

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากระบวนการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสารวารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 1. ข้อมูลโรงพยาบาลมะการักษ์

- ความเป็นมาของโรงพยาบาลมะการักษ์
- พื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมาย
- ศักยภาพและขีดความสามารถ / ข้อจำกัดในการให้บริการ
- งานบริการพยาบาล
- งานบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

- ความหมายของการฆ่าตัวตาย
- ทฤษฎีและแนวคิดปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย
- การดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- การพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

- ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง
- การประเมินภาวะซึมเศร้า
- การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้

- ความหมายของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- แนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- วัตถุประสงค์ของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- ข้อดีของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- ข้อจำกัดของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
- การใช้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

#### 5. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้รับบริการ

- ความหมายของความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล
- แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์

### ความเป็นมาของโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์

โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ตั้งอยู่เลขที่ 47/12 หมู่ 4 ต.ท่ามะกา อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ได้สร้างขึ้นด้วยความริเริ่มของคณะกรรมการบริหารสมาคมกลุ่มชาวไร่อ้อย เขต 7 มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 23 ไร่ โรงพยาบาลได้เริ่มก่อสร้าง ตั้งแต่วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2518 และเริ่มเปิดบริการผู้ป่วยนอก เมื่อ 28 มกราคม 2520 และเปิดบริการผู้ป่วยในเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2520 โดยมีจำนวนเตียง 65 เตียง ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 240 เตียง

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงพระราชทานนามว่า " โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ " ซึ่งมีความหมายว่า เป็นที่รักษาที่ชาวท่ามะกาสร้างขึ้น และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ทรงเสด็จพระราชดำเนินแทนพระองค์เพื่อทำพิธีเปิด เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2522

### พื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมาย

อำเภอท่ามะกา แต่งเขตการปกครองออกตาม พรบ. ลักษณะการปกครองท้องที่ พ.ศ. 2547 เป็น 6 เทศบาล 16 ตำบล 16 อบต. 150 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 26890ครัวเรือน มีประชากร จำนวน 123,472 คน เป็นชาย 61,584 คน เป็นหญิง 61,888 คน

### ศักยภาพและขีดความสามารถ / ข้อจำกัดในการให้บริการ

โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาดเตียง 240 เตียง ที่ให้บริการตรวจโรคทั่วไป และผู้ป่วยเฉพาะโรคโดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ยกเว้นสาขาที่ยังขาด คือ ศัลยศาสตร์ ระบบประสาท และจิตเวช โดยมีวิสัญญีแพทย์และทันตกิจ ดังนี้

วิสัญญีแพทย์ คือ เป็นผู้นำการบริการสุขภาพ ที่มาตรฐาน ทันสมัย ครอบคลุมใจประชาชน

ทันตกิจ คือ ให้การดูแลด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้การทำงานเป็นทีมของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม เพื่อความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

### งานบริการพยาบาล

กลุ่มการพยาบาล เป็นกลุ่มงานที่มีหน้าที่และรับผิดชอบในการจัดระบบการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 200 คน พยาบาลเทคนิค 21 คน กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน ควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติงานของ

เจ้าหน้าที่ในกลุ่มการพยาบาล ตลอดจนประสานงานร่วมมือกับกลุ่มงานอื่นๆ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเป็นไปตามเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยมีปรัชญาดังนี้ คือ ให้บริการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ อย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง โดยให้กระบวนการพยาบาลและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ ภายใต้ คุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ

งานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็ง ใช้การมอบหมายงานแบบเฉพาะหน้าที่ หรือทีมมาโดยตลอดจนถึงปี พ.ศ. 2545 โดยมีพยาบาลหมุนเวียนเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวรและร่วมกันรับผิดชอบผู้ป่วย โดยพยาบาล 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างน้อย 8 รายในแต่ละเวร สับเปลี่ยนหมุนเวียนไปทุก 8 ชั่วโมง และพบว่า พยาบาลในแต่ละเวรปฏิบัติการพยาบาลตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งดึก ทำให้มีภาระงานมาก การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการไม่ครอบคลุม แยกเป็นส่วนๆ ตามเหตุการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งทำให้ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็ง ยังเป็นการดูแลผู้รับบริการยังแยกเป็นส่วนๆมากกว่าการพยาบาลแบบองค์รวมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอย่างที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมชมสำรวจของ พรพ.( 2547 ) ว่า พยาบาลยังพร่องเรื่องการใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ ในด้านการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม และไม่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารทางบริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลโอกาสพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็ง ในด้านการได้รับข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งอัตราการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยได้ร้อยละ 65.94 จากเป้าหมายร้อยละ 80 ( เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็ง , 2547 )

#### งานบริการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงพยาบาลมะเร็งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่ยังไม่มีกลุ่มงานจิตเวชหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง แต่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการอบรมทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเหนือจากงานในหน้าที่หลัก แต่จากข้อมูลของผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็ง พบว่า จำนวนผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2547 ในแต่ละปีจะมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุด ถึงร้อยละ 60 และจากข้อมูลผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 – 2547 พบว่า มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมารับบริการเป็นจำนวนมากที่สุด โดยเฉลี่ย 11 ราย/ เดือน มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย / ปี ( เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็ง ,

2547 ) จึงจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องตระหนักถึง และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดหรือมีการกระทำซ้ำ จึงควรมีการดำเนินแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องต่อไป

## 2 . แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

### ความหมายของการฆ่าตัวตาย

จำลอง ดิษยวณิช ( 2542 ) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย คือ การกระทำโดยรู้ตัว เพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจึงเป็นจิตเวชฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ฆ่าตัวตายทุกรายเพราะความผิดพลาดในการประเมิน และการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

สุกมล วิภาวีพลกุล ( 2542 ) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่พฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริง ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง โดยคำศัพท์ต่างๆที่สำคัญเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นดังนี้

Suicidal idea	หมายถึง	ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
Suicidal attempt	หมายถึง	การพยายามฆ่าตัวตาย
Suicidal plan	หมายถึง	แผนที่จะลงมือฆ่าตัวตาย
Committed suicide	หมายถึง	การฆ่าตัวตายสำเร็จ
Suicidal risk	หมายถึง	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ทศพร ประเสริฐสุข ( 2542 ) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ และตั้งใจสำหรับบุคคลที่จะทำลายตนเอง หรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตแต่ถ้าไม่เจตนาที่จะให้ตายจริงๆไม่ถือเป็นการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ( 2542 ) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม ว่าหมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวดหรือเป็นอันตราย ถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

จากความหมายของการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือการกระทำใดๆ ที่เจตนาจะทำร้ายตนเองเพื่อให้จบชีวิตลง เนื่องจากไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่ว่าจะมีความวิตกกังวลหรืออะไรก็ตาม สำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะทำจริง ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า การกระทำนั้นมีเจตนาที่จะจบชีวิตตนเอง

## ทฤษฎีและแนวคิดปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎีและแนวคิดดังนี้

### 1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors)

1.1 การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือ สารเคมีในสมอง ( Neurochemical agents ) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ Serotonin , Dopamine , Norepinephrine และ Gamma amino butric acid และพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับ Serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT ) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Barbee & Bricker, 1996)

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอล ( Cholesterol ) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายจะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ( Modai et al., 1994 cited in Hauenstein , 1998)

### 2. ปัจจัยทางจิตใจ ( Psychological factors )

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ( Psychoanalytic theory ) อธิบายว่า เมื่อบุคคล ประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียด ต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว ที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย ( Freud, 1985 cited in Hauenstein, 1998)

เมนningerเจอร์ ( Menninger cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ

- 1) ความประสงค์ที่จะฆ่า ( The wish to killed) ความประสงค์นี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว และมองตัวเองเสมือนเป้า ซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่า
- 2) ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า ( The wish to be killed) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับความตาย ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความสุขเช่นนี้เป็นความสำนึกผิดซึ่งเกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึก
- 3) ความประสงค์ที่จะตาย ( The wish to be die) แนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจจะมีจิตไร้สำนึกเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหนีเพื่อจะได้กลับมาใหม่ แต่ความเป็นจริงไม่เป็นเช่นนั้น ความขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

## 2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( Interpersonal theory ) ซัลลิแวน

( Sullivan , 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker , 1996 ) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

## 2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม ( Cognitive theory ) อธิบายถึง สาเหตุการฆ่าตัวตาย

ตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ( Rigid cognitive ) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน

( Dichotomous thinking ) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง ( Arffa, 1983 ; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995 ) นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ ( Negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ( Hauenstein, 1998)

## 3. ปัจจัยทางสังคม ( Sociological factors)

เดอว์ไครม์ ( Durkheim, 1951 cited in Barbee & Bricker, 1996 ) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่

1) ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ ( Altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เป็นการทําลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมิเหตุผล ตั้งใจกระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง

2) ฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงแต่ตนเอง ( Egoistic suicide ) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคม หรือบุคคลรู้สึกผูกพันกับครอบครัวและสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน

3) ฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ ( Anomic suicide ) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกะทันหัน ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบ จึงทำการฆ่าตัวตาย

4) ฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต ( Fatalistic suicide ) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของทาสในสมัยโบราณ การฆ่าตัวตายของนักโทษ เป็นต้น

## ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. **สภาพสมรส** ผู้ที่แต่งงานจะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่ผู้ที่เป็นโสด หย่าและเป็นม่ายจะมีโอกาสเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ที่ม่ายตั้งแต่อายุน้อย ๆ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากภายในระยะ 1 ปี ภายหลังกู้ครองเสียชีวิต
2. **ศาสนา** ศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีข้อห้ามการฆ่าตัวตายที่บัญญัติไว้ ในศาสนาต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน เช่น ประเทศไทยมีข้อห้ามไว้ในศาสนาว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ
3. **สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ** มีรายงานว่าผู้ที่ตกงานโดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง
4. **เพศ** อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชายเมื่อเทียบกับผู้หญิงเท่ากับ 3 : 1
5. **อายุ** ในประเทศไทยโดยเฉพาะในระยะ 3 ปีมานี้ตั้งแต่มีวิกฤติเศรษฐกิจอัตราการฆ่าตัวตายกลับพบสูงในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 15-24 ปี สาเหตุของการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญ 3 ประการ คือ เป็นโรคซึมเศร้า , ติดสารเสพติด และมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ
6. **วิถีชีวิตที่เครียดและมีความยุ่งยากลำบาก** พบว่าในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีความยุ่งยากลำบาก และความเครียดนามาก่อนในอัตราที่สูง โดยปัญหาในชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามอายุของผู้ป่วยและโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่
7. **โรคทางกาย** โรคทางกายจัดว่าเป็นความเครียดที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยพบว่าโรคทางกายเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายพบใน ร้อยละ 10 ของคนวัยหนุ่มสาวร้อยละ 25 ของวัยกลางคน และร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุ
8. **ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว** ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติครอบครัวมีคนฆ่าตัวตายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปโดยมีรายงานว่า ร้อยละ 6 ของผู้ฆ่าตัวตายมีบิดาหรือมารดาฆ่าตัวตาย เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าญาติของผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตาย มีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จสูง มีความสัมพันธ์กันชัดเจนระหว่างการฆ่าตัวตายกับโรคซึมเศร้า
9. **การฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง** ในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่าในสมองของผู้ฆ่าตัวตายมีความผิดปกติของสารเคมีคือมีระดับของสารซีโรโทนิน (Serotonin) ลดต่ำลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมอารมณ์และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับเกิดอาการซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย



10. โรคทางจิตเวช โรคทางจิตเวชซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายมีด้วยกัน 4 โรคคือ โรคซึมเศร้า , โรคจิตเภท , ตีตสารเสพติด , บุคลิกภาพผิดปกติ

#### อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ( 2543 ) กล่าวว่า อาการที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายสูง ได้แก่อาการเศร้าก่อนข้างรุนแรง ห่อเหี่ยว เบื่อหน่ายไปหมด นอนไม่หลับคิดมาก รู้สึกไร้ค่า หรือหมดหวัง มีโรคจิตหูแว่วเป็นเสียงสั่ง ( Command) ให้กระโดดตึกหรือตัดมือ เป็นต้น มีการสูญเสีย ญาติมิตรคนใกล้ชิดเร็ว ๆ นี้ (Recent loss) และโดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุ โสด หม้าย หรืออาศัยอยู่คนเดียว ตีตสารเรื้อรังหรือใช้สารเสพติด พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้ง มีโรคทางจิตหรือทางร่างกายเรื้อรัง ที่ทุกข์ทรมาน มีนิสัย หุนหันวุ่นวาม อารมณ์รุนแรง ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีอาจพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชดผู้อื่นด้วยอารมณ์ชั่ววูบ แต่รุนแรงหรือพลาดพลั้ง ถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเช่นนี้มักจะเอายาที่ได้รับจากแพทย์ไปกินเกินขนาด หรือมีการวางแผน เช่น เขียนจดหมายลาตาย จัดการทรัพย์สิน เป็นต้น ครอบครัวยุติความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริง ๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ครอบครัวยุติความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริง ๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ครอบครัวยุติความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริง ๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ครอบครัวยุติความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริง ๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ครอบครัวยุติความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริง ๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2545) ได้สรุปอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตเวชประเภทอื่น ๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้หรือแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มาก ดังนี้

1. บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่าง ๆ ให้ผู้อื่นรู้ โดยเชื่อว่าเกือบ 2 ใน 3 ได้พยายามสื่อสารความตั้งใจจะตายให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น รายงานหรือบอกถึงวันที่ตนเองจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่า "เธอคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับฉันอีกต่อไปแล้ว"

2. ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า ( Depression) โดยเชื่อว่า การคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มมีอาการซึมเศร้า ซึ่งบุคคลส่วนมากอาจคิดว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดสูงสุดในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ( Recovery phase) เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาตนเองและมีพลังที่จะฆ่าตนเองได้ แต่ในความจริงแล้ว ผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลาจึงไม่ควรไว้ใจ

3. บุคคลที่แยกตัวจากสังคม หรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง ( Hopelessness) โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จนี้ 1 ใน 6 ราย มีการทิ้งข้อความของการจะฆ่าตัวตาย หรือวางแผนการฆ่าตัวตายเอาไว้

4. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่าง ๆ รวมถึงการใช้ Alcohol โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ฆ่าตัวตาย ตรวจพบว่า มี Alcohol ในกระแสเลือดถึง ร้อยละ 90

5. ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน (Post hospitalization) ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมาก ทั้งป่วยทางกายและทางจิตมักมีอาการต่าง ๆ ดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ดีอย่างรวดเร็ว และทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามการรักษาได้สูงในช่วง 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

สรุป อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าค่อนข้างรุนแรง อาการเด่นชัด เช่น เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง แยกตัวจากสังคม คิดมาก กังวลใจใจลอย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นโรคจิตมีหูแว่ว เป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างปัจจุบันทันด่วน ติดสุราเรื้อรัง ใช้สารเสพติด คิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้ง มีนิสัยหุนหันว้าว ความควบคุมตนเองไม่ดี มีการวางแผนฆ่าตัวตายและมีสัญญาณเตือน โดยการพูดบ่น และเขียนจดหมาย เป็นต้น

### การดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ( 2545 ) กล่าวถึงการรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

1. รักษาผลของพฤติกรรมฆ่าตัวตายก่อน เช่น ถ้ากินยานอนหลับให้ล้างท้อง ให้ยาแก้พิษ สังเกตอาการ หรือผ่าตัดรักษาถ้ามีอาการบาดเจ็บเกิดขึ้น

2. ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ต้องให้มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา นำสิ่ง que ผู้ป่วยอาจใช้เพื่อการทำร้ายตนเอง เช่น เชือก ยา มีด ไปให้พ้น ไม่ควรให้ผู้ป่วยนอนใกล้หน้าต่าง

3. การรักษาทางจิตเวช ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทุกรายควรได้พบจิตแพทย์ก่อนให้กลับบ้าน เพื่อประเมินความเสี่ยง การรับไว้รักษาต่อ เป็นต้น ถ้าไม่มีจิตแพทย์ ผู้ดูแลควรทำดังนี้

- รับฟังผู้ป่วย ให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย
- ร่วมกันกับผู้ช่วยพิจารณาถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ผ่านมาและความคิดจะทำซ้ำ การพูดถึงการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมาจะไม่เร้าหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ตรงข้ามผู้ป่วยที่จะพยายามฆ่าตัวตายทุกรายยังมีความลังเล

(Ambivalence) กับการตายเสมอ โดยส่วนลึกลงนั้นยังต้องการมีชีวิตอยู่ การได้มองหาทางออกของปัญหาเกี่ยวกับแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีขึ้น หากพบว่าผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชอยู่ ต้องให้การรักษาหรือส่งพบจิตแพทย์โดยเร็วติดต่อญาติหรือบุคคลที่อาจให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในขณะนั้นให้ได้

#### การพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

**การรวบรวมข้อมูล** ข้อมูลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวบรวมเพื่อประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจต่างๆในการฆ่าตัวตาย โดยที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องมีความระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมาก เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะไม่ค่อยตรงไปตรงมา และควรมีการรวบรวมข้อมูลตลอด โดยมีข้อมูลที่สำคัญดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ เช่น สถานภาพการสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ และวิธีที่จะฆ่าตัวตาย
2. อาการและอาการแสดง เช่น เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Affective disorder มีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เป็นมะเร็ง
3. ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการจะตาย ได้แก่ การพูดถึงความตาย การแสดงท่าทีหรือมีสัญญาณเตือนต่างๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยพยายามที่จะฆ่าตัวตายมาก่อน จำเป็นที่จะต้องสอบถามผู้ป่วยให้ชัดเจนว่า เขายังมีความต้องการที่จะตายหรือไม่
4. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย จำเป็นในด้านกาให้กำลังใจและบุคคลที่จะให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ

#### การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล

**ในระยะสั้น** เป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ

- ผู้ป่วยไม่พยายามฆ่าตัวตาย
- ดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลง

**ในระยะยาว** เป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- ผู้ป่วยไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก
- ผู้ป่วยหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ ในการเผชิญความเครียด
- แก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**การปฏิบัติการพยาบาล** มีเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย , ค้นหาแรงกดดัน หรือลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตาย , ช่วยผู้ป่วยให้รู้จักค้นหา หรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวแบ่งได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยให้การยอมรับในตัว

ผู้ป่วย ไม่ตัดสินใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. มีการสื่อสารหรือรายงาน แรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยให้  
ผู้ร่วมงานได้รับรู้
3. ต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในช่วงวิกฤติ แม้แต่การเข้าห้องน้ำ
4. แสดงการยอมรับผู้ป่วย และไม่แยกผู้ป่วยออกไปอยู่คนเดียว แต่ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน  
สภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตราย
5. รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด โดยเฉพาะการรับฟังในเรื่องทุกข้อใจต่างๆ
6. ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายตนเอง
7. ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณยังมีชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยที่ความหวังนั้น ควรตั้งอยู่บน  
พื้นฐานของความเป็นจริง
8. จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความก้าวร้าวต่างๆ
9. ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ควรได้รับความช่วยเหลือเช่นกัน เพราะญาติ  
จำนวนมากจะรู้สึกผิด และอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยญาติควรมารับรู้ปัญหา และหาแนวทาง  
ในการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินผลทางการพยาบาลพยาบาลต้องประเมินผลการพยาบาลว่า บรรลุ  
วัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ โดยประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง เพื่อความ  
ปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก จากนั้นพยาบาลจึงทำการประเมินความเปลี่ยนแปลงทางด้าน  
ความคิด ความรู้สึก เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับและการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

#### แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ

(ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และพิเชษฐ อดมรัตน์ , 2544)

1. ควรประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยต่อไปนี้ มีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า  
โรคจิตเภท โรคพิษสุราเรื้อรัง บุคลิกภาพผิดปกติแบบahunหันพลันแล่น , มีปัจจัยทางด้านสังคม  
เช่น หย่าร้าง มีปัญหาทางครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ, มีความเจ็บป่วยทางกาย มีความเจ็บปวด  
ทุกข์ทรมานจากตัวโรค โรคระยะสุดท้าย เช่น HIV มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ มีประวัติ  
การพยายามฆ่าตัวตาย
2. หากพบผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามต่อถึงความถี่บ่อย และความรุนแรงของ  
ความคิด ตลอดจนการเตรียมแผนการต่างๆ ดังนี้

#### แนวการถามความคิดฆ่าตัวตาย

- คุณมีความรู้สึกที่ไม่อยากอยู่หรือไม่รู้ว่าจะอยู่ต่อไปทำไมไหม
- คุณคิดถึงกับความอยากตายให้พ้นๆไปไหม

- คิดถึงเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน
  - ผื่นหรือหามไม่ให้คิดได้ไหม
  - เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไหร่
  - มีเหตุการณ์หรือเรื่องกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้
  - ได้มีแผนใหม่ว่าจะทำอะไร
  - คิดใหม่ว่าจะทำเมื่อไร
  - เคยถึงกับทดลองทำไหม
  - ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือของมีคมไหม มีชื่อยามาสะสมไว้ไหม
3. จากนั้นประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆต่อการฆ่าตัวตายโดยละเอียดอีกครั้ง โดยที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

#### ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย\*

1. เพิ่งทำร้ายตนเอง
2. มีจิตพยาธิสภาพ ได้แก่ มี Psychological pain , ซึมเศร้ามาก หรือ anhedonia ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกท้อหมดหนทางในชีวิต , มีความวิตกกังวลสูงมาก มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเร็วๆนี้
3. การวินิจฉัยทางจิตเวช โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด
4. มีปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคมที่ชัดเจน เช่น ตกงาน หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว
5. ขาดการช่วยเหลือคำจุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด
6. มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้
7. ลักษณะบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น
8. เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง มีความเจ็บปวด ทูพลภาพสูงและ HIV
9. มีประวัติการฆ่าตัวตายในญาติสายตรง

\* ปัจจัยเสี่ยงแต่ละข้อมีน้ำหนักไม่เท่ากัน โดยทั่วไปปัจจัยเสี่ยงในข้อ 1 – 5 จะมีน้ำหนักสูงกว่าปัจจัยหลังๆ

4. ให้ประเมินต่อว่าความเสี่ยงนั้นจัดอยู่ในระดับสูงมาก ( ต้องให้ความช่วยเหลือทันที) หรืออยู่ในระดับปานกลาง ( ต้องให้การช่วยเหลือโดยเร็ว)
5. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับสูง หรือมีลักษณะดังต่างๆ ที่ต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาลทันที โดยมีผู้ดูแลใกล้ชิด จะมีลักษณะดังนี้

#### ลักษณะของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและได้ให้ความช่วยเหลือแล้ว

1. มีลักษณะตั้งใจฆ่าตัวตายสูง เช่น ใช้วิธีรุนแรง เขียนจดหมายลาตาย

2. ยังมีความคิดอยากตายอยู่
3. มีอารมณ์เศร้ามาก
4. รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง หหมดหนทาง
5. มีโรคซึมเศร้า หรืออาการของโรคจิต เช่น หูแว่ว
6. ปฏิเสธการช่วยเหลือ
7. อยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล

#### ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

8. มีความคิดอยากตายอยู่ตลอด แม้ได้ให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือแล้ว
9. มีการวางแผนฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน รุนแรง มีโอกาสหาสิ่งกระทำตามแผนได้ไม่ยาก
10. มีแผนการฆ่าตัวตาย และอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล
11. มีแผนการฆ่าตัวตายชัดเจน และมีอาการของโรคซึมเศร้า
12. มีอาการซึมเศร้ามาก และมีอาการโรคจิต เช่น มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง

6. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ให้ประเมินว่า ผู้ป่วยยังควบคุมตนเองได้หรือไม่ การตัดสินใจยังบกพร่องหรือไม่ และมีคนดูแลใกล้ชิดหรือไม่ หากปัจจัยเหล่านี้ยังดีอยู่ อาจไว้จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล แต่ต้องนัดพบผู้ป่วยบ่อยขึ้น ให้ญาติเก็บสิ่งต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตายได้ และให้การรักษาทั้งทางยาและทางจิตสังคมอย่างเต็มที่

7. การช่วยเหลือทางจิตใจ โดยมุ่งเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ ให้ Psychological Support เสริม Self – esteem ของผู้ป่วย ชักนำญาติให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

#### **แนวการสัมภาษณ์เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ**

- ทำไมผู้ป่วยจึงลงมือทำในครั้ง นี้ โดยทั่วไปเหตุการณ์กระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในระยะเวลานานก่อนลงมือทำ การทำความเข้าใจเหตุการณ์จะช่วยให้ผู้รักษาเข้าใจประเด็นที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ผู้ป่วยคิดอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านเหตุการณ์และการทำร้ายตนเอง เรื่องที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและคนรอบข้างอย่างไร

- ผู้ป่วยมีนิสัยการแก้ปัญหาอย่างไร ผู้ป่วยเคยเผชิญเหตุการณ์ในลักษณะนี้มาก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยจัดการกับความกังวล ความเครียด หรืออารมณ์ต่างๆ ในครั้งที่แล้วอย่างไร ในครั้งนี้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการที่เคยใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ เพราะอะไร และถ้าใช้ได้ เหตุใดจึงไม่ได้ผล ผู้ป่วยคิดว่าอะไรจะช่วยให้เขาได้

- แหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีเป็นอย่างไร ผู้ป่วยอยู่กับใคร มีใครที่ผู้ป่วยไว้ใจ คู่สมรสหรือคนใกล้ชิดรู้ปัญหาที่เป็นเหตุกระตุ้นหรือไม่ ถ้ารู้ เคยแนะนำอะไรให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยคิดอะไรกับคำแนะนำเหล่านั้น ใครน่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในเรื่องนี้ เขาได้ขอความช่วยเหลือจากใครบ้างแล้ว หากขอแล้วได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง ผลเป็นอย่างไร

- ผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ๆ มนชีวิตที่รบกวนเขาอยู่ในขณะนี้หรือไม่ ปัญหาอื่นๆที่ผู้ป่วยมี จะกระทบต่อความพร้อมในการแก้ปัญหาของเขา และอาจเกี่ยวข้องกับเหตุกระตุ้น จึงควรรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการวางแผนการช่วยเหลือ

- มีปัจจัยอะไรบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่
- ศักยภาพเดิมของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไรบ้าง
- ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงและรบกวนการแก้ปัญหาของเขา

หรือไม่ ผู้ป่วยจิตเวชอาจมาปรึกษาด้วยปัญหาอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมาด้วยปัญหาความกังวลใจ ไม่มั่นใจในการทำงาน ผู้ป่วยหวาดระแวงอาจมาด้วยปัญหาการนอนไม่หลับ เครียด จึงจำเป็นต้องสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยคัดกรองโรคจิตเวช

- มีปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้สถานการณ์แย่ลงหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องหรือไม่ เช่น ยังมีความคิดฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น มีโรคทางกายที่ต้องรักษา มีปัญหาความสัมพันธ์ เป็นต้น

8. ให้การรักษาโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยให้ยาที่เหมาะสมกับโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงโดยเฉพาะในโรคซึมเศร้า ควรให้การรักษาด้วยไฟฟ้า ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีมาตรฐานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

#### มาตรการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

1. สถานที่
  - ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องรวม
  - เติงอยู่ห่างจากหน้าต่าง ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล
  - ระวังสถานที่ลับตาคน ห้องที่ไม่ได้ใช้ให้ล็อกกุญแจ
2. อุปกรณ์
  - เก็บของมีคม แก้ว ชาม เข็อก สายน้ำเกลือ การกินใช้ช้อนพลาสติก
  - เตือนญาติไม่ให้นำสิ่งของเหล่านี้ไว้ให้ผู้ป่วย
  - ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้นำของมีคมมาจากห้องอาหาร
3. บุคลากร
  - มีการลงบันทึกพฤติกรรม และความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละเวร
  - ส่งเวรให้เวรต่อไปดูแลผู้ป่วยตามระดับที่กำหนด

- ให้ญาติทราบถึงแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย
  - ผู้ป่วยต้องกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
9. ซึ่งการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้
- 9.1 ดูแลอย่างใกล้ชิดหนึ่งต่อหนึ่ง ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น หรือก้าวร้าว คาดเดาไม่ได้ เจ้าหน้าที่ควรอยู่ในระยะห่างจากผู้ป่วยพร้อมที่จะช่วยผู้ป่วยได้ทันที
- 9.2 ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดร่วมกับผู้ป่วยอื่น เจ้าหน้าที่จะดูแลร่วมไปกับผู้ป่วยอื่นๆ โดยเป็นกลุ่มเล็กๆ ไม่เกิน 4 คน
- 9.3 ดูแลเป็นระยะๆ โดยจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ ห่างกันประมาณ 15 นาที
- สรุปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเอง

ด้วยตัวของตัวเอง โดยเจตนาและไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ซึ่งอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า ค่อนข้างรุนแรง อาการเด่นชัด เช่น เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง แยกตัวจากสังคม คิดมาก กังวลใจใจลอย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างปัจจุบันทันด่วน ติดสุราเรื้อรัง ใช้สารเสพติด คิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้ง มีการวางแผนฆ่าตัวตาย เป็นต้น ดังนั้นในการให้การดูแลรักษา จึงเน้นที่การรักษาอาการทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า อาการทางโรคจิต และการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายจึงควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา แบบหนึ่งต่อหนึ่ง ( อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2543 ) เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความไว้วางใจ ระบายความรู้สึก บอกความต้องการของตนให้พยาบาลรับรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาตรงกับผู้รับบริการ ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังทำให้มีวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและตรงกับปัญหาที่เป็นจริงมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายแบบเฉพาะรายบุคคลต่อไป



## 2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ( 2546 ) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์ สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบ ต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่า บุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ หรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต ( Seligman , 1974 )

ภาวะซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึก เบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย ( สมภพ เรื่องตระกูล , 2542 )

ส่วนBeck ( 1967 ) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความ โศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในด้านการลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟิงผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า Beck ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง
3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกไร้คุณค่า และมีความคิดอยากตาย ซึ่งเป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของ

ความเป็ยงเบนทางอารมณ์ ความเป็ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเป็ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม

### สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีผู้อธิบายไว้หลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่เป็นรากฐาน ให้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังนี้

1. ทฤษฎีชีวเคมี ( Biochemical theory of depression ) ซึ่งอธิบายว่า ความซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซิลดรอท ( Schildkraut , 1965 cited in Beck , 1967) ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่า Catecholamine hypothesis ซึ่งกล่าวว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวกแคททีโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟฟีน ( Norepinephine ) ที่มี Receptor site ในสมอง สาเหตุในการลดหรือขาดนอร์อิพิเนฟฟีนนั้นอาจเนื่องจากทางกรรมพันธุ์หรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ( Psychoanalytic theory of depression ) ซึ่งอธิบายว่า ความซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก ( Oral stage ) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง ( Narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวกึ่งระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง ( Kaplan & Sadock , 1989) เมื่อเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองเป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเองทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายใดๆ ไม่มี ความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ( Collins , 1983 )

3. ทฤษฎีสนาม ( Field theory of depression) โคลลินส์ ( Collins , 1983 ) กล่าวว่าระบบชีวิตทุกชีวิตจะล้อมรอบไปด้วยสนามพลังงาน ในชีวิตมนุษย์พลังสนามจะเป็นไฟฟ้าซึ่งบางส่วนของพลังงานสร้างมาจากเซลล์สมอง และเซลล์ประสาท ดังนั้น ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลที่มีความเศร้าจะมีพลังงานไฟฟ้าที่แตกต่างไปจากคนปกติ

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม ( Cognitive learning theory ) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับความซึมเศร้าว่า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนำร่อง และความบิดเบือนทางปัญญา ( Beck , 1967)

4.1 ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรองจะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้สถานการณ์นั้นๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจไม่ใช่ตามสภาพ

ความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนตามการรับรู้ต่างๆ

4.2 ความคิดนำร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทั้งองค์ประกอบทางจิตใจและสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดจำข้อมูลต่างๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีความคิดซึมเศร้ามี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่างๆรอบตัว และรูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต

4.3 ความบิดเบือนทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤติของชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมาอีก ถ้ามีความคิดทางลบเพิ่มมากขึ้น ความซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้น จะมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น

ความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับประสบการณ์ครั้งแรกๆในชีวิต เหตุการณ์บางอย่างบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่เกิดความซึมเศร้ารูปแบบการคิดจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ นั้น และอาจจะประกอบกับบุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤติในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ( Beck , 1967 ; Brickhead , 1989 ; Fennell , 1989 ; Seligman , 1974 cited in Blazer , 1982 )

สรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ รวมไปถึงกระบวนการคิด ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุแต่ละอย่างไม่เหมือนกัน

#### ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆกัน ตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะแตกต่างกันออกไป เบค ( Beck , 1967 ) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ( Mild depression ) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงายอัยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ

บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปลักษณะของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ( Moderate depression ) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

2.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น จะมึอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลงและฉุนเฉียวง่าย

2.2 ด้านปัญญา ผู้ที่มีความซึมเศร้า ประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ตัดสินใจเสียตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องตำหนิและลงโทษ มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และมองภาพลักษณะตนเองบิดเบือนไป ส่วนด้านกระบวนการคิดจะมีความสนใจคับแคบ ไม่มีสมาธิ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

2.3 ด้านแรงจูงใจ ผู้ที่มีความซึมเศร้า สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยง่ายและต้องการแยกตัวเองจากสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้งสังคมทีละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ สงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อนและละทิ้งสังคม หรือต้องการที่จะตาย

2.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ที่มีความซึมเศร้ามีความอยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ มีความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลดและมีความเชื่อว่าตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติ ด้านประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แขนงหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายมาก จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ( Severe depression ) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด

เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอารมณ์เคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ในท่าเดียววน ๆ หรืออาจหลุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เจ็บซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิด หรือประสาทหลอน

### การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชน มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่าง ดังนี้

1. Zung Self – Rating Depression Scale ( Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง ( Zung , 1965 ) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษาศึกษาในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่าย ๆ เหมือนแบบของเบค แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางด้านร่างกาย

2. Hamilton Rating Scale for Depression < Ham-D> สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยศาสตราจารย์ แฮมมิลตัน ( Hamilton , 1960 ) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก ๆ ลักษณะของอาการรุนแรงอาจใช้เพื่อ

- 1) หาค่าความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การบำบัดรักษา
- 2) เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่าง ๆ
- 3) เพื่อตรวจค้นหาอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก

แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการแสดงโดยวิธีสังเกตอาการของผู้ป่วย และใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ก่อนการบำบัดรักษา ได้ศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.48 และหลังจากการ

บำบัดรักษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ในการใช้แบบประเมินนี้ผู้ที่ใช้ประเมินต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม ความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้จะลดลง ถ้าใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอาการทางร่างกายมากกว่าอาการทางความรู้สึกนึกคิด

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff ( 1977 ) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง ( Zung Self – Rating Depression Scale ) แบบประเมินของ เบค ( Beck Depression Inventory ) และแบบประเมินของ รัสกิน ( Raskin Scale ) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาความเชื่อมั่นแบบ split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

4. Montgomery – Asberg Depression Rating Scale ( MADRS ) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Montgomery & Asberg ( 1979 ) จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้มี 2 ประการคือ เพื่อวัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็นจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนจะต้องประกอบด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย จากการศึกษาหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้ คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนแบบประเมินง่ายไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินสั้น และไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาในการประเมิน

5. Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin ( 1988 ) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษาในกลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่างคือ ประเมินด้านประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และ

ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านพฤติกรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้คัดคนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้สั้นและมีความเที่ยงตรงสูง แต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

6. Beck Depression Inventory ( BDI ) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck ( 1961 ) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman – Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียน จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียน จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินวัดหาภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจากของเบค ( Beck , 1967 ) ซึ่งเรียกว่า Beck Depression Inventory ( BDI ) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้กับกลุ่มประชากรไทย โดย แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินความซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่จัดว่า

เป็นผู้ป่วยจิตเวช และในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน-หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

### การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ( จิวรรณ สัตยธรรม , 2541 : กรมสุขภาพจิต, 2542 : อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2543 ) มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าพฤติกรรมแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2. ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันในขั้นแรกด้วยการเก็บสิ่งของ ซึ่งอาจใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันท่วงที

3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล รวมทั้งการแต่งกาย การขับถ่าย การนอน และการรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจต่อตนเองในเรื่องเหล่านี้ การช่วยให้ร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อยสวยงามทำให้สดชื่นและมั่นใจขึ้น

4. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปนั้น ทำได้ด้วยการให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกท้อแท้ เสียใจ สิ้นหวังและโทมัสส ยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วย เสริมความมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยมองหาข้อดีของตนเอง ข้อสำคัญ คือ จะไม่แนะนำให้ผู้ป่วยหนีความเศร้า ด้วยการพูดคุยถึงเรื่องอื่นที่สนุกสนาน เพราะจะไม่ช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการให้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ( Empathy ) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

5. สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามผลต่อไป

6. การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยก็คือ การออกกำลังกาย เช่น การวิ่งหรือเล่นกีฬา เพราะจะช่วยให้ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจก็



สดชื่นด้วย การให้ทำงานประเภทล้างชาม ถูบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณใส่ใจ และผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายใจ

7. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ โดยการให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในการได้ดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวังและรู้สึกมีคุณค่า และยิ่งกิจกรรมที่ทำนั้นแสดงผลสำเร็จก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

8. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

#### ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง วิธีการมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และขณะที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ ร่วมมือในการปฏิบัติงานกับสมาชิกทีมสุขภาพอื่นๆ ( Marram , 1974)

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาล 1 คน ปฏิบัติหน้าที่อย่างอิสระโดยตนเองเป็นพยาบาลหลักของผู้ป่วยตลอดการอยู่โรงพยาบาล ( Yoder – Wise, 1999)

Manthey (1980) ให้ความหมายระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการให้การพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. การมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้
2. พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
3. มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล
4. พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่และวางแผนการ

พยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงต่อวัน และ 7 วันต่อสัปดาห์

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ดังนี้ ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง การมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยมีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และใช้การติดต่อสื่อสารโดยตรงกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ

## แนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

Marram (1974) ได้เสนอแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1. การมอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหรือผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้กับพยาบาลเฉพาะคนตั้งแต่วันรับผู้ป่วยใหม่ พยาบาลจะรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจไม่เกิน 6 คน ซึ่งจำนวนการรับผิดชอบผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่ออัตราส่วนของพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ต่อผู้ป่วยทั้งหมด เกี่ยวกับความต้องการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานของตนเองซึ่ง Marram และคณะ (1974) ได้เรียกลักษณะการพยาบาลเจ้าของไข้ว่า "A Triple A Nurse" นั่นคือ มีความเป็นอิสระในตนเอง ( Autonomy ) มีอำนาจหน้าที่ในการดูแล ( Authority ) มีความสำนึกในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ ( Accountability )
2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำการรวบรวมข้อมูล และวางแผนการพยาบาลทั้งหมดตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย บันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะต้องประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล คำแนะนำที่ให้ ตลอดจนรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติ หรือได้ปฏิบัติไปแล้ว
3. พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องร่วมมือกันปฏิบัติ ( Collaboration ) กับแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามปัญหาของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะมอบหมายให้พยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน แต่จะต้องติดต่อสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ
4. การติดต่อสื่อสาร ( Communication ) จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมง และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีลักษณะการติดต่อสื่อสารโดยตรง โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา ( Verbal communication ) หรือการใช้แผนการพยาบาล (Nursing careplans) และใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ( Patient centered conference ) พยาบาลเจ้าของไข้จะประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

MacGuire (1989) ได้รวบรวมแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เป็นหลักการของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติพื้นฐาน 10 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้พยาบาลหนึ่งคนดูแล คือ พยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

1.1 ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้พยาบาลหนึ่งคนดูแล ถ้าผู้ป่วยถูกรับไว้ในเวลากลางคืน หรือพยาบาลเจ้าของไข้ในเวรคนอื่น ๆ มีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลเต็มที่แล้วอาจมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลในเวรถัดไป ซึ่งบางครั้งพยาบาลเจ้าของไข้ต้องรับผู้ป่วยจำนวนมากเป็นการชั่วคราว และถ้าผู้ป่วยกลับมารับการรักษาใหม่ พยาบาลเจ้าของไข้ จะได้รับการมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยคนเดิมอีกด้วย

1.2 พยาบาลเจ้าของไข้ต้องแนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าเป็นตนเอง ได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย และแจ้งให้ทราบว่า จะติดต่อพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างไร

2. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หมายถึง มีการวางแผนการดูแลไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีการติดต่อประสานงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรพยาบาลคนอื่น ๆ ให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลที่ให้ และมีการปรับแผนการพยาบาลอย่างถูกต้อง

4. การวางแผน และการประเมินผลการพยาบาล กระทำร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ พร้อมกับผู้ป่วยและญาติ

5. พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รับผิดชอบติดต่อประสานงานบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ในฐานะการเป็นตัวแทนผู้ป่วย

6. การให้การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะต้องกระทำโดยพยาบาลเจ้าของไข้

7. เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลผู้ป่วยควรมีการปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ด้วย

8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน ควรจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

9. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน และได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล ในด้านการวางแผน และการประเมินผลการพยาบาล

10. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยจากพนักงานผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เสมียนประจำหอผู้ป่วย หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พยาบาล ในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

Manthey (1973) กล่าวถึงหลักการของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ว่า

1. พยาบาลคนหนึ่งตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
2. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งทั้งชั้นปฏิบัติงาน นอกเวลาปฏิบัติงานมอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วยปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
3. มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล
4. หัวหน้าตึกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ ผู้ปฏิบัติงาน ตรวจสอบความเที่ยงตรงและให้ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร

สรุปแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งของ Marram และ Manthey มีความคล้ายคลึงกัน คือ พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย วางแผนและปฏิบัติด้วยตนเอง มีการติดต่อสื่อสารการดูแล แต่ Marram ให้แนวคิดที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพทุกคน ระบุกระบวนการที่เป็นแนวทางอย่างละเอียดเหมาะสำหรับการนำไปใช้ได้ดี ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดของ Marram มาใช้ในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ Marram และคณะ (1974) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ให้มีการพยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ( Patient-centered care ) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล คือ การวางแผน การนำแผนนั้นไปปฏิบัติและการประเมินผู้รับบริการตามแผนการที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย
  - 1.1 ศึกษาและค้นหาปัญหาความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ
  - 1.2 เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ผู้รับบริการโดยเขียนความต้องการ หรือปัญหาของผู้รับบริการ จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
  - 1.3 รวบรวมข้อมูลสำคัญตั้งแต่รับใหม่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน
2. มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการ ( Accountability for patient care ) เป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับบุคลากรทางการพยาบาลตามความรู้ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยวิธีการดังนี้
  - 2.1 มอบหมายผู้รับบริการไว้ในความรับผิดชอบของพยาบาลตามพื้นฐานความรู้ความสามารถของพยาบาล และความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว

2.2 ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดตารางการปฏิบัติงาน และมอบหมายหน้าที่เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล

2.3 รับผิดชอบในแผนการดูแลผู้รับบริการทั้งหมด รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนครอบครัวของผู้รับบริการ

2.4 พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

3. การให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เป็นความต่อเนื่องของการดูแล เกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการ ตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายรวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

3.1 มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้รับบริการร่วมกับผู้ร่วมดูแล โดยผู้รับบริการอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิม

3.2 ค้นหาความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 สื่อสารความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว ไปยังบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

4. การให้การดูแลผู้รับบริการที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) คือมุ่งที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม มีดังนี้

4.1 พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

4.2 ตัดสินใจเลือกชนิดและปริมาณความต้องการพยาบาลโดยการประเมินจากความต้องการของผู้รับบริการ

5. ประสานงานการดูแลผู้รับบริการ (Coordination of patient care) มีดังนี้

5.1 ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว โดยยึดถือความต้องการของผู้รับบริการและแผนการพยาบาลเป็นหลัก

5.2 ใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 ใช้ทรัพยากรในชุมชน วางแผนจำหน่ายผู้รับบริการกับบุคลากรอื่นๆ

6. การพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้และการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้เหมาะสมดังนี้

6.1 ประเมินความรู้ ความสามารถและทัศนคติบุคลากร

- 6.2 ส่งเสริมให้มีการนำวิทยาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล
- 6.3 ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล
- 6.4 ให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้ โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่าง ๆ และการอบรมเชิงปฏิบัติการให้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

#### ข้อดีของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของการจัดการด้วยระบบการมอบหมายงานวิธีต่างๆ ของ ปรางทิพย์ อูระรัตน์ ( 2541 ) ได้สรุปข้อดีของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1. ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล
2. พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการทำงาน เพราะสามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการที่ดี
3. ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ เพราะผู้รับบริการสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้จะสื่อสารแผนการดูแลกับผู้รับบริการให้มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูตนเอง แผนการดูแลพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นแบบองค์รวมให้มีความเหมาะสมมากที่สุดร่วมกับผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพราะปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
5. พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องดูแลผู้รับบริการในแนวลึก
6. มีการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้น ทำให้มีการประสานงานการดูแลดีขึ้น
7. แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะแพทย์ได้รับข้อมูลที่ละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการจากพยาบาลเจ้าของไข้
8. คุณภาพการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ดีมาก เพราะพยาบาลเจ้าของไข้สามารถกำหนดขอบเขตปัญหา และแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการจึงดีและรวดเร็ว

#### ข้อจำกัดของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ในการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีข้อจำกัดดังนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพอาจไม่มีประสบการณ์หรือพื้นความรู้ที่จะจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นองค์กรจึงต้องให้

การศึกษาแก่บุคลากรเพื่อความพร้อมสำหรับบทบาทนี้ พยาบาลบางกลุ่มไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และต้องใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมาก ( Yoder-Wise, 1999; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545 )

ซึ่งจากข้อจำกัดของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ดังกล่าว และจากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในคนไทยและการให้บริการช่วยเหลือในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ของ อมรากล อธิโอชานนท์ ( 2540 ) พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ได้แก่ ระบบการดำเนินงาน ยังขาดระบบการประสานงานระหว่างฝ่ายการรักษา เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและจิตแพทย์ หรือผู้ให้บริการปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยขาดการฟื้นฟูสภาพจิตใจ รวมถึงการขาดแนวทางในการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม ขาดระบบการติดตามอย่างจริงจัง และขาดการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนด้านบุคลากร ขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านจิตเวช ขาดทีมงานผู้ให้บริการปรึกษา บุคลากรขาดความชำนาญในการสังเกต และแยกแยะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีน้อยทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่มีเวลาในการเยี่ยมเยียนพูดคุยให้กำลังใจและผู้ให้บริการปรึกษาต้องรับผิดชอบงานหลายด้านทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับผู้ป่วย บุคลากรมีทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เพราะสาเหตุพยายามฆ่าตัวตายและบุคลากรยังขาดความสนใจ ความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการ ซึ่งการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะเฉพาะทาง และจะต้องมีความเข้าใจกลไกพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ( Mechanism of Suicide ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

**การใช้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้**

Hamric ( 1996 ) ได้อธิบายบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งประกอบด้วย บทบาททั้ง 7 บทบาทดังนี้

1. บทบาท Expert guidance and coaching ประกอบด้วย สมรรถนะด้านเทคนิค ได้แก่ ความรู้ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีความรู้และทักษะเฉพาะ และได้รับการรับรองวุฒิบัตร รวมทั้งมีประสบการณ์และความชำนาญเฉพาะทาง ส่วนในด้านสมรรถนะทางคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ในมุมมองการดูแลแบบองค์รวม ในการเพิ่มความสามารถของผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ โดยใช้ประสบการณ์และการตัดสินใจทางคลินิกในการ

จัดการดำเนินงาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะ ทักษะในการสื่อสาร และการประสานงาน มีทักษะในการฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจในการบริการ

2. บทบาท Consultation ประกอบด้วย การเป็นผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิก สามารถให้การชี้แนะและให้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหา มีการให้ความรู้และร่วมกัน วางแผนการดูแล รวมไปถึงการเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในสิ่งที่จำเป็นและ สามารถใช้ ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกได้

3. บทบาท Research skills ประกอบด้วยการมีทักษะในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการ พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล สามารถอธิบายและพัฒนาเกณฑ์ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และเป็น ผู้นำในการเรียนรู้ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยด้วย

4. บทบาท Clinical and professional leadership ประกอบด้วย การมีทักษะเป็นผู้นำ ในทางคลินิกและผู้ชำนาญการ สามารถจำแนก / พัฒนาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นผู้นำ วางแผนและสร้างมุมมองที่กว้าง มีทักษะภาวะผู้นำในการติดต่อสื่อสาร

5. บทบาท Collaboration มีความสามารถในการประสานงานทั้งในวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลที่ครอบคลุม ร่วมกันในสาขาวิชาชีพและ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ

6. บทบาท change agent skills เป็นผู้ที่มีทักษะในการพัฒนาทั้งด้านกลยุทธ์ การ วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการทำให้เกิดทักษะที่มีประโยชน์สูงสุด

7. บทบาท Ethical decision making skill มีทักษะในการประเมินทางจริยธรรม เช่น ด้านศาสนา วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต สามารถวางแผนและตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้

8. บทบาท Clinical practice expertise ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการปฏิบัติการ พยาบาลที่มีคุณภาพแบบผู้ชำนาญการเฉพาะทาง ก่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลแก่ผู้รับบริการ และการใช้ต้นทุนทางบริการพยาบาล

ซึ่งในปี 1996 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกาได้วางขอบเขตของการปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงไว้ดังนี้

1. ใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการโดยใช้ประสบการณ์ ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง

2. ใช้วิจารณญาณในการตรึงตรองหาเหตุผล และการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดบริการ ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

3. มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์กร ระบบ และสิ่งแวดล้อม

4. มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ

5. สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ



6. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่หลากหลาย ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพที่ซับซ้อน

ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนี้เป็นพลวัตที่ยืดหยุ่นได้ตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง ตลอดจนระบบสุขภาพ ในส่วนของสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง ได้แก่

1. มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก
2. มีทักษะในการสอน กำกับ และชี้แนะ ที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่ม
3. มีทักษะในการให้คำปรึกษา
4. มีทักษะในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทั้งภายในวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ หรือในระบบต่างๆ
5. มีทักษะในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
6. มีความเป็นผู้นำทั้งในและนอกวิชาชีพ
7. มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัย
8. มีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
9. มีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
10. มีความสามารถในการเรื่องการประกันคุณภาพ

นอกจากนั้น ยังมีทักษะสำคัญที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอีกประการหนึ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับสมรรถนะเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องปฏิบัติเพื่อให้บริการโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ( Evidenced Based Practice - EBP) จึงเป็นการบูรณาการผลการวิจัย ศาสตร์ทางการพยาบาล เหตุผล ทางพยาธิสรีรวิทยา ประสพการณ์ของผู้ปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วย เป็นแนวทางในการตัดสินใจและให้บริการ ทั้งนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมด้วย การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนั้น พยาบาลจะต้องสามารถตอบประชาชนได้ถึงประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติของพยาบาลจึงต้องอยู่บนพื้นฐานของปัญญาและวิจารณญาณ วิเคราะห์ประเมินผลการปฏิบัติ ตลอดจนการใช้ความรู้ และสร้างความรู้จากการปฏิบัติ ( สภาการพยาบาล , 2544 )

ซึ่งในศีกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยมาต้วตาย ผู้ศึกษาได้ใช้บทบาท Expert guidance and coaching บทบาท Consultation ในการพัฒนาบุคลากรให้ บทบาท change agent skills บทบาท Collaboration ในการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยการมอบหมายงานตามความสามารถและทักษะของบุคลากร และการประสานงานการดูแลผู้ป่วยมาต้วตาย ใช้บทบาท Research skills บทบาท Clinical and professional

leadership บทบาท Clinical practice expertise บทบาท Expert guidance and coaching บทบาท Consultation และ บทบาท Collaboration ในการการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลที่สมบูรณ์แบบ พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เพื่อพัฒนาข้อจำกัดของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในสถานที่พยาบาลวิชาชีพอาจไม่มีประสบการณ์หรือพินความรู้ที่จะจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งหมด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้เป็นพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชน้อย โดยเฉพาะการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งจัดว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อนทางจิตเวช ( จากการสำรวจ Training Need ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะการักษ์ , 2547 )

## 5.แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้รับบริการ

### ความหมายของความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

Risser ( 1975 ) กล่าวว่าความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล หมายถึง เจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกัน ในเรื่องความคาดหวังของผู้บริการกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้บริการต่อการบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ผู้รับบริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการและสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของเขา ( Brown , 1992 อ้างถึงใน จิรภัค สุวรรณเจริญ , 2545 )

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการประเมินบริการของผู้ให้บริการ เปรียบเทียบมาตรฐานของตนกับสิ่งที่ได้รับนั้นตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตนหรือไม่ ( Eriksen , 1995)

จินตนา ยูนิพันธุ์ ( 2542 ) กล่าวถึงความสอดคล้องระหว่างการพิจารณาที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคล กับความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ความต้องการด้านชีว-กาย ( Biophysical needs ) คือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ( Survival needs )
2. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย ( Psycho-Social-Physical needs ) คือ ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3. ความต้องการด้านจิต-สังคม ( Psycho-Social needs ) คือ ความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ( Interpersonal relationship needs )

4. ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ ( Psycho-Social and Spiritual needs ) คือ ความต้องการด้านจิตใจ ความสุข ความสงบของจิตใจ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการที่ได้รับ หมายถึง ความรู้สึกพอใจ ชอบใจ ของผู้รับบริการซึ่งเป็นผลจากการได้รับการปฏิบัติด้านการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและได้รับมาตรฐาน ตรงตามที่คาดหวังไว้ จากพยาบาลที่ให้การดูแล รวมทั้งผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

#### แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

Risser ( 1975 ) ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาแบบวัดนี้ได้ถูกพัฒนานำมาเป็นกรอบในการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการพยาบาล ดังนี้ คือ องค์ประกอบของความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล หรือทักษะความรู้ความสามารถในงานที่ทำเพื่อให้เกิดบริการที่สมบูรณ์แบบ ด้านสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวก และความสุภาพแก่ผู้รับบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันรวมทั้งด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอนเป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลเทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้รับบริการเข้าใจ

Ware และคณะ ( 1978 ) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในการพยาบาลหรือการดูแลประกอบด้วย ลักษณะและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความละเอียดความสมบูรณ์ การให้ข้อมูลต่างๆ ความสุภาพ ลักษณะที่เป็นมิตร ความเอาใจใส่ และการยอมรับ

Eliksen ( 1995 ) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการประเมินการบริการของผู้ให้บริการ และการบริการมีการเปรียบเทียบมาตรฐานของตนเองกับสิ่งที่ได้รับนั้นตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตัวเองหรือไม่

จากการศึกษาของ Eriksen ( 1987 ) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาลกับความพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยใช้ The Methodology for Monitoring Quality of Nursing Care ( MMQNC ) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพการพยาบาล และใช้ The Patient Satisfaction with Nursing Care Check List ( PSWNC ) เป็นเครื่องมือในการวัดความพึงพอใจ

ของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ในทางผกผันเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นในปี 1988 Eriksen ได้พัฒนาการสร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลจากนักวิชาการหลายท่าน และสรุปว่า เครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ทักษะและความรู้ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน เช่น การอธิบายขั้นตอนและให้เหตุผลก่อนการปฏิบัติการพยาบาล
3. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง การตรวจสอบและประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วย และสามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย
5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลและการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล
6. ประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการสอน รวมทั้งการลาติดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

สรุป ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพเป็นไปตามการรับรู้ของผู้รับบริการหรือไม่ โดยสามารถประเมินได้จากผลที่ได้รับภายหลังจากการให้บริการพยาบาลไปแล้ว ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการในด้านของศิลปะการดูแลของพยาบาล ด้านเทคนิคการดูแล ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ ด้านความต่อเนื่องในการให้บริการ และด้านประสิทธิภาพในการดูแล ซึ่งหมายถึงบริการที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Marram และคณะ ( 1974 ) ได้ศึกษาการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นผู้รับบริการที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบหมายระบบทีม และระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่โดยใช้ตัวอย่างประชากร 360 คน พบว่า ผู้รับบริการที่รับการดูแลจากพยาบาลในฐานะที่ผู้รับบริการเป็นบุคคลหนึ่ง คือ การพยาบาลจัดขึ้นเฉพาะรายและผู้รับบริการมีความรู้สึกที่พยาบาลมีความเข้าใจในผู้รับบริการดีและพอใจที่จะให้การดูแล ผู้รับบริการยังมีความเห็นด้วยว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาลทันที และได้นำเอาการรักษาพยาบาลไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจที่จะได้ถามความต้องการผู้รับบริการเสมอ ที่เห็นได้ชัดอีกข้อหนึ่งคือ การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ใช้เวลาอยู่กับผู้รับบริการสูงกว่าการมอบหมายงานแบบอื่นๆ และข้อที่สำคัญ ผู้รับบริการในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจต่อบริการสูงสุดถึงร้อยละ 65

Archibong ( 1999 ) ศึกษาประเมินการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาล กรณีศึกษาในไนจีเรีย ประเมินผลโดยใช้ Quality of Patient Care Scale( QUALPACS ) แบ่งเป็น 6 หน่วย ได้แก่ จิตสังคมส่วนบุคคล จิตสังคมกลุ่ม ร่างกาย ทั่วไป การติดต่อสื่อสาร และ การใช้วิชาชีพ พบว่าการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัด คือ การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการรายบุคคล และที่เพิ่มน้อยที่สุดคือการดูแลทางด้านร่างกาย

Ventula และคณะ ( 1982 ) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลของพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างการดูแลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลด้วยการมอบหมายงานระบบที่ร่วมกับการมอบหมายงานตามหน้าที่ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งรับผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัดด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 21 ราย กลุ่มทดลอง 25 ราย พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Mcconigle ( 1998 ) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับระบบพยาบาลรูปแบบอื่นๆ โดยใช้กรอบทฤษฎีของ King ( 1981) พยาบาลและผู้รับบริการตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกันเพื่อปฏิบัติถึงจุดมุ่งหมาย ผู้รับบริการก็เกิดความพึงพอใจ วัดโดยใช้ Mcconigle Satisfaction Scale ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ ( 2542 ) ได้ศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล ผลการวิจัยว่า คุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า ก่อนการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แสดงให้เห็นว่า การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลในด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทุกด้านโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนที่ต่ำกว่าเป็นสูงกว่าความคาดหวังต่อการพยาบาล เมื่อมีระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลคนเดียวกันแม้มิได้มีการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แต่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่ยื่นปฏิบัติงานครั้งต่อไป จึงเกิดความเป็นเจ้าของที่ต้องดูแลรับผิดชอบ เกิดการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานและมีความเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ เข้าใจในเรื่องของความต้องการของผู้ใช้บริการ ในเวลาเดียวกันผู้ให้บริการมีการรับรู้และเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการของการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เพราะพยาบาลให้การดูแลที่ใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ดี ผู้ใช้บริการรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น ไว้วางใจ กล้าซักถาม จึงรับรู้และรู้สึกถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องและตรงตามความต้องการมากขึ้น

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ ( 2543 ) ได้ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ศัลยกรรม จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีเหตุผลตามรายชื่อดังนี้ ด้านศิลปะการดูแล ในรายข้อความสุภาพของพยาบาล ความเข้าใจของพยาบาลว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร ความเมตตากรุณา การรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้เกิดการสร้างควมไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกล้าที่จะพูดคุยเรื่องที่ตนเองไม่สบายใจให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ฟัง ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ในรายข้อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยและการสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว หลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจาก ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลแต่ละคนได้ให้เวลากับผู้ป่วยของตนได้มากขึ้น

จิรภัค สุวรรณเจริญ ( 2545 ) ได้ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการโรงพยาบาลชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชวลีวรรณ เพียรทอง และ กชพงศ์ สารการ ( 2545 ) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในระยะติดตามผล การประเมินซ้ำพบว่า บุคลากรพยาบาล ยังคงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนด พยาบาลสามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ทราบปัญหาผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยรู้จักผู้ดูแลมากขึ้น และทีมสุขภาพมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี รับรู้ว่า บุคลากรมีความเข้าใจในปัญหาผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง พึงพอใจต่อการดูแลแบบนี้ ต้องการให้มีการดูแลแบบนี้ตลอดไป

อุษณีย์ หลิมกุล ( 2544 ) ศึกษาการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ตัวอย่างประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลศัลยกรรมประสาท วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 10 คน เครื่องมือ คือ คู่มือการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และ แบบตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนโดยการตรวจสอบจากแบบบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

### กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

