

ความรู้ทางวิชาการด้าน  
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

นางสาวอรรพรรณ ลีทองอิน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5 ธันวาคม 2541

ISBN 974-676-911-1



**ความรู้ทางวิชาการด้าน  
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**

**นางสาวอรรณณ ลีทองอิน**

**โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**

**5 ธันวาคม 2541**

**ISBN 974-676-911-1**

อรรวรรณ ลีทองอิน

ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

1. ความรู้ทางวิชาการ 2. สุขภาพจิต 3 การพยาบาลจิตเวช

ISBN : 974-676-911-1

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 100 เล่ม พ.ศ. 2541

พิมพ์ที่ กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ (043) 227422 ต่อ 2204

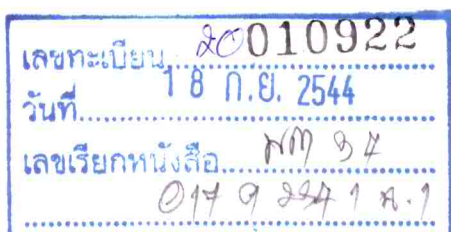
## คำนำ

หนังสือ “ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช” ฉบับนี้ เป็นฉบับรวมผลงานวิชาการของผู้เขียน ที่ได้เคยเผยแพร่ตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการต่าง ๆ เช่น วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รวมทั้งวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฯลฯ ซึ่งได้สะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติงาน ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นการช่วยฟื้นฟูบทบาทความจำเกี่ยวกับองค์ความรู้เดิม เช่น ทฤษฎีและการวางแผนการพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฆ่าตัวตายและกรณีศึกษา การฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช ความเครียดของบุคคลที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและบุคลิกภาพ เช่น บุคคลที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่น ความอายนั้นเป็นไฉน หาทางแก้ไขได้อย่างไร การนำทฤษฎีรอยมาประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัด และเรื่องความสุข นอกจากนั้น ยังมีบทความที่กระตุกใจสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี “พระมารดาแห่งแพทย์ชนบทไทย” ผู้ทรงเป็นแบบอย่างที่ดีในการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี

ผู้เขียนหวังว่า หนังสือ “ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช” คงจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพจิตและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและผู้สนใจอื่น ๆ ได้รับความรู้และทฤษฎีต่าง ๆ รวมทั้งใช้เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมป้องกันและพัฒนาสุขภาพจิตให้เหมาะสม

อรรพรรณ ลีทองอิน

5 ธันวาคม 2541



18 09 2544



## สารบัญ

|                                                              | หน้า |
|--------------------------------------------------------------|------|
| • คำนำ                                                       | ก    |
| • สารบัญ                                                     | ข    |
| • ความสุข                                                    | 1    |
| • การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา          | 4    |
| • มุลนิธิแพธยาอาสาศมเด็จพระศรีนกรินทราบรมราชชนนี             | 27   |
| ความสัมพันธ์กับงานสุขภาพจิตชุมชน                             |      |
| • สุขภาพจิตและการทรงงานในการดำรงชีวิตประจำวันของสมเด็จพระย่า | 33   |
| • ความเครียดของบุคคลที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล            | 37   |
| • การนำทฤษฎีรอยมาประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัด             | 43   |
| • บุคคลที่เกลียดการฟังผู้อื่น                                | 52   |
| • ความละอายนั้นเป็นไฉน                                       | 57   |
| • การฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช                              | 62   |

## ความสุข\*

### HAPPINESS

ขอส่งความสุขปี 2540 แด่ผู้อ่านทุกท่าน ปีใหม่นี้ขอให้สุข สดชื่น แจ่มใส ชื่นบานกันถ้วนหน้าตลอดปีฉลู ขณะนี้อยู่ระหว่างเทศกาลปีใหม่ เป็นช่วงเวลาแห่งความสุข ดังนั้นสิ่งที่จะกล่าวถึงในครั้งนี้นะคะจะไม่พ้นไปจากเรื่อง *ความสุข* เป็นแน่

ในรอบปี 2539 ที่ผ่านไป เป็นช่วงเวลาแห่งความสุขที่ทุกท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดงานเฉลิมสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหิตลธิเบศร์ จักรีนถูปดิษฐ์ สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร เสด็จเถลิงถวัลยราชสมบัติครบ 50 ปี ในวันที่ 9 มิถุนายน 2539 นับเป็นมหามงคลสมัยอันพิเศษยิ่ง และยังไม่เคยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์ไทย และของโลกว่ามีพระมหากษัตริย์พระองค์ใดในพระบรมราชจักรีวงศ์จะทรงครองสิริราชสมบัติยาวนานเช่นนี้ จึงยังความปลาบปลื้มปิติยินดีมาสู่ประเทศชาติและพสกนิกรโดยทั่วหน้า การเฉลิมฉลองได้สิ้นสุดลงในวันที่ 31 ธันวาคม 2539 ส่งผลให้พสกนิกรทั้งประเทศมีความสุข ความปลื้มปิติยินดีในวาระอันเป็นมิ่งมงคล

ความสุขคืออะไร หลายคนอธิบายว่า ความสุขก็คือ *ความมีทุกข์น้อย* ประสพรัตนกร (2532) ได้พูดถึงเรื่องความสุขในรายการใจเขาใจเรา และท่านได้กล่าวว่า ท่านมีวิธีทำตัวท่านให้มีความสุขโดยการ *“มองโลกในแง่ดี ยิ้มไว้และทุกอย่างก็จะสดใสขึ้นบาน”*

ทฤษฎีจิตเวชศาสตร์ ว่าด้วยเรื่อง จิตวิทยาพัฒนาการ (Developmental Psychology) ไม่ว่า จะเป็นของ ฟรอยด์ หรืออีริกสัน (พรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2530) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการพัฒนาในแต่ละวัยว่า หากการพัฒนาการดำเนินไปด้วยดีก็มีความสุข ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า *ความสุขอยู่ที่วัย* เช่น วัยเด็กเล็ก 4-5 ปี เรื่องของการเล่นของเล่นสิ่งของทุกสิ่ง เป็นสิ่งที่มีความสุขมากที่สุด เด็กได้แสดงถึงความสามารถในเชิงความคิดสร้างสรรค์เป็นของตัวเอง วัยเด็กโต 10-12 ปี เริ่มมีความสุขจากการมีกิจกรรมรวมกันกับเพื่อนในการทำงาน และเป็นรากฐานของการรู้จักเข้าสู่สังคม

---

\*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 11 (1) มกราคม-มิถุนายน 2540

สำหรับวัยหนุ่มสาว 18 - 25 ปี แน่นอนที่สุดต้องเป็นเรื่องความรัก เรื่องของการเลือกคู่ครอง เป็นความสุขในช่วงเรียนหนังสือ หรือเริ่มต้นทำงาน เมื่ออย่างเข้าวัยกลางคน 35 ปีขึ้นไป ความสุขอยู่ที่การงาน ชื่อเสียง การสร้างตน และสร้างฐานะมาเป็นอันดับหนึ่ง วัยสุดท้าย วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเรื่องของความสุขที่ตนเองได้มองย้อนหลังในอดีตที่ประสบความสำเร็จ และเตรียมพร้อมที่เผชิญกับภาวะต่าง ๆ อย่างไม่ทุกข์ใจ

เมื่อพูดถึงเรื่องความสุขนั้น มีข้อถกเถียงกันไม่รู้จบ บางท่านก็บอกว่า ความสุขนั้นซื้อหา กันได้ บางท่านก็บอกว่าไม่ได้ จากพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530:540) อธิบายว่าความสุข คือ ความสบาย ความสำราญ ความปราศจากโรค สุขเวทนาคือ ความรู้สึกสบาย สุขารมณ์คือ ความรู้สึกว่าเป็นสุข ดังนั้นพอจะนิยามได้ว่าความสุขคือ ความสบายใจ สบายอารมณ์ สบายกาย ปราศจากโรคมีอนามัยดี มีความรู้สึกที่เป็นสุขซึ่ง บุญเสมอ แดงสังวาลย์ (2540:19) ได้อธิบายไว้ใน “ชีวิตก้าวหน้าด้วย 5 สุข” มีดังนี้

1. ทำดีมีสุข.....ต้องประกอบด้วยคุณธรรมคือ
  - 1.1 ละชั่ว : เว้นจากกายทุจริต วาจาทุจริต มโนทุจริต
  - 1.2 ประพฤติชอบ : ดำรงอยู่ใน กายสุจริต วาจาสุจริต มโนสุจริต
  - 1.3 ประกอบความดี : ความเจริญอยู่ใน ทาน ศีล ภาวนา
  - 1.4 มีระเบียบวินัย : รู้จักควบคุมพฤติกรรมของตน มิให้เป็นทุกข์ โทษแก่ผู้อื่น
2. มั่งมีศรีสุข.....ต้องประกอบด้วยคุณธรรมคือ
  - 2.1 ขยันหา : ไม่เกียจคร้านในการหาเลี้ยงชีพ
  - 2.2 รักษาดี : ไม่สุรุ่ยสุร่าย หรือจับจ่ายในทางไม่จำเป็น มิฉะนั้นจะเข้าใน ลักษณะที่ท่านกล่าวว่า “ขยันแต่ไม่ประหยัด ขจัดความจนไม่ได้” อีกคำหนึ่งว่า “อยากรวยต้องขยัน อยากรมีหลักฐานต้องประหยัด”
  - 2.3 มีกัลยาณมิตร : ไม่คบคนที่จะพาหายนะมาสู่เรา เพราะ “คบคนพาล พาลพาไปหาผิด คบบัณฑิต บัณฑิตพาไปหาผล”
  - 2.4 เลี้ยงชีวิตเหมาะสม : ไม่เสียเกินได้ ไม่ใช่เกินมี แต่ใช้พอดีกับฐานะ เพราะ “ถ้าขาดความพอดี ท่านจะเป็นหนี้ตลอดกาล”
3. สมบูรณ์พูนสุข...ต้องประกอบด้วยคุณธรรม
  - 3.1 ไม่มีหนี้สิน : เพราะรู้จักอดทน อดกลั้น อดออม จึงไม่ “อดอยาก”
  - 3.2 พอกินพอใช้ : ไม่ขาดแคลน เพราะอำนาจการรู้จักแบ่งกินแบ่งเก็บ

3.3 ไร้โรค โศกเสีย : ปราศจากโรคพยาธิและกิเลสเบียดเบียน เพราะอำนาจ  
อนามยทางกาย และจิตใจ

3.4 จิตใจเยือกเย็น : ด้วยอำนาจขันติธรรมและเมตตาธรรม

4. อยู่ดีมีสุข ...ต้องประกอบด้วยคุณธรรมคือ

4.1 โอบอ้อมอารี : เจ็บเยิ้มไข้ ตายเยิ้มผี มีช่วยเหลือ ไม่แล้งน้ำใจ

4.2 วชิไพบรา : พุดจาอ่อนหวาน พุดประสานสามัคคี พุดมีสาระ

4.3 สงเคราะห์ทุกคน : การเสียสละ เกื้อหนุนด้วยกรุณา ยังโลกาให้เป็นสุข

4.4 วางตนพอดี : ไม่มีมานะทิฐิ เยอหยิ่งหรือแข็งกระด้าง “ไม่เป็นท้าวพระยาเสื่อม  
กัน ดันไม่ลืมนิน ปักยณลืมนไพร”

5. อยู่เย็นเป็นสุข ...ต้องประกอบด้วยคุณธรรมคือ

5.1 รักกัน : ด้วยอำนาจเมตตาธรรม

5.2 ช่วยเหลือกัน : ด้วยอำนาจกรุณาธรรม

5.3 ไม่ริษยากัน : ด้วยอำนาจมูทิตาธรรม

5.4 ไม่ทำลายกัน : ด้วยอำนาจอุเบกขาธรรม

ทั้งหมดนี้เป็นพุทธวิธีสร้างสุขสันต์ ๆ ง่าย ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องอยู่กับการดำเนินชีวิตใน  
ประจำวันโดยอาศัยหลักพุทธธรรม ดัง ชีวิตก้าวหน้าด้วย 5 สุข มาใช้การ ครองตน ครองคน  
ครองงานแล้ว จะสุขกายสุขใจกันตลอดชีวิต นี่แหละ.....คือ ความสุขที่แท้จริง

## บรรณานุกรม

นวลละออ สุภาพล. **ทฤษฎีบุคลิกภาพ**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ, 2527.

บุญเสมอ แดงสังวาลย์. 2 มกราคม 2540. **ชีวิตก้าวหน้าด้วย 5 สุข**. ข่าวสด. หน้า 19

ประสพ รัตนกร. 1 มกราคม 2532. ความสุข. **รายการใจเขาใจเรา**. เผยแพร่ทาง อสมท.ช่อง9.

พจนานุกรม. **ฉบับเฉลิมพระเกียรติ**. หน้า 540 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด, 2530.

พรณทิพย์ ศิริวรรณบุญชัย. **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2530.



## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา\*

### Nursing Care in Suicidal Ideation Patient: A Case Study

ผู้ป่วยชายวัยกลางคนเพิ่งเป็นหม้าย ไม่มีงานทำ ไม่มีญาติ ติดสุราเรื้อรัง และเป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานแล้วแต่ยังไม่หาย ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้ขณะนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้และหมดหวังในชีวิต มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายโดยการแขวนคอตัวเองแต่กระทำไม่สำเร็จ เนื่องจากมีคนช่วยไว้ทัน ในทางตรงกันข้ามถ้าหากการกระทำครั้งนี้ของผู้ป่วยไม่มีคนเห็น และไม่มีใครช่วยเหลือแล้วความปรารถนาของผู้ป่วยก็จะประสบความสำเร็จ นั่นก็คือ การจบชีวิตของตัวเองด้วยการฆ่าตัวตายนั่นเอง

ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายนั้น ในทางจิตเวชถือว่าเป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งเพื่อร้องขอความช่วยเหลือทางอารมณ์ของบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เขาไม่สามารถหาทางออกของปัญหานั้นได้และไม่สามารถอดทนต่อไปได้อีกแล้ว จึงต้องการหนีออกจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น เวสเตอร์แคมป์ (Westercamp, 1975) ได้สรุปขั้นตอนของความรู้สึกของบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายไว้ 10 ประการ<sup>(1)</sup> ดังนี้

1. มีความรู้สึกคับข้องใจเกิดขึ้น
2. มีความโกรธซึ่งเป็นผลมาจากความคับข้องใจ
3. มุ่งความโกรธเข้าสู่ตนเองอยู่ในใจ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilt) ซึมเศร้า (Depression) หรือหมดหวัง (Hopelessness)
4. ก่อให้เกิดความเครียด
5. ไม่สามารถทนรับรู้ต่อเหตุการณ์ได้
6. พยายามถ่ายทอดความรู้สึกหมดหวังให้ผู้อื่นรู้
7. ไม่สามารถสร้างความหวังให้ตนเองหรือผู้อื่น
8. ตัดสินใจที่จะให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลง
9. พยายามวางแผนเพื่อให้การตัดสินใจบรรลุผลสำเร็จ
10. ชักนำตนเองให้ฆ่าตัวตาย

---

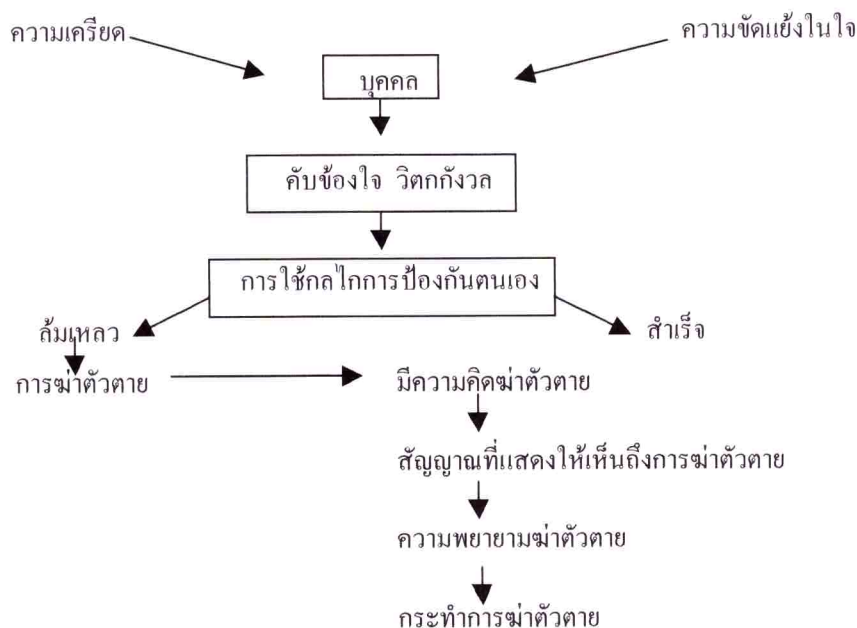
\*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 10(1) มกราคม – มิถุนายน 2539

ความคิดอยากตาย คิดอยากฆ่าตัวตายชั่วขณะ หรือชั่วอารมณ์ชั่ววูบหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติ แต่ถ้าคิดซ้ำซากก็เป็นพยาธิสภาพ เชื่อว่าคนฆ่าตัวตายไม่จำเป็นต้องมีจิตใจที่ผิดปกติเสมอไป แต่การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมผิดปกติ เพราะคนส่วนมากไม่ฆ่าตัวตาย แม้จะตกอยู่ในสถานะเช่นเดียวกัน

### พลวัตของการฆ่าตัวตาย

บุคคลที่คิดฆ่าตัวตาย และกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จนั้น จะมีกลไกการนำไปสู่การฆ่าตัวตายดังนี้

1. มีความคิดจะฆ่าตัวตาย เนื่องจากบุคคลไม่สามารถทนอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันได้อีกต่อไปแล้ว ทางออกต่าง ๆ จะดันไปเสียหมดเหลือทางเดียวที่ช่วยแก้ปัญหาได้คือ ความตาย
2. มีการแสดงพฤติกรรม หรือท่าทางเป็นสัญญาณเตือน ซึ่งสัญญาณนั้นแสดงออกหลายลักษณะด้วยกัน เช่น พูดสับสน ตั้งเสีย ฝากฝัง เรื่องราวต่าง ๆ กล่าวเป็นนัย ๆ เริงอารมณ์ หรือกล่าวถึงความโหดร้ายของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ความสิ้นหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปบางคนทำพิธีกรรมบรืจร่างกายต่าง ๆ ให้โรงพยาบาล เป็นต้น
3. พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กินยานอนหลับขนาดสูง ยามาแมลง ปีนแขวนคอ กระโดดน้ำ เป็นต้น
4. บุคคลได้ตายสมปรารถนาและพลวัตของการฆ่าตัวตายสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงถึงพลวัตของการฆ่าตัวตาย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2524)

การพยายามฆ่าตัวตาย หรือ Attempted Suicide เป็นภาวะที่พบบ่อยและมีสถิติเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในวัยรุ่น และวัยหนุ่มสาว ถ้ากระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จเรียกว่า Completed หรือ Committed Suicide ถ้ากระทำในลักษณะประท้วงหรือประชดเรียกว่า Suicidal Gesture หรือ Manipulative Suicide แม้ว่าผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจริงที่จะตาย แต่ก็มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ เพราะเป็นสัญญาณร้องขอความช่วยเหลือ ฉะนั้นจึงจำเป็นที่ผู้บำบัดรักษาต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ต้องรู้ให้ได้ว่าผู้ป่วย ประเภทไหนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในที่นี้จะเน้นสรุปถึงหัวข้อ และปัจจัยที่ต้องประเมินผู้ป่วย โดยอาศัยการพิจารณาประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>(3)</sup> ( Harold & Sadock, 1982 )

| ปัจจัยเสี่ยง                              | ความเสี่ยงมาก<br>(high risk)                                                                                                                           | ความเสี่ยงน้อย<br>(low risk)                                                                                     |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| อายุ                                      | มากกว่า 45 ปี                                                                                                                                          | น้อยกว่า 45 ปี                                                                                                   |
| เพศ                                       | ชาย                                                                                                                                                    | หญิง                                                                                                             |
| สถานภาพสมรส                               | หม้าย หย่า โสด                                                                                                                                         | แต่งงาน                                                                                                          |
| อาชีพการงาน                               | ไม่มี                                                                                                                                                  | มั่นคง                                                                                                           |
| สุขภาพ                                    | เจ็บป่วยเรื้อรัง<br>โรคจิตมีเหตุแว่วสั่งให้ฆ่าตัวตายหรือ<br>หลงผิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรง<br>คิดสุรา หรือยาเสพติด                                          | สุขภาพแข็งแรง<br>ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย<br>โรคประสาท                                                               |
| ความคิดและความพยายาม<br>กระทำการฆ่าตัวตาย | คิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง หรือคิด<br>ตลอดเวลา พยายามฆ่าตัวตาย<br>หลายครั้ง วางแผนล่วงหน้าแสดง<br>เจตนาแน่ชัดว่าจะตาย เช่น มี<br>จดหมายลาตาย ทำพินัยกรรมไว้ | ไม่คิดสุรา หรือยาเสพติด<br>ไม่เคยคิดฆ่าตัวตายมาก่อน<br>กระทำเป็นครั้งแรกด้วย<br>อารมณ์ชั่ววูบ โดยไม่มี<br>วางแผน |
| วิธีการฆ่าตัวตาย                          | ใช้วิธีทำรุนแรงและประสบผล<br>สำเร็จสูง เช่น ยิงตัวตาย กระโดด<br>ตึกสูง แขนวนคอ กินยาหลายชนิด<br>และขนาดสูงในเวลาเดียวกัน<br>เป็นต้น                    | ใช้วิธีการไม่รุนแรง และทำ<br>ในสถานที่ที่มีคนช่วยเหลือ<br>ได้ง่าย                                                |
| ประวัติครอบครัว                           | มีญาติสายตรงฆ่าตัวตายสำเร็จ                                                                                                                            | ไม่มีญาติฆ่าตัวตายสำเร็จ                                                                                         |

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การประเมินความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย (Evaluation of Suicide Risk) เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประเมินหาแนวทางป้องกันผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพยาบาลต้องสามารถประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และพึงระลึกเสมอว่า การที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยทุกราย อาจมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง อย่างละเอียดเมื่อผู้ป่วยพูดว่า “คุณหมอครับผมอยากตาย” “คุณหมอคะขอลา ก่อน พบกันใหม่ในชาติหน้า” โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ใกล้ชิดมีโอกาสให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เต็มที่ เมื่อประเมินปัจจัยความเสี่ยง และสามารถรู้ได้ว่าผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทที่มีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตายแล้ว จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วย ดังแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชดังนี้

**แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช<sup>(4)</sup> (บัสดิด และจอห์นสตัน, 2531)**

| ลำดับของการป้องกัน | เครื่องบ่งชี้                                                                                                                          | ตัวอย่างอาการผู้ป่วย                                                                                                                                                                              | การพยาบาล                                                                                                     |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ลำดับที่ 1         | ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตทุกคนทั้งที่แสดงหรือไม่แสดงคำพูดทำที่ที่หมายถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย                                            | ผู้ป่วยทุกคนที่รับไว้รักษาในตึกหรือหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของลำดับที่ 2-4                                                                                                     | 1. ตรวจสอบที่อยู่ของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อย<br>2. พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอขณะที่ผู้ป่วยตื่น             |
| ลำดับที่ 2         | ผู้ป่วยที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบพบว่ามีความผิดปกติหรือกิจกรรมใดที่อาจจะก่ออันตรายในเชิงใช้ฆ่าตัวตายได้ | 1. ผู้ป่วยที่มีความคิดอยากตายแต่ยังไม่มีแผนการฆ่าตัวตาย<br>2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสัญญาที่จะไม่ฆ่าตัวตาย<br>3. ผู้ป่วยที่กำลังรับรู้การหาทางออกของปัญหา                                            | 1. ตรวจสอบที่อยู่ของผู้ป่วยอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง<br>2. พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอขณะที่ผู้ป่วยตื่น         |
| ลำดับที่ 3         | ผู้ป่วยที่มีแนวความคิดที่ต้องการจะตายชัดเจน และตรวจสอบพบว่ามีอาการทางคลินิกที่ชัดเจนกว่าลำดับที่ 2                                     | 1. ผู้ป่วยมีแผนการฆ่าตัวตาย<br>2. ผู้ป่วยที่ลังเลในการรับคำสัญญา ไม่ฆ่าตัวตาย<br>3. ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อย่างจำกัด เกี่ยวกับการหาทางออก ของปัญหา<br>4. ผู้ป่วยที่ควบคุมแรงผลักดันในจิตใจได้ น้อย | พยาบาลสังเกตอย่างใกล้ชิด ต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังตื่นอยู่ทุกครั้งชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยนอน |



แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช<sup>(4)</sup> (บัสดีด และจอห์นส์โตน,2531)

| ลำดับของการป้องกัน | เครื่องบ่งชี้                                                                              | ตัวอย่างอาการผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                              | การพยาบาล                                                             |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ลำดับที่4          | ผู้ป่วยที่มีความต้องการจะตายชัดเจน และตรวจสอบแน่ชัดว่ามีความหลงผิดที่จะนำมาสู่การฆ่าตัวตาย | 1. ผู้ป่วยที่พูดออกมาชัดเจนว่าจะทำร้ายตนเอง<br>2. ผู้ป่วยที่ไม่เต็มใจจะทำสัญญาไม่ฆ่าตัวตาย<br>3. ผู้ป่วยที่แสดงการไม่รับรู้ต่อการหาทางออกของปัญหา<br>4. ผู้ป่วยที่ควบคุมพฤติกรรมตัวเองไม่ได้<br>5. ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วในระยะเวลาที่ผ่านมาไม่นานนี้ | จัดพยาบาล 1 คนให้การดูแล สังเกตมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง |

ดังได้กล่าวแล้วว่า พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีโอกาสให้การพยาบาลได้เต็มที่แล้วพยาบาลจิตเวชายังต้องทำหน้าที่หลายบทบาท แต่ละบทบาทก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัด (Therapeutic Goal) แต่การที่จะแสดงบทบาทใด เวลาไหนนั้นพยาบาลจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับเหตุการณ์กับผู้ป่วยแต่ละราย ดังการศึกษากรณีตัวอย่างครั้งนี้ซึ่งได้นำเอาทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล ในการใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อการบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Approach) ร่วมกับหลักการของการระบายอารมณ์ (Ventilation) เทคนิคการพูด เขียน และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation) ทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### หลักและวิธีการระบายอารมณ์ (Ventilation)

ตามหลักทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud) กล่าวว่าปัญหาทางจิตเวชเกิดจากผู้ป่วยเก็บกดเอาไว้ในความรู้สึกในระดับที่ไม่รู้ตัว หรือที่เรียกว่าระดับ “ Unconscious” ฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่าการระบาย (Ventilation) สิ่งเก็บกดไว้ในระดับ Unconscious เป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดปัญหา จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

การให้โอกาสผู้ป่วยระบายความรู้สึก และปัญหาความคับข้องใจต่าง ๆ โดยการพูดออกมาจากการกระตุ้น และให้กำลังใจของพยาบาลโดยพยาบาล (ผู้บำบัด) มีบทบาทดังนี้

1. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด (Listening) การที่จะให้ผู้ป่วยได้พูดระบายสิ่งที่กังวลอยู่นั้น พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับฟัง จะต้องเฝ้ามองตั้งใจฟังด้วยความเข้าใจ มองหน้าผู้ป่วยด้วยสีหน้าแววตาเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลกำลังสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลอยู่
2. การใช้คำถามปลายเปิด จะทำให้ผู้ป่วยได้พูดระบายมากกว่าการใช้คำถามที่ได้รับคำตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”
3. คำถามที่ใช้ ควรจะต่อเนื่องกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เป็นการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) กับผู้ป่วยได้ดี แต่ถ้าเมื่อใดที่ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องหนึ่ง พยาบาลกลับไปถามเรื่องอื่น ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพยาบาลไม่ได้สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลอยู่ จะทำให้เสียสัมพันธภาพ
4. ต้องจำและติดตามเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ได้ และมีการปฏิสัมพันธ์กันจะทำให้สัมพันธภาพมีความต่อเนื่อง และดำเนินไปด้วยดี

#### การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation)

วัตถุประสงค์ของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล คือ การใช้วิธีการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นการเกร็งกล้ามเนื้อ และคลายกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจ (Voluntary Muscle) ตลอดลำตัวโดยเรียงลำดับตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า

ผู้ศึกษาเชื่อว่า การนำหลักการของการระบาย (Ventilation) ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายสามารถช่วยให้

1. ผู้ป่วยได้ระบาย (Ventilate) ความรู้สึกโดยการพูด หรือแสดงความคิดเห็นโดยพยาบาล (ผู้บำบัด) รับฟัง ซึ่งเท่ากับเป็นการแบ่งเบาความรับผิดชอบไปให้พยาบาล พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำและความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาลด้วย
2. ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียดทาง อารมณ์ ซึ่งการที่ได้ระบายโดยการพูด การเขียน หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงเป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยตรง
3. การได้ระบาย (Ventilate) ความรู้สึกด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยมีพยาบาลให้ความเข้าใจ ปัญหา และความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ว่ากล่าววิพากษ์วิจารณ์ในทางที่เสียหายนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังมีคนเข้าใจ และเห็นใจอยู่ รวมทั้งมีคนที่จะพร้อมจะช่วยเหลือ การที่มีความรู้สึกอย่างนี้เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น ดังกรณีศึกษาผู้ป่วย

## กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี โสด การศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ

## การวินิจฉัยทางการแพทย์

Schizo – Affective Disorder

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เริ่มป่วยทางด้านจิตใจครั้งแรกอายุ 26 ปี ด้วยอาการตึงเครียดทางจิตใจ คิดมาก ฟุ้งซ่าน คิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง เคร่งเครียดต่อทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่มีการยืดหยุ่น มองโลกในแง่ร้ายต่อต้านสังคม ไม่ยอมรับรู้หรือรับฟังใด ๆ ทั้งสิ้น หวาดกลัวคนจะมาทำร้าย นอนไม่หลับไม่มีสมาธิในการทำงาน เบื่ออาหาร แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวม 19 ครั้ง เป็นเวลา 17 ปี ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2536

## ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 19 อายุ 43 ปี มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล มีความคิดหมกมุ่น คิดว่าตนเองมีความสามารถไม่เท่าเทียมเพื่อนร่วมงาน กลียดผู้ชาย ไม่อยากเข้าใกล้ แม้แต่พ่อและน้องชาย อารมณ์ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงไปตามอาการของหนูแว่ว เมื่อใดที่มีอาการหนูแว่วได้ยินเสียงจินตนิพนทวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตน จะมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อยากทำร้ายคนที่อยู่รอบข้าง เมื่อใดที่มีอาการหนูแว่วได้ยินเสียงคนร้องเพลงผู้ป่วยจะหัวเราะเสียงดัง มีความคิดอยากตาย เบื่องาน เบื่อโลก มองโลกในแง่ร้าย นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร

## ปัญหาที่พบ

ในหอผู้ป่วย ครั้งแรกที่พยาบาลได้พบและสนทนากับผู้ป่วย โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อรวบรวมข้อมูล และประเมินปัญหาเกี่ยวกับ พฤติกรรม อารมณ์ และความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น ทำให้รู้ได้ว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการทำลายตนเอง จำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ และการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นการเร่งด่วนและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อการบำบัดรักษาเป็นรายบุคคล (Individual Approach) ร่วมกับหลักของการระบาย (Ventilation) และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งดังรายละเอียดต่อไปนี้

## การพบครั้งที่1

นัดผู้ป่วยทำ Individul Approach ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี

## วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้ป่วยได้ระบาย (Ventilate) ความรู้สึกโดยการพูด เขียน บันทึกกิจวัตรประจำวัน ความไม่สบายใจต่าง ๆ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation)
2. เน้นที่ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
3. มุ่งเสริมสร้าง Self-esteem เห็นคุณค่าแห่งตน
4. เลิกความคิดฆ่าตัวตาย

## สรุปประเด็นสำคัญในการสนทนา

จากการสนทนากับผู้ป่วยสามารถประเมินประเด็นสำคัญได้ดังนี้-

1. ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถไม่เท่าเทียมเพื่อนร่วมงาน คิดหมกมุ่นเช่นนี้เกือบทุกครั้งที่นั่งอยู่คนเดียว หรืออยู่เงียบ ๆ ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่ค่อยได้ยินเสียงแว่วอีกเลย
2. สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการเบื่ออาหาร 2-3 ครั้ง หงุดหงิดแต่ไม่มาก ยังพอจะควบคุมอารมณ์ได้
3. มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ นอนกลางคืนวันละไม่เกิน 4 ชั่วโมง เข้านอน 3 - 4 ทุ่ม ตื่นตี 1-2 ลูกขึ้นมาเตรียมอาหาร เตรียมเสื้อผ้า สิ่งของที่จะไปทำงาน หรือมาโรงพยาบาลบอกว่าถ้าเตรียมตอนเช้าจะเร่งรีบ ไม่ทันและรู้สึกไม่วาง มึนศีรษะทุกวัน พ่อ - แม่ ที่บ้านก็วนวายไปด้วย เพราะห่วงกลัวจะเป็นอันตรายที่ลูกขึ้นมาทำอะไรผิด ๆ ทุกวัน
4. ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยอยากเข้าร่วมกิจกรรม แต่พออยู่ในกลุ่มสักพักรู้สึกอึดอัดที่ถูกผู้นำกลุ่มควบคุมให้คิด ให้ทำตามกลุ่มเท่านั้น ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำตามได้ รู้สึกอึดอัด ไม่สามารถทนร่วมกิจกรรมต่อไปได้ จึงเดินออกจากกลุ่ม

## การวางแผนการพบครั้งต่อไป

1. สนทนาเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยบันทึกและนำมาให้ดู
2. ฝึก Deep Muscle Relaxation เพื่อช่วยให้แก้ปัญหานอนไม่หลับ และผ่อนคลายความเครียด



การพบครั้งที่ 2 วันที่ 23 กันยายน 2536 :09.30-10.35 น.

เวลา 09.30 น. ผู้ป่วยเดินเข้ามาพบพยาบาลที่ห้อง พร้อมสมุดบันทึกที่ผู้ป่วยได้บันทึกกิจกรรมประจำวันและความคิดเห็นในแต่ละวัน (4 วัน) ลงในสมุดบันทึกแล้วให้อ่าน เรื่องที่บันทึกเกี่ยวกับบุญกรรม นิพพาน กิจกรรมประจำวัน เรื่องการนอนเปลี่ยนไปเข้านอน 5 ทุ่ม ดื่นนอนประมาณตี 5 ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสดชื่นขึ้น

#### สรุปประเด็นสำคัญในการสนทนา

1. ผู้ป่วยบอกความรู้สึกว่าตนมีชีวิตทุกวันนี้อย่างผู้แพ้ แต่อยู่ได้เพราะคิดว่า แพ้เป็น พระชนะเป็นมาร เมื่อพูดถึงเรื่องนี้ผู้ป่วยตาแดงบอกว่ารู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุขทุกครั้งที่เกิดเช่นนี้
2. ผู้ป่วยเล่าว่า มีเพื่อนสนิทคุยด้วย 4-5 คน เวลาคุยกันบ่อยครั้งในหัวข้อเรื่องที่คุณป่วยคุยด้วยไม่ได้ เพราะไม่รู้เรื่อง จะรู้สึกว่าคุณเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ
3. พยาบาล Feed back และ Reflect สิ่งที่เป็นสิ่งที่ดีในตัวผู้ป่วย ที่มองเห็นในปัจจุบัน และให้ผู้ป่วยเก็บไปคิดว่า การอยู่อย่างผู้แพ้ไม่มีมีความสุขเช่นนี้ เขาต้องการจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความสุขขึ้นไหม? อย่างไร?
4. พยาบาล สอน Deep Muscle Relaxation Session 1 (มีทั้งหมด 6 Sessions) ผู้ป่วยทบทวนและทำได้ บอกว่ารู้สึกดีขึ้น สบายเนื้อตัวขึ้น

#### วางแผนการพบครั้งต่อไป

1. Assessment ความเครียด
2. ความคิดเห็นเรื่องการอยู่อย่างผู้แพ้
3. ทบทวน Deep Muscle Relaxation Session 1 และสอน Session 2

การพบครั้งที่ 3 วันที่ 28 กันยายน 2536 : 09.30-10.35 น.

ผู้ป่วยมายืนรอหน้าห้องนัดสนทนา เริ่มสนทนา ผู้ป่วยยื่นสมุดบันทึกให้ เนื้อหาบันทึกเกี่ยวข้องกับการรับรู้ และความจำที่ได้จากการคุยกับพยาบาล ทบทวนความคิดเห็นเรื่องการอยู่อย่างผู้แพ้ ผู้ป่วยบอกว่าลืม ไม่ได้เอาไปคิดต่อ

พยาบาล : รวบรวมข้อมูลจากบันทึก พบว่าผู้ป่วยไม่สบายใจทุกครั้งที่ต้องพบปะหรือสนทนากับผู้ชายไม่ยกเว้นแม้กระทั่งพ่อ น้องชายหรือหมouserชาย หากคิดเรื่องแต่งงาน คิดทีไรไม่สบายทุกที คือ จะมีอาการหูแว่วเป็นเสียงผู้หญิง และผู้ชายว่า ผู้ป่วยเป็นคนไม่ดี



พยาบาล : ถามผู้ป่วยว่า จะลองใช้ความรู้ความสามารถฝึกการผ่อนคลายความเครียด เพื่อพูดคุยกับพ่อ หรือน้องชายไหม? จะช่วยลดความเครียดลงหรือไม่ ผู้ป่วยตอบทันทีว่าคิดว่าทำไม่ได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะนี้ (การพบปะกับผู้ชาย) ให้มากที่สุด

พยาบาล : สอน Muscle Relaxation Session 2 และลองให้เข้ากลุ่ม Music Art ช่วงบ่าย ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมตนเอง

#### วางแผนการพบครั้งที่ 4

1. Assessment sexual habit, guilty feeling
2. ผลการใช้ Deep Muscle Relaxation 2 Sessions

#### การพบครั้งที่ 4

เวลา 09.25 น. ผู้ป่วยเดินเข้ามาหาในห้องพักนัดพบ ข้อความจากสมุดพบว่า ผู้ป่วยนอนกลางคืนได้ยาว ค่อนข้างไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ทุกบ่าย 5 โมงเย็นออกไปเดินออกกำลังกายกับพ่อ ต่างคนต่างเดินไม่พูดอะไรกัน ผู้ป่วยบอกว่า 2 วันที่ผ่านมาตื่น 6 โมงเช้า ไม่อยากลุกจากที่นอน

พยาบาล : รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาลว่า ผู้ป่วยเบื่อหน่ายการมาโรงพยาบาลหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าถ้ามาโรงพยาบาลแล้วมีอะไรให้ทำก็พออยู่ได้ แต่ถ้าไม่มีอะไรรู้สึกมีเบื่อ ๆ พยาบาลและผู้ป่วยตกลงว่าในแต่ละวันที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะวางแผนกิจกรรมตนเองในโรงพยาบาล และจะมาขอความเห็นจากหัวหน้าทีม

#### สรุปประเด็นสำคัญในการสนทนาผู้ป่วย

1. คิดเรื่องแต่งงานแล้วไม่สบายใจทุกทีเนื่องจากเคย Masturbation แล้ว มีความรู้สึก ว่าตนเองทำไม่ถูกต้อง ถ้าหากแต่งงานแล้วฝ่ายชายจับได้จะเสียหาย 3 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้ Masturbation อีก พยายามไม่คิดเรื่องเพศ ถ้าจะคิดก็จะไปวัดฟังธรรม และคิดว่าวิธีนี้จะได้ผล ช่วยให้ความต้องการทางเพศหายไปและสบายใจดี ขณะที่สนทนาผู้ป่วยนั่งตัวเกร็งบีบมือแน่น จึงให้ผ่อนคลายความเครียด

2. มีความรู้สึกรักและเกลียด โกรธพ่อในเวลาเดียวกัน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยอายุ 25 ปี พ่อมีภรรยาน้อย มารดาจึงลี้ภัย ผู้ป่วยซึ่งรักพ่อมากรู้สึกโกรธผิดหวัง ความรู้สึกนี้ยังมีอยู่จนเดี๋ยวนี้ และรู้สึกว่าตนเองทำผิด ขณะสนทนาผู้ป่วยพยายามกลืนน้ำตาตอนแรก ๆ แต่ต่อมาก็ร้องไห้นานถึง 45 นาที และพยายามกลืนสะอื้นตลอดเวลา

3. รู้สึกว่าตนเองไม่มีปัจจุบัน ไม่มีอนาคต ชีวิตนี้ไม่มีความหมาย ไม่มีคุณค่า เคยคิดฆ่าตัวเองอยู่เสมอ ผู้ป่วยไม่สัญญาว่าจะไม่ทำลายตนเอง แต่ภายใน 2 สัปดาห์นี้ จะพยายามที่จะไม่ฆ่าตัวตาย ถ้าคิดเมื่อไหร่บันทึกไว้ ขณะสนทนาผู้ป่วยร้องไห้และพยายามกลั้นสะอื้นตลอดเวลา

4. พยาบาลบอกผู้ป่วยว่า ในช่วงเวลาต่อจากนี้ไป ถ้าผู้ป่วยมีเรื่องในใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง หรืออะไรที่ต้องคิดว่าต้องการความช่วยเหลือด่วน ถ้าพยาบาลผู้ให้การดูแลไม่อยู่ ขอให้พบกับพยาบาลหัวหน้าตึก

5. ไม่ได้ฝึก Deep Muscle Relaxation เนื่องจากสถานการณ์ไม่เหมาะสม แต่ได้ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดเป็นระยะ ๆ

6. พบญาติเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและระวังการทำลายตนเองขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

#### การวางแผนการพบครั้งต่อไป

1. Reflect คุณค่าผู้ป่วยเพื่อเพิ่ม Self-esteem
3. กระตุ้นให้เกิดการ Release Guilty Feeling

การพบครั้งที่ 5 วันที่ 5 ตุลาคม 2536 : 09.30-10.35 น.

09.30 น. ผู้ป่วยเดินมาที่ห้องนัดสนทนาพยาบาลไม่ว่าง ผู้ป่วยเดินหนี จึงตามผู้ป่วยมาที่นัด ประโยคแรกของการสนทนา ผู้ป่วยบอกว่า “ตัดสินใจแล้วจะไม่พูดเล่าเรื่องการช่วยเหลือตัวเอง (Masturbation) ให้ฟัง” ตลอดการสนทนาวันนี้ (09.30-10.30 น.) ผู้ป่วยนั่งหลังตรง บีบมือแน่น ตาตกมองพื้นสวดพยางค์บ้าง แต่น้อยครั้งมาก เมื่อใดที่พูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองจะมีน้ำตาคลอ แต่พยายามกระพริบตาไม่ให้น้ำตาไหล

#### สรุปประเด็นสำคัญในการสนทนา

1. มุ่งให้ผู้ป่วยได้พูดถึงตนเอง และความคาดหวังต่อผู้อื่น เพื่อระบายความรู้สึกและ Reflect ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง
2. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระยะ ๆ
3. เฝ้าสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เขียนรายงาน และรายงานแพทย์

## วางแผนการพบครั้งที่ 6

Assessment Spiritual Need และ Reflect พฤติกรรมเพื่อเพิ่ม Self - Esteem

### การพบครั้งที่ 6

09.30 น. ผู้ป่วยจะขึ้นรอกอยู่หน้าห้อง หน้าตาซึมเศร้าแจ่มใส จากสมุดบันทึกของผู้ป่วยพบว่าวันจันทร์ขณะตื่นนอนตอนเช้าผู้ป่วยได้ยินเสียงผู้ชาย และผู้หญิงสองคนพูดคุยกันว่า “ผู้ป่วยเป็นคนไม่ดี” ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกตกใจกลัวทำอะไรไม่ถูก” หลังจากนั้นก็ได้ยินอะไรอีกเกือบตลอดช่วงการสนทนาวันนี้ผู้ป่วยซึมเศร้า เสียงฟังชัดเจน มีการสบตาอย่างสม่ำเสมอ ช่วงที่สนทนาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพ่อ-แม่ ผู้ป่วยน้ำตาคลอและกลั้นสะอื้น

### สรุปประเด็นสำคัญในการสนทนา

1. ผู้ป่วยคิดว่าตนเองก็เป็นคนมีประโยชน์อยู่บ้าง สามารถทำให้ผู้อื่นมีความสุข และตนเองก็มีความสุขด้วย จากการเล่นดนตรี และดูแลเด็กชายอู๊ด (ลูกชายผู้ป่วยคนอื่น)
2. ไม่ค่อยรู้จักพ่อ-แม่ จึงทำให้ไม่ค่อยเข้าใจกัน ต่อไปนี้ถ้าได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกกับพ่อ-แม่มากขึ้น คงจะเข้าใจพ่อ-แม่ดีขึ้น
3. พยายามควบคุมความโกรธ ความไม่พอใจ ด้วยการสวดมนต์อยู่ในใจทุกครั้ง เพื่อชนะตนเอง
4. ตอนนี้เลิกคิดฆ่าตัวตายแล้ว และสัญญาจะไม่ฆ่าตัวตายตลอดไป
5. วางแผนการดำเนินชีวิตเมื่อกลับบ้าน
6. พยาบาล : แจ้งขอยุติการทำ Individual Approach โดยจะพบครั้งที่ 7 เป็นครั้งสุดท้าย และส่งต่อ (Refer) ไปยังหัวหน้าตึก หลังสนทนาให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation) session 1,2 และ3

### การวางแผนการพบครั้งต่อไป

1. Conclusion และ Terminate
- 2 Discharge Planning

### การพบครั้งที่ 7 (ครั้งสุดท้าย)

09.30 น. พบผู้ป่วยเพื่อสรุปและวางแผนการดำเนินชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยิ้มแย้ม แจ่มใสตลอดการสนทนา

#### ผู้ป่วยสรุปภาวะของตนเอง

ขณะนี้สบายใจขึ้นมาก มีปัญหาเล็กน้อยเมื่อพบสถานการณ์ที่ไม่พอใจ จะหงุดหงิด บางครั้งก็ควบคุมอารมณ์ไม่ได้บางครั้งก็ได้ แต่คิดว่าปัญหานี้จะกลืนกลายลงในไม่ช้าพร้อมที่จะกลับบ้านไปทำงาน ใช้ส่วนดีของตนให้เป็นประโยชน์ จะพยายามชนะใจตนเอง เมื่อไหร่ที่รู้สึกไม่สบายใจมากต้องการความช่วยเหลือ จะกลับมาขอพบพยาบาลและหัวหน้าตึก ตั้งใจจะกลับไปเป็นคนใหม่ที่เข้มแข็งขึ้น และช่วยตนเองให้มากที่สุด

#### สรุปของพยาบาล

ในการพบครั้งแรก ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (Crisis) การปรับตัวต่อภาวะเครียดสูงและมีความรู้สึกไม่ดี มีความผิลงโทษตนเอง คิดฆ่าตัวตาย มีความคิดอยากตายพยาบาลพยายามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกผิด (Release Guilty Feeling) ทุกครั้งที่พบและ Reflect พฤติกรรม เพื่อส่งเสริม Self - Esteem จนถึงการพบครั้งที่ 6 และ 7 ภาวะ Self - Esteem ผู้ป่วยดีขึ้นมากมองสิ่งแวดล้อมในทางบวกไม่มีความคิดลงโทษตนเองอีกต่อไป ผู้ป่วยขณะนี้พ้นภาวะวิกฤติ (Crisis) แล้วอยู่ในระยะพักฟื้น (Convalescent) ที่ต้องการกำลังใจ (Reassurance) ต่อไป



### การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก

| ขั้นตอน                    | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระยะแรก<br>(Initial Phase) | <ul style="list-style-type: none"> <li>-รวบรวมข้อมูล (Assessment)</li> <li>-วางแผน (Planning ในการพบผู้ป่วยครั้งแรก)</li> <li>-เริ่มติดต่อกับผู้ป่วย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ใช้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล</li> </ul> <p><b>เทคนิคที่ใช้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Giving Information บอกข้อมูล และ วัตถุประสงค์ในการมาพบปะสนทนาด้วย</li> <li>-Giving Recognition เพื่อสร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยยอมรับพยาบาลด้วยการจำและหรือเรียกชื่อผู้ป่วยให้ได้ รวมถึงการยอมรับในความเจ็บป่วย และความ ต้องการรักษาผู้ป่วย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Individual Approach ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี อีก 6 sessions (ครั้งสุดท้าย 12 ตุลาคม 2536)เพื่อ :-</li> <li>-สำรวจความคิด ความรู้สึก และการกระทำของผู้ป่วย</li> <li>-พิจารณาถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ</li> <li>-ระบาย (Ventilate)ความรู้สึก โดยการพูด เขียน</li> <li>-การฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียด (Tension) วิตกกังวล(Anxiety)</li> <li>-เสริมสร้าง Self Esteem ให้เห็นคุณค่าแห่งตน</li> <li>-เลิกความคิดฆ่าตัวตาย</li> </ul> |

### การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก (ต่อ)

| ขั้นตอน                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                          | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | แนวทางการช่วยเหลือ/อุดมภ์หมาย                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ระยะแก้ปัญหา (Working Phase)</p> <p>ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจ</p> <p>พยาบาล มาตามนัด</p> <p>ทุกครั้งสัมพันธ์ภาพ</p> <p>ดำเนินด้วยดี ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี</p> <p>ต่อการบำบัดรักษาด้วยการระบาย (Ventilate) ความรู้สึก โดยการพูดการเขียนบันทึก กิจกรรมประจำวัน ปัญหา พฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> | <p>การระบาย (Ventilate) ความรู้สึกโดยการพูด</p> <p>ก. “มาโรงพยาบาลอยากจะเข้ากลุ่มกิจกรรมทุกอย่าง แต่พออยู่ในกลุ่มสักพักก็รู้สึกอึดอัด เมื่อถูกผู้นำกลุ่มควบคุมให้คิดให้ทำตามกลุ่มแทนนั้น จึงเลือกที่จะเดินออกจากกลุ่ม ก่อนที่จะอึดอัดจนทนไม่ไหว จนต้องร้องกรี๊ดออกมา”</p> | <p>ผู้ป่วยมีความคิดวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงยังไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากความตึงเครียด (Tension) ถูกเก็บกดไว้ภายใน มีมากจนไม่สามารถจะควบคุมแรงผลักดันภายในจิตใจตนเองได้ จึงใช้กลไกทางจิต โดยการกลืนกินนี้ ออกไปจากสถานการณ์นั้น หรือ ร้องกรี๊ดออก เป็นการระบายความตึงเครียด (Release Tension) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้บ้าง</p> | <p>พยาบาลและผู้ป่วยได้ทำความตกลงเรื่องการเข้ากลุ่มกิจกรรมของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยเอง แนะนำให้ผู้ป่วยขอความเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมจากพยาบาลหัวหน้าทีม</p> |

การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก (ต่อ)

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                   | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|         | <p>ข. “คิดเรื่องแต่งงาน คิดที่ไรไม่สบายใจทุกที เคยช่วยตนเองทางเพศ(Masturbation) คิดว่าตนเองทำไม่ถูกต้อง ถ้าแต่งงานแล้ว ฝ่ายชายจับได้จะเสียหาย”</p> | <p><b>เทคนิคที่ใช้</b></p> <p>-Listening พยาบาลใช้ทักษะการฟัง การรับฟังผู้ป่วยพูด จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาว่า เขารู้สึกเช่นไร ? กำลังคิดอะไร? และมีแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร? ขณะที่ฟังผู้ป่วยพูด ความสนใจทั้งหมดจะอยู่ที่ตัวผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงการให้เกียรติ (Respect) ผู้ป่วย เป็นแรงเสริมกระตุ้นที่ดีที่จะให้ผู้ป่วยได้เล่ารายละเอียดต่อไป</p> <p>-ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิด (Guilty Feeling) ต่อการกระทำช่วยตนเองทางเพศ (Masturbation) ทุกครั้งที่คิดถึงเรื่องนี้ผู้ป่วยไม่สบายใจ</p> |                                |

### การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก (ต่อ)

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                         | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>ค. “มีชีวิตอยู่ทุกวันนี้เหมือนผู้แพ้ แต่อยู่ได้ เพราะความคิด แพ้เป็นพระชะตาเป็นมาร รู้ สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุขทุกครั้งทีคิดเรื่องนี้” (เวลาพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยจะมีน้ำตาคลอเบ้าตา แต่จะกระพริบไม่ให้น้ำตาไหล)</p> | <p><b>เทคนิคที่ใช้ :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encouraging Description of Perception</li> <li>- Low Self Esteem มองไม่เห็นคุณค่าตนเอง Insecurity ขาดความเชื่อมั่น ในตนเองต้องการ Reassurance</li> </ul> <p><b>เทคนิคที่ใช้ :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feed Back และ Reflection</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายเกี่ยวกับประสบการณ์ของชีวิต ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศชาย และการช่วยตนเองทางเพศ (Masturbation) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกผิด (Release Guilty Feeling)</li> <li>- สะท้อนความรู้สึก สิ่งที่เป็นสิ่งที่ดีในตัวผู้ป่วย ที่มองเห็นในปัจจุบัน (เช่น ความสามารถจากการเล่นดนตรี และการช่วยเหลือแล ด.ช.อู๊ด) ให้กำลังใจ โดยการพูดชมเชย</li> <li>- มุ่งให้ผู้ป่วยได้พูดถึงตนเอง และความคาดหวังต่อผู้อื่น เพื่อระบายความรู้สึกผิด (Release Guilty Feeling) และสะท้อน (Reflect) ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าแห่งตนเอง</li> </ul> |



**การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก (ต่อ)**

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                         | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>ง. “ไม่มีปัจจุบัน ไม่มีอนาคตชีวิต<br/>“ไม่มีความหมาย “ไม่มีคุณค่าเคยคิด<br/>ฆ่าตัวตายเองอยู่เสมอ”</p> | <p>-มีปัจจัยเสี่ยง แนวโน้มต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้ :-</b></p> <p>-พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐาน เข้าใจใน<br/>พลวัตของการฆ่าตัวตาย</p> <p>-มีทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อการ<br/>ฆ่าตัวตาย ต้องรู้ให้ได้ว่าผู้ป่วยประเภท<br/>ไหนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>-หาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย<br/>ของผู้ป่วย ระหว่างที่อยู่รับการรักษา</p> | <p>-พยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ปรึกษาหาแนวทางช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยเป็นการเร่งด่วน วางแผนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วย</p> <p>โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำรวจ (Check) บริเวณที่ผู้ป่วยอยู่ทุกครึ่งชั่วโมง</li> <li>2. จัดให้มีพยาบาล 1 คน อยู่ใกล้ชิด</li> <li>3. มี Verbal Contact กับผู้ป่วยเป็นระยะสั้น ๆ</li> </ol> <p>-พบพ่อ-แม่เพื่อเฝ้าระวัง ร่วมมือหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย</p> |

## การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก (ต่อ)

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                     | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p><b>การระบาย (Ventilate) ความรู้สึกโดย</b></p> <p><b>การเขียนบันทึกเกี่ยวกับ:-</b></p> <p>1. ปัญหาการนอน พบว่านอนกลางคืนวันละไม่ถึง 4 ชั่วโมง เข้านอน 3-4ทุ่ม ตั้งแต่ 1-2 ลูกขึ้นมาเตรียมอาหาร เสื้อผ้าสิ่งของที่จำเป็นไปทำงานหรือมาโรงพยาบาล (ผู้ป่วยบอกว่า: ถ้าเตรียมตอนเช้าจะเร่งรีบ ไม่นั่งและรู้สึกไม่ว่างมีสิ่งรบกวนทุกวินาที เพราะห่วงกลัวจะแม่อีกวันไปด้วย เพราะห่วงกลัวจะเป็นอันตรายที่ลูกมาทำอะไรสัก ๑ )</p> <p>2. ปัญหาเกี่ยวกับตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ</p> | <p>-มีความเครียด (Serious) ต้องงานขาดความยืดหยุ่น</p> <p>-การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้หงุดหงิด ไม่แจ่มใส</p> | <p>-พยาบาลและผู้ป่วยวางแผนการบำบัดลดความเครียด ด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation) โดยพิจารณาจากปัจจัยดังนี้</p> <p>-การรับรู้และความเข้าใจในเทคนิคการฝึกผ่อนคลายของผู้ป่วย</p> <p>-วิธีง่าย ๆ ใช้ระยะเวลาสั้น ๆ</p> <p>-ความคาดหวังของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย</p> <p>-เพื่อช่วยแก้ปัญหาการนอน และช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล</p> |
|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>-มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง</p> <p>-Low Self Esteem ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Insecurity)</p>             | <p>-เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามจิตใจผู้ป่วย</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                     | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>3. ปัญหาความรู้สึก พบว่า “ไม่สบายใจทุกครั้งที่ต้องพบปะสนทนากับผู้ป่วย ไม่ยกเว้นแม้กระทั่งพ่อ พี่ชายน้องชายหรือหมอผู้ป่วย” “คิดเรื่องแต่งงานที่ไรไม่สบายทุกที คือ จะมีหนูว่าเป็นเสียงผู้หญิงและผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเป็นคน “ไม่ดี”</p> | <p>- ผู้ป่วยมีความเครียด และวิตกกังวลในสถานการณ์เฉพาะเกี่ยวกับเพศชาย เช่น การที่ต้องพบปะสนทนากับเพศชาย การคิดเรื่องแต่งงาน ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิต เช่นการนั่งตัวเกร็ง มีอึดปิ่นก้านแน่น ปฏิเสธการตอบคำถามเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการพบปะกับผู้ชาย</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้ :-</b></p> <p>- Offering Self เสนอตัวเองให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยพูด เล่น เขียน บันทึก ระบาย (Ventilate) ความรู้สึกต่างๆ โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับฟัง และอ่าน</p> | <p>- Individual Approach</p> <p>- ระบาย (Ventilate) ความรู้สึก โดยการพูด พูด การเขียน</p> |

**การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก**

| ขั้นตอน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                                       | การวิเคราะห์/เทคนิคที่ใช้                                                                                                            | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                               |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | <p>การระบายความเครียดโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscle Relaxation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</li> </ul> <p>Session 1 ในการพบครั้งที่ 3<br/>Session 1,2 ในการพบครั้งที่ 4<br/>Session 1,2 และ 3 ในการพบครั้งที่ 6</p> | <p>เทคนิคที่ใช้ :-<br/>Reassurance ให้กำลังใจความมั่นใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าใจ ฝึกทบทวนเทคนิคการฝึกผ่อนคลายความเครียดได้</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</li> <li>- วางแผนการสอนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</li> </ul> <p>Session 1 ในการพบครั้งที่ 2<br/>Session 2 ในการพบครั้งที่ 3<br/>Session 3 ในการพบครั้งที่ 4</p> |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเขียนบันทึก พบว่า “นอนกลางคืนได้ยาว คืนละ ไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง” (ผู้ป่วยบอกว่า 2 วันมานี้ วันจันทร์ – วันอังคาร คืน 6 โมง เข้า ไม่อยากลุกจากที่นอนเลย) “ทุกบ่าย 5 โมงเย็น ออกไปเดินออกกำลังกายกับพ่อต่างคนต่างเดินไม่พูดอะไร”</li> </ul>   | <p>ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้<br/>ผู้ป่วยสามารถเผชิญ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีเพศชายได้โดยไม่ต้องหลีกเลี่ยงสถานะนี้</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลจากการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถนำมาใช้การลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้</li> </ul>                                                                                          |



## การวิเคราะห์เทคนิคการให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ความรู้สึก

| ขั้นตอน                                                         | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย                                                                                                          | การวิเคราะห์เทคนิคที่ใช้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | แนวทางการช่วยเหลือ/จุดมุ่งหมาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ขั้นต้น<br>ระยะสิ้นสุด<br>สัมพันธ์ภาพ<br>(Terminating<br>Phase) | <p>- วางแผนการดำเนินชีวิต และเตรียมผู้ป่วยไม่ให้เกิด Separation Anxiety</p> <p>การสรุปความก้าวหน้าของการได้รับ<br/>การรักษาของผู้ป่วย</p> | <p><b>เทคนิคที่ใช้ :-</b><br/>Giving Information<br/>แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ขอบเขตการพบปะสนทนา (Individual Approach) พบครั้งที่ 7 เป็นครั้งสุดท้าย ต้องบอกถึงเหตุผลที่ตนเองกระทำนั้น ไม่ใช่การทอดทิ้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สบายใจมากขึ้นเข้มแข็งขึ้น</li> <li>- มองโลกในแง่ดี</li> <li>- มองเห็นคุณค่าแห่งตนพร้อมที่จะกลับไปทำงาน</li> <li>- ภาวะความเครียดของผู้ป่วยลดลง</li> <li>- มี Self esteem เพิ่มขึ้น</li> <li>- มองเห็นคุณค่าแห่งตน</li> <li>- เลิกมีความคิดอยากตาย ให้สัญญาว่าจะไม่ทำลายตนเอง</li> </ul> | <p>- ส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ไปยังหัวหน้าตึก</p> <p>- เป็นผลดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>บรรลุลัพธ์ประสงค์ :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง โดยวิธีการระบาย (Ventilate) ความรู้สึกและการฝึกผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- ผู้ป่วยมี Self Esteem เพิ่มขึ้นมองเห็นคุณค่าแห่งตน</li> <li>- เลิกคิดฆ่าตัวตาย</li> </ul> |



## สรุป

จากการศึกษากรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้เขียนตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องเป็นผู้ตระหนักรู้ (awareness) มีความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทักษะ และสามารถประเมินถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชได้ทันทั่วถึง

พยาบาลจิตเวชสามารถนำความรู้ และการปฏิบัติเรื่องหลักการของการระบายความรู้สึก (ventilation) และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Deep Muscles Relaxation) มาใช้ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

Westercamp T. A. Suicide. *AM J Nurs.* 1975; 75: 260.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. การให้การดูแลผู้ป่วยที่ทำอัตวินิบาตกรรม. *รวบรวมบทความทาง*

*วิชาการการพยาบาลจิตเวช.* กรุงเทพมหานคร : ชมรมพยาบาลจิตเวช

แห่งประเทศไทย.2524:95.

Harold I Kaplan,Benjamin J Sadock. Psychiatric Emergency. In Kaplan and Sadock (ed.),

*Synopsis of Psychiatry.* 6<sup>th</sup> ed. p 556. USA: Willium &Willkins, 1982 .

บัสตีด, อี.แอล. และจอห์นสโตน, ซี. *แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย.*

เรียบเรียงโดย ศิริพร จิรวัดนกุล.เอกสารประกอบการบรรยาย. ภาควิชาการพยาบาล

จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.

ชูทิศย์ ปานปรีชา. *ทฤษฎีจิตเวชศาสตร์เพื่อคุณภาพของการพยาบาลจิตเวช.* เอกสาร

ประกอบการบรรยายพิเศษการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 2. ชมรม

พยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2524.

## มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

### ความสัมพันธ์กับงานสุขภาพจิตชุมชน\*

สมเด็จพระบรมราชชนกทรงเป็นพระบิดาแห่งการสาธารณสุขชนไทย สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือสมเด็จพระย่าทรงเป็นพระมารดาแห่งการสาธารณสุขชนไทย พระองค์ทรงได้รับการยกย่องว่า **“ทรงเป็นพระมารดาแห่งแพทย์ชนบทไทย”** พระองค์ได้ทรงริเริ่ม และส่งเสริมโครงการแพทย์อาสาขึ้นเพื่อบริการรักษาสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลคมนาคม ทรงสนพระทัยในงานด้านการแพทย์ การพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งเป็นศาสตร์ที่กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย ให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพตามลำดับ แนวคิดทางวิทยาศาสตร์สาธารณสุขนำมาใช้ในงานจิตเวชชุมชนหรือสุขภาพจิตชุมชน ซึ่ง สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว(สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2530:67) อธิบายจิตเวชชุมชน หรือสุขภาพจิตชุมชนมีความหมายอย่างกว้างๆ ว่า **“เป็นกิจกรรมทั้งหลายที่บุคลากรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ สังคมให้กับประชาชนทุกคนในชุมชน”**

นอกจากสมเด็จพระย่าได้อาศัยพื้นฐานความรู้ และแนวคิดวิทยาศาสตร์สาธารณสุขในการปฏิบัติงานในหน่วยงานแพทย์อาสาเคลื่อนที่แล้ว พระองค์ทรงยึดมั่นในปรัชญาสุขภาพ ซึ่ง เฮลวิก (Helvic, J Law, (1980) อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2530: 68) เห็นว่า **“สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่ไม่อยู่นิ่ง จะเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการสุขภาพ อันได้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชนกับสิ่งแวดล้อมของเขา”**

สมเด็จพระย่านอกจากจะมีคุณสมบัติของพยาบาลสาธารณสุขทรงมีทักษะของพยาบาลจิตเวชชุมชน มีพระราชหฤทัยที่ทรงห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ประกอบด้วยพระราชจริยาวัตรที่อบอุ่น จริงใจ เด็กซ์เตอร์ และวอช (Dexter และ Wash, 1986:26) อธิบายว่า **“คุณสมบัติเหล่านี้เป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่ช่วยให้ผู้มารับบริการสามารถสำรวจปัญหา แยกแยะปัญหา เข้าใจปัญหา ตั้งจุดมุ่งหมาย เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง”**

---

\*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 9 (2) กรกฎาคม – ธันวาคม 2538

Capps, G. ( มุลนิธิ พอ.สว. 2522:32) ได้เขียนพระราชประวัติของสมเด็จพระยา ว่า “ทรงเป็นพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินรอยตามแนวคิดขององค์สมเด็จพระบิดา ซึ่งเป็นพระบิดาทางการแพทย์แผนใหม่แห่งประเทศไทย เน้นช่วยประชาชนในชนบทโดยให้บริการการแพทย์ถึงประตูบ้านของประชาชน” นอกจากนี้พระองค์ทรงเห็นอกเห็นใจพร้อมที่จะให้ช่วยเหลือ ประโยคที่พระองค์มักตรัสเสมอ ๆ ทุกครั้งเมื่อเสด็จพระราชดำเนินร่วมกับแพทย์เคลื่อนที่ ทรงเยี่ยมประชาชนในถิ่นทุรกันดารห่างไกลคมนาคมว่า “เขาไม่มีอะไรเลยเลย เรานั้นมีทุกอย่าง” ทรงสงสาร และห่วงใยคนจนที่ขัดสนในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การศึกษา ของเล่นเด็ก แพทย์ และยารักษาโรคเมื่อเจ็บไข้ เพราะว่าพระองค์ทรงเข้าพระทัยกับสภาพเหล่านี้ได้ดี

สมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงปรารถนาไว้ในหนังสือสมเด็จย่าของปวงชน (ชีวิตจริงฉบับพิเศษ, 2538:43) ระบุว่า “สมเด็จย่าทรงจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือ หรือรักษาพยาบาลแก่ประชาชน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในท้องที่ทุรกันดารตามชายแดน โดยไม่จำกัดเชื้อชาติ ศาสนา และไม่คิดมูลค่า” ซึ่งจุดมุ่งหมายแพทย์อาสาเคลื่อนที่ก็คล้ายกันกับจุดมุ่งหมายของการให้บริการสุขภาพจิตชุมชนตามแนวมนโฑทัศน์ของ โซโลมอน และแพทช์ (Solomon และ Patch, 1981:649) ดังนี้-

1. ให้การดูแลรักษา และวินิจฉัยผู้ป่วยหลาย ๆ ชนิด หรือมีการเจ็บป่วยในทุกระบบของร่างกาย
2. ให้บริการในทุกเพศ ทุกวัยตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ
3. ให้การดูแลทุกชนชั้นไม่ว่ายากจนหรือร่ำรวย
4. ทำงานร่วมกับครอบครัว เพื่อนบ้านหรือสมาชิกอื่น ๆ ในชุมชนมากกว่าสนใจแต่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว
5. ช่วยเหลืออย่างทันทีทันใดเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เมื่อบุคคลต้องการได้รับการช่วยเหลือ
6. เริ่มให้การรักษาเยียวยาแต่เนิ่น ๆ เมื่อแพทย์ตรวจค้นพบโรค ไม่ควรรอไว้ในระยะยาวนาน
7. ให้การดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมเช่น อาจจะให้การดูแลรักษาตัวที่บ้านมากกว่าจะให้อยู่โรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย และดุลยพินิจของแพทย์



8. สนใจในการป้องกันระยะแรกได้แก่การลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยการยับยั้ง และขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้น สนใจในการป้องกันระยะที่สอง โดยการให้การวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ ให้การรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และสนใจการฟื้นฟูสุขภาพโดยเร็ว ภายหลังที่การเจ็บป่วยหายแล้ว

9. สนใจในการให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่อาการหนัก จึงสนใจที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

10. ให้การดูแลเป็นทีม เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคม ฯลฯ และอาสาสมัครอื่น ๆ ที่จะมาช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้มารับบริการ

11. ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย และเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย

12. สนใจช่วยเหลือบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตในชุมชน

13. ขอคำปรึกษา / ขอความร่วมมือจากสมาชิกของหมู่บ้าน หรือผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านเพื่อหาหนทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

ในปีพุทธศักราช 2512 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ขึ้นเป็นครั้งแรกเรียกว่า “หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ พอ.สว.” ด้วยมีพระราชประสงค์ช่วยเหลือพสกนิกรผู้เจ็บป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามวิธทางการแพทย์แผนปัจจุบัน กิจการแพทย์อาสาสมเด็จพระเจ้าได้บังเกิดผลดีแก่ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ทั้งทิศตะวันออกถึงทิศตะวันตก จนสุดเขตชายแดนประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 48 จังหวัด มีอาสาสมัครเกือบ 2 หมื่นคน อาสาสมัครทุกคนทำงานด้วยความเต็มใจไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย เสียสละซึ่งประโยชน์ส่วนตน ออกปฏิบัติงานเพื่อมนุษยธรรมโดยไม่คิดมูลค่า

ในปีพุทธศักราช 2515 ทรงริเริ่มกิจการแพทย์อาสาทางอากาศขึ้น ทดลองใช้วิทยุเป็นเครื่องสื่อสารตามแบบอย่างประเทศออสเตรเลีย และโปรดให้ดำเนินกิจการอย่างจริงจังในปีพุทธศักราช 2516 ซึ่งประสบผลดีมากในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เจ็บป่วยในถิ่นทุรกันดาร ห่างไกลคมนาคม ได้รับการรักษาจากแพทย์ปริญญอย่างต่อเนื่องทุกวันโดยไม่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ในเมือง ขณะนี้มีจังหวัดแพทย์อาสาทางอากาศ 24 จังหวัด ติดตั้งวิทยุ พอ.สว. ทั้งสิ้น 528 แห่ง



มูลนิธิดำเนินงานหลัก ๆ อยู่ 3 ลักษณะคือ

การให้บริการได้แก่ การรักษาผู้ป่วย ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งมีโครงการรักษาโรคเฉพาะทาง โครงการทันตสาธารณสุข และโครงการแพทย์ทางวิทยุ

การให้การศึกษา / ฝึกอบรม คือการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่พร้อม ๆ กันไป กล่าวคือ ประชาชนจะได้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนเจ้าหน้าที่ก็จะได้รับการอบรมในเรื่องความรู้ การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย

การค้นคว้าวิจัย เป็นการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงชีวิต ความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงบริหารพระราชกิจในสำนักงานใหญ่ด้วยพระองค์เอง นับตั้งแต่การทอดพระเนตรรายงานปฏิบัติงานถ่าย ทรงจัดหาเครื่องเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และพระราชทานเครื่องแบบสำหรับออกปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครทุกคน ทรงเป็นองค์นายิกาของมูลนิธิ พอ.สว. จะเสด็จไปเป็นองค์ประธานของที่ประชุมด้วยพระองค์เองทุกจังหวัด นอกจากนี้ยังพระราชทานเข็มเครื่องหมาย พอ.สว. เข็มพระนามภิไธยย่อ และโล่แก่ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นในรอบปี จะมีการสรุปบทบทนถึงการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเพื่อหาข้อบกพร่อง ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขวิธีการปฏิบัติงานในปีต่อไปให้ได้ผลดีขึ้น เพื่อบรรลุผลสมดังที่ทรงตั้งปณิธานเอาไว้คือ “ประโยชน์สุขของประชาชนและประเทศชาติเป็นสำคัญ” ทรงถือเป็นพระราชภาระกิจสำคัญที่จะเสด็จไปทอดพระเนตรการปฏิบัติงานของหน่วยงานแพทย์อาสาเคลื่อนที่ หากทรงพบเห็นคนไข้รายใดเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดก็จะทรงพระเมตตาโปรดเกล้าฯ ให้ส่งตัวเข้าไปรักษาในจังหวัด ถ้าเกินความสามารถโรงพยาบาลจังหวัดก็จะส่งมายังกรุงเทพฯ โดยทรงพระเมตตารับเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี

ดังนั้นจึงประจักษ์แล้วว่าหน่วยแพทย์อาสาเคลื่อนที่ได้ถือกำเนิดจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงมีพระราชประสงค์ช่วยเหลือพสกนิกรผู้เจ็บป่วยในท้องถิ่นทุรกันดาร ซึ่งตรงกับหลักการและแนวคิดของงานสุขภาพจิตชุมชน ด้วยพระราชหฤทัยที่เปี่ยมไปด้วยพระเมตตา สายพระเนตรที่ยาวไกล และพระราชวินิจฉัยที่ถูกต้อง ได้สงเคราะห์พสกนิกรผู้ยากไร้ และผู้เจ็บป่วยที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลคมนาคมให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และความยากแค้นลำเค็ญเกิดความหวัง ประหนึ่งได้รับแสงสว่างในชีวิต โดยทั่วถึงกัน ทรงให้อาสาสมัครในชุมชนมีโอกาสร่วมงานกับ พอ.สว. ออกปฏิบัติงานในท้องถิ่นทุรกันดารเป็นทีมประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และประชาชนทั่วไปที่อาสาเข้ามาทำงาน ทรงเป็นพระมิ่งขวัญแก่อาสาสมัคร

ทุกคน โปรดเกล้าพระราชทานเข็มเครื่องหมาย พอ.สว. เข็มพระนามาภิไธยย่อ และโล่แก่ อาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานดีเด่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มิใช่เครื่องลางของขลังที่ทรงอิทธิฤทธิ์ หรืออภินิหาร ใด ๆ ทั้งสิ้นแต่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันทางด้านจิตใจของ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อาสาสมัครทุกคนด้วยเหตุนี้เองอาสาสมัครทุกคนทำงานด้วยความ เต็มใจ เสียสละ อดทนต่อความลำบากในการปฏิบัติหน้าที่

นี่แหละน้ำพระทัยของสมเด็จพระเจ้าพวกรา ที่แม้โรคาพยาธิจะจู่โจมเบียดเบียนสักเพียงใด ใน พระหทัยของพระองค์ก็ยังระลึกอยู่ แต่ประโยชน์สุขของประชาราษฎร์ไม่เสื่อมคลายสมแล้วกับที่ ทรงได้รับการยกย่องว่าเป็น **“พระมารดาแห่งแพทย์ชนบทไทย”** การสูญเสียสมเด็จย่าของปวงชน ชาวไทย เป็นการสูญเสียอันยิ่งใหญ่ที่ชาวสาธารณสุขทุกหมู่เหล่าพึงน้อมรำลึกถึงพระกรุณาธิคุณ และพระเมตตาที่แผ่ไพศาล คลบ้นดาลให้งานสาธารณสุขเข้าถึงพสกนิกรทุกท้องที่ สมควรอย่างยิ่ง ที่ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในทุก ๆ ด้านควรประพฤติและปฏิบัติตามรอยพระยุคลบาทต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

ภาพยนตร์ในส่วนพระองค์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. เผยแพร่ทาง อสมท. ช่อง9.

วันที่ 4 สิงหาคม 2538. เวลา 21.00 น.

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. กรุงเทพฯ : สำนักงานกลางมูลนิธิแพทย์อาสา สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2522. หน้า 32

ทีมงานเฉพาะกิจมติชน. สมเด็จพระเจ้า 5 แผ่นดินพระแม่ แห่ง 2 รัชกาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน, 2538

ชีวิตจริงฉบับพิเศษ. สมเด็จพระเจ้าสวรรคต. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ชีวิตจริง, 2538. หน้า 43.

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชชุมชน. เชียงใหม่ :

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2530.

หน้า 67 และ 68.

DEXTER, G. and WASH, M. *Psychiatric Nursing Skill: A Patient-Centred Approach*.

London: Croom Helm, 1986. P26.

HELVIC, J Law. *Nursing. Process. What is it NHS Learning Resource Unit*. 1980, p 66.

SOLOMON, P. and PATCH, V. *Handbook of Psychiatry*. Los Altos : Lange Medical, 1981. p 649.

## สุขภาพจิตและการทรงงานในการดำเนินชีวิตประจำวันของสมเด็จพระเจ้า\*

ความเศร้าโศกเสียใจต่อการสวรรคตของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือ สมเด็จพระเจ้า ยังคงปรากฏอยู่ในความรู้สึกของปวงชนชาวไทยอยู่ทุกวันนี้ ในความอาลัยอาวรณ์ต่อการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ปวงชนชาวไทยได้ดื่มด่ำกับพระราชกรณียกิจ พระราชจริยาวัตร ผ่านทางสื่อมวลชนทุกแขนง จนเกิดความตระหนักในคุณค่าถึงความพระกรุณาธิคุณอย่างหาที่เปรียบมิได้

จากการศึกษาพระราชกรณียกิจ พระราชจริยาวัตร จากหนังสือและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ พบว่า พระราชกรณียกิจของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีที่สำคัญส่วนหนึ่งคือการพัฒนาทางด้านจิตใจดังเช่น มีพระราชดำริว่า “เมื่อสังคมประเทศชาติได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปหลายด้าน โดยเฉพาะทางวัตถุแล้ว ในด้านจิตใจของคนจึงควรจะได้มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าไปด้วย ดังนั้น การพัฒนาจิตใจของคนจึงจำเป็นต้องมีการอบรมตนเอง โดยอาศัยหลักธรรมทางพุทธศาสนาเป็นแนวทางปฏิบัติ เช่น ตั้งตน หรือประพฤติตนในทางที่ชอบ ประกอบอาชีพในทางสุจริต ไม่กระทำความชั่ว แล้วทุกคนก็อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสันติสุข เพราะไม่เบียดเบียนกัน”

ด้วยพระราชหฤทัยที่เปี่ยมด้วยเมตตาธรรม ที่ทรงห่วงใยต่อสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชน สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้จัดรายการ “บริหารทางจิต” เผยแพร่ทางสถานีวิทยุเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2511 ด้วยพระราชประสงค์ของการจัดการบริหารทางจิต ความตอนหนึ่งว่า “จิตใจมีความสำคัญ เพราะเป็นมูลฐานแห่งความประพฤติในทุกทาง ความเจริญ ความเสื่อม ความสุข ความทุกข์ต่าง ๆ พระพุทธศาสนาได้มีหลักธรรมสำหรับอบรมจิตใจอยู่โดยสมบูรณ์... จิตใจเป็นสิ่งที่พึงฝึกอบรมได้ทุกรุ่น ทุกวัย เป็นสิ่งที่ไม่แก่ ไม่แข็งจนเกินไปต่อการอบรม เว้นไว้แต่จะไม่สนใจไม่ยอมที่จะฝึกอบรมเท่านั้น...”

---

\* วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตปีที่ 9 (2) กรกฎาคม – ธันวาคม 2538.



สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเจริญสมาธิ และวิปัสสนากรรมฐานอยู่เป็นประจำ ผลแห่งการที่ได้ศึกษา และปฏิบัติธรรมมาตลอดพระชนม์ชีพ ทำให้พระองค์รู้เท่าทันชีวิต และทรงเข้าถึงความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง พระองค์ทรงระมัดระวังพระองค์อย่างดีเยี่ยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระอารมณ์ หรือพระสุภาพจิตเป็นพิเศษ ผู้ใกล้ชิดพระองค์กล่าวว่า “พระองค์ทรงสามารถปล่อยวางได้โดยไม่ทรงใส่พระทัยเรื่องใด ๆ ก็ตามให้เกิดความทุกข์หวั่นไหว ทรงมีพระอารมณ์เยือกเย็น ไม่หวั่น ไม่กลัว ไม่เหงา ไม่หลง ไม่วิตกกังวล และไม่สะทกสะท้านต่อเหตุการณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น พระองค์ทรงปล่อยวางได้จริง ๆ”

พระองค์ทรงอาศัยธรรมะต่าง ๆ ในการประกอบพระราชกรณียกิจ และยังทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เผยแพร่ไปสู่บุคคลอื่น เพื่อเป็นเครื่องนำทางไม่ให้ชีวิตมัวหมอง เป็นต้นว่า

“รู้จักทำให้เป็นกลาง พิจารณาว่าที่เราโกรธนี้สมควรไหม พิจารณาว่าคนเราความคิดเห็นไม่เหมือนกัน ต้องให้อภัยต้องฝึกไปเรื่อย ๆ แล้วจะระงับได้เอง”

“คนเราไม่ควรลืมตัว ไม่อวดดี ไม่ถือว่าตนเองเก่ง”

“ถ้าเราเพียงอยากมีความสุขเราก็จะหาได้ไม่ช้านัก แต่ถ้าเราอยากจะเป็นสุขยิ่งกว่าคนอื่น ก็ออกจะยาก เพราะเราไปเชื่อว่าคนอื่น ๆ นั้นเป็นสุขยิ่งกว่าที่เขาเป็นจริง ๆ”

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงสอนผู้ใกล้ชิดถึงความรู้จักใช้ ความรู้จักพอใจ ทรงอธิบายว่า “คนเรานี้มันอยู่ที่ความพอใจ ถ้าเรามีจักรยานก็ควรจะนึกว่ายังดีกว่าเดิน เพราะว่าถึงเร็วกว่า มีรถยนต์คันเล็กก็ยังดีกว่าจักรยาน เพราะไปได้เร็วกว่า” นอกจากนี้ยังมีพระราชดำริในเรื่องความรู้จักใช้ ความรู้จักพอใจ ความประหยัด ความขยันหมั่นเพียรที่พระองค์แสดงออกในทางการทรงงาน เช่น การทับดอกไม้แห้ง ทำเป็นบัตรอวยพร หรือติดบนสิ่งของต่าง ๆ เป็นการสอนถึงการดำรงชีวิตอย่างเรียบง่าย รู้จักชื่นชมกับคุณค่าในสิ่งที่มีอยู่ และการรู้จักใช้ประโยชน์ในสิ่งที่มีอยู่

เป็นที่ประจักษ์แล้วว่า สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี มิโปรดการว่างเฉยทรงรับสั่งว่า “เวลาเป็นของมีค่า” พระองค์ทรงโปรดการถ่ายภาพ การปักภาพ และงานศิลปะอื่น ๆ พระองค์ทรงออกกำลังพระวรกายด้วยการเล่นกีฬาหลายอย่าง เช่น แบดมินตัน ทรงม้า สกิกี้ แต่ระยะหลังทรงเปิดทองอย่างเดียวพระองค์ทรงกีฬาตามเวลา พระชนมายุ และพระวโรกาส

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงพระราชทานแนวคิดเกี่ยวกับความสามัคคีของหมู่คณะข้าราชการและประชาชน ดังเช่นคราวที่คณะกรรมการจัดตั้งมูลนิธิ พอ.สว.เข้าเฝ้าทรงรับสั่งว่า “...การทำงานกับคนหมู่มากจะไม่สำเร็จได้ ถ้าไม่ฝึกทัศนคติในการมองคนในแง่ดี เพราะแต่ละคนย่อมมีข้อบกพร่อง” พระองค์ทรงพระราชทานหนังสือเล่มหนึ่งให้ นายแพทย์ ประสพ รัตนกร อ่านให้คณะบุคคลที่เข้าเฝ้าฯ ฟังข้อความที่พระองค์ทรงเลือกคือ บทกลอนของ พุทธทาสภิกขุ เรื่องมองแต่แง่ดีเถิด และก่อนที่คณะผู้เข้าเฝ้าฯ จะกราบทูลลา พระองค์ทรงย้ำว่า “อย่าลืมว่าแต่ละคนมีความดีบริสุทธิไม่ทั้งหมด เพราะฉะนั้นถึงแม้จะมีบกพร่องอะไรบ้างก็ต้องยอมรับ นี่คือสภาพของคนปกติ...บริสุทธิ สมบูรณ์ ดีพร้อม มีแต่ธรรมชาติ คนจริง ๆ แล้วต้องมีข้อไม่ดีอยู่บ้าง เพราะฉะนั้นขอให้มองกันในแง่ดี แล้วทุกอย่างจะสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี”

กล่าวได้ว่า สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็นแบบอย่างของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี กล่าวคือ ทรงพระเกษมสำราญในการปฏิบัติพระราชกรณียกิจ ทรงงาน มิโปรดการว่างเฉย ทรงบำเพ็ญพระองค์ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ในรูปแบบต่าง ๆ ที่สำคัญคือ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงนำหลักพุทธศาสนามาใช้ในการพัฒนาจิตใจ และพระราชทานการสอนแก่ประชาชนชาวไทยให้เข้าใจ และเรียนรู้ถึงหลักการดำรงชีวิตที่เป็นสุข ที่เรียบง่าย และสร้างสรรค์ พระองค์ทรงเห็นว่าจิตใจสามารถอบรมได้ การพัฒนาจิตใจคือ การพัฒนาตนเอง อบรมตนเอง ทรงสอนประชาชนให้มีความพอใจในสิ่งที่มีความสามัคคียอมรับข้อบกพร่องของคนอื่น มีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น

นับได้ว่า สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็นแบบอย่างของนักพัฒนาสุขภาพจิต ในกลุ่มอัตถวาทนิยม (Existential) พระองค์ทรงสอนประชาชนด้วยวิธีการสอนต่าง ๆ เช่น ทรงปฏิบัติพระองค์เป็นแบบอย่าง ทรงเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุและสิ่งพิมพ์ สมควรอย่างยิ่งที่ผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ควรเจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาท ดังบทสัมภาษณ์ของ นายแพทย์ชูทิศย์ ปานปรีชา อธิบดีกรมสุขภาพจิต ความว่า “สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีอย่างหาที่เปรียบมิได้ ในด้านสุขภาพจิต ทรงเป็นปูชนียบุคคลด้านสุขภาพจิตดี สมควรที่ประชาชนจะยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติต่อไป”

## บรรณานุกรม

พระนิพนธ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา. **แม่เล่าให้ฟัง**. กระทรวงศึกษาธิการจัดพิมพ์

ในโครงการสร้างสวนสาธารณะเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราช-

ชนนี, กรุงเทพฯ : อมรการพิมพ์, 2535.

บริษัท สามัคคีสาร (ดอกหญ้า) จำกัด. **สมเด็จพระมารดาของแผ่นดิน**. กรุงเทพฯ :

สำนักพิมพ์ลายกนก, 2538.

บริษัท สามัคคีสาร (ดอกหญ้า) จำกัด. **สมเด็จพระแม่ฟ้าหลวงของแผ่นดิน**. กรุงเทพฯ :

ISLAND PUBLISHING, 2538.

ชีวิตจริงฉบับพิเศษ. **สมเด็จพระอัฐมรามาธิบดินทร**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ประชาช่าง จำกัด, 2538.

มติชนเฉพาะกิจ. **สมเด็จพระอัฐมรามาธิบดินทร พระแม่แห่ง 2 รัชกาล**. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ มติชน, 2538.

ชูติชัย ปานปรีชา. บทสัมภาษณ์จิตแพทย์เทิดพระเกียรติสมเด็จพระอัฐมรามาธิบดินทร. **หนังสือพิมพ์ข่าวสด**.

ปีที่ 5 ฉบับที่ 174, วันจันทร์ที่ 31 กรกฎาคม 2538: 7.



## ความเครียดของบุคคล ที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล\*

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่บุคคลทุกผู้ทุกนามไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ トラบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย สถานที่ที่บุคคลจะต้องไปพึ่งพาเพื่อการเยียวยาบำบัดรักษาก็คือ “โรงพยาบาล” เมื่อบุคคลอย่างเข้าสู่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาก็ต้องเผชิญกับคนแปลกหน้า แปรกสถานที่กิจกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นผลทำให้เกิดภาวะเครียดขึ้นได้

จินตนา ยูนิพันธ์ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2525) กล่าวว่า “ความเครียดคือกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทั้งเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามอันนั้น”

เอนเจล (Engel, 1962) ได้ให้ข้อคิดที่ว่า “ความเครียดทางจิตใจนั้น ทำให้เกิดการรับรู้ทางจิตใจและแสดงเป็นพฤติกรรมออกมา”

ลักแมนและโซเรนเซน (Luckman & Sorensen, 1974) ได้กล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้ว่า “สิ่งใดก็ตามที่คุกคามหรือพยายามที่จะทำลายบุคคลหรือทำให้บุคคลประสบความไม่พึงพอใจในสิ่งที่เป็ความต้องการขั้นพื้นฐาน ขัดขวางพัฒนาการของร่างกายและจิตใจบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้น เป็นผลทำให้สภาวะทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล”

นอกจากนี้ กรีน (Green, 1978) อธิบายไว้ว่า “ความเครียดมีผลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกายทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยทางร่างกายมีปัญหเพิ่มเติมเป็นทวีคูณ ความเครียดเป็นส่วนสำคัญที่เกิดร่วมกับการเจ็บป่วย และเป็นปัญหาสำคัญของผู้เจ็บป่วยในโรงพยาบาลมากที่สุด”

สรุปแล้ว จะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้นเพื่อให้ใครก็ตามที่ต้องการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล สามารถดำเนินชีวิตและกิจกรรมในโรงพยาบาลได้อย่างบรรลุเป้าหมายร่วมกัน คือ ผู้ป่วยบรรเทาหรือหายจากอาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ด้วยสุขภาพจิตที่ดี จึงควรร่วมกันพิจารณาว่า เมื่อบุคคลต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น นอกจากอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลยังต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด และจะให้การช่วยเหลือได้อย่างไร

---

\* วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 12 (2) , 2523.



ก้าวแรกของการเป็นผู้ป่วย บุคคลจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่ จากบ้านอันอบอุ่น ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวพร้อมหน้ากิจกรรมประจำวันที่คุ้นเคย สถานที่ที่ตนเป็นเจ้าของมาอยู่ในโรงพยาบาล ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ในฐานะผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งต้องเผชิญกับกิจกรรมประจำวันในหอผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับคนที่ไม่คุ้นเคย การต้องปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาพยาบาล และความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความแปลกใหม่ของตัวบุคคลที่อยู่ในสถานที่นั้น ๆ เช่นผู้ป่วยคนอื่น ๆ แพทย์ พยาบาล ฯลฯ การไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นต่อตัวเอง เกิดความรู้สึกสูญเสียอิสระภาพ ถูกจำกัดขอบเขตต้องอยู่ในโรงพยาบาล จนกว่าอาการจะดีขึ้น ถูกจำกัดเวลาในการที่จะพบปะกับญาติพี่น้องและเพื่อนสนิท ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ตลอดจนการปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ดังเดิม เกิดความรู้สึกคิดถึงบ้าน คิดถึงสมาชิกในครอบครัว และยิ่งถ้าหากเป็นผู้นำครอบครัวแล้วจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมาด้วย

### กรณีตัวอย่าง

นางดักขัย หญิงไทย รูปร่างท้วม อายุ 34 ปี ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการของความดันโลหิตสูง 190/72 มิลลิเมตรปรอท นางดักขัย มีเลือดไหลที่จมูกและปากอย่างมาก ลูกสะใภ้ได้นำส่งโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลได้ให้เลือดและสารละลายทางเส้นเลือด นางดักขัยเลือดหยุดไหลแต่นอนร้องไห้อยู่คนเดียว พยาบาลใช้เวลา 1 ชั่วโมง เข้าไปสนทนากับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่อยากอยู่โรงพยาบาล เพราะพยาบาลพูดไม่มีหางเสียง เวลาจะฉีดยาไม่พูด และนางดักขัยมีความกลัวว่าเลือดที่จมูกจะไหลออกมาอีก นอกจากนั้นแล้ว นางดักขัย ยังมีความเป็นห่วงทางบ้าน เนื่องจากไม่ไว้วางใจในการค้าขายของลูกค้า และลูกสะใภ้ เมื่อพยาบาลเข้าไปคุยด้วย นางดักขัยได้อธิบายความแค้นที่มีต่อลูกค้าและลูกสะใภ้ ว่าทั้งสองคนไม่เห็นความสำคัญของนาง แม้ว่าจะรับประทานอาหาร ก็ไม่เรียกให้นางรับประทานอาหารด้วย และบางครั้งลูกสะใภ้ยังให้นางทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลานให้ ทั้ง ๆ ที่นางดักขัยต้องทำงานหนัก ต้องออกไปขายของนอกบ้าน พยาบาลได้ให้โอกาสนางดักขัยได้พูดเล่าระบายความโกรธที่มีต่อลูกค้า และลูกสะใภ้ เมื่อนางดักขัยไว้วางใจโรงพยาบาลมากขึ้นได้พูดถึงความไม่สบายใจต่อความเป็นอยู่ในโรงพยาบาลทำให้รู้สึกไม่สุขสบายและเครียดมากขึ้น พยาบาลจึงพูดคุยให้นางดักขัยเข้าใจถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และสะท้อนความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อนางดักขัยตามความเป็นจริงในขณะนั้น พยาบาลให้การยอมรับ และแสดงความเห็นอกเห็นใจนางดักขัยรวมทั้งอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลที่เคยเจ็บป่วยและความรู้สึกที่มีต่อการมีโรคภัยไข้เจ็บ การ

แสดงประสบการณ์และความรู้สึกร่วมทำให้ผู้ป่วยอยากแสดงความคิดเห็นมากขึ้น และหาทางจัดปัญหาความเครียดของตนเองให้ลดลง

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น หากนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว โดยพิจารณาร่วมกับความเหมาะสมของความเครียด สามารถสรุปเป็นความรู้สึกต่าง ๆ อันเป็นที่มาของความเครียด ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลดังนี้

1. ความรู้สึกไร้อำนาจ (Powerlessness) เป็นความรู้สึกธรรมดาในบุคคลที่ไม่สามารถมีอิทธิพลหรือไม่เข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สาเหตุของความรู้สึกไร้อำนาจเกิดจาก

- 1.1 การเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยต่าง ๆ
- 1.2 การพูดจาข่มขู่ของเจ้าหน้าที่ เช่น  
“ถ้าคุณไม่รับประทานอาหารเช้าจะให้น้ำเกลือคุณ” หรือ “ถ้าไม่ปฏิบัติตามกฎ.....?”
- 1.3 การที่พยาบาลเพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ไม่ตอบสนองต่อคำขอร้องของผู้ป่วย
- 1.4 ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เช่น มีใครคนหนึ่งเดินเข้าไปในห้อง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้จักหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยจะไม่รู้เลยว่า อะไรจะเกิดขึ้น
- 1.5 ถูกจำกัดขอบเขต เช่น ให้นอนพักอยู่บนเตียง

2. ความรู้สึกที่ถูกแยกออกจากคนอื่น (Isolation) อาจเกิดขึ้นเนื่องจาก

- 2.1 การแยกทางกาย ถูกแยกออกมาโดดเดี่ยว
- 2.2 การแยกทางจิตใจ ขาดการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้ภาษาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่กระทำราวกับผู้ป่วยเป็นวัตถุไม่มีชีวิตจิตใจ
- 2.3 ถูกแยกออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูง

3. ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นภาวะที่ถูกกดดันหรือมีความเป็นอยู่ที่ไม่สมบูรณ์ขาดสิ่งของที่เคยมีเคยใช้ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก

- 3.1 สูญเสียอวัยวะของร่างกายหรือคาดว่าจะต้องสูญเสีย
- 3.2 สูญเสียหรือคาดว่าจะสูญเสียภาพลักษณ์แห่งตน
- 3.3 สูญเสียความรัก
- 3.4 สูญเสียการควบคุมตนเอง คนอื่นหรือสิ่งแวดล้อม

**4. ความรู้สึกตื่นตระหนก (A Feeling Culture Shock)** เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งบุคคลจะรับรู้เป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ และบุคคลไม่สามารถจะกระทำการใด ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสาเหตุอาจเนื่องจาก

- 4.1 เปลี่ยนสถานที่จากสถานการณ์ที่ที่รู้จักเป็นที่ที่ไม่รู้จัก
- 4.2 เผชิญกับภาษาใหม่ ๆ เช่น ศัพท์ทางการแพทย์
- 4.3 เผชิญกับสภาพภูมิใหม่ ๆ ที่มีอำนาจ
- 4.4 ถูกบังคับให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

จากความรู้สึกทั้ง 4 ประการดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมาจาก 2 ส่วนคือ ส่วนของตัวผู้ป่วยเองและส่วนของสิ่งแวดล้อมในที่นี้จะกล่าวเฉพาะในส่วนของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ ส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทสำคัญมาก อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมงเป็นบุคคลแรกที่ต้องเผชิญหรือสัมผัสกับความรู้สึกของผู้ป่วยตั้งแต่ก้าวแรกที่เข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย พยาบาลจึงเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากโดย

**1. ให้การปฐมนิเทศ** ผู้ป่วยใหม่ทุกคน เพราะว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล

แปลกใหม่ต่อสถานที่ ต่อบุคคล ต่อสิ่งแวดล้อม และกฎระเบียบต่างของทางโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลผู้ที่รับผู้ป่วยใหม่จึงต้องให้การต้อนรับผู้ป่วยด้วยไมตรีจิตอันอบอุ่น ให้การต้อนรับผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่ง มีค่า มีเกียรติ มีสิทธิเท่าเทียมกัน ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ควรได้รับการดูแลรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียง กฎ ระเบียบการเยี่ยมของญาติ เวลาที่แพทย์จะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เวลารับประทานอาหาร ตลอดจนสถานที่ต่าง ๆ เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องสำหรับญาติเยี่ยม ห้องรับประทานอาหาร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยขึ้นและรู้ว่ากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างไรและใช้สถานที่ใด ใครจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านใดบ้าง

**2. หลีกเลี่ยง** สิ่งที่จะเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การรายงานอาการผู้ป่วยและการพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยต่อหน้า ตลอดจนการใช้คำศัพท์ ภาษาที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ

**3. ลดภาวะความเครียด** ให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย โดยพยาบาลให้เวลาสำหรับการสนทนากับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

**4. ลดระดับความกลัว** อย่างไม่เหมาะสมกับเหตุผล โดยการอธิบายกิจกรรมที่จะกระทำกับผู้ป่วยให้เข้าใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้ผู้ผู้ป่วยได้รับทราบแผนการรักษาพยาบาล

**5. เพิ่มความเป็นตัวของตัวเอง** ให้มากขึ้นโดยการให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เพื่อส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น



6. **ป้องกันผู้ป่วยถูกตัดขาด** ออกจากสังคมสิ่งแวดล้อมในชีวิต โดยกระตุ้นให้ญาติเข้ามา  
มีส่วนในการช่วยเหลือรับผิชอบผู้ป่วย ให้ญาติติดต่อกับผู้ป่วยสม่ำเสมอ

7. **กระตุ้นให้** ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองอย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่

8. **เปิดโอกาส** ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

9. **กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมต่อไปนี้:-**

9.1 ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล

9.2 แก้ไขเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เอื้ออำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ ให้เข้ากับ  
สถานที่ และสิ่งแวดล้อมในเวลานั้น

9.3 เปลี่ยนแปลงนิสัย และทัศนคติ ต่อการดำเนินชีวิต เช่น ลดการแข่งขันผ่อน  
ปรนความเข้มงวดในเรื่องต่าง ๆ ไม่พยายามทำอะไรหลาย ๆ อย่างในขณะ  
เดียวกัน พยายามจัดลำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ แบ่งเวลาทำให้เสร็จ  
เป็นเรื่อง ๆ ไป รู้จักที่จะรอคอยอย่างใจเย็นในเรื่องที่ไม่อาจทำให้บรรลุจุด  
หมายได้ทันที

9.4 สำรวจและเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อตัวเอง และต่อผู้อื่น เช่นมองตัวเองในแง่ดี  
มองผู้อื่นในแง่ดี

10. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเครียดมาก พยาบาลอาจฝึกการผ่อนคลายความเครียด โดยให้ผู้  
ป่วยได้ฝึกด้วยวิธีง่าย ๆ ซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น

10.1 การฝึกหายใจให้ถูกวิธี

10.2 การฝึกสมาธิ

10.3 การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย

10.4 การฝึกออกกำลังกาย

## สรุป

การเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล เป็นภาวะของการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียด  
ความกังวลจากการปรับตัว ไม่น้อยไปกว่าความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ที่ช่วย  
เหลือให้บุคคลปรับตัวได้ดีที่สุดคือ พยาบาลที่ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะทางจิตที่ถูกกระทบ  
กระเทือนจากปัญหาทางกาย และให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและ  
สังคมทั้ง 10 ประการดังกล่าวข้างต้น หากทั้งพยาบาลและผู้ป่วยปฏิบัติได้ เชื่อว่าจะยังประโยชน์  
ต่อการดำเนินชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างดี



## เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2525). *การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 24.
- Engel, G.L. (1962). *Psychological Development in Health and Disease*. Philadelphia : W.B. Saunders, 288.
- Green, HI (1978). *I Never Promised You a Rose Garden*. London : Cox 2 Wyman.
- Luckman, J. & Sorensen, K. (1974). *Medical Surgical Nursing . A Biopsychosocial Approach*. Philadelphia : W.B. Saunders, 10.
- ## บรรณานุกรม
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2531). *เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ : เียร์บุ๊คพับลิชเชอร์ จำกัด.
- Mcfarland, GK. (1986). *Nursing Diagnoses and Process in Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Neal, M.C. et al. (1981). *Nursing Care Planning Guides for Psychiatric and Mental Health Care*. California : Nurseco Inc.

## การนำทฤษฎีรอยมาประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัด\*

ครอบครัวบำบัดเป็นการบำบัดรักษาเฉพาะทางที่มีรากฐานมาจากหลายทฤษฎี ตามแนวความเชื่อของผู้บำบัดรักษา อย่างไรก็ตามเกือบทุกทฤษฎีมักจะยึดว่าเป็นการคำนึงถึงครอบครัวและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพราะบุคคลไม่สามารถจะแยกออกมาจากระบบของครอบครัว ครอบครัวมักจะมีกลไกและเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ผู้บำบัดในด้านครอบครัวอาจจะเป็นได้ทั้ง แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลทางด้านจิตเวช ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องข้อมูลทั่วไปของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว หน้าที่และการจัดการบริหารของสมาชิกในครอบครัว ถือว่าเป็นหน่วยหนึ่งทางสังคมและถือเป็นปัจจัยสำคัญ ที่เป็นบ่อเกิดของพฤติกรรมของสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว

ฟลอกซ์<sup>(1)</sup> อธิบายว่า การทำครอบครัวบำบัดเกิดจากปัจจัยสำคัญหลัก 6 ประการ คือ

1. การทำจิตบำบัดรายบุคคล ต้องใช้เวลานาน และมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนต่อผู้บำบัดรักษา
2. มีความเคลื่อนไหวและความก้าวหน้ามากขึ้น ในด้านการให้คำแนะนำปรึกษาแก่เด็ก ซึ่งเริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 เป็นต้นมา
3. มีความก้าวหน้าและวิวัฒนาการมากขึ้น ในเรื่องของการบำบัดรักษาโดยกลุ่ม
4. มีความก้าวหน้ามากขึ้น ในด้านของการให้คำปรึกษาในด้านครอบครัว
5. มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ในด้านการวิจัย ในด้านปัญหาของความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น การวิจัยเกี่ยวกับอาการทางจิตชนิดจิตเภทเพิ่มมากขึ้น
6. อิทธิพลต่าง ๆ ของปัญหาทางสังคมซึ่งมีเพิ่มมากขึ้น

นักครอบครัวบำบัดที่สำคัญ และถือว่าเป็นผู้ริเริ่มทางด้านครอบครัวบำบัด คือ

**Nathan Ackerman**

นอกจากนี้ยังมีนักทฤษฎีที่สนใจนำครอบครัวบำบัดไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท และทำการวิจัยออกมาในรูปของกลุ่มบำบัด นักทฤษฎีเหล่านี้ ได้แก่ Gregory Batesin, Don Jackson, Virginia Satir ฯลฯ

---

\* วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - ธันวาคม 2532

เบทสัน<sup>(1)</sup> อธิบายว่า เขาได้ทำกรอบรวบรัด ในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทและได้แนวโนทัศน์ในเรื่องการติดต่อสื่อสารแบบสองเงื่อนไข (Double Bind) ซึ่งหมายถึงเด็กที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทมักจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่ขัดแย้งตรงกันข้ามกันตลอดเวลาตั้งแต่เด็ก ๆ ตัวอย่างเช่น พ่อมักจะสอนให้ลูกชายกล้าพูด กล้าแสดงออกถึงสิทธิของตนเองอย่างกล้าหาญ ไม่ต้องเกรงกลัวอำนาจจากใคร ๆ ขณะเดียวกันพ่อมักจะพูดกับลูกว่า อย่าต่อล้อต่อเถียงกับพ่อนะ เพราะพ่อก็คืออำนาจสูงสุดในบ้าน ถ้าพ่อพูดอะไรขัดขวางไม่ได้ถือเป็นความผิด ดังนั้นเด็ก ๆ ที่เกิดมาจากกรอบรวบรัดที่มีการติดต่อสื่อสารในลักษณะเช่นนี้จะกลายเป็นบุคคลที่มีเงื่อนไขถูกผูกมัด ข้อมูลที่ได้รับตรงกันข้ามกันเสมอ ๆ ทำให้เด็กได้รับรู้ว่า ทำตามที่พ่อพูดก็ผิด ไม่ทำตามที่พ่อบอกก็ผิดเช่นกัน การวิจัยของเบทสันพบว่า กรอบรวบรัดที่มีการติดต่อสื่อสารแบบสองเงื่อนไข ผู้เป็นพ่อมักแสดงปฏิกิริยาสองอย่างตรงข้ามกันตลอดเวลา และสมาชิกทุก ๆ คน ไม่ช่วยเหลือเกื้อกูลประคับประคองซึ่งกันและกัน ดังนั้น เด็กจึงพัฒนาอาการทางจิตจิตเภทขึ้นภายในกรอบรวบรัด

อัครเมอร์แมน<sup>(1)</sup> เป็นผู้เริ่มทำกรอบรวบรัด โดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เขามีความเชื่อว่า ผู้มีอาการทางจิตมีผลกระทบกระเทือนต่อครอบครัวทั้งหมด เพื่อช่วยเหลือสมาชิกคนใดคนหนึ่งจำเป็นต้องช่วยเหลือทั้งครอบครัว เขาใช้เวลาตรวจผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด รวมทั้งติดตามไปเยี่ยมที่บ้านและทำกรอบรวบรัดในรูปลักษณะของกลุ่มบำบัด

สำหรับด้านการพยาบาลจิตเวชนั้น กเนลส์<sup>(1)</sup> ได้ให้คำจำกัดความว่า กรอบรวบรัดเป็นแบบแผนหนึ่งของการทำจิตบำบัดซึ่งคำนึงถึงระบบของครอบครัวทั้งหมดเป็นสำคัญ

### **ลักษณะสำคัญของกรอบรวบรัดมีดังนี้คือ**

1. คำนึงถึงความเข้าใจในกระบวนการของครอบครัวและกลไกการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว
2. มุ่งที่ระบบของครอบครัวและถือว่าเป็นหน่วยหนึ่ง ซึ่งต้องให้การบำบัดรักษาหน่วยทั้งหมดของครอบครัว เชื่อว่าความผิดปกติของบุคคลใดบุคคลหนึ่งสะท้อนมาจากสาเหตุของความผิดปกติของทั้งหมดในครอบครัว
3. มุ่งการบำบัดรักษาในภาวะปัจจุบันที่นี้และเดี๋ยวนี้ หรือปัญหาของสมาชิกในครอบครัว
4. การเปลี่ยนแปลงของสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีผลต่อสมาชิกครอบครัวทุกคน
5. คำนึงถึงการติดต่อสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษา

6. พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นนักรอบครัวบำบัด ตามหลักของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา อธิบายว่า พยาบาลควรจบหลักสูตรปริญญาโท ทางด้านการพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Mental Health Nursing) และควรพัฒนานำเอาแนวคิดของทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัดได้อีก

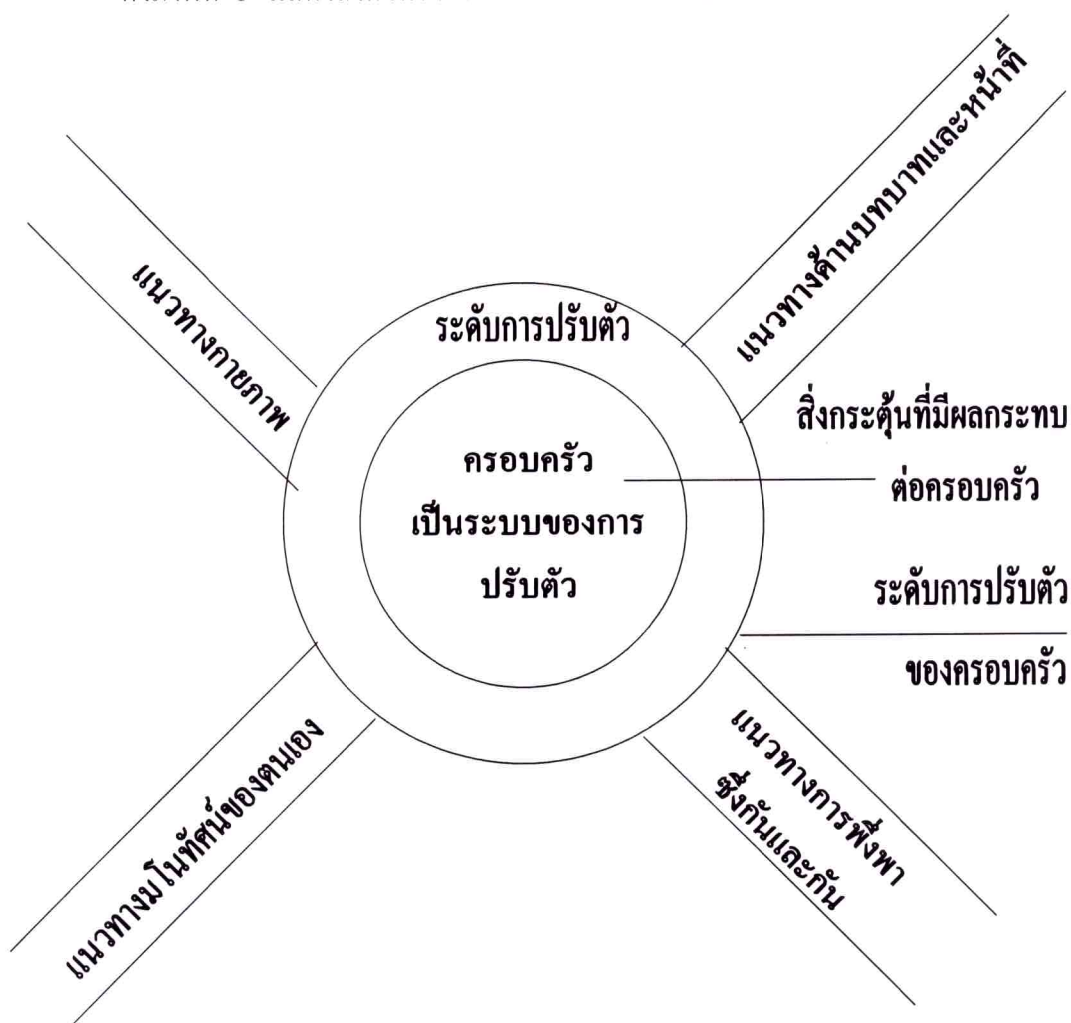
ได้มีนักทฤษฎีทางการพยาบาลหลายคน ได้พยายามประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการทำครอบครัวบำบัด เช่น Rogers, King, Roy และ Madanes ฯลฯ วอลล์<sup>(3)</sup> อธิบายว่าแมคคาเนสพยายามจะนำมโนทัศน์ของรอยมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัด แนวความคิดของแมคคาเนสในเรื่องครอบครัวบำบัด เน้นในเรื่องวิธีปฏิบัติ ซึ่งแนวคิดของเธอส่วนใหญ่ นำมาจากแนวความคิดของทฤษฎีรอยเป็นส่วนใหญ่นั่นเอง ชิสเตอร์คาลิสตารอย ได้พัฒนาทฤษฎีของเธอมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971- 1984 ในปี ค.ศ. 1983 รอยได้พยายามนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในด้านครอบครัว โดยเน้นว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่พยาบาลควรสนใจ การปฏิบัติการช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาเป็นกิจกรรมที่สำคัญอันดับหนึ่งทางการพยาบาล

ทฤษฎีของรอย<sup>(3)</sup> อธิบายว่า การให้การพยาบาลเน้นไปที่ผู้รับบริการและมองดูผู้รับบริการในด้านของการปรับตัว ครอบครัวถือเป็นระบบของการปรับตัวและควรจะได้รับดูแลปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสมาชิกภายในครอบครัว ถือเป็นการปรับตัวของสมาชิก เพื่อก่อให้เกิดความประสมประสานของชีวิต ความอยู่รอด ความเจริญงอกงาม เกิดการเจริญพันธุ์ มีลูกหลานสืบต่อไปและสมาชิกในครอบครัว ควรควบคุมดูแลตนเองได้ รอยเชื่อว่า ครอบครัวใน 4 แนวทางดังนี้ คือ

1. แนวทางกายภาพ
2. แนวทางมโนทัศน์ของตนเอง
3. แนวทางของบทบาทและหน้าที่
4. แนวทางของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน



ดั่งภาพที่ 1 แสดงถึงมโนทัศน์ของรอยในด้านครอบครัวบำบัด



จากมโนทัศน์ของรอยในด้านครอบครัวบำบัด จากรูปภาพที่ 1 อธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นระบบของการปรับตัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องปรับและควบคุมตนเอง ตามแนวทางทั้ง 4 ด้าน นอกจากนั้น ครอบครัวยังมักพบกับสิ่งต่าง ๆ ที่มากระตุ้นและมีผลกระทบกระเทือนต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกต้องปรับตัวเมื่อมีสิ่งต่าง ๆ มีผลกระทบ ทำให้สมาชิกงุ่นงวยเดือดร้อน สมาชิกในครอบครัวจะพยายามปรับตัวเอง จนกว่าระดับของการปรับตนเองจะประสบความสำเร็จ พยาบาลในด้านครอบครัวจะสนใจที่จะประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ในการประเมินการปรับตัวของพยาบาลจะประเมินแนวทางทั้ง 4 ด้าน พยาบาลจะต้องประเมินสิ่งที่มากระตุ้นหรือสถานการณ์ที่มากระทบครอบครัว สิ่งกระตุ้นอย่างทันทีทันใดที่เรียกว่า Focal Stimuli ตัวอย่างเช่น ในครอบครัวเริ่มมีสมาชิกได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยในขณะนั้น หรือหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ฯลฯ นอกจากนั้นพยาบาลต้องประเมินสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมของครอบครัวที่เรียกว่า Contextual Stimuli ซึ่งหมายถึงพื้นฐานหรือปัจจัยประกอบอื่น ๆ เช่น

ความเชื่อ ประสบการณ์ อุปนิสัยดั้งเดิมของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความเชื่อบางครอบครัวที่มีต่อพิธีกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของครอบครัว คือ กิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม

ในปี ค.ศ. 1984 รอยได้พยายามสรุปมโนทัศน์รวบยอดของครอบครัว โดยเน้นว่าครอบครัวเป็นหน่วยแรกของสังคม ระบบของครอบครัวถือเป็นการนำเข้าสู่ของสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบครอบครัว ส่วนการนำออกหมายถึง การปรับตัวได้และไม่ได้ของสมาชิก รอยไม่เน้นว่าครอบครัว คือ *การสะสมของบุคคลเท่านั้น*

ในปี ค.ศ. 1984 รอยได้เน้นต่อไปอีกว่า คำว่า สุขภาพหมายถึง ภาวะหรือกระบวนการที่บุคคลพยายามจะประสบประสานในตัวเอง เมื่อบุคคลในครอบครัวประสบประสานในตัวเองได้ มีผลทำให้ครอบครัวทั้งหมดประสบประสานไปด้วย รอยเน้นบุคคลปรับตัวสู่สภาพที่ดี การปรับตัวที่ดีทำให้สุขภาพอยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ บุคคลจะอยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ บุคคลจะต้องตระหนักในตนเอง และรับผิดชอบในบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้ รวมทั้งสามารถพึ่งพาและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ครอบครัวที่ดี รอยจึงเน้นว่า ควรเป็นครอบครัวที่สมาชิกทุกคนตระหนักในตนเองรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างถูกต้อง

ในแง่ของการเป็นนักครอบครัวบำบัด รอยเน้นสิ่งสำคัญต่อไปนี้

1. ต้องจัดบริหารหรือจัดการเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น มาบริการบริการได้ปรับตัวอย่างเหมาะสม
2. มุ่งหาแหล่งช่วยเหลือระดับประคองบุคคลภายในครอบครัว
3. ประเมินแนวทางการปรับตัวของสมาชิกภายในครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน เช่น ทางด้านกายภาพ พยาบาลจะสนใจในเรื่องที่อยู่อาศัย กิจกรรมประจำวัน ในด้านมโนทัศน์ของตนเอง ทางด้านบทบาทหน้าที่ พยาบาลจะมุ่งไปที่การจัดระเบียบภายในบ้าน ใครเป็นผู้ช่วยเหลือครอบครัวในด้านทางเศรษฐกิจ ในด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน พยาบาลจะมองดูสัมพันธภาพบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

4. ในแง่ของการปฏิบัติการช่วยเหลือ นักครอบครัวบำบัดตามแนวทฤษฎีของรอยเน้นกระบวนการบำบัดรักษาโดยตรง จุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษา เพื่อปรับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะในครอบครัวให้มีผลกระทบลดลงเพราะบุคคลในครอบครัวมีแนวทางการปรับตัวที่เหมาะสมขึ้น

รอย<sup>(3)</sup> อธิบายว่า นักครอบครัวบำบัดต้องสร้างความคิดรวบยอดต่อครอบครัว คำนี้ถึงการดูแลครอบครัวอย่างมีแบบแผนและใช้ทฤษฎีระบบในการให้การดูแลผู้มารับบริการ คำนี้ผู้มารับบริการเป็นสิ่งมีชีวิต มีจิตวิญญาณ ไม่ใช่เครื่องจักรหรือวัสดุต่าง ๆ ที่ไร้ความหมาย

พยาบาลจำเป็นต้องประเมินปัญหาที่มีผลต่อแนวทางปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ประเมินถึงสิ่งกระตุ้นและระดับของการปรับตัวของบุคคล รอยมองเห็นว่าการทำงานครอบครัวบำบัด จุดสำคัญคือการชักประวัติครอบครัวซึ่งต้องทำอย่างละเอียด เพื่อจะทราบการปรับตัวของบุคคล นอกจากนั้นเทคนิคในการปฏิบัติครอบครัวบำบัด รอยเน้นการใช้บทบาทสมมติ (Role Playing) หรือการให้ครอบครัวได้หัดแสดงบทบาทหรือปัญหาภายในครอบครัวและร่วมปรึกษาหารือปัญหาหลังจากสมาชิกแสดงบทบาทสมมติถึงปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน บางครั้งในการทำครอบครัวบำบัด รอยจะใช้เทคนิคคล้ายกันกับของเมดคานีสต่อเทคนิคของการเสแสร้ง(Pretending) คือ ให้สมาชิกเสแสร้งทำบทบาทต่าง ๆ ที่ตรงกันข้ามกับความเป็นจริง เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อบทบาทต่าง ๆ ที่เสแสร้งนั้น ๆ และสมาชิกในครอบครัวต้องการให้ทุก ๆ คนได้มีบทบาทที่แท้จริงอย่างไรในครอบครัว

### การศึกษาเฉพาะกรณี

ครอบครัวนางสา ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ได้มาหาพยาบาลจิตเวชซึ่งทำงานในชุมชน โดยให้ประวัติว่า เมื่อ 6 ปีที่แล้ว นายอ่อนสามีของเธอได้เสียชีวิตจากโรคหัวใจวายอย่างเฉียบพลัน หลังจากการสูญเสียชีวิตของสามี นางสาวเริ่มมีพฤติกรรมแต่งตัวเก่งขึ้น เที่ยวในเมืองทุกคืน กลับบ้านดึกทุกคืน ดื่มเหล้าและเบียร์จนมึนเมาทุกคืน ไม่เอาใจใส่ดูแลลูก ๆ ซึ่งมี 3 คน คือ ด้อย คู่ม เตย ซึ่งมีอายุ 13, 11 และ 7 ปีตามลำดับ นางสาวปล่อยให้ลูก ๆ ทั้ง 3 คนดูแลกันเอง โดยให้ด้อยพี่สาวคนโตเป็นผู้ควบคุมดูแลน้อง ๆ การดูแลกันเองทำให้น้องชายเล็ก ๆ 2 คนไปโรงเรียนช้ากว่าปกติ เด็ก ๆ จะเห็นแม่กลับบ้านดึก ๆ พร้อมกับมีชายหนุ่มมาส่งแม่ไม่ช้าหน้าและแม่ต้องเมาและอาเจียนเปื้อนพื้นบ้านเกือบทุกคืน

จากการที่พยาบาลได้พูดคุยและซักประวัตินางสา ทราบว่า นางสาวเป็นลูกสาวคนเดียวของครอบครัว บิดาของนางสา มีประวัติเสียชีวิตจากการเป็นโรคหัวใจวายเช่นเดียวกับสามีของเธอ เพราะนางสาแต่งงานอายุน้อยเกินไป อายุเพียง 19 ปี กับสามีซึ่งจบอาชีวศึกษาชั้นต้นและยังทำงานไม่มั่นคง มารดาของนางสา มีประวัติต้องเข้าโรงพยาบาลจิตเวช ด้วยอาการของภาวะคลุ้มคลั่งและต้องได้ยากล่อมประสาทกลับรับประทานที่บ้าน มารดาของนางสาดื่มเหล้าเก่งเช่นกัน และไม่ค่อยสนใจดูแลครอบครัว มารดาของนางสาได้เสียชีวิตเมื่อ 4 ปีที่แล้ว



จากการที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้านนางสาวถึง 3 ครั้ง ครั้งที่ 3 พบว่า นางสาวต้องเข้ารับการ รักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวชด้วยการวินิจฉัย Manic Depressive Disorder หลังจากอยู่โรงพยาบาล ได้ 3 อาทิตย์ นางสาวได้กลับบ้านและพยาบาลได้ไปเยี่ยมบ้านอีกครั้งที่ 4 ในคราวนี้พยาบาลได้ใช้ ทฤษฎีรอยในการให้การดูแล ครั้งแรกพยาบาลได้เริ่มประเมินสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกระตุ้นหันใน ครอบครัวพบว่า สิ่งกระตุ้นในขณะนั้นคือ การเสียชีวิตของสามี ทำให้นางสาวไม่สามารถทำหน้าที่ ของแม่ที่ดีในการเลี้ยงดูลูก ๆ พยาบาลพบว่าลูก ๆ ได้มาทำหน้าที่ของแม่และบางครั้งแม่มีพฤติ กรรมเป็นแบบเด็ก ๆ ด้อยลูกสาวคนโตต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนแม่ เป็นผู้ใหญ ่เต็มตัวเจียบขมิ้ม ส่วนลูกชายคนเล็ก 2 คน กลายเป็นเด็กงอแงไม่ยอมทำอะไรทั้งนั้นในบ้านใช้ให้ พี่สาวทำให้ทั้งสิ้น

พยาบาลประเมินประวัติเดิมพบว่า นางสาวมาจากครอบครัวที่สูญเสียบิดาและมีปัญหาใน ด้านเศรษฐกิจ และมารดาติดเหล้า พฤติกรรมของมารดาเกิดขึ้นในช่วงนางสาวเป็นวัยรุ่น และนางสาว ขาดความเอาใจใส่จากมารดาตลอด ตัวนางสาวนั้น เคยเข้าโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่อายุได้ 16 ปี เนื่องจากมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ นางสาวได้รับการเอาใจใส่จากมารดา ต่อเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเท่านั้น

ในการใช้ทฤษฎีของรอยมาประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัด พยาบาลประเมินได้อีกว่า พฤติกรรมของนางสาว มีประวัติซ้ำรอยเดิมกับครอบครัวเดิมของนางสาว ครอบครัวนี้พบปัญหา เศรษฐกิจกลอนแคลน เพราะขาดผู้นำ คือ สามีได้เสียชีวิต การออกไปเที่ยวข้างนอกบางครั้งเพื่อ ใช้ร่างกายแลกเปลี่ยนกับเงินทอง เพื่อช่วยเหลือเศรษฐกิจของครอบครัว การกระทำของนางสาว มีเหตุผลต่อลูกซึ่งเห็นแบบอย่างที่ไม่ดีของแม่ เกิดความเชื่อฝังกับลูก ๆ ว่า แม่เป็นคนไม่เอาใจใส่ ไม่รับผิดชอบต่อหน้าที่ของแม่ พบว่า ลูกชายคนที่ 2 งอแงเหมือนเด็ก ส่วนคนที่ 3 ซึมเศร้าแยก ตัวเองไม่ทำกิจกรรมอะไรเลยในบ้าน

การปฏิบัติการช่วยเหลือของพยาบาลที่มีต่อครอบครัวนี้ คำนึงให้สมาชิกนึกถึงการปรึกษาหารือกันถึงความต้องการของกันและกัน การปรับตัวของครอบครัวคำนึงให้ครอบครัวได้รับแหล่ง ช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ บ้าง เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน ครู ฯลฯ พยาบาลพยายามพบกับครอบครัวทุกคน ให้ได้ปรึกษาหารือร่วมกัน พบว่าครอบครัวต้องขอความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจจาก ญาติ นางสาวได้เรียกน้ำสาวมาอยู่ช่วยทำงานบ้าน และปรึกษาในด้านปรับปรุงภาวะเศรษฐกิจภาวะ ในครอบครัว ส่วนตัวนางสาวพยายามที่จะเลิกไปเกี่ยวกับเพื่อนชาย เริ่มหางานทำที่ตนเองถนัด เช่น พยายามจะหัดทำอาหารเพื่อขายเป็นรายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ ช่วยครอบครัว โดยทำงานร่วมกันกับ น้ำสาว นางสาวปรับตัวเองได้โดยใช้เวลาสนใจในลูกชาย 2 คนเพิ่มขึ้น และลูกสาวคนโตก็สามารถ ช่วยงานแม่และน้ำสาวในการช่วยทำอาหารขายในหมู่บ้าน



ในการไปพบครอบครัวครั้งที่ 5 พยาบาลได้พบทุกคนในบ้านช่วยกันทำงาน ลูก ๆ ทุกคนมีหน้าที่ช่วยประกอบอาหาร แม่และน้าสาวเป็นคนปรุงและช่วยกันเงินรถออกไปขายในหมู่บ้าน ช่วงเวลาเย็น นางสาว มีงานทำตลอดเวลาเพราะต้องเตรียมอาหาร ความฟุ้งซ่านลดลง การทำงานทำให้ลืมเรื่องทุกข์ใจเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจลงได้ การมีรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้บรรยากาศดีดังเคยในครอบครัวลดลง

พยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงการปรับตัวของนางสาว โดยให้ได้ปรึกษาซึ่งกันและกันในครอบครัว ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้นและทุกคนช่วยกันปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้นอย่างถูกต้อง ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่ดีขึ้น บทบาทรับผิดชอบแต่ละคนดีขึ้น ระดับการปรับตัวของครอบครัวเหมาะสมขึ้น

**ข้อเสนอแนะ** จากแนวความคิดของการนำทฤษฎีรอยในการประยุกต์ใช้ในการทำครอบครัวบำบัดนี้น่าจะได้นำไปใช้ในการปฏิบัติและวิจัย โดยหาเครื่องมือในการวัดหาการปรับตัวของบุคคล การวิจัยเป็นทางหนึ่งที่จะได้นำทฤษฎีนี้ลงไปใช้ในครอบครัวจริง ๆ และจะได้อธิบายทฤษฎีได้มากยิ่งขึ้น

**สรุป** ถ้าว่า ครอบครัวตามทฤษฎีของรอย อธิบายว่า หมายถึงระบบของการปรับตัวซึ่งผู้ให้การบำบัดเป็นผู้คล่องแคล่วว่องไว สัมผัสต่อการปรับตัวใน 4 ด้านของบุคคล เช่น ทางกายภาพ ทางมโนทัศน์ของตนเอง บทบาทและหน้าที่ รวมทั้งการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หรือการสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน

พยาบาลซึ่งเป็นนักครอบครัวบำบัดตามทฤษฎีของรอย ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ซึ่งมีทั้งภายในตัวบุคคล คือ ลักษณะอุปนิสัย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผล เช่น สิ่งกระตุ้นในปัจจุบัน สิ่งกระตุ้นที่มีผลทั่ว ๆ ไป สิ่งกระตุ้นทางด้านความเชื่อประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับ ทฤษฎีค่านึงครอบครัวเป็นระบบทั้งหมด สมาชิกทุกคนต้องพยายามที่ปรับตัวของตัวเองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ต่าง ๆ เสมอ นักครอบครัวบำบัดเมื่อใช้ทฤษฎีรอย ต้องร่วมให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทุกคน ต้องพบสมาชิกทุกคน พยายามให้สมาชิกในครอบครัวได้มองเห็นปัญหาร่วมกัน ร่วมกันตั้งจุดมุ่งหมายของการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันประเมินแนวทางของการปรับตัว และช่วยกันทำให้ครอบครัวทั้งหมดได้ปรับตัวเข้าสู่สภาพเดิมให้เหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

Phares EJ. *Clinical Psychology Concepts Methods and Profession*. Homewood:

The Dorsey Press, 1978:441-444.

Kneisl CR. *Wadsworth's Review of Nursing*. State University of Buffalo

California: Wadsworth Health Service Division, 1985:136-138.

Whall AL. *Family Therapy Theory for Nursing*. Norwalk Connecticut :

Appleton-Century Crofts, 1986 : 51-52,29.

## บรรณานุกรม

Prochaska JO. *System of Psychotherapy, a Transtheoretical Analysis*. Homewood: The

Dorsey Press,1979.

Haber J. et al. *Comprehensive psychiatric nursing*. New York : Mc Graw -Hill

Book, 1978.

Shorthridge LM. Lee FJ. *Introductory Skill for Nursing Practice*. New York :

Mc Graw-Hill Book, 1987.

Stuart GW. And Sundeen SJ. *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*.

St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1987.

Usdin G. and Lewis JM. *Psychiatry in General Medical Practice*. New York :

Mc Graw- Hill Book, 1979.

## บุคคลที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่น\*

เมื่อเด็กไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ เขาจะเติบโตกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่น

ความรู้สึกขัดแย้ง มีผลต่อการรวบรวมความคิด จิตใจมนุษย์ 3 ประการ ที่สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดในการดำรงชีวิตคือ สภาพทางเพศ ความก้าวร้าว และการพึ่งพาผู้อื่น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาพทางเพศ และความก้าวร้าว ได้รับความสนใจในการศึกษามากที่สุด อาจเป็นเพราะทั้งสองสิ่งนี้พร้อมที่จะนำมาแสดงให้เห็นได้ และเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น แต่ความรู้สึกขัดแย้งเกี่ยวกับการพึ่งพาผู้อื่น น่าจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าและอาจมีผลกระทบต่อสถานภาพทางเพศและความก้าวร้าวได้ เนื่องจากความต้องการพึ่งพาผู้อื่น เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เริ่มตั้งแต่มีการปฏิสนธิ มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตชนิดเดียวที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งทางด้านอารมณ์และร่างกายเพื่อที่จะสามารถมีชีวิตรอด

มีแนวความคิดว่า พัฒนาการของมนุษย์ในทารกจะค่อย ๆ เพิ่มความเป็นอิสระเท่าที่ร่างกายและจิตใจนั้นสามารถเจริญได้ ทารกที่เกิดมาทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยการเลี้ยงดู 100% ปรากฏการณ์ที่ทารกเริ่มจะเป็นอิสระเกิดเมื่อ ทารกเริ่มมีการเรียนรู้ที่จะพูด และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และสมองเล็ก ๆ นั้นก็จะค่อย ๆ เรียนรู้ว่ามีโลกนี้มีอยู่ 2 ส่วน คือ ตัวเขาเองและสิ่งอื่น ๆ

ความจริงแล้วทารกไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นทั้งหมด แต่สถานการณ์แวดล้อมทำให้เป็นเช่นนั้น การที่จะมีชีวิตอยู่ได้นั้น ขึ้นกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ มีข้อสงสัยว่า บางครั้งทารกได้รับความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายจากผู้เลี้ยงดูเมื่อยังเยาว์วัยอยู่ จะทำให้เกิดปัญหาในอนาคต คือ ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น

**การตอบสนองความต้องการพึ่งพาผู้อื่น** เด็กที่ได้รับการตอบสนองภาวะพึ่งพาผู้อื่นในเวลาที่เหมาะสม ด้วยท่าที่อบอุ่น ก็จะเติบโตด้วยความรู้สึกที่มั่นคงและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งความไว้วางใจนี้จะเริ่มจากแม่พ่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว การรู้ถึงคุณค่าแห่งตนจะเพิ่มขึ้น เมื่อรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นที่ต้องการและมีคุณค่า ในทางตรงกันข้ามภาวะไร้คุณค่าแห่งตน อาจเกิดจากการไม่ได้รับ ขาดการตอบสนองความต้องการพึ่งพาผู้อื่น



มีข้อสันนิษฐานว่า ในการพัฒนาความต้องการพึ่งพาของบุคคล จะพัฒนาจากการตอบสนอง 3 ระดับคือ

1. พึ่งพามากและเป็นเวลานานเกินไป
2. พึ่งพาน้อย ระยะเวลาสั้นเกินไป
3. พึ่งพาบ้างในระดับพอดี

เด็กที่พึ่งพาผู้อื่นมากและเป็นเวลานานเกินไปจะไม่ได้ได้รับการพัฒนาอย่างเพียงพอ เมื่อเด็กพวกนี้โตขึ้นจะเป็นคนอ่อนแอที่ต้องการปกป้องอย่างมาก (Over Protect) เด็กเหล่านี้จะมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมกับอายุ และความสามารถ ไม่เกิดการพัฒนาการรู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Self esteem) เด็กจะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องการความช่วยเหลือพึ่งพาผู้อื่น และมีชีวิตอยู่โดยกลัวว่าความต้องการพึ่งพา (Dependency Need) จะไม่ได้การตอบสนอง และไม่สามารถใช้พลังที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ได้

เมื่อความต้องการพึ่งพาผู้อื่นได้รับการตอบสนองน้อยเกินไป และในเวลาสั้นหรือไม่ได้การตอบสนองเลย ผลที่แสดงออกมาจะเหมือนกับการได้รับการตอบสนองมากเกินไปเขาพยายามหาสิ่งที่มาตอบสนองความต้องการพึ่งพาจากภายนอก จากครอบครัว เพื่อนและตัวแทน เพื่อเสริมในสิ่งที่เขาไม่เคยได้รับ เมื่อได้รับการตอบสนองการพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้เป็นคนที่เป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Hyperindependent) ซึ่งเกลียดการพึ่งพาผู้อื่น และพัฒนาลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่เกิดจากภูมิหลังมีดังนี้:-

1. ความโกรธ (Anger) คนพวกนี้มักแสดงอารมณ์โกรธอยู่เสมอ โดยความรู้สึกโกรธอาจจะถูกควบคุม ซ่อนอยู่ภายในด้วยความรู้สึกที่ถูกโกง คนกลุ่มนี้ในวัยเด็กเขาจะรู้สึกว่าเขาขาดอะไรบางอย่าง ซึ่งทำให้เขาเกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เขาจะมีความรู้สึกตำหนิคนอื่นที่ทำให้เขามีสิ่งที่ผิดปกติ แต่ความรู้สึกนี้จะกลับกลายเป็นการตำหนิตนเอง และมองโลกในแง่ร้าย

2. ความไม่ไว้วางใจผู้อื่น (Distrust) การไม่ได้การตอบสนองการพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสมทำให้เด็กเกิดการไม่ไว้วางใจผู้อื่น ความรู้สึกไว้วางใจ และไม่ไว้วางใจ จะปรากฏในเด็กอายุ  $1-1\frac{1}{2}$  ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้เลี้ยงดูว่า จะสามารถตอบสนองความต้องการพึ่งพาผู้อื่นของเด็ก ได้มากน้อยเพียงใด หากผู้เลี้ยงดูไม่ให้ความรู้สึกที่เชื่อถือมั่นคงแก่เด็ก เมื่อเด็กเติบโตจะเกิดผลในด้านสัมพันธภาพ อันเป็นผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ กลายเป็นบุคคลที่ทำอะไรคนเดียว



**3. ความรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตนน้อย (Low Self Esteem)** พัฒนาการของความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองนั้นมีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญมีอยู่ 2 ประการ คือ

1. การติดต่อสื่อสารจากผู้เลี้ยงดู
2. การฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ในช่วงของพัฒนาการวัยเด็ก

ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูไม่แสดงการติดต่อสื่อสารที่ตอบสนองความต้องการพึ่งพาของทารก เด็กจะรู้สึกว่าเขาเป็นคนไม่สำคัญ ซึ่งเป็นผลให้เด็กขาดการพัฒนาการรู้ถึงคุณค่าแห่งตน

**“เด็กที่ได้รับการตอบสนองภาวะพึ่งพาผู้อื่น ในเวลาที่เหมาะสม ด้วยท่าทีที่อบอุ่นก็จะเติบโตด้วยความรู้สึกที่มั่นคง และไว้วางใจผู้อื่น”**

**“หากผู้เลี้ยงดูไม่ให้ความรู้สึกที่เชื่อถือมั่นคงแก่เด็ก เมื่อเด็กเติบโตจะเกิดผลในด้านสัมพันธภาพ อันเป็นผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ กลายเป็นคนที่ทำอะไรคนเดียว”**

สิ่งแวดล้อม องค์ประกอบประการที่ 2 เป็นสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง โดยความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เลี้ยงดู ยอมให้เด็กทำอะไรด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจและการแสดงออก แต่ไม่ควรให้เด็กเกิดความคับข้องใจมากเกินไป ในการที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่เขาไม่สามารถทำได้ ยกตัวอย่างเช่น เด็ก 2 ขวบ ควรปล่อยให้เขาเดินเตาะเตาะด้วยตนเอง และจะเป็นการดีมาก ถ้ามีคนคอยช่วยเหลือให้ลุกขึ้นเมื่อเขาล้มลง

ผลต่าง ๆ เหล่านี้อาจสรุปได้ว่า การรู้ถึงคุณค่าแห่งตนน้อย ความโกรธ และความไม่ไว้วางใจเป็นผลมาจากผู้เลี้ยงดูที่คาดหวังมากเกินไปหรือไม่ตอบสนองการพึ่งพาผู้อื่นในช่วงอายุที่เหมาะสม ผลสุดท้ายของปัจจัยเหล่านี้ จะสามารถอธิบายได้ว่า **ทำไมคนที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่นจึงมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมาก**

#### กรณีตัวอย่าง

นายโชคโชน อายุ 44 ปี นักธุรกิจผู้มั่งคั่งจากการทำงานหนักด้วยประสบการณ์และความพากเพียรพยายาม ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุรถยนต์ นายโชคโชนไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนั้นยังออกคำสั่ง และขู่เชิญผู้รักษา

เขาจึงถูกส่งตัวมารักษาอาการทางจิต นายโชคโชน ทำตัวเป็นศัตรูกับจิตแพทย์อย่างเปิดเผยบอกว่าเขาไม่ได้บ้า เขาไม่ต้องการจิตแพทย์และถ้าเขาต้องการจิตแพทย์สักคนเขาก็จะจัดการเอง จิตแพทย์เห็นด้วยที่คนไข้โกรธ เนื่องจากแพทย์ที่รักษาเขาไม่ได้บอกเขามาก่อนว่าเขาจะต้องมีจิตแพทย์รักษา จิตแพทย์พูดกับนายโชคโชนว่าเขาเข้าใจว่าทำไมนายโชคโชนจึงรู้สึกไม่สบายใจ อาการนี้ปรากฏตั้งแต่เขาได้เข้ามาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่ได้ไปไหนและได้รับการตรวจ

วินิจฉัยอย่างมากมาย และการรักษาก็ไม่ช่วยในเรื่องนี้ นายโชคโชนเห็นพ้องด้วย และยินยอมรับฟังในเวลาต่อมา

จากประวัติครอบครัว เขาเป็นลูกชายคนโตในจำนวน 4 คน ของครอบครัวชาวนาที่เจ้าระเบียบ พ่อแม่ของเขาเชื่อว่าการทำงานหนัก และการฝึกวินัยในตนเอง จะทำให้เขาช่วยเหลือตนเองได้ท่ามกลางความยากจน

นายโชคโชนทำงานที่นาเมื่อในไร่ตั้งแต่อายุน้อย เขาเรียนรู้ว่า การแสดงออกถึงความต้องการทางด้านอารมณ์เป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และคนที่อ่อนแอไม่สามารถอยู่ได้ในโลก พ่อแม่ของเขาไม่ได้โหดร้ายกับเขา และเขาก็ไม่ได้ถูกละเลย แต่พ่อแม่ไม่ได้แสดงความอบอุ่น และการเป็นที่พึ่งได้ให้กับเขา เมื่อเขาอายุ 8-9 ปี ได้ถูกส่งไปทำธุรกิจในหมู่บ้านใกล้เคียง ๆ พ่อของเขาจัดหาม้าให้เขาเดินทาง การเดินทางต้องผ่านภูเขา ซึ่งเขาบังคับม้าด้วยความยากลำบากและเกือบจะเอาชีวิตไม่รอด เมื่อเขากลับถึงบ้านและได้เล่าให้พ่อของเขาฟังในสิ่งที่เกิดขึ้น พ่อของเขาหัวเราะบอกว่านั่นเป็นบทเรียน ซึ่งบทเรียนนี้สอนให้เขาเป็นเด็กชายตัวเล็ก ๆ ที่ไม่ต้องพึ่งพาใคร

นายโชคโชน ออกจากโรงเรียนหลังจากจบระดับ 8 มาช่วยพ่อทำงานในไร่ เมื่อถูกเกณฑ์ทหาร ด้วยบุคลิกที่ไม่พึ่งพาใครของเขา ทำให้เขามีคุณสมบัติเป็นทหารที่ดี เขาได้รับราชการทหารจนมียศสิบเอก จึงออกจากทหารทำธุรกิจของตนเอง เขาทำงานหนักชนิดที่ว่า 25 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 8 วันต่อสัปดาห์

นายโชคโชน มีคนต้องพึ่งพาเขาอยู่คือ ลูก 2 คน ภรรยา 1 คน และญาติเป็นจำนวนมาก เขาชอบที่จะช่วยเหลือผู้อื่น และให้ผู้อื่นต้องพึ่งพาเขา แต่ไม่ชื่นชมยินดีกับคนเหล่านั้น เนื่องจาก การพึ่งพาคนอื่น ในความคิดของเขาคนคือ คนอ่อนแอ เขาจะหาวิธีพิสูจน์ว่าเขามีความสามารถกว่าคนอื่น ดังนั้นเมื่อมาอยู่โรงพยาบาลซึ่งต้องรับบทบาทของการต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นครั้งแรก เขาจึงรู้สึกว่าจะไม่สามารถยอมรับมันได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลเขาพบจิตแพทย์หลายครั้ง และเมื่อเขาออกจากโรงพยาบาลแล้ว เขาไปปรึกษาจิตแพทย์ด้วยตนเองหลายครั้ง เขาได้เข้าใจถึงพฤติกรรมการเป็นอิสระมากเกินไปของตนเอง และสามารถพัฒนาจากความรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน

หากเราจะพิจารณาถึงกลไกทางจิตของบุคคลที่เหมือนกับนายโชคโชน ซึ่งไม่ได้รับการตอบสนองเรื่องการพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากตั้งแต่เด็ก จนเกลียดการพึ่งพาผู้อื่นอย่างมายนั่นสามารถอธิบายได้ดังนี้:-

**ขั้นแรก** เขาเก็บความต้องการที่จะมีคนดูแลเอาใจใส่ เขาจะไม่ยอมรับว่ามันเป็นความผิดปกติ เขาคิดว่าเขารู้จักตนเองดี

**ขั้นที่สอง** ใช้กลไกป้องกันแบบกระทำในทางตรงกันข้ามกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริง (Reaction - Formation) เพื่อเก็บกดภาวะที่ไม่อาจยอมรับได้ ทั้งทางด้านทัศนคติ ความปรารถนา ซึ่งจะเปลี่ยนไปในทางตรงข้าม นี่เป็นกลไกป้องกันทางจิตชนิดหนึ่ง สำหรับนายโชกโซน เขาสามารถทำงานได้ดีและประสบความสำเร็จมาตลอด จนกระทั่งเขาจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์เมื่อเขาได้รับอุบัติเหตุ

นายโชกโซน เป็นผู้ที่ถูกมองว่าเป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองตลอด และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ภาพพจน์เขาในสายตาของผู้อื่นเสียไป จึงเป็นเหตุผลที่ว่าทำไมเขาจึงเกลียดการพึ่งพาผู้อื่น การใช้กลไกทางจิตแบบกระทำในทางตรงกันข้ามกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริง (Reaction - Formation) จึงเกิดขึ้นเพื่อประคับประคอง Ego ของเขาเอง

คนที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่น ส่วนใหญ่มักจะเป็นคนที่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีเกียรติมีค่านับหน้าถือตา แต่เกียรติยศการยอมรับนับถือนั้น สำหรับสิ่งที่เขาทำ ไม่ใช่ให้แก่ตัวเขาเอง ดังนั้นจึงต้องคงสภาพนั้นไว้ด้วยการทำงานหนักและไม่มัววันที่จะผ่านไป และสนุกสนานในการทำงานนั้น บุคคลที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่น จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงอย่างน้อย 1 ใน 10 บุคคลที่เป็นอิสระมากเกินไปไม่พึ่งพาใครจะมีความรู้สึกเศร้า บางคนจะกลับไปต้องการการพึ่งพาเหมือนเด็ก

ผลกระทบที่สำคัญ และเป็นอันตรายอย่างหนึ่งของการเป็นอิสระมากเกินไป คือ เป็นทัศนคติที่สามารถถ่ายทอดสืบต่อกันได้ เช่นเดียวกันกับพ่อของนายโชกโซนสืบทอดมาให้ นายโชกโซน และถ้าหากนายโชกโซนไม่เจอปัญหาและปรับตัวได้เสียก่อน อย่างน้อยลูก 2 คนของนายโชกโซนอาจจะสืบทอดทัศนคตินี้ต่อก็ได้

บุคคลที่เกลียดการพึ่งพาผู้อื่นมักจะทำตัวเป็นคนไข้ที่มีปัญหา โดยจะเห็นว่าแพทย์เป็นผู้มีอำนาจ เขาจึงต่อต้านด้วยการไม่ยอมตอบคำถามของแพทย์ที่บังคับเขา แต่เขาจะทำตัวดีมากเมื่อพบแพทย์ที่เข้าใจเขา และยอมให้เขาควบคุมตัวเองตามสมควรที่ไม่ขัดกับแนวการรักษา ความยึดหยุ่นเป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะและมีคุณค่าสำหรับบุคคลที่ปรารถนาจะมีชีวิตอย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นยังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้รักษาที่ต้องการความสมบูรณ์ สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เขาชอบรับการรักษาซึ่งผู้รักษาต้องเข้าใจสถานการณ์ การกระทำ และความต้องการของคนไข้

## เอกสารอ้างอิง

Mathis. JL. People who Hate Dependency. *Medical Aspect of Human Sexuality*. 1985; 19 : 64 – 74.



## ความอายนั้นเป็นไหน \*

ความอาย (Shame) เป็นความรู้สึกเล็ก ๆ อยู่ภายในของบุคคลที่คาดคะเนเอาเองว่าตัวเองขาดแคลนในทุกสิ่งอย่าง เช่น ขาดความรัก ขาดความอบอุ่น เป็นผลให้บุคคลขาดความเชื่อมั่น ขาดความเป็นตัวเอง ไม่กล้าพูด ไม่กล้าทำ ในสิ่งที่ใจปรารถนาจะทำ ตามที่ แคมป์เบลล์ (Campbell, 1984 : 63 ) ได้ให้คำจำกัดความของความอายว่า ความอายเป็นความรู้สึกที่สะสมอยู่ภายในตัวบุคคลมาตลอดเวลาว่า ตัวเองได้รับความไม่เพียงพอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เช่น ขาดแคลนสิ่งของสวย ๆ งาม ๆ ทางวัตถุ ขาดแคลนบุคคลที่เป็นที่รัก บุคคลเกิดความกลัว อยู่ภายในจิตใจ เช่นกลัวการจากพรากไปของบุคคลที่รัก กลัวว่าจะไม่ได้รับความรัก กลัวจะทำในสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เสื่อมเสียและได้รับความอับอายจนไม่กล้าจะทำอะไรทั้งสิ้นในสังคม ทำให้บุคคลไม่กล้าพูด กล้าแสดงออก เจียมเฉย แยกตัวเองออกจากสังคม

### ทฤษฎีของความอาย

Sigmund Freud (อ้างใน Campbell 1984: 63 ) กล่าวว่า ความอายเป็นการกระทำตรงกันข้ามกับใจปรารถนา (Reaction Formation) ความจริงแล้วบุคคลอยากที่จะแสดงความรู้สึกต้องการทางเพศ แต่กลับทำตรงข้าม คือ ขยะแขยงอับอายต่อการแสดงออกทางเพศ ทำให้ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องไม่เหมาะสม ดังนั้น ถ้าบุคคลได้แสดงออกถึงความรู้สึกทางเพศ บุคคลจะรู้สึกอายต่อการกระทำของตนเอง

อีริกสัน (Erikson, 1963) ได้อธิบายในขั้นตอนของการพัฒนาของบุคคลในสังคมในระยะที่ 2 ของชีวิต ซึ่งตรงกับวัยเด็ก 2-3 ขวบระยะนี้บุคคลจะมีความรู้สึกสงสัย (Doubt) ในสิ่งต่าง ๆ ตำรวจส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งอวัยวะเพศของตนเอง ความอยากรู้อยากเห็นของบุคคลในวัยนี้ ถ้าไม่ถูกห้ามปรามโดยพ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิด บุคคลจะมีแนวความคิดอิสระเป็นของตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ในระยะนี้ถ้าพ่อแม่พูดแต่คำว่า “อย่า” หรือ “อย่าทำ” หรือ ห้ามลูกตลอด จะขัดขวางพัฒนาการความเป็นตัวของตัวเอง ก่อให้เกิดความอาย ไม่กล้าแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นของตนเอง บุคคลจะเริ่มพัฒนาความอาย จากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ขอบห้ามหรือพูดแต่คำว่า “อย่านะ” หรือ “อย่าทำ” เสมอ ๆ ในชีวิตประจำวันของการเลี้ยงดูลูก

---

\* วารสารจิตเวชขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 9 มกราคม – มีนาคม 2532



ปีแอร์และซิงเกอร์ (Piers and Singer, 1953) มีแนวความคิดว่า ความอายเป็นผลมาจากอาการของโรคประสาท (Neurosis) ซึ่งบุคคลเกิดความขัดแย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างตนเองที่แท้จริง (Ego) และตนเองตามอุดมการณ์ของบุคคลสำคัญในชีวิต (Ego Ideal) ความขัดแย้งกันอย่างรุนแรงของตนเองและสิ่งที่ตนเองอยากจะทำแต่ไม่ได้ทำ บุคคลต้องปฏิบัติตามความต้องการของบุคคลอื่น ๆ บุคคลจึงเกิดความท้อแท้ใจ ผิดหวัง เสียใจ บุคคลมักใช้กลไกทางจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล และลดความอายลงโดยบุคคลมักถอยหนี แยกตัวเอง ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงในสิ่งต่าง ๆ จนทำให้ออกมาจากโลกของความจริงและมีแนวความคิดต่อตนเองแปรวนแปรไป

วัมเซอร์ (Wumser, 1981) มีแนวความคิดว่า ความอายเป็นบ่อเกิดของความวิตกกังวลของบุคคล ทำให้บุคคลไม่กล้าที่จะแสดงสิ่งต่าง ๆ ต่อหน้าชุมชน รวมทั้งอายในการกระทำของตนเอง เป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมแยกตัวเอง และทอดทิ้งบุคคลอื่น ๆ หรือหนีจากบุคคลอื่น ๆ

จากวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จากหลาย ๆ นักทฤษฎีมักสรุปมโนทัศน์หรือความหมายที่สำคัญของความอายได้ดังนี้

1. บุคคลมักจะมีตนเองตามอุดมการณ์ของบุคคลอื่น ๆ (Ego Ideal) สูงเกินไปไม่สอดคล้องตามความเป็นจริง เช่น อยากจะเรียนแพทย์ทั้ง ๆ ที่เรียนไม่เก่ง
2. บุคคลเกิดความขัดแย้งระหว่างตนเองที่แท้จริง (Ego) และตนเองตามอุดมการณ์ (Ego Ideal) ของบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น อยากเรียนครู พ่อแม่กลับให้เรียนพยาบาลจึงอายไม่ยอมเรียน ไม่กล้าพูดสิ่งที่แท้จริงกับพ่อแม่
3. เกิดมีสถานการณ์ต่าง ๆ มากกระทบบุคคลทำให้ตนเองรู้สึกด้อยค่า เช่น ถูกล้อเลียน ถูกเยาะเย้ยถากถางให้ได้รับความอับอาย
4. บุคคลมองดูหรือรับรู้ตนเองมีแต่ความล้มเหลว หรือทำอะไรไม่เคยประสบความสำเร็จเลยแม้แต่ครั้งเดียว เช่น คิดว่าตนเองเรียนไม่เก่งสอบตกเรื่อย ๆ จึงเกิดความไม่กล้าที่จะสอบอีกต่อไป
5. บุคคลคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีสมรรถภาพจากคำพูดของบุคคลอื่น ๆ หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น พ่อแม่เลยทำให้บุคคลเก็บเอามาคิดและน้อยเนื้อต่ำใจว่าตนเองขาดความสามารถ ดังนั้นจึงสะสมแต่ความอายไว้ภายในจิตใจ

6. บุคคลจะมีความรู้สึกอายอย่างมากเมื่ออยู่ต่อหน้าสาธารณชน ความอายเกิดจากความไม่เชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนเองจะทำอะไรไม่ถูกต้อง ไม่เป็นที่ยอมรับ ดังนั้นบุคคลจะกระสับกระส่าย หลีกเลียง พุดโป๊ปด ปฏิเสธสิ่งต่าง ๆ ก้มหน้าไม่ยอมเงยหน้าเมื่ออยู่ต่อหน้าสาธารณชน

7. บุคคลมีความอายมักจะใช้กลไกทางจิตต่อไปนี้เสมอ ๆ เช่น แยกตัวเอง ลงโทษผู้อื่น ถอยหนี ปฏิเสธความจริง ฯลฯ

8. บุคคลมีความอาย จะมีความรู้สึกกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต

### ความแตกต่างของคำว่าอายและความรู้สึกผิด

มีหลายนักทฤษฎีเชื่อว่า มีความคล้ายกันหรือเหมือนกันของความอาย และความรู้สึกผิด เพราะแนวความคิดหรือมโนทัศน์ทั้งสองอย่างเป็นรากฐานให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน และเป็นสาเหตุให้บุคคลทำลายตนเองและเป็นบ่อเกิดของอาการทางจิตได้เช่นเดียวกันมีเพียงความแตกต่างกันเป็นบางจุดสำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้ เช่น

**ความอาย** จะเกิดความขัดแย้งของตนเอง (Ego) และตนเองตามอุดมการณ์ของบุคคลอื่น (Ego Ideal) เช่นอยากจะเป็นนักดนตรี แต่พ่อแม่อยากให้เรียนแพทย์

**ความรู้สึกผิด** จะเกิดจากความขัดแย้งของตนเอง (Ego) และมโนธรรมหรือศีลธรรมจรรยา (Superego) เช่นพ่อแม่สอนว่าลักขโมยเป็นของไม่ดี ลูกได้ทำไปจริงจึงรู้สึกผิดเพราะขัดแย้งกับสิ่งที่พ่อแม่เคยสอนมา เป็นต้น

**ความอาย** เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในที่ถูกสะสมเอาไว้อย่างลึก ๆ จากการเลียดูของพ่อแม่ที่เห็นว่าลูกเป็นคนไม่ดี ดังนั้น ความอายถูกสะสมอยู่ภายในใจทำให้บุคคลเป็นคนไม่ค่อยกล้าแสดงมาตลอด ตั้งแต่เด็กจนเป็นวัยผู้ใหญ่

**ความรู้สึกผิด** เป็นความรู้สึกจากการมีสถานการณ์หรือเหตุการณ์มากระตุ้นจากภายนอกอย่างชัดเจน เช่น ถูกลงโทษจากพ่อแม่เมื่อทำผิดบุคคลจึงมีความรู้สึกผิดและกลัวการลงโทษไปด้วย ตัวอย่างเช่นบุคคลได้เคยด่าบุคคลอื่น ๆ แล้วบุคคลกลัวความผิดอย่างมากอย่างไม่น่าให้อภัยแก่ตนเอง ความรู้สึกผิดเป็นผลให้บุคคลลงโทษตนเอง และคิดทำลายตนเองได้ง่าย

### การศึกษาเฉพาะกรณี

นายพิศดาร ชายไทยวัย 31 ปี มาโรงพยาบาลจิตเวชโดยไม่ยอมพูดกับใคร ๆ ที่บ้าน นายพิศดารพยายามทำให้ตนเองหายจากการติดยาเสพติดโดยใช้ยา Methadone ถึง 27 เม็ด เพื่อเป็นการทำให้ตนเองหายจากการติดยาเสพติด คือ เฮโรอีน หลังจากบิดาพานายพิศดารไปล้างท้อง ที่โรงพยาบาลฝ่ายกายแล้ว นายพิศดาร ซึมไม่พูดจากับใคร บิดาจึงพามาโรงพยาบาลจิตเวช บิดาของนายพิศดารอธิบายในประวัติดังนี้:-

นายพิศดารเป็นลูกชายคนโตซึ่งบิดามารดาคาดหวังอยากรจะให้เรียนแพทย์ แต่นายพิศดาร สนใจแต่การเล่นดนตรี คีตกีตาร์ บิดามักดุและเข้มงวด พยายามให้ผู้ป่วยเลียนแบบพี่สาว ซึ่งเป็น นักศึกษามหาวิทยาลัย บิดาคิดว่านายพิศดารมีความสามารถในการเรียนแต่ขาดแรงจูงใจ ขาด ความขยัน ในที่สุดนายพิศดารเรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และคบเพื่อน สูบเฮโรอีน ติดัญชา ไปซัอมดนตรีตลอดเวลา บิดาพาไปรักษาการติดยาเสพติดที่โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ แต่เมื่อกลับมา ผู้ป่วยไม่ยอมเรียนอยู่บ้านเฉย ๆ บอกบิดาว่าไม่กลับไปสูบบุหรี่หรือติดยาอีก แต่แล้วพอบิดาไป ทำงาน นายพิศดารก็รู้สึกละอายกลัวว่าบิดาจะจับได้ว่าไปติดยาอีก นายพิศดารจึงกินยา Methadone 27 เม็ด เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่าไม่ติดยาอีกแล้ว แต่ยามิฤทธิ์มากเกินไปจนทำให้นาย พิศดารมีอาการของยาเป็นพิษจนต้องเข้าโรงพยาบาล นายพิศดารไม่ยอมเรียนหนังสือ บิดาฝาก ทำงานเป็นเด็กปั้มน้ำมัน เวลามีคนมาเติมน้ำมัน นายพิศดารจะก้มหน้าตลอด ไม่พูดจากับลูกค้า เป็นที่หนักใจของเจ้าของปั้มน้ำมัน บางครั้งนายพิศดารชอบแอบหนีไปนอนอยู่หลังปั้มน้ำมันคน เดียว

### ปฏิบัติการช่วยเหลือบุคคลที่มีความละเอียด

เมื่อต้องดูแลนายพิศดาร ควรประเมินความละเอียดของนายพิศดาร รับฟังสิ่งที่นายพิศดาร พูดหรือระบายความรู้สึก สิ่งใดที่เป็นสิ่งที่นายพิศดารรู้สึกอับอาย ไม่ควรรีบให้พูดทันที ทาราโชว์ (Tarachow, 1963) อธิบายว่า **บุคคลเมื่อมีความรู้สึกผิดชอบพรั่พรรณาคความผิดเสมอ ๆ แต่** **สำหรับผู้มีความละเอียดมักจะไม่พูด** ดังนั้นควรสังเกตสิ่งที่บุคคลไม่พูด ควรสังเกตปฏิกิริยาอาการ เป็นสำคัญ และคอยสนับสนุนให้พูดถึงตนเองในแง่ดี คอยให้กำลังใจสนับสนุน

ควรส่งเสริมให้นายพิศดารมองดูตนเองตามความเป็นจริง คือ สำรวจตนเองตามความเป็นจริงยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นข้อบกพร่องของตนเองหาทางปรับปรุงแก้ไข ไม่ถือว่าข้อบกพร่อง ในตนเองเป็นของน่าละเอียด



ควรส่งเสริมให้นายพิศดารไม่มีความรู้สึกขัดแย้งต่อบุคคลอื่น ๆ มากนัก การมองดูตนเอง และการรับรู้ของบุคคลอื่น ๆ ควรจะไม่แตกต่างกันจนเกินไป

ควรให้นายพิศดารตั้งเป้าหมายในชีวิตในทางที่เป็นไปได้กลับไปทำอาชีพที่คิดว่าเหมาะสม จะได้ประสบความสำเร็จและลดความเครียดต่อความล้มเหลวลง

สนับสนุนให้บิดามารดาและบุคคลในครอบครัวลดการคาดหวังต่อนายพิศดาร บิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัวให้กำลังใจสนับสนุน ไม่มองเห็นการกระทำของนายพิศดารเป็นความผิด ควรหาทางช่วยเหลือแก้ไข การได้รับการอภัยจะทำให้บุคคลมีพลังชีวิตต่อไป

สรุป ความรู้สึกอายเป็นความรู้สึกที่เจ็บปวดทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกว่าไม่มีใครรักไม่มีใครชื่นชม ความอายเป็นผลทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล หวาดกลัว ขี้เขลา เกิดความรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และคิดว่าตนเองจะล้มเหลวตลอดเวลา

บุคคลที่มีความอายมักจะแยกตัวเอง การแยกตัวเองจึงมีผลทำให้สร้างโลกต่าง ๆ ของตนเองที่ปราศจากความเป็นจริงอย่างสิ้นเชิง

การช่วยเหลือบุคคลที่มีความอายต้องมีความเพียรพยายาม เพราะความอายเป็นความรู้สึกที่เก็บเอาไว้มานาน ควรให้บุคคลค่อย ๆ ยอมรับในตนเองตามความเป็นจริง ควรช่วยเหลือประคับประคองให้บุคคลเห็นว่า ไม่มีอะไรผิดเกินไปในโลกนี้ ทุกสิ่งที่ทำไปมีทางแก้ไขหรือหาหนทางผ่อนปรนจากหนักให้เป็นเบาได้เสมอ ควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวให้ความรัก ให้ความเข้าใจผ่อนผันให้อภัยแก่บุคคลที่มีความอาย เพื่อป้องกันภาวะสับสน จนบุคคลคิดทำลายตนเอง ผู้มีความรู้สึกอายควรหาที่ปรึกษา เพื่อหาทางระบายและช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วทั้ง

## บรรณานุกรม

- Campbell,F.A. (1984). The Concept of Shame. **Perspectives in Psychiatric Care.** 12 (2) 60-64.
- Erikson. E.H. (1963). **Childhood and Society 2<sup>nd</sup>** ed. New York: W.W. Norton.
- Freud,S. (1953). **Three Essays on the theory of Sexuality.** London : Hogarth Press.
- Piers, G. and Singer M. (1953). **Shame and Guilt.** Springfield : C. Thomas.
- Tarachow, S. (1936). **An Introduction to Psychotherapy.** New York : International Universities press.
- Wumser, L.(1981). **The Mask of Shame.** Baltimore : Johns Hopkins Universities Press.



## การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช \*

บุคคลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทำลายตนเองไม่มากนักในชีวิตประจำวัน แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลมักจะรู้สึกว่าการหลีกเลี่ยงเมื่อต้องเผชิญกับการทำลายตนเองอย่างจริงจัง การที่บุคคลมีพฤติกรรมทำลายตนเองแล้วไม่ยอมรับนี้อาจเนื่องมาจากการใช้กลไกชนิดปฏิเสธ (Denial) หรือไม่ยอมรับว่า การกระทำนั้นเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเอง กล่าวคือ ไม่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การเสพยาเสพติด การรับประทานมากจนเกิดโรคอ้วน เหล่านี้เป็นอันตรายแก่ชีวิตของตนเอง เมื่อไม่ยอมรับนั้นก็หมายความว่า ยินยอมให้ตนเองเสี่ยงกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

พฤติกรรมทำลายตนเองที่รุนแรงที่สุด คือ การกระทำอัตวินิบาตกรรม (Suicidal Behavior) จินตนา ยูนิพันธุ์<sup>(1)</sup> อธิบายว่า การกระทำอัตวินิบาตกรรม หมายถึงพฤติกรรมที่ทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด คือ การฆ่าตัวตายนั่นเอง

สุวัทนา อารีพรรค<sup>(2)</sup> อธิบายว่า เป็นการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลให้ผู้กระทำเสียชีวิตถ้าหากพิจารณาโดยทั่ว ๆ ไปแล้วการฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่กำหนดออกมาด้วยความสมัครใจ จงใจที่จะปลิดชีวิตตนเอง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่บุคคลเกลียดตนเองหรือพยายามที่จะควบคุมเวลา สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความตาย การฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องของการติดต่อสื่อสาร การร้องขอความช่วยเหลือ เป็นอาการที่บุคคลประสงค์ที่จะหลบหนีออกจากสถานการณ์สุดท้ายที่จะทนทานได้

เรอบเน<sup>(3)</sup> อธิบายว่า บุคคลจะทำลายตนเอง มักเกิดจากสิ่งต่าง ๆ มากุคามภายในจิตใจของตนเอง ความจริงแล้ว บุคคลมักจะไม่ได้คิดทำลายตนเอง แต่เนื่องจากในจิตใจมีพลังบางอย่างที่เป็นศัตรูต่อตนเอง ทำให้ควบคุมพฤติกรรมที่คิดจะทำลายตนเอง บุคคลจะมีความรู้สึกเหมือนสมองส่งสัญญาณว่า “เหตุการณ์เช่นนี้ไม่น่าจะเป็นไปได้ คุณน่าจะตายเสียดีกว่า โดยการกำจัดตนเองทันที”/

เรอบเนกล่าวต่อไปว่า การทำลายตนเองเหมือนมีสัญญาณเตือนจากสมอง แต่บุคคลไม่ควรจะต้องรับสัญญาณนั้น ควรวิเคราะห์สถานการณ์ในชีวิตที่เกิด พยายามเข้าใจเหตุการณ์ ต่าง ๆ หาทางขจัดปัญหาให้หมดไป

---

\*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2532.

บุคคลที่ทำลายตนเองมักตกเป็นเหยื่อของข้อกล่าวหาที่อยู่ภายในตนเอง ข้อกล่าวหาหรือเสียงที่กล่าวหาในสมองมักจะมีลักษณะดังนี้

1. คุณเป็นคนโง่ คุณทำตัวของคุณให้เสียหาย
2. ทุกคนกำลังเยาะเย้ยคุณ คุณก็รู้ว่าไม่ดี คนอื่น ๆ ก็รู้ว่าคุณไม่ดี
3. คุณไม่มีทางเลือกอะไรอีกแล้ว คุณควรทำลายตนเองอยู่ไปก็ทนความทุกข์ใจไม่ไหว
4. คนบางคนเขาหักหลังคุณ คุณสู้เขาไม่ได้

ข้อกล่าวหาเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกผิดและหมดหนทางที่จะป้องกัน หรือต่อสู้เพื่อตนเอง

เรื่องที่จะเล่าต่อไปนี้เป็นชีวิตจริงของผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งซึ่งผู้เขียนได้พบ และผู้ป่วยได้จบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่น่าศึกษา และให้แง่คิดในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางจิตเวช และญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างยิ่ง

นายสมมุติ อายุ 16 ปี การศึกษา ป. 6 อาชีพทำนา ด้วยประสบการณ์อันไม่พึงปรารถนา เขาได้ถูกตำรวจจับในกรณีพกพาอาวุธ (มีด) ไปหิบบฉวยกระเป๋าจากร้านขายของโดยไม่จ่ายเงิน ครั้นเจ้าของร้านทวงถามเงินเขาก็เอามีดออกมาถือแล้วพูดว่า “อย่าขัดขวาง” ในวันต่อมาเขาได้ไปขอซื้อรถจักรยานอีก แต่ถูกตำรวจจับเสียก่อน ในข้อหาพกพาอาวุธและลักทรัพย์

พ่อแม่ให้เหตุผลกับเจ้าหน้าที่ตำรวจว่านายสมมุติป่วยเป็นโรคจิต เคยรักษาอาการทางจิต ดังนั้น 4 วัน หลังจากถูกจับ เขาจึงถูกส่งตัวมารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ในครั้งแรกที่เขาได้พบกับจิตแพทย์ จิตแพทย์บันทึกว่า เขาเป็นชายหนุ่มวัยรุ่น รูปร่างผอมสูง มีรอยแผลเป็นจากไฟลวกที่ขา 2 ข้าง การแต่งกายเรียบร้อย มีแผลเป็นที่เหนื่อตึงหูซ้าย ตลอดเวลาเขาจะนั่งก้มหน้า พูดเสียงค่อยแต่รู้เรื่อง อารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดียินร้ายกับใคร มีความรู้สึกไร้ค่าอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ คนอื่นสามารถล่วงรู้ความคิดตนเอง และความคิดตนเองถูกควบคุมอยู่ตลอด เขาแว่ได้ยินเสียงทั้งหญิงและชายมาบอกว่า “ไปตายซะ” คิดว่าตนเองป่วยเป็นประสาทเป็นบ้า (บอกว่าตนเองไม่ได้แก๊งบ้า...)

ผู้เป็นพ่อเล่าว่า นายสมมุติเป็นบุตรคนที่ 2 ในจำนวนพี่น้อง 4 คน เขาเป็นบุตรชายคนเดียวของครอบครัว เขาเป็นความหวัง เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวที่ช่วยทำงานทุกอย่างภายในครอบครัว ซึ่งมีพ่ออายุ 44 ปี แม่อายุ 32 ปี ฐานะค่อนข้างยากจน อาชีพทำนา

เมื่ออายุ 4 ขวบ เขาประสบอุบัติเหตุถูกไฟไหม้ลวกที่ขา 2 ข้าง เขาหมดสติอยู่ 1 เดือน รอยแผลที่ถูกไฟลวกเป็นแผลเป็นติดตัวเขามาจนโต ทำให้เกิดเป็นปมด้อยในตัวเขา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ นายสมมุติหันไปใช้ยาเสพติด กัญชา และคอกาวเป็นประจำประมาณ 1 ปีก่อน และเพิ่งจะเลิกมาได้ 3 เดือนนี้เอง หลังจากเลิกสิ่งเสพติด พ่อได้สังเกตเห็นว่านายสมมุติ มีอาการผิดปกติมากขึ้น พูดเพื่อเจือถึงพระอาทิตย์ พระจันทร์ พูดว่า พระอาทิตย์สั่งให้เขาทำงาน และระลึกชาติได้ว่า เป็นหนุมาน พ่อเป็นพระราม แม่เป็นนางสีดา มีแสงออกจากร่างกายของเขามักจะไปไหน ๆ คนเดียว อย่างไม่มีจุดหมาย ระยะหลัง ๆ พบว่านายสมมุติซึมลงมาก อารมณ์ไม่คงที่ ยิ้มหัวเราะคนเดียว นั่งซึมอยู่ไม่พูดได้ตอบคนเดียวบางครั้งก็เหม่อลอย หูแว่วได้ยินเสียงพ่อเรียก เวลากลางคืนนอนไม่หลับ ชอบออกนอกบ้านจนเกิดเหตุขึ้น

เมื่อ นายสมมุติเข้ารับการรักษาที่ตึก 3 ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เขาได้ถูกส่งไปพบ นักจิตวิทยาเพื่อทำการทดสอบสภาพจิต ในระยะแรกเขาได้ให้ความร่วมมือดีต่อการทดสอบผลปรากฏว่า เขาสามารถให้การตอบสนองทั่ว ๆ ไปได้ในบางลักษณะ แต่เมื่อซักถามมากเข้าการตอบสนองจะเสียไปการตอบจะสับสนมากขึ้น พบว่า นายสมมุติน่าจะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์และความคิดอยู่บางส่วน เมื่อเขากลับมาถึงหอผู้ป่วย ได้พบและพูดคุยกับจิตเวชแพทย์ผู้ทำการบำบัดรักษาเขา ใบหน้าเขาซึมเศร้าแจ่มใสกว่าวันก่อน ๆ การพูดคุยต่อเนื่องได้เรื่องราวดี แต่ยังมีความคิดว่า พระอาทิตย์ยังคุ้มครองตนอยู่ ขณะที่ไปขโมยของได้ยินเสียงพระอาทิตย์พูดคุยด้วยในสมอง หูแว่วได้ยินเสียงคำว่า “เป็นหมาจิ้งจอก” คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต และโรคกระเพาะ

ในระหว่างที่พักรักษาตัวอยู่ภายในตึก 3 นุเคราะห์ที่ใกล้ชิดกับนายสมมุติมากที่สุดก็คือ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เล่าว่า สัปดาห์แรก นายสมมุติ มีที่ท่าที่ไม่ไว้วางใจใคร ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายในตึกเขาจะซึมเฉยเหม่อลอย แยกตัวเอง นั่งอยู่ได้ต้นไม้ ยังไม่เข้าร่วมกับกลุ่มกิจกรรมใด ๆ ทั้งสิ้นบางครั้งก็หลบนอนอยู่บนเตียง ลักษณะการนอนมักจะนอนคลุมโปง โดยเอาผ้าขาวม้าของเขาเองมัดหัวมัดท้ายนอนคลุมตัวอยู่ หูแว่วได้ยินเสียงทั้งหญิงและชายมาคำว่า “เป็นหมาจิ้งจอก...” “ไปตายซะ...” และมักจะพูดบอกพยาบาลว่า เขาป่วยเป็น “โรคจิต...” “โรคประสาท...” “โรคเล่าโล้...” ฯลฯ จะเปลี่ยนโรคเป็นได้ทุกวัน เขาจะเน้นให้พยาบาลรู้ว่าเขาป่วยจริง “ผมไม่ได้แกล้งบ้านะ...” มีความรู้สึกที่พระอาทิตย์ติดตามเขาอยู่ตลอดเวลา พยาบาลพูดคุยด้วย เขาจะพูดบอกพยาบาลว่า “ผมอยากตาย” อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ไร้ค่า...” “ผมทำอะไรเสร็จหมดแล้วมีความอยู่ตัวหนึ่งก็ยกให้น้องสาวเลี้ยงแล้ว...” “ถึงเวลาต้องตายแล้ว...” “ผมจะเอาหัวจิ้มดินตาย...”



ในสัปดาห์ที่สอง หน้าตาทำทางของนายสมมุติ แจ่มใสขึ้นมาก เดินคล่องแคล่ว ให้ความร่วมมือดี ช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ หรือช่วยได้น้อย สามารถเข้ากลุ่มกิจกรรม แสดงความคิดเห็น สมเหตุสมผล โดยเฉพาะกลุ่มย่อย เขามักจะเล่นเกมหมากฮอส กับเพื่อนผู้ป่วย และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีสัมพันธภาพกับพยาบาลและเพื่อนผู้ป่วยดี การพูดคุยได้ตอบสนองคัล้องกัน ในเนื้อหาและกระแสดความคิด ไม่พบอาการหุแว่ว ประสาทหลอน ไม่พูดถึงการฆ่าตัวตายอีก ในสัปดาห์นี้ นายสมมุติรู้ตัวเองดีว่าเขาเป็นใคร มาทำอะไรที่นี้เริ่มมีความคิดถึงบ้าน พ่อ แม่ น้อง อยากกลับบ้านไปช่วย พ่อ แม่ ทำนา วันหนึ่งเขาได้พบกับจิตแพทย์ที่ทำการรักษา จิตแพทย์ได้ให้กำลังใจแก่เขาว่า “หมอคิดว่าคุณสมมุติอาการดีขึ้นมาก ถ้าพ่อแม่มาจะมารับกลับไปเยี่ยมบ้านบ้างนะ...” เขารับคำพูดหมอบใจหน้าเขารู้สึกดีมาก เขามีความคาดหวังว่า เขาคงจะได้กลับไปเยี่ยมบ้านในเร็ววันนี้

จนถึงต้นสัปดาห์ที่สาม ซึ่งนับเป็นวันที่สิบห้าของการที่เขาใช้ชีวิตอยู่ในตึก 3 วันนั้นเขารู้สึกแจ่มใสมาก เพราะเขามีความหวังว่าพ่อแม่จะต้องมาเยี่ยมเขาแน่ ๆ และที่แน่ที่สุดคือ เขาจะได้กลับไปเยี่ยมบ้าน เขาให้ความร่วมมือช่วยเหลือกิจกรรมของเด็ก ไปเอาอาหารเที่ยงที่แผนกโภชนาการ หลังอาหารเที่ยงนอนพักผ่อนจนกระทั่งเวลา 13.30 นาฬิกา ในวันเดียวกันนี้เอง นายสมมุติ ได้เข้ากลุ่มย่อย เกมที่เขาชอบมากที่สุด คือ เกมหมากฮอส เขาเลือกเล่นเกมหมากฮอส กับพยาบาลผู้นำกลุ่มและเพื่อนผู้ป่วย ระหว่างเล่นพยาบาลผู้นำกลุ่มสังเกตพบว่า เขาสนุกสนานกับการเล่นมาก เคาะมือไปตามจังหวะเพลง ฮัมเพลงไปตามเสียงเพลงที่เปิดอยู่ ในเวลาเดียวกันนี้เอง แม่และญาติประมาณ 3 – 4 คน ได้มาเยี่ยม เขาดีใจมาก ได้พูดคุยกับญาติ ส่วนแม่ได้เดินมาพบพยาบาลที่ห้องทำงานเพื่อสอบถามอาการลูกชาย พยาบาลได้พูดว่า “ลูกชายอาการดีขึ้นแล้ว หมออนุญาตให้รับไปเยี่ยมบ้านได้” แม่ปฏิเสธที่จะรับไปด้วย พยาบาลได้แนะนำให้ไปพูดคุยกับผู้ป่วยก่อน ขณะที่แม่เดินไปหานายสมมุติ พยาบาลผู้นำกลุ่มได้พูดกับแม่นายสมมุติว่า “อาการดีขึ้นแล้ว ไม่รับกลับบ้านด้วยรี...” แม่ตอบว่า “ยังไม่รับกลับหรอกมันยังไม่ดีขึ้น ฐานะที่สถานีตำรวจก็ยังไม่เสร็จเลย” นายสมมุติ ได้ยินแม่พูดเช่นนั้นจึงตะคอกใส่แม่ “ผมหายดีแล้ว จะปล่อยผมเอาไว้ทำอะไร...” สีน้าบูดบึ้ง แสดงความไม่พอใจเล็กน้อยเล่นเกมหมากฮอส ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด นั่งคุยกับแม่และญาติอยู่สักครู่หนึ่ง แม่และญาติขอลากลับบ้าน นายสมมุติ ยังคงนั่งอยู่กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ สักครู่ เขาก็เล่นเกมหมากฮอสต่อ คราวนี้เขาเคาะมือตามจังหวะเพลงแต่เขาเล่นแพ้ จึงให้เพื่อนผู้ป่วยเล่นแทน เขานั่งอยู่สักครู่ทำท่าจะลุกขึ้นจากกลุ่ม พยาบาลผู้นำกลุ่มได้ถามว่า “หิวข้าวกันหรือยัง” เขาตอบว่า “ไม่หิว” พยาบาลผู้นำกลุ่มได้บอกให้เลิกกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนเตรียมตัวอาบน้ำรับประทานอาหารเย็น



ภายหลังจากผู้ป่วยได้แยกย้ายกันไป เหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันได้เกิดขึ้น เสียงร้องส่งเสียงดัง ร้องด้วยความตกใจของทุกคนได้พบเห็น “อย่า...อย่า...อย่ากระโดด...” กลับเข้าไปซะ...อย่าทำ...” “ช่วยด้วย...ช่วยด้วย...คนไข้จะกระโดดตึก”

เสียงร้องห้ามปรามเหมือนกับเสียงยั่ว เขาไม่ได้สนใจต่อเสียงทัดทานหรือห้ามปรามอย่างใดเลย เขาพยายามปีนขึ้นไปยืนบนระเบียงตึก ในวินาทีนั้นเอง เขาก็พุ่งตัวลงมา ศรีษะกระทบพื้น คอนกรีตเสียงดังโพละ ศรีษะแตกเลือดไหลออกปาก จมูก หู ตา คอหัก หยุด หายใจทันที และแล้วในที่สุดเขาก็ได้ตายสมปรารถนาที่เขาเคยคิดไว้ว่า เขาจะตายโดยวิธีเอาหัวจิ้มดินตาย แล้วเขาก็ทำได้จริงๆ ดังที่เขาคิดไว้ ทั้งไว้แต่ความโศกเศร้าของผู้ที่เกี่ยวข้องกับคำว่า...โธ...ไม่น่าเลย...

จากเหตุการณ์ข้างต้น หากพิจารณาในแง่ของการวิเคราะห์พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจะพบว่า ผู้ป่วยได้แสดงถึงแนวความคิดและการวางแผนเพื่อการฆ่าตัวตายชัดเจน กล่าวคือ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่และวางแผนการฆ่าตัวตายไว้แล้ว

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ระยะหนึ่งจนอาการ หลงผิด หูแว่วหายไป ชีวิตดูจะมีความหวังขึ้นแต่เมื่อถูกแม่ปฏิเสธไม่ยอมรับกลับและพูดในทำนองที่เห็นว่า ผู้ป่วยไร้ค่า สิ่งเหล่านี้ได้กระตุ้นความรู้สึกอ้างว้างหมดหวังในชีวิตที่เคยมีอยู่ให้กลับมาอีก ผู้ป่วยจึงทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

ในกรณีของการรักษาพยาบาล แม้ว่าพยาบาลจะทำการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างเต็มที่ แต่ก็ยังพลาดทำให้ต้องมาทบทวนถึงหลักการต่าง ๆ ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแนวความคิดฆ่าตัวตายอีกครั้ง ซึ่งในการบำบัดรักษาดังกล่าว พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายไว้ว่า จะต้องลดความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีประโยชน์หรือสิ้นหวังไร้ค่า เพิ่มสิ่งเร้าเพื่อพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองให้กับผู้ป่วย และพัฒนาผู้ป่วยไปในแนวทางที่ดี ดังนั้น ความรับผิดชอบของพยาบาลจึงประกอบด้วย

1. การป้องกัน การบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตราย ต้องรวบรวมข้อมูลที่รุนแรง และดำเนินการเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยพัฒนาทางเลือกไปในทางที่ดี การป้องกันดังกล่าวประกอบด้วย การเสริมสร้างบรรยากาศเมื่อทำงานกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย เช่น การระบายอารมณ์ เมื่อมีความวิตกกังวล การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมประกอบ ด้วยการดูแลประจำ การพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความตาย ความก้าวร้าว ความโกรธ ความเศร้าซึม และความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์

2. การพัฒนาและดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย ในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลต้องตรวจสอบความรู้สึกในการมีชีวิตอยู่เกี่ยวกับคุณค่าของชีวิต ความหมายของชีวิตและความตายของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการพิจารณาเรื่องของชีวิตความหวังและการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ถ้าหากสมาชิกในทีมไม่เห็นด้วยและควบคุมผู้ป่วย ผู้ป่วยจะ

ไม่สามารถพัฒนาความรู้สึกในด้านต่าง ๆ ได้ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในทีมกับผู้ป่วย จะพบกับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและในที่สุดก็จะเกิดความท้อแท้ในการทำงาน ที่จะทำให้ความหวังของผู้ป่วยเกิดขึ้นรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย

มีข้อควรคำนึงที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องเน้นในกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

#### 1. การสังเกต การป้องกัน การช่วยเหลือ และการสร้างสัมพันธ์ภาพ

1.1 ผู้ป่วยควรจะปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยควรมีสัมพันธภาพที่ไว้วางใจและควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลคนหนึ่งอย่างต่อเนื่อง

1.2 กำหนดความรับผิดชอบสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย การตรวจตราในหอผู้ป่วย สถานการณ์ที่รุนแรงอาจแอบแฝงอยู่ให้เพิ่มความแน่ใจ ตรวจดูแลหน้าต่างปิดให้เรียบร้อย เก็บสิ่งของเครื่องใช้เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ พวกของมีคม เช่น กรรไกร ที่ตัดเล็บ เครื่องโกนหนวด และยา ออกจากหอผู้ป่วย

1.3 ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ตัดสินใจอนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยออกไปข้างนอกกับสมาชิกในทีมกับญาติหรือไปคนเดียว อาจใช้สมาชิกในทีมจำนวน 1 – 10 คน ตามต้องการ

1.4 จัดให้มีบุคลากรคอยดูแลตลอดเวลา ควรเป็นบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะเวลาเจ้าหน้าที่ลงมารับประทานอาหาร เวลาอาหารว่าง เวลาพักผ่อน เวลาผลัดเปลี่ยนหน้าที่ปฏิบัติการหรือในวันสิ้นสุดสัปดาห์

1.5 ข้อมูลการวางแผนฆ่าตัวตาย เมื่อไร?...ที่ไหน?...อย่างไร?...ด้วยเครื่องมืออะไร?...ระบุเฉพาะแผนการที่รุนแรงที่จะกระทำต่อตนเองหลาย ๆ วิธี เช่น กินยาจำนวนมาก ๆ หรือวางแผนกินยานอนหลับ หรือกรีดข้อมือตนเองในบริเวณที่มองเห็นได้ง่าย

1.6 ข้อมูลในอดีตที่ผ่านมา การล้มเหลวในการแก้ปัญหา การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย หรือของครอบครัว

1.7 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานการณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการรับฟังระดับความหวัง ตลอดจนระดับของความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่รุนแรง ความรู้สึกที่ไม่สามารถปรับตัวในปัจจุบัน และต่อความเครียดที่ผ่านมา การสูญเสียหรือความคาดหวังต่อการสูญเสีย ความรู้สึกไร้ค่า ความไม่สมหวัง ถ้าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องรับฟังทัศนคติเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและรู้สึกอย่างไรเมื่อกระทำการไม่สำเร็จและถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ พยายามกระทำอยู่เรื่อย ๆ พยาบาลต้องวางแผนให้การช่วยเหลือเพราะว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความรู้สึกได้

1.8 ข้อมูลทางด้านสังคมที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อนสนิท หรือพี่น้องของผู้ป่วย ในระหว่างที่มีสัมพันธภาพเป็นอย่างไร หรือไม่มีสัมพันธภาพเลยเพื่อนฝูงคอยให้กำลังใจหรือเปล่า

1.9 ข้อมูลในการดำเนินชีวิต ให้ผู้ป่วยพูดถึงการมองสถานการณ์ของความเครียดนั้นเป็น อย่่างไร ความถี่ของการเกิดความเครียด ภาวะการสูญเสียเพิ่มความซึมเศร้า ความสิ้นหวังหรือเปล่า

1.10 ให้อเวลาผู้ป่วยในการสังเกตพฤติกรรม เริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจอย่างใกล้ชิด กับพยาบาล 1 คนอย่างต่อเนื่อง ที่มีความสำคัญพอที่จะขัดขวางการฆ่าตัวตาย และควรรู้ว่าผู้ป่วย รายนี้ต้องการความไว้วางใจอย่างมาก ให้การยอมรับเพิ่มความเชื่อมั่นในการเคารพยกย่องดูแล บำบัดรักษาส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของชีวิต

2. กระตุ้นผู้ป่วยพูดถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกปวดร้าว

3. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวัน พยาบาลควรกระทำดังนี้

1.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลแต่งตัวเอง

1.2 ให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และได้รับการพักผ่อนหลับนอนอย่างเพียงพอ

2.3 ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีการมอบหมายให้พยาบาลตรวจสอบทุก 1/2 ชั่วโมงอยู่กับ ผู้ป่วยในเวลากลางคืน เพราะว่าในเวลาตอนเช้า ผู้ป่วยอาจจะเกิดความสับสน เป็นเวลาที่พยาบาล ต้องใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด

4. ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกอ้างว้าง ดังนั้น พยาบาลควรที่จะเพิ่มความสามารถในการติดต่อ หรือมีสัมพันธภาพทางสังคม

5. การวางแผนการจำหน่ายและการให้ความรู้

5.1 ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถบอกความรู้สึกพฤติกรรม ที่แสดงออกของผู้ป่วยที่กระทำการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นทันที แนะนำให้รู้ถึงวิธีการที่จะติดต่อกับแพทย์ โรงพยาบาลและสถานพยาบาล เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5.2 ให้รู้ถึงความสำคัญในการแสดงออกของความรู้สึก การสื่อสาร ความเข้าใจการยอมรับ การประทับประครองในภาวะที่ลำบากยุ่งยาก

5.3 ให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องของสุขวิทยาส่วนบุคคลและการ แต่งกาย

5.4 ให้ความรู้ในเรื่องของยา จุดมุ่งหมายของการกินยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาแต่ละ ชนิด เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นให้ไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลทันทีที่เหตุการณ์เกิดขึ้น ให้รู้ถึง วิธีเก็บรักษายาที่กิน และวิธีการติดต่อขอซื้อยาในครั้งต่อไป



จากแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าประเด็นที่สำคัญ ประการหนึ่ง คือ การติดตามดูแลป้องกันผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในที่นี้จึงขอสรุปแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

## สรุป

เหตุการณ์ที่ตึก 3 เป็นอุทราหารณ์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายทุกคน ไม่ว่าจะเป็นญาติหรือบุคลากรของโรงพยาบาลก็ตาม ในอันที่จะร่วมมือในการสังเกต ป้องกันและดำเนินสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีค่า มีเป้าหมายในชีวิต การฆ่าตัวตายไม่ใช่การแก้ปัญหาในทางสร้างสรรค์ มีแต่จะยังความปวดร้าวแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกคน สิ่งสำคัญคือ พยาบาลต้องมีความตื่นตัวไวต่อการช่วยเหลือและตัดสินใจปัญหาในภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที พยาบาลควรมีเทคนิคในการพูดคุยที่จะทำให้ผู้ป่วยสงบ โดยตกลงกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสังเกตปฏิกิริยาของตนเอง และเมื่อพบว่าตนเองตกอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้รีบเข้าพบพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือ

ควรพิจารณาจัดตั้งทีมช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ซึ่งจะทำงานอย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทุกคนเข้าใจและทราบถึงบทบาทของตนเองในภาวะทำงานร่วมกันบุคลากรทุกฝ่ายมีประสบการณ์และมีความสามารถเฉพาะทางในการช่วยเหลือ ผู้ที่ทาลายตนเองได้อย่างเหมาะสม



### เอกสารอ้างอิง

จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลจิตเวช. เล่ม 2 กรุงเทพฯ : 2527 :.143.

สุวัฒนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย. 2424 : 525.

Bellak, L and small L. *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*.  
New York : Grune and Stratton, 1965, 82-86.

### บรรณานุกรม

Mcfarland, GK. *Nursing Diagnoses and Process in Psychiatric Mental health*  
*Nursing*. Philadelphia : JB. Lip pincott Com. 1985.

Neal, MC. Cohen, PF. Cooper and Rreighley, J. *Nursing Care Planning Guides for*  
*Psychiatric and Mental Health care*. California : Nurseco Inc, 1981.

## ประวัติผู้เขียน



นางสาวอรรณณ ลีทองอิน  
เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2488  
ภูมิลำเนา จังหวัดสมุทรปราการ  
ที่อยู่ปัจจุบัน 160 / 113  
ซอยชาตะผดุง 6 ตำบลในเมือง  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

## การศึกษา

- ชั้นประถมศึกษา โรงเรียนเฉลิมวิทยา จังหวัดสมุทรปราการ
- ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสตรีสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
- ชั้นเตรียมอุดมศึกษา โรงเรียนสตรีสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
- ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
- ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิต) คณะแพทย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เกียรติประวัติที่ได้รับ

- ได้รับพระราชทานโล่ และ เข็ม พอ.สอ. ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น จังหวัดขอนแก่น ปีพุทธศักราช 2531
  - ข้าราชการพลเรือนดีเด่น ประจำปี พุทธศักราช 2532
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข