



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.3 รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
 - 1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.5 การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.5 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.5 การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม
 - 4.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.2 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
6. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ยกเลิกการฆ่าตัวตาย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมาย และ ปัจจัยเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติดีแน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาย่างตรงไปตรงมา

วาริรัตน์ ถาน้อย (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

ธาดา เจริญกุล (2545) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

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

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

Barbee and Bricker (1996) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

จากนิยามข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1.2 ปัจจัยเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย

สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานับประการที่ซับซ้อน

กตตัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป จึงได้มีการอธิบายไว้หลายประการ ดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

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

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

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

ง. Physical and psychiatric illness factors พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมีในระบบประสาทส่วนกลาง จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรพรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998) รวมทั้งผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติด โรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคลมชัก เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; ประเวศ ดันดิพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.1.2.2 Psychological factors ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ ความรู้สึกผิด ก้าวร้าวรุนแรง อับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายนึกมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองสังคมนรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยบางรายนั้นการฆ่าตัวตาย อาจหมายถึง การร่วมประสาณ การเกิดใหม่ การแยกจากที่เป็น การแก้แค้น การตอบโต้และการลงโทษตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวัฒน์, 2542) ซึ่งทฤษฎีที่ใช้อ้างอิงถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ

ก. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) (Freud, cited in Lancaster, 1988) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นบทบาทการทำงานของจิตใจในส่วน

ของจิตไร้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลนั้นได้ จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าว หันเข้ามาทำร้ายตนเอง อันเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Lester and Litman, cited in Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi, and Stefanis, 1994)

ข. ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) เนื่องจากพื้นฐานของแนวคิดนี้ กล่าวว่าการเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มี การแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเกิดการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องมี การแสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ซึ่งแนวคิดพื้นฐานนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่า การเสริมแรง อาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเราส่วนใหญ่จะ ต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะพฤติกรรม การฆ่าตัวตายจึงทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของ Cognitive model หาทางออกของ ปัญหาโดยการเลียนแบบพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรู้มา กลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หดหู่ที่พึ่ง มอง เฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้าย จึงเป็นแรงผลักดันให้นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายขึ้นได้ในที่สุด (Hauenstein, 1998) นอกจากนี้ บุคคล ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลง ความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการ แก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ ตนเองประสบเกิดจากอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995)

ค. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) เชื่อ ว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคล ในชีวิต (Sullivan, cited in Barbee and Bricker, 1996) ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงมักพบใน บุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544)

1.1.2.3. ปัจจัยทางสังคม (Sociological factors) นักสังคมสงเคราะห์ (Durkheim, 1951 cited in Porter, 1997) เชื่อว่า การฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งได้แบ่งออกเป็น

ก. การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับ สังคมมากเกินไป (altruistic suicide) ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสีย

สละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เช่น พระเวียดนามเผาตัวเองในสมัยสงครามเวียดนาม เป็นต้น

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

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

ง. การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ เป็นต้น

1.1.2.4 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

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

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

ค. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่า แยก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมดีจะมีกำลังใจ มีความอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค และช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp, and Brown, 1980) ในคนโสดมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ชาย อายุ 30-39 ปี ตามมาด้วยบุคคลที่ หย่า ม่าย โดย

เฉพาะผู้หญิง อายุ 60-69 (Hikkinen, Isometsa, Martunen, Aro, and Lonqvist, 1995)

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

จ. รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ รายได้จะช่วยกำหนดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม นอกจากนี้บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคมสูงก็จะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคม ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้มากกว่าการดกงาน หรือการมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว (Cambell, 1976) การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee and Bricker, 1996)

ฉ. การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเอง และครอบครัว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ดกงาน ว่างาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ (Heikkinen, Isometsa, Martunen, Aro, and Lonqvist, 1995)

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

ซ. บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม

ใช้วิธีการหนี หลีกเลี้ยง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, and Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995)

ญ. การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักในคุณค่าตนเอง รวมทั้งช่วยจัดการความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย (Cohen and Wils, 1985) แต่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz, cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1994)

จากสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีความเกี่ยวพันกันทั้งหมด ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน หากเป็นผลรวมของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการที่ซับซ้อน กัดค้น ทั้งในจิตสำนึกและไร้สำนึก แต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

1.2 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.2.1 การดำรงชีวิตก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย

สภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน โดยทั่วไปจะไม่ค่อยเอื้อให้คนได้ผ่อนคลาย แต่มักผลักดันให้คนเกิดความเครียด เพราะเป็นระบบสังคมที่มีการแข่งขัน แข่งชิงกันสูง (พระธรรมปิฎก, 2541) ชีวิตเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ต้องดิ้นรน หาทางออกให้กับตนเองด้วยวิธีการต่างๆ บุคคลส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การแข่งขัน แข่งแย่งในเชิงธุรกิจ ความบีบรัดตัวในเชิงเศรษฐกิจและความถดถอยในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรมไทย ปัญหาเหล่านี้รุมเร้าบุคคลตลอดเวลา บั่นทอนทั้งกำลังกาย กำลังใจทุกขณะ อีกทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว ทั้งที่คาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ กังวลใจ จนอาจทำให้บุคคลต้องสูญเสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่าความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข: 3) ถ้าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติภายใต้ความเครียดนั้น บุคคลนั้นถือว่าไม่ตกอยู่ในวิกฤตทางอารมณ์ แต่ถ้าความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อระดับสูง บุคคลจะรู้สึกอึดอัดถูกคุกคาม เกิดเป็นภาวะวิกฤตที่บุคคลพยายามแก้ไข แต่ไม่สามารถแก้ไขได้ วิธีที่เคยใช้ปรับตัวกลับใช้ไม่ได้ผล เกิดเป็นความเศร้าโศกเสียใจ ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุล

ทางอารมณ์จนไม่สามารถปรับตัวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2545; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) ทำให้การฆ่าตัวตายกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ชูทิพย์ ปานปรีชา (2534) กล่าวว่า สังคมเราในระยะหลังเปราะบางมากขึ้น เหตุเกิดมาจากชีวิตในครอบครัวซึ่งเป็นฐานตัวสำคัญที่ทำให้ภาวะจิตใจของคนเรา ในเด็กรุ่นหลังๆ การเลี้ยงดูค่อนข้างย่อหย่อน พ่อแม่ไม่ค่อยมีโอกาสอยู่ใกล้ชิดลูกมากนัก คือไม่มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดในภาวะที่สามารถทำให้ลูกเกิดความอบอุ่น เกิดความรู้สึกว่าเป็นตัวอย่างที่ดี หรือช่วยเขาได้ เด็กต้องไปเชื่อเพื่อน เชื่ออิทธิพลของสื่อมวลชนหรือวัฒนธรรมที่หลั่งไหลมาจากนอกประเทศ ต้องไปอยู่สังคมข้างนอก เวลามีปัญหาจะคิดยอมแพ้ เครียด หาทงออกไม่ได้ จนหาทางออกด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย อาจพบว่ามีกรกระโดดตึก ยิงตัวเอง รับประทานยาและสารพิษ เป็นต้น ดังที่ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์ที่อาจพบได้บ่อยครั้ง

มีไม่น้อยที่คิดว่า ในเมื่อบุคคลนั้นๆ ตัดสินใจที่จะสิ้นสุดชีวิตของเขาแล้ว คนอื่นก็ไม่น่าจะห้ามได้ มักพบว่า แท้ที่จริงของการกระทำนั้น ไม่ใช่ต้องการตาย หากแต่เพื่อหยุดการรับรู้ต่อความทุกข์ใจ ความปวดร้าวที่มี ในขณะที่เดียวกันเป็นการหนีไปจากความทุกข์ทรมานใจ การฆ่าตัวตายอาจดูเป็นเรื่องที่ไร้เหตุผล แต่ก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย มันเป็นวิธีการ เป็นทางเลือกที่เขาใช้ในการแก้ไขปัญหา ผู้ที่ตกอยู่ในความทุกข์ใจอย่างมกนั้น ความคิดหรือมุมมองสิ่งต่างๆ ของเขามักจะคับแคบลง มองไม่เห็นทางออกอื่น นอกจากความสมหวัง หรือความตาย แต่อย่างไรก็ตามพบไม่น้อยที่บุคคลเหล่านี้ มีความรู้สึกสองจิตสองใจ ลังเล อยากอยู่และอยากตายในเวลาเดียวกัน ไม่แน่ใจว่าเขาควรทำอะไรดี เขาอาจมีพฤติกรรมบอกผู้อื่นเป็นนัยๆ เช่น เปรยว่า “คงไม่ได้เจอกันอีก” “มีอันนี้คงเป็นมือสุดท้ายแล้ว” “ชาตินี้ทุกข์นัก ชาติหน้าอาจจะดีกว่า” นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมอื่นๆ อีก เช่น ทำพินัยกรรม ยกของรักของมีค่าให้คนใกล้ชิด หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงกระทันหัน เป็นต้น (ศิริพร จิรวินกุล, 2546) อาจกล่าวได้ว่าเขากำลังร้องขอความช่วยเหลืออยู่ โดยแสดงอาการด้วยภาวะซึมเศร้าเดือนก่อนที่จะกระทำการพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2541) ที่ศึกษาผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 59 มีภาวะซึมเศร้าก่อนการฆ่าตัวตาย 1 เดือน นอกจากนั้นยังระบุว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าก่อนมีประวัติไปพบแพทย์และส่งสัญญาณเตือนว่าจะฆ่าตัวตายก่อนลงมือฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในส่วนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโชคชะตา (De man, 1995) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan, cited in Barbee and Bricker, 1995) ด้านการ

ติดต่อสื่อสาร จากการศึกษา พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมพร ตรีงคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, and Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1994) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพกายดีจะมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่มากกระทบจิตใจ (Hill and Smith, 1990) จากการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ชันดิลก, 2541) สำหรับในด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) เชื่อว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองยึดถือ จะช่วยขัดเกลาจิตใจให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่นไม่เชื่อเรื่องฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่วุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542)

สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะได้รับ ความกดดันต่างๆ ที่เกิดเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลจนเสียสมดุลทางอารมณ์ เขาเหล่านั้นพยายามแก้ไข จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา โดยมักจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาได้อยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ

1.2.2 การดำรงชีวิตภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรเท่านั้น หากกระทำไม่สำเร็จและภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล และมีโอกาสรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้านอีกครั้งหนึ่ง อาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางราย มีความรู้สึกผิดอยู่ในใจที่เป็นผู้สร้างปัญหาให้กับครอบครัว ซึ่งความคิดดังกล่าวก่อให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจนำไปสู่ความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก และยังคงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และประเทษชาติอย่างมาก กล่าวคือ

1.2.2.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิตได้ หรืออาจเกิดผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบ เนื่องจากคัมสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจน หลังผูกคอตาย (วิล เสร้สิทธิพิทักษ์และดวงดา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เสรีา เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุด พบว่าประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent, 1995 cited in Mcdougall, Blixen & Suen, 1997: ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของ จรรยา ธีญญาดี (2537) ที่ศึกษาผลของการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางด้านจิตใจได้ไม่ดีโดยมีความซึมเศร้าอยู่ และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

1.2.2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธตนเองที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆ ตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้าอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปและถูกปฏิเสธจากสังคม เพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ และการเสนอข่าวของสื่อมวลชน เกิดความตึงเครียดเกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากการตำหนิบุคคลบางคนในครอบครัว (Van Donger, 1990; Lee and Watson, 1993) หรืออาจทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เกรงว่าจะมีการกระทำซ้ำอีก จึงต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะแรกๆ อาจต้องหยุดการทำงานมาหากิน เป็นเหตุให้ครอบครัวขาดรายได้ หรือในกรณีที่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้นำครอบครัว และมีบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน เป็นการสร้างผลกระทบทางด้านจิตใจให้กับบุตร เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลว่าจะขาดผู้นำครอบครัว บุตรขาดผู้ดูแล อบรมสั่งสอน และส่งเสียให้เรียนหนังสือเพื่อให้มีอาชีพ เกิดครอบครัวแตกแยก บุตรอาจเป็นเด็กมีปัญหาถ้าพิการ จะเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เถลิณกุล, ชะลอ ชูพงษ์ และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) พบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแล และถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด

1.2.2.3 ผลกระทบต่อสังคม อาจทำให้เกิดการเลียนแบบให้กับผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตได้ (กรรณิการ์ เถาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) เป็นภาระของสังคม อาจเกิดปัญหา

ติดสารเสพติด อาจก่อคดีลักทรัพย์ อาชญากรรม เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1.2.2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากการทำงานเพราะประกอบอาชีพไม่ได้ บางครั้งความพิการที่เกิดขึ้นถูกสังคมชักถามบ่อยครั้ง จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ไม่สามารถลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

1.2.2.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ อาจทำให้ขาดรายได้ ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพิการ หรือถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้นำครอบครัว และมีบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน และขณะนอนโรงพยาบาลต้องเสียเวลา ต้องลงงานเพื่อรักษาตัวเอง และต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ

1.2.2.6 ผลกระทบต่อประเทศชาติ สำหรับประเทศไทยอาจทำให้เป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) โดยเพศชายต้องสูญเสียจำนวนปีเพราะเหตุการณ์ฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร 159,640 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 6 ใน 10 อันดับ ส่วนในเพศหญิง ต้องสูญเสียจำนวนปีเพราะเหตุการณ์ฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร 58,177 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 10 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546)

ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จะพบว่า ประมาณ 40 % จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10 % มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (Kerkhof, 1994; Garrison et al. 1991; Pfeffer et al. 1994; Schmidtke et al., 1996) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983, cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996; อุมพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

อาจสรุปได้ว่าการดำรงชีวิตภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายนั้น มักอยู่ท่ามกลางผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หหมดความหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าที่อาจเรื้อรัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่า การตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้ถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง ที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง (surveillance) โดยการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยต่างๆ ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จนถึงปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา นอกจากนี้ผลจากการพยายามฆ่าตัวตาย ยังเป็นดัชนีชี้

วัดความไม่มีความสุขในสังคมอีกด้วย จนอาจกล่าวได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องเร่งรัดแก้ไขอย่างรวดเร็ว และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

1.3 รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ระยะที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในและต่างประเทศในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้ความรู้หรือให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย มีระบบการดูแลและจัดการในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention) มีรูปแบบ Counselors CARE (C-CARE) and Coping and Support Training (CAST), Cognitive Therapy, Cognitive Behavior Problem solving, Cognitive Behavior Therapy, Rational-Emotive Therapy Interpersonal Group Therapy ฯลฯ

สำหรับในประเทศไทยเป้าหมายสำคัญของนโยบายทางด้านบริการสาธารณสุขต้องการให้ประชาชนมีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ในส่วนของกรมสุขภาพจิต ได้กำหนดเป้าหมายที่ช่วยลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนลงจากเดิม 35.2 ต่อแสนประชากร ให้เหลือไม่เกิน 33.52 ต่อแสนประชากร เมื่อสิ้นแผนฯ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการและแผนงานรวมทั้งเทคโนโลยีในการช่วยเหลือและป้องกัน โดยจัดให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากรทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการให้คำปรึกษา การเจรจาต่อรอง และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โครงการศึกษาเส้นทางการขอรับความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน และยังสามารถจัดทำเทคโนโลยีเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต่างๆ มากมายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือและประชาชนทั่วไป เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม ต้องให้การช่วยเหลือตามระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ ดังนั้น การเฝ้าระวังโดยการประเมินความเสี่ยง ก็จะช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับตัว ดำเนินชีวิตตามปกติได้ และในกรณีที่ผู้มีแนวคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสั้น และมีปัญหาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ก็สามารถให้การช่วยเหลือ โดยการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ญาติ แกนนำชุมชน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมกันดูแลช่วยเหลือ ตามรูปแบบการดูแล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้อง เย็บแผล ทำแผล
2. กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ แพทย์อาจจะต้องให้ฉีด Diazepam 5-10 mg. เข้าหลอดเลือดดำ ถ้าไม่สงบ หรืออาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลจิตเวช
3. เมื่อมีอาการสงบให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้ว พบว่า
 - 3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
 - ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน
 - บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังโดยใช้ รง.506 DS อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up และส่งต่อพื้นที่ ให้การดูแลหรือติดตามเยี่ยม
 - 3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือในแผนกผู้ป่วยใน)
 - 3.2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้วพบว่า
 - 3.2.1 มีภาวะซึมเศร้า ให้ปฏิบัติดังนี้
 - รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา
 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
 - เฝ้าระวังต่อเนื่องร่วมกับใช้แบบ รง. 506 DS
 - วางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up ตามความเหมาะสม
 - 3.2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตให้ปฏิบัติ ดังนี้
 - มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้การปรึกษา
 - ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆ ไป ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่
 - 1.1 มีสีหน้าเศร้าซึม หม่นหมอง ร้องไห้
 - 1.2 เป็นโรคร้ายแรง เรือรัง รักษาไม่หาย
 - 1.3 เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ติดสุรา มีบุคลิกภาพผิดปกติ

ปกติ

2. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

- 2.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ปฏิบัติ ดังนี้

- 2.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ให้การปรึกษา
- ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน
- บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดย

การนัดมา Follow Up ส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการติดตามเยี่ยม

- 2.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเข้าพักรักษาในตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือใน

แผนกผู้ป่วยใน)

- 2.2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

- 2.2.1 มีภาวะซึมเศร้า ให้ปฏิบัติ ดังนี้

- รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา หรือ รับไว้รักษาใน

โรงพยาบาล

- ให้การปรึกษา
- เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up

และส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการติดตามเยี่ยม

- 2.2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตให้ปฏิบัติ

- มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้การปรึกษา
- ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆ ไปที่สอดคล้อง

กับความต้องการของผู้รับบริการ

กรณีผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

1. เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยมีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น
 - 1.1 ผู้ป่วยเรือรัง/ร้ายแรง

- 1.2 สูญเสียอวัยวะกระทันหัน
- 1.3 โรคจิตเวช ฯลฯ
2. ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรอง
 - 2.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ดังนี้
 - 2.1.1 คูว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ฯลฯ
 - 2.1.2 ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษา
 - 2.1.3 ถ้าพบที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้คำแนะนำต่างๆ ไป
 - 2.2 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ดังนี้
 - 2.2.1 รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา
 - 2.2.2 ให้การปรึกษา
 - 2.2.3 เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่า มีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.2.4 วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - 2.2.5 เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up และส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการติดตามเยี่ยม
3. เฝ้าระวังผู้ป่วย ให้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงฯ ทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย

แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน/สถานศึกษา

 1. ผู้นำชุมชน/ครู/อาจารย์ ให้สังเกตคนในชุมชน/นักเรียน ตามหลัก ดังนี้
 - 1.1 ซึมเศร้า หม่นหมอง ร้องไห้เกือบทุกวัน
 - 1.2 มีภาวะสูญเสีย เช่น เสียบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร หรือบุคคลใกล้ชิด
 - 1.3 เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง/ร้ายแรง รักษาไม่หาย
 - 1.4 สูญเสียอวัยวะกระทันหัน/พิการ
 - 1.5 แยกตนเอง ไม่พูดคุยกับใคร ผลการเรียนลดลง
 2. ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าประเมินแล้วพบว่า
 - 2.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินต่อว่า มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด ฯลฯ ถ้าประเมินแล้ว พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษา แต่ถ้าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้คำแนะนำต่างๆ ไป
 - 2.2 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือตามลำดับ ดังนี้
 - 2.2.1 ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2.2 ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2.3 เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ทุก 2 สัปดาห์

สรุปสำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วย และญาติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติมีอิทธิพลในการเฝ้าระวังที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรงและดีที่สุด จึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยทั้งในรูปแบบการดูแลที่รับไว้รักษาและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการให้การปรึกษา ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย

จากการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือ พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ แต่มักพบว่าอัตราของการพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้ลดลงมากนัก ผู้ป่วยยังคงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล หรือมาพบแพทย์ด้วยปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ธีรญาดี (2537) ที่ศึกษาผลของการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางด้านจิตใจได้ไม่ดี โดยยังมีภาวะซึมเศร้าอยู่ หรืออาจพบว่า ผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายหลายรายเมื่อแพทย์ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักไม่มาตรวจรักษาตามนัดทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (เพ็ญศรี พิชัยสมิธ และ ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2539) และการศึกษาของ อมรากุล อินโชนานนท์ (2540) ที่ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในคนไทยและการให้บริการช่วยเหลือในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ พบว่า ผู้ป่วยมักจะหลบหนีออกจากโรงพยาบาลเมื่อคิดว่าอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยขาดการฟื้นฟูสภาพจิตใจ รวมทั้งมีปัญหาในการติดตามเนื่องจากผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนที่อยู่บ่อย หรือญาติไม่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังผู้ป่วยและคิดว่าผู้ป่วยแสวงงกระทำ เพื่อเรียกร้องความสนใจ

นอกจากนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2545) ยังได้มีการประเมินผลโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องการฆ่าตัวตาย พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยและญาติ ปัญหานี้มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและปัญหาอื่นๆ หลายประการ ทำให้แก้ไขได้ยาก เช่น การใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นมีมากขึ้น ส่งผลให้พ่อแม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต มีความทุกข์มากขึ้น หรือผู้ป่วยอาจมีปัญหาและอุปสรรคในการมารับยาตามนัด จากหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีผู้พามา หรือผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่

ต้องการเปิดเผยตนเอง ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพจิต ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาชีพการงาน และไม่ร่วมมืออย่างเพียงพอ นอกจากนี้ปัญหาผู้ป่วยมักจะมีกับญาติ ทำให้การปรับความสัมพันธ์เป็นเรื่องยาก เป็นต้น ส่วนด้านผู้ให้บริการ บุคลากรที่เป็นผู้บริหาร เป็นหัวหน้างาน มักมีโอกาสน้อยในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือบุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีงานประจำอื่นๆ ค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาน้อยในการดูแลทางด้านจิตใจ การให้บริการด้านการให้คำปรึกษาซึ่งใช้เวลานาน หรือการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน พยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยยังขาดความมั่นใจในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรม แพทย์ยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายมากกว่าทางจิตใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษา สถานบริการหลายแห่งยังมีข้อจำกัดด้านสถานที่ ที่จะจัดเป็นคลินิกให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วนสำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ การให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนทำได้น้อยและไม่ต่อเนื่อง บางแห่งยังใช้แบบประเมินคัดกรองฯ น้อย ทำให้ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังขาดระบบจัดการด้านยา ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมักจะส่งผู้ป่วยมาปรึกษาในระยะเวลาที่กระตุ้นชัดเจนไป ผู้ป่วยใกล้จะออกจากโรงพยาบาลแล้ว หรือมีการจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงวันเสาร์และอาทิตย์ ทำให้ไม่มีเวลาให้การปรึกษาที่เพียงพอ เป็นต้น

จากสภาพปัญหาและอุปสรรค อาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ มีความคิดและความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าที่อาจเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำตามมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Wilson and Kneisl, 1996) ดังนั้น รูปแบบการพยาบาลน่าจะต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

1.5 การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยาบาลฆ่าตัวตายถือว่าบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท (Varcarolis, 1998) คือ

- ภาวะวิกฤตในกระบวนการพัฒนา (Developmental or maturational crisis) ได้แก่ ภาวะวิกฤตในการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา แต่ด้านร่างกายจะเห็นชัดกว่า
- ภาวะวิกฤตจากเหตุไม่คาดฝัน (Situational crisis) ได้แก่ ความเจ็บป่วย ตกงาน การหย่าร้าง สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาสำหรับการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการผู้ป่วย ดังนั้น กระบวนการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1.5.1 การประเมิน

จะประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรก รับเป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการพลุกพล่าน มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ สามารถควบคุมตนเองได้ และระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยประเมินได้ ดังนี้

- ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแรงจูงใจต่างๆ โดยการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการตาย และข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยซึ่งเป็นการจำเป็นในด้านการให้กำลังใจ และบุคคลที่จะช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

- ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (Affective) พบระดับความผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยล้า การรับประทานอาหาร การนอน และการดูแลสุขอนามัย โดย พิจารณาว่า ระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

- ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด โดยดูความต้องการการดูแลตนเอง ความแข็งแกร่ง และข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเน้นการประเมินตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการ เรียนรู้การประเมินตนเอง โดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเรียนรู้ในการบ่งชี้ความจำเป็นในการขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพ

- ประเมินครอบครัว/ญาติ ส่วนนี้จำเป็นในด้านการให้กำลังใจ รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือถ้ามีเหตุฉุกเฉิน

1.5.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ กระบวนการ

คิดค้นแปรรูป บุคลิกภาพอ่อนแอ โดยข้อวินิจฉัยต้องสะท้อนให้เห็นถึงภาวะขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือ การขาดการดูแลตนเองเป็นผลมาจากการขาดความรู้ แรงจูงใจ หรือทักษะ หรือการมีสิ่งเหล่านี้ไม่เพียงพอ

1.5.3 การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนการพยาบาลมีทั้ง แผนระยะสั้น เป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และแผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีเป้าหมาย คือ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ค้นหาแรงกดดัน หรือลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักค้นหา หรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1.5.4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะที่รู้ตัวและภาวะไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตา แม้แต่เวลาเข้าห้องน้ำ ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายตนเอง

1.5.4.2 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างความไว้วางใจ โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.5.4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.5.4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการ

ดำเนินชีวิตในสังคม ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้น ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

1.5.4.5 การพัฒนาและฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมถึงฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.5.4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังการจำหน่าย

1.5.5 การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด โดยสามารถนำไปสู่การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ จุดเน้นของการประเมินผลอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก การกระทำ และการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ แรงจูงใจ และทักษะ

โดยสรุป พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษา ประคับประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของตน ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะได้ผลลัพธ์โดยรวม คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ มีความหวัง มีทัศนคติในการดำเนินชีวิตด้านบวก ร่วมมือในการรักษา มีข้อมูลในการหาแหล่งช่วยเหลือก่อนที่จะทำการฆ่าตัวตาย และครอบครัว/ญาติความรู้และเข้าใจผู้ป่วยและมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหากับผู้ป่วย

จากการปฏิบัติจริง พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีงานประจำอื่นๆ ก่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาน้อยในการดูแลทางด้านจิตใจ การให้บริการด้านการให้คำปรึกษาซึ่งใช้เวลานาน หรือการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน พยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยยังขาดความมั่นใจในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย หรือบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรม แพทย์ยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายมากกว่าทางจิตใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษา และมักจะจำหน่ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในเวลา 2-3 วันหลังจากเข้ารับการรักษา จากสภาพปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ มีความคิดและความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาด

แรงจูงใจ หมดความหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าที่อาจเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา

จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาในปัจจุบันที่ให้แกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เน้นการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาด้านจิตวิญญาณแก่ ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกันในเรื่องจิตวิญญาณ การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลคนทั้งคนแบบองค์รวมอย่างชัดเจนนัก หรือมัก จะดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช โดยการศึกษาปฏิบัติการพยาบาลที่มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวชอย่างชัดเจน คือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่มีการทำงานเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน ไม่ได้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นมีการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มีการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ควรกระทำก่อนที่จะให้ความรู้ สอน และฝึกปฏิบัติ

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้มากและให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ดังนี้ Zung (1965) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า จะมีลักษณะอารมณ์เศร้า หดหู่ กระวนกระวาย สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรงโดยไม่มีสาเหตุ

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิดและพฤติกรรมแสดงออกที่เบี่ยงไป

Saligman (1974) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นลักษณะที่แสดงว่า บุคคล หมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเอง ไม่ประสบความสำเร็จ หรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต

Kaplan and Sadock (1989) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า มีความหมายใน 3 ด้าน ด้านแรกเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านต่อมาในทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าจะเป็นคำที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตนเองและความคิดจะเชิงข้างลง และด้านสุดท้ายภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการหรือโรค

Beeber (1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2544) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความผิดปกติประเภทหนึ่งของภาวะทางอารมณ์ (mood disorders) และเป็นภาวะซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนทั้งทางด้าน ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยถ้ามีระยะเวลาการแสดงออกนาน 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป จะถือว่ามีความผิดปกติทางคลินิก

บุญสม กองนิล (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ความรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือความผิดปกติทางอารมณ์ หรืออาการของโรค ที่มีอาการของความเศร้า ความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติของเหตุจูงใจ การรับรู้ในทางที่ผิด ความคิดในด้านลบ และอาการทางกายที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มากขึ้นตามลำดับของความรุนแรงจากน้อยไปมาก

จากนิยามข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

2.1.2 ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าแท้จริงนั้นยังไม่สาเหตุที่แน่ชัด อย่างไรก็ตามจากรายงานการวิจัยต่างๆพบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ผสมผสานกันทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และ สังคมวิทยา ดังนี้

2.1.2.1 ปัจจัยความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological factors)

- ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical factors) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองกลุ่ม catecholamine ซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) (Schildkraut

อ้างถึงใน ชาลินี สุวรรณยศ, 2542) สาเหตุของการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจาก พันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง ที่เกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อน โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty, 1995) และจากการศึกษา พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนิน จะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การหลั่งสาร Monoamine oxidase , dexamethazone และฮอร์โมนจากต่อมไพโรยด์ที่เพิ่มขึ้น ก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย (Gomez and Gomez, 1993) และจากการศึกษาของ Petty and Sensky (1987 cited in Scrutton, 1989) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับของฮอร์โมน Cortisol ที่สูงขึ้นกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

- พันธุกรรม (Genetic transmission) เชื่อว่า ยีนส์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในพี่น้องฝาแฝด พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Beck (1973) ซึ่งให้เห็นว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ๆ กลุ่มของยีนส์ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนในร่างกาย และจะสนับสนุนการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษา พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อ-แม่ พี่-น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5-3 เท่า ความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้นี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่-ย่า ตา-ยาย ลุง-ป้า น้าอา จะลดน้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จากการศึกษาคู่แฝด พบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 60 ในขณะที่โอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 20 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

- Endocrinological Hypothesis การเกิดโรคซึมเศร้าในระยะใกล้หมดประจำเดือน หลังการแท้ง และการคลอดใหม่ๆ ทำให้เกิดข้อสงสัยว่าระดับฮอร์โมนเพศหญิงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า (สุวทนา อารีพรรค, 2535)

2.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีหรือสาเหตุต่างๆ คือ

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้า โศกเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan and Sadock, 1989) การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (self-image)

เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีภาวะอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจ ต่อการสูญเสียนั้นแต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจ ไม่คบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเล เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความโกรธและความรู้สึกไม่เป็นมิตรเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เนื่องจากตนรับรู้ว่า ความโกรธเป็นสิ่งที่ไม่ดี และไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้กลายเป็นคนที่โกรธและเกลียดตนเองเป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ติดตามมาคือเกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนลดลง (low self-esteem) คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีเป้าหมาย และเชื่อว่าตนเป็นคนไม่ดี

- ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

ซัลลิแวน (Sullivan) เชื่อว่า ความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

- ทฤษฎีความสิ้นหวังหรือยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ของ Saligman (cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (helplessness) ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

- ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ Lewinsohn (cited in Wilson, Spence, and Kavanang, 1989) ซึ่งเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (low self esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตแล้ว บุคคลเกิดการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (self-awareness) การคิดที่มุ่งเน้นตนเองมากกว่าคนอื่น (focus on the self) เพิ่มการคิดวิพากษ์ วิจารณ์ตนเอง (self-criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.1.2.3 ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive theory) พบว่า ความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึง

ความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบของความคิดทั้ง 3 ประการ คือ

- รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) เป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นต่อตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ความคิดที่ว่าตนเองไม่สวย ไม่เก่งไม่ดีพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา จึงไม่มีใครรัก อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิด ขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมไม่สามารถทนต่อไปได้อีกแล้ว หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

- รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต ไม่รู้ชีวิตจะอยู่ไปทำไม มีสภาพหมดหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ หมกมุ่นอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและอาจกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Beck, 1967; Fennell, 1989; Hauenstein, 1998)

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีด้านความคิด สามารถให้การช่วยเหลือ และป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะ ทำความกระจ่าง และช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกทดแทน จะเป็นผลให้หวังใจของภาวะซึมเศร้าถูกตัดไป ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck, Rush, Shaw, and Emery, 1979)

2.1.2.4 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคมวิทยา สามารถอธิบายถึงสัมพันธ์ภาพระหว่าง ภาวะจิตใจของบุคคลและวัฒนธรรมทางสังคมวิทยา ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นกระบวนการภาวะของบุคคล ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม โดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม มีแนวโน้มของการเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ โดยผ่านกระบวนการต่อเนื่องในสังคม แนวคิดในทางมนุษยวิทยา ชี้ให้เห็นว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความคิด และพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดนี้สนใจความเป็นบุคคล พัฒนาการของวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลง รวมถึงรูป

แบบพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มบุคคล แกนหลักของหลักการทางมนุษยวิทยา คือการแลกเปลี่ยนความเชื่อ และคุณค่าของวัฒนธรรมที่ให้ความหมายต่อบุคคลในชีวิตประจำวัน

ความเข้าใจพัฒนาการของอาการเจ็บป่วย และการตอบสนองของบุคคล ต่อการเจ็บป่วย ต้องการความเข้าใจพื้นฐานของวัฒนธรรมทางสังคม เนื่องจากการแสดงออกและการให้ความหมายของอาการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล วัฒนธรรม และสังคมสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น การแสดงออกของอาการเจ็บป่วย และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลต่างวัฒนธรรมอาจแตกต่างกัน ลักษณะการแสดงออกนี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้โดยง่าย ในการพัฒนาการของการเจ็บป่วย อาทิเช่น การพัฒนาและการแสดงออกของโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคล 3 ลักษณะ คือความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อสภาพแวดล้อม และความคิดทางลบต่อสภาพการณ์ในอนาคต กล่าวคือการรับรู้ตนเองในแง่ลบ มีผลต่อกระบวนการบิดเบือน ซึ่งความคิดต่อตนเอง ได้แก่ ความคิดที่ว่า ตนเองไม่ดีพอ ไม่เก่ง ไม่สวย ดังนั้น จึงไม่มีใครรัก ส่วนการรับรู้สภาพแวดล้อมในแง่ลบ ได้แก่ ความคิดที่ว่า โลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกและสภาพแวดล้อมในแง่ร้าย ดังนั้นจึงไม่สามารถทนได้อีกแล้ว และการรับรู้สภาพการณ์อนาคตในแง่ลบ ได้แก่ ความคิดในแง่ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ทำไม มีสภาพหมอดหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ หมกอนาคต เป็นต้น ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหา หรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้ จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา

2.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า

มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมายตามค่านิยม และสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ได้มีผู้ที่พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับการประเมิน โดย Matson (1993) ได้รวบรวมแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

2.2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) ต่อมาในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ เพื่อตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและ

อาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออก แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกๆ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยิ่งผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Onega and Abraham (1998) พบว่าไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิดและจิตวิญญาณได้

2.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย และจิตใจ (psychomotor disturbance) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 4 แบบประเมินจะแบ่งข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ อย่างสลับๆ กัน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น .73 ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม ในระยะหลัง แบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2.2.3 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน ในช่วงที่มีการพัฒนาเครื่องมือนี้นี้ Radloff สนใจในภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงตลอดเวลา แบบประเมินไม่ได้รวมอาการแสดงที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ในเรื่องรับประทานอาหาร หรือการหลับ ความกระวนกระวาย หรือความคิดจะฆ่าตัวตาย เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงและรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมิน ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน โดยถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต

อย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.2.4 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1967 แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์ จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามความซึมเศร้าของ Beck ทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ มีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยมากกว่า 25 ปี สามารถใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในประชาชนปกติทั่วไป

2.2.5 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Montgomery and Asberg ในปี ค.ศ. 1979 จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้มี 2 ประการ คือ เพื่อใช้วัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็ทั้งจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0, 2, 4 และ 6 คะแนน การให้คะแนนจะประกอบด้วย การสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย เช่น อารมณ์โศกเศร้าจะแสดงออกทางคำพูดหรือสีหน้าและท่าทาง จากการศึกษาหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .76 ถึง .95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยการให้คะแนนแบบประเมินง่าย ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินนี้สั้น และไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาในการประเมิน

2.2.6 Raskin Scale or Three-Area Severity of Depression Scale สร้างโดย Raskin ในปี ค.ศ. 1988 สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้

เข้าร่วมในการศึกษาในกลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่าง คือ ประเมินด้านประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ 1 ถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ในผู้ป่วยนอกจำนวน 86 ราย แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คาดคะเนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมีความเที่ยงตรงสูง แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory (BDI) ในการประเมินภาวะซึมเศร้าให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบประเมินซึมเศร้านี้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายในการบันทึกเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรู้คิด และสุขภาพจิตของภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (Beck, 1967) หัวข้อใน BDI มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อ และมีความน่าเชื่อถือสูงในช่วงเวลาสั้น และมีความสัมพันธ์อย่างดีกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จัดลำดับในทางคลินิก (Chan, 1991) มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัยมากมาย เช่นลัดดา แสนสีหา (2536) ได้ทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 นอกจากนี้ ทมาภรณ์ บูรณสมภพ (2547) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ยังเป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและสามารถประเมินซ้ำได้

2.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มักมีความท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ หมดความหวัง ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ จึงต้องการทำลายตนเอง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะแรกๆ จะมีความรู้สึกลึกลับ อยากอยู่ และอยากตายในเวลาเดียวกัน บุคคลมักจะแสดงสัญญาณบางประการให้คนใกล้ชิดคิดว่า จะฆ่าตัวตาย สัญญาณนี้อาจเป็นคำพูด หรือการกระทำ ทั้งที่เป็นทางตรงหรือทางอ้อม เช่น พูดตรงๆ ว่า “อยากตาย ไม่อยากอยู่ต่อไปอีกแล้ว” หรือ “จะทำยังไงถึงจะตายๆ ไปเสียได้” บางคนใช้คำพูดอ้อมๆ เช่น “ตายแล้วอะไรน่าจะดีขึ้น” หรือ “ชาตินี้ทุกข์นัก ชาติหน้าอาจจะดีกว่า” นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมอื่นๆ อีก เช่น ทำพินัยกรรม ยกของรักของมีค่าให้คนใกล้ชิด ไม่รับประทานอาหาร หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงกระทัน

หัน เช่น กลับมาสดชื่นรื่นเริงผิดปกติ เป็นต้น (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความคิด และพยายามฆ่าตัวตาย โดยเป็นสัญญาณเตือนที่ทำให้รู้ว่าบุคคลนั้นอาจตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย

มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder จำนวน 25-50 % เคยพยายามฆ่าตัวตาย และ 15% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดที่มีอาการหลงผิดร่วมด้วย (Delusional Major Depressive Disorder) มีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็น 5.3 เท่า ของผู้ที่ไม่มีอาการหลงผิด (Black et al., 1988) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย มีรายงานว่าจากการศึกษาผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่จังหวัดเชียงใหม่ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2539 ถึง เมษายน 2540 จำนวน 241 คน โดยเป็นผู้ชาย 212 คน ผู้หญิง 29 คน พบว่าร้อยละ 59 มีภาวะซึมเศร้าก่อนการฆ่าตัวตาย 1 เดือน โดยมีอาการแสดงออกเรื้อรังลำดับจากมากที่สุดเป็นดังนี้ บ่นเบื่อ คูมีอารมณ์เศร้าหดหู่ อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง นอนไม่หลับ พุดน้อยลง พุดช้าลง ไม่สนใจ หรือไม่ยอมทำสิ่งที่ตนเคยชอบหรือพอใจ ดำเนินตนเอง มองตนเองในแง่ไม่ดี หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวาย รับประทานอาหารไม่ได้ (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

นอกจากนั้นในรายงานเดียวกันนี้ ยังระบุว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าก่อนไปพบแพทย์ และส่งสัญญาณเตือนว่าจะฆ่าตัวตาย มีจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า จึงสามารถสรุปได้ว่าบุคคลใช้ภาวะซึมเศร้าสื่อว่าอาจตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า มิได้เกิดเฉพาะที่มีอาการซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วม (comorbid) ตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; อุมพร ตรงค์สมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2535; Chaput et al., 1998) ดังนั้นหากบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพได้ ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบทางตรง ได้แก่

- ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่มีลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ฆ่าตัวตาย ซึ่งในการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการทำนายการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell and Brent, 1995, cited in Mcdougall, Blixen and Suen, 1997)

- มีการหลงลืม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าสมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำจะเสื่อมลง จำอะไรไม่ค่อยได้

- ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจาก สารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย และพบว่าผู้หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิตจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ตามธรรมชาติ (natural killer cell)

2.4.2 ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

- ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากอาหาร หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารรุนแรง สุดท้ายนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าจุดนี้เองที่เป็นวัฏจักรความชั่วร้ายของภาวะซึมเศร้า

- ความเจ็บป่วยรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วย จะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้การมีชีวิตอยู่สั้นลง เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Caine and Olsen, 1990)

- อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวที่ลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

- สภาพร่างกายทรุดโทรม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความอยากลำบากในการนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายมีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมา

- สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลนั้นจะแยกตัวเอง สนใจต่อบุคคลอื่นลดลง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ และพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลทำให้ไม่ยอมรับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

- ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และมีความบกพร่องในการพูด

จากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และ

พฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผลกระทบด้านความคิด ก่อให้เกิดความยากลำบากในการคิด ตัดสินใจ มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง ซึมเศร้า เบื่อหน่ายหรืออารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว ผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย การนอนผิดปกติ น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจึงควรได้รับการป้องกันและแก้ไขก่อนที่จะอาจจะตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

2.5 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการพยาบาลจะช่วยทำให้พยาบาลมีทิศทางในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาสำหรับการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการผู้ป่วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543: 131-135) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ความผิดปกติทางอารมณ์ มีผลกระทบต่อบุคคลในด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ หลายประการ ขึ้นกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้นโดยมีอาการตั้งแต่เกิดชั่วคราว จนถึงอาการรุนแรงมาก พยาบาลควรต้องให้การสังเกต การพูดคุยกับผู้ป่วย และการสอบถามจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆ นำมาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลวินิจฉัยตามความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านร่างกาย ตามสภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย

3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ด้านร่างกาย

- 3.1.1 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกิจกรรมประจำวัน
- 3.1.2 กระตุ้นผู้ป่วยและจัดอุปกรณ์ให้พร้อม
- 3.1.3 กระตุ้นและบันทึกพฤติกรรม ปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ

3.1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3.1.5 จัดสภาพแวดล้อมให้ได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3.1.6 ต้องคอยดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเจ็บป่วยทางกาย

3.1.7 ติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาอารมณ์เศร้า

3.1.8 ประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง

3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

3.2.1 เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูด หรือระบายความรู้สึก

3.2.2 ให้ความเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย โดยการยอมรับและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยได้แยกแยะ ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ให้แรงเสริมเมื่อผู้ป่วยพูดถึงตนเองในด้านดี

3.2.4 จัดกลุ่มกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก

3.2.5 แสดงท่าที่เป็นมิตร ใจเย็นในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย

3.2.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด ต้องระวังการฆ่าตัวตาย

3.3 ด้านสังคม

3.3.1 ควรกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยคนอื่นๆ ควรจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง

3.3.2 จัดให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมจะได้ลดการหมกมุ่นตน จัดเวลาสำหรับปฏิบัติกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ

3.3.3 การเรียนรู้ทักษะทางสังคมบางอย่าง เช่น สัมพันธภาพ

3.3.4 จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อให้มีส่วนร่วมช่วยเหลือ

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2544: 173-178) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ไว้ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับของอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (Affective) พบระดับความผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยล้า การรับประทานอาหาร การนอน และการ

ดูแลสุขอนามัย โดย พิจารณาว่า ระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนด เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความ เสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การ ดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำ หน้าที่ต่างๆ เสีย กระบวนการคิดค้นแปร บุคลิกภาพอ่อนแอ

3. การวางแผนการพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาล มีทั้ง (1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการ พยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มี พฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ (2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุม สถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ จะ สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจใน ตนเองและคุณค่าแห่งตน

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้าย ตนเองสูง ทั้งในภาวะที่รู้ตัวและภาวะไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตา

4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยราย บุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความ คับข้องใจ

4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการ ปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม

4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหาภายหลังการจำหน่าย

5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

สวณีย์ เกียรติงิ้วแก้ว (2545: 172-175) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย

ประเมินสภาพทั่วๆ ไปและอาการของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้ อารมณ์แสดงที่ผิดไปจากปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน เช่น ข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง ข้อมูลจากญาติ ข้อมูลจากการสังเกตขณะให้สัมภาษณ์ และจากการบอกเล่าของทีมพยาบาลเวรอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกิดจากอาการที่เห็นและความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองแปรเปลี่ยน ไม่มีพลังอำนาจในตนเอง เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล เป็นการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามข้อวินิจฉัยพยาบาลในข้างต้น แผนการพยาบาลบางแผนสามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาสั้น แต่แผนการพยาบาลบางแผนต้องใช้ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว ในเรื่อง ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยมีการรับรู้ในคุณค่าตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น เห็นความสำคัญตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเองได้

4. การปฏิบัติการพยาบาล

4.1 ทีมพยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกัน จำเป็นต้องประชุม ทีมพยาบาลเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ หาวิธีการที่จะทำให้แผนการพยาบาลเป็นไปตามแผน

4.2 จัดให้มีพยาบาล 1 คนที่เป็นพยาบาลผู้ทำหน้าที่จัดบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้เวลาเพื่อรับฟังปัญหา ช่วยเสริมสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยใหม่

4.3 ช่วยผู้ป่วยให้เสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ด้วยการให้หัดตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับตนเองก่อน ไม่ตัดสินใจให้ผู้ป่วย

5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยพยาบาลแต่ละข้อ ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นกว่าเดิมเมื่อแรกเข้าโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง เขียนบรรยายอาการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้

สรุปได้ว่า ในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษาปรึกษาประคับประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากร ภายใน และภายนอกของคนที่อยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดปัญหาซึมเศร้า

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.1 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ และป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง มีผู้สนใจศึกษาและอธิบายความหมายไว้หลายประเด็น เช่น

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริม คุณค่าแห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้อีก

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

สมจิต หนูเจริญ (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนไว้ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และ พัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งใจริเริ่มกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยกระทำอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การดูแลตนเองในแนวคิดของ Orem มีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อปรับหน้าที่หรือเพื่อป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการ นอกจากนั้นแล้ว บุคคลยังเป็นเจ้าของตนเอง จึงมีสิทธิที่จะรับรู้สภาพของตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่า บุคคลที่สามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ

2. ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ หรือระยะดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้น จะคิดเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่รู้สึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ดังนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลก็ย่อมแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีโครงสร้าง 3 ระดับ อันประกอบไปด้วย

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ คือความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

Nursing Development Conference Group กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

- 1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับการดูแล (Estimative operation)
- 2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำได้ สิ่งที่ต้องกระทำและจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Transitional operation)
- 3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Productive operation)

สรุปว่า การที่บุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะต้องกระทำอย่างจงใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญาของตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการ

ที่จะแยกความสามารถในการดูแลตนเองออกเป็นรายด้านทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจนั้นทำได้ยากมาก เพราะบุคคลคือหน่วยเดียวแยกจากกันไม่ได้ แต่มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อสวัสดิภาวะของตน ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้นั้น จะต้องกระทำควบคู่กันกับกิจกรรมการส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจ

3.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

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

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

สรุป ความหมายสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติและเมื่อมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตใจ

3.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นทักษะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบไปด้วย

Hill and Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 2 ส่วน คือ

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

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

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

- การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การมีปฏิภริยาร่วมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ มีความต้องการ และอยู่อย่างปกติ

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

ก. การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิตซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ข. การดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา หรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระดับการศึกษา แนวทางการปรับตัวเข้าสังคม เป็นต้น

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลักษณะของการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลจากแนวคิดต่างๆ และได้กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Hill and Smith (1985) ที่มีองค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป และ แนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่มีองค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาใช้เป็นแนวคิดในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ จึงขอนำเสนอองค์ประกอบ ดังนี้

3.2.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง (ทัศนาศูญา, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน แคมป์เบล (Cambell, 1980 cited in Stuart & Sundeen, 1987) พูดยถึงการรู้จักตนเองไว้ 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านกายภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านปรัชญา

บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) สอดคล้องกับ ศรีรัตนาศูญาพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

3.2.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพคือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร รับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เรวดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2536) การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพราะปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต ลักษณะ

ต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจเมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534)

การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989)

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลา ทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531)

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3.2.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำรงชีวิตส่วนตัว และด้านวิชาชีพ ทุกคนต้องบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นด้วย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

3.2.2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับบทบาทใหม่ เป็นต้น

- ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ

การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

3.2.2.5 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง รวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen and Willis, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทา ความรุนแรงของปัญหา

3.2.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทาง ในการดำเนินชีวิตเพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใส และเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุขสงบสามารถแก้ไขปัญหาวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอม

รับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

3.2.2.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาแล้วองค์ประกอบดังกล่าว ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วนๆ ได้

3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ภายในขอบเขตทางวัฒนธรรมของตน (Orem, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ใกล้เคียง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พอสรุปได้ดังนี้

3.3.1 เพศ ในแนวคิดของ Orem (1991) เพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ในสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระและด้านค่านิยมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองและการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

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

3.3.3 สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ ทั้งทางด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระ เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนใหญ่กระทำด้วยตนเอง (Orem, 1991) ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และในส่วนของให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

3.3.4 อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่ง ที่มีผลกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ข้อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) โดยพบว่า ประชาชนภาคกลางที่มีอาชีพรับราชการ และรับจ้าง จะมีการดูแลตนเองด้านจิตใจดีกว่า กลุ่มประชาชนที่มีอาชีพงานบ้านและเกษตรกรรม

3.3.5 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) อีกทั้งความรู้ทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคล ครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการโดยตรง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson and Steiger อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ได้ศึกษาประชาชนไทยภาคกลางที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

3.3.6 การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ข้อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจและเสนอแนะซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 1991) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

3.3.7 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีรายได้ และสถานภาพทางสังคมสูง อาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง (Orem, 1991) และรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความ

สามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วังวิเวก (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

3.3.8 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

3.3.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับประเมินผลลัพธ์และความคาดหวังการกระทำเฉพาะอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นๆ

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

3.3.11 ความรู้ Orem (1991) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง บุคคลแต่ละคนจะมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (Joseph, 1980; Orem, 1991)

สรุปได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานข้างต้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น การตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว และปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลได้สำนึกในคุณค่าของตนเอง (Self esteem) มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self knowledge) มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ (satisfying interpersonal relationship) และสามารถจัดการกับความเครียด (stress management) และในการสร้างเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม สิ่งสำคัญพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอาศัยวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

3.4 การประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดเป็นหมวดหมู่จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ดังนั้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) โดยได้สร้างแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน การพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของ Hill and Smith (1990) และนำเอาการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่พัฒนามาจาก แนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (1985) สำหรับด้านจิตวิญญาณจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษาความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทยโดยเรียกว่า เป็นการ ดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวแล้ว จะพบว่า ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้

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

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 60 การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระดับต่ำ

ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมาย และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของเทคนิคการปรับพฤติกรรม (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2536) ซึ่งการประเมินพฤติกรรม มีวิธีการดังนี้

วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

- การสังเกตพฤติกรรม
- การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง
- การวัดผลที่เกิดขึ้น
- การวัดทางสรีระ

วิธีการประเมินโดยอ้อม ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์
- การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น
- การรายงานตนเอง

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยอ้อม โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ และ ดร.ฉวีเลิศปรีชา (2545) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และ นวพร จิรังกร (2547) ที่ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 นอกจากนี้การศึกษาของธนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งพบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

3.5 การสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

แม้ว่าบุคคลแต่ละคนจะพัฒนาแบบแผนและวิธีการดูแลตนเองเฉพาะตน แต่ก็ยังมีทักษะบางอย่างที่เป็นทักษะทั่วไปซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาและการดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นทุกด้าน ทักษะดังกล่าวนี้เป็นทักษะโดยทั่วไปที่จะเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนที่เน้นการดูแลตนเอง

3.5.1 การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง

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

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

- การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจผิดๆ ของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

- การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึก...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

- การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตน ขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมายและความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตน รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จคือมีการตั้งเป้าหมายวางแผนและประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

3.5.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

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

- การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็น การอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุย แต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้ บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

- การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

3.5.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

- การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้น การวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคล จัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรม ที่ทำมีเป้าหมายเป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

- การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อ สุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะและกิจกรรมทางสังคมที่มีความ หมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา “วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลา

- ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อน ใจของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้าน การพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

3.5.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

แนวทางในการเตรียมตัวเผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจ และการจัดการกับภาวะวิกฤต

- การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับ ตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

- การทำให้กระจ่าง-การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์ นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

- วิธีการแก้ปัญหา วางแผนและลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ ปัญหา

- การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

3.5.5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก)

- สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต
- รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ
- ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต
 - ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน
 - ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3.5.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

- การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกว่าได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง
- ปฏิบัติพิธีกรรม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระ หรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง
- จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีรอมชอมให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ

ส่วนการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well-being) เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบำบัดทางจิต

วิญญูณต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก การฝึกหายใจ การกำหนดด้วยตนเองเป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลาย เช่น การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนอย่างมีความสุข เป็นต้น

นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาที่ว่าทุกสิ่งไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตน (Buddhadasa, 2001) จะทำให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียมีความเข้าใจในสภาพธรรมชาติของชีวิตที่เป็นทุกข์ ที่ไม่เที่ยงของเหตุการณ์ชีวิต และความไม่ยึดติดในตัวตน (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547)

3.5.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย

- การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

- การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่เพียงพอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่งมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูติชัย ปานปรีชา, 2531) ในการนอนหลับ พบว่า จิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบลง สิ่งที่ไม่อยากรับรู้ จำในสิ่งที่ต้องการ ร่างกายได้พัก และทำให้หัวใจเต้นช้าลง ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วีระ ชัยศรีสุข, 2533)

- การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจัง และสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปิติสุข คล้ายคนติดมอร์ฟีน หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอนี้จะไม่มีความเครียดทางจิตประสาท (เอก ธนะศิริ, 2536)

วิธีการเสริมสร้างการดูแลตนเองทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเทคนิควิธีที่บุคคลใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) และตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) การที่จะระบุว่ากิจกรรมใด

ส่งเสริมความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demands) ของบุคคลโดยตรง เป็นเรื่องยาก แต่โดยรวมแล้ว กิจกรรมหรือเทคนิคที่กล่าวมาจะสามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) ในระยะเริ่มแรกบุคคลจะใช้กลวิธีหรือทักษะการดูแลตนเองที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ แต่ในบางกรณีบุคคลจะต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาล ในระยะนี้ คือ การช่วยเหลือผู้ที่รับบริการให้สามารถเข้ารับการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมจิตเวช

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

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

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย ซึ่งประกอบด้วย

- การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด
- การวินิจฉัยความสามารถในการดูแลตนเอง
- การวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและวางแผน ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

- การออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง
- ระบบการพยาบาลอาจจะออกแบบเพื่อช่วยครอบครัวและเพื่อนในการดูแล ผู้รับบริการชั่วคราว
- การวางแผนครอบคลุม การวางแผนกิจกรรมเฉพาะอย่าง บทบาทของบุคคลต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากร โดยต้องคำนึงถึงเวลา สถานที่ และความถี่ของการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้รับบริการเอง พยาบาล และบุคคลอื่น

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

- ชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ
- เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
- ระวังป้องกัน และปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำ แนะนำ สอน ให้การปรึกษาปรึกษาปรึกษา รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหา ปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ ทรัพยากรภายในและภายนอกของตนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

4. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

ก่อนที่จะกล่าวถึงการพยาบาลแบบองค์รวม ในรายละเอียดนั้น การพยาบาลแบบองค์รวมมี พื้นฐานมาจากแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม ก็คือมองความเจ็บป่วยในแง่ดี ว่าเป็นโอกาสที่ทำให้ มนุษย์เราเจริญเติบโต การใช้ความเจ็บป่วยในทางสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้มนุษย์เราได้ประเมิน เป้าหมายและคุณค่าในชีวิต และเพื่อจะนำเอาแหล่งประโยชน์และความแข็งแกร่งในชีวิตที่ยังไม่ได้ ใช้มาใช้ให้เหมาะสม

แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวม มาจากความคิดพื้นฐานที่ว่า มนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วย กาย และใจ ขณะเดียวกันก็มีอวัยวะต่างอยู่โดดๆ ได้ หากยังต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เริ่มจากพ่อ แม่ ญาติพี่น้อง ไปจนถึงผู้คนในสังคม ด้วยเหตุนี้ กายและใจจะต้องสัมพันธ์กันด้วยดี ควบคู่ไปกับ ความสัมพันธ์ทางสังคม ถึงจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า มีความงอกงามหรือมีสุขภาพที่ดีได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2546) จึงได้มีผู้ให้แนวคิดที่สอดคล้องและหลากหลาย ดังนี้

สมจิต หนูเจริญ (2531) กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม เป็นวิธีการบรรลุความผาสุกในชีวิต โดยตระหนักถึงทุกด้านของบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จุดเน้นก็คือ ความกลมกลืนใน ฐานะคน สังคม กับธรรมชาติ และโลกที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ สุขภาพแบบองค์รวมจะมองที่บุคคล ไม่ ใช้โรคหรืออาการ เน้นที่การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและกระบวนการหาย (healing process)

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงสุขภาพหรือภาวะเป็นสุขที่ สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความ พิจารเท่านั้น และการที่คนเราจะมีความสุขได้ทั้ง ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณนั้น นับว่าเป็น ความสุขอันสุดยอดของมนุษย์ ซึ่งมนุษย์จะสุขได้เช่นนี้ แสดงถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้ให้ความหมายของการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ว่า หมายถึง การที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้ง 4 ประเภท อัน

ได้แก่ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด การทำหน้าที่ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างเป็นอิสระ

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง (2545) กล่าวว่า สุขภาพองค์รวม หมายถึง สุขภาวะของร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความหมายที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่ามุมมองในอดีต การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนี้สามารถทำได้ทั้งในระดับส่งเสริมป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พระไพศาล วิสาโล (2546) กล่าวว่า สุขภาพองค์รวม หมายถึง สุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต เป็นสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม ซึ่งต่างเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ยากที่จะแยกออกจากกันเป็นส่วนๆ หรืออย่างโดดๆ ได้

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาพองค์รวม หมายถึง กระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

Murry and Zentner (1989: 6) กล่าวว่า เป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายใน และภายนอก เพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบายเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคล และเป้าหมายทางวัฒนธรรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า สุขภาพองค์รวม ความสอดคล้อง ผสมผสานกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาพองค์รวม หรือสุขภาวะ มีผู้กล่าวถึง องค์ประกอบ ไว้ใกล้เคียงกัน ซึ่งต่อมากล้องการอนามัยโลกได้มีการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณมากขึ้น รวมทั้งในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในมิติ สามารถสรุปรายละเอียดแต่ละมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543; วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ดังนี้

ด้านร่างกาย คือ มีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จาก ลักษณะและขนาดร่างกาย การรับรู้สัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย

ด้านจิตใจ คือ ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเครียด และเผชิญกับความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาควิชาจิตในตนเอง รู้จักตนเอง

ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวด้านบทบาททางสังคมหรือการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดกับชีวิต มีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น

ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่เพียงพอ รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นการจะมีภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้ ประชาชนจะต้องมีบทบาทในการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจากองค์ประกอบสุขภาพะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ในการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด โดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดภาวะสุขภาพที่ดีในแบบองค์รวมที่จะทำให้บุคคลมีความสุขดี สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นความต้องการ และเป็นพื้นฐานของชีวิตที่ คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ (สัมฤทธิ์ ต่อสติ, 2546)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

4.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2531) กล่าวว่า นักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องกันว่าพยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือ Holism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็น 3 กลุ่ม แนวคิด คือ

4.1.1 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ Nightingale (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา” การที่เขียนเช่นนี้ แสดงว่า ไนติงเกิล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและปริมาณและคุณภาพได้รับแสงแดดและความอบอุ่นพอเหมาะสม อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งจะช่วยให้หายเจ็บป่วยได้

Henderson (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ได้กล่าวถึงหน้าที่ ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า “พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการแบบองค์รวม โดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเอง ถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับพึ่งตนเองโดยเร็วที่สุด เผชิญกับความพิการ หรือโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ให้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา” ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พึ่งตนเอง ได้ใช้พฤติกรรมเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือ ให้ตายอย่างสงบ

นอกจากนี้ Iveson (1981) เป็นพยาบาลอังกฤษอีกผู้หนึ่ง ที่ใช้แนวคิดความต้องการของมนุษย์มาเป็นตัวกำหนดการพยาบาลองค์รวม โดยเชื่อว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาที่พยาบาลต้องตระหนัก เพื่อมองบุคคลให้ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเคมี ฟิสิกส์ จิต และสังคม การให้การพยาบาลแบบองค์รวมจะต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านความรัก ความเอาใจใส่ การสัมผัส อาหาร ความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนหลับนอน และการพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาไปถึงจุดสูงสุดของชีวิต แม้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วย

4.1.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อยๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) ที่มองการปรับตัวของคนต่อสิ่งแวดล้อมผ่านระบบย่อยสองระบบ คือ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) และจะแสดงพฤติกรรมออกมา 4 แนวทาง คือ ความต้องการด้านสรีรวิทยา มโนทัศน์แห่งตน (Self concept) บทบาทและหน้าที่ (Role function) และการพึ่งพา รอยพยายามจะมองความเชื่อมโยงในระบบของการควบคุม และการรับรู้เพื่อให้ผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง (Roy, 1987 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ, 2541)

แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยการปรับตัว อาจจะพบได้ในตำราทางการพยาบาลโดยทั่วไป เช่นของ Luckmann and Sorensen (1987) เขียนเรื่อง Holism ในตำราการพยาบาลทางอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ทั้งสองท่านไม่ได้ให้ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม แต่เนื้อ

หาสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกาย-จิต-สังคม และสิ่งแวดล้อมในการเกิดและการหายจากโรค

4.1.3 การพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยแนวคิดของพลังงาน ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำเนิดในประเทศจีน การแพทย์โบราณของชาวจีนไม่แยกกายกับจิต อารมณ์ทางกายและจิตเป็นเพียงลักษณะการแสดงออกของพลังงานและความสมดุลของสิ่งมีชีวิต โดยให้ตระหนักถึงความสำคัญของอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันการเกิดเจ็บป่วย บุคคลมีพลังอำนาจที่จะรักษาเยียวยาตนเอง (Self-healing) มีความรับผิดชอบที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีที่สุดในแนวคิดนี้เชื่อว่า การปฏิบัติทางการแพทย์และพยาบาลจะปราศจากปรัชญาและศาสนาไม่ได้

แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพลังงานนี้ ปรากฏในทฤษฎีทางการแพทย์ของ Rogers (1970 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ซึ่งท่านมีความเชื่อว่าคุณกับสิ่งแวดล้อมเป็นสนามพลังงานที่แยกกันไม่ออก และท่านคัดค้านแนวคิดของการเอาส่วนย่อยมารวมกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดของท่านเป็นนามธรรมที่สูงมากยากที่จะเข้าใจ แม้ในหมู่นักวิชาการทางการแพทย์ด้วยกัน แต่มีนักวิชาการที่จบจากมหาวิทยาลัยนิวยอร์กได้พยายามพิสูจน์ และขยายทฤษฎีของท่านออกเป็นทฤษฎีย่อยๆ เพื่อให้เป็นทฤษฎีระดับกลางที่สามารถจะเข้าใจได้ เช่น ทฤษฎีสุขภาพของ Newman (1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) และ Parse (1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนงานวิจัยที่อาศัยแนวคิดของท่านมีพอสมควร เช่น เรื่องของการใช้พลังสัมผัส การรับรู้เกี่ยวกับเวลาของบุคคลในภาวะสุขภาพต่างๆ เรื่องของภาพลักษณ์ และ body space เป็นต้น

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมทั้ง 3 แนวคิดที่กล่าวมานี้ จะช่วยให้ทราบที่มา และความแตกต่างของความหมายที่นักวิชาการพยาบาลใช้กันอยู่ในปัจจุบัน โดยได้มีการสรุปแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ ดังนี้

- เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียว ที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ วิญญาณ อารมณ์ และสังคม ออกมาเป็นหนึ่ง เพราะฉะนั้น จะไม่มีคำว่าผู้ป่วยทางกาย หรือผู้ป่วยทางจิตเวช

- บุคคลเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว หรือชุมชน ในระบบเปิดมนุษย์จะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือมนุษย์มีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักจัดระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต

- เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

- การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล
- ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน
- การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคล ให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและสุขภาพของชีวิต

แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)

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

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function needs) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจ มีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย รวมทั้งการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

- ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด
- ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

- ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือ ความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตรที่ปกติสุข ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

4.2 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม

หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น (Inga Newbeck, 1986) ได้แก่

4.2.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

4.2.2 การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

4.2.3 การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหาโดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4.2.4 พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

กล่าวโดยสรุป หลักในการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบกับการศึกษาสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพที่บุคคลเป็นอยู่ เพื่อให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือ นั้น มิใช่ช่วยเฉพาะทางกายหรือทางใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการช่วย “คน” ซึ่งเป็นองค์รวมของ กาย-จิต-วิญญาณ-และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

4.3 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA อ้างใน สมจิต ปทุมมานนท์และคณะ, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจและให้การบริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้คำนึงถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาล องค์รวม 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องรับผิดชอบดูแลตนเองให้ดี การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลพัฒนาขึ้น พยาบาลองค์รวมต้องคำนึงถึงประสบการณ์มนุษย์ การผสมผสานร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการปฏิบัติพยาบาลในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล บ้าน ชุมชน หรือ สถานพยาบาลอื่นๆ พยาบาลจะต้องเป็นผู้นำในการผสมผสานวิธีการรักษาทางเลือก และการรักษาเสริม เช่น การคลายเครียด การรักษาโดยการสัมผัส ฯลฯ

ประการที่ 2 การพยาบาลองค์รวม จะต้องกำหนดทิศทางการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดตั้งองค์กร เพื่อศึกษาคิดตาม ตรวจสอบ มโนทัศน์ วิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนสืบค้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการปฏิบัติทางเลือก และการผสมผสานการรักษาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการพยาบาลแบบองค์รวม

4.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวถึง การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้ใช้บริการดำรงรักษาภาวะการมีสุขภาพดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั้งตนเอง

และร่วมทีมสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) ปัจจัยเบื้องต้นมีความสำคัญมาก เพราะถ้าผู้ใช้บริการไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับว่า ตนมีความต้องการการบริการสุขภาพ ผู้ให้แม้จะมีความปรารถนาจะดูแล และกระทำการดูแลอย่างเต็มที่เท่าใด ก็ยากที่ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันยิ่งชัดเจนขึ้น คือ บุคคลรับรู้และตระหนักถึงความต้องการของตน แต่พยาบาลไม่มีความปรารถนาที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือ ดูแลอย่างจริงจัง ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข จึงต้องเริ่มต้นที่พยาบาลมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของตนเองให้ชัดเจนก่อน

ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือของพยาบาล จะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และญาติ เช่น ญาติต้องการการประคับประคอง พยาบาลก็ควรให้การประคับประคอง ถ้าผู้ใช้บริการต้องการความรู้ ความเข้าใจ หรือคำแนะนำ พยาบาลก็ควรให้ความรู้ และให้การแนะนำ และเมื่อผู้ใช้บริการรู้สึกกลัว ว่าเหตุจึงต้องการความอบอุ่น ความใกล้ชิด พยาบาลจึงควรอยู่เป็นเพื่อนแทนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัว

ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ความต้องการของตน และพยาบาลมีความปรารถนาที่จะดูแล ลักษณะสำคัญของปฏิบัติการพยาบาล คือ

- พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น
- พยาบาลมีการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of self) ซึ่งหมายถึงการที่พยาบาลมีสติ ใช้ปัญญา และความรู้ความสามารถของตน ผสมผสานกับประสบการณ์การร่วมรู้สึก (Empathy) ของตนในขณะนั้น ซึ่งก็คือ การรับรู้อารมณ์ของตนเอง และของผู้ใช้บริการที่เป็นอยู่อย่างมีสติ
- พยาบาลใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้
 1. วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบครอบ
 2. กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3. กำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

4. ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา

5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6. จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client focused) เริ่มต้นที่พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันกับผู้ใช้บริการ (Commitment to Client) ไม่ใช่ทำงานให้ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แต่แสดงความรับผิดชอบที่ผลงาน หรือผลลัพธ์ของการพยาบาลด้วย คุณภาพของการพยาบาลจึงรวมถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และผลลัพธ์ คือสภาพชีวิตที่เป็นสุขของผู้ใช้บริการก็เกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ด้วย

พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าผู้ใช้บริการ คือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือมีหลายวิชาชีพ พยาบาลจะต้องเข้าใจเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งก็คือ การช่วยเหลือดูแลสุขภาพแนวองค์รวม คือ การผสมผสานของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้เกิดความกลมกลืนภายใน และการแสดงออกของการดำรงชีวิตให้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุข ในทุกสภาวะของสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ภาวะที่ไม่มีความเจ็บป่วยแต่ต้องการรักษาสุขภาพ และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ตลอดจนภาวะการณืฟื้นฟูสภาพที่ต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเดิม หรือดีกว่าก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

การช่วยเหลือการพยาบาลคือ การช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยที่ผู้ใช้บริการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง พยาบาลไม่สามารถทำให้บุคคลมีความสุขขึ้น แต่พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือให้เขามีความสุข สิ่งนี้คือ การดูแลตนเองบนพื้นฐานความต้องการของมนุษย์

เงื่อนไขที่ช่วยให้ผลลัพธ์การพยาบาลเกิดขึ้นได้ มีดังนี้

- การรับรู้และความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแล คือจะต้องมีการระบุความต้องการการดูแลอย่างชัดเจน และความต้องการการดูแลนั้น ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาลจะต้องรับรู้ตรงกัน

- พยาบาลตั้งใจทำกิจกรรมพยาบาลที่จะกระทำ และลงมือกระทำกิจกรรมการพยาบาล
- มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นรับรู้ได้ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาล ซึ่งก็คือผลลัพธ์ของการดูแล

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพเป็นไปในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทั้งสิ้น โดยการมาตั้งเป้าหมายร่วมกัน (รับรู้ร่วมกัน) แสวงหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ลงมือปฏิบัติร่วมกัน เมื่อปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลแล้ว ต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล และเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย

5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้เป็นกิจกรรม ที่สำคัญในการ พัฒนาศักยภาพของผู้เรียน การเรียนรู้ของเราเป็น กระบวนการสร้างความรู้ของตัวผู้เรียนเอง โดยมีผู้สอนช่วยจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยมากกว่าที่จะเป็นการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนสู่ผู้เรียน ในหลักการนี้ เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเกิดการเรียนรู้ที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น กระบวนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ได้พัฒนาการแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้นี้ ส่วนสำคัญจะต้องใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเอง ผู้เรียนต้องเป็นฝ่ายกระทำ วิธีการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตของการเรียนรู้) การเรียนรู้จึงเข้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลก็คือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยการแสดงออกทางภาษา ได้แก่ การพูด การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีอยู่ 4 ประการ คือ

1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) หรือการสะท้อนความคิด และการถกเถียง (Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจ และความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ กลายเป็น ความคิดรวบยอด

4. การทดลองปฏิบัติ (Active Experimental) เป็นการทดลอง หรือประยุกต์ แนวคิด (Experiment or Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ใน สถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

อาจสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ ดัง นั้น ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ช่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์ เดิม ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้นั้น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัว มา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้มี การ พัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ก็จะทำให้สามารถปรับ เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายใช้หลักปฏิบัติและข้อ กำหนดในการพยาบาลแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยว กับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความ เป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบกับการศึกษาสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพที่บุคคลเป็นอยู่ เพื่อให้ การช่วยเหลือ และการช่วยเหลืออื่น มิใช่ช่วยเฉพาะทางกายหรือทางใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการช่วย “คน” ซึ่งเป็นองค์รวมของ กาย-จิต-วิญญาณ-และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ โดยการปฏิบัติการ พยาบาลที่อาศัยทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้ บุคคลสามารถที่จะเรียนรู้ แสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธ์ วิธี การในการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ที่เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รับรู้ว่าคุณจะก้าวไปทางใด รู้ระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต นั่นก็คือ รับรู้ความ ต้องการของตนเอง การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ ของตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด การพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธ์

(2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ได้พัฒนาการแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้นี้ ส่วนสำคัญจะต้องใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเอง ผู้เรียนต้องเป็นฝ่ายกระทำ วิธีการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตรของการเรียนรู้) การเรียนรู้จึงเข้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลก็คือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้ออกไปอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วยขั้นตอนการสอน ดังนี้

1. การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย
2. การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง
3. สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้นำทางและให้ผู้ป่วยได้สานต่อในบางครั้ง จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
4. การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ย้ายมาอาศัยใหม่ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม เป็นจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 40 นาที ระยะเวลา 2 สัปดาห์ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ เน้นการใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การลงมือร่วมกัน ปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุคคล ให้คำแนะนำ สอนและให้การปรึกษา ประคับประคองร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ใช้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมาย สำคัญที่ผู้ใช้บริการมีชีวิตปกติสุข ซึ่งก็คือการที่ผู้ใช้บริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกตน ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตอบสนองความต้องการ ของตน และผลลัพธ์ทางการพยาบาลข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าตนเอง มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) การที่บุคคลจะรับรู้ ความต้องการของตนเอง หรือรับรู้เป้าหมายชีวิตของตนได้ชัดเจนหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความมีสติ หรือรู้จักตนเอง (Self awareness) และสมาธิ หรือความใส่ใจ จดจ่อ (Attention) กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน เอง ของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเอง และสามารถควบคุมกระบวนการคิดและการกระทำของตนเองได้ ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกันรวมจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ครั้งแรก พบกันในระยะ เริ่มต้น ครั้งที่ 2 พบกันในระยะระบุปัญหา ครั้งที่ 3, 4 พบกันในระยะแก้ไขปัญหา และ ครั้งที่ 5 พบกันในระยะสิ้นสุดปัญหา ลักษณะของกิจกรรมเป็นการที่ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี และร่วมกันแก้ปัญหานั้นไปสู่การปรับตัวเพื่อการ ดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วย แสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมี ความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญใน ชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนเองออกมา

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายในด้านการได้รับ สารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคมโดยแนะนำ

แหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการให้ความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร และการใช้เวลาว่างที่ประโยชน์โดยให้ความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

4. ทักษะในการผ่อนคลาย (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลสอน และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่นับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด

ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลในลักษณะดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถพัฒนาให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น จนทำให้สามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบองค์รวมโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

สมจิต ปทุมานนท์, สุนีย์ ละกำป็น และ พิบูล กมลเพชร (2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงฯ และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระ เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่า ภายหลังได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ (2542) ศึกษาผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรระดับต้น ชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน พบว่า ภายหลังจากทดลอง การสอนและไม่ได้สอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้นักศึกษามีพฤติกรรม จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการทดลองของนักศึกษาทั้งที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติ ตามแนวคิดและการพยาบาลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัด สุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วย จิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

เพลิน เสียงโชคอยู่ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ($\bar{X}=4.15$) ก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}=3.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

อนุชิต พิมสิม (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมรุนแรงและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงลดลง ($\bar{X}=17.50$) กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ($\bar{X}=26.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมลดลง ($\bar{X}=18.25$) กว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}=23.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีผลงานวิจัยดังกล่าวนี้ค่อนข้างน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางกาย ดังนั้น จึงนำเสนอผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใกล้เคียง ดังนี้

ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร ตัวอย่างประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 371 คน ผลการวิจัย พบว่า ความเครียด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความทนทานมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความยึดมั่น ความสามารถในการควบคุมและความท้าทาย และพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับความเครียดได้ร้อยละ 19.74

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมือง

และชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสัด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกการแก้ปัญหา มากกว่าก่อนการฝึกการแก้ปัญหามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้าน บางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นวพร จิริงกร (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ภายหลังการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=192.10$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ($\bar{X}=140.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

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

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีผลงานวิจัยดังกล่าวน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางจิตทางกายอื่นๆ ดังนั้น จึงนำเสนอผลงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ใกล้เคียง ดังนี้

สุภาเพ็ญ คชพลายุกต์ (2541) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง ความคาดหวังในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของเด็กที่ถูกทำทารุณกรรม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) และ ระดับคะแนนความคาดหวังในชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ชราพร สนิทภักดิ์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) และ กลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

อัญชลี ถักรแก้ว (2546) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในศูนย์การศึกษาถูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า คะแนน

ภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ คะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และคะแนนภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงหลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันทีและระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

จารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ (2547) ที่ศึกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรมที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิงจำนวน 20 คน ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยา ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ($\bar{X} = 16.9$) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 19.2$)

Gleason (1979 cited in Zust, 2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลจากการให้การพยาบาลดังกล่าว พบว่า ภรรยามีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และช่วยให้ภรรยามีระดับภาวะซึมเศร่าลดลงได้

Reynolds and Coat (1986) ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 9 คน จำนวนครั้งในการบำบัด 10 ครั้ง พบว่า ภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะภายหลังการบำบัด และในระยะติดตามผลภายหลังการบำบัด 5 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

