

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายและปัจจัยเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 สาเหตุและปัจจัยของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง
 - 2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.2 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.3 ลักษณะพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 3.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 4.1 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 4.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
 - 4.2.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายระดับตติยภูมิและ
ทุติยภูมิ
 - 4.2.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายระดับปฐมภูมิ

4.2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

4.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเสริมสร้าง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

5. การพยาบาลแบบองค์รวม

5.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

5.2 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม

5.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

6. การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมาย และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย

วาริรัตน์ ถาน้อย (2544) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

ธาดา เจริญกุล (2545) ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

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

Farberow (1980) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึงการทำให้ตนเองบาดเจ็บ การฆ่าตนเองเป็นการทำร้ายตนเอง

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

สรุปได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลนั้นมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพราะเกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมากและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจนต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาล

ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย

สาเหตุของการฆ่าตัวตายยังไม่สามารถอธิบายได้แน่ชัดเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลจากหลายๆ สาเหตุ ทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความ เป็นมาแตกต่างกันไป จึงได้มีการอธิบายไว้หลายประการ (Wilson and Kneisl, 1996) ดังนี้

1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

1.1.1 Genetic factors ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสาย เดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins ได้ด้วย (Roy, 2003)

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

1.1.3 Fat Metabolism factors ผู้ที่อาการเจ็บป่วยทางจิตและพยายามฆ่าตัวต ายจะมี ระดับคลอเรสเตอรอลต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998)

1.1.4 Physical and psychiatric illness factors พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วย ทางกายและทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมีในระบบประสาทส่วนกลาง จากงานวิจัย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กษานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998) รวมทั้งผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติด โรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.2 ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors) อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง เศร้าใจ อับอาย เครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายนึกมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองสังคมรอบตัว ว่าขาดความเป็นธรรม นอกจากนี้ อาจหมายถึง การแก้แค้น และการลงโทษตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542)

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

1.3.1 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide)

1.3.2 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ (egoistic suicide) เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ

1.3.3 การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้

1.3.4 การฆ่าตัวตายจากความสุดทั้นในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอัดอั้นใจอย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

1.4 ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

1.4.1 พบว่า เพศชายจะมีการฆ่าตัวตายในอัตราที่เพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงลดลง โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 3.6 ต่อ 1 เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคจากการที่ภาวะหรือโรคนั้นทำให้บุคคลนั้นๆ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) พบว่า ในเพศชาย YLLs จากการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 6 ส่วนในเพศหญิงอยู่ในอันดับที่ 10 (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

1.4.2 อายุ อัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ รองลงมาคือ วัยหนุ่มสาว สำหรับในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุ ในช่วง พ.ศ. 2540-2544 พบสูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี อีกทั้งภาระโรคจากการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งจัดว่าสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

1.4.3 สถานภาพสมรส บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็น โสด หรือมีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่า แยก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมดีจะมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค และช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp, and Brown, 1980) ในคนโสดมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ชาย อายุ 30-39 ปี (Hikkinen, Isometsa, Martunen, Aro, and Lonqvist, 1995)

1.4.4 ระดับการศึกษา พบว่า ร้อยละ 55.9 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ได้เรียน หรือเรียนจบชั้นประถมศึกษา ประถมศึษา ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะ (2541) การได้รับการศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะ มีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการ แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ (Jalowiec and Powers, 1986)

1.4.5 รายได้ กำหนดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล เนื่องจากการมีส่วนร่วมใน กิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม บุคคลที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคมสูงก็จะมีโอกาส แสวงหาความรู้จากแหล่งประ โยชน์ ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้มากกว่าการตก งาน หรือการมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิด ความท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว (Cambell, 1976) การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า อัตรา การฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee and Bricker, 1996)

1.4.6 การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจใน ชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกัน การมี อาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและ ครอบครัวจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ตกงาน ว่างาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงกว่าผู้ที่มีงานทำ (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, and Lonqvist, 1995)

1.4.7 ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีพฤติกรรมในครอบครัว สามารถใช้ ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป โดยพบว่า ประมาณ ร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่า ตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et al., 1996) และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายาม ฆ่าตัวตาย (Hepple and Quin, 1997)

1.4.8 บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต (De Man, 1995) มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี หรือปฏิเสธมากกว่า การเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, and Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995)

1.4.9 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะ ช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นใน

ตนเอง ตระหนักในคุณค่าตนเอง จะช่วยขจัดความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Cohen and Wils, 1985) แต่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีเครือข่ายทางสังคมน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz, cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1994)

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

1.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย ประเภทของการฆ่าตัวตายอาจแบ่งได้หลายวิธีซึ่งอาจจำแนกตามผลลัพธ์ของการกระทำออกเป็นลักษณะตามความรุนแรงและตามความตั้งใจ ดังนี้

1.2.1 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Successful suicide, committed suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่กระทำโดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อจุดประสงค์ที่ทำให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากปัญหา อาจเป็นการกระทำด้วยวิธีตรงหรือวิธีอ้อมก็ตาม แต่สุดท้ายก็จบด้วยการเสียชีวิตของผู้กระทำ

1.2.2 การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) เป็นการกระทำในลักษณะเดียวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ผู้กระทำอาจรอดชีวิตทั้ง ๆ ที่ผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะฆ่าตัวตาย

วิจารณ์ วิชัยยะ (2533) ได้แบ่งลักษณะของการฆ่าตัวตายเป็น 3 ลักษณะดังนี้คือ

1) Gestures เป็นท่าทีที่เรียกร้องความสนใจในการพยายามฆ่าตัวตาย

2) Ambivalent attempt เป็นลักษณะของความลังเลคือทั้งมีความคิดอยากตายและไม่อยากตาย

3) Serious attempt เป็นกลุ่มที่มีความพยายามอย่างจริงจังที่จะฆ่าตัวตายและมักใช้ความรุนแรง เช่น ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูงแต่ไม่เสียชีวิต

1.2.3 การแสวงงการฆ่าตัวตาย หรือการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal gesture หรือ suicidal idea) เป็นการกระทำโดยมีเจตนาเพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจหรือมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจมีการพูดคุยไว้ก่อนล่วงหน้าว่าจะฆ่าตัวตาย แต่ผู้ที่กระทำอาจไม่ตั้งใจทำจริง

1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหาก ผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัย

ที่ก่อผลผลิตของประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง และหากเกิดในโรงเรียนหรือโรงงานก็มักจะมีผลกระทบต่อคนอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก แม้ผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการ ทูพผลกระทบ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด จัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงาน การผลิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และพิเชษฐ อุคมรัตน์, 2544) การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการช่วยลดปัญหาจากการสูญเสียดังกล่าว

1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ไม่มีผู้ใดปรารถนา และเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข เกิดความกดดัน รู้สึกเศร้า เสียใจ สิ้นหวัง และหมดหนทางในชีวิต ซึ่งผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ไม่เพียงแต่เกิดความเสียหายต่อตัวเองหรือครอบครัวเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะอื่น ๆ เช่น ภาวะด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งพบว่า การพยายามฆ่าตัวตายเมื่อไม่สำเร็จจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย คืออาจเสียชีวิต หรือเกิดความพิการทางกาย เช่น หลอดอาหารตีบ เนื่องจากคั่งสารล้างห้องน้ำ หรือดับวาย จากการรับประทานยาแก้ปวดลดไข้เกินขนาด ซึ่งผลต่างๆ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก ผลกระทบด้านพฤติกรรมเช่น เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ (Maurer, 1986) ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้เสียสมาธิ การคิดหรือการรับรู้ช้า ความจำเสื่อม การรู้สึกในคุณค่าต่ำ ด้านอารมณ์ ทำให้วิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ด้านสังคม คือไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว ด้านแรงจูงใจ คือ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรืออาจต้องการฆ่าตัวตาย

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว อาจเกิดปัญหาเรื่องการเผชิญกับความทุกข์หรือการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ขาดการยอมรับหรือมีการซ้ำเติมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งครอบครัวอาจรู้สึก สับสน ต่อการกระทำของผู้ป่วย รู้สึกอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกเสมือนตราประทับจนกลายเป็นความขัดแย้งในครอบครัวขึ้นมา (Lee & Watson, 1993: Van Donger, 1990)

1.4.3 ผลกระทบต่อสังคม เกิดปัญหาอาชญากรรม อาชญากรรม หรือระบบเศรษฐกิจ ในชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1.4.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ในครอบครัว ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และอาจถูกตอกย้ำหรือตำหนิจาก บุคคลรอบข้าง (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

สรุป การดำรงชีวิตของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มักจะได้รับความกดดันจนเสีย สมดุลทางอารมณ์ จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะ อย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา มักจะมองว่าเป็น ทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น ที่ดีกว่าทนอยู่กับปัญหา จึงต้องการหยุดการรับรู้

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายความหมาย ดังนี้

บุญสม กองนิล (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าคือความรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือความผิดปกติ ทางอารมณ์ หรืออาการของโรคที่มีอาการของความเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ ผิดปกติ มีความคิดด้านลบ และไม่สนองต่อต่อสิ่งแวดล้อม เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สูญเสีย แรงขับทางเพศ

กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นความแปรปรวนของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยมีอารมณ์เศร้าผิดปกติ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และมีความคิดอยากทำร้ายตนเองใน ที่สุด

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อ ภาวะวิกฤต ความเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกาย พฤติกรรมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้า หดหู่ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่าง ๆ ร้องไห้ ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ ความคิดอึดมโนทัศน์ด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี พฤติกรรม ถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความคิดฟุ้งฟิงผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจในสิ่งที่ผิดปกติ สูญเสีย แรงขับทางเพศ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร การปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ แย่ลง

Saligman (1974) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกซึมเศร้า เสียใจไม่มีคุณค่า บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกสูญเสียที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือเกิดความล้มเหลวในชีวิต

Beeber (1996) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้าอย่างผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง

2.2 สาเหตุและปัจจัยของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานหรือทฤษฎีที่พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันดังนี้ สมภพ เรื่องตระกูล (2542)

2.2.1 ปัจจัยความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological factors)

1) ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical factors) ในสมองกลุ่ม catecholamine ที่ลดลง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepineprine) (Schildkraut อ้างใน ซาลินี สุวรรณยศ, 2542) พบว่าการลดของสารสื่อประสาทอาจมาจากพันธุกรรม หรือกระบวนการภายในร่างกาย

2) พันธุกรรม (Genetic transmission) เชื่อว่ายีนส์เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาของ Beck (1973) และจากการศึกษาของกลุ่มแฝด พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 60 และแฝดไข่คนละใบมีโอกาสเป็นด้วยเพียงร้อยละ 20 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) อธิบายหลักทฤษฎีดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) สาเหตุที่ทำให้เกิดบุคลิกภาพหลงรักตัวเองเกิดจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) ซึ่งเมื่อผิดหวัง อาจแสดงอารมณ์โกรธหรือเศร้า

2) ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ อาจทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความหวังเกี่ยวกับตนเองทางลบ

2.2.3 ปัจจัยด้านความคิด (Cognitive theory) ความเศร้า เกิดจากบุคคลมีความคิดกับตนเองด้านลบ คิดโทษตนเอง ซึ่งมีรูปแบบความคิดตาม Beck (1967) ไว้ 3 ประการความคิดด้านลบต่อตนเอง ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม และความคิดในด้านลบต่ออนาคต ทำให้เกิดความท้อแท้ หมดหวังจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck, 1967)

2.2.4 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมสังคมวิทยา กล่าวถึงกระบวนการของบุคคล ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อม ทำให้เห็นว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความคิด และพฤติกรรมของบุคคล

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุปัจจัยจากหลายอย่าง ทั้งด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ซึ่งแต่ละด้านนี้อาจมีอิทธิพลต่างกัน แต่มักพบว่าภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการคิดด้านลบต่อสิ่งต่าง ๆ ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งสภาพแวดล้อม การแยกตัว ไม่เผชิญกับปัญหา และความรู้สึกรู้ค่า ซึ่งทำให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา

2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินได้ทั้งจากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ซึ่งมีหลายแบบดังนี้

2.3.1 Zung Self- Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1965 โดย Zung, 1965) พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วย ข้อความในแบบประเมินฯด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกาย ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและอาการที่กำหนดของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ยังไม่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้ชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยวิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 ซึ่งมีข้อจำกัดในการประเมินภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าจากภายในหรือผลจากสถานการณ์ได้

2.3.2 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้น โดย Beck ในปีค.ศ.1967 แบบประเมินนี้เพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในการทำจิตวิเคราะห์ บำบัด โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อและจัดลำดับข้อความ ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ แต่ละข้ออธิบายถึงอาการรุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูงครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกจะเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับร่างกาย ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่เกิน 1 สัปดาห์ และ Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้ Spearman –Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 ซึ่งมีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ สามารถใช้งานง่าย และประเมินซ้ำได้ ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและยังใช้ในประชาชนปกติทั่วไปได้ด้วย

2.3.3 Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ซึ่งสร้างขึ้น โดย Montgomery and Asberg ในปี ค.ศ. 1979 มีจุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมิน อยู่ 2 ประการคือ

เพื่อวัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็นทั้งจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 10 ข้อ และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0, 2, 4 และ 6 คะแนน การให้คะแนนจะประกอบด้วยการสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .76 ถึง .95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้คือ คั่นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนง่าย ผู้ประเมินได้ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินสั้น และไม่น่าเบื่อเวลาประเมิน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนามาจากของ Beck (1967) ซึ่งเรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) ได้ปรับปรุงแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทร์นิคม, 2548) แบบประเมินนี้มีข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่จัดเป็นผู้ป่วยจิตเวช และในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อน-หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ ตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะต่างกัน (Beck, 1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับดังนี้

2.4.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนเท่ากับ 10 – 18 คะแนน เป็นอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าชั่วคราว อาจมีหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ รู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจทำงานลดลง นอนไม่หลับ

2.4.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนเท่ากับ 19 – 29 คะแนน ในระยะนี้จะมีความรุนแรงขึ้น และมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อาจแสดงเป็นพฤติกรรมดังนี้

- 1) ด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว สนใจผู้อื่นน้อยลง
- 2) ด้านปัญญา มองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ทำอะไรไม่สำเร็จ ดำเนินตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้นอนไม่หลับ บางครั้งอาจคิดอยากฆ่าตัวตาย
- 3) ด้านแรงจูงใจ บางครั้งรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เหนื่อยง่ายและแยกตัวจากสังคม จนถึงเลิกสนใจตนเอง ไม่อยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือต้องการที่จะตาย
- 4) ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ใจสั่น แน่นหน้าอก เบื่ออาหาร

2.4.3 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ประเมินด้วย Beck Depression Inventory (BDI) ได้คะแนนเท่ากับ 30 - 63 คะแนน บุคคลจะรู้สึกเศร้าอยู่ตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่นรู้สึกไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่มียาเศร้าจะมีความท้อแท้ หดหวัง หดกำลังใจ ไม่ต้องถามมีชีวิตอยู่ จึงต้องการทำลายตนเอง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะแรก ๆ จะมีความรู้สึกถึงเล อยากอยู่และอยากตาย ในเวลาเดียวกัน บุคคลมักจะแสดงสัญญาณบางประการให้คนใกล้ชิดรู้ว่า จะฆ่าตัวตาย อาจส่งมาเป็นคำพูดหรือการกระทำ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น “จะทำยังไงถึงจะตาย ๆ ไปเสียได้” หรือ อยากตาย ไม่อยากอยู่ต่อไปแล้ว” หรืออาจมีพฤติกรรมอื่นเช่น ทำพินัยกรรมยกของรักของมีค่าให้คนใกล้ชิด ไม่รับประทานอาหาร หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว (ศิริพร จิรวินกุล, 2546) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความคิด และพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเกิดผลต่อร่างกายและจิตใจคือ ผลกระทบทางตรงได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ และทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา และผลกระทบทางอ้อมคือ ขาดสารอาหารเนื่องจากเมื่ออยู่ในภาวะซึมเศร้า บุคคลจะไม่มี ความอยากอาหาร และสุดท้ายจะซึมเศร้ามากขึ้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เช่น ไม่ออกกำลังกาย ร่างกายทรุดโทรม เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากลำบากในการนอน ร่างกายจึงอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งมาจากผลของการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ซึ่งจากผลกระทบต่าง ๆ ทำให้ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ สังคม แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก ซึ่งพบว่า ผลกระทบด้านความคิด ก่อให้เกิดความอยากลำบากในการคิด ตัดสินใจ มีความรู้สึกต่อ

ตนเองในด้านลบ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้วิตกกังวล สับสน หมดหวัง ซึมเศร้า ผลกระทบด้านสังคม แยกตัวไม่สนใจใคร ผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี รับรู้ช้า คิดช้า ความจำเสื่อม ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย การนอนผิดปกติ และสุดท้ายจากผลต่างๆ จะกลายเป็นการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ และอันตรายจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง มีผู้ให้คำอธิบายไว้หลายประเด็นเช่น

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

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจัง อย่างมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละคนดำเนินไปได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนไว้ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุปการดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่แต่ละคนตั้งใจเริ่มกระทำกิจกรรมด้วยตัวเอง โดยทำอย่างต่อเนื่อง และมีเป้าหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด การที่บุคคลนั้นจะมีความสามารถในการกระทำดูแลตนเอง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ต้องกระทำอย่างตั้งใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ และมีทักษะในการตัดสินใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองไม่อาจแยกกันได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำกับบุคคลทั้งด้านการกระทำและการส่งเสริมการดูแลตนเองควบคู่กันไป

3.2 ความหมายของพฤติกรรม การดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และการกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม รักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวหรือภายนอกตัวบุคคลนั้นก็ได้อ และแบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิตและการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลักษณะของการมีสุขภาพจิตที่ดีของบุคคลจากแนวคิดต่าง ๆ และได้กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ปัจจัยพื้นฐานต่างๆ นี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการตระหนักถึงปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่ การช่วยให้บุคคลได้สำนึกในคุณค่าของตนเอง (Self esteem) มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self knowledge) มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ (satisfying interpersonal relationship) และสามารถจัดการกับความเครียด (stress management) และในการสร้างเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม สิ่งสำคัญพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เรียนรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ ความเข้าใจ ทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนอาศัยวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถาวร

สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี อย่างมีความสุข และความพึงพอใจ โดยการกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติและเมื่อมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Hill & Smith (1985) ที่มีองค์ประกอบ 7 ด้าน คือการดูแลตนเองด้านร่างกายและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป และแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่มีองค์ประกอบ คือการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งมีความครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วน ๆ ได้ต้องทำควบคู่กันไป

3.3 ลักษณะพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วนใหญ่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านอารมณ์ คือไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กับบุคคลอื่นทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เหมาะสม (Cutcliffe & Stevenson, 2008) ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่การขาดความใส่ใจ หรือความสนใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน กล่าวคือ ด้านสุขภาพร่างกาย แสดงออกโดยน้ำหนักลด นอนไม่หลับ (Thobaben & Kozlak, 2007) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความใส่ใจดูแลสิ่งแวดล้อม ที่ก่อให้เกิดอันตราย และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนถึงขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง และอาหาร ภาวะเครียด หรือวิตกกังวลสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมทั้งไม่มีความสุขด้านจิตวิญญาณ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Taliaferro, 2009)

3.4 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข และลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดเป็นหมวดหมู่จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ดังนั้นผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) โดยได้สร้างแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน การพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมี

ประสิทธิภาพ และการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของ Hill and Smith (1990) และนำเอาการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่พัฒนามาจาก แนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ Orem (1985) สำหรับด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษา ความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทย โดยเรียกว่า เป็นการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวแล้วจะพบว่า ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคล ไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วน ๆ ได้

แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองนี้ เป็นแบบสอบถามอย่างมีโครงสร้างเป็นแบบ ประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 60 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 เป็นข้อคำถาม ทางบวก 58 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ แบ่งออกเป็น การดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ สำหรับ เกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ ดร.ฉวี เลิศปรีชา (2545) การคิดคะแนนจะคิดเป็นรายด้าน โดยกำหนดค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

| พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต | ช่วงคะแนน | ช่วงคะแนน | ช่วงคะแนน |
|---------------------------------------|---------------|----------------|----------------|
| | ระดับต่ำ | ระดับปานกลาง | ระดับสูง |
| การพัฒนาการรู้จักตนเอง | 12-24 | 25-36 | 37-48 |
| การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ | 7-14 | 15-21 | 22-28 |
| การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ | 6-12 | 13-18 | 19-24 |
| การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม | 11-22 | 23-33 | 34-44 |
| การพัฒนาและดำรงรักษา | | | |
| ระบบสนับสนุนทางสังคม | 5-10 | 11-15 | 16-20 |
| การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา | 10-20 | 21-30 | 31-40 |
| การดูแลตนเองด้านร่างกาย | 9-18 | 19-27 | 28-36 |
| พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต | | | |
| โดยรวม | 60-120 | 121-180 | 181-240 |

การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของเทคนิคการปรับพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งการประเมินพฤติกรรม มีวิธีการดังนี้

วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเอง การวัดผลที่เกิดขึ้น การวัดทางสรีระ

วิธีการประเมินโดยอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยอ้อม โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ และ ครุณี เลิศปรีชา (2545) ได้นำแบบวัดไปทดสอบกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ได้นำไปใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และจากการศึกษาของ นวพร จีรังกร (2547) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 จากการศึกษาของธนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลอ่างทอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ซึ่งพบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับที่ยอมรับ

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบน บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) ในระยะแรกบุคคลจะใช้กลวิธีหรือทักษะการดูแลตนเองที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ แต่ในบางกรณีบุคคลจะต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้ คือ การช่วยเหลือผู้ที่รับบริการให้สามารถเข้ารับการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมจิตเวช

4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายถือว่าบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Varcarolis, 1998 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548)

- 1) ภาวะวิกฤตในกระบวนการพัฒนา ได้แก่การพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา

2) ภาวะวิกฤตจากเหตุไม่คาดฝัน ได้แก่ ความเจ็บป่วย ดกงาน การหย่าร้าง และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3) ภาวะวิกฤตจากภัยพิบัติ ได้แก่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ภัยพิบัติจากความขัดแย้งระหว่างเชื้อชาติ และอาชญากรรมและการกระทำที่ละเมิดสิทธิบุคคล

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ดีขึ้น พยาบาลสามารถให้กระบวนการพยาบาล การวินิจฉัยปัญหานั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการของผู้ป่วยเพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1) การประเมิน การประเมินผู้พยายามฆ่าตัวตายแบ่งเป็น ระยะแรก เป็นระยะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ระยะกลาง ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้ และระยะก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และเตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประเมินจากภาวะต่าง ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแรงจูงใจต่างๆ, ระดับภาวะซึมเศร้า, ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและประเมินครอบครัวในด้านกำลังใจและการยอมรับ

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลพิจารณาจากความเสี่ยงต่าง ๆ เช่นการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น การเสียความสามารถในการทำงาน และดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ

3) การวางแผนการพยาบาลมีทั้งระยะสั้น เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ ตามสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละคน เน้นเรื่องการป้องกันอันตราย และให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสมมุ่งเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง ระยะยาว เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การดำรงชีวิตที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ สนับสนุนด้านความสามารถในการแก้ปัญหา

4) การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมายคือลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาหรือปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งเน้นการป้องกันอันตราย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสอนผู้ป่วยในการปรับตัว การแสดงออก การผ่อนคลาย การให้คำปรึกษา การพัฒนาและการฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองและ การหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

5) การประเมินผล ตามกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ เน้นการประเมินผลจากการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก การกระทำ และทักษะตามเป้าหมาย

4.1 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ โดยพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ในกรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีแนวทาง ดังนี้ (วันเพ็ญ คำดี, 2551)

4.1.1 ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้องให้ยา และรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

- 4.1.2 เมื่อรักษาอาการทางกายเสร็จสิ้นให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรอง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษาในกรณีไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำแนะนำทั่วไป และนัดตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์

4.1.3 มีภาวะซึมเศร้าให้การช่วยเหลือโดยรายงานแพทย์เพื่อการรักษาให้คำปรึกษาเฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และเฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดตรวจซ้ำหรือติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4.2.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ

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

นโยบายบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ต้องการให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง กรมสุขภาพจิต ได้กำหนดเป้าหมายที่ช่วยลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนลงจากเดิม 35.2 ต่อแสนประชากร ให้เหลือไม่เกิน 33.52 ต่อแสนประชากร

เมื่อสิ้นแผนฯ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2544) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการและแผนงาน รวมทั้งเทคโนโลยีในการช่วยเหลือและป้องกัน โดยจัดให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของบุคลากรทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการให้คำปรึกษา การเจรจาต่อรอง และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โครงการศึกษาเส้นทางการขอรับความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน และได้จัดทำเทคโนโลยีเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต่างๆ มากมายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือและประชาชนทั่วไป เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม ดังนั้น การเฝ้าระวังโดยการประเมินความเสี่ยง จะช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสามารถปรับตัว ดำเนินชีวิตตามปกติได้ และในกรณีที่ผู้มีแนวคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสั้น และมีปัญหาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ก็สามารถให้การช่วยเหลือ โดยการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน ต้องร่วมกันดูแลช่วยเหลือ ตามรูปแบบการดูแล (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) ดังนี้

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546) มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ
2. กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

3. เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินแล้ว พบว่า

- 3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติ ดังนี้

- 3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล

- 1) ให้การปรึกษาและรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

- 2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

- 3) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

โดยนัดหมาย F/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (คู่มือทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน)

3.2 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

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

3.2.2 มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

3.2.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำปรึกษา ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

หมายเหตุ

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

2. มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมา และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วย ในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ (2546 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ดังนี้

1. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน

2.1 กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน

2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ ดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีให้คำปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำต่างๆไป

2.3 มีภาวะซึมเศร้าให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์เพื่อการรักษา และให้การรักษาดูแลตามการรักษากำหนดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

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

2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์และให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2.6 ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติเพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังภาวะซึมเศร้า ระวังการใช้ยาในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด พยายามให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การเฝ้าระวัง

4. การส่งต่อผู้ป่วยพิจารณากรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อฝ่ายเวชกรรมสังคม ของโรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวช หรือ โรงพยาบาลจิตเวช

4.2.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระดับปฐมภูมิ

สำหรับระบบบริการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมินั้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ก็จะมีแผนการรักษาของแพทย์ให้เข้าพักรักษาตัวในตึกหอผู้ป่วยใน และมีแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นแผนการรักษาเฉพาะทางกาย เช่น การวัดสัญญาณชีพ การล้างท้อง การให้น้ำเกลือ การให้ยาล้างพิษจากสารพิษที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป เป็นต้น และจะมีการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยทุกราย หลังจากนั้นก็จะส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวอยู่ประมาณ 2-3 วันก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแผนการรักษาพยาบาล เน้นทางกายและยังไม่มีมีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจที่ครอบคลุม เช่น การให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถระบุ

ปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ไม่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ยังคงปัญหาเดิมอยู่จึงทำให้เกิดปัญหาในด้านการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายและการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลอีก

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ยังไม่มีมีกลุ่มงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน แต่ได้รับความช่วยเหลือจากจิตแพทย์โรงพยาบาลประจำจังหวัด มาตรวจเดือนละ 1 ครั้งและมีคลินิกบริการให้คำปรึกษา ร่วมกับงานยาเสพติด มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ 3 คนและให้บริการในวันและเวลาราชการ

สำหรับการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เมื่อเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซึ่ง แผนการรักษาเป็นแผนการรักษาเฉพาะทางกาย เช่น การวัดสัญญาณชีพ การล้างท้อง การให้น้ำเกลือ การให้ยาล้างพิษจากสารพิษที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป เป็นต้น และจะมีการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยทุกราย หลังจากนั้นก็จะส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประมาณ 2-3 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่มีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวไม่มีทักษะการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม ภาวะซึมเศร้ายังคงอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ธัญญาดี (2537) ที่พบว่า ร้อยละ 55.6 ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้รับการปรับตัวทางด้านจิตใจที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ จากข้อมูลการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในพบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของบุคคลซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง และเกิดการสูญเสีย ต่อสังคม และประเทศชาติ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักหรือให้ความสำคัญในการหาแนวทางการ จัดการแก้ไขปัญหา และสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรง และความสูญเสียบุคคลภายในครอบครัว โดยการจัดระบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม และวิญญาณ เตรียม ความพร้อมและการส่งต่อ ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล เพื่อการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นอยู่เดิมเป็นลักษณะ การให้ความรู้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแบบทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

การให้คำปรึกษาเป็นการให้การปรึกษาโดยทั่วไปไม่เฉพาะทางนั้นทำให้ผู้ป่วยยังขาดการดูแลที่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หมดความหวัง และอาจกลับมาซึมเศร้าอีก ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และหยุดการรับรู้ จนกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีกจึงควรเข้าใจถึงปัจจัยและสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

4.2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย มีหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ (วันเพ็ญ คำดี, 2551)

ให้การยอมรับ โดยใช้เวลาผู้ป่วยในการระบายความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าคุณค่าต่ำ ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการตีความ การปฏิเสธ หรือวิพากษ์วิจารณ์

- 1) แสดงความจริงใจทั้งการแสดงท่าทีและคำพูด
- 2) ให้กำลังใจและแสดงความเห็นใจต่อผู้ป่วย
- 3) อดทนในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
- 4) บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะ

ซึมเศร้า

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ โดยพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ในกรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมีแนวทางดังนี้ (วันเพ็ญ คำดี, 2551)

- 1) ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้อง ให้ยา และรับไว้เป็นผู้ป่วยในเมื่อรักษาอาการทางกายเสร็จสิ้นให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและ
- 2) ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรองขไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ ดูว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ให้การปรึกษาในกรณี ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำแนะนำทั่วไป และนัดตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์
- 3) มีภาวะซึมเศร้าให้การช่วยเหลือโดยรายงานแพทย์เพื่อการรักษาให้คำปรึกษา เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับวางแผนการจำหน่ายกลับ

บ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และเฝ้าระวังต่ออย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดตรวจซ้ำหรือติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเอง การให้การบริการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ต้องเน้นการบริการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรม ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผน ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง สัมพันธ์กับแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในฐานะผู้ให้บริการโดยตรงและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทที่มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมงานจิตเวช คือ ปฏิบัติการพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม มีดังนี้

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

1.1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง และพบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

1.2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจผิด

1.3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็น การทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญ ปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหานั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้ง ความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเอง เกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจ กระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

1.5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตน ขึ้นกับความเชื่อใน ความสามารถของตน ความเชื่อในความหมายและความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของ ตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จคือมีการตั้งเป้าหมายวางแผนและประเมิน ความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมี อำนาจในตน

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วิธีการที่จะเสริมสร้างบุคคลมีการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก; Hill & Smith, 1985) ได้แก่

2.1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็น การอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุย แต่ละวันว่าใช้บทบาทใด ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับ รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2.2) การฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

3.1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อย การวางแผนเป็น กิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้ กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้

3.2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ แบบการใช้เวลา “วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลา

3.3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยทำให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

4) การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม แนวทางในการเตรียมตัวเผชิญกับภาวะวิกฤต ดังนี้

4.1) การประเมินสภาพการณ์ เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

4.2) การทำให้กระจ่าง การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

4.3) วิธีการแก้ปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

4.4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

5) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก)

5.1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต

5.2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดี พอที่จะเรียกให้การช่วยเหลือได้

5.3) การศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

5.4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5.5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

6.1) การสวดมนต์ภาวนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับ ได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

6.2) ปฏิบัติพิธีกรรม การเฝ้าอ่านวคความสวดภาวนาให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระ หรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนา มาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

6.3) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีระดมความคิดเห็นมากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ

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

7) การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง สมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย

7.1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

7.2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง หลังจากตรากตรำทำงาน ยิ่งทำงานหนัก หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่เพียงพอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ซูทิคย์ ปานปริษา, 2531) ในการนอนหลับ พบว่าจิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบลง สิ่งที่ไม่อยากรับรู้ จำในสิ่งที่ต้องการ ร่างกายได้พัก และทำให้หัวใจเต้นช้าลง ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วีระ ชัยศรีสุข, 2533)

7.3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปิติสุข คล้ายคนติดยาเสพติดมอร์ฟีน หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท (แจก ธนะศิริ, 2536)

วิธีการเสริมสร้างการดูแลตนเองทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเทคนิควิธีที่บุคคลใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) และตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) การที่จะระบุว่ากิจกรรมใดส่งเสริมความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demands) ของบุคคลโดยตรงเป็นเรื่องยาก แต่โดยรวมแล้ว กิจกรรมหรือเทคนิคที่กล่าวมาจะสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป บุคคลต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) ในระยะเริ่มแรกบุคคลจะใช้กลวิธีหรือทักษะการดูแลตนเองที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ แต่ในบางกรณีบุคคลจะต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาล ในระยะนี้ คือ การช่วยเหลือผู้รับบริการ ให้สามารถเข้ารับความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมจิตเวช

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพหรือการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเองเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุด พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีปฏิบัติ ซึ่ง Orem (1980) กล่าวว่า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อการบำบัด การวินิจฉัยความสามารถในการดูแลตนเอง และการวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและวางแผน ซึ่งมีสาระสำคัญ ได้แก่การออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลอาจจะออกแบบเพื่อช่วยครอบครัวและเพื่อนในการดูแล ผู้รับบริการชั่วคราว และการวางแผนครอบคลุม การวางแผนกิจกรรมเฉพาะอย่าง บทบาทของบุคคลต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากร โดยต้องคำนึงถึงเวลา สถานที่ และความถี่ของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้รับบริการเอง พยาบาล และบุคคลอื่น

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ และประคับประคอง และปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าในการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำ แนะนำ สอน ให้การปรึกษาประคับประคอง รวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหา ปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของตนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

5. การพยาบาลแบบองค์รวม

5.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผู้ให้แนวคิดไว้หลายแนวคิด ดังนี้

5.1.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ Nightingale (อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) ว่าสิ่งที่พยาบาลต้องกระทำคือทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ดี แสดงให้เห็นถึงพลังอำนาจและประมาณและคุณภาพของธรรมชาติ ให้อยู่ในที่สะอาดและเหมาะสม และ Henderson (อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) กล่าวว่า พยาบาลนั้นเป็นผู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปพึ่งตนเองเร็วที่สุด แบบองค์รวม พยาบาลต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

5.1.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์ เป็นแนวคิดที่มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยมองบุคคล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รวมกัน เน้นการพยาบาลแบบผสมผสาน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่นทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์

5.1.3 การพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยแนวคิดของพลังงาน เป็นแนวคิดกายและจิตตามพลังงานและความสมดุลของชีวิตตามแนวคิดแบบจีน ซึ่งเป็นการตระหนักถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาหาร การออกกำลังกาย สอดคล้องกับการทฤษฎีการพยาบาลของ Rogers (1970 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทร์นิม, 2548) ซึ่งเชื่อว่าคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกจากกัน

สรุปทั้ง 3 แนวคิด ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลเป็นลักษณะที่มองคนทั้งคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วิญญาณ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมนุษย์มีความสามารถที่จะเรียนรู้และจัดการได้ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยมีพื้นฐานจากเจตคติ ค่านิยม ความเชื่อในสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) เพื่อสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function needs) ความต้องการด้านจิตใจและวิญญาณ (Psychological and spirit needs) และความต้องการด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) ซึ่งความต้องการทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกันในลักษณะความเป็นองค์รวม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) คือความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) และความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs)

5.2 หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม หลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม คือการให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น (Inga Newbeck, 1986) ได้แก่

5.2.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

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

5.2.3 การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหาโดยเป้าหมายที่ตั้งไว้ต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

5.2.4 การที่พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

กล่าวโดยสรุป หลักในการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบกับการศึกษาสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพที่บุคคลเป็นอยู่ เพื่อให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือนั้น มิใช่ช่วยเหลือเฉพาะทางกายหรือทางใจเท่านั้น แต่ต้องเป็นการช่วย “คน” ซึ่งเป็นองค์รวมของ กาย-จิต-วิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล

5.3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึง การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้ใช้บริการดำรงรักษาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั้งตนเอง และร่วมทีมสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณเองมีความต้องการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) ปัจจัยเบื้องต้นมีความสำคัญมาก เพราะถ้าผู้ใช้บริการไม่รับรู้ว่าคุณมีความต้องการบริการสุขภาพ ผู้ให้แม้จะมีความปรารถนาจะดูแล และกระทำการดูแลอย่างเต็มที่มากเท่าใด ก็ยากที่ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันยิ่งชัดเจนขึ้น คือ บุคคลรับรู้และตระหนักถึงความต้องการของตน แต่พยาบาลไม่มีความปรารถนาที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือ ดูแลอย่างจริงจัง ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล ย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข จึงต้องเริ่มต้นที่พยาบาลมุ่งช่วยให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของตนเองให้ชัดเจนก่อน ซึ่งระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) กำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา
- 5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย
- 6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

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

พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าผู้ใช้บริการ คือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ จะต้องเข้าใจเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล คือ การช่วยเหลือดูแลสุขภาพแนวองค์รวม คือ การผสมผสานของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้เกิดความกลมกลืนภายใน และการแสดงออกของการดำรงชีวิตให้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุข ในทุกสภาวะของสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ภาวะที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยแต่ต้องการรักษาสุขภาพ และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ตลอดจนภาวะการฟื้นฟูสภาพที่ต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

การช่วยเหลือการพยาบาลคือ การช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยที่ผู้ใช้บริการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง พยาบาลไม่สามารถทำให้บุคคลมีความสุขขึ้น

แต่พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือให้เขามีความสุข สิ่งนี้คือ การดูแลตนเองบนพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ผลลัพธ์การพยาบาลเกิดขึ้นได้ มีดังนี้

- 1) การรับรู้และความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแล คือจะต้องมีการระบุความต้องการการดูแลอย่างชัดเจน และความต้องการการดูแลนั้น ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาลจะต้องรับรู้ตรงกัน
- 2) พยาบาลตั้งใจทำกิจกรรมพยาบาลที่จะกระทำ และลงมือกระทำกิจกรรมการพยาบาล
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นรับรู้ได้ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาล ซึ่งก็คือผลลัพธ์ของการดูแลนั่นเอง

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพเป็นไปในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทั้งสิ้น โดยการมีเป้าหมายร่วมกัน (รับรู้ร่วมกัน) แสวงหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ลงมือปฏิบัติร่วมกัน เมื่อปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลแล้ว ต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล และเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย

6. การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ใช้หลักปฏิบัติและข้อกำหนดในการพยาบาลองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจ ผู้รับบริการเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต สิ่งเหล่านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้ ความเป็นองค์รวมของบุคคล ช่วยให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล ให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข สร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทางกาย พัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึง การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจากการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิด

การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมการติดตามอาการทางโทรศัพท์ โดยมีการดำเนินกิจกรรม ให้กับสมาชิกเป็นรายบุคคล จำนวน 20 คน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ จะดำเนินการทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้วยการเริ่มต้นสนทนา เรื่องต่างๆ ไปด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใส่ใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เกิดความไว้วางใจใช้เวลาประมาณ 30 นาที และช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที โดยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน ใช้เวลา 30 นาที โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับ

3.1 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติการดูแลตนเองทางด้านร่างกายเพื่อสนองความต้องการในด้านสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

3.2 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม โดยการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่นแหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา

3.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมโดยการสอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร

3.4 การใช้เวลาว่างที่เป็นประโยชน์ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยการสอนและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เวลา 30 นาที ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติร่วมกัน

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธาใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนนับถือมาช่วยผ่อนคลายด้วยวิธีที่เหมาะสม

6. กิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ศึกษาได้เพิ่มขึ้นซึ่งติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์เป็นการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นທີ່ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (McIntosh & Worley, 1994) หลังการทำโปรแกรม จำนวน 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 นาที

การพยาบาลแบบองค์รวมนั้นจะส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และสามารถปรับตัว ปรับความคิดในทางบวก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้าและมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแบบองค์รวม ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมดูแลตนเองโดยตรงมีจำนวนน้อยมาก จึงขอนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมานำเสนอด้วย ดังนี้

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วย จิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังให้การพยาบาลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพลิน เสียงโซคอยู่ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชราพร สนิทภักดี (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คนและกลุ่มควบคุม 6 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนในระยะหลังทดลอง ระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง ระยะติดตามผล ลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ ประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นวพร จีรังกร (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hawton (1995) อ้างในเสาวลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ (2544) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของนักเรียนในมหาวิทยาลัยออกฟอร์ด ศึกษาจากนักเรียนผู้หญิงจำนวน 119 คน นักศึกษาชายจำนวน 97 คน ที่ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่ามีปัญหาระหว่างเพื่อน ปัญหาเรื่องการเรียน บุคลิกภาพและภาวะซึมเศร้า

Gleason (1979 cited in Züst, 2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต ซึ่งพบว่า ภรรยา มีการเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และช่วยให้ภรรยามีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

