บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าแหล่งความรู้ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย

1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

1.5 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

1.6 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายใน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

3. แนวคิดการพยาบาลองค์รวม

3.1 ความหมายของสุขภาพองค์รวม

3.2 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

3.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

3.4 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)

3.5 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม

3.6 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม

3.7 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

4. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมาย ของการพยายามฆ่าตัวตาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสถิติแน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาอย่างตรงไปตรงมา

วารีรัตน์ ถาน้อย (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

ธาดา เจริญกุศล (2545) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

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

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

จากความหมายข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพราะเกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย

สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน กดดัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป จึงได้มีการอธิบายไว้หลายประการ (Wilson and Kneisl.1996) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

1) Genetic factors ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins)ได้ด้วย ซึ่ง

พบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins) (Roy, 2003)

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

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

4) Physical and psychiatric illness factors พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมีในระบบประสาทส่วนกลาง จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; Kovacs et al.,1993; Chaput et al., 1998) รวมทั้งผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติด โรคสมองเสื่อม และผู้ที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่นโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคลมชัก เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541; วารีรัตน์ ถาน้อย, 2544; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.2.2 Psychological factors ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ ความรู้สึกผิด ก้าวร้าวรุนแรง อับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยบางรายนั้นการฆ่าตัวตาย อาจหมายถึง การร่วมประสาน การเกิดใหม่ การแยกจากที่เป็น การแก้แค้น การตอบโต้และการลงโทษตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ซึ่งทฤษฎีที่ใช้กล่าวอ้างถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) (Freud, cited in Lancaster,1988) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นบทบาทการทำงานของจิตใจในส่วนของจิตไร้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลนั้นได้ จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าว หันเข้ามาทำร้ายตนเอง อันเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Lester and Litman, cited in Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi, and Stefanis, 1994)

2) ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) เนื่องจากพื้นฐานของแนวคิดนี้ กล่าวว่าการเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเกิดการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องมีการ

แสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ซึ่งแนวคิดพื้นฐานนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่าการเสริมแรง อาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเราส่วนใหญ่นั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของ Cognitive model หาทางออกของปัญหาโดยการเลียนแบบพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรู้มา กลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หมดที่พึ่ง มองเฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้าย จึงเป็นแรงผลักดันให้นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายจนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายขึ้นได้ในที่สุด (Hauenstein, 1998) นอกจากนี้ บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995)

3) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan, cited in Barbee and Bricker, 1996) ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วารีรัตน์ ถาน้อย, 2544)

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

1) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เช่น พระเวียดนามเผาตัวเองในสมัยสงครามเวียดนาม เป็นต้น

2) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ (egoistic suicide) เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ

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

4) การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ เป็นต้น

1.2.4 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

1) 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)

2) อายุ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุรองลงมาคือ 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)

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

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

5) รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้

รายได้จะช่วยกำหนดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม นอกจากนี้บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคมสูงก็จะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคม ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้มากกว่าการตกงาน หรือการมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว (Cambell, 1976) การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee and Bricker, 1996)

6) การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ตกงาน ว่างงาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ (Heikkinen, Isometsa, Marttunen,Aro, and Lonqvist, 1995)

7) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีพฤติกรรมในครอบครัวสามารถใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et al., 1996) และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (Hepple and Quin, 1997)

8) บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อด้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนีหลีกเลี่ยง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, and Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995)

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

จากสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าสาเหตุของการฆ่า ตัวตาย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจ

มีความเกี่ยวพันกันทั้งหมด ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุได้อย่างชัดเจน หากเป็นผลรวมของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการที่ซับซ้อน กดดัน ทั้งในจิตสำนึกและไร้สำนึก แต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหาก ผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่ก่อผลผลิตของประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบ ต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง และหากเกิดในโรงเรียนหรือโรงงานก็มักจะมีผลกระทบต่อคนอื่นๆ เป็นจำนวนมาก แม้ผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด จัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงาน การผลิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการช่วยลดปัญหาจากการสูญเสียดังกล่าว

สภาพสังคมปัจจุบัน จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปจะไม่ค่อยเอื้อให้คนได้ผ่อนคลาย แต่มักผลักดันให้คนเกิดความเครียด เพราะเป็นระบบสังคมที่มีการแข่งขันแย่งชิงกันสูง (พระธรรมปิฎก, 2541) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ชีวิตเต็มไปด้วยความคับแค้นใจ เร่งรีบและดิ้นรนด้วยวิธีการต่างๆ ต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว ทั้งที่คาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและเกิดความถดถอยในคุณงามความดีของวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เหตุการณ์สูญเสีย การหย่าร้าง การตกงาน เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องสูญเสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่าความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มักจะได้รับความกดดันต่างๆ ที่เกิดเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลจนเสียสมดุลทางอารมณ์ จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา มักจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือก ที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ

1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา และถือเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ สิ้นหวัง และไร้คนช่วยเหลือ และผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต หรือผลเสียต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆอีก เช่น ภาวะทางจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ญาติมิตร ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉินที่พบมากในโรงพยาบาล (มานิดา สิงหัษฐิต และคณะ, 2541) การพยายาม ฆ่าตัวตาย หากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นการพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจนานัปการที่ซับซ้อน กดดัน ทั้งในจิตสำนึก และจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกัน

1.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิต อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์, 2537) อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วมตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540; อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539 ; Chaput et al., 1998 ; Dubovsky & Buzan, 1999 ; Koplewicz & Klass, 1993) ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรมจะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2530) และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

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

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

1.4.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากความพิการเพราะประกอบอาชีพไม่ได้ บางครั้งความพิการที่เกิดขึ้นถูกสังคมซักถามบ่อยครั้ง จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยไม่ได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความรู้สึกทางลบได้ง่าย และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ โดยประมาณ 40% จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10% มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (A.J.F.M. Kerkhof, 1994; Garrison et al.1991; Pfeffer et al. 1994; Schmidtke et al., 1996; ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์,2541)โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al.,1996: อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541)

1.5 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

ระยะที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งในและต่างประเทศในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้ความรู้หรือให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แก่ ผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม 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 ได้กำหนดเป้าหมายที่ให้ลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนลงจากเดิม 35.2 ต่อแสนประชากร ให้เหลือไม่เกิน 33.52 ต่อแสนประชากร เมื่อสิ้นแผนฯ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการและแผนงานรวมทั้งเทคโนโลยีในการช่วยเหลือและป้องกัน โดยจัดให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากรทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการให้คำปรึกษา การเจรจาต่อรอง และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โครงการศึกษาเส้นทาง

การขอรับความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน และยังได้จัดทำเทคโนโลยีเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต่างๆ มากมายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือและประชาชนทั่วไป เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต,2546) โดยการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม ต้องให้การช่วยเหลือตามระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ ดังนั้น การเฝ้าระวังโดยการประเมินความเสี่ยง ก็จะช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับตัว ดำเนินชีวิตตามปกติได้ และในกรณีที่ผู้มีแนวคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสั้น และมีปัญหาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ก็สามารถให้การช่วยเหลือ โดยการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ญาติ แกนนำชุมชน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมกันดูแลช่วยเหลือ ตามรูปแบบการดูแล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ

2. กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

3. เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติ ดังนี้

3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล

1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยนัดหมาย F/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1) ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน)

3.2 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

3.2.1 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และ Admitให้การปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และวางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน และนัดมา follow up ตามความเหมาะสม

3.2.2 มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

3.2.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำปรึกษา ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำทั่วๆไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

หมายเหตุ

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

2. มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมา และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนี้

1.1 มีสีหน้าเศร้า ซึม หม่นหมอง ร้องไห้

1.2 เป็นโรคร้ายแรง หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย

1.3 เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ดื่มสุรา มีบุคลิกภาพผิดปกติ

2. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางของแพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) ให้นัด Follow upภายใน 3-5 วัน เพื่อติดตามผลและให้การปรึกษา

4) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

2.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งเข้ารักษาในหอผู้ป่วยใน ดูแลตามแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน

(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์, 2546) มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

1. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน

2.1 กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน

2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ ดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีให้การปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำทั่วๆไป

2.3 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์เพื่อการรักษา และให้การรักษาตามการรักษา ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

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

2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์และให้การรักษาตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2.6 ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระมัดระวัง เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการ ฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ยาฆ่าแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับอื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

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

คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1. ควรมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาในระยะแรก ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ในห้องมิดชิด

2. เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคม ยา หรือสิ่งของที่อาจใช้ทำร้ายตนเอง

3. ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยา ญาติควรเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยกินทีละมื้อ และเก็บซองยาไว้

4. ไม่พูดตำหนิ ประชด ประชัน หรือพูดท้าทายผู้ป่วยให้ทำร้ายตนเองอีก

5. ให้ญาติคอยสังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่แปลกๆ ที่ไม่เคยพูด เช่น คำสั่งลา ตัดใจได้ เปลี่ยนจากอารมณ์เศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มาก

6. ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์

7. ควรกระตุ้นหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้ให้การปรึกษาตามนัดหมายทุกครั้ง

ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

แนวคิดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน และไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ หรือรู้สึกขาดที่ปรึกษา ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการทำงานเป็นทีม และเป็นการประสานงานการทำงานระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน

2. การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานที่ครบวงจร ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

4. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้

สรุป สำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลในการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในรูปแบบการดูแลที่รับไว้รักษาและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยการให้การปรึกษา ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นอยู่เดิมเป็นลักษณะการให้ความรู้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแบบทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นการให้การปรึกษาโดยทั่วไปไม่เฉพาะทาง และไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น สภาพการบริการดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ควรปรับปรุงแนวทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากสภาพปัญหาจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีความต้องการสนับสนุน สร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของตัวเอง และพยาบาลควรจะยอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ การให้การพยาบาลและการสร้างสุขภาพจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวม ซึ่งไม่สามารถแยกมนุษย์ออกเป็นส่วนๆ ได้ (Orem, 1985) การให้การช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้ความต้องการส่วนบุคคลได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของแต่ละคน หรือตอบสนองความต้องการของมนุษย์นั่นเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) รูปแบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลและกิจกรรมที่จัดบริการนั้น อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมี

การดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาสุขภาพ ที่ดีไว้หรือมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหากไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอาจส่งผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตและถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้

1.6 ระบบการบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

โรงพยาบาลโพธิ์ทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ยังไม่มีกลุ่มงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน แต่มีการจัดตั้งคลินิกให้บริการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกับงานยาเสพติด โดยมีสายบังคับบัญชาขึ้นอยู่กับกลุ่มงานการพยาบาล มีบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และสมาชิกทีมพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน คลินิกเปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ การจัดระบบการให้บริการประกอบด้วย คลินิกให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกคลายเครียด คลินิกบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ส่วนผู้ป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท ก็จะมีการทำงานประสานงานร่วมกับฝ่ายเวชปฏิบัติชุมชนในโรงพยาบาล เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระบบบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลโพธิ์ทองนั้นมีดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ก็จะมีแผนการรักษาของแพทย์ให้เข้าพักรักษาตัวในตึกหอผู้ป่วยในทุกราย และมีแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นแผนการรักษาเฉพาะทางกาย เช่น การวัดสัญญาณชีพ การล้างท้อง การให้น้ำเกลือ การให้ยาล้างพิษจากสารพิษที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป เป็นต้น และจะมีการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยทุกราย หลังจากนั้นก็จะส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 2-3 วันก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแผนการรักษาของแพทย์นั้นจะไม่มีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ไม่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายและการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลอีก

จากข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มารับบริการในโรงพยาบาลโพธิ์ทองแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเครียด วิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภททั้งรายใหม่ และรายเก่าที่มารับยาต่อ (รายงาน รง. 504 โรงพยาบาลโพธิ์ทอง) ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเวช และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังข้อมูลในปี 2545– 2547 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 172 , 168 และ 180 รายตามลำดับ (สถิติรายงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพธิ์ทอง,

2547) และจากรายงานข้อมูลในปี 2547 มีผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 10 ราย มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5 ราย และ ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 5 ราย (รายงาน 506 DS ข้อมูลของฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลโพธิ์ทอง, 2547) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของบุคคลซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง และเกิดการสูญเสียต่อสังคม และประเทศชาติ ดังนั้น ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จึงควรมีความตระหนักหรือเล็งเห็นความสำคัญในการหาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหา และสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรง และความสูญเสียบุคคลภายในครอบครัว โดยการจัดระบบการให้การพยาบาลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม และวิญญาณ เตรียมความพร้อมและการส่งต่อ ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2 . พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลแต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ และป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง มีผู้สนใจศึกษาและอธิบายความหมายไว้หลายท่าน เช่น

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมดียิ่งขึ้นและสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

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

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

สมจิต หนุเจริญ (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนไว้ การดูแลตนเองเป็นการ

กระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และ พัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งใจริเริ่มกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยกระทำอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด

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

1. ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพินิจพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ จะเห็นว่า บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ

2. ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ หรือระยะดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะติดเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

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

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

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ

โดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

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

Nursing Development Conference Group (Gast etal.,1989) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับการดูแล (Estimative operation)

2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำได้ สิ่งที่ควรกระทำและจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Transitional operation)

3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Productive operation)

สรุปว่า การที่บุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะต้องกระทำอย่างจงใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญาของตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการที่จะแยกความสามารถในการดูแลตนเองออกเป็นรายด้านทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจนั้นทำได้ยากมาก เพราะบุคคลคือหน่วยเดียวแยกจากกันไม่ได้ แต่มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อสวัสดิภาวะของตน ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้นั้นจะต้องกระทำควบคู่กันกับกิจกรรมการส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจ

2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2.1 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 ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือ

ภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

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

2.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นทักษะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม สามารถจำแนกได้ดังนี้

Hill and Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ

- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Behaviors related primarily to the mind) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด เป็นต้น
- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย (Behaviors related primarily to the body) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

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

- การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อธำรงไว้ซึ่ง สุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การมีปฏิกิริยาร่วมทางสังคม 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 โดยใช้การเรียนรู้การดูแลตนเองและแสวงหาเข้าช่วยเหลือ

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

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ 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 และการดูแลตนเองด้านร่างกาย มาใช้เป็นแนวคิดในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ จึงขอนำเสนอองค์ประกอบ ดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง (ทัศนา บุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน Cambell. (1980 cited in Stuart & Sundeen, 1987) พูดถึงการรู้จักตนเองไว้ 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านกายภาพ

ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านปรัชญา บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) สอดคล้องกับ ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบรูณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร รับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยการเปิดเผย ข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เรวดี ลือพงศ์ลัคนา, 2536) การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพราะปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต้องเก็บระงับความ รู้สึกความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต ลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจเมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534) การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และกระบวนการของการตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) อีกทั้งเป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่า ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลา ทั้งการ สื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531) บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ10 ประการซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำรงชีวิตส่วนตัว และด้านวิชาชีพ ทุกคนต้องบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพมีการจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถ

ในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง

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 ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) แรงสนับสนุนทางสังคมยังจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen and Willis, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคลโดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตนตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือซึ่งจะ

ทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นการทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใส และเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิตนับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538) การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับ ตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

7) การดูแลสุขภาพร่างกาย

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

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

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง ด้วยความจงใจ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ภายในขอบเขตทางวัฒนธรรมของตน (Orem, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยตรง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ใกล้เคียง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พอสรุปได้ดังนี้

2.3.1 เพศ ในแนวคิดของ Orem (1991) เพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ในสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระและด้านค่านิยมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเอง และ

การที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

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

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

2.3.4 อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนด บทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) โดยพบว่า ประชาชนภาคกลางที่มีอาชีพรับราชการและรับจ้าง จะมีการดูแลตนเองด้านจิตใจดีกว่า กลุ่มประชาชนที่มีอาชีพงานบ้านและเกษตรกรรม

2.3.5 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) อีกทั้งความรู้ทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคล ครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการโดยตรง และเหมาะกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson and Steiger อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ได้ศึกษาประชาชนไทยภาคกลางที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

2.3.6 การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 1991) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมี

แรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

2.3.7 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีรายได้ และสถานภาพทางสังคมสูง อาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง (Orem, 1991) และรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วังวิเวก (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

2.3.8 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2539)

2.3.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ย่อมขึ้นอยู่กับการประเมินผลลัพธ์และความคาดหวังการกระทำเฉพาะอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นๆ

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

2.3.11 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) และในการสร้างเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสม สิ่งสำคัญพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้

เรียนรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อทาง สุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอาศัยวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดเป็นหมวดหมู่จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) โดยได้สร้างแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน การพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของ Hill and Smith (1990) และนำเอาการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (1985) สำหรับด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษาความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทยโดยเรียกว่า เป็นการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวแล้วจะพบว่า 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 แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองในด้านต่าง 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 ดรุณี เลิศปรีชา (2545) การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้าน โดยกำหนดค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	**ช่วงคะแนน ระดับต่ำ**	**ช่วงคะแนน ระดับปานกลาง**	**ช่วงคะแนน ระดับสูง**
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	12-24	25-36	37-48
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	7-14	15-21	22-28

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ช่วงคะแนน ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน ระดับสูง
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	6-12	13-18	19-24
การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม	11-22	23-33	34-44
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	5-10	11-15	16-20
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	10-20	21-30	31-40
การดูแลตนเองด้านร่างกาย	9-18	19-27	28-36
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม	60-120	121-180	181-240

ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมาย และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของเทคนิคการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งการประเมินพฤติกรรม มีวิธีการดังนี้

วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

- การสังเกตพฤติกรรม
- การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง
- การวัดผลที่เกิดขึ้น
- การวัดทางสรีระ

วิธีการประเมินโดยอ้อม ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์
- การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น
- การรายงานตนเอง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยอ้อม โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ และ ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม (2548) ได้นำไปใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และจากการศึกษาของ นวพร จิรังกร (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 นอกจากนี้ การศึกษาของธนพร วิชชุเวชคามินทร์(2547) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งพบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

การให้การบริการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ต้องเน้นการบริการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรม ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในฐานะผู้ให้บริการโดยตรงและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทที่มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมงานจิตเวช คือ ปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีดังนี้

2.5.1 การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง

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

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

2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนมติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

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

4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น "ฉันรู้สึกว่า..." แทนคำพูด "ฉันคิดว่า..." และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

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

2.5.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

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

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

2.5.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลาเพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมายเป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะและกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา "วันนี้ของฉัน" จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลา

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

2.5.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

แนวทางในการเตรียมตัวเผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจและการจัดการกับภาวะวิกฤต

1) การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

2) การทำให้กระจ่าง-การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

3) วิธีการแก้ปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

2.5.5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก)

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดี พอที่จะเรียกให้การช่วยเหลือได้

3) การศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.5.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

1) การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกว่าได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้ากับมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

2) ปฏิบัติพิธีกรรม การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระ หรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

3) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีรอมชอมให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย(Spiritual well-being) เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบำบัดทางจิตวิญญาณต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก การฝึกหายใจ การกำหนดด้วยตนเองเป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลาย เช่น การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนอย่างเป็นสุข เป็นต้น

2.5.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนักรับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่

เพียงพอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมองมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูทิตย์ ปานปรีชา, 2531) ในการนอนหลับ พบว่า จิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบลง ลืมสิ่งที่ไม่อยากรับรู้ จำในสิ่งที่ต้องการ ร่างกายได้พัก และทำให้หัวใจเต้นช้าลง ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วีระ ชัยศรีสุข, 2533)

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดมอร์ฟีน หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแกร่งอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอนี้จะไม่มีความเครียดทางจิตประสาท (เฉก ธนะศิริ, 2536)

วิธีการเสริมสร้างการดูแลตนเองทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเทคนิควิธีที่บุคคลใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) และตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) การที่จะระบุว่ากิจกรรมใดส่งเสริมความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demands) ของบุคคลโดยตรง เป็นเรื่องยาก แต่โดยรวมแล้ว กิจกรรมหรือเทคนิคที่กล่าวมาจะสามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) ในระยะเริ่มแรกบุคคลจะใช้กลวิธีหรือทักษะการดูแลตนเองที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ แต่ในบางกรณีบุคคลจะต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาล ในระยะนี้คือ 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

- ระบบการพยาบาลอาจจะออกแบบเพื่อช่วยครอบครัวและเพื่อนในการดูแลผู้รับบริการชั่วคราว

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

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

- ชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ

- เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

- ประคับประคอง และปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าในการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษาประคับประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของตนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

3. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

ก่อนที่จะกล่าวถึงการพยาบาลแบบองค์รวม ในรายละเอียดนั้น การพยาบาลแบบองค์รวมมีพื้นฐานมาจากแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม ก็คือมองความเจ็บป่วยในแง่ดี ว่าเป็นโอกาสที่ทำให้มนุษย์เราเจริญเติบโต การใช้ความเจ็บป่วยในทางสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้มนุษย์เราได้ประเมิน เป้าหมายและคุณค่าในชีวิต และเพื่อจะนำเอาแหล่งประโยชน์และความแข็งแกร่งในชีวิตที่ยังไม่ได้ใช้มาใช้ให้เหมาะสม

3.1 ความหมายของสุขภาพองค์รวม

แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวม มาจากความคิดพื้นฐานที่ว่ามนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วย กาย และใจ ขณะเดียวกันก็มิอาจแยกตัวอยู่โดดๆ ได้ หากยังต้องมีความสัมพันธ์กับผู้คน เริ่มจากพ่อแม่ญาติพี่น้อง ไปจนถึงผู้คนในสังคม ด้วยเหตุนี้ กายและใจจะต้องสัมพันธ์กันด้วยดี ควบคู่ไปกับ

ความสัมพันธ์ทางสังคม ถึงจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า มีความงอกงามหรือมีสุขภาพที่ดีได้ (พระไพศาล วิสาโล,2546) จึงได้มีผู้ให้แนวคิดที่สอดคล้องและหลากหลาย ดังนี้

สมจิต หนุเจริญ (2531) กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม เป็นวิธีการบรรลุความผาสุกในชีวิต โดยตระหนักถึงทุกด้านของบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จุดเน้นก็คือ ความกลมกลืนในฐานะคนสังคม กับธรรมชาติ และโลกที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ สุขภาพแบบองค์รวมจะมองที่บุคคล ไม่ใช่โรคหรืออาการ เน้นที่การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและกระบวนการหาย (healing process)

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงสุขภาวะหรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น และการที่คนเราจะเป็นสุขได้ทั้ง ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณนั้น นับว่าเป็นความสุขอันสุดยอดของมนุษย์ ซึ่งมนุษย์จะสุขได้เช่นนี้ แสดงถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต

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 หรืออย่างโดด ได้

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

Murry and Zentner (1989: 6) กล่าวว่า สุขภาพองค์รวม หมายถึง ภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายใน และภายนอก เพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบาย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคล และเป้าหมายทางวัฒนธรรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า สุขภาพองค์รวม เป็นความสอดคล้อง ผสมผสานกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

3.2 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาพองค์รวม หรือสุขภาวะ มีผู้กล่าวถึง องค์ประกอบ ไว้ใกล้เคียงกัน ซึ่งต่อมาองค์การอนามัยโลกได้มีการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณมากขึ้น รวมทั้ง

ในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในทุกมิติ สามารถสรุปรายละเอียดแต่ละมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543; วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ดังนี้

ด้านร่างกาย คือ มีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จากลักษณะและขนาดร่างกาย การรับรู้สัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย

ด้านจิตใจ คือ ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากันความเครียด และเผชิญกับความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวด้านบทบาททางสังคม หรือการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดกับชีวิต มีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น

ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่เพียงพอ รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นการจะมีภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้ ประชาชนจะต้องมีบทบาทในการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจากองค์ประกอบสุขภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ในการตอบสนองความต้องเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดภาวะสุขภาพที่ดีในแบบองค์รวมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข เป็นความต้องการและจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่ คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ (สัมฤทธิ์ ต่อสติ, 2546)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

3.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

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

3.3.1 แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์

Nightingale (อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2531) เป็นพยาบาลคนแรกที่ให้แนวคิดของการพยาบาล

แบบองค์รวม โดยเขียนว่า "สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา" การที่เขียนเช่นนี้ แสดงว่า ไนติงเกล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและปริมาณและคุณภาพได้รับแสงแดดและความอบอุ่นพอเหมาะสม อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งจะช่วยให้หายเจ็บป่วยได้

Henderson (อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2531) ได้กล่าวถึงหน้าที่ ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า "พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการแบบองค์รวม โดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเอง ถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับพึ่งตนเองโดยเร็วที่สุด เผชิญกับความพิการ หรือโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ให้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา" ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พึ่งตนเอง ได้ใช้ พฤติกรรมการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือ ให้ตายอย่างสงบ

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

3.3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อยๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) ที่มองการปรับตัวของคนต่อสิ่งเร้าผ่านระบบย่อยสองระบบ 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 แต่เนื้อหาสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกาย-จิต-สังคม และสิ่งแวดล้อมในการเกิดและการหายจากโรค

3.3.3 การพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยแนวคิดของพลังงาน

ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำเนิดในประเทศจีน การแพทย์โบราณของชาวจีนไม่แยกกายกับจิต อาการทางกายและจิตเป็นเพียงลักษณะการแสดงออกของพลังงานและความสมดุลของสิ่งมีชีวิต โดยให้ตระหนักถึงความสำคัญของอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันการเกิดความเจ็บป่วย บุคคลมีพลังอำนาจที่จะรักษาเยียวยาตนเอง (Self-healing) มีความรับผิดชอบที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีที่สุด แนวคิดนี้เชื่อว่า การปฏิบัติทางการแพทย์และพยาบาลจะปราศจากปรัชญาและศาสนาไม่ได้

แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพลังงานนี้ปรากฏในทฤษฎีทางการพยาบาลของ Rogers (1970 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2531) ซึ่งท่านมีความเชื่อว่า คนกับสิ่งแวดล้อมเป็นสนามพลังงานที่แยกกันไม่ออก และท่านคัดค้านแนวคิดของการเอาส่วนย่อยมารวมกัน อย่างไรก็ตาม แนวคิดของท่านเป็นนามธรรมที่สูงมากยากที่จะเข้าใจ แม้ในหมู่นักวิชาการทางการพยาบาลด้วยกัน แต่มีนักวิชาการที่จบจากมหาวิทยาลัยนิวยอร์คได้พยายามพิสูจน์และขยายทฤษฎีของท่านออกเป็นทฤษฎีย่อยๆ เพื่อให้เป็นทฤษฎีระดับกลางที่สามารถจะเข้าใจได้ เช่น ทฤษฎีสุขภาพของ Newman (1987 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2531) และ Parse (1986 อ้างถึงใน สมจิต หนุเจริญกุล, 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 จะไม่มีคำว่า ผู้ป่วยทางกาย หรือผู้ป่วยทางจิตเวช

- บุคคลเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว หรือ ชุมชน ในระบบเปิดมนุษย์จะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบมากขึ้น นั่นคือมนุษย์มีความสามารถที่จะเสาะแสวงหาความรู้ สร้างปัญญา และแนวคิดของตนเองที่จะเลือกกลยุทธในการจัดการแก้ไขเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นในชีวิต คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี รู้ว่าตนเองจะก้าวไปทางใด รู้จักจัดระบบระเบียบของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิต

- เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

- การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

- ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

- การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคล ให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและสุขภาพของชีวิต

3.4 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 คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ พึงพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ 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

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

3.5 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม

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

3.5.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

3.5.2 การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3.5.3 การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหาโดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

3.5.4 การที่พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

กล่าวโดยสรุป หลักในการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้

จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบกับการศึกษาสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพที่บุคคลเป็นอยู่ เพื่อให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือนั้น มิใช่ช่วยเฉพาะทางกายหรือทางใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการช่วย "คน" ซึ่งเป็นองค์รวมของ กาย-จิต-วิญญาณ-และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

3.6 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์และคณะ, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจและให้การบริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้คำนึงถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม 3 ประการ คือ

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

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

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการพยาบาลแบบองค์รวม

3.7 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึง การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้ใช้บริการดำรงรักษาภาวการณ์ มีสุขภาพดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั้งตนเองและร่วมทีมสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) ปัจจัยเบื้องต้นมีความสำคัญมาก เพราะถ้าผู้ใช้บริการไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับว่า ตนมีความต้องการการบริการสุขภาพ ผู้ให้แม้จะมีความปรารถนาจะดูแล และกระทำการดูแลอย่างเต็มที่มากเท่าใด ก็ยากที่ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันยิ่งชัดเจนขึ้น คือ บุคคลรับรู้และตระหนักถึงความต้องการของตน แต่พยาบาลไม่มีความ

ปรารถนาที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือ ดูแลอย่างจริงจัง ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข จึงต้องเริ่มต้นที่พยาบาลมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของตนเองให้ชัดเจนก่อน

ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือของพยาบาล จะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น ญาติต้องการการประคับประคอง พยาบาลก็ควรให้การประคับประคอง ถ้าผู้ใช้บริการต้องการความรู้ ความเข้าใจ หรือคำแนะนำ พยาบาลก็ควรให้ความรู้ และให้การแนะนำ และเมื่อผู้ใช้บริการรู้สึกกลัว ว้าเหว่จึงต้องการความอบอุ่น ความใกล้ชิด พยาบาลจึงควรอยู่เป็นเพื่อนแทน การสอนเรื่องการปฏิบัติตัว

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 ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว 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 ให้เกิดความสมดุลภายใน และการแสดงออกของการดำรงชีวิตให้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุข ในทุกสภาวะของสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ภาวะที่ไม่มีความเจ็บป่วยแต่ต้องการรักษาสุขภาพ และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ตลอดจนภาวการณ์ฟื้นฟูสภาพที่ต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเดิม 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

4. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายใช้หลักปฏิบัติและข้อกำหนดในการพยาบาลองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับ

ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ที่กล่าวถึงวิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีการดำเนินกิจกรรมให้กับสมาชิกเป็นรายบุคคลและ/ หรือรายกลุ่ม จำนวน 20 คน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จะดำเนินการทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด แบ่งการดำเนินการเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 สัมพันธภาพบำบัดระยะเริ่มต้น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 1.2 สัมพันธภาพบำบัดระยะระบุปัญหาและยอมรับปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเอง มีการยอมรับกับปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 1.3 สัมพันธภาพบำบัดระยะการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีวิธีการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก เช่น การคิดแบบยืดหยุ่น การคิดแบบมีเหตุผล

กิจกรรมที่ 1.4 สัมพันธภาพบำบัดระยะการใช้ศักยภาพของตนเองและความคิดสร้างสรรค์ไปในทางบวกในการแก้ไขปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 1.5 สัมพันธภาพบำบัดระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การใช้ศักยภาพของตนเองในแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และพูดคุยยุติสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

3.1 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติการดูแลตนเอง

ทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการในด้านการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

3.2 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา

3.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร

3.4 การใช้เวลาว่างที่ประโยชน์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลสอนและสาธิตการปฏิบัติ กิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนเองนับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมจะมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ผู้ศึกษาเชื่อว่า โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมในการศึกษาครั้งนี้น่าจะช่วยส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการตอบสนองความต้องการของตนเองสามารถพัฒนาให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น จนทำให้สามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้ และยังช่วยอัตราการพยายามฆ่าตัวตายให้ลดลงอีกด้วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรงมีจำนวนน้อยมาก จึงขอนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมานำเสนอด้วย ดังนี้

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังให้การพยาบาลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< .05$)

นพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< .05$)

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

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05)

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านต่ำทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร 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 และพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต สามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับความเครียดได้ร้อยละ 19.74

ศรีสุดา แซ่ลิ่ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง

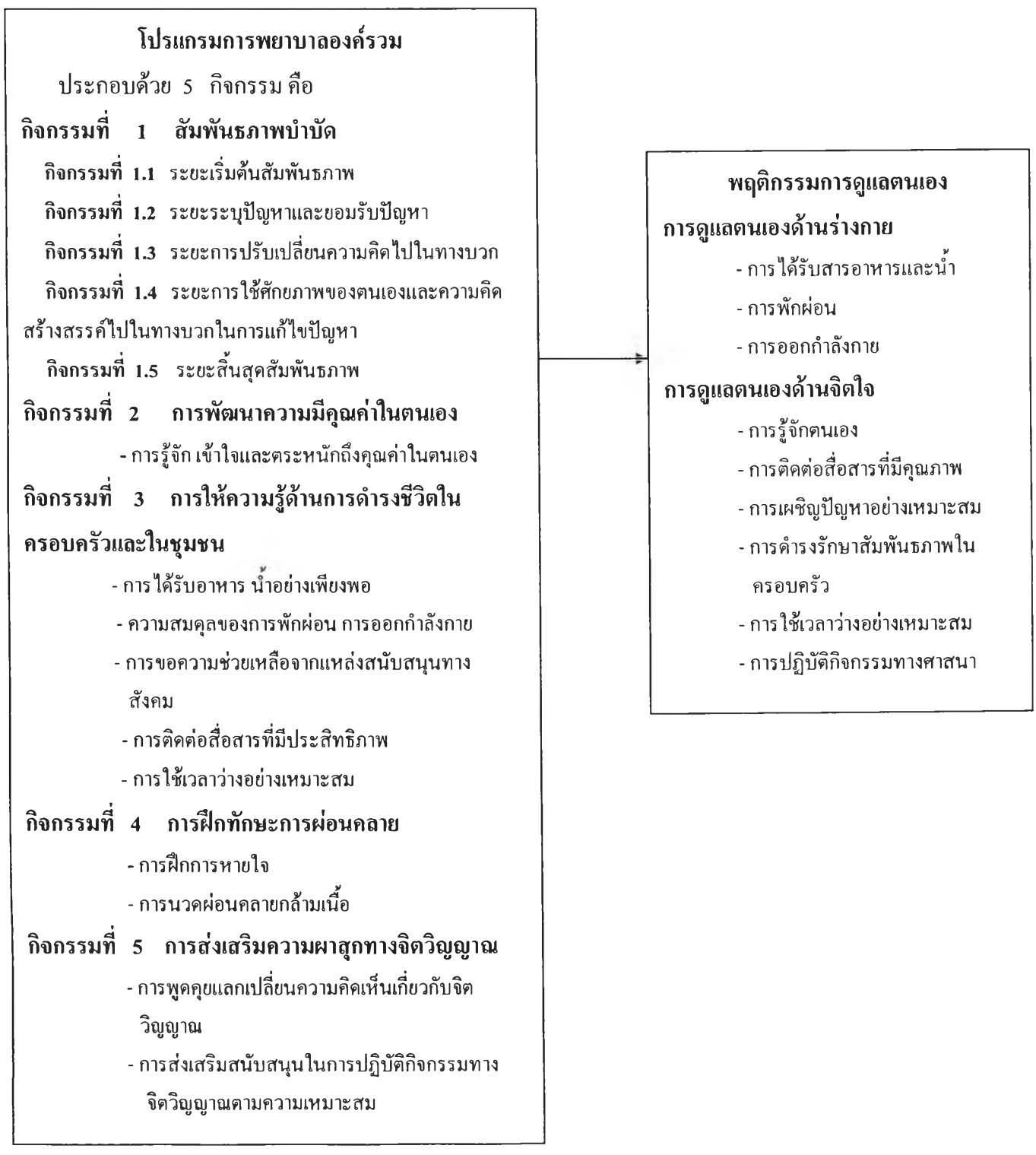
ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษากลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกการแก้ปัญหามากกว่าก่อนการฝึกการแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05)

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 จิรังกร (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ภายหลังการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\overline{X}$ =192.10) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ($\overline{X}$ =140.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05)

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

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ของ กัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) โดยพัฒนาเป็น "โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย" ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา