

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า แหล่งความรู้ ต่างๆ จากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.3 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.4 รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 1.5 การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

#### 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

- 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.2 ลักษณะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

#### 3. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

- 3.1 ความหมายของสุขภาพองค์รวม
- 3.2 องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม
- 3.3 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)
- 3.4 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม

#### 4. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

### 1.1 ความหมาย ของการพยายามฆ่าตัวตาย

อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจมีการพยายามฆ่าตัวตาย บ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติดีแน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาย่างตรงไปตรงมา

วาริรัตน์ ถาน้อย (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย หรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

ธาดา เจริญกุล (2545) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

ศิริพร จิรวินน์กุล (2546) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิด และ ลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วย หรือเป็นอันตราย ซึ่งถือว่าเป็นการทำลายตนเองโดยตรง หรือหมายถึง พฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อให้ตายหรือไม่ก็ตาม หรือการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย

Diekstra & Gulbinat (1993) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ

Barbee & 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 กอดัน ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป จึงได้มีการอธิบายไว้หลายประการ (Wilson and Kneisl. 1996) ดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

1) Genetic factors ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) ได้ด้วย ซึ่งพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins) (Roy, 2003)

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

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

4) Physical and psychiatric illness factors พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย และ ทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมี ในระบบประสาทส่วนกลาง จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กษานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998) รวมทั้งผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติด โรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคลมชัก เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545; สุวนิช เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.2.2 Psychological factors ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ ความรู้สึกผิด ก้าวร้าวรุนแรง อับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายนึกมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองสังคมนรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยบางรายนั้นการฆ่าตัวตาย อาจหมายถึง การร่วมประสาณ การเกิดใหม่ การแยกจากที่เป็น การแก้แค้น การตอบโต้และการลงโทษตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช, 2542) ซึ่งทฤษฎีที่ใช้กล่าวอ้างถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) (Freud, cited in Lancaster, 1988) ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นบทบาทการทำงานของจิตใจในส่วนของจิตไร้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก แต่ผู้ที่ฆ่าตัว

ตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลนั้นได้ จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าว หันเข้ามาทำร้ายตนเอง อันเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Lester & Litman, cited in Botsis, et al., 1994)

2) ทฤษฎีทางความคิด (cognitive theory) เนื่องจากพื้นฐานของแนวคิดนี้ กล่าวว่า การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเกิดการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ซึ่งแนวคิดพื้นฐานนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่าการเสริมแรง อาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเราส่วนใหญ่ นั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้น เมื่อบุคคลมีการเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของ Cognitive model หาทางออกของปัญหาโดยการเลียนแบบพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรู้มา กลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวังหมดที่พึ่ง มองเฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้าย จึงเป็นแรงผลักดันให้นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย จนถึงกับพยายามฆ่าตัวตายขึ้นได้ในที่สุด (Hauenstein, 1998) นอกจากนี้ บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัด ในการแก้ปัญหา การหาทางเลือก ในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรบ้าง (Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995)

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

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

1) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) ขี้ดีต่อความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเอง เพื่อกลุ่ม 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) เกิดขึ้นเนื่องจาก การถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ เป็นต้น

1.2.4 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

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

2) อายุ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ รองลงมาคือวัยรุ่นสาว สำหรับในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2544 พบสูงสุดในช่วงวัยรุ่นสาว โดยในช่วง พ.ศ. 2535-2539 พบสูงสุดในช่วงอายุ 20-24 ปี และในช่วง พ.ศ. 2540-2544 พบสูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี อีกทั้งภาระโรคจากการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสาวจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งจัดว่าสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

3) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือ มีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่าแยก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมดีจะมีกำลังใจ มีความอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค และช่วยลดความเครียด (Hubbard, et al., 1980) ในคนโสดมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด

โดยเฉพาะผู้ชาย อายุ 30-39 ปี ตามมาด้วยบุคคลที่ หย่า หม้าย โดยเฉพาะผู้หญิง อายุ 60-69 ปี (Hikkinen, et al., 1995)

4) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ประยุกต์ เตรียเตียรและคณะ (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 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee & Bricker, 1996)

6) การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ตกงาน ว่างงาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า ผู้ที่มีงานทำ (Heikkinen, et al., 1995)

7) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีพฤติกรรมในครอบครัว สามารถใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et al., 1996) และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (Hepple & Quin, 1997)

8) บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจ

ภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี หลีกเลี่ยงและการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา (Trautman, et al.,

9) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer et al, 1981) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักในคุณค่าตนเอง รวมทั้งช่วยขจัดความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย (Cohen & Wils, 1985) แต่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart et al., 1994)

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

**1.3 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย** การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา และถือเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ สิ้นหวัง และไร้คนช่วยเหลือ และผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต หรือผลเสียต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ภาวะทางจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ญาติมิตร ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉิน ที่พบมากในโรงพยาบาล (มานิดา สิงห์จิวิต และคณะ, 2541) การพยายามฆ่าตัวตาย หากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิด ผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตดังนั้นการพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุ ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกัน

**1.3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย** อาจสูญเสียชีวิต อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบ เนื่องจากคัมสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงดา ไกรภัสสรพงษ์ 2537) อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้าน

อารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วมตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2540) ( อุมพร ตรังคสมบัติ ) (คูสิต 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 ทำให้มี ความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งจิตติภรณ์ 2530) และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

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

1.3.3 ผลกระทบต่อสังคม เป็นภาระของสังคม อาจเกิดปัญหาติดสารเสพติดอาจก่อคดีลักทรัพย์ อาชญากรรม เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2546)

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

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่มิพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกทางลบได้ง่าย และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ โดยประมาณ 40%



จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10% มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (Kerkhof, 1994; Garrison et al., 1991; Pfeffer et al., 1994; Schmidtke et al., 1996) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว 2541)

1.4 รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รูปแบบในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้หรือให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการแนะนำญาติในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย มีรูปแบบ Cognitive Therapy, Cognitive Behavior Problem solving, Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Group Therapy เป็นต้น ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ญาติ แกนนำชุมชน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมกันดูแลช่วยเหลือ รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีรูปแบบ 3 รูปแบบ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2546) ดังนี้

#### 1. กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

1.1 ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ

1.2 กรณีที่อะอะอาละวาด วุ่นวาย อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

1.3 เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

1.3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติ ดังนี้

1.3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล

1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดย

นัดหมาย F/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

1.3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1) ส่งเข้าตีผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน)

1.3.2 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

1.3.2.1 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และ Admit ให้การปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และวางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเชื่อมต่อเรื่องในชุมชน และนัดมา follow up ตามความเหมาะสม

1.3.2.2 มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.2.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำต่างๆไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

หมายเหตุ 1. ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก แต่แพทย์ไม่ รับผิดชอบในโรงพยาบาลให้นัดติดตาม (follow up) ภายใน 3-5 วัน เพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ ในกรณีเสี่ยงน้อย นัดหมายภายใน 1-2 สัปดาห์

2. มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมา และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

## 2. กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

2.1 ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนี้

2.1.1 มีสีหน้าเศร้า ซึม หม่นหมอง ร้องไห้

2.1.2 เป็นโรคร้ายแรง หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย

2.1.3 เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ดื่มสุรา มีบุคลิกภาพ

ผิดปกติ

2.2 ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2.1 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก ให้ปฏิบัติดังนี้

2.2.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับผิดชอบในโรงพยาบาล

1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางของแพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) ให้นัด Follow up ภายใน 3-5 วัน เพื่อติดตามผล

4) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

2.2.1.2 กรณีแพทย์รับผิดชอบในโรงพยาบาล ส่งเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยใน (ดูแลตามแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)

### 3. กรณีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

3.1 ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน

3.2.1 กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน

3.2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ ดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีให้การปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำทั่วไป

3.2.3 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์เพื่อการรักษา และให้การรักษาตามการรักษา ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

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

3.2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์และให้การรักษาตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

3.2.6 ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังภาวะซึมเศร้าที่อาจใช้ในการ ฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ขาน้ำแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

3.4 การส่งต่อผู้ป่วย พิจารณากรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อฝ่ายเวชกรรมสังคม ของโรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช

#### คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) ควรมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาในระยะแรก ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ในห้องมิดชิด

2) เก็บสิ่งๆ ที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง

- 3) ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยา ญาติควรเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยกิน และเก็บชองยาไว้
- 4) ไม่พูดคำหยาบ ประชด ประช่น หรือพูดทำทนายผู้ป่วยให้ทำร้ายตนเองอีก
- 5) ให้ญาติคอยสังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่แปลกๆ ที่ไม่เคยพูด เช่น คำสั่งลา ตัดใจได้ เปลี่ยนจากอารมณ์เศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มาก
- 6) ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์

7) ควรกระตุ้นหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้ให้การปรึกษาตามนัดหมายทุกครั้ง

**ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย**

แนวคิดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

1) เป็นการทำงานเป็นทีม และเป็นการประสานงานการทำงานระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน

2) การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3) การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานที่ครบวงจร ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

4) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้

สรุป สำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่ยกขามฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยให้การปรึกษา และแนะนำญาติในการเฝ้าระวังที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเชื่อมต่อในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

### 1.5 การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย ถือว่าบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท (Varcarolis, 1998) คือ 1) ภาวะวิกฤตในกระบวนการพัฒนา (Developmental Or maturational crisis) ได้แก่ ภาวะวิกฤตในการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา แต่ด้านร่างกายจะเห็นชัดกว่า 2) ภาวะวิกฤตจากเหตุไม่คาดฝัน (Situational crisis) ได้แก่ ความเจ็บป่วย ตกงาน การหย่าร้าง สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น 3) ภาวะวิกฤตจากภัยพิบัติ (Aduentitious crisis) ได้แก่ (1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม ไฟป่า (2) ภัยพิบัติจากความขัดแย้ง ระหว่างเชื้อชาติ ทำให้เกิด

สงคราม และการจลาจล (3) อาชญากรรม และการกระทำที่ละเมิดสิทธิบุคคล เช่น การข่มขืน การฆ่า การทารุณกรรม

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดีนั้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการพยาบาลจะช่วยทำให้มีทิศทางในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาสำหรับการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการผู้ป่วย ดังนั้น กระบวนการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1.5.1 การประเมิน จะประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่มเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการพลุกพล่าน มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือสามารถควบคุมตนเองได้ และระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยประเมินได้ดังนี้

1.5.1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแรงจูงใจต่าง ๆ โดยการรวบรวมข้อมูล ต่างๆ ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการตาย และข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยซึ่งเป็นความจำเป็น ในด้านการให้กำลังใจ และบุคคลที่จะช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ

1.5.5.2 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด โดยดูความต้องการในการดูแลตนเอง ความแข็งแรง และข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเน้นการประเมินตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการ เรียนรู้การประเมินตนเอง โดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเรียนรู้ในการบ่งชี้ความจำเป็นในการขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพ

1.5.5.3 ประเมินครอบครัว/ญาติ ส่วนนี้จำเป็นในด้านการให้กำลังใจ รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือถ้ามีเหตุฉุกเฉิน

1.5.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะ การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ กระบวนการคิดค้นแปร บุคลิกภาพอ่อนแอ โดยข้อวินิจฉัยต้องสะท้อนให้เห็นถึงภาวะขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือ การขาดการดูแลตนเองเป็นผลมาจากการขาดความรู้ แรงจูงใจ หรือทักษะ หรือ การมีสิ่งเหล่านี้ไม่เพียงพอ

1.5.3 การวางแผนการพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาลมีทั้ง แผนระยะสั้น เป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตาม สภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ เสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และ ส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริม พฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าของตนเอง และแผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุม สถานการณ์ ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการ ทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยหลุดถึงสิ่งที่จะ สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจใน ตนเองและคุณค่าแห่งตน

1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีเป้าหมาย คือ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ค้นหาแรงกดดัน หรือลักษณะการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยที่ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักค้นหา หรือ ปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1.5.4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะที่รู้ตัวและภาวะไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตา แม้แต่เวลาเข้าห้องน้ำ ทำข้อ สัญญาากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายต่อตนเอง

1.5.4.2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การใช้ เทคนิคการสื่อสาร สร้างความไว้วางใจ โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของ ผู้ป่วย แสดงความเห็นใจ และเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.5.4.3 การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการ ปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.5.4.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญ ปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการ ดำเนินชีวิตในสังคม ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้น ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

1.5.4.5 การพัฒนาและฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมรวมถึง  
ฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.5.4.6 การแนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว  
เมื่อมีปัญหาภายหลังการจำหน่าย

1.5.5 การประเมินผลการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึง  
ความสำเร็จการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด  
โดยสามารถนำไปสู่การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ จุดเน้น  
ของการประเมินผลอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก การกระทำ และการเปลี่ยนแปลงใน  
ด้านความรู้ แรงจูงใจ และทักษะ

โดยสรุป พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่ง โดย  
พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์  
ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษา  
ปรึกษาประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการ  
ดูแลและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่า  
ตัวตายซึ่งจะได้ผลลัพธ์โดยรวมคือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย สามารถหาวิธีการแก้ปัญหา  
ใหม่ มีความหวัง มีทัศนคติในการดำเนินชีวิตด้านบวก ร่วมมือในการรักษา มีข้อมูลในการหาแหล่ง  
ช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหากับผู้ป่วย

## 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพยายามฆ่าตัวตาย

### 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

#### 2.1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต  
หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข  
พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหา  
สุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคล  
จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ  
ที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอก  
บุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่  
การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม

เป็นต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

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

**2.1.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง** พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นทักษะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม สามารถจำแนกได้ดังนี้

Hill & Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 2 ส่วน คือ

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

2) 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

1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่ง สุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การจับถ่าย การมีปฏิกริยาร่วมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ มีความต้องการ และอยู่อย่างปกติ

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



2.1) การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิตซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

2.2) การดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา หรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระดับการศึกษา แนวทางการปรับตัวเข้าสังคม เป็นต้น

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

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

2.2 ลักษณะพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านอารมณ์ คือ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กับบุคคลอื่น ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง และ ขาดทักษะ ในการจัดการกับปัญหาต่างๆที่เหมาะสม (Cutcliffe & Stevenson, 2008) ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่การขาดความใส่ใจ หรือ ความสนใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน กล่าวคือ ด้านสุขภาพร่างกาย แสดงออกโดย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ (Thobaben & Kozlak, 2007) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความใส่ใจดูแลสิ่งแวดล้อม ที่ก่อให้เกิดอันตราย และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนถึงขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น ภาวะขาดสารน้ำ และ อาหาร ภาวะเครียด หรือวิตกกังวลสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมทั้งไม่มีความสุขด้านจิตวิญญาณ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Taliaferro, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ ชักถามข้อมูลของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านต่างๆ ทั้ง 7 ด้านตาม แนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะ ดังนี้

**2.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง** ปัญหาพฤติกรรมด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง จากผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่รู้สึกผิดหวังในตนเองและโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยเหล่านี้มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองมีจุดเด่น จุดด้อยอะไรบ้าง นอกจากนี้ยังขาดความรู้และความตระหนักรู้ ไม่รู้จักใช้แบบแผนความคิด และการกระทำของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหาชีวิต คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเหมือนคนอื่น (DeMan, 1995 อ้างใน ครูณี เลิศปรีชา, 2545)

**2.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ** ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าเหตุการณ์ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเหล่านี้ทำร้ายตนเองมักเกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิดและน้อยใจที่ถูกคนใกล้ชิดดูต่ำ เกิดจากการที่ไม่สามารถพูดคุยให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการและความรู้สึกต่างๆของตนเอง ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจและขัดแย้งในใจ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเองสูง ไม่กล้าแสดงออกเพื่อตอบโต้ต่อสิ่งต่างๆ มักจะใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ไม่สามารถหาแนวทางหรือวิธีการพูดคุยสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจปัญหาของตนเอง หรือไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Scheneidman & Farberow as cited in rickelman & Houfek, 1995 อ้างใน ครูณี เลิศปรีชา, 2545)

**2.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ** ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ในแต่ละวันให้กับตนเอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการขาดความรู้และตระหนักรู้เกี่ยวกับทักษะในการแสวงหาข้อมูล การนำความรู้ไปแก้ไขปัญหาของตนเอง และขาดแรงจูงใจ ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน

**2.2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม** ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ก้าวร้าว โทษตนเอง และ การปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkin, shrout, & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995 อ้างใน กัญญา พิษณุ จันทรนิคม, 2548) ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดความรู้และการตระหนักรู้ ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาและนำวิธีการที่เหมาะสมมาแก้ไขปัญหา

**2.2.5 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม** ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้าน การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีเครือข่ายทางสังคมน้อย รู้สึกไม่ไว้วางใจใคร เนื่องมาจากผู้ป่วยเกิดการด้านความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทาง

สังคม ทำให้ไม่สามารถระบายปัญหาและความทุกข์ที่อยู่ภายในจิตใจออกมาได้ กับบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน ด้านระบบความเชื่อ มีความเชื่อและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม (Cohen & Wills as cited in Jacobson, 1986 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

**2.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา** ปัญหาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังจะเห็นได้จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา น้อย เช่น การไปทำบุญ ทุกวันพระ ดักบาตร สวดมนต์ นั่งสมาธิ และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษาวันวิสาขบูชา (จินตนา ยูนิพันธ์ 2534) ทั้งนี้เนื่องจากด้านความเชื่อ คิดว่าการฆ่าตัวตายไม่เป็นบาป เป็นวิธีการแก้ปัญหาชีวิตอีกทางหนึ่ง ขาดความรู้และการตระหนักรู้ ไม่ได้นำคำสอนมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ขาดสติปัญญาที่รู้เท่าทันสาเหตุการเกิดทุกข์และวิธีการดับทุกข์ส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญกับความทุกข์ยากหรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

**2.2.7 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป** ปัญหาพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองทั่วไป จากการสัมภาษณ์ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ขาดการสนใจในการดูแลตนเอง และมีปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดหรือวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ และมีโรคประจำตัวเช่นความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของร่างกายที่มีความเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอ มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย

สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน ลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวยังเป็นปัญหาที่สำคัญต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่จะช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ได้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องและสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

**2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย** พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ภายในขอบเขตทางวัฒนธรรมของตน (Orem 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2534) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาไม่พบว่ามีหลักฐานการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยตรง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ใกล้เคียง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พอสรุปได้ดังนี้

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

และการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

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

2.3.3 สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพ โสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระ เมื่ออยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem 1991) ซึ่งตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือการตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และในสถานการณ์ให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจรวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2534)

2.3.4 อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งๆ มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ย่อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัดทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2534)

2.3.5 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความคิด สติปัญญา เพื่อช่วยในการตรวจสอบ สถานการณ์ ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem 1991) อีกทั้งความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคล ครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการ โดยตรง

2.3.6 การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2534)

2.3.7 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีรายได้ และสถานภาพทางสังคมสูง อาจบ่งบอกคุณภาพชีวิตที่ดีทางหนึ่ง (Orem 1991) และรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและ

ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วัจวิเวก (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

2.3.8 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียชีวิตการหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

2.3.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

2.3.10 ความเชื่อด้านศาสนา การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัว ในยามเกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้หลักการทางศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ ของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

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 สิ่งสำคัญพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อทาง สุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอาศัยวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่

ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดเป็นหมวดหมู่จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยได้สร้างแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน การพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของ Hill & Smith (1990) และนำเอาการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่พัฒนามาจาก แนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (1985) สำหรับด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษาความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทยโดยเรียกว่า เป็นการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวแล้วจะพบว่า ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้

**2.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย** บทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีดังนี้

**2.5.1 การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง** กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2534: Hill & Smith 1985) สรุปได้ดังนี้

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

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

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

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

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

**2.5.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ** วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีอยู่ 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์ 2534, Hill & Smith 1985) ได้แก่

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

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ เป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

### 2.5.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึง การใช้เวลาเพื่อ สุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ของตนเองช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

### 2.5.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

1) การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

2) การทำให้กระจ่าง การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

3) วิธีการแก้ปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติ

4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

**2.5.5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม** กิจกรรมการพัฒนา ระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือ หรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดี พอที่จะเรียกให้การช่วยเหลือ

3) การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำ หรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือ ข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

**2.5.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา** Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

1) การสวดมนต์ภาวนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์

2) ปฏิบัติพิธีกรรม การอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การนิมนต์พระ มาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

3) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่าง ๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย

**2.5.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป**

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสม

2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง ถ้านอนหลับไม่เพียงพอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่งมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย โดยปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูติชัย ปานปรีชา 2531)

3) การออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท (แจก ธนะศิริ 2536)



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

**ขั้นตอนที่ 1** การวินิจฉัย ซึ่งประกอบด้วย 1) การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด 2) การวินิจฉัยความสามารถในการดูแลตนเอง 3) การวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2** การออกแบบและวางแผน มีสาระสำคัญ คือ 1) การออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง 2) ระบบการพยาบาลออกแบบเพื่อช่วยครอบครัว ในการดูแลผู้รับบริการชั่วคราว 3) การวางแผนครอบคลุม การวางแผนกิจกรรมเฉพาะอย่าง บทบาทของบุคคลต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากร โดยต้องคำนึงถึงเวลา สถานที่ และความถี่ของการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้รับบริการเอง พยาบาล และบุคคลอื่น

**ขั้นตอนที่ 3** การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และปรับประคอง และปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทที่สำคัญโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

### 3. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

ก่อนที่จะกล่าวถึงการพยาบาลแบบองค์รวม ในรายละเอียดนั้น การพยาบาลแบบองค์รวมมีพื้นฐานมาจากแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม ก็คือมองความเจ็บป่วยในแง่ดีว่าเป็นโอกาสที่ทำให้มนุษย์เราเจริญเติบโต การใช้ความเจ็บป่วยในทางสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้มนุษย์เราได้ประเมินเป้าหมายและคุณค่าในชีวิต และเพื่อจะนำเอาแหล่งประโยชน์และความแข็งแกร่งในชีวิตที่ยังไม่ได้ใช้มาใช้ให้เหมาะสม

### 3.1 ความหมายของสุขภาพองค์รวม

แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวม มาจากความคิดพื้นฐานที่ว่ามนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วยกายและใจ ขณะเดียวกันก็มีอาจแยกตัวอยู่โดดๆ ได้ หากยังต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เริ่มจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง ไปจนถึงผู้คนในสังคม ด้วยเหตุนี้ กายและใจจะต้องสัมพันธ์กันด้วยดี ควบคู่ไปกับความสัมพันธ์ทางสังคม ถึงจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า มีความงอกงาม หรือมีสุขภาพที่ดีได้ (พระไพศาล วิสาโล 2546) จึงได้มีผู้ให้แนวคิดที่สอดคล้องและหลากหลาย ดังนี้

สมจิต หนูเจริญ (2531) กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม เป็นวิธีการบรรลุความผาสุกในชีวิต โดยตระหนักถึงทุกด้านของบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จุดเน้นก็คือ ความกลมกลืนในฐานะคน สังคม กับธรรมชาติ และ โลกที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ สุขภาพแบบองค์รวม จะมองที่บุคคล ไม่ใช่โรคหรืออาการ เน้นที่การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและกระบวนการหาย (healing process)

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

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

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

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

Murry & Zentner (1975) 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 หรือสุขภาพ ภาวะ มีผู้กล่าวถึง องค์ประกอบ ไว้ใกล้เคียงกัน ซึ่งต่อมาองค์การอนามัยโลกได้มีการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณมากขึ้น รวมทั้งในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในทุกมิติ สามารถสรุปรายละเอียดแต่ละมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (ประเวศ วัชชี 2543; วิพุธ พูลเจริญ 2544) ดังนี้

3.2.1 ด้านร่างกาย คือ มีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จาก ลักษณะและขนาดร่างกาย การรับรู้สัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย

3.2.2 ด้านจิตใจ คือ ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่ สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับความคิด และเผชิญกับความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

3.2.3 ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวด้านบทบาททางสังคมหรือการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดกับชีวิต มีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น

3.2.4 ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่เพียงพอ รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นการจะมีภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้ ประชาชนจะต้องมีบทบาทในการดูแลตนเอง โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจากองค์ประกอบสุขภาพ ภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ในการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่ง และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการ การเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ จึงมีความ

สอดคล้องกับแนวคิดภาวะสุขภาพที่ดีในแบบองค์รวมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นความต้องการและจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ (สัมฤทธิ์ ต่อสติ 2546)

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม จึงเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing)

### 3.3 แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)

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

3.3.1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ คือชีวิตรอดปลอดภัย

3.3.2 ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function needs) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว

3.3.3 ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นและไม่มี ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับผิดชอบต่อชีวิตในตน

3.3.4 ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย รวมทั้งการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2542) ได้แก่ 1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด 2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ 3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือ ความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการฟังพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน 4) ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือ ความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

**3.4 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม** หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวทางพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น (Inga Newbeck 1986) ได้แก่

3.4.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

3.4.2 การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวท่านนั้นที่รู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3.4.3 การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหาโดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

3.4.4 การที่พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษารบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

กล่าวโดยสรุป หลักในการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบกับการศึกษาสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพที่

บุคคลเป็นอยู่ เพื่อให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือ นั้น มิใช่ช่วยเฉพาะทางกายหรือทางใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการช่วย “คน” ซึ่งเป็นองค์รวมของ กาย-จิต-วิญญาณ-และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

#### 4. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายใช้หลักปฏิบัติและข้อกำหนดในการพยาบาลแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ช่วยบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาล เพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำมาใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีการดำเนินกิจกรรม ให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จะดำเนินการทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านภายหลังถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกันรวมจำนวน 5 ครั้งๆละ 40 นาที โดยดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ครั้งแรก พบกันในระยะเริ่มต้น ครั้งที่ 2 พบกันในระยะระบุปัญหา ครั้งที่ 3,4 พบกันในระยะแก้ไขปัญหา และ ครั้งที่ 5 พบกันในระยะสิ้นสุดปัญหา ลักษณะของกิจกรรมเป็นการที่ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง สุขภาพที่ดี และร่วมกันแก้ปัญหาที่นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิต ที่มั่นคง และ พึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันใน 1 กิจกรรม 1 ครั้งๆละ 40 นาที โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่นจุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัว และในชุมชน ตนเอง (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันใน 1 กิจกรรม 1 ครั้งๆละ 40 นาที โดยพยาบาลฝึกให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายในด้านการได้รับสารอาหาร และน้ำ การพักผ่อน และ การออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม โดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการให้ความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่ง ข่าวสาร และใช้เวลาว่างที่มีประโยชน์โดยให้ความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถ ประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

4. ทักษะในการผ่อนคลาย (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันใน 1 กิจกรรม 1 ครั้งๆละ 40 นาที โดยพยาบาลสอน และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และ การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันใน 1 กิจกรรม 1 ครั้งๆละ 40 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนา ที่นับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด

ผู้ศึกษาเชื่อว่าการดูแลในลักษณะดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ในการตอบสนองความต้องการของตนเองสามารถพัฒนาให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น จนทำให้สามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 เอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง กับการพยาบาลแบบองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของค์รวมและพฤติกรรมดูแลตนเองโดยตรงมีจำนวนน้อยมาก จึงขอแนะนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมานำเสนอด้วย ดังนี้

ธนพร วิชชุเวชคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลัง ภายหลังจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ( $\bar{X}=193.90$ ) สูงวกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม สัมพันธภาพบำบัด ( $\bar{X}=142.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

เพลิน เสี่ยงโชคอยู่ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับ ผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่า ( $\bar{X}=4.15$ ) ก่อนใช้โปรแกรม ( $\bar{X}=3.37$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

อนุชิต พิมสิม (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมรุนแรง และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรุนแรงลดลง ( $\bar{X}=17.50$ ) กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ( $\bar{X}=26.80$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมลดลง ( $\bar{X}=18.25$ ) กว่าก่อนใช้โปรแกรม ( $\bar{X}=23.20$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )



สุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัด อ่างทอง จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยรวม หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับ โปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากการพยาบาลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมจะ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีผลงานวิจัยดังกล่าวนี้ค่อนข้างส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางกาย ดังนั้น จึงนำเสนอ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใกล้เคียง ดังนี้

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัด ชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลองคือ ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลัง ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่

การพัฒนารู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

นวพร จีรังกร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีพยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดี่ยวก่อนและหลัง ภายหลังจากศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ของเยาวชนหญิง หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันที น้อยกว่าก่อน เข้าร่วมการบำบัดทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) และคะแนนภาวะซึมเศร้า ของเยาวชนหญิง หลังเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาทันที และระยะติดตามหลังการบำบัดทางปัญญาลิ้นสุดลง 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

