งเยี่ยม ในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้น กระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดียิ่งอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

คุณค่า และประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

แสงเดือน จันทร์เพ็ญ

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

(A Synthesis of research on Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy to prevent
repeated attempt suicide)

แสงเดือน จันทร์เพ็ญ 4736745 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

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

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเกี่ยวกับการ
บำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทำ
การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับการสืบค้น
ด้วยมือ มีงานวิจัยอยู่ในเกณฑ์คัดเลือก และมีฉบับเต็มที่จะนำไปประเมินคุณภาพจำนวน 9 เรื่องเป็น
Randomized control trial ระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi-experimental research ระดับ B
จำนวน 2 เรื่องได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ คือ การบำบัดทางความคิด และการ
บำบัดทางความคิด และพฤติกรรมมีเทคนิคการบำบัดหลากหลายรูปแบบสามารถแบ่งออกได้เป็น 4
รูปแบบ คือ 1) Cognitively-based- problem solving therapy 2) Dialectical behavior therapy 3)
Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy ทั้ง 3 รูปแบบนี้พบว่าสามารถลดพฤติกรรมฆ่า
ตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) Manual assisted cognitive-behavior therapy พบว่า
สามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดทุก
รูปแบบส่งผลดีทางด้านจิตสังคมในส่วนที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วย

ผลการศึกษาที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการนี้ สามารถนำไปใช้
ประโยชน์ในการประยุกต์ใช้การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อ
ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็น
การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีการพยายามฆ่าตัวตายต่อไป

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย / การจงใจทำร้ายตนเอง / จิตบำบัด / การบำบัดทางความคิด

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE THERAPY / COGNITIVE –
BEHAVIOR THERAPY TO PREVENT REPEATED ATTEMPT SUICIDE

SANGDUAN CHANPEN 4736745 RAMH/M

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

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

ABSTRACT

The study aimed at synthesizing evidence-based research and academic references on the use of cognitive therapy and cognitive-behavior therapy intervention to reduce repeated suicide attempts. Research reports and academic evidence from electronic databases were compiled. There were altogether nine research studies and academic documents selected: seven were Randomized control trials within the A level and two were Quasi-experimental research within the B level. The synthesis of the selected evidence led to the conclusion that cognitive therapy /cognitive behavior therapy was a method and treatment techniques variable that could be classified into 4 categories :1) Cognitively based-problem- solving therapy; 2) Dialectical behavior therapy; 3) Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy; and 4) Manual assisted cognitive-behavior therapy. The first three categories could significantly reduce suicide behavior and the fourth category could reduce suicide behavior but is not statistically significant. Furthermore therapy has psychosocial benefits on patients with a history of attempted suicides. The findings on cognitive therapy / cognitive-behavior therapy from the analysis and synthesis of the evidence-based research and academic documents can be applied to effectively reduce deliberate self-harm or attempted suicides and could further develop the quality of nursing care for patients who have attempted suicide.

KEY WORDS: SUICIDE / DELIBERATE SELF HARM / PSYCHOTHERAPY /
COGNITIVE THERAPY

148 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่	
1 บทนำ	
วัตถุประสงค์การศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	4
นิยามศัพท์	4
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การฆ่าตัวตาย	5
แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	18
การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	23
3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	27
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	32
4 ผลการศึกษา	
คุณภาพของงานวิจัย	35
รูปแบบ และองค์ประกอบของการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	36
5 อภิปรายผลการศึกษา	46
6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	60
ข้อเสนอแนะ	64

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
6 - การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล	64
ข้อจำกัดในการศึกษา	66
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	67
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	80
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	103
ประวัติผู้วิจัย	148

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	32
3 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ	58
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	105
5 ผลการวิเคราะห์วิธีการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	137

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนในสังคม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2000 ระบุว่า อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองเท่ากับ 16 ต่อประชากรแสนคน หรือมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2020 อาจมี ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 1 ล้าน 5 แสนคน ต่อปี (WHO, 2006) สำหรับในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลที่ได้จากมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทยซึ่งวิเคราะห์โดยสำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2530 และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ. 2542 หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ลดลง (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) โดยกรมสุขภาพจิตได้รายงานอัตราการทำร้ายตนเองใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548 เท่ากับ 6.7 และ 6.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) แม้อัตราการฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มลดลงแต่จากการศึกษาาระบาดวิทยาในอดีตที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นสูงในช่วงที่ประเทศมีปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจดังเช่นใน พ.ศ. 2542 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 8.6 ต่อประชากรแสนคน (มานิช หล่อตระกูล, 2546) ปัจจุบันจากสภาพปัญหาเศรษฐกิจและสังคมซึ่งมีแนวโน้มวิกฤตสูงขึ้นจึงอาจส่งผลให้มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นได้อีก ปัญหาการฆ่าตัวตายนับส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิตมักมีปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบาดเจ็บหรือพิการของอวัยวะต่างๆ จากการทำร้ายตนเอง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดต่อจิตใจของผู้กระทำ มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่รู้สึกมีคุณค่าแห่งตนต่ำ (มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543) การปรับตัวด้านจิตใจได้ไม่ดี และมีการปรับตัวทางด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำ (จรรยา ชาญญาติ, 2537) อาจส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายซ้ำ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การฆ่าตัวตายเกิดได้จากหลายสาเหตุ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดิสดูรา หรือทั้งสองอย่าง (Hirschfeld & Russell, 1997) นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังพบในกลุ่มผู้ที่สิ้นหวังในชีวิต มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ซึ่งการมีประวัติการฆ่าตัวตายมาแล้วนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000) จากการศึกษาของ มอสคิกิไค (Moscicki, 1997) ซึ่งได้ทบทวนองค์ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเองจากงานวิจัยต่างๆ ก็พบว่า การเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

สำหรับในประเทศไทยกลุ่มเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง 5 อันดับแรก ได้แก่ มีอาการของโรคจิต ว่างงาน เคยใช้สารเสพติด มีอาการซึมเศร้า และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน (อภิชัย และคณะ, 2548) นอกจากนี้ นิตยา เกลิมกุล, ชะลอ ชูพงศ์ และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) ได้ศึกษาพบว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแลและถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยเฉพาะในระยะเวลาปีต่อมา

การศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่า อย่างน้อยร้อยละ 1 ของผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จภายในระยะเวลา 1 ปี และร้อยละ 3-5 จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จภายในระยะเวลา 5-10 ปี (Hawton and Fagg, 1988) การ์ริสัน และคณะ (Garrison et. al, 1991) ทำการศึกษาติดตามกลุ่มวัยรุ่นนาน 3 ปี พบว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายยังคงอยู่ร้อยละ 47 และเมื่อติดตามถึง 10 ปี พบว่าร้อยละ 10-50 ยังคงมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และร้อยละ 3 -10 จะพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จ การศึกษาของอูมาพร ตรังคสมบัติ และคุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นระยะเวลา 10 ปี ก็พบว่าร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตามมีผู้ศึกษาติดตามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาถึง 37 ปีพบว่า ร้อยละ 13 ฆ่าตัวตายจนสำเร็จ และ 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้ฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะเวลาอย่างน้อย 15 ปี หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Suominen, Isometsa, Suokas, Haukka, Achte & Lonnqvist, 2004) ผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงมากในช่วง 1 ปี โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนแรกหลังพยายามฆ่าตัวตาย (Owens, Horrocks & House, 2002)

จะเห็นได้ว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายบางส่วนจะพยายามกระทำซ้ำจนสำเร็จในที่สุด ซึ่งถือว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จยังเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ของหลายประเทศ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกญาติหรือผู้ใกล้ชิดนำส่งโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษารักษาให้รอด

ชีวิต กลุ่มเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายซ้ำดังได้กล่าวไว้ในบททบทวนวรรณกรรมข้างต้น ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในบุคคลกลุ่มดังกล่าว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายก็พบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) มีความจำกัดในการแก้ไข และหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหา ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะการคิดดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998) การให้การบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ การรักษาทางยา การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น สัมพันธภาพบำบัด (Interpersonal Therapy) การให้คำปรึกษา (Counseling) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy, CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) เป็นต้น

การบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัด ที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้เรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหและปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบ ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดโดย การบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถลด และป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Brown et al., 2005; Linehan et al., 2006; McLeavey et al., 1994; Raj & Bhude, 2001; Salkovskis et al., 1990) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายโดยตรง จึงได้รวบรวม สังเคราะห์เอกสาร และงานวิจัยที่พบทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการช่วยลดและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการนำไปศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อให้การดูแลบุคคลกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการบำบัด

2. การบำบัดอื่นๆ ที่นำมาเปรียบเทียบกับ บำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

ได้องค์ความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

นิยามศัพท์

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Patient with suicide attempted) หมายถึงผู้ที่เคยมีประวัติพยายามทำลายตนเอง โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจให้ถึงแก่ชีวิต ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำ

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (Repeated attempt suicide) หมายถึงผู้ที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือพยายามทำลายตนเองโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจให้ถึงแก่ชีวิตแต่ไม่สำเร็จโดยพยายามทำกับตนเองมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) คือจิตบำบัดแบบมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและมีทิศทางในการบำบัดชัดเจน เน้นการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) และความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Beck, 1995)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คือจิตบำบัดที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ ลักษณะของการบำบัดใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิด และการปรับพฤติกรรม โดยผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจรูปแบบของความคิดที่บิดเบือน และปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
- 1.3 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
- 1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย
- 1.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 1.6 การบำบัดรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

- 2.1 การบำบัดทางความคิด (CT)
- 2.2 การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT)

3. การบำบัดทางความคิด (CT) / การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1. การฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมาย

การฆ่าตัวตาย พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย คือ การกระทำเพื่อทำลายตัวเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

การฆ่าตัวตาย ตามความหมายของนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้ มักให้ความหมายตรงกัน คือ การจงใจ ตั้งใจ ที่จะทำให้อันตนเองถึงแก่ชีวิต (Diekstra & Gulbinat, 1993; Hauenstain, 1998; Riley & Kneisl, 1996) มาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวว่า Attempt suicide หรือปัจจุบันนิยมเรียกว่า Parasuicide หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงชีวิต หรือศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียง

คือ Deliberate self harm ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่

ดังนั้น สรุปความหมายได้ว่า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต และการพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของบุคคล โดยความสมัครใจและตั้งใจที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ในที่สุดยังไม่สำเร็จ

1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

นักวิชาการหลายท่านได้จำแนกพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไว้หลายแบบด้วยกัน ดังเช่น ไคสตรา และกัลปีบีเนต (Diestra & Gulbinat, 1993) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว เกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง

2. พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ และการกระทำดังกล่าวต้องไม่ใช่นิสัยปกติของบุคคลนั้นปัจจุบันนิยมเรียกว่า parasuicide หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self harm หมายถึง ผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่

3. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide) การตายที่เป็นผลทางตรงและทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจที่ต้องการตาย

บาร์บี และ บริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดทางอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเองในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ

2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide threats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ

3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจจะจบชีวิตตนเอง แต่กระทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดแผลถลอกที่ข้อมือด้วยมีดพลาสติกเป็นต้น

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการ

ให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง (การแสวงกระทำการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบความสำเร็จ และความรุนแรงในการกระทำซ้ำมักเรียกว่า para-suicidal behavior)

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

จะเห็นได้ว่าการแบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันไปตามระดับของความตั้งใจหรือความตั้งใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ จากรายงานการศึกษายืนยันว่าในแต่ละพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความคาบเกี่ยวและเชื่อมโยงกันอยู่ คือ มีตั้งแต่ คิด พยายาม และฆ่าตัวตายสำเร็จ (Diekstra & Gulbinat, 1993)

1.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีหลากหลายปัจจัยเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎี และแนวคิดดังนี้

1.3.1 แนวคิดทางชีวภาพ (Biological perspective)

มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (neurochemical agents) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งได้แก่ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT) สารสื่อประสาทชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางที่บริเวณ limbic และ cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ ถ้าระดับของ serotonin ต่ำกว่าปกติมาก ผลที่ตามมาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Barbee & Bricker, 1996)

1.3.2 แนวคิดทางจิตใจ (Psychological perspective)

นักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความสนใจและอธิบายเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายไว้หลายทฤษฎีด้วยกัน อาทิเช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียด ต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว ที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud, 1985 cited in Hauenstein, 1998) ส่วนทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ชัลลิวาน (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทยใน พ.ศ. 2546 พบว่าส่วนใหญ่ระบุสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทำร้ายตนเองมาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและไม่สมหวังในความรัก ส่วนสาเหตุกระตุ้นให้ตัดสินใจทำร้ายตนเอง คือ เสียใจ ปวดร้าวจนทนไม่ได้ รองลงมาคือรู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว (ปราชญ์ บุญขวงส์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนา

ชัยกูร และ บารมี จรัสสิงห์, 2547) และทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางความคิดของบุคคลว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะการคิดดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

1.3.3 แนวคิดทางสังคม (Sociological perspective)

เดอว์ไกรม์ (Durkheim, 1951 cited in Babee & Bricker, 1996) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เป็นการทลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจ กระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง เช่น นักบินหน่วยคามิกาเซ่ของชาวญี่ปุ่นในสมัยโบราณพระเวียงคนามเผาตนเองในสมัยสงครามเวียงคนาม ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติยศอย่างสูง เป็นต้น

ฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงแก่ตนเอง (egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคม หรือบุคคลรู้สึกผูกพันกับครอบครัวและสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน เช่น คนโสดฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง เป็นต้น

ฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกะทันหัน ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกสับสนปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบจึงทำการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวจากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอัดอั้นต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของทาสในสมัยโบราณ การฆ่าตัวตายของนักโทษ และการฆ่าตัวตายของเชลยศึก เป็นต้น

ในด้านสิ่งแวดล้อมในสังคมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ธนู ชาติชนานนท์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตใจของคนไทยในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พบว่ากว่าร้อยละ 86 ของประชากรในภาคกลางและภาคเหนือ ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤติมากที่สุด และมีผู้ศึกษาสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในช่วงดังกล่าว คือ พ.ศ.2541-2545 พบว่าสูงกว่าช่วงเวลาก่อนหน้านี้ โดยใน พ.ศ. 2542 พบว่าสูงถึง 8.6 ต่อแสนประชากร เป็นสถิติที่สูงที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประเทศ ซึ่งเป็นผลกระทบจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 (มานิช หล่อตระกูล, 2546)

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และประวัติเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เพศ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายมักจะไม่สามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายถึงปัญหา หรือระบายความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งเป็นเหตุให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จ (Hauenstein, 1998) และมักใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง ก็ยังทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (มานิช หล่อตระกูล, 2541) แต่การศึกษาในประเทศจีนกลับพบว่าเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศชาย (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995 อ้างใน มานิช หล่อตระกูล, 2541; Pritchard, 1996) ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศจีนการฆ่าตัวตายไม่เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะถ้าผู้ชายฆ่าตัวตายจะรู้สึกเสียหน้ามาก (Pritchard, 1996) สำหรับในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2541- 2545 เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (มานิช หล่อตระกูล, 2546) และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (กรชัย, 2530; จรรยา ัญญาดี, 2537; ประยุทธ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย, 2530)

อายุ การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยอื่นๆ (Barbee & Bricker, 1996) สำหรับประเทศไทยพบว่าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการฆ่าตัวตายมากที่สุด และลดลงในช่วงวัยผู้ใหญ่

ตอนปลาย และมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกครั้งในวัยสูงอายุ หรือตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ซึ่งพัฒนาการของแต่ละวัยดังกล่าวมีลักษณะสำคัญดังนี้

วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่รุนแรงที่สุดในชีวิต เป็นวัยผันผวน เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ สับสน ดึงเครียด เสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Wilson & Kneisl, 1996) และวัยนี้เป็นช่วงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องเตรียมตัวประกอบอาชีพ เตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ที่สมวัย เตรียมตัวในการมีคู่สมรส เตรียมตัวเป็นบิดามารดา ซึ่งล้วนแต่ก่อให้เกิดความเครียดและการปรับตัวทั้งสิ้น ประกอบกับการดำรงชีวิตในสังคมไทยปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปสู่รูปแบบสังคมตะวันตกมากขึ้น เป็นสังคมแห่งวัตถุนิยมทำให้คนในวัยนี้ต้องต่อสู้ แข่งขันกันมากขึ้นในเรื่องการเรียน การงาน ก่อให้เกิดความบีบคั้น ดึงเครียด นำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย (ประเวศ วะสี, 2535)

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงต่อจากวัยรุ่น เป็นระยะที่เริ่มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม ซึ่งอาจนำไปสู่การแต่งงาน เป็นการเริ่มครอบครัวของตนเองและบทบาทของความเป็นพ่อแม่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากฎเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคม ต้องมีการยอมรับความเป็นจริงของชีวิต การควบคุมอารมณ์ การเลือกคู่ครองที่เหมาะสม นอกจากนั้น วัยนี้ในตอนต้นมักเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นอย่างมาก ความเป็นผู้ใหญ่ช่วงต้นในบางคน ยังเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างแนวคิดส่วนตัว กับสิ่งที่ถูกปลูกฝังมาในมโนธรรม หรือประเพณีวัฒนธรรม (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลวบุคคลจะแยกตัวจากสังคม ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้และสนใจหมกมุ่นแต่เรื่องตนเอง

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่เสื่อมถอยในความสามารถทุกๆด้าน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่สูญเสีย และกำลังจะก้าวไปสู่ความตาย (วิจารณ์ วิชยะ, 2533) การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการสูญเสียสิ่งสำคัญต่างๆ เช่น การสูญเสียความสมบูรณ์ทางร่างกาย สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียคู่สมรสและเพื่อน ถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง เป็นต้น (Shneidman, 1985 cited in Barbee & Bricker, 1996) วัยนี้จึงพบอารมณ์เศร้าได้สูงกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย อยู่คนเดียวตามลำพัง ผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่อัตราการฆ่าตัวตายลำเจ็ญน้อย (Hoyer & Lund, 1993; McIntosh, 1992 cited in Hauenstein, 1998) แต่บางการศึกษากลับพบว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้เพิ่มมากขึ้น (Schmidtke et al., 1996) ดังนั้นสถานภาพสมรสแบบต่างๆไม่ได้เป็นตัว

บ่งชี้โดยตรงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล, 2541)

ศาสนา เป็นปัจจัยแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาในชีวิต และดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ (Antonovsky, 1982 อ้างใน กนกพร สุคำวัง, 2540) บุคคลที่ขาดความผูกพันกับศาสนาก็จะขาดสิ่งยึดมั่นทางใจ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำเป็นปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541) เนื่องจากระดับการศึกษาต่ำทำให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และนำข้อมูลต่างๆที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkin, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) ดังการศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพานิชย์, กิตติกา กาญจนรัตน์ และ สุพิศ กิตติรัชดา (2537) ซึ่งพบว่าร้อยละ 61.5 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของปราชญ์ และคณะ (2546) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และการศึกษาของ ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่พบว่าร้อยละ 55.9 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักไม่ได้เรียน และเรียนจบชั้นประถมศึกษา

อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกรายได้ สถานภาพทางสังคม การได้รับความเคารพนับถือ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลายระดับ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดแตกต่างกัน (สุพัตรา สุภาพ, 2534) ในขณะที่การว่างงานทำให้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง ซึมเศร้า หดหู่ ทำให้เกิดความตึงเครียด ในครอบครัว ขัดแย้งกับคู่สมรส ดิดสุรา แยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก (Adam, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย (Yang et al., 1992 cited in Barbee & Bricker, 1996) อัตราการฆ่าตัวตายพบได้สูงในผู้ที่ตกงาน ว่างงาน การงานไม่มั่นคง และมีปัญหาการทำงาน (Platt, 1984 cited in Adam, 1990) สำหรับในประเทศไทย พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพใช้แรงงานรับจ้างทั่วไป (นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และคณะ, 2537; ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; ไพรัตน์ พุกยชาติคุนากกร และปรีทรรศ ศิลปะกิจ, 2535) ส่วนการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ว่างงานมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ยังประกอบอาชีพ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตรา

การฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee & Bricker, 1996) ในขณะที่บางรายงานการศึกษากลับพบว่าการมีรายได้สูงและคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (Lester, 1984 cited in Barbee & Bricker, 1996) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท/เดือน และมีรายได้ที่ไม่เพียงพอหรือไม่แน่นอน (ประยุทธ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

ประวัติการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) โรคที่พบที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เช่น เอดส์ มะเร็ง การบาดเจ็บของสมองหรือไขสันหลัง และไตวาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เรื้อรัง ร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค หรือวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น (Mckenzie & Popkin, 1990) โดยจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ หรือมีความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจากตัวโรคมามาก ผู้ที่ติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าตนติดเชื้อ กับในระยะท้ายของโรค โดยมีอารมณ์เศร้าจากความคิดว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และจากอาการของตนเอง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองทำให้การใช้เหตุผล การตัดสินใจเสียไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ชันตติลล (2541) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตาย และความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากโรคทางกายแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มักจะมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะมีการผิดปกติทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าในขณะที่ทำการฆ่าตัวตาย (Harris & Barraclough, 1997) ความเจ็บป่วยทางจิตที่พบ อาทิเช่น ความผิดปกติด้านอารมณ์เศร้า (major depressive disorder) จิตเภท (schizophrenia) ความผิดปกติแบบวิตกกังวลอย่างรุนแรง (panic disorder) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) (Black & Winokur, 1990) โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาบุคลิกภาพ Borderline personality disorder ซึ่งจะมีลักษณะอารมณ์ไม่คงที่มีอารมณ์รุนแรง และแปรปรวนได้ง่ายมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (Shirley et al., 2004)

การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996) ผู้ที่ดื่มสุราและสูบ

บุหรืมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 2.42 และ 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่หาทางออกเมื่อมีความทุกข์ใจโดยการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3.02 เท่าของผู้ที่หาทางออกโดยการพูดคุยเรื่องไม่สบายใจกับคนที่ใกล้ชิดหรือคนที่ไว้ใจ หรือมีความเสี่ยงมากต่อการฆ่าตัวตาย (ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

ประวัติเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายซ้ำ การศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่าร้อยละ 10 – 50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าร้อยละ 10 ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการฆ่าตัวตายประกอบไปด้วย

ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) ส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และปัญหาส่วนตัว (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร และปริทรรศ ศิลปะกิจ, 2535) นอกจากนี้ยังพบว่าการฆ่าตัวตายมักเกิดจากเหตุการณ์หรือความเครียดในชีวิตที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน (Maris, 1991 อ้างใน จรรยา ชาญญาติ, 2537) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่เผชิญมักเป็นเรื่องของการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพลัดพราก การลาออกหรือถูกไล่ออกจากงาน และการสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น (Aguilera, 1994)

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง การมีความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย บุคคลที่อาจมีความคิดเช่นนี้มากกว่าคนทั่วไป เช่น คนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

แผนการฆ่าตัวตาย หรือการวางแผนไว้ล่วงหน้า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะกระทำขณะโกรธเคือง ด้วยอารมณ์ชั่ววูบ ทำอย่างหุนหันพลันแล่น (Impulsive) โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า ส่วนบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มักวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) บุคคลที่มีรายละเอียดของแผนชัดเจน ระบุ

วิธีและเตรียมอุปกรณ์ไว้พร้อม กำหนดเวลากระทำแน่นอน กระทำในสถานที่และเวลาที่ไม่มีคนอยู่ หรือมีโอกาสมาพบได้น้อย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมาก (ประเวช ดันติวิวัฒน์สกุล, 2541)

การส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ ประมาณร้อยละ 80 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย จะส่งสัญญาณเตือนบางประการให้ทราบล่วงหน้าก่อน อาจเป็นทางคำพูด เช่น การพูดถึงความตาย สิ่งเสียกับคนใกล้ชิด การซักถามเกี่ยวกับปริมาณหรือขนาดของยา ส่วนทางพฤติกรรม เช่น การเขียนบันทึกความรู้สึกที่เหวา โดดเดี่ยว หรือหมดหวัง การเขียนระบายความโกรธถึงบุคคลที่ปฏิเสธตน การเขียนเปิดโปงเรื่องราวบางอย่าง การมอบหมายกรรมธรรม์ประกันชีวิต เป็นต้น (Shives, 1998)

สถานที่ฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะกระทำในสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาสช่วยเหลือเอาไว้ได้ทันทั่วทั้ง (ประเวช ดันติวิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรรธรณ หนูแก้ว, 2541) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมีเพียงส่วนน้อยที่ตั้งใจจบชีวิตของตนเอง ส่วนใหญ่มักจะทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจ ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบอย่างหุนหันพลันแล่น ซึ่งเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือ (ประเวช ดันติวิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

วิธีฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง (ประเวช ดันติวิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2530; Barbee & Bricker, 1996) วิธีที่นิยมใช้มากที่สุดทั้งหญิงและชาย คือ การกินยาและสารพิษ ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกและน่ากลัวน้อยที่สุด ยาที่ใช้มักเป็นยานอนหลับ ยากล่อมประสาท และยารักษาโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว สารพิษที่ใช้มักเป็นสารเคมีที่หาง่ายในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง ยาเบื่อหนู น้ำยาซักฟอก และน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น

ประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน (Malone et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่า ญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายถึง 4 เท่า (Hauenstein, 1998) ส่วนการศึกษาในฝาแฝดพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จ ฝาแฝดคนที่เหลือก็จะฆ่าตัวตาม (Roy et al, 1995 cited in Hauenstein, 1998) และนอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและปฏิบัติตามผู้อื่น (Diekstra, 1986 cited in Runeson, Beskow & Waren, 1996)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีสาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางชีวภาพ การเผชิญความสูญเสีย ความขัดแย้งจากสัมพันธภาพ ปัญหาการว่างงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สภาพจิตที่ผิดปกติ การติดสุรา หรือสารเสพติด รวมทั้งการมีความคิดที่มีลักษณะทางลบ การไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ จึงทำให้เกิดความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง หาทาทางออกไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถือเป็นส่วนสำคัญเพื่อใช้วางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสมได้มีผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยกันหลายแบบด้วยกัน สำหรับในประเทศไทย ประเวศ ดันติพัฒน์สกุล (2541) ได้เสนอแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย แผนการฆ่าตัวตาย ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย การประเมินองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต การวินิจฉัยทางจิตเวช นิัยการแก้ปัญหา แหล่งให้ความช่วยเหลือ และแหล่งความเครียดอื่น และจำแนกความเสี่ยงเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงมาก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยซึ่งแต่ละกลุ่มมีลักษณะดังนี้

กลุ่มที่มีความเสี่ยงมากจะมีรายละเอียดของแผนชัดเจน เตรียมอุปกรณ์ วางแผนใช้วิธีรุนแรง เช่น แขว่นคอ ยิงตัวเอง หรือกระโดดตึก กำหนดเวลาแน่นอน และจะทำในสถานที่และเวลาที่ไม่มีคนอยู่ หรือโอกาสมาพบน้อย เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย สูญเสียการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีโรคภัยเรื้อรัง ดำเนินชีวิตด้วยความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่เชื่อว่ามีทางแก้ไขปัญหา มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่า โกรธแค้น กระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงมาก มีการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคจิต หรือใช้สารเสพติดมีนิสัยการแก้ปัญหาเป็นแบบหุนหันพลันแล่น มีปัญหาการปรับตัวบอยไม่มีญาติหรือเพื่อน หรือมีแต่ความสัมพันธ์ไม่ดี ไม่พร้อมให้ความช่วยเหลือ หรือผู้ป่วยไม่พร้อมรับการช่วยเหลือ มีแหล่งความเครียดหลายแหล่ง โดยประสบเหตุสูญเสียติดต่อกัน

กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยจะมีรายละเอียดของแผนไม่ชัดเจน ยังไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ วิธีการที่จะใช้ไม่มีความรุนแรงมาก เช่น กินยา กรีดข้อมือ จะไม่กระทำตามคำพั่ง อยู่กับคนอื่นตลอดเวลา ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือเคยแต่ใช้วิธีไม่อันตราย ยังดำเนินชีวิตประจำวันได้ สุขภาพแข็งแรง มีความเชื่อว่ายังพอมีความหวัง พอมองเห็นทางออกของปัญหา มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย แต่ไม่มาก ยังพอมีความสุข ความเพลิดเพลินได้ไม่พบความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง นิัยการแก้ปัญหาเป็นแบบมีเหตุผล ปรับตัวได้ดีมาก่อนมีผู้ใส่ใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือ และผู้ป่วยพร้อมให้ความช่วยเหลือ และไม่มีแหล่งความเครียดอื่นหรือมีน้อย

1.6 การบำบัดรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ และผู้ที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก ดังนั้นการบำบัดรักษาและป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำจึงมีความสำคัญในการลดความสูญเสียดังกล่าว ซึ่งการบำบัดรักษาและป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา (มาโนซ หล่อตระกูล, เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, 2544)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การให้ยาแก้มึนเศร้าในขนาดที่เหมาะสมพบว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ผลที่ได้อาจเป็นจากฤทธิ์ลดการซึมเศร้ามากกว่าฤทธิ์ระงับความคิดอยากตาย ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ยาแก้มึนเศร้าที่มีฤทธิ์ sedative อาจมีความเหมาะสมกว่าเนื่องจากยาแก้มึนเศร้าที่มีฤทธิ์กระตุ้นอาจไปกระตุ้น suicidal impulse หรือมีฤทธิ์ akathisia like ทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวายได้ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวลสูงพบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ การให้ยากลายกังวลเพื่อลดภาวะวิตกกังวลอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น นอกเหนือไปจากยาแก้มึนเศร้าต้องให้ยารักษาโรคจิตร่วมด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยนอกการให้ยาต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกินยาที่ให้เพื่อฆ่าตัวตายด้วย

2. โรคจิตเภท การให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสม ช่วยในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรระวังอาการข้างเคียงจากยาโดยเฉพาะ akathisia ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยทรมานจนคิดฆ่าตัวตาย

3. บุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline พบว่าการให้ยารักษาโรคจิตมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.6.2 การรักษาด้วยการทำ Electroconvulsive therapy (ECT) ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ECT เป็นการรักษาทางชีวภาพที่ได้ผลกว่าวิธีอื่นในการรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Goodwin & Jamison., 1990; Prudic & sackeim., 1999; Rose et al., 1985 อ้างใน มาโนซ หล่อตระกูล, เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, 2544)

1.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม

การรักษาทางจิตบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตใจ โดยใช้วิธีการสื่อสารทางวาจา รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น เช่น สีหน้า ท่าทาง และสัมพันธภาพในการรักษา สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยวิธีการบำบัดเพื่อลดการฆ่าตัวตายซ้ำหลายวิธี เช่น กูไทร์ และคณะ (Guthrie et al., 2001) ทำการศึกษาในผู้ที่กินสารพิษเพื่อฆ่า

ตัวตายโดยให้การบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) ในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบปกติ (usual treatment) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แวน เดอร์ แซน และคณะ (Van der Sande et al., 1997) ได้ทดลองให้การบำบัดโดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ intensive psychosocial treatment ซึ่งได้แก่การรับไว้ใน crisis intervention unit เป็นเวลาสั้นๆ และสอนทักษะ ในการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ ติดตามผล 12 เดือนพบว่าพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ต่างกัน และความรู้สึกสิ้นหวังก็ไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้น แวน เดอร์ แซน และคณะ (Van der Sande et al., 1997) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาการวิจัยที่เป็นแบบ randomized controlled trials พบว่าผลการรักษาโดยวิธี cognitive behavior therapy สามารถลดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซ้ำได้

ในการให้ความช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชต้องมีความชัดเจนในบทบาท และมีทักษะในการช่วยเหลือ เพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งขอบเขตการปฏิบัติงานของ APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จะต้องเป็นผู้บูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การบำบัดรักษาโรค ประสบการณ์การตอบสนอง ของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน เพื่อประเมิน วินิจฉัย ให้การบำบัด และประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาลแบบองค์รวม ตลอดจน ลดและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการเจ็บป่วย และผลกระทบทางกาย จิต สังคม ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย ถือเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติดังที่ได้กล่าว มาแล้ว พยาบาลจิตเวชจะต้องมีทักษะในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่ม ปัญหานี้ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี และให้การบำบัดทางจิตในปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยจนครบ กระบวนการ ตามรูปแบบที่ได้เลือกสรร รวมทั้งจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ

การช่วยเหลือเพื่อลดหรือป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายนั้นมีหลายงานวิจัย ที่พยายามศึกษาถึงวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าการรักษาโดยการบำบัด ทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหและปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบซึ่งเป็นเหตุปัจจัยที่ ทำให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถลด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมถึงลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในบุคคลกลุ่มดังกล่าว

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

2.1 การบำบัดทางความคิด (CT)

2.1.1 ความเป็นมาของการบำบัดทางความคิด (CT)

เบ็ค ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้รับการยอมรับทางด้านจิตวิเคราะห์ สังเกตว่าหลังจากที่ให้การบำบัดผู้รับการบำบัดโดยใช้วิธีทางจิตวิเคราะห์มาเป็นเวลานานพอสมควร เขาได้พบปฏิกิริยาทางลบจากผู้รับการบำบัดมากมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และในช่วงทศวรรษที่ 1960 ทฤษฎีที่ได้รับความสนใจและการยอมรับที่จะอธิบายถึงความคิดทางจิตเวชต่างๆ เป็นอย่างมาก คือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) และรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทดลองมาอธิบายปรากฏการณ์การเกิดพฤติกรรม ของสิ่งมีชีวิต โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมเท่านั้น โดยไม่สนใจในตัวแปรภายในคือ ความคิดหรือปัญญา ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคล (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

เบ็ค และนักวิชาการทางจิตวิทยาอีกเป็นจำนวนมากมีความคิดเห็นแตกต่างออกไปจากแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมว่าการสนองตอบของบุคคลนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงแต่ทว่าขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ ตัวแปรตรงกลางที่อยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง หรืออาจจะเรียกว่าตัวแปรทางความคิดนั้นมีผลต่อการตอบสนองของบุคคลเป็นอย่างมากนั่นคือ สิ่งเร้าเดียวกันอาจจะก่อให้เกิดการตอบสนองที่ต่างกัน ในขณะที่สิ่งเร้าที่ต่างกันอาจก่อให้เกิดการตอบสนองที่เหมือนกัน กัน (Dobson, 1988; Dobson & Cram, 1996; Mahoney อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) จึงรวมกันเป็นกลุ่มความคิดนิยมที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคลคือ ความคิด มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เบ็คได้พัฒนาทฤษฎีความคิดนิยมขึ้นมาโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางความคิด คือเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางความคิดจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นๆ อารมณ์และพฤติกรรมนั้นๆ จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางความคิดด้วย ในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมก็มีอิทธิพลต่อกระบวนการทางความคิด ตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหามารมณ์และพฤติกรรมที่กระบวนการทางความคิด โดยการปรับกระบวนการทางความคิด เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง จินตภาพ การคิดทางลบต่อตนเอง เป็นต้น จึงจะส่งผลให้อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนตามมา (Dryden & Golden อ้างใน คาราวรรณ ติ่งปิ่นตา, 2534)

2.1.2 หลักการบำบัดทางความคิด

การบำบัดทางความคิดเป็นจิตบำบัดแบบมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดชัดเจน มุ่งความสนใจที่ความคิดที่บิดเบือน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดกำหนดจุดหมายของการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน โดยมุ่งปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมการบำบัดต้องการแก้ไขความผิดปกติของกระบวนการทางความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยอาศัยหลักการว่า กระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาดังนี้วิเคราะห์อยู่ 2 ประการ คือ 1) วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการคิดไปในทางลบ (pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่บิดเบือน และเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ (pattern of automatic thoughts) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น และ 2) การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (scheme - basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน

วิธีการคิด และแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบและไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และการทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผลหรือตรรกะ (faulty logic) เช่น ลักษณะการคิดแบบ all or nothing, personalization, ignoring evidence, และ overgeneralization เป็นต้น การรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

2.1.3 ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางความคิด

การบำบัดทางความคิด มีแนวคิดพื้นฐานว่า อารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และได้มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางความคิด (Beck et al., 1979) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมามีผลต่ออารมณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการคิดทบทวนซ้ำและตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกบุคคล
3. การประเมินสิ่งเร้าของบุคคลมีผลต่อความคิดและจินตภาพ

4. ความคิดของบุคคลเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในระดับของจิตสำนึก (stream of consciousness) สามารถรับรู้ได้ ซึ่งความคิดของบุคคลจะแสดงถึงลักษณะของบุคคลนั้น สิ่งแวดล้อม หรือโลกของเขา และอดีตที่เขาประสบมารวมทั้งแนวโน้มในอนาคต

5. การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม

6. วิธีการบำบัดทางจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบือนไป

7. การปรับเปลี่ยนความคิดสามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้

2.1.4 ขั้นตอนการบำบัดทางความคิด (Beck et al., 1979)

วิธีการบำบัดทางความคิดนั้นเป้าหมายของการบำบัดคือ การทดแทนการประเมินเหตุการณ์ชีวิตที่บิดเบือนไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัด ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อัตโนมัติในทางลบ กับความรู้สึก และพฤติกรรม โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเอง แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง ผู้บำบัดใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ สารสำคัญของ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

3. การปรับเปลี่ยนความคิดด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ที่จะแยกแยะ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่ในตัวเองที่ทำให้เกิดความคิดที่ผิด

4. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

ต่อมาได้มีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมร่วมในการบำบัดทางความคิดด้วยจนเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับอย่างมาก ซึ่งเรียกว่าการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) ซึ่งจะกล่าวต่อไป

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ เบ็ค (Beck, 1979) เป็นจิตแพทย์ผู้มีส่วนสำคัญในการนำ การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) และการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) มา ใช้ร่วมกัน จนเป็นที่นิยมนำมาใช้ในการบำบัดในปัจจุบันซึ่งเรียกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การบำบัดนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบ โดยที่มีความเชื่อดังนี้

1. ความคิด (cognition) มีผลต่อพฤติกรรม
2. ความคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
3. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

การบำบัดวิธีนี้มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ช่วยลดความเครียด (stress) หรืออาการของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสมเพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม การรักษาอาจใช้ เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัดมาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การซ้อมความคิด (cognitive rehearsal) การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง (self reliance training) การฝึกแสดง บทบาท (role playing) การจัดกิจกรรม (scheduling activities) การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ (mastery and pleasure) (จันทิมา องค์ไวยุติ, 2545)

2.2.1 ขั้นตอนของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (The structure of treatment sessions) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม ขั้นแรกเริ่มจากการประเมินความคิด (Assessing Cognitions) ขั้นที่สองเป็นการเลือกเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผลที่ได้ จากการประเมินความคิด ลักษณะ และสภาพการณ์ของผู้รับการบำบัด

1. การประเมินความคิด (Assessing Cognitions) มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ประเมินกระบวนการ และเนื้อหาของกระบวนการทางความคิด
 - 1.2 ประเมินว่ากระบวนการทางความคิดนั้นมีผล หรือทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นเกิดขึ้น และคงอยู่ได้อย่างไร
 - 1.3 ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ และเนื้อหาของกระบวนการทางความคิดหรือไม่

1.4 ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมนั้นได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมหรือไม่

2. เลือกเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะของปัญหา และแนวทางในการแก้ไข คือ

2.1 กลุ่มที่เน้นการบำบัดโดยการเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring Therapy) กลุ่มนี้จะมุ่งให้ความสนใจในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเป็นผลเนื่องมาจากการมีความคิดที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก ดังนั้นวิธีดำเนินการก็คือ ทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสม แทนความคิดที่ไม่เหมาะสม เทคนิคของกลุ่มนี้เหมาะที่จะใช้กับบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหาอันผลเนื่องมาจากการที่บุคคลคิดซ้ำๆ ซากๆ โดยที่ความคิดนั้นเป็นความคิดที่ไม่เหมาะสม

2.2 กลุ่มที่เน้นทักษะการเผชิญกับปัญหา (Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy) เป็นกลุ่มที่เน้นที่การสอนให้ผู้ป่วยปรับตัวในการสนองตอบ ทั้งในด้านความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคของกลุ่มนี้เหมาะที่จะใช้กับบุคคลที่ขาดความสามารถทางความคิด และการแสดงออกในการที่จะจัดการกับปัญหา

2.2.2 กลยุทธ์สำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ในการบำบัดอาจใช้เทคนิคหลายอย่างประกอบกันตามความเหมาะสมซึ่ง กลยุทธ์ที่สำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มี 4 ชนิดคือ

1. กลยุทธ์การปรับความคิด (Cognitive Strategies) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การหันเหความสนใจ (Distraction Technique) การนับความคิด (Counting thought)

2. กลยุทธ์การปรับพฤติกรรม (Behavioral Strategies) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การประเมินและวัดกิจกรรมต่างๆ (Monitoring activities) การจัดตารางกิจกรรมต่างๆ (Scheduling activities) การให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสามารถในการควบคุม และความพึงพอใจ (Pleasure and mastery) และการลำดับกิจกรรมจากง่ายไปสู่ยาก (Graded task assignment)

3. กลยุทธ์การปรับความคิดและปรับพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Strategies) ได้แก่ การใช้เทคนิคหาความคิดอัตโนมัติ (Identifying imaginative automatic thoughts) การตั้งคำถามเพื่อค้นหาวิธีการคิดที่ผิด และบิดเบือนของผู้ป่วยจนเกิดเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Questioning negative automatic thoughts) การทดลองโดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral experiments) เป็นต้น

4. กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive Strategies) ได้แก่ การหาข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Identifying assumptions) การท้าทายแบบแผนการแปรข้อมูลพื้นฐานที่ไม่

เหมาะสม (Challenging assumption) การใช้ปมด้อยให้เป็นประโยชน์ (Use of setbacks) การเตรียมตัวสำหรับอนาคต (Preparing for the future) เป็นต้น

ในการใช้กลยุทธ์นั้นผู้บำบัดอาจใช้ 2 ชนิดหรือมากกว่านั้นเข้าด้วยกัน และอาจใช้เทคนิคหลายอย่างประกอบกันตามความเหมาะสม

การบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง (structure) ชัดเจน ผู้บำบัดมีความกระตือรือร้น (active) ในการบำบัดและใช้วิธีชี้นำทาง (directive) เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ เป็นวิธีการบำบัดที่มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัด เป็นที่นิยมใช้ในการบำบัดผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษาจิตบำบัดจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความนึกคิดของผู้ป่วยร่วมด้วย (Beck, 1991)

3. การบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตามแนวคิดของรูปแบบทางปัญญานิยมจะมีความสัมพันธ์กับความคิดอารมณ์ทางลบ การกระตุ้นทางกายภาพ และสิ่งจูงใจหรือสิ่งล่อใจให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย สาเหตุการฆ่าตัวตายตามรูปแบบทางความคิดนิยมอธิบายว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ และความเชื่อที่กระตุ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตาย การปรับกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสมที่พบในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนมากจะเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ ไม่มีใครรัก และไม่สามารถทนต่อความกดดันได้ (Rudd et al, 2001; Weishaar & Beck, 1990 cited in Berk et al., 2004) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะเป็นคนไม่ยืดหยุ่น (Rigid) มีความคิดแบบสองขั้วที่โน้มเอียงไปทางด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ (dichotomous thinking) ทั้งที่เกี่ยวกับตัวเองและคนอื่นๆ ไม่มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี และมองเห็นการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ควรกระทำ (Weishaar&Beck, 1990 cited in Berk et al., 2004)

การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการแสดงให้เห็นถึงความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนที่จะพยายามฆ่าตัวตาย กลยุทธ์ในการบำบัด คือช่วยผู้ป่วยให้พัฒนาการปรับแนวความคิดที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ และมีแนวทางในการรับมือในช่วงที่เกิดความวิกฤตทางอารมณ์เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการฝึกด้วยกรอบแนวคิดที่มีรูปแบบเฉพาะ และแตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์หรือปัญหาของแต่ละบุคคล เช่น การใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior-based problem solving therapy) โดยมุ่งเน้นเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด

ภายในให้เป็นกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เพื่อลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (McLeavey, 1994; Salkovskis, 1990)

สำหรับผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพชนิดคาบเส้น (Borderline personality disorder) ได้มีการพัฒนาการรักษาที่เรียกว่า Dialectical Behavior Therapy การรักษาพัฒนา โดย Linehan ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้วิธีการ cognitive behavioral therapy และเน้นจุดสำคัญที่การยอมรับตัวตนที่เป็นของบุคคล รวมถึงความมุ่งมั่นที่ต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย (Linehan, 1993 cited in Sanderson, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดในทางจิตสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมสามารถลดอัตราการกลับมาพยายามทำร้ายตนเองลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังเช่นการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brown et.al., 2005) ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาที่ตึกฉุกเฉินของ Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 120 คนโดยใช้การบำบัดทางความคิด 10 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างน้อย 50% สอดคล้องกับการศึกษาของราช, กุมารห์ และไบด์ (Raj & Bhide, 2001) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ในการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง ในหอผู้ป่วยจิตเวชที่ St Martha's General Hospital in Bangalore โดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางปัญญา 10 ครั้งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation) คะแนนความสิ้นหวัง (Hopelessness Scale) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษายังเป็นระบบของ ทาวเซ่นและคณะ (Townsend et al., 2001) เพื่อศึกษาว่าการบำบัดทางปัญญาพฤติกรรมแบบ problem solving treatment สามารถช่วยปรับอารมณ์ สร้างความหวัง และแก้ไขปัญหาล้วนในผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองได้หรือไม่ จากการศึกษาที่ค้นได้จากฐานข้อมูลและงานวิจัยในวารสาร โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 - 400 คน พบว่ามี 4 การศึกษารายงานว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ 3 การศึกษารายงานว่ากลุ่มทดลองมีความสิ้นหวังน้อยลง และ 2 การศึกษารายงานว่าบุคคลในกลุ่มทดลองสามารถพัฒนาการแก้ไขปัญหของตนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและในทำนองเดียวกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบของ ฮาวตันและคณะ (Hawton et al., 1998) จำแนกและสังเคราะห์งานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างและควบคุมตัวแปรในการทดลองที่ทดสอบประสิทธิภาพของ

การดูแลผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเองจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ และงานวิจัยจากวารสารที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เพื่อประเมินความสามารถของโปรแกรมที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อลดอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี พบว่าการใช้ dialectical behaviour therapy เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐานปกติ กลุ่มทดลองมีอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำลดลง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ Problem solving therapy เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐานปกติในกลุ่มทดลองสามารถลดอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก แต่ไม่มีนัยสำคัญสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพชนิดคาบเส้น (borderline personality) ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเช่น ลินฮาน และคณะ (Linehan et al., 1991) ศึกษาประสิทธิภาพของ Dialectical behavioral therapy ในการบำบัดการพยายามฆ่าตัวตายเรื้อรังของสตรีที่วินิจฉัยเป็น borderline personality disorder โดยใช้ Dialectical behavioral therapy รายบุคคล ร่วมกับการฝึกทักษะในกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่ากลุ่มควบคุมกระทำการฆ่าตัวตาย (parasuicide) สูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคงอยู่ในการรักษา (maintenance in therapy) ในกลุ่มทดลองคงการรักษากับผู้ให้การรักษาคนเดิมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนวันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของราธัส และ มิลเลอร์ (Rathus & Miller., 2002) ศึกษาการปรับรูปแบบของ Dialectical Behavior Therapy เพื่อใช้ดูแลวัยรุ่นที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ borderline ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine พบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิต และอาการของบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดคาบเส้นได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของลินฮาน และคณะ (Linehan et al., 2006) เพื่อประเมินข้อสมมติฐานว่าการใช้ Dialectical Behavior Therapy ในสตรี อายุระหว่าง 18 - 45 ปีที่วินิจฉัยเป็น borderline personality disorder เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองอย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยพยายามฆ่าตัวตายครั้งสุดท้ายภายใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมามีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษา โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการดูแล ทางสังคมโดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้ Dialectical Behavior Therapy เป็นเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้ Dialectical Behavior Therapy พยายามฆ่าตัวตายลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากความคิดฆ่าตัวตายลดลง และความถี่ของการแพทย์ลดลง จำนวนผู้ที่ได้รับการดูแลโดยใช้ Dialectical Behavior Therapy ถอนตัวจากการรักษาน้อยกว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชชำน้อยกว่า และเข้ารับบริการแผนกจิตเวชฉุกเฉินลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในบทนี้จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีเหตุปัจจัยซับซ้อน การมีกระบวนการคิดที่ไม่เหมาะสมมีความจำกัดในการแก้ปัญหา เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งการให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายช้้นั้นวิธีการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งส่งผลไปถึงการลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะรวบรวม และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) อันจะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับ การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อทบทวน ประกอบด้วย
 - แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - การคัดเลือกงานวิจัย (Study selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study evaluation)
 - การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีหลักฐานอ้างอิงจากงานวิจัยบางส่วนที่สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับทั้งในและต่างประเทศได้อีก โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic resource) ระยะเวลาในการสืบค้นตั้งแต่เดือน มกราคม 2548 – สิงหาคม 2550 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (MULINET) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (lib.cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) ตั้งแต่ ปี 1990-2006

2) ค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, ASP, Blackwell Synergy, Cochrane Library และ OVID ตั้งแต่ ปี 1990-2006

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Reduce suicide and psychotherapy, Reduce deliberate self harm and psychotherapy, Reduce suicide and cognitive therapy, Reduce deliberate self harm and cognitive therapy

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเข้าศึกษามีดังนี้

- 1) ชนิดของการบำบัดต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เป็นงานวิจัยทำการศึกษาใน ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือตั้งใจทำร้ายตนเอง
- 3) ชนิดของงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลอง
- 4) เป็นงานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม (Full text)

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การ ศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
1. MULINET	Reduce suicide and psychotherapy	46	0	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	1	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	1	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	1	0	0
2. PUBMED	Reduce suicide and psychotherapy	68	1	1
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	92	0	
	Reduce suicide and cognitive therapy	7	1	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	8	1	1
3. OVID	Reduce suicide and psychotherapy	59	1(1)	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	92	3 (2)	1
	Reduce suicide and cognitive therapy	11	1	1
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	35	0	0
4. Science direct	Reduce suicide and psychotherapy	2	1 (1)	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	0	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	13	1 (1)	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	75	0	0
5. CINAHL	Reduce suicide and psychotherapy	20	1	1
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	2	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	10	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
6. Blackwell Synergy	Reduce suicide and psychotherapy	2	1	1
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	1	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	1	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	1	0	0
7. The Cochrane library	Reduce suicide and psychotherapy	5	0	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	0	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	4	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0
8. ASP	Reduce suicide and psychotherapy	52	2 (1)	1
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	3	1	1
	Reduce suicide and cognitive therapy	18	1 (1)	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน งานวิจัยที่ เข้าเกณฑ์ คัดเลือก	จำนวน งานวิจัย หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
9. มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (www.kku.ac.th)	Reduce suicide and psychotherapy	0	0	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	0	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	0	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0
10. จุฬาลงกรณ์- มหาวิทยาลัย (www.chula.ac.th)	Reduce suicide and psychotherapy	28	0	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	0	0	0
	Reduce suicide and cognitive therapy	0	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0
11. มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (www.cmu.ac.th)	Reduce suicide and psychotherapy	0	0	0
	Reduce deliberate self harm and psychotherapy	0	0	0
	Reduce deliberate self harm and cognitive therapy	0	0	0
	รวม	658	16 (7)	9

* ใน () เป็นงานวิจัยเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูล

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้จำนวน 658 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยอยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 9 เรื่อง

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทมติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ Full Text จำนวนทั้งสิ้น 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
1. Cognitive-Behavioral Problem Solving in the Treatment Of Patients who Repeatedly Attempt Suicide	Salkovkis et al. / 1990	A
2. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients	McLeavey, B. C., Daly, R. J., Ludgate, J. W. & Murray, C. M. / 1994	A

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
3. Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients.	Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. / 1991	A
4. Dialectical Behavior Therapy Adapted for suicidal Adolescents	Rathus, J. H., & Miller, A. L. / 2002	B
5. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder	Linehan et al. / 2006	A
6. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm	Raj M, A. J., Kumaraiah, V. & Bhide, A. V. / 2001	B
7. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts	Brown et al. / 2005	A
8. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self harm	Evans et al. / 1999	A
9. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour deliberate self- harm : the POPMACT study	Tyrer et al. / 2003	A

การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 9 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2) แบบการวิจัย (Design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Population)
- 4) สถานที่ หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Outcome measure & Data collection)
- 6) วิธีการวิจัย หรือการบำบัด (Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Results)
- 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implication)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบจะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เพื่อลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในตารางที่ 4 ในภาคผนวก

จากข้อมูลที่กลั่นกรองได้นำมาสังเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการบำบัด
2. การบำบัดอื่นๆ ที่นำมาเปรียบเทียบกับ บำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดย Cognitive therapy/Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดย Cognitive therapy/Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งจะแสดงไว้ในตารางที่ 4 ในภาคผนวก
2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้
 - 2.1 คุณภาพของงานวิจัย
 - 2.2 รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดโดย Cognitive therapy/Cognitive behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่
 - 2.2.1 Cognitively-based problem solving therapy
 - 2.2.2 Dialectical behavior therapy
 - 2.2.3 Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy
 - 2.2.4 Manual assisted cognitive-behavior therapy
 - 2.3 การบำบัดอื่นๆ ที่ใช้เปรียบเทียบ

1. ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

สำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่องได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 ในภาคผนวก ก ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ผลการวิเคราะห์การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

2.1 คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด

2.2 รูปแบบการบำบัด องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการบำบัดโดย Cognitive therapy/ Cognitive behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่

2.2.1 Cognitively based-problem solving therapy มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) ใน 9 เรื่อง ที่นำวิธีการนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ระดับ A ทั้ง 2 เรื่อง) สรุปได้ดังนี้

ประเภทของการบำบัด

เป็นการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990)

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

ทั้ง 2 การศึกษาใช้จำนวนครั้งเท่ากัน คือ 5 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้ง 2 เรื่องมี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) อาจเพิ่มเป็น 6 ครั้งได้ถ้าจำเป็นและระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผลในเรื่องพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำคือ 6 เดือน (Salkovskis et al., 1990) และ 12 เดือน McLeavey et al., 1994)

วิธีการบำบัด

วิธีการบำบัดแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ สำรวจและแยกแยะ กำหนดปัญหา และจัดลำดับการแก้ปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างกว้างๆ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และติดตามผล มี 1 เรื่อง ที่ใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มเติมในการบำบัดด้วย (McLeavey et al., 1994)

ผู้รับการบำบัด

มีอายุ 16- 65 ปี (Salkovskis et al., 1990) และ 15- 45 ปี (McLeavey et al., 1994) เป็นผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย (McLeavey et al., 1994) หรือผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายซ้ำ (Salkovskis et al., 1990) มีคะแนนการทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ Buglass & Horton (1974) อย่างน้อย 4-6 คะแนน (Salkovskis et al., 1990) ไม่มีประวัติโรคจิต ปัญญาอ่อน หรือระบบความคิดเสีย (McLeavey et al., 1994) ไม่มีโรคทางกายร้ายแรง (Salkovskis et al., 1990) และไม่เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหรืออาการทางจิต (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน (Salkovskis et al., 1990) หรือนักจิตวิทยาคลินิก ที่มีประสบการณ์การประเมินและรักษาผู้ป่วยกินสารพิษ (McLeavey et al., 1994)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดย Cognitively based-problem solving therapy

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) (Salkovskis et al., 1990) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 1 ปีพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ 10.5% น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ 25% (McLeavey et al., 1994)

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Idea) มี 1 เรื่อง (Salkovskis et al., 1990) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$) จากแบบประเมิน The Beck Suicidal Ideation scale (Beck et al., 1979)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) มี 1 เรื่อง (Salkovskis et al., 1990) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) จากแบบประเมิน The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961 cited in Salkovskis et al., 1990)

ความอ่อนล้าและความตึงเครียด มี 1 เรื่อง (Salkovskis et al., 1990) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความอ่อนล้าและความตึงเครียด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากแบบประเมิน The Profile of Mood States (McNair & Lorr, 1964 cited in Salkovskis et al., 1990)

ความสิ้นหวัง (Hopelessness) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จำนวน 1 เรื่อง (Salkovskis et al., 1990) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความสิ้นหวังลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) จากแบบประเมิน The Hopelessness scale (Beck et al., 1974 cited in Salkovskis et al., 1990)

ทัศนคติต่อตนเอง มี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบประเมิน Self-Perception Scale (Miskimins, 1979; Miskimins & Braucht, 1976 cited in McLeavey et al., 1994)

การแก้ไขปัญหามี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 3 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีการแก้ไขปัญหาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา มี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 3 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่บอกค่าทางสถิติ

ทัศนคติและความรับผิดชอบต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเองมี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 6 เดือนพบว่าหลังการบำบัด ทัศนคติและความรับผิดชอบต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากแบบประเมิน Self- Rating Problem-Solving Scale (McLeavey, Daly, O'Riordan, & Taylor, 1987 cited in McLeavey et al., 1994)

2.2.2 Dialectical behavior therapy มี 3 เรื่องใน 9 เรื่องที่นำวิธีบำบัดนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นงานวิจัยระดับระดับ A จำนวน 2 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (Rathus & Miller, 2002)

ประเภทของการบำบัด

เป็นการบำบัดรายบุคคลควบคู่กับการบำบัดกลุ่มทั้ง 3 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002)

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

มี 2 เรื่องใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 เดือน (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) บำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละครั้ง ละ 60 นาที และฝึกทักษะเป็นกลุ่มครั้งละ 2 ½ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ติดตามผล 12 เดือน (Linehan et al., 1991) และ 24 เดือน (Linehan et al., 2006) อีก 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ (Rathus & Miller, 2002) บำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 40 - 60 นาที และฝึกทักษะกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 - 2 ½ ชั่วโมงโดยให้ครอบครัวเข้าร่วมการฝึกทักษะกลุ่มด้วยในกรณีที่ผู้ปกครองมีส่วนในปัญหาของผู้ป่วย ติดตามผล 3 เดือน

วิธีการบำบัด

ทั้ง 3 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) มีส่วนประกอบในการบำบัด 4 ส่วนเหมือนกัน ดังนี้

1. การบำบัดรายบุคคล ผู้บำบัดและผู้ป่วยพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ที่รับการบำบัด บันทึกลงในสมุดบันทึกประจำวัน และให้การบำบัดในแต่ละเป้าหมายตามลำดับ เริ่มจากการลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นลำดับแรก ตามมาด้วยพฤติกรรมที่รบกวนการบำบัด เช่น การผัดขิด, การมาสาย เป็นต้นและ ลดพฤติกรรมที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิตรวมถึงการแนะนำโครงสร้าง ของการบำบัดในแต่ละครั้ง การนำทักษะที่ได้รับการฝึกในกลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

2. กลุ่มบำบัด มีการฝึกทักษะเป็นกลุ่มให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ทักษะในการมีสติหรือสมาธิ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ทักษะในการควบคุมอารมณ์ ทักษะในการอดทนต่อภาวะคับขัน (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) ในกรณีที่ผู้ปกครองมีส่วนในปัญหาของผู้ป่วยจะเชิญผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่มด้วย (Rathus & Miller, 2002)

3. มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้รับการบำบัด

4. ทีมผู้บำบัดประชุมปรึกษากันสัปดาห์ละครั้ง

นอกจากนี้มียานวิจัย 1 เรื่องที่มีการจัดทำเอกสารโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายช่วยในการฝึกทักษะให้กับผู้รับการบำบัดด้วย (Rathus & Miller, 2002)

ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัด เป็นวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 15 ปี (Rathus & Miller, 2002) และ 18- 45 ปี (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) มีการวินิจฉัยเป็น Borderline personality พยายามฆ่าตัวตายภายใน 16 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Rathus & Miller, 2002) หรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) ไม่มีประวัติชักที่ต้องใช้ยารักษา หรือมีอาการป่วยอื่นๆ ที่ต้องการการดูแล (Linehan et al., 2006) ไม่เป็นผู้ป่วย Schizophrenia, Bipolar Disorder, Substance Dependent, or Mental Retardation (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) มี 1 เรื่องที่รวมเอาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายภายใน 16 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วย (Rathus & Miller, 2002)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัดต้องได้รับการอบรม หรือฝึกการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy ก่อน โดยที่ 2 เรื่องผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาเท่านั้น (Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) ส่วนการศึกษาอีก 1 เรื่อง ผู้บำบัดประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และ นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก (Linehan et al., 1991)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดย Dialectical behavior therapy

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Linehan et al., 1991) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 24 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) (Linehan et al., 2006)

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

ความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าเมื่อประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 3 เดือน ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Rathus & Miller, 2002 จากแบบประเมิน The Scale for Suicide idea (Beck et al., 1979) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 24 เดือน ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Linehan et al., 2006) จากแบบประเมิน The Suicide Behaviors Questionnaire (M.M.L., 1981 cited in Linehan et al., 2006) ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) มี 2 เรื่อง พบว่าเมื่อประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) (Linehan et al., 1991) จากแบบประเมิน The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 24 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Linehan et al., 2006) จากแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960 cited in Linehan et al., 2006)

ความสิ้นหวัง ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน พบว่าหลังการบำบัด ผู้ป่วยมีความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Linehan et al., 1991) จากแบบประเมิน The Beck Hopelessness Scale (Beck et al., 1974)

เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน (Linehan et al., 1991) และประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 24 เดือน (Linehan et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$ และ $p < .001$) จากแบบประเมิน The Reasons for Living Inventory (Linehan et al., 1983 cited in Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006)

อาการทั่วไปของ Borderline Personality และอาการทางจิตทั่วไป ประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน พบว่าหลังการบำบัดอาการทั่วไปของ Borderline Personality ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีอาการทางจิตทั่วไปโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Rathus & Miller, 2002)

ผลลัพธ์อื่นๆ

หลังการบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Linehan et al., 1991) เมื่อประเมินหลังจากจบการบำบัดแล้ว 12 เดือน และพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .007$ และ $p = .04$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002)

รวมถึงมีการใช้บริการแผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) (Linehan et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยในกลุ่มทดลองอยู่ครบโปรแกรมการบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) (Rathus & Miller, 2002)

2.2.3 Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่องใน 9 เรื่อง ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001)

ประเภทของการบำบัด

เป็นการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 เรื่อง (Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001)

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

ทั้ง 2 เรื่องมีจำนวนครั้งในการบำบัดเท่ากันคือ 10 ครั้ง เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2-3 เดือนซึ่งยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม ติดตามผล 3 เดือน 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) ไม่มีรายละเอียดของระยะเวลาในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย และความสำเร็จของการบำบัดแต่ละครั้ง ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 2 สัปดาห์ต่อครั้งตามความเหมาะสม ติดตามผล 18 เดือน

วิธีการบำบัด

การบำบัด 10 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะแรก (ครั้งที่ 1 - 3) เป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด สร้างสัมพันธภาพในการบำบัด ประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อธิบายรูปแบบกระบวนการคิด/รับรู้ (cognitive model) พัฒนารอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ในเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย พัฒนาการจัดลำดับปัญหาและวางแผนเป้าหมายของการบำบัด

ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 4 - 7) เป้าหมายของการบำบัด เป็นการพัฒนาทักษะใหม่ โดยเน้นที่การเปลี่ยนรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ และพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อที่จะจัดการกับความคิดนั้น

ระยะสุดท้าย (ครั้งที่ 8-10) เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยการสร้างมโนภาพที่เกิดขึ้นในอดีตและที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอันจะมีผลหรือทำให้ผู้ป่วยคิดอยากทำร้ายตนเอง และให้ระลึกถึงวิธีการจัดการ ที่ทำให้ผ่านมาได้ตามที่ผู้ป่วยได้เคยแนะนำไว้แต่ละครั้งของการบำบัด ให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวคิดหรือความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากการได้รับการบำบัด หรือให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ที่น่าเศร้าโศกเสียใจ แล้วพิจารณาความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จากนั้นผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยบอกว่าจะทำอย่างไรถ้าต้องพบกับสภาพการณ์นั้นอีก (Brown et al., 2005)

ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดมีอายุ 16 ปีขึ้นไป (Brown et al., 2005) และมีอายุระหว่าง 16 – 50 ปี (Raj & Bhide, 2001) มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 48 ชั่วโมง (Brown et al., 2005) หรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (Brown et al., 2005 ; Raj & Bhide, 2001) มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า (เล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรงโดยไม่มีอาการทางจิต) หรือมีการปรับตัวผิดปกติ และไม่มีโรคทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมการศึกษา (Brown et al., 2005) ไม่เป็น psychosis, dysthymia, bipolar affective disorder, obsessive compulsive disorder, eating disorder, ติดสุรา หรือใช้ยาเสพติด,บุคลิกภาพแปรปรวน (paranoid, schizoid, dissocial, emotionally unstable หรือ histrionic (Raj & Bhide, 2001)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัดเป็น case managers และผู้เชี่ยวชาญในชุมชน (clinicians in community) (Brown et al., 2005) ส่วนอีกเรื่องไม่มีรายละเอียดของผู้บำบัด (Raj & Bhide, 2001)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) (Brown et al., 2005)

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Idea) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) (Raj & Bhide, 2001) และ เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าความคิดฆ่าตัวตายลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Brown et al., 2005) จากแบบประเมิน Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979 cited in Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001)

ภาวะซึมเศร้า พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน (Raj & Bhide, 2001) จากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 18 เดือน (Brown et al., 2005) จากแบบประเมิน Beck Depression Inventory

ความสิ้นหวัง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยมีความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 6 เดือน (Brown et al., 2005) และมีความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน (Raj & Bhide, 2001) จากแบบประเมิน Beck Hopelessness Scale ทั้ง 2 เรื่อง

ความวิตกกังวล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) พบว่าเมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) จากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983 cited in Raj & Bhide, 2001)

การแก้ไขปัญหา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) พบว่าเมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือนผู้ป่วยมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาการเผชิญ - หลีกเลียงปัญหา และการควบคุมตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จากแบบประเมิน Problem Solving Inventory (Heppner & Peterson, 1982 cited in Raj & Bhide, 2001)

ทัศนคติที่บิดเบือน จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) พบว่าเมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีทัศนคติที่บิดเบือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) จากแบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scale (Weissman & Beck, 1978 cited in Raj & Bhide, 2001)

ความไม่เป็นมิตรและความหุนหันพลันแล่น จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา มี 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) พบว่าเมื่อติดตามผลหลังการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีความไม่เป็นมิตร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) และความหุนหันพลันแล่น ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งประเมินโดย Checklists to assess hostility and impulsivity

2.2.4 Manual assisted cognitive-behavior therapy มี 2 เรื่อง (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003) ใน 9 เรื่อง ที่นำวิธีบำบัดนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับ A ทั้ง 2 เรื่อง

ประเภทของการบำบัด

เป็นการบำบัดรายบุคคล และการใช้หนังสือคู่มือ (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003)

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

มี 1 เรื่อง (Evans et al., 1999) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 - 6 ครั้ง ติดตามผล 6 เดือน ส่วนอีก 1 เรื่อง (Tyrer et al., 2003) ใช้ระยะเวลา 5 - 7 ครั้งติดตามผล 1 ปี จำนวนครั้งในการบำบัด ยึดหยุ่นตามปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีรายละเอียดในเรื่องความถี่และระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง

วิธีการบำบัด

มีเทคนิคในการบำบัดคือใช้หนังสือคู่มือมี 6 บท ประกอบด้วย

บทที่ 1 เป็นขั้นตอนการให้ผู้ป่วยบอกรายละเอียดต่างๆของแต่ละคนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เชื่อมโยง และสถานการณ์แวดล้อมรอบๆ ตัว ที่นำไปสู่พฤติกรรมการจงใจทำร้ายตนเอง

บทที่ 2 เทคนิคในการแก้ปัญหา วิธีการและตัวอย่าง

บทที่ 3 สำรวจความคิด และความรู้สึกของตัวเอง

บทที่ 4 กลยุทธ์ในการเผชิญความกดดัน

บทที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติด

บทที่ 6 เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สกัดกั้นการพยายามทำร้ายตนเอง

เริ่มการบำบัดโดยครั้งที่ 1 โดยผู้บำบัดเป็นผู้แจกคู่มือบทที่ 1 ให้กับผู้ป่วย บทต่อไป ผู้ป่วยและผู้บำบัด เลือกรับการบำบัดในบทที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย โดยมีความเห็นร่วมกันว่ามีความสำคัญที่สุดที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ในระหว่างครั้งของการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมการฝึกทักษะที่ต้องการจากผู้บำบัด เช่น การแก้ไขปัญห หรือเทคนิคการอดทนต่อความกดดัน

ผู้รับการบำบัด

ผู้รับการบำบัดมีอายุ 16-50 ปี (Evans et al., 1999) ทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Evans et al., 1999) หรือเคยผ่านการทำร้ายตนเอง (Tyrer et al., 2003) มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคม อารมณ์ไม่คงที่ (Evans et al., 1999) ไม่เป็นโรคจิต, อารมณ์แปรปรวนหรือเข้ารับการรักษาทาจิตเวชในโรงพยาบาล (Tyrer et al., 2003) และไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าติดสารเสพติด (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัดคือ จิตแพทย์, พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้รับการฝึกการใช้คู่มือการบำบัดจนเข้าใจข้อมูลในคู่มือ (Evans et al., 1999) ส่วนการศึกษาของ Tyrer et al. (2003) บอกเพียงแค่ว่าผู้บำบัดต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกใช้คู่มือ แต่ไม่มีรายละเอียดในสาขาอาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดย Manual assisted cognitive-behavior therapy

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

ผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองซ้ำลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003)

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบว่าเมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) จำนวน 1 เรื่อง (Evans et al., 1999) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Tyrer et al., 2003) ส่วนความวิตกกังวลลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง จากแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale

การทำหน้าที่ในสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003) พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากแบบประเมิน Social Function Questionnaire (Tyrer, 1990 cited in Tyrer et al, 2003)

ความสิ้นหวัง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง (Tyrer et al, 2003) พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยมีความสิ้นหวังลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากแบบประเมิน Beck Hopelessness scales

คุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง (Tyrer et al, 2003) พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากแบบประเมิน EuroQol (Euro Qol Group, 1990 cited in Tyrer et al, 2003)

ความคิดบวกและลบ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง (Tyrer et al., 2003) พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยมีความคิดบวกมากขึ้น และความคิดลบน้อยลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐกิจ

ค่าใช้จ่ายในการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง (Evans et al., 1999) ที่ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการบำบัด พบว่าหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลลดลง 46% จากแบบประเมิน Client Service Receipt Inventory (Beecham & Knapp, 2001 cited in Evans et al., 1999)

2.3 การบำบัดอื่นๆที่ใช้เปรียบเทียบกับ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy

มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Tyrer et al, 2003) ที่มีการบำบัดตามมาตรฐานของศูนย์เป็นแบบ Problem solving approaches และ Dynamic psychotherapy แต่ผู้วิจัยมิได้ออกรายละเอียดของการบำบัดโดยที่ผู้วิจัยนำการบำบัดแบบ Manual assisted cognitive-behavior therapy มาเปรียบเทียบกับเป็นกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีการทำร้ายตัวเองซ้ำ และ ความถี่ในการทำร้ายตนเองลดลง ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความคิดในแง่บวกมากขึ้น ความคิดในแง่ลบน้อยลง แต่น้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโดย Cognitive therapy/Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานวิชาการ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด (CT) / การบำบัดทางคิดและพฤติกรรม (CBT) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

สำหรับการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลทั้งหมด 658 เรื่อง จะเห็นได้ว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ค่อนข้างน้อย แต่งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องนี้ เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพทุกเรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้ง 9 เรื่อง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่องนี้ พบว่ามีการศึกษาถึงรูปแบบของการบำบัดที่แตกต่างกันไป ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่นอกจากช่วยป้องกันหรือลดการฆ่าตัวตายซ้ำแล้วยังมีผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ ตามมาด้วย ซึ่งจากสิ่งที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด จะอธิบายในหัวข้อถัดไป

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิด (CT) / การบำบัดทางความคิด และ พฤติกรรม (CBT) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในแต่ละรูปแบบ

2.1 รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิด (CT) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT)

รูปแบบของการบำบัดทางความคิด (CT) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) มีความหลากหลายในเรื่องของวิธีการ และเทคนิคการบำบัดในแต่ละการศึกษา จากการวิเคราะห์ผลงานทั้ง 9 เรื่องที่นำมาศึกษาพบว่าสามารถแบ่งการบำบัดออกเป็นกลุ่มได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1. Cognitively-based problem solving therapy มี 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) ที่นำวิธีการบำบัดรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษา การบำบัดโดย Problem-solving therapy เป็นวิธีการบำบัดที่มีขั้นตอนการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ วิธีการบำบัดแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ สำรวจและกำหนดปัญหา จัดลำดับการแก้ปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา อย่างกว้างๆ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญห และติดตามผล มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะปัญหาของตนเองได้ และสอนวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ไข หรือเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบว่า เมื่อนำการบำบัดโดยวิธี Cognitively-based problem solving therapy เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติ (Salkovskis et al., 1990) การบำบัดโดย Cognitively-based problem solving therapy สามารถลดการฆ่าตัวตายซ้ำลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมี 1 เรื่อง (McLeavey et al., 1994) ที่นำสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ร่วมด้วย (Interpersonal problem-solving skill training) โดยศึกษาเปรียบเทียบกับ การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหแบบสั้น (Brief problem-solving therapy) ผลลัพธ์จากการบำบัดโดย Interpersonal problem-solving skill training พบว่าสามารถลดการฆ่าตัวตายซ้ำ และสามารถช่วยลดความสิ้นหวังของผู้ป่วยได้มากกว่า Brief problem-solving therapy ทั้งนี้เนื่องจาก Interpersonal problem-solving skill training มุ่งแก้ปัญหาในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996)

นอกจากนี้ยังพบว่าผลลัพธ์จากการบำบัดโดย Cognitively-based problem-solving therapy จากการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) สามารถลดภาวะซึมเศร้า และพัฒนาการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทาวเซนและคณะ (Tawnsend et al., 2001) ซึ่งทำการศึกษแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Problem-solving therapy ต่อผลลัพธ์ในเรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และการพัฒนาการ

แก้ไขปัญหของผู้ที่จิตใจทำร้ายตนเองซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นตัวทำนายแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายดังที่ได้กล่าวมา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโดย Problem-solving therapy มีภาวะซึมเศร้า และความสิ้นหวังลดลง การพัฒนาการแก้ไขปัญหาดังนี้ ซึ่งจะ ทำให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลงได้

สำหรับการใช้ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการบำบัด ทั้ง 2 เรื่องพบว่า ไม่แตกต่างกันคือ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะเห็นได้ว่าการบำบัดมีการจำกัดเวลา และใช้ระยะเวลาด้าน ทั้ง 2 เรื่องเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และให้การบำบัดที่บ้านของผู้รับการบำบัด ซึ่งทำให้ผู้รับการบำบัดมีความสะดวก น่าจะส่งผลให้การบำบัดครบขั้นตอนลดการถอนตัวออกจากการบำบัด (drop out) ก่อนจบโปรแกรม ระยะเวลาในการติดตามผลในเรื่องพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังให้การบำบัด (Salkovskis et al., 1990) และเมื่อติดตามถึง 1 ปีพบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (McLeavey et al., 1994) จะเห็นว่าการบำบัดให้ผลที่มีประสิทธิภาพได้ดีในระยะเวลาสั้นพอควร ทั้งนี้ในงานวิจัย ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาวต่อไปอีก ซึ่งถ้ามีการติดตามผลของการบำบัดในระยะเวลาที่มากขึ้น อาจจะทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน และนำไปพัฒนาวิธีการบำบัดได้มากขึ้น

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีโรคทางจิตหรือระบบความคิดเสียจึงจะเข้ารับการบำบัดได้ เนื่องจากวิธีการบำบัดผู้ป่วยต้องสามารถแยกแยะปัญหาของตนเอง และจดจำวิธีการเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากและน่าทักตะที่รับรู้จากการบำบัดไปใช้ได้ในอนาคต (Hawton & Kirk, 1989 cite in Hatchre, Coggan, Bennett, Sharon, 2004) กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 15 - 65 ปี ซึ่งจากรายงานขององค์อนามัยโลกพบว่า ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดทั่วโลกคือ 15 - 44 ปี (WHO, 2006) ช่วงอายุของผู้รับการบำบัดจากงานวิจัยที่นำมาศึกษาจึงถือว่าสอดคล้องกับอุปติการณ์ และจะเห็นได้ว่าการบำบัดสามารถทำได้ทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่

ผู้บำบัด จากการศึกษาพบว่า มีทั้งพยาบาลจิตเวชชุมชน จิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การประเมินและรักษาผู้ที่กินสารพิษฆ่าตัวตาย ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในวิชาชีพ แต่จะเห็นว่าผู้บำบัดเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านจิตเวช อาจกล่าวได้ว่าผู้ที่จะดำเนินการบำบัด โดย Problem-solving therapy ไม่ได้เฉพาะเจาะจง หรือกำหนดว่าเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเพียงแต่ ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางด้านจิตเวช และมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เคย พยายามฆ่าตัวตาย

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการบำบัด ทางด้านพฤติกรรมเป็นการประเมินจากอุปติการณ์ ส่วนผลลัพธ์อื่นที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาจึงทำให้นามมาเปรียบเทียบกันได้ยาก มีแบบประเมินที่ใช้เหมือนกันเพียงแบบเดียวคือ Beck hopelessness

Scale (Beck et al., 1974 cited in McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) เพื่อประเมินความสิ้นหวังของผู้รับการบำบัด สะท้อนให้เห็นว่าผู้วิจัยทั้ง 2 เรื่องให้ความสนใจในเรื่องความสิ้นหวังเหมือนกัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความบกพร่องในการแก้ไขปัญหาจะทำให้เกิดความสิ้นหวังและภาวะซึมเศร้า ก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (D'Zurilla, Chang, Nottingham & Faccine, 1998; Schotte & Clum, 1987 cited in Hatchre, Coggan, Bennett, Sharon, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาล์สการ์ด (Dahlsgaard et al., 1998) พบว่าความสิ้นหวังทำให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

แบบประเมินอื่นที่ใช้ ได้แก่ The Beck Suicidal Ideation scale (Beck et al., 1979) เพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย แบบประเมิน The Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (Mulhall, 1977 cite in Salkovskis et al., 1990) เพื่อประเมินการจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาของผู้ป่วย แบบประเมิน The Profile of Mood States (McNair & Lee, 1964 cite in Salkovskis et al., 1990) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ความกระตือรือร้น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด ของผู้รับการบำบัด แบบประเมิน The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน Interpersonal Cognitive Problem Solving (Platt & Spivack, 1977 cite in McLeavey et al., 1994) แบบประเมิน Self- Rating Problem-Solving Scale (McLeavey et al., 1987 cite in McLeavey et al., 1994) เพื่อประเมินทัศนคติ และความรับผิดชอบต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเอง และแบบประเมิน Self-Perception Scale ใน version ของ Miskimins Self-Goal-Other Discrepancy (MSGO-Miskimins, 1997 cite in McLeavey et al., 1994) เพื่อประเมินทัศนคติต่อตนเอง อาจกล่าวได้ว่าแบบประเมินหรือเครื่องมือที่นำมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของผู้วิจัยที่ต้องการให้ได้ผลลัพธ์อื่นๆ ที่นอกเหนือจากผลลัพธ์หลักของการวิจัยอย่างครอบคลุมเพียงพอ เพื่อให้ได้ประโยชน์จากงานวิจัยมากที่สุด

จากสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางความคิดของบุคคลอธิบายว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) ขาดทักษะในการแก้ปัญหา (Linehan, et al., 1987; McLeavey, et al., 1987; Pollock & Williams, 2001; Schotte & Clum, 1987 cited in Hatchre, Coggan, Bennett, Sharon, 2004) จากผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) จะเห็นได้ว่าการบำบัดโดย Cognitively-based problem-solving therapy มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดสามารถแยกแยะ

ปัญหาของตนเองได้ และมีวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากและน่าท้อที่ได้อีกไปใช้แก้ปัญหาในอนาคต และเมื่อนำสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาร่วมในการบำบัดด้วย ก็ยิ่งส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดวิธีนี้สอนหรือฝึกได้ง่าย เป็นการบำบัดสั้นๆ กลยุทธ์ในการบำบัดสามารถให้การบำบัดโดยผู้บำบัดได้หลากหลาย จึงเป็นการบำบัดที่สามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. Dialectical behavior therapy มีการศึกษา 3 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (Rathus & Miller, 2002) ใน 9 เรื่องที่ใช้วิธีการบำบัดนี้

การบำบัดโดย Dialectical behavior therapy เป็นการบำบัดที่รวมเอา Cognitive behavior therapy และเทคนิคการยอมรับ (Acceptance) ของศาสนาพุทธนิกายเซ็น (Zen Buddhism) เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งการบำบัดพัฒนาจาก Cognitive behavior therapy เพื่อใช้กับผู้ป่วย Borderline personality disorder ซึ่งพบว่าการบำบัดโดย Cognitive behavior therapy แบบมาตรฐานยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรในผู้ป่วยที่มีปัญหามูลึกภาพชนิดคาบเส้น (Borderline personality disorder) อาจเนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีอารมณ์ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ควบคุมความต้องการของตัวเองได้น้อย และมักมีความหุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยมักถอนตัวออกจากการรักษา หรือล้มเลิกการบำบัดก่อนที่จะจบ (Linehan, 1993 cited in Sanderson, 2003) จึงได้มีการพัฒนาการบำบัด Dialectical behavior therapy ขึ้น การบำบัดประกอบด้วย 1) การบำบัดรายบุคคล โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ที่รับการบำบัด และให้การบำบัดในแต่ละเป้าหมายตามลำดับของปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิตคือการทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดพฤติกรรมที่รบกวนการบำบัด ลดพฤติกรรมที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิต วิธีการแก้ไขปัญหาก็ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ รวมถึง การนำทักษะที่ได้รับการฝึกในกลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้ 2) กลุ่มบำบัด มีการฝึกทักษะเป็นกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ทักษะในการมีสติหรือสมาธิ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ทักษะในการควบคุมอารมณ์ และทักษะในการอดทนต่อภาวะคับขัน 3) มีการให้คำปรึกษาจากผู้บำบัดรายบุคคลทางโทรศัพท์กับผู้รับการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านภาวะวิกฤต โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ป่วยในการเลือกใช้ทักษะที่ผ่านการฝึกมาในกลุ่มบำบัดให้เหมาะสม และ 4) มีการประชุมปรึกษากันใน ทีมผู้บำบัดสัปดาห์ละครั้ง จะเห็นได้ว่าวิธีการบำบัดเป็นการพัฒนา เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่มีปัญหามูลึกภาพชนิดคาบเส้น (Borderline personality disorder) ผลของการบำบัดสามารถช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง รวมไปถึงลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับการบำบัดจนครบ เนื่องจากรูปแบบการรักษาทำให้ผู้ป่วย

รู้สึกว่าได้ได้รับความเห็นใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด (Linehan et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ เวอร์เฮล และคณะ (Verhuel et al., 2003) ศึกษาถึงผลของการบำบัดโดย Dialectical behavior therapy ในผู้ป่วยหญิงที่เป็น Borderline personality disorder แต่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า สามารถช่วยลดอาการหุนหันพลันแล่น และ มีการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้รับการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การบำบัดแบบปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าได้มีการพัฒนา Dialectical behavior therapy มาใช้กับผู้ป่วยใน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง พฤติกรรมรบกวนการรักษา และลดการต้องเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยการศึกษาของ โบฮัส และคณะ (Bohus et al., 2004) พบว่า การบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy เป็นเวลา 3 เดือน สามารถทำให้อาการซึมเศร้า วิตกกังวล การปรับตัวในสังคม อาการทางจิตโดยรวมดีขึ้นได้ และการทำร้ายตนเองลดลง

การบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอกไม่มีรายละเอียดในเรื่องของสถานที่ เป็นการบำบัดรายบุคคล ร่วมกับการฝึกทักษะเป็นกลุ่ม มี 2 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) ให้การบำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละครั้งละ 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะกลุ่มสัปดาห์ละครั้งละ 2 ชั่วโมงครึ่ง เป็นเวลา 12 เดือน ส่วนอีก 1 เรื่อง (Rathus & Miller, 2002) ให้การบำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง และการฝึกทักษะกลุ่มโดยมีผู้ปกครองของผู้รับการบำบัดร่วมด้วยสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงครึ่ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการบำบัดที่ออกแบบให้ระยะเวลาในการบำบัด สั้นลงจากมาตรฐาน ทำในกลุ่มผู้รับการบำบัดที่เป็นวัยรุ่นทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาต้องการลดการถอนตัว (drop-out) ของผู้รับการบำบัดก่อนจบการบำบัด เพราะเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองมักไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด หรือมักจะถอนตัวออกก่อนที่จะจบการบำบัดถ้าการบำบัดใช้เวลานาน (Zametkin, Alter & Yemini, 2001) ระยะเวลาในการติดตามผลพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นเวลา 1 ปี (Linehan et al., 1991) และ 2 ปี (Linehan et al., 2006) พบว่าสามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพของการบำบัดสามารถคงอยู่ได้เป็นระยะเวลานาน

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้มีปัญหาบุคลิกภาพชนิด Borderline personality disorder และเคยผ่านการพยายามฆ่าตัวตายโดยมี 1 เรื่อง ที่รวมเอาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายภายใน 16 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วย (Rathus & Miller, 2002) ซึ่งพบว่าผู้ป่วย Borderline personality disorder มักจะมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำๆ จากการศึกษาพบว่า Borderline personality disorder เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายทางด้านจิตเวช (Fawcett et al., 1993) และมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งอัตราที่สูงเป็น 50 เท่าของประชากรทั่วไป (Shirley et al., 2004) อายุของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 15 - 16 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-45 ปี

ผู้บำบัด คือ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก post intern ผู้บำบัดจะต้องเข้ารับการฝึกการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy และได้รับการรับรองก่อนจึงให้การบำบัดได้ จะเห็นได้ว่าผู้บำบัดมีข้อจำกัดและเฉพาะเจาะจงทำให้เกิดความยุ่งยากในการนำการบำบัดมาใช้ได้อย่างกว้างขวางและในวิชาชีพพยาบาลยังไม่พบว่ามีผู้นำการบำบัดรูปแบบนี้มาใช้

แบบประเมิน ที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการบำบัด ทางด้านพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน Para-suicide History Interview (PHI) เป็นการวัดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในช่วงเวลาที่กำหนด ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้รับการบำบัดและจากอุบัติเหตุ ส่วนผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยทั้ง 3 เรื่อง ให้ความสนใจเหมือนกันคือ ความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) 2 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Rathus & Miller, 2002) และแบบประเมิน The Suicide Behaviors Questionnaire (M.M.L., 1981 cite in Linehan et al., 2006) 1 เรื่อง (Linehan et al., 2006) ซึ่งพบว่าผลลัพธ์เรื่องความคิดฆ่าตัวตายที่ได้จากงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ไม่แตกต่างกัน ส่วนภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมิน Beck depress inventory (Beck et al., 1971) มี 2 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Rathus & Miller, 2002) และแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression-17 Item (Hamilton, 1960) 1 เรื่อง (Linehan et al., 2006) ผลลัพธ์ในการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันแสดงให้เห็นว่าการประเมินผลลัพธ์เดียวกันอาจเลือกใช้แบบวัดได้หลายชนิด นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินอื่นๆที่นำมาใช้ในการศึกษาซึ่งต่างกันไปในแต่ละการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แบบประเมิน The Reasons for Living Inventory เพื่อประเมินเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ แบบประเมิน The Beck Hopelessness Scale เพื่อประเมินความสิ้นหวัง แบบประเมิน Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90) เพื่อประเมินอาการทางจิตทั่วไป แบบประเมิน Life Problem Inventory (LPI) เพื่อประเมินอาการทั่วไปของ borderline personality ผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยใช้ แบบวัดต่างๆ อาจเนื่องจากผู้วิจัยต้องการให้ครอบคลุมถึงผลลัพธ์อื่นๆ นอกเหนือจากวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และเพื่อให้ได้ประโยชน์จากงานวิจัยให้มากที่สุด

จะเห็นได้ว่าการบำบัดด้วยวิธีนี้มีวิธีการที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน และมีข้อจำกัดในตัวผู้ให้การบำบัด คือต้องมีการฝึกหัดหรือเข้ารับการอบรมก่อนซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีวิธีการหัดวิธีนี้ในประเทศไทย แต่ก็มีข้อดีคือการบำบัดมีความเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน และให้ผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพชนิดคลาสิคซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำๆ โดยสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตาย และลดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิตอื่นๆ เช่น การทำร้ายตนเอง และการคิดสารเสพติด ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ และประสิทธิภาพ

ของการบำบัดสามารถคงอยู่ได้เป็นระยะเวลานานจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่ง นิยมใช้ในผู้ป่วย Borderline personality disorder แต่การนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นยังไม่กว้างขวาง

3. Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy จากผลการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบ 2 เรื่อง (Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001) ที่ให้การบำบัดโดยวิธีนี้ เป็นการบำบัดที่เน้นทักษะการจัดการกับความคิด และพฤติกรรม จากผลการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่องไม่มีรายละเอียดของวิธีการบำบัดในแต่ละขั้นตอน แต่บอกถึงขบวนการกว้างๆของรูปแบบการบำบัด โดยเริ่มต้นการบำบัดเป็นอธิบายถึงกรอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ในเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย พัฒนาการจัดลำดับปัญหา และวางเป้าหมายของการบำบัด ระยะที่ 2 การพัฒนาทักษะใหม่ โดยเน้นที่การเปลี่ยนรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ และพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อที่จะจัดการกับความคิดนั้น และระยะสุดท้าย เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์จากการศึกษาพบว่า การพยายามฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามผลเป็นเวลา 18 เดือน จะเห็นว่าประสิทธิภาพของการบำบัดคงอยู่ได้เป็นเวลาก่อนข้างนาน รวมถึงผลลัพธ์อื่นๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายลดลงด้วย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังความวิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น และทัศนคติที่บิดเบือน ซึ่งรูปแบบทางปัญญานิยมอธิบายว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติ และความเชื่อที่กระตุ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตาย การปรับกระบวนการทางความคิดที่ไม่เหมาะสมที่พบในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนมากจะเกี่ยวกับความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ ไม่มีใครรัก และไม่สามารถทนต่อความกดดันได้ (Rudd et al, 2001; Weishaar & Beck, 1990 cited in Berk et al., 2004) ลักษณะสำคัญของการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy คือ การแสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการคิดและรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และสร้างกลยุทธ์การจัดการกับพฤติกรรม และการรับรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พัฒนาการปรับแนวความคิดที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ และมีแนวทางในการรับมือในช่วงที่เกิดอารมณ์วิกฤติขณะนั้น ดังนั้นการบำบัดจึงมีส่วนช่วยให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลงได้

การบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอก เป็นแบบรายบุคคล ทั้ง 2 การศึกษามีจำนวนครั้งในการบำบัดเท่ากัน คือ 10 ครั้งๆ ละ 15 – 60 นาที ระยะห่างในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) และ 1 – 2 สัปดาห์ต่อครั้งยืดหยุ่นตามปัญหา และความสำเร็จในแต่ละครั้งของการบำบัด อีก 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) จะเห็นว่าการบำบัดมีการจำกัดจำนวนครั้งที่ชัดเจน และใช้เวลาในการบำบัดไม่นาน

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้เคยผ่านการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว และมีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีโรคทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมการบำบัด ไม่เป็นผู้ที่ติดสุรา หรือยาเสพติด และไม่มีโรคทางจิต หรือมี

ปัญหาการปรับตัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะสำรวจความคิดภายในของตนเองได้ สามารถที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่างๆ จากการบำบัดเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ สอดคล้องกับ ชัยชนะ (ชัยชนะ นิมนวล, 2533 อ้างใน อัจฉรา มุ่งพานิช, 2549) ได้อธิบายถึงคุณสมบัติของผู้ป่วยในการทำ cognitive therapy ว่าเป็น ผู้ที่มีความสามารถในการสำรวจความคิดภายในตนเอง (introspection) แสดงออกได้ดี มีความพยายามและมีพื้นฐานทางสติปัญญาที่ดี งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 16 ปีขึ้นไปแสดงให้เห็นว่าการบำบัดสามารถใช้ได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

ผู้บำบัด ไม่ได้กล่าวถึง 1 เรื่อง (Raj & Bhide, 2001) ส่วนอีก 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) เป็น case managers และ ผู้เชี่ยวชาญในชุมชน (Clinician in community) อาจกล่าวได้ว่าสามารถใช้ผู้บำบัดได้หลากหลายสาขาวิชาชีพ เพียงแต่ต้องเป็นการบำบัดที่ต่อเนื่องกับผู้บำบัดที่เป็น manager ในผู้ป่วยแต่ละราย

แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการบำบัด ทางด้านพฤติกรรมเป็นการประเมินจากอุบัติการณ์ ส่วนผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่ผู้วิจัยทั้ง 2 การศึกษาให้ความสนใจเหมือนกันคือ ความคิดฆ่าตัวตาย โดยแบบประเมิน Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) ความสิ้นหวังโดยแบบประเมิน Beck Hopelessness Scale (Beck et al., 1974) และภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมิน โดย Beck Depression Inventory score (Beck et al., 1971), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) และ Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) และผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และความสิ้นหวังนั้นไม่แตกต่างกัน ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้แบบประเมินต่างกันและได้ผลลัพธ์จากการศึกษาแตกต่างกันนั้นไม่สามารถสรุปเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากแบบประเมินมีวิธีการ และใช้ผู้ประเมินต่างกันจึงอาจมีความแตกต่างกันในผลลัพธ์ นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินที่อื่นๆ ที่นำมาใช้แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาคือ แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scale (Weissman & Beck, 1978 cited in Raj & Bhide, 2001) ประเมินทัศนคติที่บิดเบือน แบบประเมิน Problem Solving Inventory (Heppner & Peterson, 1982 cited in Raj & Bhide, 2001) ประเมินการแก้ไขปัญหา การเลือกนำแบบประเมินมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ต้องการศึกษา

การบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดที่สนใจในเรื่องของความคิดอัตโนมัติ ที่มีผลต่อ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย วิธีการบำบัดเน้นที่การเปลี่ยนรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยจัดการกับความคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถช่วยให้การพยายามฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงผลลัพธ์อื่นๆที่เป็นปัจจัยสำคัญที่

ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายลดลงด้วย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น และทัศนคติที่บิดเบือน มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจนใช้เวลาในการบำบัดไม่มากให้การบำบัดได้ทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้การบำบัดได้

4. Manual assisted cognitive behavior therapy จากผลการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่ามี 2 เรื่อง (Evans et al., 1999 ; Tyrer et al., 2003) ที่ให้การบำบัดโดยวิธีนี้ การบำบัดโดย Manual assisted cognitive behavior therapy เป็นการบำบัดระยะสั้นๆ พัฒนาการบำบัดแบบ CBT ซึ่งเป็นการบำบัดโดยใช้หนังสือคู่มือมีจำนวน 6 บท ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ การวิเคราะห์ปัญหาขณะที่เกิดการทำร้ายตนเอง เทคนิคในการแก้ไขปัญหากลยุทธ์ในการควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกรู้สึกของตัวเอง กลยุทธ์การเผชิญความกดดัน เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และกลยุทธ์ในการป้องกันการเป็นซ้ำ การวางแผนในการป้องกันในอนาคต การบำบัดวิธีนี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้นลดความยุ่งยากของการปฏิบัติในคลินิก และมีความเป็นไปได้ มีการทดสอบโดยการศึกษานำทาง (Pilot study) พบว่ามีประสิทธิภาพในผู้ที่มีการทำร้ายตัวเองและมีความเสี่ยงในการกระทำซ้ำ (Lidren et al., 1994) การบำบัดช่วยลดความถี่ในการทำร้ายตนเองลงถึง 50% (Tyrer et al., 2004) จากผลลัพธ์ของการศึกษาทั้ง 2 เรื่องพบว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองลดลง ความถี่ในการทำร้ายตนเองลดลง ความสิ้นหวังลดลงความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความคิดบวกมากขึ้น ความคิดลบน้อยลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (Evans et al., 1999) และการบำบัดเปรียบเทียบอาจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย เนื่องจากการให้การบำบัดโดยจิตบำบัดอื่นๆ ด้วยในบางศูนย์ที่เข้าร่วมการศึกษา เช่น Problem solving approaches และ Dynamic psychotherapy แต่ก็ได้ไม่มีรายละเอียดของวิธีการบำบัด (Tyrer et al., 2003) และผลการบำบัดก็พบว่าผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงน้อยกว่าในกลุ่มทดลอง และ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการบำบัดลดลงเมื่อเทียบกับการบำบัดแบบปกติ (Evans et al., 1999) เนื่องจากผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Byford และคณะ (2003) ซึ่งศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการบำบัดในผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเองโดยใช้ Manual assisted cognitive behavior therapy เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติ พบว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่ม Manual assisted cognitive behavior therapy น้อยกว่าการบำบัดแบบปกติในระยะติดตามผล 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การบำบัดทำเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการใช้หนังสือคู่มือ จำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 2 - 7 ครั้งไม่มีรายละเอียดในเรื่องความถี่ของเวลา ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยและความสำเร็จของการบำบัดในแต่ละครั้ง เนื่องจากเป็นการบำบัดตามเนื้อหาในคู่มือที่ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคม อารมณ์ไม่คงที่ แต่ไม่เป็นโรคจิตหรือจิตสุมรา อายุของกลุ่มบำบัดอยู่ในช่วง 16-50 ปี จึงเป็นการบำบัดที่สามารถทำได้ทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ การบำบัดเป็นการอ่านจากหนังสือคู่มือ ดังนั้นผู้รับการบำบัดจะต้องสามารถอ่านหนังสือได้

ผู้บำบัด จากการศึกษาพบว่า มีทั้ง พยาบาล จิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกการใช้คู่มือการบำบัด ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในวิชาชีพ แต่จะเห็นว่าผู้บำบัด ไม่ได้เฉพาะเจาะจงหรือกำหนดว่าเป็นวิชาชีพใดเพียงแต่ต้องเป็นผู้ที่มีการฝึกใช้หรือศึกษาข้อมูลในคู่มือให้ดีเสียก่อนที่จะให้การบำบัด

แบบประเมิน ที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการบำบัด ทางด้านพฤติกรรมการทำร้ายตนเองเป็นการประเมินจากอุบัติการณ์ แบบประเมินอื่นๆ ได้แก่ Hospital Anxiety and Depression scale เพื่อประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แบบประเมิน Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 1990 cited in Tyrer et al., 2003) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ในสังคม ทั้ง 2 แบบเป็นผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยให้ความสนใจเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินที่แต่ละการศึกษาใช้แตกต่างกัน คือ Beck Hopelessness scale ประเมินความสิ้นหวัง แบบประเมิน GAF scales (Endicott et al., 1976 cited in Tyrer et al., 2003) ประเมินอาการโดยรวมและการทำหน้าที่ในสังคม แบบประเมิน คุณภาพชีวิต ประเมินโดย EuroQol (EuroQol Group, 1990 cited in Tyrer et al., 2003) ประเมิน คุณภาพชีวิต การเลือกนำแบบประเมินมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ต้องการศึกษา

จากการสังเคราะห์การบำบัดโดยวิธี Manual assisted cognitive behavior therapy พบว่ามีประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจที่ชัดเจน และสามารถลดความถี่ในการทำร้ายตนเอง ลดภาวะซึมเศร้าลงได้ รวมทั้งสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ ผู้บำบัดมีหลากหลาย และพยาบาลเป็นผู้ให้การบำบัดได้ โดยได้รับการฝึกหรือศึกษาข้อมูลในคู่มือให้ดีก่อนให้การบำบัด นอกจากนี้ยังเป็นการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติในคลินิก ผู้รับการบำบัดมีความสะดวกจากการบำบัดในคู่มือ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) ทั้ง 4 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นมีองค์ประกอบที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 องค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ

องค์ประกอบ รูปแบบ การบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ประเภทของ การบำบัด	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
Cognitively- based problem- Solving therapy	พยายามฆ่าตัวตายและไม่มีโรค ทางจิตหรือระบบความคิดเสีย มีช่วงอายุ 15-65 ปี	พยาบาลจิตเวชชุมชน หรือนักจิตวิทยาคลินิก	รายบุคคล	60 นาที / สัปดาห์ x 5 ครั้ง เริ่มให้การบำบัดได้ตั้งแต่วันที่ 1 ใน 24 ชั่วโมง เข้ารับการรักษานาน 12 สัปดาห์ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่าย	พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ลดลง ความคิดฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, ความ อ่อนแอและความตื่นตระหนก และความรู้สึก ผิดใจ ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการสื่อสาร รับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น
Dialectical behavior therapy	เป็น Borderline personality disorder เคยพยายามฆ่าตัว ตาย วัยรุ่นอายุเฉลี่ย 15-16 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-45 ปี	จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษานักจิตวิทยาคลินิก ต้องได้รับการฝึกการ บำบัดด้วย Dialectical behavior therapy	รายบุคคลควบคู่กับ การฝึกทักษะเป็น กลุ่ม	ในวีรบุรุษ รายบุคคล 60 นาที x 2 ครั้ง / สัปดาห์ x 12 สัปดาห์ กลุ่ม 2 ชั่วโมง x 2 ครั้ง / สัปดาห์ x 12 สัปดาห์ เริ่มบำบัดไม่เกิน 16 สัปดาห์หลังพยายาม ฆ่าตัวตาย วัยผู้ใหญ่ รายบุคคล 60 นาที / สัปดาห์ x 12 เดือน กลุ่ม 2 ชั่วโมง / สัปดาห์ x 12 เดือน เริ่มบำบัดไม่เกิน 8 สัปดาห์หลัง พยายามฆ่าตัวตาย	พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ลดลง และการก้าวไป ของ Borderline Personality ลดลง ความคิดฆ่า ตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง และการ ทางจิตทั่วไป ลดลง มีเหตุผลในการมีวิถีชีวิต ดีขึ้น จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยอยู่รอดโปรแกรมการบำบัด

ตารางที่ 3 องค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

องค์ประกอบ รูปแบบ การบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ประเภทของ การบำบัด	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
Cognitive therapy / Cognitive- behavior therapy	พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มีโรคทาง กายที่ขัดต่อการเข้าร่วมการ บำบัด ไม่เป็นผู้ที่ติดสุรา หรือ ยาเสพติด และไม่มีโรคทางจิต หรือมีปัญหาการปรับตัว มีอายุ 16 ปีขึ้นไป	case manager และ ผู้เชี่ยวชาญในชุมชน	รายบุคคล	15-60 นาที / 1-2 สัปดาห์ x 10 ครั้ง เริ่มการบำบัดภายใน 3 วันจนถึงไม่เกิน 3 สัปดาห์ หลังพยายามฆ่าตัวตาย	พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำลดลงความคิดฆ่า ตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง, ความ วิตกกังวล,ทัศนคติที่บิดเบือนความไม่เป็น มิตรและความรุนแรงหันหลังเล่นลดลง และมี ความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา, การเผชิญ- หลีกเลี่ยงปัญหา และการควบคุมตนเองดีขึ้น
Manual assisted cognitive behavior therapy	พยายามฆ่าตัวตาย บุคลิกภาพ ติดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่ม ต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้า สังคม, อารมณ์ไม่คงที่ แต่ไม่ เป็นโรคจิตหรือติดสุรา อายุ ของกลุ่มบำบัดอยู่ในช่วง 16-50 ปี	จิตแพทย์ 1 คน ,พยาบาล 2 คน และนักสังคม สงเคราะห์ 2 คน	รายบุคคล +หนังสือ คู่มือ	2-7 ครั้งระยะเวลาต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับตาม ปัญหาของผู้ป่วยและความจำเป็นของการ บำบัดแต่ละครั้ง เริ่มให้การบำบัดได้ภายใน 1 ปี หลัง พยายามฆ่าตัวตาย	พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำลดลง ภาวะซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง, ความวิตกกังวล ลดลง การทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น มีคุณภาพชีวิต ดีขึ้น มีความคิดในแง่บวกมากขึ้น และความคิด ในแง่ลบน้อยลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง

การบำบัดทางความคิด (CT) และ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบ และกระบวนการที่สามารถนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ดีการนำการบำบัดแบบ CT และ CBT มาใช้นั้น ผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในแง่ของทฤษฎีพื้นฐาน กระบวนการ รวมถึงการประเมิน นอกจากนี้การบำบัดแบบ CT และ CBT ยังมีการใช้เทคนิคต่างๆ ซึ่งผู้บำบัดจะต้องได้รับการฝึกฝน และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การบำบัดแบบ CT และ CBT ถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และจิตเวชที่จะต้องสามารถบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแล บำบัดรักษาโรค และบำบัดทางจิตใจในปัญหาที่ซับซ้อน นำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติในคลินิกร่วมกับพยาบาลอื่น และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะนำสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ และเพื่อนำไปพัฒนามาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (CT) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ที่นำมาศึกษามีจำนวนทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบำบัด ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้วัด และการบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ มีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy สามารถแบ่งการบำบัดออกเป็นกลุ่มได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1. Cognitively-based problem solving therapy วิธีการบำบัดแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ สำรวจและกำหนดปัญหา จัดลำดับการแก้ปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาย่างกว้างๆ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และติดตามผล เป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวนครั้งในการบำบัด คือ 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีโรคทางจิตหรือระบบความคิดเสีย มีช่วงอายุ 15-65 ปี

ผู้บำบัด ได้แก่ พยาบาลจิตเวชชุมชน จิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การประเมินและรักษาผู้ที่กินสารพิษฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำ

ลดลง

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนล้าและความตึงเครียด และความสิ้นหวัง ลดลง ทักษะคิดต่อตนเอง ทักษะคิดและความรับผิดชอบต่อปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเอง การแก้ไขปัญหา และการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น

2. Dialectical behavior therapy การบำบัดทำควบคู่กันระหว่างการบำบัดรายบุคคล และการฝึกทักษะกลุ่ม การบำบัดประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1) การบำบัดรายบุคคลมีเป้าหมาย คือ เพื่อลดพฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิตคือการทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ลดพฤติกรรมที่รบกวนการบำบัด ลดพฤติกรรมที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิต วิธีการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญรวมถึง การนำทักษะที่ได้รับการฝึกในกลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้ 2) กลุ่มบำบัด มีการฝึกทักษะกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ทักษะในการมีสติหรือสมาธิ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ทักษะในการควบคุมอารมณ์ และทักษะในการอดทนต่อภาวะคับขัน 3) มีการให้คำปรึกษาจากผู้บำบัดรายบุคคลทางโทรศัพท์กับผู้รับการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านภาวะวิกฤตโดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ป่วยในการเลือกใช้ทักษะที่ผ่านการฝึกมาในกลุ่มบำบัดให้เหมาะสม และ 4) มีการประชุมปรึกษากันใน ทีมผู้บำบัดสัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการบำบัด ในวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ การบำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 60 นาที และฝึกทักษะกลุ่มสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ½ ชั่วโมง เป็นเวลา 12 เดือน ส่วนในวัยรุ่น บำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที และฝึกทักษะกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ½ ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้มีปัญหาบุคลิกภาพชนิด Borderline personality disorder เคยผ่านการพยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ คือวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 15-16 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-45 ปี

ผู้บำบัด ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก post intern ผู้บำบัดจะต้องเข้ารับการฝึกการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy และได้รับการรับรอง

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำลดลง อาการทั่วไปของ Borderline Personality ลดลง

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และอาการทางจิตทั่วไป ลดลง มีเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ดีขึ้น

ผลลัพธ์อื่นๆ จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยอยู่ครบโปรแกรมการบำบัด

3. Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy แบบมาตรฐาน เป็นการบำบัดรายบุคคล ให้การบำบัด 10 ครั้งระยะเวลาในการบำบัด คือ 1 – 2 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 15 – 60 นาที แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรก (ครั้งที่ 1 – 3) เป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด สร้างสัมพันธภาพในการบำบัด ประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อธิบายรูปแบบกระบวนการคิด/รับรู้ (cognitive model) เริ่มต้นพัฒนารอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ในเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย พัฒนาการจัดลำดับปัญหา และวางเป้าหมายของการบำบัด ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 4 – 7) เป้าหมายของการบำบัด เป็นการพัฒนาทักษะใหม่ โดยเน้นที่การเปลี่ยนรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ และพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อที่จะจัดการกับความคิณั้น ระยะสุดท้าย (ครั้งที่ 8 – 10) เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้เคยผ่านการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ไม่มีโรคทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมการบำบัด ไม่เป็นผู้ที่ติดสุรา หรือยาเสพติด และไม่มีโรคทางจิต หรือมีปัญหาการปรับตัว มีอายุ 16 ปีขึ้นไป

ผู้บำบัด สามารถใช้ผู้บำบัดได้หลากหลายสาขาวิชาชีพ ที่เป็น case managers และ ผู้เชี่ยวชาญในชุมชน

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลง

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ทักษะการแก้ปัญหาที่บิดเบือนความไม่เป็นมิตรและความหุนหันพลันแล่นลดลง และมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา การเผชิญ-หลีกเลี่ยงปัญหา และการควบคุมตนเองดีขึ้น

4. Manual assisted cognitive behavior therapy เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลร่วมกับการใช้หนังสือคู่มือ ซึ่งมีจำนวน 6 บท ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ การวิเคราะห์ปัญหาหาขณะที่เกิดการทำร้ายตนเอง เทคนิคในการแก้ไขปัญหากลยุทธ์ในการควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกรู้สึกของตัวเอง กลยุทธ์การเผชิญความกดดัน เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และกลยุทธ์ในการป้องกันการเป็นซ้ำ การวางแผนในการป้องกันในอนาคต ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 – 7 ครั้ง ยืดหยุ่นตามปัญหาของผู้ป่วย

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคม อารมณ์ไม่คงที่ แต่ไม่เป็นโรคจิตหรือติดสุรา อายุของกลุ่มบำบัดอยู่ในช่วง 16-50 ปี

ผู้บำบัด ได้แก่ พยาบาล จิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกการใช้คู่มือการบำบัด

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลง

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวลลดลง การทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความคิดในแง่บวกมากขึ้น และความคิดในแง่ลบน้อยลง

ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง

แบบประเมินที่นำมาใช้ในการศึกษา

การศึกษาทั้ง 9 เรื่องมีการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคม รวมไปถึงเศรษฐกิจด้วย ซึ่งพบว่า ผลลัพธ์ และเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษามีดังนี้

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองซ้ำ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Suicide Attempt Self-Injury Interview และ Para-suicide History Interview (PHI) เป็นการวัดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในช่วงเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังประเมินจากอุบัติการณ์ และ การบันทึกของผู้ป่วย (self-report) อาการทั่วไปของ borderline personality เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Life Problem Inventory (LPI) การทำหน้าที่ในสังคม เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Social Function Questionnaire

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) และ The Suicide Behaviors Questionnaire ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale และ Hamilton Rating Scale for Depression ความสิ้นหวัง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Beck Hopelessness scales ความอ่อนล้าและความตึงเครียด เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Profile of Mood States ทักษะคิดต่อตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Self-Perception Scale การแก้ไขปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Interpersonal Cognitive Problem และ Problem Solving Inventory (Heppner & Peterson, 1982 cited in ทักษะคิดและความรับผิดชอบ ต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Self- Rating Problem-Solving Scale เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Reasons for Living Inventory และ Survival and Coping Scale ทักษะคิดที่บิดเบือน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Dysfunctional Attitude Scale ความไม่เป็นมิตรและความหุนหันพลันแล่น เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Checklists to assess hostility and impulsivity คุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดคือ EuroQol

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมที่มีการนำมาประเมินในงานวิจัยมากที่สุดคือ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide idea) และ ภาวะซึมเศร้า (depression) รองลงมาคือ ความสิ้นหวัง (hopelessness)

ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐกิจ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Client Service Receipt Inventory (Beecham & Knapp, 2001 cited in Evans et al., 1999)

สรุป จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่องนั้น การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำทุกรูปแบบสามารถช่วยให้การฆ่าตัวตายซ้ำลดลงได้ และยังมีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายอื่นๆ เช่น ความสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า มีการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น เพียงแต่วิธีการบำบัดในรูปแบบของ Cognitively-based problem solving therapy และ Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy ในแบบมาตรฐานนั้น มีวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย มีขั้นตอนที่ชัดเจน และใช้ระยะเวลาไม่มากในการให้การบำบัด ผู้บำบัดสามารถเรียนรู้ และฝึกฝนวิธีการบำบัดได้ง่าย และการบำบัดยังเป็นการสอนให้ผู้ป่วยจดจำวิธีการเผชิญกับปัญหาที่ยุ่ยาก และนำทักษะที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาในอนาคต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดอย่างเป็นระบบในการแก้ไข และเผชิญกับปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม

ส่วนการบำบัดโดยรูปแบบ Dialectical behavior therapy นั้นเป็นการบำบัดที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน และยังไม่เป็นที่แพร่หลายโดยเฉพาะในประเทศไทย ยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การอบรมหรือฝึกหัด จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ และการบำบัดโดย Manual assisted cognitive-behavior therapy ซึ่งจะต้องมีหนังสือคู่มือที่มีเนื้อหาที่ชัดเจนในการบำบัดนั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติในคลินิก และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แต่ก็มีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วย รวมถึงภาษาที่ใช้ในคู่มือเสียก่อน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีมีการนำการบำบัดโดย Manual assisted cognitive-behavior therapy มาพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าเป็นการบำบัด ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ และการบำบัดมีหลายรูปแบบ ดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำมาปฏิบัติจึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องมีการศึกษาเทคนิคและขั้นตอนในการบำบัดให้เข้าใจก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าการบำบัดแต่ละรูปแบบสามารถนำไปใช้ได้โดยมีข้อดี หรือข้อจำกัดที่แตกต่างกันดังนี้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitively-based problem solving therapy ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแยกแยะปัญหาของตนเองได้ และมีวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่ยุ่ยากและน่าทักกะที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาในอนาคต เป็นการบำบัดที่สอนหรือฝึกได้ง่าย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้น พยาบาลจิตเวชสามารถให้การบำบัดได้ และประหยัดค่าใช้จ่าย จากหลักฐานงานวิจัยพบว่า การบำบัดสามารถให้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้นานถึง 1 ปี จึงเป็นการบำบัดที่สามารถนำไปใช้เพื่อป้องกัน หรือลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดโดยรูปแบบ Dialectical behavior therapy พบว่าเป็นการบำบัดที่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย Borderline personality disorder สามารถลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงได้รวมถึงช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังของผู้ป่วย อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยมีระยะติดตามผลนานถึง 2 ปี แต่เป็นการบำบัดที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ผู้บำบัดมีข้อจำกัดคือ ต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ และในประเทศไทย ยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การอบรม หรือฝึกหัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่พบ ยังไม่มีพยาบาลเป็นผู้ให้การบำบัด จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถช่วยให้การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงผลลัพธ์อื่นๆที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายลดลงด้วย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น และทัศนคติที่บิดเบือน การบำบัดให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะ 3 เดือน และ 18 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจนใช้เวลาในการบำบัดไม่นาน ให้การบำบัดได้ทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การบำบัดได้ จึงสามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อป้องกันหรือลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดโดยรูปแบบ Manual assisted cognitive behavior therapy สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตาย ลดความถี่ในการทำร้ายตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าลงได้โดยการบำบัดสามารถให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี และมีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติในคลินิก ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้การบำบัดได้ แต่วิธีการบำบัดจะต้องมีหนังสือคู่มือที่มีเนื้อหาที่ชัดเจน จึงมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้เนื่องจากจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วย รวมถึงภาษาที่ใช้ในคู่มือเสียก่อน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีมีการนำการบำบัดโดย Manual assisted cognitive-behavior therapy มาพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้

3. ข้อจำกัดที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้

รายละเอียดและวิธีการบำบัดที่ได้จากงานวิจัยยังไม่ชัดเจน เนื่องจากงานวิจัยฉบับเต็มที่สืบค้นได้เป็นเพียงงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางวารสารต่างประเทศ ซึ่งมีการสรุปเนื้อหาพอเป็นที่เข้าใจเท่านั้น

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดย Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE THERAPY / COGNITIVE
-BEHAVIOR THERAPY TO PREVENT REPEATED ATTEMPT SUICIDE)

แสงเดือน จันทร์เพ็ญ 4736745 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing),
พัชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนในสังคม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2000 ระบุว่า อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองเท่ากับ 16 ต่อประชากรแสนคน หรือมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที และประมาณการณ์ว่าในปี 2020 อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.5 ล้านคน (WHO, 2006) สำหรับในประเทศไทยนั้น พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2530 และเพิ่มสูงสุดใน พ.ศ.2542 การศึกษาาระบาดวิทยาในอดีตที่ผ่านมาพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นสูงในช่วงที่ประเทศมีปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจดังเช่น ในพ.ศ. 2542 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 8.6 ต่อประชากรแสนคน (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) และในปัจจุบันจากสภาพปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีแนวโน้มวิกฤตสูงขึ้นจึงอาจส่งผลให้มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นได้อีก ปัญหาการฆ่าตัวตายนับส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิตมักมีปัญหาต่างๆตามมาจากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบาดเจ็บหรือพิการของอวัยวะต่างๆ จากการทำร้ายตนเอง ส่วนผลกระทบที่เกิดต่อจิตใจของผู้กระทำ พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนต่ำ (มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543) การปรับตัวด้านจิตใจไม่ดี และมีการปรับตัวด้านสังคมต่ำ (จรรยา ชาญญาติ, 2537) ส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก

การฆ่าตัวตายเกิดได้จากหลายสาเหตุ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดิสดูรา หรือทั้งสองอย่าง (Hirschfeld & Russell, 1997) นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังพบในกลุ่มผู้ที่สิ้นหวังในชีวิต มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ซึ่งการมีประวัติการฆ่าตัวตายมาแล้วนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000) สำหรับในประเทศไทยกลุ่มเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง 5 อันดับแรก ได้แก่ มีอาการของโรคจิต วังงาน เคยใช้สารเสพติด มีอาการซึมเศร้า และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน (อภิชัย และคณะ, 2548) และจากการศึกษาของ มอสคิกโก (Moscicki, 1997) ซึ่งได้ทบทวนองค์ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย และการทำร้ายตนเองจากงานวิจัยต่างๆ ก็พบว่า การเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ นิติยา เณิมกุล ,ชะลอ ชูพงศ์ และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) ได้ศึกษาพบว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแลและถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 ปีต่อมา

การศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่า อย่างน้อยร้อยละ 1 ของผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จภายในระยะเวลา 1 ปี และร้อยละ 3 – 5 จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จภายในระยะเวลา 5 – 10 ปี (Hawton and Fagg, 1988) การ์ริสัน และคณะ (Garrison et. al, 1991) ทำการศึกษาติดตามกลุ่มวัยรุ่นนาน 3 ปี พบว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายยังคงอยู่ร้อยละ 47 และเมื่อติดตามถึง 10 ปี พบว่าร้อยละ 10-50 ยังคงมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และร้อยละ 3 – 10 จะพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอูมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าร้อยละ 10 – 50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตามมีผู้ศึกษาติดตามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาถึง 37 ปีพบว่า ร้อยละ 13 ฆ่าตัวตายจนสำเร็จ และ 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้ฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะเวลาอย่างน้อย 15 ปี หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Suominen, Isometsa, Suokas, Haukka, Achte & Lonnqvist, 2004) ผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงมากในช่วง 1 ปี โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนแรกหลังพยายามฆ่าตัวตาย (Owens, Horrocks & House, 2002)

จะเห็นได้ว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายบางส่วน จะพยายามกระทำซ้ำจนสำเร็จในที่สุด ซึ่งถือว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จยังเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นของหลายประเทศ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกญาติหรือผู้ใกล้ชิดคนนำส่งโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาให้รอดชีวิต กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก ดังนั้นจึงควรตระหนักถึงการป้องกันการฆ่า

ตัวตายซ้ำในบุคคลกลุ่มดังกล่าวภายหลังจากที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นบุคคลที่ได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ใกล้ชิดที่สุด และในบทบาทของพยาบาลจิตเวชควรมีแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการให้การช่วยเหลือเพื่อไม่ให้บุคคลเหล่านี้ได้กระทำการฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) มีความจำกัดในการแก้ไข และหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหา ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะการคิดดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998) การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (cognitive – behavior therapy) รวมถึงการฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นการบำบัด ที่มุ่งเน้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้วิธีแก้ไขปัญห และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบซึ่งเป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการศึกษาพบว่าสามารถลดและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้ดีกว่าการบำบัดแบบประคับประคอง (Patsiokas & Clum 1985; Salkovskis et al. 1990) ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวม และสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่พบทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ในการช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อได้องค์ความรู้นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการนำไปศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อให้การดูแลบุคคลกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) ในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

นิยามศัพท์

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Patient with suicide attempted) หมายถึงผู้ที่เคยมีประวัติพยายามทำลายตนเอง โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจให้ถึงแก่ชีวิต ด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำ

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (Repeated attempt suicide) หมายถึงผู้ที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายหรือพยายามทำลายตนเองโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจให้ถึงแก่ชีวิตแต่ไม่สำเร็จโดยพยายามทำกับตนเองมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) คือจิตบำบัดแบบมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและมีทิศทางในการบำบัดชัดเจน เน้นการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) และความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Beck, 1995)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คือจิตบำบัดที่มีพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ ลักษณะของการบำบัดใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิด และการปรับพฤติกรรม โดยผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจรูปแบบของความคิดที่บิดเบือน และปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางปัญญาเพื่อลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

1.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information resource และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic resource) ระยะเวลาในการสืบค้นตั้งแต่เดือน มกราคม 2548 – สิงหาคม 2550 โดยฐานข้อมูลที่ใช้มีดังนี้

1.1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (MULINET) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (lib.cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) ตั้งแต่ปี 1990 – 2006

1.1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, ASP, Blackwell Synergy, Cochrane Library และ OVID ตั้งแต่ปี 1990 – 2006

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Reduce suicide and psychotherapy, Reduce deliberate self harm and psychotherapy, Reduce suicide and cognitive therapy, Reduce deliberate self harm and cognitive therapy

1.3 การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

1.3.1 ชนิดของการบำบัดต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้การบำบัดทางความคิด และการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม

1.3.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เป็นงานวิจัยทำการศึกษาใน ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือตั้งใจทำร้ายตนเอง

1.3.3 ชนิดของงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง

1.3.4 เป็นงานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม (Full text)

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้จำนวน 658 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยอยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 9 เรื่อง

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ในการศึกษานี้ เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ Full Text จำนวนทั้งสิ้น 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ A 7 เรื่อง ระดับ B 2 เรื่อง

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 9 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2) แบบการวิจัย (Design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Population)
- 4) สถานที่ หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Outcome measure & Data collection)
- 6) วิธีการวิจัย หรือการบำบัด (Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Results)
- 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implication)

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพ พบว่าเป็นงานวิจัย อยู่ในระดับ A จำนวน 7 เรื่อง และ อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง

2. รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ ของการบำบัดโดย CT และ CBT

2.1 Cognitively based–problem solving therapy มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่องใน 9 เรื่อง ที่นำวิธีการนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นงานวิจัยระดับ A ทั้ง 2 เรื่อง (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990) เป็นการบำบัดรายบุคคล เป็นวิธีการบำบัดที่มีขั้นตอนการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ วิธีการบำบัดแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ สำรวจและกำหนดปัญหา จัดลำดับการแก้ปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาย่างกว้างๆ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญห และติดตามผลการบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะปัญหาของตนเองได้ และสอนวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น

ผลลัพธ์ ของการบำบัด

ทางด้านพฤติกรรม พฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองลดลงทั้ง 2 เรื่อง

ทางด้านจิตสังคมมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .025$) (Salkovskis et al., 1990) ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .005$) (Salkovskis et al., 1990) ความ

อ่อนลงและความตึงเครียด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) (Salkovskis et al., 1990) ความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Salkovskis et al., 1990) และลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ (McLeavey et al., 1994) มีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (McLeavey et al., 1994) การแก้ไขปัญหาคืบขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาคืบขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McLeavey et al., 1994) ทัศนคติและความรับผิดชอบต่อนปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (McLeavey et al., 1994)

ผู้รับการบำบัด เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 ครั้ง (Salkovskis et al., 1990) มีคะแนนการทํานายพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ Buglass & Horton (1974) อย่างน้อย 4 – 6 คะแนน (Salkovskis et al., 1990) กินสารพิษฆ่าตัวตาย (McLeavey et al., 1994) ไม่มีประวัติโรคจิต, ปัญญาอ่อน หรือระบบความคิดเสีย (McLeavey et al., 1994) ไม่มีโรคทางกายร้ายแรง (Salkovskis et al., 1990) ไม่เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหรืออาการทางจิต อายุ อยู่ในช่วง 15-65 ปี

ผู้บำบัด พยาบาลจิตเวชชุมชน (Salkovskis et al., 1990) และ นักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การประเมินและรักษาผู้ป่วยกินสารพิษ (McLeavey et al., 1994)

2.2 Dialectical behavior therapy มี 3 เรื่อง ใน 9 เรื่อง ที่นำวิธีบำบัดนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นงานวิจัยระดับระดับ A 2 เรื่อง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) ระดับ B 1 เรื่อง (Rathus & Miller, 2002) เป็นการบำบัดรายบุคคลควบคู่กับการบำบัดกลุ่ม มี 2 เรื่องใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 เดือน (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) บำบัดรายบุคคล ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และฝึกทักษะกลุ่มครั้งละ 2 ½ ชั่วโมงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006 ส่วนอีก 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ (Rathus & Miller, 2002) บำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 40 – 60 นาที และฝึกทักษะกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ½ ชั่วโมง โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมการฝึกทักษะกลุ่มด้วย การบำบัดประกอบด้วย 4 ส่วน 1) การบำบัดรายบุคคล เป้าหมาย คือ เพื่อลดพฤติกรรมที่ถูกคามต่อชีวิตคือการทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย, ลดพฤติกรรมที่รบกวนการบำบัด ลดพฤติกรรมที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิต, วิธีการแก้ไขปัญหาคืบขึ้นที่ผู้ป่วยต้องเผชิญรวมถึง การนำทักษะที่ได้รับการฝึกในกลุ่มบำบัดมาประยุกต์ใช้ 2) กลุ่มบำบัด มีการฝึกทักษะกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ทักษะในการมีสติหรือสมาธิ, ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ, ทักษะในการควบคุมอารมณ์ และทักษะในการอดทนต่อภาวะคับขัน 3) มีการให้คำปรึกษาจากผู้บำบัดรายบุคคลทางโทรศัพท์กับผู้รับการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านภาวะวิกฤต โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเป็นพินิจให้ผู้ป่วย ในการเลือกใช้ทักษะที่ผ่านการฝึกมาในกลุ่มบำบัดให้เหมาะสม และ 4) มีการประชุมปรึกษากันใน ทีมผู้บำบัดสัปดาห์ละครั้ง

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรมพบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .04$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) อาการทางจิตทั่วไปและอาการทั่วไปของ Borderline Personality ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Rathus & Miller, 2002) อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p = .04$ และ $p < .007$) (Linehan et al., 1991; Rathus & Miller, 2002; Linehan et al., 2006) และมีการใช้บริการแผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) (Linehan et al., 2006)

ด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$) (Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) ภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$, $p = .001$ และ $p < .01$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) ความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Linehan et al., 1991) ผู้ป่วยมีเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$ และ $p < .001$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) อาการทางจิตทั่วไปโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Rathus & Miller, 2002)

ผลลัพธ์อื่นๆ ผู้ป่วยมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Linehan et al., 1991)

ผู้รับการบำบัด มีการวินิจฉัยเป็น Borderline personality (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้ง (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) มีการฆ่าตัวตายภายใน 16 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (Rathus & Miller, 2002) ไม่มีประวัติชักที่ต้องใช้ยารักษา (Linehan et al., 2006) ไม่มีอาการป่วยอื่นๆที่ต้องการการดูแล (Linehan et al., 2006) ไม่เป็นผู้ป่วย Schizophrenia, Bipolar Disorder, Substance Dependent, or Mental Retardation (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) และมีอายุอยู่ในช่วง 15 – 45 ปี

ผู้บำบัด ได้แก่ นักจิตวิทยา (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002) นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก (Linehan et al., 1991) และจิตแพทย์ (Linehan et al., 1991) โดยทีมผู้บำบัดต้องได้รับการอบรม หรือฝึกการบำบัด Dialectical behavior therapy จากผู้เชี่ยวชาญวิธีการบำบัดก่อน

2.3 Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่องใน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) ระดับ B 1 เรื่อง (Raj & Bhude, 2001) เป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 10 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 – 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 – 3 เดือน

ซึ่งยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม การบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะๆแรก (ครั้งที่ 1 – 3) เป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด สร้างสัมพันธภาพในการบำบัด ประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อธิบายรูปแบบกระบวนการคิด/รับรู้ (cognitive model) เริ่มต้นพัฒนารอบแนวคิดกระบวนการรับรู้ในเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย พัฒนาการจัดลำดับปัญหา และวางเป้าหมายของการบำบัด ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 4 – 7) เป้าหมายของการบำบัด เป็นการพัฒนาทักษะใหม่ โดยเน้นที่การเปลี่ยนรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ และพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อที่จะจัดการกับความคิดนั้น ระยะสุดท้าย (ครั้งที่ 8 – 10) เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) (Brown et al., 2005)

ด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) (Raj & Bhide, 2001) ภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$ และ $p = .001$) และ ความสิ้นหวัง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $p = .01$) (Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001) ความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) ความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา การเผชิญ-หลีกเลี่ยงปัญหา และการควบคุมตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) มีทัศนคติที่บิดเบือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และ มีความไม่เป็นมิตรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) (Raj & Bhide, 2001)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 (Brown et al., 2005 ; Raj & Bhide, 2001) มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 48 ชั่วโมง (Brown et al., 2005) พยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาเกินขนาด หรือยาฆ่าแมลง (Raj & Bhide, 2001) มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า (เล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรงโดยไม่มีอาการทางจิต) หรือมีการปรับตัวผิดปกติ (Brown et al., 2005) ไม่มีโรคทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมการศึกษา (Brown et al., 2005) มีอายุ 16 ปีขึ้นไป

ผู้บำบัด จากผลการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 เรื่องไม่มีรายละเอียดของผู้บำบัด มี 1 เรื่อง (Brown et al., 2005) อธิบายว่าเป็นการบำบัดโดย case managers ทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในชุมชน (clinician in community)

2.4 Manual assisted cognitive-behavior therapy มี 2 เรื่อง ใน 9 เรื่อง ที่นำวิธีบำบัดนี้มาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นงานวิจัยระดับ A ทั้ง 2 เรื่อง (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003) ระยะเวลาในการบำบัด 2 – 6 ครั้ง (Evans et al., 1999) และใช้ระยะเวลา 5 – 7 ครั้ง (Tyrer et al., 2003) จำนวนครั้งในการบำบัดยืดหยุ่นตามปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีรายละเอียดในเรื่องความถี่และ

ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง วิธีการบำบัดคือใช้หนังสือคู่มือมี 6 บท ประกอบด้วย บทที่ 1 เป็นขั้นตอนการให้ผู้ป่วยบอกรายละเอียดต่างๆ ของแต่ละคนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เชื่อมโยง และสถานการณ์แวดล้อมรอบๆ ตัวที่นำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเอง บทที่ 2 เทคนิคในการแก้ปัญหา วิธีการและตัวอย่าง บทที่ 3 สำรวจความคิด และความรู้สึกของตัวเอง บทที่ 4 กลยุทธ์ในการเผชิญความกดดัน บทที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติด และบทที่ 6 เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สกัดกั้นการพยายามทำร้ายตนเอง เริ่มการบำบัดครั้งที่ 1 โดยผู้บำบัดเป็นผู้แจกคู่มือบทที่ 1 ให้กับผู้ป่วย บทต่อไป ผู้ป่วยและผู้บำบัด เลือกการบำบัดในบทที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย โดยมีความเห็นร่วมกันว่ามีความสำคัญที่สุดที่นำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วย ในระหว่างครั้งของการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมการฝึกทักษะที่ต้องการจากผู้บำบัด เช่น การแก้ไขปัญหา หรือเทคนิคการอดทนต่อความกดดัน

ผลลัพธ์ของการบำบัด

ด้านพฤติกรรม การทำร้ายตัวเองลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านจิตสังคม ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) 1 เรื่อง (Evans et al., 1999) อาการซึมเศร้าลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003) การทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003) ความสิ้นหวังลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Tyrer et al., 2003) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Tyrer et al., 2003) มีความคิดบวกมากขึ้น และความคิดลบน้อยลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Tyrer et al., 2003)

ด้านเศรษฐกิจ พบว่าค่าใช้จ่ายในการบำบัด พบว่าหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลลดลง 46 % (Evans et al., 1999)

ผู้รับการบำบัด เคยผ่านการทำร้ายตนเอง (Tyrer et al., 2003) ทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Evans et al., 1999) มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคมอารมณ์ ไม่คงที่ (Evans et al., 1999) ไม่ต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล (Tyrer et al., 2003) ไม่เป็นโรคจิตหรืออารมณ์แปรปรวน (Tyrer et al., 2003) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าติดสารเสพติด (Evans et al., 1999 ; Tyrer et al., 2003) อายุ 16-50 ปี

ผู้บำบัด การศึกษาของ Evans et al. (1999) ผู้บำบัดคือ จิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกการใช้คู่มือการบำบัดจนแน่ใจข้อมูลในคู่มือ ส่วนการศึกษาของ Tyrer et al. (2003) บอกเพียงแต่ผู้บำบัดต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกใช้คู่มือ แต่ไม่มีรายละเอียดในสาขาอาชีพ

แบบประเมินที่นำมาใช้ในการศึกษา

การศึกษาทั้ง 9 เรื่องมีการประเมินผลลัพธ์ ทั้งทางด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคม รวมไปถึงเศรษฐกิจด้วย ซึ่งพบว่า ผลลัพธ์ และเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษามีดังนี้

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองซ้ำ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Suicide Attempt Self-Injury Interview และ Para-suicide History Interview (PHI) เป็นการวัดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในช่วงเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังประเมินจากอุบัติการณ์ และ การบันทึกของผู้ป่วย (self-report) อาการทั่วไปของ borderline personality เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Life Problem Inventory (LPI) การทำหน้าที่ในสังคม เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Social Function Questionnaire

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ความคิดฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) และ The Suicide Behaviors Questionnaire (M.M.L., 1981 cite in Linehan et al., 2006) ภาวะซึมเศร้าเครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) และ Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) ความสิ้นหวัง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Beck Hopelessness scales (Beck et al., 1974) ความอ่อนล้าและความตึงเครียด เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Profile of Mood States (McNair & Lorr, 1964 cited in Salkovskis et al., 1990) ทักษะคิดต่อตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Self – Perception Scale (Miskimins, 1979; Miskimins & Braucht, 1976 cited in McLeavey et al., 1994) การแก้ไขปัญหา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Interpersonal Cognitive Problem Solving (Platt & spivack, 1977 cited in McLeavey et al., 1994) และ Problem Solving Inventory (Heppner & Peterson, 1982 cited in McLeavey et al., 1994) ทักษะคิดและความรับผิดชอบต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Self-Rating Problem-Solving Scale (McLeavyn, Daly, O’Riordan, & Taylor, 1987 cited in McLeavey et al., 1994) เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ The Reasons for Living Inventory และ Survival and Coping Scale (Linehan et al., 1983 cited in Linehan et al., 1991) ทักษะคิดที่บิดเบือน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Dysfunctional Attitude Scale (Weissman & Beck, 1978 cited in Raj & Bhide, 2001) ความไม่เป็นมิตรและความหุนหันพลันแล่น เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Checklists to assess hostility and impulsivity คุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดคือ EuroQol (EuroQol Group, 1990 cited in Tyrer et al., 2003)

ผลลัพธ์ทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยนำมาประเมินมากที่สุดคือ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide idea) และภาวะซึมเศร้า (depression) รองลงมาคือความสิ้นหวัง

ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐกิจ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Client Service Receipt Inventory (Beecham & Knapp, 2001 cited in Evans et al., 1999)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) / การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าเป็นรูปแบบของการบำบัด ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ และการบำบัดมีหลายรูปแบบ ดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำมาปฏิบัติจึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องมีการศึกษาเทคนิค และขั้นตอนในการบำบัดให้เข้าใจก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าการบำบัดโดย Cognitively-based problem-solving therapy ช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแยกแยะปัญหาของตนเองได้ และมีวิธีการที่เป็นระบบในการแก้ไขหรือเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากและน่าทักษะที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาในอนาคต เป็นการบำบัดที่สอนหรือฝึกได้ง่าย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชสามารถให้การบำบัดได้ และประหยัดค่าใช้จ่าย (Hickie, 2000 cited in Hatchre, Coggan, Bennett, Sharon, 2004) จากหลักฐานงานวิจัย พบว่าการบำบัดสามารถให้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้นานถึง 1 ปี จึงเป็นการบำบัดที่สามารถนำไปใช้เพื่อป้องกัน หรือลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดโดยรูปแบบ Dialectical behavior therapy พบว่าเป็นการบำบัดที่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วย Borderline personality disorder สามารถลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงได้รวมถึงช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังของผู้ป่วย อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยมีระยะติดตามผลนานถึง 2 ปี แต่เป็นการบำบัดที่มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ผู้บำบัดมีข้อจำกัดคือ ต้องได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ และในประเทศไทย ยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การอบรม หรือฝึกหัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่พบ ยังไม่มีพยาบาลเป็นผู้ให้การบำบัด จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถช่วยให้การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงผลลัพธ์อื่นๆที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายลดลงด้วย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น และทัศนคติที่บิดเบือน การบำบัดให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะ 3 เดือน และ 18 เดือน มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจนใช้เวลาในการบำบัดไม่นาน ให้การ

บำบัดได้ทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การบำบัดได้ จึงสามารถนำไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อป้องกันหรือลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดโดยรูปแบบ Manual assisted cognitive behavior therapy สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตาย ลดความถี่ในการทำร้ายตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าลงได้โดยการบำบัดสามารถให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี และมีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติในคลินิก ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้การบำบัดได้ แต่วิธีการบำบัดจะต้องมีหนังสือคู่มือที่มีเนื้อหาที่ชัดเจน จึงมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้เนื่องจากจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วย รวมถึงภาษาที่ใช้ในคู่มือเสียก่อน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการนำการบำบัดโดย Manual assisted cognitive-behavior therapy มาพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้

ข้อจำกัดในการศึกษา

รายละเอียดและวิธีการบำบัดที่ได้จากงานวิจัยยังไม่ชัดเจน เนื่องจากงานวิจัยฉบับเต็มที่ยังไม่ตีพิมพ์ได้เป็นเพียงงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางวารสารต่างประเทศ ซึ่งมีการสรุปเนื้อหาพอเป็นที่เข้าใจเท่านั้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE THERAPY / COGNITIVE
–BEHAVIOR THERAPY TO PREVENT REPEATED ATTEMPT SUICIDE

SANGDUAN CHANPEN 4736745 RAMH / M

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

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

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Attempting suicide is a public health problem implying a mental health condition of society. The 2000 World Health Organization (WHO) Report indicated that a suicidal rate was 16 per 100,000 people or a suicidal death occurred in every 40 seconds. Estimates suggest fatalities could rise to 1.5 million by 2020. (WHO, 2006). As regards Thailand, the suicidal tendencies have been increased since B.E 2530 and reached the maximum in B.E. 2542. A study on earlier suicidal prevalence unfolded that the suicidal rate was likely to increase during the economic crisis in B.E.2542 (Apichai, et al., B.E. 2548) when the suicidal rate was as high as 8.6 per 100, 000 people (Manoch Lortrakul, B.E. 2546). In addition, the current higher crisis on economic and social situation may result in a higher suicidal rate. Suicidal problems have much effect on the mental health of families, close friends, and enormously affect the country's economy. Anybody who once attempted suicide has likely been faced with various problems of both physical and mental health such as injury or disability of organs. As for the impact on his spirit, he had such a low feeling of himself (Mathurin Kamwongpin, B.E. 2543), less ability to adjust his mind as well as less social adaptation (Janya Thanyadee, B.E. 2537), all of which resulted in the repeat of suicidal attempt.

A suicide might occur from several reasons for it had been examined abroad that over 90 per cent of succeeded suicide were diagnosed as the patients with mental problems, most of whom were depressed, alcoholic or both (Hirschfeld & Russel, 1997). Moreover, suicidal cases were also found in a group of hopeless people with the suicidal records in their own family, besides they were once attempted suicide themselves. However, a suicidal record was a significant tendency for further suicide attempts (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000).

In Thailand, the top five groups likely to harm themselves were people with mental symptoms, without jobs, once being a drug addict, in depressed condition, and attempting self-injury (Apichai, et al, B.E. 2548). Also literature reviews of Moscicki (1997) on tendencies of suicide and self-injury revealed that previous records of suicidal attempts were key factors related to the suicide. Moreover, Nitaya Chalermkul, Chalor Chupong, and Montip Borisuth (B.E. 2542) found out that a person who once attempted suicide was mostly being ignored by his own family. They paid no attention to him and repeatedly mentioned his guilt, in which case a suicide could be repeated particularly in a year that followed.

Studies in the United Kingdom revealed that at least 1 per cent of self-injured persons would successfully repeat such attempts within a year, and 3-5 per cent would succeed in committing suicide within a period of 5-10 years (Howton and Fagg, 1988). Garrison et al. (1991: 1005-14) monitored a teenage group for the period of 3 years and realized that suicidal attempts still prevailed at 47 per cent. After 10 years of monitoring, 10-50 per cent still repeated the suicide behavior, in the meantime, 3-10 per cent would successfully commit suicide. These were in line with Umaporn Trangkasombat and Dusit Likanapichitkul (B.E. 2539) had been monitored people with suicidal attempts in Thailand for 10 years and found that 10-50 per cent would repeat their attempts. Besides, the monitoring of suicide attempted people for 37 years uncovered that 13 per cent were succeeded, whereas two thirds of that group were successful in taking their own lives within a minimum of 15 years after their first attempts (Suominen, Isometsa, Suokas, Haukka, Achte & Lonnqvist, 2004). People who failed in the suicidal attempts would have a 100 time upward tendency towards success as compared to people in general, and people who attempted to commit suicide would later end up dead since there apparently was a high risk within a year

particularly in the first-month period after the attempts (Owens, Horrocks & House, 2002).

It is evident that some people who once attempted to commit suicide would repeat it until succeeded. This means that succeeded suicide is indeed an important and main cause of death in many countries. Most of suicide attempted people will be taken to the hospital by their relatives or close friends, but there is a high tendency for this group to repeat their attempts. Hence, the awareness should be realized to prevent the repeat of suicidal attempts of such group after the hospital treatment. The nurse is therefore a person who is the closest to the patient. In the meantime, as a role of a psychiatric nurse, she should have efficient methods to help preventing the success of another suicidal attempt.

Literature reviews on the suicide unfolded that the person who committed suicide was characterized as the one with rigid cognitive and being limited on problem solving and managing the options; he was unable to analyze details of his own problems regarding the causes and their attachments (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995). Furthermore, he also had a negative thinking towards the world that such attitude resulted in the desperation, hopelessness, low self-esteem, help needed, and depressed situation, all of which led to suicide eventually (Hauenstein, 1998). Cognitive therapy and Cognitive-behavior therapy as well as the skills training for problem solving, which were the therapy to enable a suicide attempted person to learn about the problem solving methods and to adjust his own negative thinking towards suicidal behavior were studied and showed that they could reduce and prevent the repeated suicidal attempts better than the regular therapy (Patsiokas & Clum 1985; Salkovskis et al., 1990)

The researcher thus gathers and synthesizes both internal and international documents and research works on the cognitive therapy in order to reduce and prevent the repeat of suicidal attempts. This is to be the guidelines for caring the patients and for further studying to enable the more efficient care of the above-mentioned groups of people.

Objective of the Study

To synthesize the research works related to the Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy in hopes of preventing the repeat of suicidal attempts

Expected Outcomes and Benefits

To gain knowledge that can be applied as cognitive therapy and cognitive behavior therapy to prevent repeated attempt suicide

Definition of Terms

A patient with suicide attempt means a person with history to injuring him or herself to death whether deliberately or not by using various methods but failed and was admitted in the hospital instead.

A patient with repeated suicidal attempt means a person with history of suicide of or injuring him or herself to death whether deliberately or not, but he failed, however he has been attempting suicide at least once.

Cognitive therapy is a structurally mental therapy with explicit purposes and plans for the treatment by placing an emphasis on the faulty thinking and aiming at assisting the patient to focus on the present. This is to adjust an involuntary thinking and the cognitive triad, schema, and cognitive errors or faulty information processing, all of which result in the suicidal thinking and behaviors (Beck, 1995).

Cognitive-behavior therapy means the knowledge-based mental treatment on the cognitive, response, emotion, and behavior of mankind. The therapy has been integrated between cognitive adjustment techniques and behavioral adjustment supervised by a therapist to enable a patient to understand the pattern of faulty thinking and to adjust the thoughts that stir emotions or inappropriate behaviors (Sompoch Eiumsupasit, B.E. 2541).

Research Methodology

This study aimed at conducting a systematic review by synthesizing evidence on cognitive therapy / cognitive behavior therapy to prevent repeated suicide. The steps involved in the research methodology are as follows:

1. Compilation of research reports and academic documents for subsequent review

1.1 The information resources used in this study were electronic resources of research reports and academic documents have been employed from January 2005 – August 2007 from the following databases:

1.1.1 Research reports and academic documents in Thailand from the libraries of Mahidol University (Mulinet), Chiang Mai University (Lib.Cmu), Chulalongkorn University (library.car.chula) and Khon Khaen University (md.kku) since 1990 - 2006

1.1.2 Research reports and academic documents in major medical and nursing databases including PUBMED, CINAHL, ASP Sciencedirect, Blackwell Synergy, Cochrane Library and OVID since 1990 - 2006

1.2 Keywords used in the search were as the following: Reduce suicide and psychotherapy, Reduce deliberate self harm and psychotherapy, Reduce suicide and cognitive therapy, and Reduce deliberates self harm and cognitive therapy

1.3 The selection criteria were as follows:

1.3.1 Clinical intervention guidelines involving the use of cognitive therapy/ cognitive behavior therapy

1.3.2 The study samples were attempt suicide or debate self harm

1.3.3 The level of studied research works should be experimental and quasi- experimental levels,

1.3.4 The full texts of the studies could be retrieved.

Initially, the total number of research studies found was 658. However, when the aforementioned selection criteria were applied, and the studies which were stored at different databases were considered as one study, only nine studies were left for further analysis and synthesis.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

When analyzing and synthesizing the research evidence obtained in the study, the following steps were taken:

2.1 Assessment of the level of evidence

The selected research and academic documents were assessed to determine their quality using the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divides the evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence derived from a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or single research whose design is randomized controlled trials (RCT)

Level B refers to evidence derived from a meta-analysis of at least one randomized controlled trial (RCT), quasi-experimental research, or experimental research with no random assignment.

Level C refers to evidence derived from comparative studies, correlational studies, or descriptive studies.

Level D refers to evidence derived from a consensus of experts.

2.2 Retrieve of research data

In the systematic review of the selected nine studies, the scope of data to be retrieved was as follows:

1. Research problems/research objectives
2. Research design
3. Population
4. Research setting
5. Data collection procedures
6. Methods/nursing interventions
7. Research findings/results
8. Implications/Implementations of research findings/results

Research Findings

The findings of the analysis could be divided into four aspects as follows:

1. Quality and adequacy of research

There were nine research works to be analyzed and synthesized in this study, seven of which were assessed as the A level papers and two were the B level.

2. Design, composition and outcome of the Cognitive/ Cognitive-Behavior Therapy

2.1 Cognitively base-problem solving therapy: Two out of nine papers were studied and utilized for preventing suicide (both are A level papers). It was an individual therapy with step by step treatment and the problems were systematically solved. The therapy was a five-step treatment: (1) survey and identify problems,

(2) set priority for problem solving, (3) consider an extensive option to solve problems, (4) decide how to solve problems, and (5) carry out the problem solving and monitor its outcome to ensure that patients could identify their own problems, as well as teach them to solve or overcome problems occurred to them in a systematic way.

Therapy Outcome

For the behavioral aspects, the suicide or the act of self-injury declined (McLeavey et al., 1994; Salkovskis et al., 1990).

For the social mental health aspects, the suicidal thoughts declined significantly ($p < .025$) (Salkovskis et al., 1990), depressed condition declined significantly ($p < .005$) (Salkovskis et al., 1990), exhaustion and tension declined significantly ($p < .05$) (Salkovskis et al., 1990), hopelessness declined significantly ($p < .01$) (Salkovskis et al., 1990) and declined non-significantly (McLeavey et al., 1994), self-esteem increased significantly ($p < .01$) (McLeavey et al., 1994), problem solving increased significantly ($p < .01$) and self-appreciation for problem solving increased significantly ($p < .01$) (McLeavey et al., 1994), perception and responsibility for relationship increased significantly ($p < .01$) (McLeavey et al., 1994)

A characteristic of patient

- At least a patient has attempted to commit suicide twice (Salkovskis et al., 1990)
- Own at least 4-6 points of suicidal forecast according to Buglass & Horton (1974) (Salkovskis et al., 1990),
- Take poison (McLeavey et al., 1994), no record on mental illness,
- Down's syndrome or nervous breakdown (McLeavey et al., 1994),
- No severe physical illnesses (Salkovskis et al., 1990),
- Not being a patient admitted to the hospital for mental illness or symptom,
- Between 15-65 years of age.

A characteristic of therapist

A community psychiatric nurse (Salkovskis et al., 1990), and a clinical psychiatrist with experience in the assessment and treatment of poison taken patients (McLeavey et al., 1994).

2.2 Dialectical behavior therapy: Three out of nine papers were been studied and utilized for preventing suicide. Two papers were the A level (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006) and the other is B level (Rathus & Miller, 2002). From the A level papers, an individual patient was treated for a period of 60 minutes a week along with the group therapy for a period of 2.30 hours a week within 12 months (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006). Another B level paper took 12 months for the therapy (Rathus & Miller, 2002), whereas an individual patient was treated twice a week for a 40-60 minute period each, along with the group therapy twice a week for a 2-2.30 hour period each. Besides, this group therapy allowed the patient's family to participate in the treatment.

The therapy comprised 4 parts: 1) individual therapy with the purposes to reduce the threat behavior of self-injury as well as suicide, and disturbing behavior both during therapy and towards the quality of life, including the purposes to find ways to solve any problems encountered by the patient and application of skills obtained from the group therapy; 2) the group therapy was trained on four following skills: consciousness or mental alert, relationship among efficient people, emotional control, and tolerance to deadlock situation; 3) advice was given through the phone between a therapist and a patient in hopes of generally assisting a treated patient to survive during the critical situation by using appropriate skills, and 4) consultation within the team of therapists was convened once a week.

Therapy Outcome

For the behavioral aspects, the behavior of committing suicide or self-injury declined significantly ($p < .05$ and $p < .04$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006), common mental symptoms and routine symptoms according to the Borderline Personality declined significantly ($p < .01$) (Rathus & Miller, 2002), the rate of hospital admission had been significantly lower than that of control group ($p < .01$, $p < .007$ and $p = .04$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002), and the use of emergency unit had been significantly lower than that of the control group ($p < .04$) (Linehan et al., 2006).

For the social mental health, suicidal thoughts declined significantly ($p < .001$ and $p < .05$) (Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002), depressed condition declined significantly ($p < .005$, $p = .001$ and $p < .01$) (Linehan et al., 1991; Linehan

et al., 2006; Rathus & Miller, 2002;), hopelessness declined significantly ($p < .05$ and $p = .001$) (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006), and common mental symptom predominantly declined significantly ($p < .05$) (Rathus & Miller, 2002).

For more outcome, the number of days of in-patients declined significantly ($p < .05$) (Linehan et al., 1991)

Characteristics of a patient

- The diagnosis has to be in accordance with the Borderline Personality (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002),
- Suicidal attempts occurred at least twice (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006),
- Committing suicide within the last 16 weeks or having such thought (Rathus & Miller, 2002),
- No record of medicated treatment (Linehan et al., 2006),
- No other illnesses required for treatment (Linehan et al., 2006),
- Not being a patient of Schizophrenia, Bipolar Disorder, Substance Dependent, or Mental Retardation (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006),
- And being 15-45 years of age.

Characteristics of a therapist

They had to be a psychologist (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 2006; Rathus & Miller, 2002), a clinically psychologist student (Linehan et al., 1991), and a psychiatrist (Linehan et al., 1991). The team of therapists had to be trained or on the job trained of the Dialectical behavior therapy.

2.3 Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy: Two out of nine papers are an A level (Brown et al., 2005) and a B level paper (Raj & Bhide, 2001) each. A ten-session individual therapy of 15 – 60 minutes a week for the period of 2 – 3 months was carried out for each paper and it could be adjustable as appropriate. The therapy comprised 3 phases that the first phase (first three sessions) was to admit the patient, initiated the relationship during the therapy, evaluated the risk of suicide behavior, explained about the cognitive model, initiated and developed the cognitive approach on suicidal attempt, developed the priority setting of problems, and set out the purpose of therapy. The second phase (4th – 7th session) had been the purpose of therapy, whereas the new skills were developed by emphasizing on the change of the

cognitive model and new behaviors, as well as developing specific methods to deal with such model. The last phase (8th – 10th session) was the suicide prevention.

Therapy Outcome

For the behavioral aspects, the repeat of suicidal attempt declined significantly ($p = .049$) (Brown et al., 2005)

For the social mental health, suicidal thoughts declined significantly ($p = .001$) (Raj & Bhide, 2001), depressed condition declined significantly ($p = .046$ and $p = .001$) and hopelessness declined significantly ($p = .001$ and $p = .01$ and) (Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001), anxiety declined significantly ($p = .00$), confidence in problem solving and problem confrontation or avoidance as well as self control significantly enhanced ($p = .001$), defective attitude declined significantly ($p = .00$) and unfriendliness declined significantly ($p = .009$) (Raj & Bhide, 2001).

Characteristics of a patient

A patient had once or twice attempted suicide (Brown et al., 2005; Raj & Bhide, 2001), had attempted suicide within 48 hours (Brown et al., 2005), had attempted suicide by taking an overdose pills or insecticide (Raj & Bhide, 2001), had a feeling of anxiety and depressed condition (less, moderate or severe conditions without mental symptoms) or unusual self-adaptation (Brown et al., 2005), had no physical illnesses to affect the study (Brown et al., 2005), and had been at least 16 years of age.

Characteristics of a therapist

Both papers lack of the therapist details, in the meantime only one paper mentions that the therapy has been the participation of case managers and community's experts (Brown et al., 2005).

2.4 Manual assisted cognitive-behavior therapy: Two out of nine papers involved in applying this therapy to preventing suicide. Both were A level papers (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003), with 2 – 6 session therapy (Evans et al., 1999) and 5 – 7 session therapy (Tyrer et al., 2003), respectively. The number of sessions could be adjustable to the patient's problems, but there were no details on the frequency and length of time for each session. Methods of therapy were a 6 – chapter manual in which the first chapter was the step that the patient related details of his own behavior about self-injury, and then analyzed the linking behaviors and situations

surrounding himself that led him to injure himself. Chapter 2 focused on the problem solving techniques, methods and examples, while chapter 3 surveyed the thoughts and feeling of himself. Chapter 4 was the strategy to encounter the pressure, and chapter 5 provided the knowledge on dangers of addicted substances, meanwhile chapter 6 was the prevention of returning behaviors and the attempts to self-injure.

The therapy began after the therapist distributed the chapter 1 manual to the patient. As for the next chapters, both patient and therapist selected the therapy design from chapters concerning the patient's specific problems. That depended on their consensus to decide which the most important chapter was leading to the suicidal behavior of each patient. During the therapy session, the patient had been trained on the skills he needed, such as the problem solving or the technique for pressure toleration.

Therapy Outcome

For the behavioral aspects, the repeat of self-injury declined non-significantly.

For the social mental health aspects, anxiety declined significantly ($p = .03$) in one papers (Evans et al., 1999), depressed condition declined non-significantly (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003), social role was non-significantly better than that of the control group (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003), hopelessness declined non-significantly (Tyrer et al., 2003), better quality of life although it was non-significant (Tyrer et al., 2003), more positive thinking and less negative thinking although they were non-significant (Tyrer et al., 2003).

For the economic aspects, it occurred that an average cost of the patient reduced at 46 per cent after the experiment (Evans et al., 1999).

Characteristics of a patient

A patient had once injured himself (Tyrer et al., 2003), injured himself at least once within the past 12 months (Evans et al., 1999), had unusual personality that fell into an anti-social group or a shut-in person with unsteady behaviors (Evans et al., 1999), had not been admitted for psychiatric treatment in the hospital (Tyrer et al., 2003), had not been mentally ill or unsteady emotions (Tyrer et al., 2003), had not been initially diagnosed as a drug addicted (Evans et al., 1999; Tyrer et al., 2003), had been 16-50 years of age.

Characteristics of a therapist

From the study of Evans et al. (1999), the therapists were the psychiatrist, the nurse, and the social worker. The therapists should be well-trained to ensure the use of the therapy manual. As for the study of Tyrer et al. (2003), there were no details of professional teams, only mentioned that the therapists should be the ones who were trained for the manual.

Instruments form in the study

Studies of nine research papers were evaluated on the behavioral and social mental health aspects, as well as the economic aspects. Results and materials to be used in the study were the following:

Results on behavioral aspects: a repeat of suicide or self-injury was evaluated by the Suicide Attempt Self-Injury Interview and Para-suicide History Interview (PHI). They evaluated the self-injury behavior in a certain period of time. Besides, there were also the evaluation of events and the patient's self report. Typical symptoms according to the borderline personality were evaluated by the Life Problem Inventory (LPI), whereas the Social Function Questionnaire was used to evaluate the social role.

Results on social mental health aspects: Suicidal thoughts were evaluated by the Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) and the Suicide Behaviors Questionnaire (M.M.L., 1981 cite in Linehan et al., 2006), depressed condition to be evaluated by the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) and Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960), Hopelessness was evaluated by Beck Hopelessness scales (Beck et al., 1974), exhaustion and tension were evaluated by the Profile of Mood States (McNair & Lorr, 1964), self perception to be evaluated by Self-Perception Scale (Miskimins, 1979; Miskimins & Braucht, 1976), problem solving was evaluated by Interpersonal Cognitive Problem Solving (Platt & Spivack, 1977) and Problem Solving Inventory (Heppner & Peterson, 1982).

Perception and responsibility for problems on inter-relationship would be evaluated by Self-Rating Problem-Solving Scale, reason for living was evaluated by the Reasons for Living Inventory and Survival and Coping Scale (Linehan et al., 1983 cited in Linehan et al., 1991) Defective attitude was evaluated by Dysfunctional

Attitude Scale (Weissman & Beck, 1978). Hostility and impulsiveness were evaluated by Checklists to assess hostility and impulsivity, quality of life was evaluated by EuroQol, and the Client Service Receipt Inventory was evaluated the economic outcome.

Recommendations

Study results to be applied to the nursing intervention

As for the nursing science, the studied synthesis on cognitive therapy / cognitive behavior therapy for preventing suicidal reattempts shows that they are therapy designs which could be useful for the psychiatric nurse. Since there are various designs of therapy, selected methods should therefore be practical to apply and produce useful results suitable for characteristics of individual patient. However, the study of techniques and procedures of therapy should be well understood before applying them to the self-injury or suicide attempted patient efficiently.

Analyses of all studies found that the cognitively-based problem-solving therapy could help a patient to identify his own problems, and a patient would have systematic ways to solve or overcome any problems occurred. As a consequence, it enables a patient to encounter difficult situations and at the same time, such skills could be used for future problem-solving. Moreover, it has been the therapy to be easily taught or trained, the time of therapy is short, the therapy itself is economical, and a psychiatric nurse alone could perform (Hickie, 2000 cited in Hatchre, Coggan, Bennett, Sharon, 2004). Research papers revealed that the therapy provided significant results for over a year. It is thus the therapy which could be used for efficient prevention or reduction of the repeated suicidal attempts.

The therapy in the form of Dialectical behavior therapy has been found as a therapy with precise standard. It provides efficient results for a patient with borderline personality disorder in terms of the reduction of suicide behavior, as well as the reduction of depressed condition and hopelessness of a patient. The hospital treatment to be monitored takes as long as 2 years, and the therapy methods are rather complicated and not widely known. However, the disadvantage is that the therapists have to be trained from the experts, and there is not yet any expert in Thailand to train

them in this particular therapy. From the research synthesis, there is not a single nurse who provides such therapy, due to its constraint.

The therapy in the forms of Cognitive therapy / Cognitive behavior therapy enables a patient to deal with his own thinking and adjusts his behavior that led to suicide. Results of therapy could reduce the repeated suicidal attempts significantly, including other results which are key factors for suicide reduction as well. They are suicidal thinking, depressed condition, hopelessness, anxiety, recklessness, and faulty attitudes. The therapy provides efficient results for both 3-month and 18-month periods and distinct steps of therapy with the short period of time. Such therapy could be provided for both teenager and adult whereby a psychiatric nurse could be in charge. This therapy is therefore helping patients to prevent or reduce repeated suicidal attempts efficiently.

The therapy in the form of Manual assisted cognitive behavior therapy could reduce the rates of suicide, frequencies of self-injury, and depressed condition. All of which could be treated efficiently within both 6-month and 1-year duration and could minimize the difficulties of clinical practices and patients' expenses. A nurse could be a therapist, only the methods of therapy have to be equipped with precise manual. Therefore, there is a constraint in applying the therapy since the manual's content including its language, has to be improved to suit the context and culture of patients. However, Manual assisted cognitive-behavior therapy has not yet been developed and applied into practice in Thailand.

Limitation

Details and therapy methods obtained from research works are unclear since these full text research papers are only the works published in foreign journals that summarized contents may not be sufficient.

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง.(2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติทาง เศรษฐกิจในรอบ 1 ปี*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูปงบประมาณ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานอัตราการฆ่าตัวตายปี 49*. สืบค้น เมื่อ ตุลาคม 25, 2550, จาก ,<http://www.dmh.go.th/plan/suicide/sui49.asp>
- จรรยา รัชฎาดี. (2537). *การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามารับดี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา องค์ไผ่ชนิด. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนู ชาติชนานนท์และคณะ. (2541). *ภาวะเครียด กลไกการจัดการกับความเครียด และความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- นิตยา เถลิงกุล ,ชลอ ชูพงษ์ และ มณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542). *ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษาเชิงคุณภาพ*. จันทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.
- นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, กิตติกา กาญจนรัตนกร, และสุพิศ กิตติรัชดา. (2537). *การศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารกรมการแพทย์*, 19 (6), 211-217.
- ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล และ บารมี จรัสสิงห์. (2547). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย*. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- ประยุทธ์ เสรีเถียร, วัชรีย์ อุจะรัตน์, และรัชวัลย์ บุญโถม. (2541). *การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43 (1), 14-20.

- ประเวช ดันติพัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). *การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: พลัสเพรส.
- ประเวช ดันติพัฒน์สกุล. (2541). *ฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: Identify group.
- ประเวศ วะสี. (2535). *บทเรียนจาก 18 พฤษภามหาวิปโยคกับการฟื้นฟูบูรณะชาติบ้านเมือง*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป.
- ไพรัตน์ พุกษาคิณูการ, และปริทรรศ ศิลปกิจ. (2535). ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ถูกฆ่าตัวตายสำเร็จที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2522-2530. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 10(2), 101-112.
- มธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2543). *ความเครียด วิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรกันต์ และจำลอง ดิษขณิช. (2542). *ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช: ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนเชียงใหม่ โรงพิมพ์และศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล. *ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ มิถุนายน 12, 2551 จาก, <http://www.ramamental.com/suicide/prevention.html>
- มาโนช หล่อตระกูล. (2541). แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 67-83.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2542). ฆ่าตัวตายในสังคมไทย: ปัญหาและการป้องกัน. *วารสารคลินิก*, 176 (15), 620-625.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เริดิเอชั่น.
- มาโนช หล่อตระกูล, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ประเวช ดันติพัฒน์สกุล. (2544). แนวทางการรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ใน ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชฐ อุดมรัตน์, (บรรณาธิการ), *แนวทางการดูแลรักษาโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2546). การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2541-2545. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 48(4), 251-258.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.(2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” Clinical Practice Guidelines. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย(6)*18.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). *Management of suicide*. กรุงเทพฯ: บอสโกออฟเซ็ท.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ชันตติลล. (2541). การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 39-55.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวตรี อัยณงค์กรชัย. (2530). ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 5(3), 275-280.
- สุพัตรา สุภาพ. (2534). *สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครั้ว ศาสนา ประเพณี*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2548). *ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายปีการศึกษา 2545*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัจฉรา มุ่งพานิช. (2549). *กรณีศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). *การพยายามฆ่าตัวตาย: จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้งจำกัด.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตสกุล. (2539). พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก: การศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 41(3), 174-183.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรรพรรณ หนูแก้ว. (2541). จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 22-38.
- Adam, K.S. (1990). *Enviromental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior*. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Aguilera, D.C. (1994). *Crisis intervention theory and methodology* (7th ed.) St. Louis: Mosby.
- Barbee, M.A., & Bricker, P. (1996). *Suicide*. In K.M. Fortinash & P.A. Holoday-Worrt (Eds.), *Psychiatric mental health nursing*. U.S.A.: Mosby.

- Beck, A. T. (1967) *Depression :Clinical, experimental, and Theoretical aspect*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International University Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Berk, M.S., Henriques, G.R., Warman, D.M., Brown, G.K. and Beck, T.A. (2004) A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples *Cognitive and Behavioral Practice*. 11, 265-277.
- Black, D.W., & Winokur, G. (1990). *Suicide and psychiatric diagnosis*. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric out patients: A 20 year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371-377.
- Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X, Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.
- Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Ukoumunne, O. C., Jones, V., Thompson, S., et al. on behalf of the POPMACT Group. (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychological Medicine*, 33, 977.
- Coleman, J.C., Butcher, J.N., & Carson, R.C. (1980). *Abnormal psychology and modern life* (6th ed.). U.S.A.: Scott.

- Collins, S. & Cutcliffe, J.R. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10: 175-185.
- Dahlsgaard, K. K., Beck, A. T. & Brown, G. K. (1998). Inadequate response to therapy as a predictor of suicide. *Suicide & life-Threatening Behavior*. 28, 197-204.
- Diekstra, R.F., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior a review of three continents. *World Health Statistic Quarterly*, 46, 52-68.
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., et al. (1999). Manual-assisted cognitive-behavior therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19-25.
- Fawcett, J. Scheftner, W., Clark, D., Kedecker, D., Gibbons, R., Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorder: a controlled prospective study. *American Journal Psychiatry*, 144, 35-40.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Addy, C.L., McKeown, R. E. and Waller, J. L. (1991). Suicidal Behaviors in Young Adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 133, 1005-14.
- Gelso, C. and Fretz, B. (2001). *Counseling Psychology*. (2nd ed.). Orlando: Harcourt College publishers.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway, K., Graham, C. C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323, 135-137.
- Hatchre, S.; Coggan, C.; Bennett, S.; Sharon, C. (2004). *The Efficacy of Aftercare Strategies for Patients who have Attempted Suicide: A Review of Relevant Literatur.e*. Retrieved september 7, 2006, from: <http://www.2.auckland.ac.nz/ua/search.ptml>.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

- 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*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*. 152, 359-366.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R. et al. (1998). Deliberate self harm: systemic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*. 317, 441-447.
- Henriques, G.H., Beck, A.T. and Brown, G.K. (2003). *Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters*. Retrieved February 25, 2007, from: <http://www.sagepub.com/cgi/content/abstract/46/9/1258>.
- Hirschfeld, R., & Russell, J. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine*, 337, 915-919.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, M.A., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., et al. (2006). Two year randomized controlled trial and follow up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.
- Marcinko, D., Pirac, N., Martinae, M., Jakovljevic, M., Mihaljevid, P.A. and Muck, S.D. (2007). Platelet serotonin and serum cholesterol concentrations in suicidal and non-suicidal male patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Research*, 150, 105-108.
- Mckenzie, T. B., & Popkin, M. K. (1990). *Medical illness and suicide*. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington: American Psychiatric Press.

- McLeavey, B. C., Daly, R. J., Ludgate, J. W., & Murray, C. M. (1994). Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide & life- Threatening Behavior*.24, 382-394.
- Moscicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinic of North America*, p. 499-517. Retrieved september 7, 2006, from PubMed database.
- Owens, D., Horrocks, J., House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Prichard, C. (1996). Suicide in the people's republic of China categorized by age and gender: Evidence of the culture on suicide. *Acta Psychiatrica*, 93, 362-367.
- Raj, M. A. J., Kumaraiah, V., & Bhide, A. V. (2001). Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,104, 340-345.
- Rathus, J.H. and Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157.
- Rickeman, B.L., & Houfex, J. F. (1995). Toward on interactional model of suicidal behavior: Cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depress. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 158-168.
- Riley, E. A. & Kneisl, C.R. (1996). *Suicide and self-destructive behavior*. In Wilson, H. S. & Kneisl, C. R. (Eds.) *Psychiatric nursing* (5th ed.). California: Addison-Wesley.
- Rudd, M.D., Joiner, T.E. and Rajab, M.R. (2001). *Treating suicide behavior*. New York: Guilford Press.
- Runeson, B., Beskow, J., & Waren, M. (1996). The suicidal process in suicide among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 9: 35-42.
- Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-Behavioral Problem Solving I The Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide. *British Journal of Psychiatry*.15, 871-876.
- Sanderson, C. J. (2003). *Dialectical Behavior Therapy Frequently Asked Questions*. Retrieved September 21, 2006, from: http://www.mihiteria.com/uploads/60062/files/DBT_FAQ.pdf.

- Schmidtke, A., Bille, B.U., Deleo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crept, P. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristic of suicide attempters during the period 1989-1992, Result of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concept of psychiatric-mental health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Roven Publishers.
- Shirley, Y., Tracie, M. S, Charles, A. S., Carlos, M. G., Andrew, E. S., John, G. G. et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 161, 1296-1298.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lonnquist, J. (2004). Completed Suicide after a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal Psychiatry*, 161, 563 - 564.
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatment after debate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31, 979-988.
- Tryer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm : the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.
- Tryer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., et al. (2004). Differential effects of manual assisted cognitive behaviour therapy (MACT) in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: The POPMACT study. *Journal of personality disorder*, 18, 102-116.
- Van Der Sande, R., Buskevs, E., Alcart, E., Van Der Graaf, Y. & Van Engeland, H. (1997). Psychosocial interactions following suicide attempt: a systemic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 43-50.
- Van Der Sande, R., Van Rooijen L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., Van Der Graaf, Y., et al. (1997). Intensive in patient and community intervention

versus routine care after attempted Suicide. *British Journal of Psychiatry* ,170, 35-41.

Wilson, G.T. (1995). In: Corsini R.J. and Wedding, D. editor. *Current Psychotherapie*. (5th ed.), Itasca, IL: F.E. Peacock.

Wilson, H, & Kneisl, C. (1996). *Psychiatric nursing* (5th ed.). USA: Addison-wesley.

World Health Organization. *Suicide prevention* Retrieved March 8, 2006, from:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Zamekin, A. J., Alter, M. R., Yemini, T. (2001). *Suicide in teenagers Assessment, Management, and Prevention*. Retrieved July 28, 2006, from:
<http://www.jama.com/cgi/search?=suicide>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
- ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์วิธีการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
1. Author	Paul M. Salkovskis, Chris Atha and David Storer	Setting	Leed General Infirmary, UK.	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ (Treatment as usual)
year	1990	Population	ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายอายุ 16-65 ปี ใน Leeds Western Health Authority		กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ และได้รับการบำบัดเพิ่มเติมในเรื่องการแก้ปัญหา (Problem solving) เป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัด 5 session ครั้งละอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในเวลาที่กำหนด คือ
Title	Cognitive-Behavioral Problem Solving in the Treatment Of Patients who Repeatedly Attempt Suicide		Inclusion criteria 1) พยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง 2) เคยได้รับยาดันเสริมในระดับสูง 3) มีคะแนนการทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ Buglass & Horton (1974) อย่างน้อย 4-6 คะแนน ต้องการอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ		Session ที่ 1 หลังการพยายามฆ่าตัวตาย ให้ผู้ป่วยแยกแยะปัญหา Session ที่ 2 3 วันหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จัดเตรียมลำดับการแก้ปัญหา Session ที่ 3 1 สัปดาห์หลังการพยายามฆ่าตัวตาย สอนให้ผู้ป่วยหา แนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ หลากๆแนวทาง Session ที่ 4 2 สัปดาห์หลังการพยายามฆ่าตัวตาย ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เป็นไป "ได้" ที่สามารถจะบรรลุเป้าหมายได้ Session ที่ 5 1 เดือนหลังการพยายามฆ่าตัวตาย ลงมือทำ (แก้ไข้ปัญหา) และติดตามความสำเร็จ โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน ให้การบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย (4 ราย ได้รับการดูแลที่บ้านของผู้ป่วย อีก 8 ราย เริ่มให้การบำบัดในหอผู้ป่วยที่ฆ่าตัวต้อวฤกฤติ 24 ชม.แรก และบำบัดต่อจนเสร็จสิ้นที่บ้านของผู้ป่วย)
Objective	เพื่อศึกษาผลการรักษาโดยการจัดการกับปัญหาด้วยพื้นฐานการตระหนักรู้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ	Sample size	20 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 12 คน และ กลุ่มควบคุม 8 คน		
Design	RCT				
Level	A				

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures & Data collection 1).ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมิน โดย The Beck Suicidal Ideation scale(1979) scaleที่ 1 (ทัศนคติ เรื่องการอยากมีชีวิตอยู่หรือการตาย) และscaleที่ 2 (ความคิดอยากฆ่าตัวตาย) 2).การจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาของผู้ป่วย ประเมิน โดย The Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRST; Mulhall, 1977) จัดเลือกสามอันดับแรกมาพิจารณา 3).ภาวะซึมเศร้า ความกระตือรือร้นของความวิตกกังวล ความตึงเครียด ความอ่อนล้า ประเมิน โดย ตัวผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน The Profile of Mood States (POMS; McNair & Lee, 1964) 4). ภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดย The Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al, (1961) 5).ความสิ้นหวัง ประเมิน โดย The Hopelessness scale (Beck et al, 1974b) ทั้งหมดประเมินก่อนให้การบำบัด และ 1 ปีหลังให้การบำบัด 6). การทำร้ายตนเองซ้ำ โดยประเมินจาก อุบัติการณ์ 6 เดือนหลังจากการพยายามฆ่าตัวตาย	1).ความคิดฆ่าตัวตาย The Beck Suicidal Ideation scale scale ที่ 1 ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง scale ที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.025$) 2).การจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาของผู้ป่วย จาก PQRST ปัญหาที่ 1 ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ปัญหาที่ 2 ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ปัญหาที่ 3 ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) 3).ภาวะซึมเศร้า ความกระตือรือร้นของความวิตกกังวล ความตึงเครียด ความอ่อนล้า (POMS) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตึงเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อ
ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		4. ภาวะซึมเศร้า The Beck Depression Inventory กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .005$) 5. ความสิ้นหวัง The Hopelessness scale กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) 6. การทำร้ายตนเองซ้ำ การพยายามทำร้ายตนเองในรอบ 6 เดือน กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .049$) (3 รายในกลุ่มทดลอง และ 4 รายในกลุ่มควบคุม) Implication การบำบัดโดยใช้ Cognitive-Behavior Problem solving 5 sessions session ละอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 เดือนสามารถป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ โดยสามารถลดความคิดฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง, การจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาดีขึ้น และลดการพยายามทำร้ายตนเองซ้ำได้ ซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงที่มีต่อการพยายามฆ่าตัวตายลดลงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design n/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
2.	Author	McLeavey, B. C., Daly, R. J., Ludgate, J. W. & Murray, C. M	Casualty Department of Cork Regional Hospital	Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดโดย Interpersonal problem-solving skill training จำนวน 5 sessions เป็น การบำบัดรายบุคคลและมีการกำหนดการบ้านให้ผู้ บัวย เป็นเวลา 5 สัปดาห์ๆละครั้งละ 60 นาที ขึ้นตอนการบำบัด Session ที่ 1 เริ่มภายใน 2 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและนัดแนะนัดเกี่ยวกับการ บำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา Session ที่ 2 สำรวจและกำหนดปัญหา Session ที่ 3 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่าง กว้างๆ Session ที่ 4 จัดขึ้นเพื่อวิธีการแก้ปัญหา Session ที่ 5 ดำเนินการแก้ไข้ปัญหา และติดตามผล ในแต่ละ session มีการใช้สัมพันธภาพบำบัด ระหว่างบุคคล เช่น การใช้เทคนิคการสะท้อน, การ ใช้ตัวแบบ, การแสดงบทบาทสมมติ และการให้ กำลังใจ
	Year	1994	Inclusion criteria 1. อายุระหว่าง 15-45ปี 2. ไม่มีประวัติโรคจิต, ปัญญาอ่อน หรือ ระบบ ความคิดเสียหยา 3. กินสารพิษฆ่าตัวตาย 4. ไม่ใช่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลจากสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต		
	Title	Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients	Setting Population Sample size 39 คน แบ่งเข้ากลุ่มโดยการสุ่ม กลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน		
	Design	RCT	Outcome measures & Data collection 1. การกินสารพิษฆ่าตัวตายซ้ำ ประเมิน 1 ปีหลังเริ่มทดลอง 2. Interpersonal Cognitive Problem Solving - Means- Ends Problem-Solving (MEPS)จะใช้ เรื่งราวบางส่วนที่สำคัญ ประเมินค่าเฉลี่ยทาง ความคิดด้านสังคม โดยดูจากความเหมาะสม และ ประสิทธิภาพที่จะทำให้ถึงจุดหมาย มี 8 เรื่อง ประเมินก่อนทดลอง 4 เรื่อง และหลังทดลอง		
	Level	A			

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	4 เรื่องจะใช้ค่าเฉลี่ยของ 4 เรื่อง ก่อนและหลังทดลอง เป็นคะแนนของแต่ละคน -The Optional Thinking Test ต้องการให้ผู้ป่วย คิดค้นหาหนทางแก้ปัญหาที่ขึ้นไปได้ในชีวิตจริง โดยใช้ 2 ปีปัญหาต่อการทดลอง และ 2 ปีปัญหาหลังการทดลอง - The Awareness of Consequences Test เป็นแบบทดสอบการประเมินแนวโน้มต่อ a. การพิจารณาความเป็นไปได้ของการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสิ่งดึงดูด และ b. พิจารณา ข้อดีและข้อเสียของการตัดสินใจ คะแนนของทั้ง 2 เหตุการณ์รวมกัน ประเมินหลังเริ่มการทดลอง 2-3 สัปดาห์ 3.ทัศนคติ และความรู้สึกชอบต่อปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนเอง ประเมินโดย Self- Rating Problem-Solving Scale (SRPS Scale) ประเมินหลังเริ่มการทดลอง 2-3 สัปดาห์ และระยะติดตาม 6 เดือน หลังทดลอง 4. ทัศนคติต่อตนเอง ประเมินโดย Self-Perception Scale ใน version ของ Miskimins Self-Goal-Other Discrepancy (MSGO-Miskimins, 1997)	กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการบำบัดด้วย Brief problem solving ซึ่งการบำบัดคล้ายกับกลุ่มทดลองแต่ไม่มีการฝึกทักษะของการใช้สัมพันธภาพบำบัด ผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ทำงาน ในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล Cork Regional และมีประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการประเมินและรักษาผู้ป่วยกินสารพิษ ก่อนการบำบัด คะแนนเฉลี่ยของทุกแบบประเมินทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน หลังการบำบัด 1. การกินสารพิษฆ่าตัวตายซ้ำ การกินสารพิษฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปีในกลุ่มทดลองมี 10.5% และกลุ่มควบคุมมี 25% 2. Interpersonal Cognitive Problem Solving กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน MEPS, Optional Thinking และ Awareness of Consequences ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 3 สัปดาห์ 3. ทัศนคติ และความรู้สึกชอบต่อปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลของตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน SRPS ที่ขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ระยะติดตาม 6 เดือนหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective / Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ประเมินหลังเริ่มการทดลอง 2-3 สัปดาห์ และระยะติดตาม 6 เดือน หลังทดลอง 5. Problems Questionnaire เป็นการสอบถามที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วย ประกอบด้วย - จำนวนของปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลอง และการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาซึ่งประเมินโดยให้ผู้ผู้ป่วยเป็นคนให้คะแนน มี 5 ระดับคะแนนที่ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากลำบากต่อการแก้ปัญหา นั้นๆ ประเมินหลังเริ่มการทดลอง 2-3 สัปดาห์ 6. ความสิ้นหวัง ประเมินโดย Hopelessness Scale (Beck et al., 1974) ประเมินหลังเริ่มการทดลอง 2-3 สัปดาห์ และระยะติดตาม 6 เดือน หลังทดลอง	4. พัฒนคติต่อตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน Self-Perception Scale สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ที่ระยะติดตาม 6 เดือน หลังการทดลอง 5. Problems Questionnaire - จำนวนของปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลอง จากก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน แต่การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ 6. ความสิ้นหวัง ทั้ง 2 กลุ่มมีความสิ้นหวังลดลงโดยกลุ่มบำบัด มีคะแนนความสิ้นหวังน้อย กว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ และ ระยะติดตาม 6 เดือน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การบำบัดโดย Problem-Solving Therapy โดยมีการใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลร่วมด้วย สามารถช่วยลดอัตราการกินสารพิษเพื่อฆ่าตัวตายลงได้ ช่วยให้มีความมั่นใจต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทัศนคติต่อตนเอง ดีขึ้น รวมถึงมีความสิ้นหวังลดลง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
					มากกว่า การบำบัดโดย Problem-Solving Therapy เพียงอย่างเดียว จึงจะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้
3. Author	Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L.	Setting Population	Seattle, USA. ผู้ป่วยหญิงที่ทำร้ายตนเองเรื้อรังที่ถูกส่งต่อจากคลินิก ประเมิน โดย Diagnostic Interview for Borderlines และ Parasuicide History Interview (PHI)	Intervention	กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาแบบปกติ (Treatment as Usual) กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัด โดย Dialectical Behavior Therapy การบำบัดประกอบด้วย การบำบัดรายบุคคล และกลุ่มบำบัด เป็นเวลา 1 ปี
Year	1991				การบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง เป็นการแนะนำโครงสร้างของการบำบัดแต่ละ session ตามลำดับ เริ่มจากเป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิต, พฤติกรรมรวมรวมการรักษา, พฤติกรรมที่รวมรวมต่อกลุ่ม และการนำทักษะที่ได้รับทักษะที่จะได้รับการฝึกในการบำบัดกลุ่ม และการนำทักษะที่ได้รับ
Title	Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients.		Inclusion criteria 1. มีคะแนนอย่างน้อย 7 จาก 10 ใน Diagnostic Interview for Borderlines และอยู่ใน DSM-III criteria for Borderlines Personality Disorder		การศึกษานี้ประยุกต์ใช้รวมถึงการแก้ไขปัญหามือที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยบำบัดในระหว่าง session ได้
Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ Cognitive-behavior therapy (Dialectical behavior therapy)		2. มีการทำรายตนเองอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา โดยครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. ไม่เป็นผู้ป่วย Schizophrenia, Bipolar Disorder, Substance Dependent, or Mental Retardation ประเมิน โดย Schizophrenia		ผู้ป่วยรายบุคคล คือ นักจิตวิทยา 5 คน, นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก post intern 1 คน และจิตแพทย์ 1 คน
Design	RCT				การบำบัดกลุ่ม พบกันสัปดาห์ละครั้งๆละ 2 ชั่วโมง 30 นาที
Level	A				เป้าหมายของการบำบัดเพื่อพัฒนา ทักษะด้านพฤติกรรมดังนี้ 1. ทักษะในการมีสติ หรือสมาธิ (Mindfulness Skill) เพิ่มความรู้ในเหตุการณ์, อารมณ์, พฤติกรรม และเรียนรู้ว่าจะทำอะไรต่อสิ่งเหล่านี้ ทำ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	The Schizophrenia and Substance Abuse subsection of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule 4. มีอายุระหว่าง 18-45 ปี 5. อินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยเขียนยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร Sample size ผู้ป่วย 44 คน แบ่งโดยการสุ่มเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน Outcome measures & Data collection 1. Parasuicide behavior (ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองซ้ำ)ประเมินโดย Para-suicide History Interview (PHI)เป็นการวัดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในช่วงเวลาที่กำหนด 2. Maintenance in Therapy คือการทำ Individual Therapy ครบ และมีการใช้ผู้บำบัดคนเดิม 3. Psychiatric Inpatient Treatment อัตราการ	2. ทัก อย่างไว้กับรักษาและทำที่ที่ไม่สมเหตุผล 2. ทักยะระหว่างบุคคล ทักยะนี้เป็นการเรียนรู้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง 3. ทัก 3. ทักยะในการอดทนต่อภาวะคับขัน เพิ่มความสามารถในความอดทนและการอยู่รอดในวิกฤตการณ์ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต 4. ทักยะในการควบคุมอารมณ์ ทักยะนี้เกี่ยวกับความเข้าใจในอารมณ์ เรียนรู้การลดอารมณ์ที่อ่อนไหวและลดอารมณ์ทุกข์ทรมาน กลยุทธ์ของการบำบัดแบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เป้าหมายที่ 1 ลดและกำจัดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิต(เช่น การพยายามฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตาย การตั้งใจทำร้ายตนเอง) เป้าหมายที่ 2 ลด และกำจัดพฤติกรรมที่รับกวนการบำบัด(เช่นความอ่อนล้า, ทำการบ้านเสร็จเป็นครั้งคราว, ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้บำบัด) เป้าหมายที่ 3 ลดพฤติกรรมที่ทำลายคุณภาพชีวิต (เช่น ซึมเศร้า, หวาดกลัว, ไม่สนใจงานหรือเรียนหนังสือ)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Admitted และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 4. ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดย The Beck Depression Inventory 5. ความสิ้นหวัง ประเมิน โดย The Beck Hopelessness Scale 6. เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ ประเมิน โดย The Reasons for Living Inventory, Survival and Coping Scale 7. ความคิดฆ่าตัวตาย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเอง โดยใช้ Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979) ทั้งหมดประเมินก่อนเริ่มทำ Intervention และ 4 เดือน, 8 เดือน, 12 เดือนหลังเริ่มทำ Intervention	เป้าหมายที่ 4 เรียนรู้ทักษะ - ความสนใจ สนใจ เหตุการณ์รอบนอกหรือชีวิตติดกับอดีต เรียนรู้ว่าจะไรทำให้รู้สึกดีหรือไม่ดี - เริ่มสัมผัสสภาพใหม่ๆ หยุคความสัมพันธ์ที่ไม่ดี - เข้าใจอารมณ์แล้วคืออะไร จะปฏิบัติอย่างไร - อดทนต่อความเจ็บปวด โดยไม่ทำร้ายตนเอง ระยะ ที่ 2 เน้นที่การลดความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้นหลังเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา ระยะ ที่ 3 การเพิ่มคุณค่าในตัวเอง เป้าหมายของการบำบัดคือช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเชื่อมั่นในตัวเอง, ใช้ความคิดของตัวเอง, เคารพในความคิดเห็นของตัวเอง และชักจูงผู้ป่วยแต่ละคนไปสู่เป้าหมายระยะ ที่ 4 ความสามารถในการรู้สึกลึกซึ้งต่อการดำรงชีวิตอยู่ ผู้บำบัดประกอบด้วย ทีมนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์, ผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกหัด และจิตแพทย์คลินิก ก่อนการบำบัด ไม่พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ในเรื่อง lifetime parasuicide, การเข้ารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาล, ภาวะซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง,
		Results

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		ความคิดฆ่าตัวตาย, เหตุผลในการมีชีวิตอยู่, อายุ, อาชีพ, สถานภาพสมรส หลังการบำบัด 1)Parasuicide behavior กลุ่มทดลองมีการทำร้ายตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในเดือนที่ 0-4 และ เดือนที่ 8-12 2.) Maintenance in Therapy พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มทดลอง คือผู้ที่ผ่านการทำ Individual Therapy มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .003$) และมีอัตราการใช้ยาบำบัดตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะอยู่ในการบำบัดนานกว่ากลุ่มควบคุม 3) Psychiatric Inpatient Treatment พบว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีอัตราการAdmitted ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในช่วงเดือน0-4 และ $p < .01$ ในช่วงเดือนที่ 8-12 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง =8.4 วัน/ปี และกลุ่มควบคุม = 38.86 วัน/ปี

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		4) ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 5) ความสิ้นหวังในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 6) เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 7) ความคิดฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การบำบัด โดย Dialectical Behavior Therapy ซึ่งเป็นกรบำบัดรายบุคคลควบคู่กับการบำบัดกลุ่มเป็นเวลา 1 ปี ช่วยให้มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองลดลง, ลดการเข้ารับการรักษา และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง และยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย ได้ อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง รวมถึงมีเหตุผลในการมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นด้วย
		Implication

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
4.		Montefiore Medical Center/ Albert Einstein College of Medicine (Bronx, New York)		Intervention	
Author	Rathus, J. H., & Miller, A. L.				กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy บำบัดร่วมกันแบบรายบุคคล และกลุ่มบำบัดที่ให้ครอบครัวเข้าร่วมด้วยเป็นเวลา 12 สัปดาห์โดยทำควบคู่กันไป
Year	2002	ผู้ป่วยนอกวัยรุ่นที่เข้าโปรแกรม Adolescent Depression and Suicide Program (ADSP)			การบำบัดรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 45-60 นาที ผู้บำบัดแนะนำโครงสร้างของการบำบัดแต่ละ session
Title	Dialectical Behavior Therapy Adapted for suicidal Adolescents	Inclusion criteria			ตามลำดับ เริ่มจากเป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิต, พฤติกรรมรบกวนการรักษา, พฤติกรรมที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิต และการสน ใจต่อทักษะที่จะได้รับการฝึก ในการบำบัดกลุ่ม และการนำทักษะที่ได้รับการฝึกมาประยุกต์ใช้ ให้ผู้ปกครองหรือสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมในการบำบัดรายบุคคลใน session ที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับครอบครัว
Objective	เพื่อทดสอบผลของ Dialectical Behavior Therapy (DBT) ต่อการลด การพยายามฆ่าตัวตาย, การนอน โรงพยาบาลและอัตรา การบำบัดจนครบโปรแกรม	2. ผู้รับการวินิจฉัยว่า Borderline Personality disorder หรือมีอย่างน้อย 3 ลักษณะสำคัญของ Borderline Personality (ซึ่งวัดโดย SCID-II)			กลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง- 2 ชั่วโมง 30 นาที
Design	Quasi-experimental	111 คน แบ่งโดยคัดเลือกเข้ากลุ่ม			โดยให้ครอบครัวร่วมการฝึกทักษะกลุ่มด้วย เพื่อสอนให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่เลี้ยง ในการปรับปรุงเรื่องการสูญเสียหน้าที่ของวัยรุ่น การเข้าถึงสิ่งแวดล้อมในบ้าน ไม่ได้ช่วยค้นหาพื้นที่ของครอบครัวที่เสียไปที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย, การทำร้ายตนเอง และการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น
Level	B	กลุ่มควบคุม เข้า criteria ชื่อ 1 หรือ 2 เพียงชื่อเดียวมีจำนวน 82 คน			

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures & Data collection 1. ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดย Beck Depression Inventory (BDI) ประเมินก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม 2. อาการทั่วไปของ borderline personality ประเมิน โดย Life Problem Inventory (LPI) ประเมินก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง ประเมินอีกครั้ง 12 สัปดาห์หลังการทดลอง 3. ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมิน โดย The Scale for Suicide idea (SSI) ประเมินก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลองประเมินอีกครั้ง 12 สัปดาห์หลังการทดลอง 4.อาการทางจิตทั่วไป ประเมินโดย Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90) ประเมินก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง ประเมินอีกครั้ง 12 สัปดาห์หลังการทดลอง 5. Number of Psychiatric Hospitalizations during Treatment 6. Number of Suicide Attempts during Treatment 7. Treatment Completion Rate	การฝึกทักษะกลุ่มประกอบด้วย 4 ส่วนคือ I.1 ทักษะในสติ หรือสมาธิ I.2 ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ I.3 ทักษะในการควบคุมอารมณ์ I.4 ทักษะในการอดทนต่อภาวะคับขัน มีการจัดทำเอกสาร โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายช่วยในการฝึกทักษะให้กับผู้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้เนื้อหาใน 12 สัปดาห์ ผู้บำบัดคือ นักจิตวิทยาในระดับปริญญาเอกที่รับการฝึกการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy กับ Dr. Linehan และนักจิตวิทยาในระดับก่อนปริญญาเอกที่ได้รับการควบคุมจากนักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกและได้รับการรับรอง กลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อการฝึกผู้ป่วยรายบุคคลและครอบครัว เช่นกัน การบำบัดรายบุคคล ผู้บำบัดจะมีการทำ Psychodynamic หรือ Supportive Approach โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาฉุกเฉิน การบำบัดจะประกอบด้วย การสร้างพัฒนาตนเองเฉพาะส่วนบุคคล ความเป็นเอกเทศ ความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของวัยรุ่น และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome	Intervention/ Results/ Implication
		กลุ่มบำบัด ให้การบำบัดแบบ family therapy ให้ Psycho education ที่เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้บำบัดคือ นักจิตวิทยาในระดับก่อนปริญญาเอกที่ได้รับการฝึก และควบคุมจากนักจิตวิทยา ในเรื่อง Psychodynamic, family therapy และ ในเรื่องระบบครอบครัวจากนักสังคมสงเคราะห์ 1.ภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) 2.อาการทั่วไปของ borderline personality ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการของ Borderline Personality symptoms มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$) หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีอาการของ Borderline Personality symptoms ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 3.ความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .10$) หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		4. อาการทางจิตทั่วไป หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง -อาการทางจิตทั่วไปโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - Positive Symptom Distress Index ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - Obsessive Compulsive ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - Interpersonal Sensitivity ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - Depression ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - Anxiety ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 5. Number of Psychiatric Hospitalizations during Treatment กลุ่มควบคุมมีการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หน่วยจิตเวช มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) 6. Number of Suicide Attempts during Treatment ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายในระหว่างการบำบัด 7. Treatment Completion Rate ในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยอยู่ครบ โปรแกรมการบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
			Implication	
5. Author Year Title	Linehan et al. 2006 Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder	ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล University of Washington Human Subjects Division และ ศูนย์ศึกษาปฏิบัติในชุมชน เพศหญิง อายุระหว่าง 18-45 ปี Inclusion criteria 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BPD 2. มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้งหรือทำร้ายตนเองในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และอย่างน้อย 1 ครั้งใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. ต้องลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา Exclusion criteria 1. เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia, schizoaffective disorder,		การบำบัดโดย Dialectical Behavior Therapy สำหรับวัยรุ่นเป็น ระยะเวลา 12 สัปดาห์สามารถลด ความคิดฆ่าตัวตาย, ลดอาการ ของ borderline personality และอาการทางจิตทั่วไปในกลุ่ม ทดลองได้ รวมถึงลดการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ลงได้ นอกจากนี้ยังมีอัตราการรับการรักษาบำบัดจนครบโปรแกรมใน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วย Dialectical behavior therapy เป็นเวลา 12 เดือน การบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ (1) การทำจิตบำบัดรายสัปดาห์กลุ่ม 2 ชม. ครั้งต่อสัปดาห์ (2) มีการฝึกทักษะรายกลุ่ม 2 ชม. ครั้งต่อสัปดาห์ (3) มีการให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ (ถ้าจำเป็น) (4) ทีมผู้บำบัดจะมีการประชุมปรึกษากันสัปดาห์ละครั้ง (เพื่อ กระตุ้นแรงจูงใจของผู้บำบัดและพัฒนาทักษะที่จำเป็น ผู้บำบัด= คัดเลือกนักจิตบำบัดมา 16 คนซึ่งมีสมรรถนะพอที่จะ ทำ DBT ได้ โดย 8 คนไม่เคยทำ DBT มาก่อนกับอีก 8 คนที่มี ประสบการณ์บ้าง ทั้งหมดจะได้รับการอบรม 45 ชั่วโมง กลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการบำบัด 1 ปี ให้การรักษาดม มาตรฐานอย่างที่เคยเป็น เพิ่มเดิมตรงที่ผู้บำบัดในกลุ่ม ควบคุม ถูกคัดเลือกและควบคุมโดยคณะผู้วิจัย

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดโดย Dialectical Behavior Therapy เปรียบเทียบกับ การบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้การบำบัดตามปกติ	bipolar disorder, psychotic disorder not otherwise specified, หรือ mental retardation; 2. มีประวัติชักที่ต้องใช้ยารักษา 3. ถูกบังคับรักษา 4. มีอาการป่วยอื่นๆที่ต้องการการดูแล	ในเรื่องของความเชื่อทางจิตเวช ผู้บำบัดถูกแนะนำโดยหัวหน้าทีมจิตเวชชุมชน ซึ่งรวมถึงทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยในจิตเวชและผู้อำนวยการทางคลินิกของตัวแทนด้านสุขภาพจิต ผู้ซึ่งระบุชื่อผู้บำบัดที่เชื่อได้ว่ามีความสามารถ เนื่องจากสาระของการบำบัดที่จัดให้โดยผู้บำบัดในกลุ่มควบคุมไม่ได้ถูกกำหนดโดยผู้วิจัยหรือมีการแทรกแซงใดๆ ผู้บำบัดสามารถให้การบำบัดอย่างที่เขาเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งเป็นรายบุคคล การบำบัดเสริมอื่นๆสามารถทำได้ตามต้องการ
Design	RCT	101 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์	
Level	A	กลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มควบคุม 49 คน	
		Outcome measures & Data collection	Results
		1. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประเมินโดย The Suicide Attempt Self-Injury Interview 2. การใช้บริการแผนฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิต ประเมิน โดย The Treatment History Interview 3. ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินโดย The Suicide Behaviors Questionnaire 4. เหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ ประเมินโดย The Reasons for Living Inventory 5. ความรุนแรงของการซึมเศร้าประเมินโดย Hamilton Rating Scale for Depression-17 Item	1. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก่อนการทดลอง จำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ช่วงปีที่ทำการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .04$) และตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่า กลุ่ม ทดลองมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียงครึ่งหนึ่งของกลุ่มควบคุม ($P = .005$) 2. การใช้บริการแผนฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิต ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ทุกตัวแปรประเมินก่อนจัดเข้ากลุ่มและทุก 4 เดือนระหว่างทำการทดลองและติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี	การใช้บริการแผนฉุกเฉินตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่า กลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .04$) การเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิตตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่า กลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .007$) 3. ความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันหลังทดลอง ตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 4. เหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 5. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
			Implication
		ตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีความรุนแรงของการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)	การบำบัดด้วยวิธี Dialectical behavior therapy สามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย, การใช้บริการการช่วยเหลือภาวะวิกฤติหรือการ Admitted โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้มากกว่าการทำจิตบำบัดทั่วไปโดยผู้เชี่ยวชาญนอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย, ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความมีเหตุผลที่จะมีชีวิตของผู้ป่วย Borderline Personality Disorder ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
6.		Setting	Population	Intervention	
Author	Raj M, A. J., Kumaraiah, V. & Bhide, A. V.	St Martha's General Hospital in Bangalore	ผู้ป่วยจิตเวชที่รายงานตนเองแผนกผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล St Martha's ใน Bangalore	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วย cognitive-behavior therapy 10 sessions	
Year	2001		Inclusion criteria	Session ละ 15-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2-3 เดือนซึ่งขึ้นอยู่กับ ได้รับความเหมาะสม	
Title	Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm		1. ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 โดย การรับประทานยาเกินขนาดหรือยาฆ่าแมลง	ขั้นตอนในการบำบัด	
Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดด้วย cognitive-behaviour therapy ในการจัดการกับผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง		2. อายุระหว่าง 16-50 ปี	ขั้นตอนแรก (session 1-3)	
Design	Quasi-experimental		3. มีความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า(เล็กน้อย), ปานกลาง หรือรุนแรงโดยไม่มีอาการทางจิต) หรือมีการปรับตัวผิดปกติ	เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพในการรักษา ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย อธิบายรูปแบบการรักษา และระบุเป้าหมายในการรักษา	
Level	B		Exclusion criteria	ขั้นตอนที่ 2 (session 4-7)	
			1. ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 20 คะแนนจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE)	เป็นขั้นตอนการพัฒนาทักษะต่างๆ การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) และพฤติกรรม (behavioral strategies) เช่นการจัดการตารางกิจกรรมต่างๆ (Scheduling activities) การจัดกิจกรรมจากง่ายไปยาก (Graded task assignment) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีการมอบหมายการบ้าน	
			2. เป็น psychosis, dysthymia, bipolar affective disorder, obsessive compulsive disorder, eating disorder, ดิสดูรา หรือใช้ยาเสพติด, บุคลิกภาพแปรปรวน (paranoid, schizoid, dissocial, emotionally unstable หรือ histrionic	ขั้นตอนที่ 3 (session 8-10)	
				กลยุทธการป้องกัน และการเตรียมตัวสำหรับอนาคต	
				กลุ่มควบคุม Routine medical treatment	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/ Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
	Sample size		Results	
	จำนวน 40 คนถูกเลือกเข้าร่วมวิจัยโดยการแบ่งเข้า กลุ่มแบบต่อเนื่องกัน (คนที่ 1 เข้ากลุ่มทดลอง คนที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุม...) กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน		1.ความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)	
	Outcome measures & Data collection	1. ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมิน โดย Scale for Suicide Ideation (SSI: Beck et al., 1979) 2.ความสิ้นหวัง ประเมิน โดย Beck Hopelessness Scale 3. ทักษะการแก้ปัญหา ประเมิน โดยDysfunctional Attitude Scale (DAS) 4. การเผชิญปัญหา ประเมิน โดย Problem Solving Inventory (PSI) 5. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดย Hospital Anxiety and Depression Scale 6. .ความไม่เป็นมิตรและความรุนแรง ประเมิน โดย Checklists to assess hostility and impulsivity ทั้งหมดประเมินก่อนการทดลองและเดือนที่ 3 หลังเริ่มการทดลอง	2.ความสิ้นหวัง - ความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต ก่อนการทดลอง กลุ่มการทดลองมี คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .07$) - การขาดแรงจูงใจ ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการขาดแรงจูงใจน้อยกว่า ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) - ความคาดหวังในอนาคต ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน 3. ทักษะการแก้ปัญหา ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาที่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		4. การแก้ไข้ปัญหา - ความมั่นใจในการแก้ไข้ปัญหา ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการแก้ไข้ปัญหาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) - การเผชิญ-หลีกเลี่ยงปัญหา ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญ-หลีกเลี่ยงปัญหาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) - การควบคุมตนเอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) 5.1 ความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		5.2 ภาวะซึมเศร้า	Implication
		ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) 6. ความไม่เป็นมิตร ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความไม่เป็นมิตรน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ความรุนแรงหันหลัง ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงหันหลัง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .055$) การบำบัด โดย Cognitive-Behavior Therapy ในผู้ตั้งใจทำ ร้ายตนเอง สามารถลดความคิดฆ่าตัวตาย ,ความสิ้นหวัง, ทัศนคติที่บิดเบือน , ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความ ไม่เป็นมิตรลงได้ และยังช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา อีกด้วยซึ่งน่าจะส่งผลถึงการป้องกันการทำร้ายตนเอง และ การฆ่าตัวตายลงได้	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
7.					
Author	Brown et al.	Setting	แผนกฉุกเฉิน ของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Pennsylvania, Philadelphia	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลแบบปกติ (usual care)
Year	2005	Population	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือและประเมินทางจิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุการณ์		กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลแบบปกติ และให้การบำบัดรายบุคคลแบบ Cognitive Therapy ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยเฉพาะเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ 10 sessions สัปดาห์ละครั้ง หรือ 2 สัปดาห์ต่อครั้งตามความเหมาะสมและระยะเวลาในการบำบัดสามารถยืดหยุ่นได้
Title	Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts		Inclusion criteria		การบำบัด 10 sessions แบ่งออกเป็น 3 ระยะ
Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Cognitive Therapy 10 sessions ซึ่งออกแบบมาเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ใหญ๋		-มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 48 ชั่วโมง -ประเมินที่แผนกฉุกเฉิน -อายุ 16 ปีขึ้นไป -สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ -สามารถประเมิน baseline ได้ครบ -สามารถที่จะให้ติดต่อกับญาติได้อย่างน้อย 2 คน -ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา	ระยะแรก (session ที่ 1-3)	เป้าหมายของการบำบัด ได้แก่ การ นำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดประเมินผู้ป่วยในความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับรูปแบบกระบวนการคิด/รับรู้ (cognitive model) ในเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย พัฒนาการจัดลำดับปัญหา และวางเป้าหมายของการบำบัด
Design	RCT	Exclusion criteria	-มีโรคทางกายที่มีผลต่อการเข้าร่วมการศึกษา	ระยะกลาง (session ที่ 4-7)	ระยะกลางของการบำบัดเป็นการเน้นที่การพัฒนาทักษะใหม่สำหรับตอบสนองต่อสถานการณ์ความเศร้า โศกเสียใจ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของกระบวนการคิดและพฤติกรรมใหม่ การบำบัดจะเน้นไปที่ความเชื่อส่วนบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยายามทำร้ายตนเอง และพัฒนาวิธีการเฉพาะเพื่อที่จะจัดการกับความคิดนั้น
Level	A	Sample size	120คนแบ่ง โดยการสุ่มทางคอมพิวเตอร์ กลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มควบคุม 60 คน		

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	1. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประเมินโดย Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 2. ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดย Beck Depression Inventory score 3. ความสิ้นหวัง ประเมินโดย Beck Hopelessness scale 4. ความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินโดย Scale for Suicide Ideation ทั้งหมดประเมินก่อนเริ่มการบำบัด และ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 12 เดือน, 18 เดือน หลังเริ่มบำบัด 5. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ประเมินจาก อุบัติการณ์ ประเมินที่ 18 เดือนหลังให้การบำบัด	ระยะสุดท้าย (session 8-10) เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับความวิตกกังวลที่ร้ายตนเอง 1. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทุกช่วงเวลา 2. ภาวะซึมเศร้าจาก Beck Depression Inventory score พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$) ในรอบการประเมินที่ 6 เดือน, ($p = .009$) ในรอบ 12 เดือน และ ($p = .046$) ในรอบ 18 เดือน 3. ความสิ้นหวังในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่การประเมินครบ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .045$) 4. ความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม 5. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จากการประเมินครบ 18 เดือน กลุ่มทดลองมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) (กลุ่มทดลองมีการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 41.6)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
			Implication	
8. Author Year Title	Evans et al. 1999 Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self harm	Setting The Paterson Centre for Mental Health in Paddington และ The Carlyle Unit at Chelsea and Westminster Hospital, Chelsea Population ผู้ป่วย ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง Inclusion criteria 1. อายุระหว่าง 16-50 ปี 2. มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคม, อารมณ์ไม่คงที่ 3. การทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 12 เดือน ที่ผ่านมา Exclusion criteria มีการวินิจฉัยตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคทางกาย, ติด สุราหรือยาเสพติด หรือเป็นจิตเภท		ผลของการทำ Cognitive Therapy 10 sessions 1 สัปดาห์ หรือ 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้งตามความเหมาะสม สามารถ ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ลดภาวะซึมเศร้า และความสิ้น หวังลงได้ จึงจะนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัว ตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้ กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดรายบุคคลโดยใช้หนังสือคู่มือ การบำบัดด้วย Cognitive-behavior therapy มีจำนวน 6 บท ใช้เวลา 2-6 sessions ประกอบด้วย บทที่ 1 ขั้นตอนต่างๆของแต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำ ร้ายตนเอง -รายละเอียด และวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ เชื่อมโยง และสถานการณ์แวดล้อมรอบๆตัวที่นำไปสู่ พฤติกรรมการจู่ใจทำร้ายตนเอง - ปฏิบัติตอบสนองจากคนอื่น - บอกใครหรือไม่ และเพราะอะไร - ข้อดี-ข้อเสียของการทำร้ายตนเอง - รายการปัญหา บทที่ 2 เทคนิคในการแก้ปัญหา วิธีการและตัวอย่าง บทที่ 3 สภาวะความคิด และความรู้สึกของตัวเอง บทที่ 4 กลยุทธ์ในการเผชิญความกดดัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Objective เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาโดยใช้หนังสือคู่มือการบำบัดด้วย Cognitive therapy และประเมินความเปลี่ยนแปลงของอาการและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง Design RCT Level A	Sample size จำนวน 32 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยให้ผู้ป่วยในแต่ละศูนย์จับสลาก กลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 14 คน measures & Data collection 1. ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ประเมินโดย Hospital Anxiety and Depression Scale ประเมินก่อนเริ่มเข้ากลุ่ม และ 6 เดือนหลังเริ่ม Intervention 2. การทำหน้าที่ในสังคม ประเมิน โดย Social Function Questionnaire ประเมินก่อนเริ่มเข้ากลุ่ม และ 6 เดือนหลังเริ่ม Intervention 3. ระยะเวลาการทำร้ายตนเองในหวลต่อมา (Time till first repeat self-harm episode) ประเมินที่ 6 เดือนหลังเริ่ม Intervention 4. อัตราการทำร้ายตัวเองต่อเดือน ประเมินที่ 6 เดือนหลังเริ่ม Intervention 5. ค่าใช้จ่ายในการบำบัด ประเมินที่ 6 เดือนหลังเริ่ม Intervention	บทที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสุรา และยาเสพติด บทที่ 6 สก๊ตกับการพยายามทำร้ายตนเอง - ระบุทักษะที่บกพร่อง - กลยุทธ์การเผชิญปัญหาในอนาคต Session ที่ 1 เริ่มต้นการบำบัด โดยให้ดูเนื้อหาบทที่ 1 และแผนงานที่ช่วยให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียด และวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เชื่อมโยง และสถานการณ์แวดล้อมรอบๆตัวที่นำไปสู่พฤติกรรม การจ้องใจทำร้ายตนเอง Session ต่อมา ผู้ป่วยและผู้นำัด เลือกการบำบัดในบทต่อไปที่จะช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีความเห็นร่วมกันว่ามีความสำคัญที่สุดที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจการบำบัดต่อไป การบำบัดที่เหลืออีก 5 บทจะถูกส่งให้ทางไปรษณีย์ ในระหว่าง session ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมการฝึกทักษะใหม่ๆที่ต้องการ เช่น การแก้ไข้ปัญหา หรือเทคนิคการอดทนต่อความกดดัน ผู้บำบัดคือ จิตแพทย์ 1 คน, พยาบาล 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 2 คน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลทางจิตเวชตามมาตรฐานทั่วไปของแต่ละศูนย์

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		The Paterson Centre for Mental Health in Paddington ไม่มีการบำบัดสำหรับ การจ้องใจทำร้ายตนเองโดยเฉพาะ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปหาจิตแพทย์ หรือทีมสุขภาพจิตใน ชุมชน The Carlyle Unit at Chelsea and Westminster Hospital, Chelsea มีทีมเฉพาะของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งมี จิตแพทย์คอยสนับสนุน เป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา ช่วย และ สนับสนุนผู้ที่ทำร้ายตนเอง Results 1. ความวิตกกังวล และการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และการ วิตกกังวล ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ 2. การทำหน้าที่ยังคง หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ระยะเวลาการทำร้ายตนเองในเวลาค่อยมา หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองระยะเวลาจนกระทั่งมีการ ฆ่าตัวตายซ้ำเป็นครั้งแรกนานกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มี

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		นัยสำคัญทางสถิติ 4. อัตราการทำร้ายตัวเองต่อเดือน หลังการทดลอง พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระหว่าง 6 เดือน ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (56% ในกลุ่มทดลอง และ 71% ในกลุ่มควบคุม) อัตราการฆ่าตัวตายต่อเดือนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 0.17/เดือนในกลุ่มทดลอง; 0.37/เดือนในกลุ่มควบคุม) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .11$) 5. ค่าใช้จ่ายในการบำบัด หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองค่าใช้จ่ายในการบำบัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลองค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลลดลง 46%) การบำบัดด้วย Cognitive Behavior Therapy โดยการใช้คู่มือ สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย และลดระยะเวลาในการทำร้ายตนเองซ้ำ และนอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลงอีกด้วย น่าจะเป็นการบำบัดเพื่อลดการทำร้ายตนเองที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำได้ในการปฏิบัติทางคลินิก

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
9.					
Author	Tyrer et al.	Setting	Glasgow, Edinburgh, Nottingham, West London and South London	Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัด โดย Manual-assisted cognitive-behavior therapy
Year	2003	Population	ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง		(MACT) จำนวน 70 หน้า ให้การบำบัดจำนวน 7 sessions (5 sessions + 2 booster sessions) เป็นเวลา 3 เดือน
Title	Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour deliberate self-harm : the POPMACT study	Inclusion criteria	1. เคยผ่านการทำร้ายตนเอง 2. ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร 3. ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล 4. ไม่เป็นโรคจิตหรืออารมณ์แปรปรวน 5. ไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าคิดฆ่าตัวตาย		ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดในคู่มือมาแล้ว (ไม่ระบุเฉพาะเจาะจง) Session ที่ 1 เริ่มต้นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยที่ 1 Session ต่อมา ผู้ป่วยและผู้บำบัด เลือกการบำบัดในบทต่อไปที่จะช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีความเห็นร่วมกันว่ามีความสำคัญที่สุดที่นำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบำบัดด้วย คู่มือการบำบัด cognitive behavior กับการพยาบาลปกติ	Sample size	480 คน แบ่งเข้ากลุ่มหลัง baseline assessment โดย การสุ่ม กลุ่มทดลอง 239 คน กลุ่มควบคุม 241 คน		ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจการบำบัดต่อไป ผู้บำบัดจะเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วย
Design	RCT				กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของแต่ละศูนย์ Nottingham : Problem solving approaches South London : Dynamic psychotherapy West London and Edinburgh : การดูแลทั่วไป
Level	A				หรือส่งต่อกลุ่มอาสาสมัคร Glasgow : การให้คำปรึกษาในระดัต้น

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
	Outcome measures & Data collection	Main outcome 1. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ประเมินที่ 6 เดือน และ 1 ปีหลังเริ่มให้การบำบัด Secondary outcome 1. ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าประเมินโดย Hospital Anxiety and Depression scale ประเมินก่อนการทดลอง 6 เดือนและ 1 ปีหลังเริ่มให้การบำบัด 2. อาการโดยรวมและการทำหน้าที่ในสังคม ประเมินโดย GAF scales ประเมินก่อนการทดลอง, 6 เดือนและ 1 ปีหลังเริ่มให้การบำบัด 3. ความสิ้นหวัง ประเมินโดย Beck Hopelessness scales ประเมินก่อนการทดลอง 4. แบบประเมินตนเองในเรื่องการทำหน้าที่ในสังคม ประเมินโดย Social Functioning Questionnaire (SFQ) ประเมินก่อนการทดลอง 6 เดือนและ 1 ปีหลังการทดลอง 5. คุณภาพชีวิต ประเมินโดย EuroQol ประเมินก่อนการทดลอง 6 เดือนและ 1 ปีหลังเริ่มให้การบำบัด 6. ความคิดบวกและลบ ประเมินก่อนการทดลอง 6 เดือน และ 1 ปี หลังเริ่มให้การบำบัด	Results	Main outcome การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ประเมินที่ 6 เดือน กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.19$ (30 คนในกลุ่มทดลอง และ 36 คนในกลุ่มควบคุม) เมื่อประเมินที่ 1 ปีพบว่า กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.20$) (39 คนในกลุ่มทดลอง และ 46 คนในกลุ่มควบคุม มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่างทำการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี ทั้งหมด 6 คนอยู่ในกลุ่มควบคุม 5 คน และอยู่ในกลุ่มทดลอง 1 คน Secondary outcome -ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า, การประเมินตนเองในเรื่องการทำหน้าที่ในสังคม, ความคิดด้านลบ ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนลดลงเมื่อเทียบกับ baseline และกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งระยะ 6 เดือน และ 1 ปี - อาการโดยรวมและการทำหน้าที่ในสังคม, คุณภาพชีวิต, ความคิดบวก ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนดีขึ้นเมื่อเทียบกับ baseline และกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		Intervention	Implication
		การบำบัดด้วย Cognitive Behavior Therapy โดยการใช้คู่มือ สามารถช่วยลด พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, ความวิตกกังวล และการซึมเศร้า, ความคิดด้านลบลงได้ และยังช่วยให้อาการโดยรวม, การทำหน้าที่ในสังคม, คุณภาพชีวิต และความคิดบวกดีขึ้น จึงน่าจะนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้	

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Salkovkis et al. (1990)	RCT	12/8	-ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง -เคยได้รับยาต้านเศร้าในระดับสูง -มีคะแนน Buglass & Howton Risk of repetition ≥ 4 -ไม่มีอาการรุนแรงในโรคทางกาย และทางจิต -ไม่อยู่ในระหว่างรักษาอาการทางจิต	16-65 ปี	Problem Solving VS. Treatment as usual	5 sessions ครั้งละอย่างน้อย 1 ชั่วโมง	พยาบาลจิตเวชชุมชน	ความคิดฆ่าตัวตาย The Beck Suicidal Ideation scale ที่ 1 ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง scale ที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.025) การจัดลำดับความรุนแรงของปัญหาของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.005-.00 1) ภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ (p<.001) ความอ่อนแอในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ (p<.05) ความพึงพอใจต่อกิจกรรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
McLeavey et al. (1994)	RCT	19 / 20	- ผู้ที่กินสารพิษ - ไม่มีประวัติโรคจิต, ปัญหาอ่อน หรือ ระบบความคิดเสียหยา - ไม่เป็นผู้ที่ จำเป็นต้องนอน โรงพยาบาลจาก สาเหตุของการ เจ็บป่วยทางจิต	15-45 ปี	Interpersonal Problem-Solving Skill Training VS Brief Problem- Solving Therapy	5 sessions สัปดาห์ละ ครั้งจาละ 5- 60 นาที	นักจิตวิทยา คลินิกที่มี ประสบการณ์ การประเมิน และรักษา ผู้ป่วยกิน สารพิษ	ภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญสถิติ (p<.005) ความสิ้นหวัง กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญ (p<.01) การทำร้ายตนเองซ้ำ ในรอบ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.049)
								การกินสารพิษซ้ำภายใน 1 ปีในกลุ่ม ทดลองมี 10.5% และกลุ่มควบคุมมี 25% Interpersonal Cognitive Problem Solving กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	N E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
								ทัศนคติ และความรับผิดชอบต่อปัญหา สัมพันธ์ระหว่างบุคคลของตนเอง กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทัศนคติต่อตนเอง กลุ่มทดลอง ดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<.05$) จำนวนของปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการ ทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา กลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ความสิ้นหวัง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความ แตกต่างกันหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ ส่วน ระยะติดตาม 6 เดือนแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Linehan et al. (1991)	RCT	22 / 22	- ผู้ป่วยหญิงที่ทำร้ายตนเองหรือรังแกตนเอง Diagnostic Interview for Borderlines ≥ 7 - ทำร้ายตนเองอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา โดยครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา - ไม่เป็นผู้ป่วย Schizophrenia, Bipolar Disorder, Substance Dependent, or Mental Retardation	18-45 ปี	Dialectical Behavior Therapy VS. Treatment as Usual	12 เดือน รายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง กลุ่ม บำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงครึ่ง	- นักจิตวิทยา - นักศึกษาจิตวิทยาคลินิก - จิตแพทย์ ได้รับการอบรม หรือฝึกบำบัดด้วย Dialectical Behavior therapy	การทำร้ายตนเอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน (p<.05) Maintenance in Therapy กลุ่มทดลองผ่านการทำ Individual Therapy มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.003) มีอัตราการใช้ผู้บำบัดคนเดิมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะอยู่ในการบำบัดนานกว่ากลุ่มควบคุม อัตราการAdmitted กลุ่มทดลองมีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.005) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
								และกลุ่มควบคุม ความสิ้นหวังในกลุ่มทดลองลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) แต่ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ความคิดฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002)	B	29 / 82	- พยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 16 สัปดาห์ที่ผ่าน มาหรือมีความคิดฆ่าตัว ตายเมื่อไม่นานมานี้เมื่อ วัดด้วย HASS และ SSI - ได้รับการวินิจฉัยว่า Borderline Personality disorder หรือมีอย่างน้อย 3 ลักษณะสำคัญของ Borderline Personality	กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 16 ปี กลุ่มควบคุม เฉลี่ย 15 ปี	Dialectical behavior therapy VS Psychodynamic หรือ Supportive Approach และ family therapy	12 สัปดาห์ รายบุคคล สัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆละ 45- 60 นาที กลุ่มบำบัดสัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง - 2 ชั่วโมง 30 นาที	นักจิตวิทยาได้รับการ อบรมหรือฝึก บำบัดด้วย Dialectical Behavior therapy	อาการทั่วไปของ borderline personality กลุ่มทดลองมีอาการลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมี ความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อาการทางจิตทั่วไป กลุ่มทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในหน่วย จิตเวชกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=.041$) จำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตาย ในระหว่างการทำบำบัด ทั้ง 2 กลุ่มไม่มี ความแตกต่างกัน ในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยอยู่ครบ โปรแกรมการบำบัดมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Linehan, et al (2006)	RCT	52 / 49	-เพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BPD, มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้งหรือทำร้ายตนเองในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และอย่างน้อย 1 ครั้งใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา	18-45 ปี	Dialectical behavior therapy VS Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder	12 เดือน รายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง กลุ่ม บำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง 30 นาที	นักจิตวิทยาที่ได้รับการอบรม หรือฝึกบำบัด ด้วย Dialectical Behavior therapy	พฤติกรรมฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลอง มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) และตั้งแต่เริ่มทดลองจนถึงติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่า กลุ่มควบคุมมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียงครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลอง ($p = .005$) การใช้บริการแผนฉุกเฉินหรือการเข้ารับการรักษาด้วยอาการทางจิตกลุ่ม ทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) ความคิดฆ่าตัวตาย ทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ ทั้ง 2 กลุ่มมีเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความรุนแรงของการซึมเศร้า ทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Raj M AJ, Kumaraiah V, Bhide AV (2001)	Quasi-experimental	20 / 20	-ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 โดยการรักษาประจําตนยาเกินขนาดหรือยาฆ่าแมลง และมีความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า (เล็กน้อย)ปานกลาง หรือรุนแรง โดยไม่มีการทางจิต) หรือมีการปรับตัวผิดปกติ	16-50 ปี	Cognitive-behavior therapy VS Routine medical treatment	10 sessions สัปดาห์ละ ครั้งๆละ 15-60 นาที	ไม่มีรายละเอียด	ความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00) ความสิ้นหวัง - ความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน - การขาดแรงจูงใจ กลุ่มทดลอง มีน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.002) ความคาดหวังในอนาคต ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ทัศนคติที่ติดลบ กลุ่มทดลองมีน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00) การแก้ไข้ปัญหา - กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการแก้ไข้ปัญหา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identity	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Brown et al. (2005)	RCT	60 / 60	-ผู้ที่พยายามฆ่าตัวดา ภายใน 48 ชั่วโมง ประเมิน baseline ได้ ครบ, สามารถ ให้ ติดต่อกับญาติได้อย่าง น้อย 2 คน	18-66 ปี	Cognitive Therapy VS Usual care	10 sessions 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง (Flexible)	case manager และผู้เชี่ยวชาญ ในชุมชน	- กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญ-หลีกเลี่ยง ปัญหาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p=.001) - กลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ความวิตกกังวล กลุ่มทดลองมีน้อยกว่า กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) ความรู้แรงของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่ม ทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ความสิ้นหวัง ในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=.045) ความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ กลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.049)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Evans et al (1999)	RCT	18 / 14	ผู้ป่วย ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง มีบุคลิกภาพผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อต้านสังคม หรือไม่ชอบเข้าสังคม, อารมณ์ไม่คงที่ และมีการทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้งอยู่ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	16-50 ปี	Manual-assisted cognitive-behavior therapy VS Routine medical treatment	2-6 sessions	- จิตแพทย์ - พยาบาล - นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการใช้คู่มือการบำบัด	อาการซึมเศร้า กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.03) อาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การทำหน้าที่ในสังคมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ระยะเวลาจนกระทั่งมีการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นครั้งแรกในกลุ่มทดลองนานกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในระหว่าง 6 เดือน ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (56% ในกลุ่มทดลอง และ 71% ในกลุ่มควบคุม) อัตราการฆ่าตัวตายต่อเดือนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ค่าใช้จ่ายในการบำบัดในกลุ่มทดลอง ลดลง 46%

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การใช้ Cognitive therapy / Cognitive-behavior therapy เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (ต่อ)

Study Identify	Design	n E/C	Population	Age Range	Treatment VS Comparison Group	Length of treatment	Therapists	Outcome Variable to successful Suicide
Tyrer et al (2003)	RCT	239 / 241	-เคยผ่านการทำร้ายตนเอง -ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาล -ไม่เป็นโรคจิตหรืออารมณ์แปรปรวน -ไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าคิดฆ่าตัวตาย	เฉลี่ย 32 ปี	Manual-assisted cognitive-behavior therapy VS Routine medical treatment	5-7 sessions	ผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัด	การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวลและการซึมเศร้า, ความสิ้นหวัง, การประเมินตนเองในเรื่องการทำหน้าที่ในสังคม, ความคิดด้านลบ ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนลดลงเมื่อเทียบกับ baseline และกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาการโดยรวมและการทำหน้าที่ในสังคม, คุณภาพชีวิต, ความคิดบวก ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนดีขึ้นเมื่อเทียบกับ baseline และกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวแสงเดือน จันทร์เพ็ญ

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 7 กรกฎาคม 2514

สถานที่เกิด

จังหวัดอ่างทอง

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์

ชั้นสูง กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2532 - 2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2536 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลอ่างทอง

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จังหวัดอ่างทอง

โทรศัพท์ 035 – 615111 ต่อ 209

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 38/16 หมู่ 1 ต. ป่าจิว

อ. เมือง จ. อ่างทอง