

# บทที่ 1

## บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีแรงผลักดันสูง การดำรงชีวิตของบุคคลเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว ทั้งที่คาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล เกิดเป็นความรู้สึกที่กดดัน จนอาจทำให้บุคคลต้องสูญเสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกนี้เรียกว่า ความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข: 3) ถ้าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติภายใต้ความเครียดนั้น บุคคลนั้นถือว่าไม่ตกอยู่ในวิกฤตทางอารมณ์ แต่ถ้าความเครียดนั้นส่งผลกระทบในระดับสูง ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์จนไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545: 59) โดยแสดงออกด้วยรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ ในระยะแรกสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ รู้สึก หมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในทางลบ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมดอยหนี (Beck , 1967) ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยจะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย การนอนผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) ด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า กิดช้า ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้คุณค่าตนเองต่ำ ไม่เผชิญกับปัญหา ด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย ด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นหรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (ณัฐวดี ใจชมชื่น, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ พัฒนอมอร์ และ อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2543) ที่ศึกษาความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า ผู้คิดฆ่าตัวตายทุกรายมีอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 84.62 นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2541) ที่ศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายจะมีอารมณ์เศร้าในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 58.90 จากการศึกษา พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะเกิด

ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell, Brent, 1995 cited in Mcdougall, Blixen & Suen, 1997) ประเด็นใหญ่ คือ ร้อยละ 15 พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2546)

นอกจากภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสัญญาณเตือนที่อาจตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายแล้ว จากการพิจารณาการดำรงชีวิตของบุคคลที่ไม่มีความกลมกลืนหรือผสมผสาน มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่สร้างสรรค์ ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถ้อยหนี ไม่สนใจดูแลตนเอง จนอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมาได้ จนกระทั่งถึงขั้นเป็นโรคจิต หรือสุดท้ายอาจถึงขั้นคิดและพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.ณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=120.83$ ) ในขณะที่ในกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=165.80$ ) เท่านั้น

ทั้งนี้ Hill and Smith (1990) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมในการดูแลตนเองว่า หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคมनुยทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือภายนอกตัวบุคคลนั้นก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อพิจารณาในส่วนขององค์ประกอบจะพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตเกิดจากโชคชะตา (De man, 1995) ทฤษฎี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan, cited in Barbee and Bricker, 1995) ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมพร ตรังคสมบัติ และอรรพรรณ หนูแก้ว, 2541) ด้านการใช้เวลาว่าง พบว่าบ่อยครั้งที่หลีกเลี่ยงการเข้ากลุ่มที่พูดคุยกันอย่างสนุกสนาน เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องที่เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ (ดร.ณี เลิศปรีชา, 2545) มีทักษะและพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz cited in

Heikkinen, Aro, and Lonnqvist, 1994) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพกายดีจะมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่มากกระทบจิตใจ (Hill and Smith, 1990) จากการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล, 2541) สำหรับในด้านจิตวิทยา เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) เชื่อว่าการดูแลด้านจิตวิทยา คือ การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองยึดถือ จะช่วยขัดเกลาร่างใจให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่นไม่เชื่อเรื่องฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542)

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยเหตุที่สำคัญของการพยายามฆ่าตัวตาย ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น การฆ่าตัวตายจึงกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ และทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 800,000 (National Center for Health Statistics, 1994) สำหรับประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2538 – 2545 เท่ากับ 7.2, 7.6, 6.9, 8.1, 8.6, 8.4, 7.7 และ 7.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) และเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตอันดับ 4 ของประเทศ (Yunibhand, 2003) โดยพบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีจำนวนมากกว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10–20 เท่า (WHO, 1997) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) เท่านั้น หากกระทำไม่สำเร็จอาจส่งผลกระทบต่ออาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนภายหลังผูกคอตาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ซึมเศร้า ก้าวร้าว หวาดระแวง วิตกกังวล และมีอาการผิดปกติทางร่างกาย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ต่อครอบครัว เช่น รู้สึกเสียหน้า อับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Van, 1990; Lee and Watson, 1993) ต่อสังคม อาจทำให้เกิดการเลียนแบบให้กับผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตได้ (กรรณิการ์ เถาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) ต่อเศรษฐกิจ อาจทำให้ขาดรายได้ ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพิการ จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำอีกในระยะ 3 เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988 ) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996) โดยประมาณ 40 % จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10 % มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (Kerkhof,

1994; Garrison et al., 1991; Pfeffer et al., 1994; Schmidtke et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมามพร ตรีงคสมบัติและอรวรรณ หนูแก้ว (2541) ที่ศึกษาจิตสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้ที่เคยฆ่าตัวตายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยเฉพาะภายในระยะ 1 ปี หลังจากพยายามฆ่าตัวตาย

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าแท้จริงนั้นยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด อย่างไรก็ตามจากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ผสมผสานกันทั้งปัจจัยด้าน จีวีวิทยา จิตวิทยา และ สังคมวิทยา แต่พบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกิดจากทฤษฎีทางด้านความคิด (Cognitive theory) ที่พัฒนาโดย Beck (1967) ได้รับความยอมรับอย่างแพร่หลายว่า สามารถอธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนว่า เป็นผลมาจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคล 3 ลักษณะ คือความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อสภาพแวดล้อม และความคิดทางลบต่อสภาพการณ์ในอนาคต ส่วนปัจจัยเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั้น พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ภูมิภาวะ วัฒนธรรมและความเชื่อ ทักษะ ทศนคติ ระดับความรู้ ความเจ็บป่วย ความพิการ (Joseph, 1980) และ Orem (1985) พบว่า เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะ สุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) พบว่า ภูมิหลัง ความเชื่อด้าน สุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ดังนั้นในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Wilson and Kncisl, 1996) จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยเหตุที่มีผลดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพดี ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคล จะมีการดำเนินกิจกรรมการดำรงชีวิตอย่างมีแบบแผน โดยใช้กระบวนการทางการคิดที่ประกอบด้วย การไตร่ตรอง ประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกกระทำและลงมือกระทำการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนตัว (Orem, 1995) คือ การตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) แต่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีแรงผลักดันสูง เขาจะไม่สามารถใช้ความคิด มีสติ และใช้ปัญญา และ "ไม่มีความสามารถในการรับรู้สิ่งแวดล้อมตามสภาพที่เป็นจริงได้ รวมทั้งไม่มีความตระหนักรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตน ทำให้กระทำกิจกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม จึงต้องร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งพยาบาลมี

หน้าที่ปฏิบัติด้วยตนเอง หรือโดยอ้อม ในการช่วยให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อให้คืนสู่ภาวะปกติ คือ มีชีวิตได้อย่างอิสระในครอบครัว และชุมชนของตนได้ดังเดิม

ระยะที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในและต่างประเทศในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้ความรู้หรือให้การปรึกษาในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย มีระบบการดูแลและจัดการในภาวะวิกฤต วางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นโดยส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up แต่มักพบว่าอัตราของการพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้ลดลงมากนัก ผู้ป่วยยังคงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและกลับเข้ามารักษา หรือมาพบแพทย์ด้วยปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ จรรยา ชาญญาติ (2537) ที่ศึกษาผลของการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ที่เคยพยายาม ฆ่าตัวตายภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางด้านจิตใจได้ไม่ดีโดยยังมีภาวะซึมเศร้าอยู่ หรืออาจพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลายรายเมื่อแพทย์ได้จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล มักไม่มาตรวจรักษาตามนัดทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (เพ็ญศรี พิชัยสมิธ และ ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2539) นอกจากนี้ การศึกษาของอมรากุล อินโชนานนท์ (2540) ที่ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในคนไทยและการให้บริการช่วยเหลือในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ พบว่า ผู้ป่วยมักจะหลบหนีออกจากโรงพยาบาลเมื่อคิดว่าอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยขาดการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

จากการบริการในปัจจุบันที่ให้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เน้นการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกันในเรื่องจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลคนทั้งคนแบบองค์รวมอย่างชัดเจนนัก หรือมักจะดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย การพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลแบบองค์รวมที่ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ได้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช โดยการใช้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวชอย่างชัดเจน คือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง คือการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; มัญจวรรณ ลีสุทธิานนท์, 2542) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่มี การทำเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน ไม่ได้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นมีการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มีการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ควรกระทำก่อนที่จะให้ความรู้ สอน และฝึกปฏิบัติ (อัญชลี ศรีสุพรรณ,

2547) และมักพบว่า ส่วนมากมักปฏิบัติงานในรูปแบบเน้นงาน และรีบร้อนในการใช้เวลา ส่งผลให้ ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอ

ประกอบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจัดว่าเป็นบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤต (crisis) และจาก ความซับซ้อนของสาเหตุและพฤติกรรมรวมถึงรูปแบบการป้องกันและการจัดการกับปัญหาที่ต้อง อาศัยความรู้ในหลายๆ ด้านร่วมกัน (ตรีบุษ พุ่มมณี, 2545) จึงต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องช่วยเหลือทันที หรือภายใน 10 – 14 วัน หากปล่อยไว้นานเกิน 6 สัปดาห์ อาจส่งผลถึง บุคลิกภาพและพฤติกรรมที่จะผิดปกติอย่างถาวรได้ (อรพรรณ ลือบุญชวีชัย, 2547 ก, 2547 ข)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญในการลด ปัญหาดังกล่าว เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ส่งผลให้มีการ ดำรงชีวิตที่ปกติสุข และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐที่ควรเอื้ออำนวยต่อประชาชนสุขภาพ องค์กรร่วม จึงได้จัดทำ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรร่วม” ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อการ พัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดย ใช้หลักการความเป็นองค์กรร่วมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของ อวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแล ตนเอง ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมี ประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาจัดเป็น โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์กรร่วมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ ด้านการดำรงชีวิตใน ครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ กิจกรรมในโปรแกรมห้สร้างขึ้นมาตามสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้การปรึกษาปรึกษาประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถ ค้นหา ปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กำหนดเป้าหมายด้วย ตนเอง และกระทำกิจกรรมการดูแล ตนเอง ตลอดจนรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและ ภายนอกของคนที่มียู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการ ตอบสนองความต้องการของตนเองได้

หากดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม อาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นแหล่งการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย (Nicol อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) กระบวนการสร้างความรู้นี้ ส่วนสำคัญจะต้องใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเอง วิธีการนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง (พลวัตของการเรียนรู้) การเรียนรู้จึงย้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลก็คือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้ออกไปอย่างกว้างขวาง เชื่อว่าการดูแลในลักษณะดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถพัฒนากระบวนการคิดของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายให้ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เกิดเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มั่นคงในชีวิต และมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต นั่นก็คือ การดำรงชีวิตที่ปกติสุข และคาดว่ารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม” จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้บริการผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายลงได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายจัดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงที่สุด ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีแรงผลักดันสูง เขาจะไม่สามารถใช้ความคิด ความมีสติ ใช้ปัญญา และไม่มีความสามารถในการรับรู้สิ่งแวดล้อมตามสภาพที่เป็นจริงได้ รวมทั้งไม่มีความตระหนักรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตน ทำให้กระทำการกิจกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม จึงต้องร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติด้วยตนเองโดยตรง หรือโดยอ้อม ใน

การช่วยให้ความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการตอบสนอง เพื่อให้คืนสู่ภาวะปกติ คือ มีชีวิตได้อย่างอิสระในครอบครัว และชุมชนของตนได้ดั้งเดิม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐที่ควรเอื้ออำนวยต่อปรัชญาสุขภาพองค์รวม ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาผสมผสานกันจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน มีการพบผู้ป่วยในกิจกรรมนี้ถึง 5 ครั้ง ในการพบกันจะแบ่งเป็น 4 ระยะ (Peplau, 1952) กระบวนการของสัมพันธภาพ ประกอบด้วย (1) ระยะเริ่มต้น โดยผู้วิจัยพูดคุย แนะนำตนเอง กำหนดข้อตกลง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างความเชื่อถือ ค้นเคยและไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกออกมาอย่างชัดเจน (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) (2) ระยะระบุปัญหา โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง ร่วมค้นหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขปัญหา รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้การคิดแบบมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้ ทบทวนถึงการทำความเข้าใจตนเอง แยกแยะว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง และเลือกใช้วิธีที่จะนำไปแก้ไข ปัญหา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) (3) ระยะแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ สนใจและเข้าใจ เลือกใช้เทคนิคการสนทนาหลายๆ อย่าง ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยต่อไป ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองให้ผู้ป่วย กระตุ้นให้นำวิธีการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวให้ตรงกับผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาที่แท้จริง และช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ทักษะคติ และพฤติกรรมที่สร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยและบุคคลอื่น (Carkhuff, 1968) รวมถึงผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเอง ตัดสินใจเอง แก้ปัญหาเอง (4) ระยะสิ้นสุดปัญหา โดยผู้วิจัยมีการวางแผนการยุติสัมพันธภาพ ตั้งแต่เมื่อแรกเริ่มสร้างสัมพันธภาพ และเมื่อใกล้



ถึงเวลาที่มีการเตือนเป็นระยะๆ ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงความคิด ความรู้สึกที่ได้ ส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถที่จะช่วยตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการยุติสัมพันธภาพเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ดี (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545: อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) จากการศึกษาของ พยุงจิต วรรณินทร (2525) พบว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร วิชชุเวสคามินทร์ (2547) ที่พบว่า สัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

2. ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961 อ้างใน สุกัญญา พีรวรรณกุล, 2541) ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองสามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆภายในตัวตนเองนั้น เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991)

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย และส่งผลให้ความเครียดถูกปลดปล่อย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยสื่อสารให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมในการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) และการใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความรู้สึกถึงอำนาจในตนเอง และผู้ที่มีความสามารถเหนืองานความเครียดจะลดลง เกิดความพึงพอใจ (Smith, 1980) ความรู้ที่ให้ดังกล่าว จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองและตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จะมีแรงจูงใจ

ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้น มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1995; มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และอาการสุปัญญา, 2541) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรู้ที่มีตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยพยาบาลให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพจิตอยู่ในสภาพที่ดีขึ้นนั่นคือมีความเชื่อมโยงประสานกันระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอร์โมนส์ (Pelletier, 1977) ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย สามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลง จะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ ช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ Mandle, Jacobs, Arcari, Domar (1996) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ลีทองอิน (2539) ได้ศึกษาเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยนำหลักของการระบาย ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผลพบว่า ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวลลดลงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา โดยใช้หลักคำสอนในศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติชีวิต ด้วยการละเว้นความชั่ว รักษาศีล การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ มีความเมตตากรุณา รู้จักการให้ และให้อภัย รู้จักพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ รู้จักเสียสละเพื่อประโยชน์ของผู้มีพระคุณ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาที่ว่าทุกสิ่งไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตน (Buddhadasa, 2001) จะทำให้ผู้ที่มีการซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียมีความเข้าใจใน

สภาพธรรมชาติของชีวิตที่เป็นทุกข์ ที่ไม่เที่ยงของเหตุการณ์ชีวิต และความไม่ยึดติดในตัวตน จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และความเชื่อของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้กลวิธีจัดการที่นำไปสู่การแก้ไขภาวะซึมเศร้าลงได้ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญาทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผล และปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว ปรับความคิด และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว หากดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม อาศัยประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นแหล่งการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย (Nicol อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต, 2543) และกระบวนการเรียนรู้จึงเข้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลก็คือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้ออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งผู้วิจัยยังได้คำนึงถึงช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมที่เน้นแก้ไขภาวะวิกฤตให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และจำเป็นต้องช่วยทันทีภายในระยะเวลา 10-14 วัน หากปล่อยไว้นานเกิน 6 สัปดาห์ จะส่งผลถึงบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่ผิดปกติ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2547) และจากการศึกษาของชนพร วิชชุเวสคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มโดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สามารถทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมสถานที่สำหรับการสอน และการฝึกทักษะไว้อย่างเหมาะสม ปราศจากเสียงรบกวนต่างๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับพยาบาลประกอบการสอน และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นสื่อการสอน ซึ่งเป็นสื่อการสอนที่เหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหาและเข้าใจง่าย ส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ว่า สิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆ ทาง จะทำให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าทางเดียว (นที เกื้อกุลกิจการ, 2537) เชื่อว่าการดูแลในลักษณะดังกล่าว น่าจะส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถพัฒนากระบวนการคิดของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เกิดเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มั่นคงในชีวิต และมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต นั่นก็คือ การดำรงชีวิตที่ปกติสุข และคาดหวังรูปแบบการพยาบาลโดยใช้ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม” จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้บริการผู้ที่

พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายลงได้

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. ประชากร คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประจำจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
  - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลตามปกติ
  - ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและใน ชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล

และ/หรือรายกลุ่ม โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ของ Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) และกระบวนกลุ่ม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายได้ทำกิจกรรม ดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด (รายบุคคล) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกันรวมจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ครั้งแรก พบกันในระยะเริ่มต้น ครั้งที่ 2 พบกันในระยะระบุปัญหา ครั้งที่ 3, 4 พบกันในระยะแก้ไขปัญหา และ ครั้งที่ 5 พบกันในระยะสิ้นสุดปัญหา ลักษณะของกิจกรรมเป็นการที่ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นปัญหา ระบุปัญหา กำหนด เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี และร่วมกันแก้ปัญหาที่นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนเองออกมา

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

3.1 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองตามคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติดูแลตนเองทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการในด้านการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

3.2 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา

3.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร

3.4 การใช้เวลาว่างที่ประโยชน์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

4. ทักษะในการผ่อนคลาย (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยพยาบาลสอน และสาธิตการปฏิบัติ

กิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (รายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้งๆ ละ 40 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนเองนับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยใน ที่จัดให้บริการแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การตรวจวัดสัญญาณชีพ การเฝ้าระวังผู้ป่วย การส่งให้คำปรึกษาที่แผนกให้คำปรึกษาพร้อมญาติ จำนวน 1 ครั้งถึงการแก้ไขปัญหา การให้คำแนะนำญาติถึงสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน และนัดมา Follow up และ/หรือติดตามเยี่ยมบ้าน

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จาก คะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับปกติ น้อย ปานกลาง มาก และรุนแรง ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงใน ถัดดา แสนสีหา, 2536)

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การได้รับสารอาหาร และน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมถึง

2.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย รับรู้ถึงศักยภาพ รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการใช้ภาษาสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง การเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้

2.3 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการที่กล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้นการบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายตนเองจากความเครียด

2.4 การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา

2.5 การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของคนในแต่ละวัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่กระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การทำจิตใจให้สงบ การกระทำความดี

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่มีสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในการนำไปใช้ดูแลหรือป้องกันผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมทั้งสามารถใช้เป็นแนวทางนำไปประยุกต์ใช้กับโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป