

# บทที่ 1

## บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายใน 10 อันดับแรกของทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศทั่วโลก แต่ละปีมีคนที่ฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 คน และพบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีจำนวนมากกว่าฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10-20 เท่า (World Health Organization, 1997 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2540 - 2544 มีอัตราสูงขึ้นจาก 27.4 เป็น 36.4 ต่อประชากรแสนคน และจากการศึกษาการฆ่าตัวตายทุกห้าปี นับจากช่วง พ.ศ. 2520 - 2525 ช่วงพ.ศ. 2526 - 2530 ช่วงพ.ศ. 2531- 2535 ช่วงพ.ศ. 2536 - 2540 และช่วง พ.ศ. 2541 - 2545 ยังมีแนวโน้มสูงเท่ากับ 6.7 5.9 7.1 และ 8.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ หรือคิดเป็นจำนวนคนที่เสียชีวิตได้เท่ากับ 4,100 - 5,200 คนต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2547) และจากรายงานสถานะสุขภาพของคนไทย Daly (Disability adjusted life year) ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร YLL (Year life loss) ในการจัดอันดับโรค Top Ten YLL พบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายในเพศชาย อยู่อันดับที่ 6 พบมีร้อยละ 5 และในเพศหญิง อยู่ในอันดับที่ 10 พบมีร้อยละ 4 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

นอกจากนี้จากการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตายปีพ.ศ. 2545 ของกรมสุขภาพจิต ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต พบว่าอัตราการทำร้ายตนเองเท่ากับ 41.5 ต่อประชากรแสนคน อัตราการทำร้ายตนเองสำเร็จเท่ากับ 7.0 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 7.2 ต่อประชากรแสนคน การทำซ้ำมักเกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนแรก และตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47 และ 25 ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ คือ น้อยใจคนใกล้ชิดคิดค่า หรือว่ากล่าว ร้อยละ 43 รองลงมาคือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 36 ปัญหาผิดหวังในความรัก หึงหวง ร้อยละ 23 และปัญหาความยากจนขัดสน ตกลง ร้อยละ 14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีกินสารเคมี พบร้อยละ 46 ไม่ได้คิดวางแผนมาก่อนพบร้อยละ 86 และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงคือ คือวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง มีปัญหาครอบครัว หย่าหรือแยกกันอยู่ มีรายได้น้อย มีอาการโรคจิต มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง และเคยทำร้ายตนเองมาก่อน (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (Year lost due to premature death: YLLa) เท่านั้น หากกระทำไม่สำเร็จอาจส่งผลกระทบต่อเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากคั่งสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนภายหลังผูกคอตาย (วิล เสร้พิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2547) เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ซึมเศร้า ก้าวร้าว หวาดระแวง วิตกกังวล และมีอาการผิดปกติทางร่างกาย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ผลต่อครอบครัวเช่น รู้สึกเสียหน้า อับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Van, 1990; Lee and Watson) ผลต่อสังคม อาจทำให้เกิดการลอกเลียนแบบให้กับผู้ที่ประสบภาวะวิกฤติได้ (กรรณิการ์ เกาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) ผลต่อเศรษฐกิจ ทำให้ขาดรายได้ ถ้าผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพิการ

จากสถิติระดับประเทศ พบว่า จังหวัดจันทบุรีมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นอันดับ 6 ของประเทศและมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มสูงขึ้น โดยอำเภอสอยดาวเป็นพื้นที่ซึ่งผู้ใช้บริการมีการทำร้ายตนเองสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน (สำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี, 2548) ผู้ที่ทำร้ายตนเองเหล่านี้ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสอยดาวจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีประชากร 61,960 คน จากสถิติของโรงพยาบาลสอยดาวพบว่ามีผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษาช่วยเหลือชีวิตตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน ดังนี้ ปีพ.ศ. 2547 เท่ากับ 69.41 พ.ศ. 2548 เท่ากับ 86.6 พ.ศ. 2549 เท่ากับ 72.62 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายมารับบริการที่ ER และรับไว้ในตึกผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 3 คน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีประวัติพยายามทำร้ายตนเองซ้ำ ปีพ.ศ. 2547 จำนวน 2 ราย ปีพ.ศ. 2548 จำนวน 5 ราย ปีพ.ศ. 2549 จำนวน 1 ราย ช่วงอายุที่พบว่าทำร้ายตนเองมากที่สุดคือ 20 - 59 ปี พบร้อยละ 40 ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลง มีจัดตั้งโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปทางการเกษตร มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง เกิดการแข่งขันในการประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้น ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผลทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง บุคคลเกิดความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เมื่อพบปัญหาจึงไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดการรับรู้ศักยภาพของตนเอง และไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหของตนเองได้ นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (ทะเบียนข้อมูลโรงพยาบาลสอยดาว, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของธนู ชาติธนานนท์ (2541) ซึ่งศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติยังพบว่าผู้ที่เคยฆ่าตัวตายจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จนทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นและคิดฆ่าตัวตายซ้ำ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายทั้งรายใหม่และผู้ฆ่าตัวตายซ้ำส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความ

เข้าใจและการยอมรับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ขาดการสื่อสาร และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาจึงมักใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือโทษบุคคลอื่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ผู้ที่มีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อกระทำการครั้งหนึ่งแล้วไม่ประสบผลสำเร็จก็มักจะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำใหม่ ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้มักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดีจะเห็นได้จากการศึกษาของ ครุณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่อาศัยอยู่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำมีการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะต้องดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ

Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองเป็น 2 ส่วน คือการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถแยกกันได้อย่างสิ้นเชิง การที่บุคคลจะดำรงรักษาสุขภาพที่ดีได้ บุคคลต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่เหมาะสมในด้านต่างๆ เป็นพฤติกรรมอนามัยที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจ โดยเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติซึ่งหมายรวมถึง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมตัวเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การพัฒนาและรักษาระบบประคับประคอง การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตวิญญาณ ซึ่งต้องทำไปพร้อมๆกัน (Hill & Smith, 1990 และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) ทำให้บุคลิกภาพผสมผสานเกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง มีสัมพันธภาพที่พึงพอใจ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากประสบการณ์การให้คำปรึกษาของผู้ศึกษา ซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลสอยดาวได้สัมภาษณ์ ชักถามข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

และครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสอยดาว พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาฆ่าตัวตาย ซึ่งพบบ่อย คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาพบ ร้อยละ 20 ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พบร้อยละ 15 รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพบ ร้อยละ 25 มีปัญหาโรคเรื้อรังพบ ร้อยละ 10 รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังพบ ร้อยละ 13 และเมื่อมีปัญหาหรือทุกข์ใจไม่ปรึกษาใครพบ ร้อยละ 17 (รายงาน 506 DS แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสอยดาว, 2548) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้ที่มีความพร้อมหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจและมีความคิดด้านลบอย่างต่อเนื่องและหากไม่ได้รับการปรับปรุงหรือแก้ไขจะทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปและด้านจิตวิญญาณ (ครุณี เลิศปรีชา, 2545) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองบกพร่องดังกล่าว ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจในตัวเองลดลงทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) (Carpenito, 1991)

Miller (1992) กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผลจากการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือต้องจำใจยอมรับในสถานการณ์นั้นๆอย่างไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ เกิดเนื่องจากการที่บุคคลสูญเสียแหล่งพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 7 ด้านคือความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) อคติทัศนคติเชิงบวก (Positive self-concept) พลังงาน (Energy) ความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) แรงจูงใจ (Motivation) และระบบความเชื่อ (Belief system) ดังนั้นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) (Shin, 1999 cited in Kim and Kim, 2001) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal control) มีความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังงานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ มีความเชื่อและมีความหวัง (Burman, 2003; Gleason, 1979 cited in Zust, 2000, อ้างใน นิสารัตน์ เชตวรรณ, 2543) ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ คือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (คารุณี จามจรี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เขียวโสธร (2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ได้ นำไปสู่การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์การทำงานให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ศึกษา ซึ่งได้ทำการ

สัมภาษณ์ ซักถามข้อมูลของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสอยดาว มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านต่างๆ ทั้ง 7 ด้าน ตามการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เนื่องจากการขาดแหล่งพลังอำนาจต่างๆตามแนวคิดของ Miller (1992) ดังนี้

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้กับตนเอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ปัญหานี้เกิดจากการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านขาดความรู้และตระหนักรู้เกี่ยวกับทักษะในการแสวงหาข้อมูล การนำความรู้ไปแก้ไขปัญหาของตัวเอง ขาดระบบความเชื่อที่ไม่เหมาะสม หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง และขาดแรงจูงใจ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าเหตุการณ์ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเหล่านี้ทำร้ายตนเองมักเกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิดและน้อยใจที่ถูกคนใกล้ชิดดูถูก เกิดจากการที่ไม่สามารถพูดคุยให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการและความรู้สึกต่างๆของตนเอง ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิมนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจและขัดแย้งในใจ ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจ ด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเองสูง ไม่กล้าแสดงออกเพื่อตอบโต้ต่อสิ่งต่างๆ มักจะใช้อารมณ์มากกว่าใช้เหตุผล ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ด้วยปัญญา ไม่สามารถหาแนวทางหรือวิธีการพูดคุยสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจปัญหาของตนเองหรือไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Scheneidman & Farberow as cited in Rickelman & Houfek, 1995 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ก้าวร้าว โทษตนเอง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรง ไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ทั้งนี้เนื่องมาจากเกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาและนำวิธีการที่เหมาะสมมาแก้ไขปัญหา ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิตและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความคิดสุดขั้ว มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติของชีวิต ความไม่แน่นอนในแต่ละวันทำให้ไม่สามารถดำรงความสมดุลทางจิตได้ (Miller, 1992)

ปัญหาพฤติกรรมด้านการพัฒนาจิตใจตนเอง ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสอยดาวพบว่าส่วนใหญ่รู้สึกผิดหวังใน

ตนเองและโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดด้อยอะไรบ้าง นอกจากนี้ยังขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ ไม่รู้จักใช้แบบแผนความคิดและการกระทำของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหาชีวิต ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านระบบความเชื่อ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเหมือนคนอื่น เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตเกิดจากโอกาสโชครชะตาและการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

ปัญหาพฤติกรรมด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีเครือข่ายทางสังคมน้อย รู้สึกไม่ไว้วางใจใคร เนื่องมาจากผู้ป่วยเกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ไม่สามารถระบายปัญหาและความทุกข์ที่อยู่ภายในจิตใจออกมาได้ กับบุคคลรอบข้างเช่นญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านระบบความเชื่อ มีความเชื่อและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม (Cohen & Wills as cited in Jacobson, 1986 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

ปัญหาพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองทั่วไป จากรายงาน 506DS พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ขาดการสนใจดูแลตนเอง มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง อัมพาต เบาหวาน ดิabetes และใช้สารเสพติด ขาดการออกกำลังกาย เครียดง่าย นอนไม่หลับ ทั้งนี้เนื่องมาจากเกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางกายภาพ ผลของร่างกายที่มีความเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอ มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆ ของร่างกายก็จะลดลง รวมถึงพฤติกรรมดูแลตนเองลดลงตามด้วย (Miller, 1992) ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน พลังงานที่ใช้จัดการกับความตึงเครียดประจำวันตามศักยภาพของตนเองลดลง นอกจากนี้ยังขาดแหล่งพลังอำนาจด้านแรงจูงใจ ไม่สนใจดูแลตนเองเพื่อสร้างร่างกายให้มีความแข็งแรง

ปัญหาพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา น้อยเช่น การไปทำบุญทุกวันพระ ตักบาตร สวดมนต์ นั่งสมาธิ และ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษา วันวิสาขบูชา (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ทั้งนี้เนื่องมาจากเกิดการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านความเชื่อ คิดว่าการฆ่าตัวตายไม่เป็นบาป เป็นวิธีการแก้ปัญหาชีวิตอีกทางหนึ่ง ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ ไม่ได้นำคำสอนมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ ขาดสติปัญญาที่รู้เท่าทันสาเหตุการเกิดทุกข์และวิธีการดับทุกข์ส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญกับความทุกข์ยากหรือปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม

ปัญหาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากการขาดแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆของผู้ที่มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย ดังข้างต้นทำให้ผู้ใช้บริการเหล่านี้ควรได้รับการเสริมสร้าง

พลังอำนาจ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งผู้ศึกษาคาดหวังว่าผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ศึกษาได้สนใจนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของสทรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคาร์นิ จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) มาใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ไปในด้านบวก ส่งผลให้มีการรับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่มีความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีการปรับเปลี่ยนความคิดจนนำไปสู่การเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี

### ปัญหาการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเอง 7 ด้านคือ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนารู้จักตนเอง การดูแลตนเองโดยทั่วไป และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สาเหตุเหล่านี้เกิดจากการสูญเสียแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ก่อให้เกิดความพร่องหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สามารถใช้ความคิด มีสติ และใช้ปัญญาควบคุมสถานการณ์ที่เกิดกับตนเองได้ ไม่มีความสามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมตามสภาพที่เป็นจริงได้ รวมทั้งไม่มีความตระหนักรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตน ทำให้กระทำการกิจกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังเกิดจากการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ขาดการยอมรับจากสังคมและบุคคลอื่น

ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้ (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสรินทร เขียวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคารณี จามจวี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและ ความร่วมมือ การค้นหาสภาพการณ์จริงในผู้ป่วย การสร้างพลังการแก้ปัญหาในการดูแลตนเอง สะท้อนความคิด การสร้างเสริมแหล่งของอำนาจ การให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยกิจกรรมตามโปรแกรมใน 6 ขั้นตอน จะทำให้แหล่งพลังอำนาจต่างๆผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น ดังนี้

1. การค้นหาสภาพการณ์จริงในผู้ป่วยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถกำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นความคิดในด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีอยู่ในตนเอง โดยมีพยาบาลสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยประเมินแนวทางในการดำเนินชีวิตตามทักษะหรือมุมมองของผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง (Miller, 1992) จะทำให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความเข้มแข็งทางจิตและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา และใช้เวลาว่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลแนะนำตัว ให้ข้อมูลเบื้องต้นในการดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือจากผู้พยายามฆ่าตัวตายทำให้เกิดความคุ้นเคยกัน รู้สึกไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและ สามารถพูดคุยให้บุคคลอื่นรับรู้ความคิด ความรู้สึกต่างๆของตนเองทำให้ความขัดแย้งในใจหรือความคับข้องใจลดลง (ครุณี เลิศปรีชา, 2545) มีผลทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการสื่อสารมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น

3. การสร้างพลังในการแก้ปัญหาการดูแลตนเองโดยการสะท้อนความคิด ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถทบทวนเหตุการณ์ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงและเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับจะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมาพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Gibson, 1995 อ้างในสรินทร เขียวโสธร, 2545) ส่งผลทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจปัญหาและอุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และสามารถเผชิญปัญหา เติบโตเหล่านั้นได้



4. การสร้างเสริมแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ และมีแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก (คารณี จามจรี, 2545) ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนา รู้จักตนเอง การดูแลตนเองทั่วไปและจิตวิญญาณ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม

5. การให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง เป็นการสร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายสามารถวิเคราะห์ปัญหา นำความรู้ไปแก้ไขปัญหาดตนเองได้ พยายามช่วยส่งเสริม สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ สร้างแรงจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้เป็นการสร้างเสริมแหล่งของพลังอำนาจด้านแรงจูงใจ ระบบความเชื่อและด้านอัตมโนทัศน์ด้านบวก เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมตนเอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (De Man, 1995 อ้างใน ครุณี เกศปรีชา, 2545) ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการพัฒนา รู้จักตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปและจิตวิญญาณดีขึ้น

6. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า นำความรู้และคำสอนทางศาสนา มาดำเนินในชีวิตประจำวัน ทำให้สามารถเผชิญปัญหาและมีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ทำให้เพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน

จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของสรินทร์ เชื้อวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าทั้ง 6 ขั้นตอน ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ มีการนับถือตนเองและมีความคิดไปในทางบวก ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสังคม ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่

ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษา ดังนี้คือ  
 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัตถุประสงค์ก่อน - หลังการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลสอยดาว จ.จันทบุรี
2. ประชากร คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระดับต่ำถึงปานกลาง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสอยดาว และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอโรงพยาบาลสอยดาว จ.จันทบุรี
4. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย  
 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ด้วยกระบวนการกลุ่มบำบัด ที่ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูลความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและใช้กลวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยการค้นหาแหล่งอำนาจพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมภาวะสูญเสียอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมซึ่งปรับปรุงจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสรินทร เขียวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล กิจกรรมละ 60 นาทีดังนี้

1. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย (รายบุคคล) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเองให้ข้อมูลเบื้องต้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ผู้ป่วย

ได้เล่าปัญหา ตำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรม สภาวะการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

2. การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ (รายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลโดยการพูดคุยสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

3. การสะท้อนการคิด และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ (รายกลุ่ม) หมายถึง การทบทวนปัญหา การสร้างพลังในการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถ แก้ไขปัญหาตนเอง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทาง วางแผนและประเมินผลในการ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร (ราย กลุ่ม) หมายถึง การ สนับสนุน โดยการให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแล ตนเอง เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจให้ กำลังใจผู้ป่วย

5. ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง (รายกลุ่ม) หมายถึง การส่งเสริม ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และทดลองให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแก้สถานการณ์ปัญหาด้วย ตนเองสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

6. การสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (รายกลุ่ม) หมายถึง การ ทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วร่วมกับ พยาบาล สร้างกำลังใจและแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ที่ยกเลิกฆ่าตัวตายยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง จัดการกับสภาพปัญหาด้วยมั่นใจ

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ที่มีพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตายริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย และ จิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ซึ่งครอบคลุมการดูแล ตนเองด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ที่ยกเลิกฆ่าตัว ตายกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย ให้สามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การ รับประทานอาหาร และน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรมการผ่อนคลายความตึง เครียดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ที่ยกเลิกฆ่า ตัวตายกระทำตามหลักความเชื่อของศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว การกระทำ งามดี เพื่อสร้างศรัทธาเสริมแรงด้านจิตใจ ทำจิตใจให้สงบ

3. การพัฒนาผู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงศักยภาพ รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้ และรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน

5. การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในการพัฒนา วิธีการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจ หรือความทุกข์ใจ หรือการสูญเสีย ซึ่งบุคคลไม่อาจหลีกเลี่ยงในการดำรงชีวิต

6. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อรักษาสัมพันธภาพกับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด กิจกรรมที่กระทำเพื่อให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและความพยายามให้ได้มาซึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเหล่านั้น

7. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของคนในแต่ละวัน เพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

แหล่งพลังอำนาจ หมายถึง แหล่งทรัพยากรภายในตัวบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วยแหล่งทรัพยากร 7 แหล่งตามแนวคิดของ Miller (1992) ดังนี้

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve)

2. ความเข้มแข็งทางจิตและระบบสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

2.1 ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือ ความไม่แน่นอนในแต่ละวัน ทำให้ต้องการการช่วยเหลือเพื่อดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก

2.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม

ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง(self-esteem) การรับรู้ที่ถูกต้องโดย การทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

4. พลังงาน (Energy) ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตาม ศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่าง พลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

5.1 ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือก และ การลงมือกระทำ

5.2 การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมิน ภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่ง ความสมดุลของจิตใจ

6. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้บุคคล รู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง มีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ และพัฒนาความเชื่อมั่น ในตนเอง

7. ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อ ในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา การสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับ ความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่แผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลสอยดาว เนื่องจากบุคคลนั้นมีความคิดและ ลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพราะเกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการ กระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสอยดาว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพต่อไป

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนาบทบาทพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงต่อไป