

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆทั้งตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ระบบบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสอยดาว
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 แหล่งพลังอำนาจ
 - 3.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.4 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 4.1 การพยาบาลโดยทั่วไปแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 4.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

อาโพรรอน พุ่มศรีสวัสดิ์ (2531) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องมาจากความรู้สึกหมกหมองในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายและพยายามทำตามความคิดนั้นจนถึงขั้นทำได้สำเร็จโดยไม่ถูกขัดขวาง พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือเป็นแบบหุนหันและเป็นไปได้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

สุกมล วิภาวีพลกุล (2540) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบังเอิญทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตาย) จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆเพื่อจบชีวิตของตนเอง

Stengel (1977) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการจบชีวิตตนเอง หรือตายด้วยน้ำมือตนเองหรือมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง

Beck, Kovacs and Weissman, (1979) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้น หรือความปรารถนาที่ต้องการจะทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดๆที่จะปรากฏออกมา ให้เห็นถึงพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในการคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ (Beck, Steer and Ranieri, 1988)

Department of Preventive Health Service Soldier and Family Support Branch (2003) กล่าวถึงลักษณะการฆ่าตัวตายว่าเป็นหลักฐานที่แสดงถึงความเข้าใจ เจตนา และความตั้งใจในการที่จะหันตนเองเข้าหาความตาย ซึ่งแสดงออกได้ตั้งแต่การมีเจตนาที่ต้องการที่จะตาย การได้รับแรงกระตุ้นแต่ยังไม่ได้คิดวางแผน และคิดอยากทำร้ายตนเอง แต่มีความตั้งใจเพียงเล็กน้อย

จากนิยามข้างต้นสรุปความหมายของการพยายามฆ่าตัวตายคือ การที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือทำลายตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้สึกตัวเพื่อก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

ก. Neurotransmitter factor พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ gamma amino butyric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกมีระดับ serotonin หรือ 5 hydroxytryptamine ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Mann and Mc Bride, 1984)

ข. Fat Metabolism factor ความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998)

ค. Genetic factor ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) ได้ด้วย ซึ่งพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins) (Roy, 2003)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor) เกิดจากหลายประการ อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมกหมอง เบื่อหน่าย เศร้าใจ ความรู้สึกผิด ความก้าวร้าวรุนแรง อับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักมองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองสังคมรอบตัวขาดความเป็นธรรม นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยบางรายนั้นการฆ่าตัวตาย หมายถึง การร่วมประสาณ การเกิดใหม่ การแยกจากที่เป็น การแก้แค้น การตอบโต้ และการลงโทษตัวเอง (มานิต ศรีสุรกา นนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ซึ่งทฤษฎีที่ใช้กล่าวอ้างถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายคือ

ก. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricke, 1996) ดังนั้นพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วารินทร์ ถาน้อย, 2544)

ข. ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) พื้นฐานแนวคิดนี้ กล่าวว่า การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้เช่นกัน แนวคิดพื้นฐานนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดขึ้น และไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่าการเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเราส่วนใหญ่จะต้องผ่านการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)

ค. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological factors) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียดต่อบุคคล หรือสิ่งที่สูญเสีย จะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว เข้าหาตัวเอง และลงโทษ

ตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทยตัวเอง (Lester and Litman, cited in Botsis,Soldatos, Liozzi,Kokkevi,and Stefanis, 1944)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคม (Sociological factor) นักสังคมสงเคราะห์ (Drukheim as cited in Barbee & Bricker , 1996 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545) เชื่อว่าการฆ่าตัวตาย เกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น

ก. ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (Altruistic suicide) ฆ่าตัวตายที่เกิดจากความรู้สึกผูกพันกับสังคม หรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลที่ยึดมั่น ผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตัวเองจนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม

ข. การฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงตัวเอง (Egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัว หรือสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้งขาดการช่วยเหลือ สนับสนุน เช่นคนโศคฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง

ค. การฆ่าตัวตายจากความสุดตหนักในชีวิต (Fatalistic suicidal) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่นการฆ่าตัวตายของนักโทษ

ง. การฆ่าตัวตายเกิดจากความคิดชั่ววูบ (Anomic suicide) ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรือเรียกว่า การฆ่าตัวตายเกิดเนื่องจากภาวะวิกฤต ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ เช่น วิกฤตทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.2.4 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่

ก. เพศ พบว่าเพศชายจะมีการฆ่าตัวตายในอัตราที่เพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงลดลงเรื่อยๆ เริ่มแตกต่างจากปีพ.ศ. 2544 และอัตราการฆ่าตัวตายของแต่ละเพศจะห่างกันเรื่อยๆ จนห่างสูงสุดในปีพ.ศ. 2543 โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 3.6 ต่อ 1 เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคจากการที่ภาวะ หรือโรคนั้นทำให้บุคคลนั้นๆ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) พบว่าในเพศชาย YLLs จากการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 6 ส่วนในเพศหญิงอยู่ในอันดับที่ 10 (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ข. อายุ ในประเทศต่างๆทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ รองลงมาคือ วัยหนุ่มสาว สำหรับในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2544 พบสูงสุดในช่วงวัยหนุ่มสาว โดยในช่วงพ.ศ. 2535-2539 พบสูงสุดในช่วงอายุ 20

24 ปี และในช่วง 2540-2544 พบมากในช่วงอายุ 25-29 ปี อีกทั้งภาวะโรคจากการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งจัดว่าสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

ค. สถานภาพสมรส สัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่า แยก บุคคลที่แรงสนับสนุนทางสังคมดีจะมีกำลังใจดี มีความอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค และช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp, and Brown, 1980 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

ง. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะ (2541) พบว่าร้อยละ 55.9 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ได้เรียน หรือเรียนจบชั้นประถมศึกษา การได้รับการศึกษาสูง จะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการชักถามปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้ และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีทำให้สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (Jalowiec and Powers, 1986 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

จ. รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและทางสังคมสูง ก็จะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคม ตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้มากกว่าการดกงาน หรือการมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัว (Cambell, 1976) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดลง (Marshall, 1978 cited in Barbee and Bricker, 1996)

ฉ. การประกอบอาชีพ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ที่ดกงาน ว่างงาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ม้งานทำ (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, and Lonqvist, 1995 อ้างถึงในสุทธิดา บรรทัดจันทร์, 2548)

ช. ประวัติพยายามฆ่าตัวตายและการมีพฤติกรรมในครอบครัว สามารถใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtkc et al: 1996 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ

มากกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย (Hepple and Quin, 1997 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

ข. บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมใช้วิธีการหนี หลีกเลียง และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, ShROUT, and Rotheram-Bous, cited in Eskin, 1995 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545)

ฅ. การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne, and Lazarus, 1981) มีกำลังใจ เกิดจากความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งช่วยขจัดความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย (Cohen and Wils, 1985 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545) แต่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือ น้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Wetz. cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1944)

จากสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เนื่องมาจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจมีความเกี่ยวพันกันทั้งหมด ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายได้อย่างชัดเจน หากเป็นผลรวมของความทุกข์หลายๆอย่างสาเหตุด้วยกัน เป็นความคับข้องใจ นานัปการที่ซับซ้อน กัดกินทั้งในจิตสำนึกและใรรู้สำนึก แต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะสาเหตุเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกอื่นๆ

1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.3.1 การดำรงชีวิตก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย

สภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน โดยทั่วไปไม่เอื้อให้คนได้ผ่อนคลาย แต่มักผลักดันให้คนเกิดความเครียด เพราะเป็นระบบสังคมที่มีการแข่งขัน แข่งชิงกันสูง (พระธรรมปิฎก, 2541) ทำให้การดำเนินชีวิตไปด้วยความเร่งรีบ ต้องดิ้นรน หาทางออกให้กับตนเองด้วยวิธีการต่างๆ บุคคลส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เกิดความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล ทำให้เกิดความกดดัน คับแค้นใจ จนทำให้เสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นเรียกว่า ความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

1.3.2 การดำรงชีวิตภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรเท่านั้น แต่หากผลกระทำไม่สำเร็จและภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล และมีโอกาสรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และประเทศชาติอย่างมากคือ

ก. ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิตได้ หรืออาจเกิดผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรม มีอาการคลื่นไส้อาเจียน รู้สึกเบื่ออาหาร อ่อนล้า น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ การรับประทานอาหารผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิคม, 2548) อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบ เนื่องจากการตีบสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจน หลังผูกคอตาย (วิไล เสรีพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบทางอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530)

ข. ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธที่ตนเองไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นดราม่า และถูกปฏิเสธจากสังคม (Van Donger, 1990; Lee and Wagaon, 1993 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิคม, 2548) หรืออาจทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เช่นกรณีที่ทำร้ายตนเองเป็นผู้นำครอบครัว และบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เฉลิมกุล ชะลอ ชูพงษ์และมนทิพย์ บริสุทธิ์ (2542) พบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแลและถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด

ค. ผลกระทบต่อสังคม อาจทำให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบกับบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤติ (กรณีการ เถาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) เป็นภาระของสังคม ตัดสารเสพติด อาจก่อคดีลักทรัพย์ เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายกับสังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

ง. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต สูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากความพิการเพราะประกอบอาชีพไม่ได้ และอาจถูกสังคมชกถามบ่อยครั้ง จึงเป็นการตอกย้ำทำให้ไม่สามารถลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จ. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ อาจทำให้ขาดรายได้ ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความพิการ หรือถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้นำครอบครัว และมีบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน ขณะนอนโรงพยาบาลต้องลางานและต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ

อาจสรุปได้ว่าการดำรงชีวิตภายหลังความตาย มักอยู่ท่ามกลางผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หหมดความหวัง คิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำตามมา

1.4 ระบบบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสอยดาว

ระยะที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งในและต่างประเทศในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้ความรู้หรือการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆแก่ ผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วย มีระบบการดูแลและจัดการในภาวะวิกฤติ (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

ประเทศไทยเป้าหมายสำคัญของนโยบายทางด้านบริการสาธารณสุขต้องการให้ประชาชนมีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง กรมสุขภาพจิตได้กำหนดเป้าหมายให้ลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนจากเดิม 35.2 ต่อประชากรแสนคน ให้เหลือไม่เกิน 33.52 ต่อประชากรแสนคน หลังสิ้นสุดแผนฯ9 (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว กรมสุขภาพจิตทำโครงการและแผนงานรวมทั้งเทคโนโลยีในการช่วยเหลือและป้องกัน โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและแกนนำชุมชน ครู ต้องร่วมกันช่วยเหลือ ตามรูปแบบดังนี้ กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) (โรงพยาบาลสอยดาว, 2548)

มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ
2. กรณีที่อะอะอาละวาด รุนแรง ไม่สงบ อาจต้องให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
3. เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้วพบว่า
 - 3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา(Admit) ในโรงพยาบาล
 - 1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของ

แพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

โดยนัดหมายF/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

3.1.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแผนกผู้ป่วยใน)

3.2 กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

3.2.1 มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และAdmit ให้การปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเชื่อมต่อเนื่องในชุมชน และนัดF/U ตามความเหมาะสม

3.2.2 มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

3.2.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต ควร

ให้การปรึกษา และคำแนะนำทั่วไปที่สอดคล้องกับความต้องการผู้รับบริการ กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก(OPD) (โรงพยาบาลสอยดาว, 2548) มีแนวทางในการช่วยเหลือดังนี้

1. ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนี้

1.1 มีสีหน้าเศร้าซึม หม่นหมอง ร้องไห้

1.2 เป็นโรคร้ายแรง หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย

1.3 เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ดื่มสุรา มีบุคลิกภาพ

ผิดปกติ

2. กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1) ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางของแพทย์

2) ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน

3) ให้Follow up ภายใน 3-5 วัน เพื่อติดตามและให้การปรึกษา

4) บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดย

การนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

2.2 กรณีที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยใน ดูแลตามแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน(โรงพยาบาลสอยดาว, 2548) มีแนวทางการช่วยเหลือดังนี้

1. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน

2.1 กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน

2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือคือ คุยว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีให้การปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำทั่วไป

2.3 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือรายงานแพทย์เพื่อการรักษา และให้การรักษาตามการรักษา ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

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

2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้การช่วยเหลือ คือรายงานแพทย์และให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2.6 ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติเพื่อคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่นรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังภัยที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ขาฆ่าแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังพยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

4. การติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยทุกรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสอยดาวจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจะส่งข้อมูลไปยังต่อศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลสอยดาวและสถานีอนามัย เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำ เจ้าหน้าที่จะประเมินปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของครอบครัวและตัวผู้ป่วย มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทุก 1 เดือน หลังจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวจนครบ 6 เดือน ถ้าไม่มีอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง จะส่งต่อพื้นที่เพื่อดูแลต่อไป ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือต้องส่งพบจิตแพทย์ ให้โทรศัพท์ปรึกษาได้ที่ คลินิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสอยดาว

5. การส่งต่อผู้ป่วย ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่งานจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้เนื่องจากทางโรงพยาบาลสอยดาว ไม่มีจิตแพทย์

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่สมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนไว้ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยโครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งใจริเริ่มการกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยการกระทำอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.2 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อระแวดระวังทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบต่อในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์มีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจับสิ่งแวดล้อม เป็น

ต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

Orem (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

สรุปความหมายสำหรับโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มการกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติ และเมื่อมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตใจ

2.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Hill & Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ

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

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย (Behaviors related primarily to the body) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

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

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การมีปฏิริยาร่วมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ มีความต้องการ และอยู่อย่างปกติ

2. การดูแลตนเองเพื่อการพัฒนา (Development self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาของบุคคลในช่วงต่างๆ ของวงจรมนุษย์ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

ก. การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ตนเองของชีวิต ซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาของชีวิต โดยพิจารณาจาก ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ข. การดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา หรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ระดับการศึกษา แนวทางการปรับตัวเข้ากับสังคม เป็นต้น

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

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีลักษณะของการมีสุขภาพดีจิตดีของบุคคลจากแนวคิดต่างๆ และได้กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนารูจักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาสันติสุขทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Hill & Smith (1985) ที่มีองค์ประกอบคือการดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาสันติสุขทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป และแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ที่มีองค์ประกอบคือ การพัฒนารูจักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสันติสุขทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาใช้เป็นแนวคิดในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ จึงขอนำเสนอองค์ประกอบดังนี้

1. การพัฒนารูจักตนเอง

การพัฒนารูจักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง (ทัศนาศิลป์ บัญทอง, 2535) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตนาศุภพิทยกุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเอง จะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเอง หรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนารูจักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสาร รับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูล ข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เรา

สื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เรวดี ถือพงศ์รัตน์, 2536) บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถรับและส่งข่าวที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญและเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

3.1 การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน

3.2 การวางแผนการใช้เวลา

3.3 แบบประเมินการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในภาวะสมดุล ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปัญหาที่อยู่ในวิสัยมนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องของความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์สามารถจะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เริ่มจากบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินแก้ปัญหาแล้ว

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา (จินดนา ยูนิพันธ์, 2534ก) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen and Willis, 1985)

6. การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดี ทำจิตใจให้ผ่องใส และเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการ

ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกุล, 2538) การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุขสงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรค ได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดยการรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนและการออกกำลังกาย

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้ในขอบเขตของวัฒนธรรม ความเชื่อ การรับรู้ของตน พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ที่พบว่าภูมิหลังความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ผู้ศึกษาจึงศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ใกล้เคียง พบว่าปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้ คือ

1. อายุ พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของมนุษย์ที่เปลี่ยนไปตามวัย (Orem, 1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกาย และจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะสังมประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น

2. เพศ เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดบทบาทสถาน (Norm) เกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อนหย่อนใจ ข้อกำหนดทางสังคมเหล่านี้ เป็นเสมือนขีดจำกัด หรือเหตุส่งเสริมให้เพศชาย และหญิง มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

3. สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อบุคคลวัยผู้ใหญ่มีสถานภาพโสด การดำรงชีวิตรวมทั้งการทำกิจกรรมต่างที่ตนเองตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองกระทำได้อย่างอิสระตรงข้ามกับการทำกิจกรรมหรือตัดสินใจในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และในส่วนของทำให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้กำลังใจรวมทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ให้สมาชิกของครอบครัวแต่ละคน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

4. อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคล แนวพฤติกรรมหรือกิจกรรม หรือกิจกรรมในบุคคลอาชีพหนึ่งมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากฐานะทางสังคม ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ ข้อมส่งเสริมหรือเป็นข้อจำกัด ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกันได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

5. การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายิ่งใกล้ชิดกันมากเท่าใด ข้อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ให้กำลังใจ เป็นผลให้บุคคลในครอบครัวนั้นต้องดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

6. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ช่วยประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การเปลี่ยนงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539 อ้างในสุทธิดา บรรทัดจันทร์, 2548)

7. ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

8. ความเชื่อด้านศาสนา การที่บุคคลยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆรอบตัว ในยามเกิดความทุกข์ก็จะสามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องปลอบประโลมใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข)

9. ความรู้ Orem (1995) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง บุคคลแต่ละคนจะมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแล

ตนเองและช่วยส่งเสริมให้บุคคล มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Clochesy, Brcum, Cardin, & Rudy, 1993; Josept, 1980; Orem, 1995 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548)

2.4 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสอยดาว พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างในชีวิตเกิดจาก โชคชะตา (Demam, 1995) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1995 อ้างในครุณี เลิศปรีชา, 2545) มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร จากการศึกษา พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความความข้องใจได้น้อย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนีและการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrou, & Rotheram, Bores as cited in Eskin, 1995 อ้างใน ครุณี เลิศปรีชา, 2545) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือ น้อย (Hart, Williams & Davidson, Hof, Brill, Hafner, & Welz as cited in Heikkinen, Aro, & Lonqvist, 1994) สำหรับในด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา เช่น ไม่เชื่อเรื่องฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นลักษณะที่เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการจัดการแก้ไขเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งจากแนวคิดที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิด Hill and Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Suk Bling (1998 : 1920) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามทัศนะของนักวิชาการไว้หลายท่านซึ่ง สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการร่วมมือในการรักษา ในส่วนของชุมชน ด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองมีความสามารถอย่างแท้จริง เป็นกระบวนการซึ่งบุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้องได้

Jones and Meleis (1993) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการค้นหาสภาพการณ์ทรัพยากร และเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุความต้องการของบุคคล

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล

Clifford (1992: 1) ให้ความหมายว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีจุดเริ่มต้นจากความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 11) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ตนเอง และได้สรุปความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1991) ไว้ 10 ประการ คือ

1. เป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรหรือชุมชนใช้ในการให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง
2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึกและมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของคน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในโครงสร้างและสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่คือชุมชน
6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง ศักดิ์และความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล

7. กระบวนการที่มีกลไกเกี่ยวกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจ หรือการใช้อำนาจร่วมกัน ไม่ใช่เพียงผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้มีอำนาจมีการใช้ และถ่ายโอนอำนาจ

8. กระบวนการที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรม ร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9. กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุม สิ่งแวดล้อมและควบคุมหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม เสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

3.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

แหล่งพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller (1992) (ทมากรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

ประกอบไปด้วย

3.2.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพและเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในกระทำการใดๆของบุคคลลดลง

3.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและระบบสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

1) ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังจึงต้องการการช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น

2) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

3.2.3 อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิด และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัตมโนทัศน์ในตน การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน เป้าหมายในการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์ในตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

3.2.4 พลังงาน (Energy) ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความ ต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงาน และทำกิจกรรมต่างๆด้วย

3.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

1) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือก และการลงมือกระทำ ความรู้ถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความ ท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

2) การรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาและประเมิน ภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่ง ความสมดุลของจิตใจ

3.2.6 แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายใน ช่วยให้ บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง ในผู้ป่วยเรื้อรังแรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่ม ศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมี ส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

3.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความ เชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา การสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความ เครียดและเอาชนะต่อปัญหา

สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า มีความพร้อมของ แหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ ดังนี้คือ การพร้อมแหล่งพลังอำนาจด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความคิดสุดขีด มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤติ ของชีวิต ความไม่แน่นอนในแต่ละวันทำให้ไม่สามารถดำรงความสมดุลทางจิตใจได้ สูญเสียแหล่ง

พลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองมีจุดเด่นจุดด้อยอะไรบ้าง นอกจากนี้ยังขาดแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้และการตระหนักรู้ ไม่รู้จักใช้แบบแผนความคิดและการกระทำของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหาชีวิต ขาดแหล่งพลังอำนาจด้านระบบความเชื่อ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเหมือนคนอื่น เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตาและการกระทำของบุคคลอื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง และขาดแรงจูงใจ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

3.3 องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากงานวิจัยหลายฉบับ ทำให้ได้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปดังนี้

Funnell et al. (1991) กล่าวว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and education) ได้แก่ ความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ และประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ

2. ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง ส่วนผลลัพธ์ ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือส่งเสริมการกำหนดรู้ตนเอง (Self – regulation) อันเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Hawkes (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ

2. พยาบาลที่มีคุณลักษณะการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ คือการยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่นการยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น

Gibson (1995) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพัน โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด การดำเนินการด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลลัพธ์ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมคือ พัฒนาทางด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื้อคือ เป้าหมายและความหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการรับรู้ความสำเร็จ

Mackintosh (1995) กล่าวว่า กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะ จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะ ค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตน และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน ส่วนผลลัพธ์ คือ เอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจ ด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเอง ประเมินทักษะชีวิตที่ผู้ป่วยได้มา และทักษะในการตัดสินใจ

Rodwell (1996) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการช่วยเหลือ การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกันโดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้ออกาสและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้ง อิสระในการสร้างทางเลือก และยอมรับต่อหน้าที่ความ ส่วนผลลัพธ์คือ ความนับถือตนเองในทางบวก ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตของตนและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกถึงความหวังต่ออนาคต

Bling (1998) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย กระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ การแสวงหาความรู้และทักษะ และ กระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด สิ่งที่ต้องเกิดก่อน คือ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจ และความหวัง โดยมี กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาถึงระดับความเครียด
2. เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิด
3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร

Berger et al. (2000) กล่าวว่า คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน
2. การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง
3. เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคล แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง
4. เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชนในการที่จะควบคุมและปรับปรุงตนเองโดยมีกระบวนการ 6 ขั้นตอนคือ การศึกษาถึงครรลองชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน การสนับสนุนด้านข้อมูลการค้นหาปัจจุบันและอนาคต และช่วยเหลือในการตัดสินใจ ผลลัพธ์คือ เกิดความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ 4 ประเด็น (คาร์ณี จามจุรี, 2545) คือ

1. คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก

1.2 ผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ

1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการทบทวนองค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้

3.1 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครองชีวิตของผู้ป่วยตามทัศนะของผู้ป่วยเอง ว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไร ต่อภาวะสุขภาพดีและไม่ดี ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan, 2000: 6)

3.2 การสร้างความร่วมมือ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

3.3 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และสร้างแรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรนั้น เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเอง

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด

3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้กระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนด้วยตนเองมากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson, 1995 : 1203 – 1208)

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่

4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของการควบคุม หรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมที่แสดงออกที่หลากหลาย รวมถึงการควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพในตน (Zimmerman, 1995: 585) โดยอธิบายภาพรวมของผลลัพธ์ ได้แก่ การนับถือตนเอง (Self - steem) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control) และความสามารถในตน (Self - efficacy)

4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิด ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้ในการอธิบายการกระทำของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suk Bling, 1998:31)

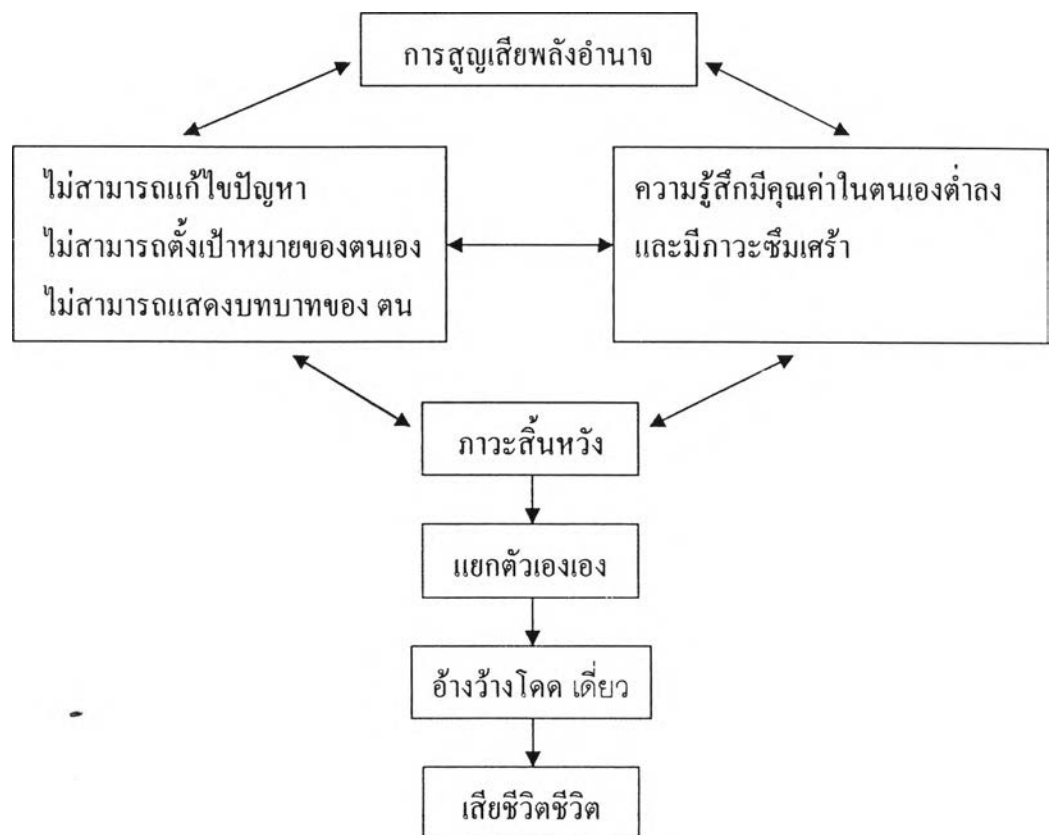
4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (Well - being) เป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้ แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเจ็บป่วย (Orem, 1995) การมีสุขภาวะที่ดี หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามความเป็นจริง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตตนเองได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ช่วยให้บุคคลยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

การตอบสนองเมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

ผู้ป่วยเมื่อเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมด้วยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการรักษาสมดุลในร่างกายลดต่ำลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติโดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สุขภาพทรุดโทรม เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ และถ้าการสูญเสียพลังอำนาจยังคงดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Clements and Cumming,1991; อ้างถึงในทฤษฎีจิต จิรนนทิพัทธิ, 2539; Miller, 1992;

อ้างถึงใน ทมากรณ์ บุรณสมภพ, 2547) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นในระยะนี้และไม่สามารถคิดหรือกระทำสิ่งต่างๆได้ หรือไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจะเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ หากการสูญเสียพลังอำนาจไม่ได้รับการแก้ไขจนดำเนินไปเป็นอาการของภาวะสิ้นหวังอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แยกตัวเองอ้างว้าง โดดเดี่ยว ซึมเศร้า และอาจเกิดอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ในที่สุด



แผนภูมิที่ 1 แสดงวงจรการสูญเสียพลังอำนาจและภาวะสิ้นหวัง
ดัดแปลงจาก Powerlessness and hopelessness cycle in Miller (1992)

3.4 การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเป้าหมายของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การควบคุมโรค และการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และการดำรงไว้

และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย หมายถึงความสามารถที่จะแสดงบทบาทที่มีความสำคัญต่อตนเอง รับรู้ว่าคุณค่า มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระ มีความรู้สึกพึงพอใจกับตนเอง ความสามารถและสัมพันธภาพ และมีความรู้สึกถึงการมีสุขภาวะที่ดี แม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ , 2537 อ้างถึงใน คารณี จามจรี, 2545 : 74)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจ ได้ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาล โดยแสดงอยู่ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ NANDA (The North America Nursing Diagnosis Association) แบ่งกลุ่มตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้จัดการสูญเสียพลังอำนาจอยู่ในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Atkinson and Murray, 1995 : 339 – 342) เนื่องจากความรู้สึกถึงความสูญเสียพลังอำนาจมีผลขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการะบวนการรักษาพยาบาล ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (คารณี จามจรี, 2545)แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน คือ การยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีสิทธิ์และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้เป็นมิติใหม่ของการพยาบาล และสายพิณ เกษมวัฒนา(2537) กล่าวว่า เป็นการรับแนวคิดของปรัชญามนุษยนิยมเข้าไว้ในทางการแพทย์ จึงเน้นที่องค์รวม และคำนึงถึงปัจเจกบุคคล โดยเชื่อว่าผู้ป่วยทุกคนมีพลังอำนาจในตัวมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง การให้สิทธิผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมนี้ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพของการพยาบาลสูงขึ้น (Miller, 1992) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังนั้น การแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จึงถือเป็นบทบาทของการพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะ และทรัพยากร การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย

2. การพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน (Rodwell , 1996 : 309)

4. การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4.1 การพยาบาลโดยทั่วไปแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การให้การบริการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องเน้นการบริการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรม ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง สมรรถนะของพยาบาลที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีดังนี้

4.1.1 ด้านความรู้ ข้อมูลและความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้น และช่วยบรรเทาความวิตกกังวล แผนการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยการเรียนรู้ และทักษะ ไม่ว่าจะเป็นทักษะที่ต้องใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หรือทักษะด้านการปฏิบัติ พยาบาลสามารถเื้ออำนวยการข้อมูล ความรู้ และทักษะเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องและตามความต้องการของผู้ป่วยนั้น ซึ่งไม่เพียงเฉพาะทางด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทางด้านจิตสังคมอีกด้วย

4.1.2 ด้านทัศนคติ ต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยคำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกัน หรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ การยอมรับในคุณค่าของประสบการณ์ในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตัวเอง สิ่งที่สำคัญพยาบาลต้องเชื่อว่า ความสามารถผู้ป่วยสามารถพัฒนาได้ ถ้าได้รับการเื้ออำนวยการและสนับสนุนข้อมูล ความรู้ และทักษะอย่างเหมาะสมเพียงพอ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จะต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกระทำนั้นๆ ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของตน บทบาทของพยาบาล จะเปลี่ยนไปจากการเป็นผู้ให้ไปสู่การเื้ออำนวยการและสนับสนุนทรัพยากรตามความต้องการของผู้ป่วย

4.1.3 ด้านทักษะ

1) ทักษะด้านการสื่อสาร ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสื่อสารที่ดีระหว่างกัน ส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในขณะเดียวกันการสื่อสารก็อาจทำลายสัมพันธภาพไปด้วยเช่นกัน ถ้าพยาบาลใช้การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในพยาบาล ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นประกอบด้วย ทักษะการฟัง และทักษะในการสนทนา

2) ทักษะในการให้ข้อมูล ความรู้ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าคุณเป็นภาระต่อผู้อื่น การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ จะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ดี การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่ไม่ได้หมายความว่า การให้ข้อมูลแบบเดียวกันจะเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อผู้ป่วยเหมือนกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายชอบข้อมูลในรายละเอียดที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง แต่บางรายไม่สามารถรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองได้

3) ทักษะในการสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สามารถรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต การที่พยาบาลมีความสามารถในการจูงใจผู้ป่วยให้มีกำลังใจในการเผชิญกับความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิต และอดทนต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการทำกิจกรรมดูแลสุขภาพอื่นๆต่อไป

4) ทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การรักษาพยาบาลเป็นการทำงานร่วมกันในลักษณะของทีมสุขภาพที่แต่ละวิชาชีพ ได้นำความเชี่ยวชาญของตน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ ผู้ช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลง ผู้เอื้ออำนวยความรู้และทรัพยากรสำหรับการรักษาและดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลมีข้อจำกัดในบางประการอันเนื่องจากการรับรองสถานะในระบบสุขภาพ นอกจากทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นแล้ว พยาบาลยังจะต้องทำงานร่วมกับครอบครัว และชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปบ้าน

4.1.4 ด้านผู้พิทักษ์สิทธิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลที่ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นบุคคลที่ผู้รับบริการเชื่อถือได้ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้รับบริการเอง

4.1.5 ด้านผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ(สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

4.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การให้การบริการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ต้องเน้นการบริการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรม ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือการเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม มีดังนี้

4.2.1 การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง

กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 : Hill & Smith, 1985) สรุปได้ดังนี้ 1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการ รู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ เป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็น มาตรฐาน (Stuart and Sundeen, 1987) 3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหา จะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้น อยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น 5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตน ขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน มีการตั้งเป้าหมายวางแผนและประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

4.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

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

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทาง

4.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมายเป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวบรรลุผลได้ตามที่ต้องการ

2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อ สุขภาพจิตของตน หงอนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

4.2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

แนวทางในการเตรียมตัวเผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจ และการจัดการกับภาวะวิกฤต

1) การประเมินสภาพการณ์เหตุการณ์ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ การปรับตัว แหล่งประโยชน์ ผลกระทบต่อตนเอง

2) การทำให้กระจ่าง การวินิจฉัยสภาพการณ์ หาสาเหตุว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงมีผลกระทบต่อตนเอง

3) วิธีการแก้ปัญหา วางแผน และลงมือปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

4) การประเมิน ค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4.2.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก)

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤต

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดี พอที่จะเรียกให้การช่วยเหลือได้

3) การศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4.2.6 การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

Bolander (1994) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้โดย

1) การสวดมนต์ภาวนา
2) ปฏิบัติพิธีกรรมเช่น การนิมนต์พระ หรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

3) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด

4.2.7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำ

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานอาหารในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษต่อร่างกาย และร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนักรับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมองมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า Endorphin ซึ่งมี

คุณสมบัตินี้คล้าย Morphine แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจะเกิดการเสพติดเกิดความวิตกกังวล คล้ายคนติด Morphine หากมีแต่คุณ ไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่าสารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท (เชก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

วิธีการเสริมสร้างการดูแลตนเองทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเทคนิควิธีที่บุคคลใช้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งถือว่าการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) และตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) การที่จะระบุว่ากิจกรรมใดส่งเสริมความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demands) ของบุคคลโดยตรง เป็นเรื่องยาก เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) ในระยะเริ่มแรกบุคคลจะใช้กลวิธีหรือทักษะการดูแลตนเองที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ แต่ในบางกรณีบุคคลจะต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาล ในระยะนี้ คือ การช่วยเหลือผู้ที่รับบริการให้สามารถเข้ารับความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมจิตเวช

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

กระบวนการเสริมสร้างการดูแลตนเอง หรือการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุด พยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีปฏิบัติซึ่ง Orcom (1980) กล่าวว่า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย ซึ่งประกอบด้วย

- การวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด
- การวินิจฉัยความสามารถในการดูแล
- การวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและวางแผน ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

- การออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง

- ระบบการพยาบาลอาจจะออกแบบเพื่อช่วยครอบครัวและเพื่อนในการดูแล ผู้รับบริการชั่วคราว

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

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล หมายถึง การริเริ่ม การดำเนินการ และควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

- ชดเชยข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และสนับสนุนการปรับตัวของผู้รับบริการ
- เอาชนะข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และ/หรือครอบครัว เพื่อให้ความต้องการด้านสุขภาพได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
- ควบคุมระดับและปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการให้คงอยู่ และป้องกันมิให้ข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันใหม่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่ง โดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะให้คำ แนะนำ สอน ให้การปรึกษา ควบคุมระดับและป้องกัน ฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยสามารถ ค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนการดูแล กระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกของคนที่มืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเสริมสร้างการดูแลตนเอง

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นทางเลือกในการนำไปปรับใช้ในการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย คือ ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Miller, 1992) ซึ่ง Staphan (1992) กล่าวว่า แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่ง ได้แก่ พลังงาน ความเข้มแข็งทางกายภาพ อัตมโนทัศน์เชิงบวก ความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ และความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม สามารถเสริมสร้างได้ด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมซึ่งปรับปรุงจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่พัฒนาจากการศึกษาของคาร์ณี จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยที่ยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาสภาพการณ์จริง (รายบุคคล) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลทำการรวบรวมข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายบุคคลก่อน

สรุปปัญหา วินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจ และวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

2. การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ (รายกลุ่ม) โดยการแนะนำตนเองให้ข้อมูลเบื้องต้น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในศัลยแพทย์ จะแสดงออกในรูปของความร่วมมือ ลดความขัดแย้ง แสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจริงใจในการดูแลผู้ป่วย

3. สร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ (รายกลุ่ม) การใช้ทักษะการสะท้อนคิดในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาของตนเองและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคนที่มีการเจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย

4. การสนับสนุนข้อมูลการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สนับสนุน ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง (รายกลุ่ม) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ร่วมมือกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้ที่เหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วย

5. การดำเนินการด้วยตนเอง สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ สร้างแรงจูงใจ (รายกลุ่ม) ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมประเมนผลสำเร็จของเป้าหมาย ที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาจากพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม เป็นการเสริมแรงจูงใจ และสนับสนุนทรัพยากรให้กับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้

6. สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง (รายกลุ่ม) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาวะการเจ็บป่วย มองเห็นคุณค่าในตนเอง ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติเป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจให้กระทำ การมีความหวัง มีเป้าหมาย มีการกระทำเพื่อสิ่งที่คุณเองรัก เป็นต้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

จินดนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากแนวคิดของ Hill & Smith (1992) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ครุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนา รู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ธนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 193.90$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\bar{X} = 142.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นวพร จิรังกร (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ภายหลังการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 192.10$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ($\bar{X} = 143.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ยุวดี วงษ์แสง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สุทธิดา บรรทัดจันทร์ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ภายหลังการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ($\bar{X} = 194.70$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ($\bar{X} = 142.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม 2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าภายหลังให้การพยาบาลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

งานวิจัยต่างประเทศ

Kayama et al. (อ้างในสรวินทร เชื้อวโธธร, 2545) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ เคารพในความคิดจิตใจเป็นคนที่ใช่ในของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้าง

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชกับครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลักสำคัญของการเยี่ยมบ้านคือ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การให้กำลังใจผู้ป่วยในการค้นหาแหล่งบริการช่วยเหลือ การพัฒนาการดำเนินชีวิตในชุมชน การให้สิทธิผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ใน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับครอบครัว

Musker (อ้างใน สรินทร เชื้อวโสธร, 2545) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช พบว่า การให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก แต่ละคนจะ ได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของตน พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก และการเสริมทักษะทางจิตสังคมร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต สามารถ เพิ่มความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษามีความประสงค์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งปรับปรุงมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของสรินทร เชื้อวโสธร (2545) ซึ่งได้นำแนวคิดของคารณีจามจูรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) มาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการนับถือตนเองและมีความคิดไปในทางบวก ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสังคม ได้รับความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อค้นหาสภาพการณ์จริง

- ค้นหาสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือ

- การสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหา ในการจัดการกับ

ความเจ็บป่วยด้วยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจสถานการณ์

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายกำหนดแผนการดูแลตนเอง 7 ด้าน

- สะท้อนความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

- สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนข้อมูลเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิต

- สนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงานด้วยตนเอง ในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วย

- ส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7 ด้าน

ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการ

กระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิต

- กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

- การพัฒนาการรู้จักตนเอง

- การติดต่อสื่อสาร

- การใช้เวลา

- การเผชิญปัญหา

- การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

- การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

- การดูแลตนเองโดยทั่วไป