

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.3 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
 - 1.5 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดการพยาบาลองค์รวม
 - 3.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.2 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)
 - 3.3 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.4 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
4. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

วาริรัตน์ ฉาน้อย (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

ศิริพร จิรวัดนกุล (2546) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิด และลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วย หรือเป็นอันตรายซึ่งถือว่าเป็นการทำลายตนเองโดยตรง หรือหมายถึง พฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อให้ตายหรือไม่ก็ตาม หรือการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย

Diekstra and Gulbinat (1993) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้คนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ

จากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง เพื่อต้องการที่จะทำให้คนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย

มีการอธิบายไว้หลายประการ (Wilson and Kneisl, 1996) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

ก. Genetic factors ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) ได้ด้วย ซึ่งพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins) (Roy, 2003)

ข. Neurotransmitter factors โดยมีการลดลงของระดับ Serotonin, 5-HT และ 5-HIAA นอกจากนี้ยังพบว่ามีการทำงานของ imidazoline receptor protein ลดลงด้วย (Barbee and Bricker, 1996) จึงเชื่อว่าบุคคลฆ่าตัวตายเพราะอยู่ในอารมณ์เศร้า จากการศึกษา พบว่า ในบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีระดับสาร Serotonin ในน้ำไขสันหลังต่ำ (Mann and Mc Bride, 1984)

ค. Fat Metabolism factors ผู้ที่อาการเจ็บป่วยทางจิตและพยายามฆ่าตัวตายนั้น จะมีระดับคอเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998)

ง. Physical and psychiatric illness factors พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมีในระบบประสาทส่วนกลาง จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าภาวะ

ซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมพร ตรังคสมบัติ และอรรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998)

1.2.2 Psychological factors ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ อับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ซึ่งทฤษฎีที่ใช้กล่าวอ้างถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ

ก. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นบทบาทการทำงานของจิตใจในส่วนของจิตไร้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลนั้นได้ จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าว หันเข้ามาทำร้าย ตนเอง อันเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโโทษตัวเอง (Lester and Litman, cited in Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi, and Stefanis, 1994)

ข. ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) เนื่องจากพื้นฐานของแนวคิดนี้ กล่าวว่า การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มี การแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเกิดการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของ Cognitive model หาทางออกของปัญหาโดยการเลียนแบบพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรู้มา กลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หมดที่พึ่ง มองเฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้าย จึงเป็นแรงผลักดันให้เข้าไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายขึ้นได้ในที่สุด (Hauenstein, 1998)

ค. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan, cited in Barbee and Bricker, 1996) ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544)

1.2.3. ปัจจัยทางสังคม (Sociological factors) นักสังคมสงเคราะห์ (Durkheim, 1951 cited in Porter, 1997) เชื่อว่า การฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งได้แบ่งออกเป็น

ก. การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic suicide) ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เช่น พระเวียตนามเผาตัวเองในสมัยสงครามเวียตนาม เป็นต้น

ข. การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ (Egoistic suicide) เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ

ค. การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะวิกฤต ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ เช่น วิกฤตทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ง. การฆ่าตัวตายจากความสุดท้นในชะตาชีวิต (Fatalistic suicide) เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ เป็นต้น

1.2.4 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

ก. เพศ พบว่า เพศชายจะมีการฆ่าตัวตายในอัตราที่เพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงลดลงเรื่อยๆ โดยเริ่มแตกต่างกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 และอัตราการฆ่าตัวตายของแต่ละเพศจะห่างกันมากขึ้นเรื่อยๆ จนห่างสูงสุดในปี พ.ศ. 2543 โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 3.6 ต่อ 1 เมื่อเปรียบเทียบภาวะโรคจากการที่ภาวะหรือโรคนั้นทำให้บุคคลนั้นๆ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) พบว่า ในเพศชาย YLLs จากการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 6 ส่วนในเพศหญิงอยู่ในอันดับที่ 10 (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ข. อายุ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ รองลงมาคือ วัยหนุ่มสาว สำหรับในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2544 พบสูงสุดในช่วงวัยหนุ่มสาว โดยในช่วง พ.ศ. 2535-2539 พบสูงสุดในช่วงอายุ 20-24 ปี และในช่วง พ.ศ. 2540-2544 พบสูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี อีกทั้งทั้งการะโรคจากการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งจัดว่าสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ค. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่า แยก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมดีจะมีกำลังใจ มีความอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค และช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp, and Brown, 1980)

ง. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะ (2541) พบว่า ร้อยละ 55.9 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้เรียน หรือเรียนจบชั้นประถมศึกษา การได้รับการศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Jalowiec and Powers, 1986)

ฉ. รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว (Cambell, 1976)

ช. การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเอง และครอบครัว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ตกงาน ว่างาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, and Lonqvist, 1995)

ซ. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีพฤติกรรมในครอบครัว สามารถใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et al., 1996) และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (Hepple and Quin, 1997)

ฅ. บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี หลีกเลี่ยง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, and Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995)

ญ. การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz, cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1994)

จากสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่ายังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่จะสามารถอธิบายสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีความเกี่ยวพันกันทั้งหมด หากเป็นผลรวมจากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความซับซ้อนที่ซับซ้อน กดดัน แต่ทุกคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยใดๆ ก็ตาม

1.3 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย ถือเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับความกดดัน สิ้นหวัง ซึ่งเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉินที่พบมากในโรงพยาบาล (มานิตา สิงห์ขจรจิต และคณะ, 2541) การพยายามฆ่าตัวตายหากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต ดังนี้

1.3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิต หรือเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากคั่งสารล้างท้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (วิล เสร้สิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรมจะมีความรู้สึกอ่อนล้า การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี คิดซ้ำ มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล หมดหวัง เศร้า (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้ แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้บางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

1.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก เกิดความรู้สึก สับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้าอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความตึงเครียด เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากมีการ ดำเนินบุคคลบางคนในครอบครัว (Lee & Watson, 1993 : Van Donger, 1990)

1.3.3 ผลกระทบต่อสังคม เป็นภาระของสังคม เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่ สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1.3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจ ขาดรายได้เนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้นหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ ลืมเรื่องในอดีตที่เจ็บป่วยไม่ได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดเป็น พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา โดยประมาณ 40% จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10% มักฆ่าตัว ตายสำเร็จ (A.J.F.M. Kerkhof, 1994; Garrison et al.1991; Pfeffer et al. 1994; Schmidtke et al., 1996; ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการ พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996: อุมพร ตรังคสมบัติ และอรพรรณ หนูแก้ว, 2541)

1.4 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

ได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้ความรู้หรือให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการ

แนะนำญาติในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย มีรูปแบบ Cognitive Therapy, Cognitive Behavior Problem solving, Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Group Therapy ฯลฯ

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ญาติ แกนนำชุมชน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมกันดูแลช่วยเหลือ ตามรูปแบบการดูแล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ
2. กรณีที่เอะอะอาละวาด รุนแรง อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช
3. เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติ ดังนี้

3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล

- 1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
- 2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน
- 3) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยนัดหมาย F/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- 1) ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน)

3.2 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

- 3.2.1 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก รายงานแพทย์เพื่อให้การปรึกษา และ Admit ให้ การปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และวางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน และนัดมา follow up ตามความเหมาะสม

3.2.2 มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

- 3.2.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำต่างๆ ไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

หมายเหตุ 1. ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก แต่แพทย์ไม่ Admit ให้นัด follow up ภายใน 3-5 วัน เพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ ในกรณีเสี่ยงน้อย นัดหมายภายใน 1-2 สัปดาห์

2. มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมา และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

1. ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนี้

- 1.1 มีสีหน้าเศร้า ซึม หม่นหมอง ร้องไห้
- 1.2 เป็นโรคร้ายแรง หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย
- 1.3 เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ดื่มสุรา มีบุคลิกภาพ

ผิดปกติ

2. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- 1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางของแพทย์
- 2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน
- 3) ให้นัด Follow up ภายใน 3-5 วัน เพื่อติดตามผล
- 4) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

โดยการนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

2.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย

ในดูแลตามแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

1. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน

2.1 กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน

2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ ดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีการปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำต่างๆไป

2.3 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์เพื่อการรักษา และให้การรักษาดูแลตามการรักษา ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.4 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยนัดมา F/U เป็นระยะ ส่งต่อพื้นที่ให้ดูแลต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน

2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์และให้การรักษาดำเนินงานตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2.6 ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังระวัง เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ขงมิกม ยาฆ่าแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

4. การส่งต่อผู้ป่วย พิจารณากรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อฝ่ายเวชกรรมสังคม ของโรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช

คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ควรมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาในระยะแรก ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ในห้องมิดชิด
 2. เก็บสิ่งที่เป็นอันตรายที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง
 3. ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยา ญาติควรเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยกิน และเก็บซองยาไว้
 4. ไม่พูดตำหนิ ประชด ประชัน หรือพูดทำทนายผู้ป่วยให้ทำร้ายตนเองอีก
 5. ให้ญาติคอยสังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่แปลกๆ ที่ไม่เคยพูด เช่น คำสั่งลา ตัดใจได้ เปลี่ยนจากอารมณ์เศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระวังให้มาก
 6. ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์
 7. ควรกระตุ้นหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้ให้การปรึกษาดำเนินงานตามนัดหมายทุกครั้ง
- ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

แนวความคิดดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการทำงานเป็นทีม และเป็นการประสานงานการทำงานระหว่างเครือข่าย ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน

2. การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ

3. การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานที่ครบวงจร ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

4. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้

สรุป สำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยให้การปรึกษา และแนะนำญาติในการเฝ้าระวังที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเชื่อมต่อในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

1.6 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจัน

จังหวัดสิงห์บุรี

โรงพยาบาลบางระจันเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการจัดตั้งคลินิก ให้บริการปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกับงานยาเสพติดและงานเอดส์ โดยมีสายบังคับบัญชา ขึ้นอยู่กับกลุ่มงานการพยาบาล มีบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และสมาชิกทีมพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน คลินิกเปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ การจัดระบบการให้บริการ ประกอบด้วย คลินิกให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกกลายเครียด คลินิกบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับระบบบริการพยาบาลผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจัน นั้นมีดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น การล้างท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาเคลือบกระเพาะ การตรวจวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น

2. กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. มีแผนการรักษาของแพทย์ให้เข้าพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในทุกราย

หมายเหตุ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก แต่แพทย์ไม่ Admit ให้นำนัด follow-up ภายใน 3-5 วัน เพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ ในกรณีเสี่ยงน้อย นัดหมายภายใน 1 สัปดาห์

การดูแลผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน

1. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ให้การช่วยเหลือ ตามอาการ
3. ในหอผู้ป่วยใน ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า (แต่อาจไม่ใช่ทุกราย)
4. ให้คำปรึกษาทั่วไป 1 ครั้ง หลังเข้าพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน ประมาณ 1-2 วัน
5. ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยในประมาณ 2-3 วัน จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
6. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังกระวัง เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
7. มีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
8. การส่งต่อผู้ป่วย พิจารณากรณี que ผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และสถานีนอนมัย

หมายเหตุ หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า ให้เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนโดยการนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแผนการรักษาของแพทย์นั้น ไม่มีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก

จากข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางระจัน แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเครียด วิตกกังวล โรคจิตเภททั้งรายใหม่ และรายเก่าที่มารับยาต่อ (รายงาน รง. 504 โรงพยาบาลบางระจัน) ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเวช ดังข้อมูลในปี 2548- 2550 พบว่า มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 29, 31 , 32 รายตามลำดับ (สถิติรายงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) และจากรายงานข้อมูลในปี 2550 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 5 ราย มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย และ ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 ราย (รายงาน 506 DS ข้อมูล งานให้บริการปรึกษา โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของบุคคล การสูญเสียต่อสังคม และประเทศชาติ ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัว

ตาย จึงควรมีความตระหนักถึงความสำคัญในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและสาเหตุ โดยการ จัดระบบการให้การพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และ เตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลแต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อการ ดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ มีผู้สนใจศึกษาและ อธิบายความหมายไว้หลายท่าน เช่น

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวเอง

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และ กระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษา ไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ ของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งใจริเริ่มกระทำกิจกรรมด้วย ตนเองในการดูแลสุขภาพและกระทำอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มี ปัญหาสุขภาพจิต

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็ม ใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคน มีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือ ภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการ ปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

สรุป ความหมายสำหรับโครงการการศึกษาอิสระในครั้งนี้ได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีความสุข และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติและเมื่อมีปัญหา ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตใจ

2.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Hill and Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 2 ส่วน คือ

- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Behaviors related primarily to the mind) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด เป็นต้น

- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย (Behaviors related primarily to the body) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

Orem (1991) ได้แบ่ง การดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demand) ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

- การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การมีปฏิกริยาร่วมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต

การดูแลตนเองเพื่อการพัฒนา (Developmental self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาของบุคคลในช่วงต่างๆ ของวงจรมนุษย์ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

ก.การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ข.การดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา หรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระดับการศึกษา เป็นต้น

- การดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ (Health deviation self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการ หรือความจำเป็นต้องแก้ไขให้ปกติ โดยใช้การเรียนรู้การดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Hill and Smith (1985) ที่มีองค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป และ แนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ที่มีองค์ประกอบ ดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง (ทัสนา บุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน Cambell. (1980 cited in Stuart & Sundeen, 1987) การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก) สอดคล้องกับ ศรีรัตนา สุกพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร ได้รับความต้องการของกันและกัน การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นได้รับความต้องการของตนเอง และความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพราะปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต้องเก็บความรู้สึกไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต ลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจเมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534) บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสาร ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำรงชีวิตส่วนตัว ทุกคนต้องบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพมีการจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น

การพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

4) การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุล ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น

- ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย

การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี

5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินดนา ยูนิพันธ์, 2534 ก) แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหาได้

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นการทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้สงบผ่องใส นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538) ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินดนา ยูนิพันธ์, 2534ก) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

7) การดูแลสุขภาพร่างกาย

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน

มีความครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นว่าความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วนๆ ได้

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยตรง ดังนั้นจึงได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พอสรุปได้ดังนี้

2.3.1 เพศ ในแนวคิดของ Orem (1991) เพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ในสังคม ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเอง และการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

2.3.2 อายุ โดยอายุจะบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่ผ่านมา การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก จะเพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (Orem, 1991) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกายและจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของตน เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

2.3.3 สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระ เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 1991) ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัว กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

2.3.4 อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนด บทบาทของบุคคล ในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) โดยพบว่า ประชาชนภาคกลางที่มีอาชีพรับราชการ และรับจ้าง จะมีการดูแลตนเองด้านจิตใจดีกว่า กลุ่มประชาชนที่มีอาชีพงานบ้านและเกษตรกรรม

2.3.5 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) อีกทั้งความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคล ครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการ

สุขภาพโดยการแสวงหาบริการโดยตรง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson and Steiger อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังเช่นจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ได้ศึกษาประชาชนไทยภาคกลางที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

2.3.6 การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากเท่าใด เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 1991) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

2.3.7 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีรายได้ และสถานภาพทางสังคมสูง อาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง (Orem, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วังวิเวก (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

2.3.8 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

2.3.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

2.3.10 ความเชื่อด้านศาสนา การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา ในยามเกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานการมีจิตใจที่สงบสุข ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

2.3.11 ความรู้ Orem (1991) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (Joseph, 1980; Orem, 1991)

สรุปได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานข้างต้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้น การตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวสามารถจัดการการสร้างเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสม สิ่งสำคัญพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ได้เรียนรู้ถึง การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อทาง สุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดเป็นหมวดหมู่จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) โดยได้สร้างแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน การพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของ Hill and Smith (1990) และนำเอาการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่พัฒนามาจาก แนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (1985) สำหรับด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษาความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทยโดยเรียกว่า เป็นการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวแล้วจะพบว่า ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองนี้ เป็นแบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 60 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 เป็นข้อคำถาม ทางบวก 58 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ แบ่งออกเป็น การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ ครุณี เลิศปรีชา (2545) การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้าน โดยกำหนดค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ช่วงคะแนน	ช่วงคะแนน	ช่วงคะแนน
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	12-24	25-36	37-48
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	7-14	15-21	22-28
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	6-12	13-18	19-24
การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม	11-22	23-33	34-44
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	5-10	11-15	16-20
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	10-20	21-30	31-40
การดูแลตนเองด้านร่างกาย	9-18	19-27	28-36
พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม	60-120	121-180	181-240

ในการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้สามารถเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมาย และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของเทคนิคการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งการประเมินพฤติกรรม มีวิธีการดังนี้

วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

- การสังเกตพฤติกรรม
- การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง
- การวัดผลที่เกิดขึ้น
- การวัดทางสรีระ

วิธีการประเมินโดยอ้อม ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์
- การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น
- การรายงานตนเอง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยอ้อม โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับโดย ครุณี เลิศปรีชา (2545) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และกัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ได้นำไปใช้ในการศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม มีดังนี้

2.5.1 การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง

กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 :Hill & Smith, 1985) สรุปได้ดังนี้

1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง

2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน

3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองว่า เมื่อคนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร รวมทั้งความมุ่งมั่นที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี

4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตน คือมีการตั้งเป้าหมายวางแผนและประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้

2.5.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีอยู่ 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก; Hill & Smith, 1985) ได้แก่

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวัน ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ เป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

2.5.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึง การใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ของตนเองช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

2.5.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

1) การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

2) การทำให้กระจ่าง-การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

3) วิธีการแก้ปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติ

4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.5.5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก)

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดี พอที่จะเรียกให้การช่วยเหลือได้

3) การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำ หรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือ ข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.5.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

- 1) การสวดมนต์ภาวนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์
- 2) ปฏิบัติพิธีกรรม การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การนิมนต์พระ มาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง
- 3) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลบคาย ผ่อนคลาย

2.5.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

- 1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสม
- 2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง ถ้านอนหลับไม่เพียงพอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่งมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย โดยปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูชาติย์ ปานปรีชา, 2531)
- 3) การออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท (เอก ณะศิริ, 2536)

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเอง หรือการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุด พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีปฏิบัติ ซึ่ง Orem (1980) กล่าวว่า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย ซึ่งประกอบด้วย

- การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด
- การวินิจฉัยความสามารถในการดูแลตนเอง
- การวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและวางแผน มีสาระสำคัญ ดังนี้

- การออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการ

ดูแลตนเอง

- ระบบการพยาบาลออกแบบเพื่อช่วยครอบครัว ในการดูแลผู้รับบริการ
ชั่วคราว

- การวางแผนครอบครัว การวางแผนกิจกรรมเฉพาะอย่าง บทบาทของบุคคล
ต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากร โดยต้องคำนึงถึงเวลา สถานที่ และ
ความถี่ของการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้รับบริการเอง พยาบาล และบุคคลอื่น

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุม
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

- ชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ
- เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว
เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
- ประคับประคอง และปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ
ให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด
จึงมีบทบาทที่สำคัญโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้น
กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ตลอดจนทราบและรู้จักใช้
ทรัพยากรภายในและภายนอกที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

3. แนวคิดการพยาบาลองค์รวม

3.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2531) กล่าวว่า นักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้อง
ต้องกันว่า พยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งคน และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่ง
แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็น 3 กลุ่ม แนวคิด คือ

3.1.1 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์
Nightingale (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการ
พยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดี
ที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา” การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นตนเอง
โดยเร็วที่สุด ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิด
ของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ฟื้นตนเอง

3.1.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม
โดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับ

สิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อยๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3.2 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)

แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) สามารถอธิบายเพื่อสนองความต้องการได้ ดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ความต้องการ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม และการพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เป็นต้น เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการนี้ คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function needs) แบ่งเป็น บทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะเปลี่ยนแปลงได้ยาก บทบาททุติยภูมิ คือบทบาทที่ได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และบทบาทตติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการนี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit needs) หมายถึง ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อ และศรัทธา อารมณ์ และการแสดงออก เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิต เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่มซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ บุคคลทุกคนไม่สามารถจะอยู่คนเดียวโดยไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายรวมถึงมีการเรียนรู้ตนเอง และสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดของอารมณ์และการพึงพาหรือการสนับสนุน ปรึกษาประคองซึ่งกันและกัน ตลอดทุกช่วงของชีวิต

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแรงและการทำ

หน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

3.3 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์และคณะ, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่ให้บริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้คำนึงถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลพัฒนาขึ้น

ประการที่ 2 การพยาบาลองค์รวม จะต้องกำหนดทิศทางการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดตั้งองค์กร เพื่อศึกษาติดตาม ตรวจสอบ มโนทัศน์ วิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และการผสมผสานการรักษาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการพยาบาลแบบองค์รวม

3.4 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) เพราะถ้าผู้ใช้บริการไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับว่า ตนมีความต้องการการบริการสุขภาพ ผู้ให้แม้จะมีความปรารถนาจะดูแล และกระทำการดูแลอย่างเต็มที่มากเท่าใด ก็ยากที่ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดขึ้นได้

ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ความต้องการของตน และพยาบาลมีความปรารถนาที่จะดูแล ลักษณะสำคัญของปฏิบัติการพยาบาล คือ

- พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น
- พยาบาลมีการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of self) ซึ่งหมายถึงการที่พยาบาลมีสติ ใช้ปัญญา และความรู้ความสามารถของตน ผสมผสานกับประสบการณ์การร่วมรู้สึก ซึ่งก็คือ การรับรู้อารมณ์ของตนเอง และของผู้ใช้บริการที่เป็นอยู่อย่างมีสติ

- พยาบาลใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย

สิ่งสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client focused) เริ่มต้นที่พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันกับผู้ใช้บริการ (Commitment to Client) แต่แสดงความรับผิดชอบที่ผลงาน หรือผลลัพธ์ของการพยาบาลด้วย และผลลัพธ์ คือสภาพชีวิตที่เป็นสุขของผู้ใช้บริการก็เกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้

เงื่อนไขที่ช่วยให้ผลลัพธ์การพยาบาลเกิดขึ้นได้ มีดังนี้

- การรับรู้และความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแล คือ จะต้องมีการระบุความต้องการการดูแลอย่างชัดเจน โดยผู้ใช้บริการและพยาบาลจะต้องรับรู้ตรงกัน

- พยาบาลตั้งใจทำกิจกรรมพยาบาลที่จะกระทำ และลงมือกระทำ

- มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นรับรู้ได้ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาล ซึ่งก็คือผลลัพธ์ของการดูแล

4. โปรแกรมการพยาบาลองค์กรรวมสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลองค์กรรวมสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรรวมจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่ใช้หลักการความเป็นองค์กรรวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข(จินตนา ยูนิพันธุ์,2542)

โดยการพยาบาลแบบองค์กรรวมนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ ต้องให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้ ดังนั้นจึงต้องมีแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่กล่าวถึง การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาถึงการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแล

ออกเป็นส่วนๆ ได้ ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าว จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสองแนวคิด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจึงควรใช้กิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงลึก
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 5) มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

และมียุทธศาสตร์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของการสอนดังนี้

- 1) การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย
- 2) การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง
- 3) สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือการที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้นำทางและให้ผู้ป่วยได้สานต่อในบางครั้ง จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
- 4) การทดลองพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน หรือคัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การพยาบาลองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรงมีจำนวนน้อย จึงขอนำผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมานำเสนอประกอบด้วยด้วย ดังนี้

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่ม ควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังให้การพยาบาลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมจะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัด สุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P < .05$)

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูง กว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และมีผลทำให้อาการ ทางลบของผู้ป่วย จิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ ดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและ ชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ ประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความ เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านต่ำทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ธนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ภายหลังจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 193.90$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\bar{X} = 142.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

