

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเป็นปัญหาอันดับที่ห้า ของโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยในกลุ่มอายุ 15- 24 ปี (สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2004) และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสูงประมาณ 400,000 คน หรือประมาณวันละ 1,096 คน สำหรับประเทศไทย พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชียโดยในปี พ.ศ. 2544 – 2547 พบในอัตรา 28.67, 35.22, 30.72 และ 36.41 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2548) และจากข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความชุกชั่วชีวิตของความคิดปกติทางจิตในภาพรวมของประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่าจังหวัดอ่างทอง มีอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2545-2547 เท่ากับ 8.26, 11.35 และ 9.54 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2548) และเมื่อพิจารณาข้อมูลของโรงพยาบาลโพธิ์ทองซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียงในจังหวัดอ่างทอง ก็พบข้อมูลที่สอดคล้องกัน โดยพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินรวมเฉลี่ยเดือนละ 5-10 คน ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูงมากโดยมีอัตราความชุกเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราความชุกของโรคอื่นๆและอัตราของประชากรในอำเภอโพธิ์ทอง ในปี 2545 - 2547 เท่ากับ 5.67, 7.25 และ 8.52 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2548)

การพยายามฆ่าตัวตาย นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทางจิตใจทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ การขาดงาน ความพิการ แต่เป็นความสูญเสียที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งภาวะการฆ่าตัวตายนั้น ไม่ได้จบเพียงแค่เสียชีวิต แต่ในผู้ที่มีชีวิตรอดยังมีปัญหาตามมาในระยะยาวอีก เช่น การทำงานของด้อยที่เสียจากภาวะการรับประทานครบถ้วนขนาด ภาวะอัมพาตหรือแขนขาขาดจากผลของการตกจากที่สูง (Krysinska, 2003) ซึ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้น จะมีการแบ่งที่แตกต่างกันออกไป จำแนกตามระดับของความตั้งใจ หรือความตั้งใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ แต่กลุ่มที่น่าเป็นห่วงที่สุด ก็คือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำมากที่สุด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องกลับไปอยู่ในสังคมเดิม

จากรายงานการฆ่าตัวตายของหน่วยงานจิตเวชโรงพยาบาลโพธิ์ทองพบว่าในปี 2547 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 72 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 10 คน จำแนกเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5 คน และเป็นการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 5 คน ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลของฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลโพธิ์ทอง โดยการ

สัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำทั้ง 10 คน (รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง, 2547) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำนั้น เนื่องจากภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ที่บ้านส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของครุณี เลิศปรีชา (2545) ซึ่งศึกษาการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 7.41 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยละเอียดเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำมีการดูแลตนเองด้านต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องมีการดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้นมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ธนุ ชาติธนานนท์ (2541) ซึ่งศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติ ยังพบว่าผู้ที่เคยฆ่าตัวตายจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จนอาจทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นและคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้

Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้อีก และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถแยกกันได้โดยสิ้นเชิง การที่บุคคลจะดำรงรักษาสุขภาพที่ดีได้บุคคลต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่เหมาะสมในด้านต่างๆ โดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่ง Hill & Smith (1990) กล่าวว่ากิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองดังกล่าวประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วย การได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย 2) การดูแลตนเองด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งจากรายงานและการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลตนเองในแต่ละด้านจะส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากประสบการณ์การให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ศึกษา ซึ่งได้สัมภาษณ์ ชักถามข้อมูล ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ทอง มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะที่ไม่เหมาะสมในหลายด้าน อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ (รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง, 2547) สอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาแต่ละด้าน ดังนี้

การรู้จักตนเองและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เมื่อมีสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงได้ ขาดการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ผู้ป่วยมักมีความคิดและความรู้สึกในทางลบมากกว่าทางบวกทำให้เกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ หดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา ซึ่ง Hill & Smith (1990) เชื่อว่าการพัฒนาการรู้จักตนเอง หรือความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิดรวมทั้งค่านิยม ดังนั้นหากผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายไม่มีการพัฒนาการรู้จักตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองและอาจมีการฆ่าตัวตายซ้ำได้

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง, 2547) พบว่าผู้ป่วยไม่มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้กับตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดลำดับความสำคัญของงาน ช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมายและกิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2538) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายประสบกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือสูญเสีย และไม่สามารถบริหารเวลาในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อจิตใจให้เกิดความเครียด และถ้ารุนแรงอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้

ด้านการสื่อสารและการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จากการให้บริการให้คำปรึกษาผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย และรายงานผลการศึกษาของ ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่เคຍพยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 81 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการเรียนรู้อะบบทางสังคมของสังคมไทยมักอบรมสั่งสอนให้เด็กเชื่อฟังและเคารพบนอบผู้ใหญ่ การโต้แย้งผู้ใหญ่เป็นสิ่งไม่ดี เมื่อเติบโตขึ้นมักไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าสื่อสารไปในทางสร้างสรรค์อย่างตรงไปตรงมา (บุญวาทิ เพชรรัตน์, 2534)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมพร ตรังคสมบัติ และอรรวรรณ หนูแก้ว, 2541) ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งหรือคับข้องใจจะมีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ก้าวร้าว และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995 อ้างถึงใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสาเหตุของปัญหาในผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษา ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง พบว่า เกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว ระหว่างสามีกับภรรยา หรือ บิดามารดากับบุตร รวมทั้งการผิดหวังในความรัก และการทิ้งหวง ซึ่งพบมากในวัยรุ่น (รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งระหว่างสามี ภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม และเมื่อเกิดปัญหาที่มีความรุนแรง แต่ไม่สามารถใช้กลวิธีหรือทักษะการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้

การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ทอง พบว่าส่วนใหญ่เมื่อเกิดปัญหามักจะมีบุคลิกลักษณะไม่ปรึกษา และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่นน้อย ซึ่งครอบครัวนั้นก็ถือได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล ดังนั้นหากผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาก็จะหาทางออกในการจัดการกับปัญหาไม่ได้ จึงมีความคิดฆ่าตัวตาย และเกิดการพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้ง่ายขึ้น Hill & Smith (1990) เชื่อว่าระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน และ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Schaefer and others (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อย (Hart, Williams, Davidson, Hof, Brill, Hafner, and Welz cited in Heikkinen, Aro, and Lonqvist, 1994 อ้างถึงใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) และจากการศึกษาของประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมักมีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ ซึ่งการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำทำให้เกิดความเครียดจนนำไปสู่ภาวะวิกฤติ และเกิดการฆ่าตัวตายได้

การดูแลตนเอง โดยทั่วไปและในด้านจิตวิญญาณ การดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จากการสังเกตพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ทองนั้นมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านร่างกายค่อนข้างต่ำ เนื่องจากความเครียดทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ซึ่งการดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกายเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ กุปดิวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตคิลก (2541) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย คือ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บุคคลเหล่านี้ขาดความเอาใจใส่ดูแลตนเอง และไม่มีกลวิธีในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้จากการให้บริการให้คำปรึกษายังพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาด้านการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้ยึดหลักทางศาสนาเข้ามาช่วยทำให้มีจิตใจไม่สงบ ว้าวุ่น อ่อนแอ จนเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์ (2535) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณเป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำจิตใจให้สงบ จึงสามารถช่วยผ่อนคลายต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ที่ไม่เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่น อ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542) เมื่อประสบปัญหาที่เข้ามากระทบอาจใช้วิธีฆ่าตัวตายในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ บัवलอย นนทะน้า (2545) พบว่าประชากรที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดนครสวรรค์ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เพียงร้อยละ 8.8 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายยังมีปัญหาพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป และด้านจิตวิญญาณที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาการดูแลตนเองด้านต่างๆ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องเน้นการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านคือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม แต่ในปัจจุบันพบว่าบริการดูแลที่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลโพธิ์ทองได้รับจะเน้นการให้การพยาบาลเฉพาะทางกาย เพื่อการรักษาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น เช่น การวัดสัญญาณชีพ การล้างท้อง การให้น้ำเกลือ การให้ยารับประทาน ส่วนการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนมากนัก ทำให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลนั้นน้อยมาก อีกทั้งรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแบบ “Task oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวรยังไม่มีการบูรณาการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน มีการสื่อสารเป็นแบบ

การสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วย โดยพยาบาลจะซักถามถึงอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลเชิง จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทั้งหมด มีผู้ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบฟอร์มการประเมินภาวะซึมเศร้า การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพียงร้อยละ 15 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย และมีจำนวนผู้ที่ได้รับการดูแลรักษา แบบให้คำปรึกษา (Counselling) เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก

จากสภาพปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในด้านต่างๆ และความครอบคลุมของบริการดูแลที่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับดังข้างต้น ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการวางแผนช่วยเหลือเพื่อจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถใช้กลไกการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ช่วยลดอัตราการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ อีกทั้งในการวางแผนการช่วยเหลือนั้นต้องมีรูปแบบการบริการที่มีความต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและมารับการรักษาในระยะติดตามผล และเนื่องจากการที่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีความต้องการการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจยอมรับและเห็นคุณค่าผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ (มัญจวรรณ ลียุทธนานนท์, 2542) และต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้ความต้องการส่วนบุคคลได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของแต่ละคน(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนารูปแบบของการให้บริการแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้น ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการให้ความรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องของสาเหตุ การแก้ปัญหา การรักษา ยังไม่พบการศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้มีการดูแลตนเองแบบองค์รวม โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลด้านนี้ ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่จะทำให้เกิดพลังและความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง และลดปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ

การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลแบบคนทั้งคน เป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ การให้การดูแลแบบองค์รวมนั้น ต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวม ต้องให้การช่วยเหลือโดยการผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านและการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหา และตรงตามความต้องการของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และพบว่าโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ที่ใช้ในการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการ

ดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการ พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) น่าจะเป็นโปรแกรมที่ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่มิมีปัญหาพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเป็น โปรแกรมที่ใช้ หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ด้านต่างๆของบุคคล การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการ เสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการในทุกขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ตาม โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ซึ่งรูปแบบการบริการตามโปรแกรมนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้ จากประสบการณ์เดิม เป็นการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม บนพื้นฐานข้อมูล ที่ได้จากการประเมินปัญหาที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองในชีวิตประจำวัน โดยในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้าน การดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุก ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการใช้ “โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม” จะสามารถเป็นแนวทางสำหรับ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการให้บริการผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลแล้ว ให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการกลับไป ใช้ชีวิตในสังคมเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่ศึกษาผลของ การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่า ตัวตาย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัว ตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ที่มีพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวจน สามารถมีทักษะในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ไม่ เป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ตามศักยภาพทั้งที่ บ้าน และในชุมชน สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ลดการนอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และ ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และงบประมาณของประเทศในระยะยาว

คำถามการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

แนวเหตุผล และสมมติฐานการศึกษา

ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เคยเข้ารับการรักษาระยะสั้นที่ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน มักจะมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การดำรงรักษาสัมพันธภาพ ในครอบครัว การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ ด้านจิตวิญญาณ (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยสาเหตุของการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังกล่าว ได้แก่ เมื่อเกิดความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัวจะขาดการสื่อสารที่ดีต่อกัน มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าการยอมรับปัญหาที่แท้จริง และผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องทั้งด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของตนได้ และการที่ผู้ป่วยไม่ได้มีการแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา ทำให้เกิดความคิดและเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ เพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีการค้นหา รูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โดยบริการดังกล่าวต้องเป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกกันได้นั้นคือการให้การพยาบาลองค์รวมเพื่อดูแลคนทั้งคน มีการนำศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวในการจัดรูปแบบบริการที่จะกระทำกับผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ซึ่งเคยมีการใช้ในการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) มาใช้เพื่อให้บริการแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โดยแนวคิดของโปรแกรมนี้นี้ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมการพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม เป็นการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และสังคมได้อย่างปกติสุข ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้ โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

สัมพันธภาพบำบัด เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหาของตนเอง นำสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการ

แก้ไขปัญหาคู่ มุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพบำบัดจึงนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีความคิดทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง (พยุจิต วรรณินทร, 2525) สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ มีทักษะการแก้ปัญหา มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเอง ว่ากำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ มีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961 อ้างใน สุกัญญา พิรวรรณกุล, 2541) ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตน จะสามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ภายในตัวตนเองนั้น เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991) และการที่ผู้ป่วยได้เปิดเผยตนเองทำให้ผู้ป่วยนั้นได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเองกับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนได้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น (สายใจ พัวพันธ์, 2530) ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองที่เหมาะสม คือ มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดความเครียดได้ด้วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย และส่งผลให้ความเครียดถูกปลดปล่อย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) นอกจากนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสื่อสารให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) และการใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความรู้สึกถึงอำนาจในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณเป็นผู้ที่มีความสามารถเหนียวแน่น ส่งผลให้

ความเครียดลดลง และเกิดความพึงพอใจในตนเอง (Smith, 1980) ความรู้ที่ให้อ้างกล่าว จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1995; มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อาภากร สุปัญญา, 2541)

การฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยพยาบาลให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพจิตอยู่ในสภาพที่ดีขึ้นนั่นคือมีความเชื่อมโยงประสานกันระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอว์โมนส์ (Pelletier, 1977) ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะภาวะที่ผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรวรรณ ลีทองอิน (2539) ได้ศึกษาเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยนำหลักของการระบาย ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวลลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา โดยใช้หลักคำสอนในศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติชีวิต ด้วยการละเว้นความชั่ว รักษาศีล การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ มีความเมตตา กรุณา รู้จักการให้ และให้อภัย รู้จักพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ รู้จักเสียสละเพื่อประโยชน์ของผู้มีพระคุณ ขอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาที่ว่าทุกสิ่งไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตน (Buddhadasa, 2001) จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียมีความเข้าใจในสภาพธรรมชาติของชีวิตที่เป็นทุกข์ ที่ไม่เที่ยงของเหตุการณ์ชีวิต และความไม่ยึดติดในตัวตน จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และความเชื่อของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้กลวิธีจัดการที่นำไปสู่การแก้ไขภาวะซึมเศร้าลง

ได้ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะเป็นผู้มีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว ปรับความคิด และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลทั้ง 5 กิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมเป็นกิจกรรมที่สามารถให้การช่วยเหลือที่ครอบคลุมทุกมิติเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมไม่เป็นภาระของครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังส่งผลให้สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ และลดการนอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลได้

สมมติฐานการศึกษา

ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง และเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลโพธิ์ทอง เนื่องจากบุคคลนั้นมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพราะเกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ทำพยายามฆ่าตัวตายกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย ให้สามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การได้รับสารอาหาร และน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมถึง

2.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงศักยภาพ รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการใช้ภาษาสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง และการเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้

2.3 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการกล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหา และการผ่อนคลายตนเองจากความเครียด

2.4 การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา

2.5 การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละวัน รวมทั้งการจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่กระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การทำจิตใจให้สงบ และ การทำความดี

การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมซึ่งปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม (2548) ที่พัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีการดำเนินกิจกรรมให้กับสมาชิกเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จำนวน 20 คน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยดำเนินการ

ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการและกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัด แบ่งการดำเนินการเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1.1 สัมพันธภาพบำบัดระยะเริ่มต้น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 1.2 สัมพันธภาพบำบัดระยะระบุปัญหาและยอมรับปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเอง มีการยอมรับกับปัญหา และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 1.3 สัมพันธภาพบำบัดระยะการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีวิธีการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก เช่น การคิดแบบยืดหยุ่น การคิดแบบมีเหตุผล

กิจกรรมที่ 1.4 สัมพันธภาพบำบัดระยะการใช้ศักยภาพของตนเองและความคิดสร้างสรรค์ไปในทางบวกในการแก้ไขปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 1.5 สัมพันธภาพบำบัดระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การใช้ศักยภาพของตนเองในแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์ และพูดคุยยุติสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดย

พยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนเองออกมา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

3.1 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติดูแลตนเองทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการในด้านการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

3.2 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา

3.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร

3.4 การใช้เวลาว่างที่ประโยชน์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลสอนและสาธิตการปฏิบัติ กิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ ศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม
2. เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
3. ได้ข้อมูลและแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล พัฒนาระบบของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Base) รวมทั้งการพัฒนาระบบที่นำทางด้านการพยาบาล เพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพต่อไป