

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็น การศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลอ่างทอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังต่อไปนี้ คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด โปรแกรม สัมพันธภาพบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.3 การฆ่าตัวตายและผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
2. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 การพยาบาลในโรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาล
 - 2.2 การดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด
 - 4.1 ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด
 - 4.2 แนวคิดเชิงทฤษฎีของสัมพันธภาพบำบัด
 - 4.3 กระบวนการของสัมพันธภาพบำบัด
5. การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) มาจากคำว่า sui ซึ่งหมายถึง self และ cide หมายถึง murder ส่วนในภาษาไทย ใช้คำว่า อัดวิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำผสมจากคำว่า อัดต + วิบาต + กรรม (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538)

อัดต แปลว่า ตัวตน ตนเอง

วิบาต แปลว่า การทำลาย การฆ่า

กรรม แปลว่า การกระทำ

ดังนั้นการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ได้ให้ความหมายของคำแตกต่างกันไป ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ และตั้งใจ

สุกมล วิชาวิพลกุล(2540) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตาย) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้น ๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2531) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องมาจากความรู้สึกหมดหวังในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายและพยายามทำตามความคิดนั้นจนถึงขั้นทำได้สำเร็จโดยไม่ถูกขัดขวาง พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือเป็นแบบหุนหันและเป็นไปได้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

Beck, Kovacs and Weissman (1979) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดๆ ที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในการคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ (Beck, Steer and Ranieri, 1988)

Faberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง เป็นการทำให้ ตนเองบาดเจ็บฆ่าตนเอง หรือเป็นการทำลายตนเอง

Stengel (1977) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการจบชีวิตตนเองหรือตายด้วยน้ำมือตนเองหรือมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง

Department of Preventive Health Service Soldier and Family Support Branch (2003) กล่าวถึงลักษณะการฆ่าตัวตายว่าเป็นหลักฐานที่แสดงถึงความเข้าใจ เจตนา และความตั้งใจในการที่จะหันตนเองเข้าหาความตาย ซึ่งแสดงออกได้ตั้งแต่การมีเจตนาที่ต้องการจะตาย การได้รับแรงกระตุ้นแต่ยังไม่ได้คิดวางแผน และคิดอยากทำร้ายตนเอง แต่มีความตั้งใจเพียงเล็กน้อย

สรุปความหมายของการฆ่าตัวตายคือ การที่บุคคล มีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือทำลายตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้สึกตัว เพื่อก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง

การฆ่าตัวตายโดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การฆ่าตัวตายโดยมีการวางแผนล่วงหน้า (Premeditated suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบว่าอยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง โดยใช้วิธีการรุนแรง ที่มั่นใจว่าได้ผล ซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย

2) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent suicide) มักมีสาเหตุจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตาย โดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่ดี เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้า แต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น การเชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด มักเป็นกลุ่มวัยรุ่น

3) การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (Coercive suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลเพื่อได้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตน เป็นการทำให้ผู้อื่นเกิดความละอาย และเป็นทุกข์ มักพบในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจมีการเขียนจดหมายลาตาย วิธีการส่วนใหญ่เป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการรุนแรง และมักทำสำเร็จในครั้งแรก

4) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Fence suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง โดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และพยายามฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุ โดยไม่ได้อยากตายจริงๆ พบถึง ร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

พฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 5 ประเภท (Barbee & Bricker, 1996) ดังนี้

1) คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดทางอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือทำลายตัวเอง ในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจ หรือการกระทำ

2) ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicidal threats) การพูดหรือการเขียน ที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ

3) แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicidal gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง แต่การกระทำเพื่อที่จะทำให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย

4) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่รุนแรงทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิต หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การแสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบความสำเร็จ และความรุนแรงในการกระทำที่ต่ำ มักจะเรียกว่า Para-suicidal behavior

5) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

- การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ gamma amino butric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก

- ความสัมพันธ์ระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor)

- ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) Sullivan as cited in Barbee & Bricker (1996) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

- ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological factors) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียดต่อบุคคล

หรือสิ่งที่สูญเสีย จะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว เข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง การมีความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รัก ที่ต้องการของผู้อื่น บุคคลที่อาจมีความคิดเช่นนี้ มากกว่าคนทั่วไป เช่นคนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช (ประเวช ดันติพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

3) ปัจจัยทางสังคม (Sociological factors)

Durkheim as cited in Barbee & Bricker (1996) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (Altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคม หรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่น ผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตัวเองจนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เป็นการฆ่าตัวตายตนเองเพื่อประโยชน์ผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจกระทำกระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง

- การฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงตนเอง (Egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัว หรือสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น คนโสดฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคม

- การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (Fatalistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่นการฆ่าตัวตายของนักโทษ

4) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่

- สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ อัตราการฆ่าตัวตายจะสำเร็จน้อย (Hoyer&Lund, 1993 ; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998) ส่วนเพศหญิงและชายที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยก อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้สูง (Hulten & Wasserman, 1992 ; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998) บางกรณีจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้น (Schmidtke et al., 1996) ดังนั้นสถานภาพสมรสแบบต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ต่อกันเพียงใด มีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปติวุฒ และศิริเกียรติ ชันดิลิก, 2541)

- ประวัตินุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมากกว่าเป็น 4 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Malone et al. as cited in Hauenstein, 1998)

- การสื่อสาร ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีนั้น จะมีการสื่อสารที่ชัดเจน และตรงสู่บุคคลเป้าหมายที่ต้องการสื่อ ถ้าการสื่อสารคลุมเครือ มากเท่าไร ก็จะทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี การสื่อสารที่ใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การดูค่า และการสื่อสาร ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การพูดเสียดสี เหน็บแนมในช่วงภาวะวิกฤติของบุคคล จะเป็นตัวกระตุ้น หรือส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

- บทบาท ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม มีการมอบหมายบทบาท และหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพร้อมกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง มีการประสานบทบาทภารกิจครอบครัว ดำเนินไปอย่างเหมาะสมไม่เกิดการฆ่าตัวตาย แต่ถ้าไม่ได้ปฏิบัติบทบาท หน้าที่ หรือควบคุมระบบอย่างเหมาะสม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น คู่สมรสที่แยกกันอยู่ (ธนู ชาติชนานนท์, 2534) การถูกบิดา มารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรพรรณ หนูแก้ว, 2541) การปฏิบัติตามบทบาทครอบครัวไม่เหมาะสม การถูกละเลยในวัยเด็ก ขาดการดูแลเอาใจใส่ (ทัศนีย์ ดันทวิวงศ์ และคณะ, 2542) ดังนั้นการที่ครอบครัวสามารถมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพจิต ให้มีความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

- การสนองตอบทางอารมณ์ จากผลรายงานการวิจัย (สมหมาย เลาหะจินดา และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2534) ศึกษาลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น กลุ่มอายุ 15-19 ปี จำนวน 1184 คน พบว่า วัยรุ่นที่พ่อปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่พ่อละเลยไม่เลี้ยงดูในลักษณะที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญ มี 3 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับลูกจนรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า การทำกิจกรรมร่วมกับลูกบ่อยๆ ส่วนลักษณะการเลี้ยงดูของแม่มี 5 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นลูกเสมอ เป็นห่วง เป็นใยลูกตลอดเวลา เอาใจใส่ถามทุกข์สุขลูกเป็นประจำ ให้ความสำคัญสนทนากับลูก และคอยสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อลูกมีปัญหา

- ความผูกพันทางอารมณ์ จากการศึกษางานวิจัย (นชพร อธิธิวิสุกุล และจินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ, 2539) ศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จากข้อมูลในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50 เกิดจากความผูกพันและความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ครอง บุคคลในครอบครัว และส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื้อรังในชีวิตอยู่แล้ว โดยเป็นเรื่องของความ

ผูกพันและความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น การทะเลาะตบตี ไม่พอใจในนิสัยของคนในครอบครัว

- การควบคุมพฤติกรรม จากการศึกษาวิจัยหลายๆ ท่าน พบว่าเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ การถูกบิดามารดาลงโทษ (อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) การมีแบบแผนการเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละเลย มีการเขียนตีรุนแรง และดูค่า (ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ, 2542)

- การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว

1.2 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

สภาพสังคมปัจจุบัน จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปจะไม่ค่อยเอื้อให้คนได้ผ่อนคลาย แต่มักผลักดันให้คนเกิดความเครียด เพราะเป็นระบบสังคมที่มีการแข่งขัน แข่งชิงกันสูง (พระธรรมปิฎก, 2541) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ชีวิตเต็มไปด้วยความคับแค้นใจ เร่งรีบและดิ้นรนด้วยวิธีการต่างๆ ต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว ทั้งที่คาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและเกิดความถดถอยในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เหตุการณ์สูญเสีย การหย่าร้าง การตกงาน เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องสูญเสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่าความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ถ้าความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อในระดับสูง บุคคลจะรู้สึกอึดอัดตกทุกข์ได้ยาก เกิดเป็นภาวะวิกฤตที่บุคคลพยายามแก้ไข แต่ไม่สามารถแก้ไขได้ วิธีที่เคยใช้ปรับตัวกลับใช้ไม่ได้ผล เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545: ปรีศ กิตติธีระศักดิ์, 2547)

สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะได้รับความกดดันต่างๆ ที่เกิดเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลจนเสียสมดุลทางอารมณ์ จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา บุคคลมักจะมองว่าการฆ่าตัวตาย

เป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกลบค้ำจากปัญหาจนทนไม่ได้หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ถึง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ

1.3 การฆ่าตัวตายผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย หากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต ดังนั้น การพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการ ที่ซับซ้อนกดดัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป โดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิต อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบ เนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย นำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

1.3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธตนเองที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆ ตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้าอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปและถูกปฏิเสธจากสังคม เพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจและการเสนอข่าวของสื่อมวลชน เกิดความตึงเครียดเกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากมีการตำหนิบุคคลบางคนในครอบครัว (Lee & Watson, 1993: Van Donger, 1990)

1.3.3 ผลกระทบต่อสังคม เป็นภาระของสังคม อาจเกิดปัญหาติดสารเสพติด อาจก่อคดีลักทรัพย์ อาชญากรรม เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1.3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากความพิการ เพราะประกอบอาชีพไม่ได้ บางครั้งความพิการที่เกิดขึ้นถูกสังคมชักถามบ่อยครั้ง จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยไม่ได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกทางลบได้ง่าย และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หหมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ โดยประมาณ 40 % จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10 % มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (A.J.F.M. Kerkhof, 1994; Garrison et al. 1991; Pfeffer et al. 1994; Schmidtke et al., 1996; ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996: อุมพร ตรังคสมบัติและอรวรรณ หนูแก้ว, 2541)

2.บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.1 การพยาบาลในโรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและแกนนำชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ ทั้งการบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1) ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้อง ให้ยา Anti-dose และรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน

2) เมื่อรักษาอาการทางกายเสร็จสิ้น ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรอง

- ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ควรมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษา กรณีไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้คำแนะนำต่างๆ ไป และนัดมา Follow Up ต่อหลังจากกลับบ้านไป 2 สัปดาห์

- มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ โดย รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา ให้คำปรึกษา เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up และส่งต่อพื้นที่ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการติดตามเยี่ยม

สรุป สำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายนั้น รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย และแก้ไขปัญหาที่รีบด่วน เช่นการล้างท้อง การให้ยาและให้คำปรึกษา โดยอาศัยระบบการบริการ ที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในรูปแบบการดูแลที่รับไว้รักษาและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยม ต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up พร้อมทั้งแจ้งแหล่งช่วยเหลือฉุกเฉินที่สามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา

2.2 การดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรตระหนักเห็นความสำคัญ รู้และสามารถสังเกตสัญญาณเตือนที่เขาเหล่านั้นแสดงออกมา ให้ความเข้าใจและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย นอกจากนี้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน ลึกซึ้ง ซึ่งต้องอาศัยทั้งศาสตร์ และศิลป์ในการให้การช่วยเหลือป้องกัน

หลักการป้องกันและให้การช่วยเหลือ

- 1) แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ ไม่ตำหนิหรือคู้ซ้ำเติม
- 2) ถามถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา
- 3) สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้

- 4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง โดยให้มองข้อดีของตนเอง ความสามารถที่มีอยู่
- 5) ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย ให้ความสนใจในแง่มุมที่เป็นความทุกข์ของผู้ป่วย ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยคนเดียว ให้ครอบครัวหรือเพื่อนมีส่วนในการดูแลและดึงความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม
- 6) เก็บสิ่งต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตาย เช่น ปืน สารเคมี เชือก มีด ของมีคม
- 7) เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หรือพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ
- 8) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคมจิตใจ เช่น โรงพยาบาลสายด้วยสุขภาพจิต 1667

สรุปแนวทางการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย บุคลากรควรมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือ และสิ่งที่ขาดไม่ได้ คือ มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในหน่วยงาน และมีการประสานงานระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

จินตนา ชูนิพันธ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สุมณฑา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความผาสุกในการดำเนิน

ชีวิต ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

สรุปความหมายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตประจำวัน หรืออยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี

3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3.2.1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับ ศรีรัตนาศุภพิทยกุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใด ที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด แต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สรุปได้ดังนี้

1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่างอาจกระทำโดย การจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือก

เผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

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

5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร้จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน และประเมินความสำเร้จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

3.2.2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ได้แก่

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุย แต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึง ความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

3.3.3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคล

มีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา”วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้าน การพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจสำรวจได้โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ

3.3.4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือ เป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว งาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหมาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหได้ด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาก็

เหมาะสมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

3.3.5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ

3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับ กลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3.3.6. การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกุล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ

การมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

3.3.7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพกระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริม และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิอะอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า Endorphin ซึ่งมีคุณสมบัติคล้าย Morphine แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติด Morphine หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (แจก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

3.3 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโชคชะตา (Deman, 1995) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1995) ด้านการติดต่อสื่อสาร จากการศึกษา พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมพร ตรีงคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, & Rotheram-Borus as cited in Eskin, 1995) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams & Davidson, Hof, Brill, Hafner, & Welz as cited in Heikkinen, Aro, & Lonnqvist, 1994) สำหรับในด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น ไม่เชื่อเรื่องฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542)

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งจากแนวคิดที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งในการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมิน ดังนั้น พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จึงประกอบด้วย

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยที่กระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลา การเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้ในขอบเขตทางวัฒนธรรม ความเชื่อ การรับรู้ของตน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ที่พบว่า ภูมิหลัง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยตรง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ใกล้เคียง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

1) อายุ พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่เปลี่ยนไปตามวัย (Orem, 1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกาย และจิตใจสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวัย ในขณะที่บุคคลมีพัฒนาการตามวัย บุคคลจะสังสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและแสวงหาวิธีปฏิบัติหรือกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ตนรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ

2) เพศ เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดปทัสถาน (Norm) เกี่ยวกับพฤติกรรม การแสดงออก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ ข้อกำหนดทางสังคมเหล่านี้ เป็นเสมือนขีดจำกัด หรือเหตุส่งเสริมให้เพศชาย และหญิง มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

3) สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระ เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทำด้วยตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และในสถานการณ์ให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

4) อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่ง ที่มีผลกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัด ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

5) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจ และเสนอแนะซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

6) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญ, 2539)

7) ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับประเพณีผลลัพท์และความคาดหวังการกระทำเฉพาะอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากผลลัพท์ของพฤติกรรมนั้นๆ

8) ความเชื่อด้านศาสนา การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัว ในยามเกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องปลอบประโลมใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

9) ความรู้ Orem (1995) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง บุคคลแต่ละคนจะมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (Clochesy, Breu, Cardin, & Rudy, 1993; Josept, 1980; Orem, 1995)

4. แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด

4.1 ความหมายของสัมพันธภาพบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพบำบัดไว้หลากหลายดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

Peplau (1952) ให้ความหมายโดยอธิบายว่า เป็นกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งเป็นพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล และอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาและต้องการบริการจากพยาบาล กระบวนการนี้ประกอบด้วยระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการ และระยะสุดท้าย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้อีก แต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยนั้น เป็นสัมพันธภาพที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการช่วยเหลือ (Smith, 1986) โดยที่พยาบาลจะต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และกิจกรรมการพยาบาล

ที่ควรให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยป้องกันความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือ และให้การรักษาผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พยาบาลจะเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการยอมรับความเจ็บป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (O'Toole & Welt, 1989)

ทัศนา บุญทอง (2530) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยไว้ ดังนี้

- 1) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และสังคม
- 2) มีลักษณะเป็นการช่วยเหลือ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม
- 3) เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน มีการเริ่มต้น ดำเนินไป และสิ้นสุด ตลอดระยะเวลาต้องมีการประเมินผล มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง

4) พยาบาลผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ โดยได้รับการศึกษาและฝึกฝนจากสถานบันการศึกษาวิชาชีพ

5) สัมพันธภาพดำเนินไปภายใต้กฎระเบียบ และจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล

สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2544) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิต ได้เกิดทักษะชีวิตใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิดทัศนคติ และความรู้สึกที่ไร้เหตุผลอันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคการสื่อความหมายเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดทัศนคติ ความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิต จึงมุ่งแก้ปัญหาทางจิตสังคม ซึ่งพิจารณาจากความต้องการช่วยเหลือของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาสภาวะทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ และการรับรู้ของพยาบาลเป็นเครื่องมือ ให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดอารมณ์ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียง

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพบำบัด หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งในลักษณะวิชาชีพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยพยาบาลนำความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบวิชาชีพ ตลอดจนทักษะในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย มาสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือประคับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีความเข้าใจตนเองและสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

4.2 แนวคิดเชิงทฤษฎีของสัมพันธภาพบำบัด

มโนคติเกี่ยวกับ บุคคล สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการพยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) ดังที่ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529) ได้กล่าวถึงมีสาระสำคัญดังนี้

มโนคติเกี่ยวกับบุคคล คือ พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดผลทำให้เกิดความไม่พอใจ คับข้องใจ เครียด และกังวลใจ โดยที่ความรู้สึกเหล่านี้เกี่ยวข้องกับระดับความปรารถนาที่บุคคลตั้งไว้ และเมื่อบุคคลนั้นจะต้องจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงมีจุดมุ่งหมายในตนเองเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และรู้สึกมั่นคงมากขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมดำรงรักษาดน

มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมนั้นจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกต่าง ๆ สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และครอบครัว เด็กกับบิดามารดา หรือผู้ป่วยกับพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม

มโนคติของภาวะสุขภาพนั้น Peplau (1952) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความตึงเครียดที่มีอยู่ในบุคคลลดลง และพลังงานที่มีอยู่ในตัวได้ถ่ายทอดออกมาในทางสร้างสรรค์ พลังงานภายในของมนุษย์ที่ถ่ายทอดออกมานี้อาจถ่ายทอดเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งเสริมหรือทำลายภาวะสุขภาพที่ดีอยู่แล้วก็ได้ ระดับของสภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับระดับของความวิตกกังวลของบุคคลในขณะนั้น Peplau (1952) ได้เสนอแนะว่า พฤติกรรมที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพดี รวมถึงพฤติกรรมที่สนับสนุนให้บุคคลรู้จักตนเอง และสามารถผสมผสานประสบการณ์ชีวิตของตน ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยก็ได้ ในทิศทางที่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

มโนคติในด้านการพยาบาลนั้น มีจุดมุ่งหมายที่การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสมรรถภาพด้านสติปัญญา และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้นจากเดิมในสภาพที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ในขณะนั้น ซึ่งภาวะสุขภาพสัมพันธอย่างใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การลดระดับความวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดภาวะสุขภาพดีนั้น ขึ้นอยู่กับการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง โดยที่พยาบาลได้กระทำในบทบาทต่าง ๆ 6 บทบาท คือ

- 1) บทบาทของผู้ให้การต้อนรับ โดยพยาบาลจะเป็นผู้เริ่มต้นให้การต้อนรับผู้มารับบริการ และก็รับความรู้สึกในทางบวก ให้ความนับถือ เข้าใจถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้รับบริการ
- 2) บทบาทผู้ให้ข้อมูล พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำตอบแก่ผู้รับบริการในสิ่งที่เขาข้องใจหรือสนใจ

3) บทบาทผู้สอนสุขภาพ คือการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพ

4) บทบาทผู้ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการรักษา เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือตนเอง

5) บทบาทผู้ทดแทน โดยให้การช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการต้องการ

6) บทบาทผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ คือ การช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้สภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ เผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และได้ทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้รับบริการจะเรียนรู้จากพยาบาล โดยผ่านกระบวนการระหว่างบุคคลนี้เอง

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เป็นสัมพันธภาพแบบวิชาชีพที่มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือเป็นสำคัญ โดยมุ่งความช่วยเหลือนี้ให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด มิใช่เพื่อสนองความต้องการให้พยาบาลโดยตรง และมีขีดจำกัดของเวลา มีการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ และมีการสิ้นสุดของสัมพันธภาพ การปฏิบัติการพยาบาลจะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความไว้วางใจ (Trust) และเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal – oriented) เกี่ยวกับการลดระดับของความวิตกกังวลที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

4.3 กระบวนการของสัมพันธภาพบำบัด

กระบวนการระหว่างบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากการมีสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งกระบวนการนี้ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ 4 ระยะดังนี้

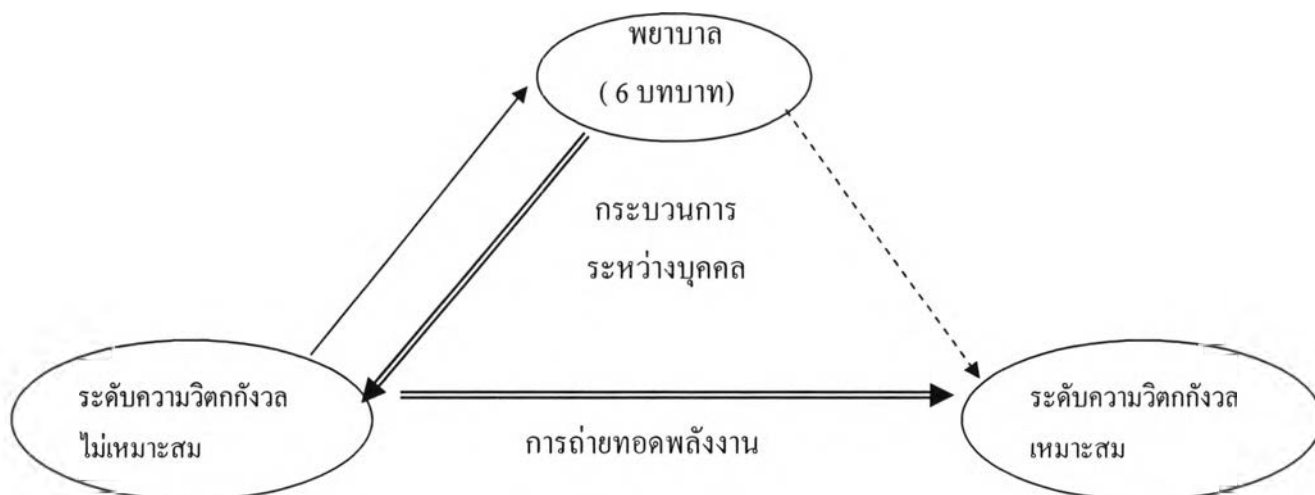
1) ระยะเริ่มต้น เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้โอกาสและเกิดความไว้วางใจในความสามารถของพยาบาลในการที่จะช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้รับบริการได้

2) ระยะระบุปัญหา คือ การที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการระบายความคิด ความรู้สึกออกมา โดยพยาบาลยอมรับ และให้การช่วยเหลือเมื่อต้องการ จะทำให้ผู้รับบริการได้ใช้ประสบการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นประโยชน์ในการปรับตัว หรือเปลี่ยนความรู้สึกของตนรวมทั้งเสริมความแข็งแกร่งของบุคลิกภาพสำหรับตนเอง

3) ระยะแก้ไขปัญหา โดยที่ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลให้มีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ ริเริ่ม และถ่ายทอดพลังงานภายใน หรือความวิตกกังวลด้วยตนเอง

4) ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่ค่อย ๆ ปลดปล่อยตนเองจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล ได้เรียนรู้ถึงการตอบสนองความต้องการของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างอิสระ

ดังนั้นจึงสรุปสาระสำคัญของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) คือ กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแกนสำคัญ 4 ประการ คือ กระบวนการระหว่างบุคคลที่เกี่ยวกับพยาบาล ผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพ ดังรูป



กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

5. การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) และ “โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา” ของพญจจิต วรรณนิทร(2528) ที่พัฒนาแนวคิดของ Hildegard E. Peplau (1952) โดยกระบวนการของสัมพันธภาพนั้นประกอบไปด้วยระยะเริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะสุดท้าย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินสัมพันธภาพ ได้แก่ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้อื่น การยอมรับบุคคลอื่น การเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ที่กล่าวถึงวิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณและการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยในแต่ละกิจกรรมให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปฏิบัติกิจกรรมทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วย กิจกรรมละ 40-60 นาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Self-care behavior) ของผู้ป่วย จึงควรใช้กิจกรรมรายบุคคล เนื่องจากเป็นสนองต่อความสนใจและความสามารถและความต้องการของแต่ละคน ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง สามารถประเมินผลการเรียนรู้ได้ทันทีและง่าย

(สมจิต หนูเจริญ, 2536) โดยในแต่ละกิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขทัศนคติ มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1

1) สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย แบบตัวต่อตัวเพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย โดยพยาบาลพูดคุย แนะนำตนเอง กำหนดข้อตกลง ซึ่งแจ่งวัตถุประสงค์ในการสนทนาและพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ดังนั้นการสร้าง ความคุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นกันเองและไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริงออกมาอย่างชัดเจน และบอกถึงปัญหาที่อยู่ในใจ ให้พยาบาลได้รับรู้เพื่อให้แนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง (เบญจวรรณ นันทชัย, 2534) จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้และ มีความคิดทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ระยะที่ 2

2) การสำรวจและค้นหาปัญหา เป็นการศึกษาถึงภูมิหลังและความเป็นไปของผู้ป่วยโดย พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ได้ระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า รวมทั้งค้นหาสาเหตุของการทำร้ายตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาของตนเอง เพื่อเป็น แนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล ดังนั้น เชื่อว่าการสำรวจและค้นหาปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วย ทบทวนถึง การทำความเข้าใจตนเองว่า เมื่อตนเองเผชิญปัญหา ตนเองเลือกวิธีการเผชิญปัญหา อย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีการนั้น ๆ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จะส่งผลถึงการพัฒนา การรู้จักตนเองของผู้ป่วย

ระยะที่ 3

3) การให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้ใบงาน ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเตรียมตัว เผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจและจัดการกับภาวะวิกฤต ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการ พยายามฆ่าตัวตาย คือการปรับใจไม่ได้ โดยเฉพาะผิดหวังเรื่องความรัก (กิติกร มณีทรัพย์ และ คณะ, 2541) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหากับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ในตนเองพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดได้ตลอดเวลา รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยทนทานต่อความเครียด พัฒนาวิธีการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่าง ปกติสุข

4) การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยพยาบาลให้ความรู้ ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคม ให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่น และกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531) การสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตายนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์ กับตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมหรือชุมชนในการที่จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกัน ดังนั้นการพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้ มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่นก่อน และรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง หรือบอกถึงสิ่งที่ตัวเอง ต้องการกับผู้อื่นได้ทำให้ได้รับความช่วยเหลือได้อย่างทันที่

5) การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยได้แสดง ถึงความรู้สึกของตนเอง ในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร มีความรู้สึก อย่างไรต่อการเจ็บป่วยเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Gibson, 1991 อ้างใน สรินทร เชื้อวโสธร, 2545) และทำให้ ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจตนเองได้ รวมทั้งทำให้มองเห็นถึงข้อดี และข้อเสียของตน ยอมรับ ความคิดเห็นที่แตกต่างเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1996 อ้างใน สุกัญญา พิรวรรณกุล, 2541) และเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้ บุคคลตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (Banduru, 1986)

ระยะที่ 4

6) เตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เป็นครั้งสุดท้ายของการบำบัด โดยพยาบาลสนับสนุน ให้กำลังใจ ประเมินความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง รวมถึง การเรียนรู้และการเสริมสร้างความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจะ สามารถแยกจากพยาบาลเพื่อต่อสู้ หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองได้อย่างมีอิสระ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ

ดังนั้นวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แนวทางที่เหมาะสม แนวทางหนึ่งคือ สัมพันธภาพบำบัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้ใหม่ มีความหวัง แรงจูงใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ศึกษา

เชื่อว่าสัมพันธภาพบำบัดจะสามารถพัฒนาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเองดีขึ้น

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้สัมพันธภาพบำบัด จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

เบญจวรรณ นันทชัย (2534) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อพฤติกรรมพยาบาลและความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความรู้เรื่องทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล แบบวัดความรู้เรื่อง กระบวนการพยาบาลที่ประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau แผนการสอนเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau และแผนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ พบว่า การนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพมาใช้ในแต่ละสถานการณ์ทางการพยาบาลขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรอบอุ้มใจ เป็นกันเองและไว้วางใจ

พวงจิต วรรณนิทร (2528) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช แบบสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ผลของการวิจัยพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยที่ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวมีการเปลี่ยนแปลง ในด้านการมุ่งให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง และเข้าใจพฤติกรรมของตนเองดีขึ้น มองเห็นปัญหาของตนเอง สามารถแก้ไข หรือจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ได้โดยการต่อสู้ปัญหาอย่างมีเหตุมีผล ขอมรับว่าตนมีส่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหาของตนเอง และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น

พวงเพชร โชติยานนท์ (2541) ศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ

ผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยดาวประดับ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามการปรับตัวทางจิตใจ ด้านอารมณ์เศร้า และโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล พบว่า หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายมีการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์ดีขึ้น

หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2539) ศึกษาสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลเป็นครั้งแรกจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย และแบบวัดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ พบว่า สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับดีมาก

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Forchuk and Brown (1989) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Establishing A Nurse Client Relationship) ที่ประเทศแคนาดา โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการในแต่ละขั้นตอน (Phase) โดยหวังผลลัพธ์จากการวิจัย คือ การช่วยสนับสนุนให้พยาบาลได้พัฒนาการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ขั้นตอน (Phase) ของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น (Orientation) ขั้นระบุปัญหา (Identification) ขั้นแก้ไขปัญหา (Exploitation) และขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution) ในแต่ละขั้นตอนนี้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน (Overlapping) และเกี่ยวข้อประสานกันอยู่ตลอดเวลา (Interlocking) เมื่อพยาบาลได้ดำเนินการตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพดังกล่าวแล้ว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาล และต่อผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ เกิดบรรยากาศของความอบอุ่น คุณเคย ความเข้าใจ และไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีต่อพยาบาลในขั้นเริ่มต้น ผู้รับบริการได้บอกถึงปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาด้วยกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการในขั้นระบุปัญหา และผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของ

การแก้ไขปัญหา ในขั้นสุดท้ายคือ ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพแล้วผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และยอมรับในคุณค่าของตนเอง และมีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีผลงานวิจัยดังกล่าวนี้บางส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางกาย ดังนั้น จึงนำเสนอผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใกล้เคียง ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรกคือ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษากลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกการแก้ปัญหามากกว่า

ก่อนการฝึกการแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

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

สมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปได้ว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีผลต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยพัฒนาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) และ “โปรแกรมการ

ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา” ของ พยุงจิต วรรณินทร (2528) ที่พัฒนาแนวคิดของ Hildegard E. Peplau (1952) และแนวคิดการพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) คือ การพัฒนาการรู้จัก ตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณและการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิด ต่อตนเองทางบวก และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

