

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้น มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 400,000 คนหรือประมาณวันละ 1,096 คน สำหรับประเทศไทย พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชีย โดยในปี พ.ศ. 2538 – 2545 พบเท่ากับ 7.2, 7.6, 6.9, 8.1, 8.6, 8.4, 7.7 และ 7.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546) และจากข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางจิตทั่วประเทศไทยพบความถี่ฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.1 การพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 1 ดังนั้นการฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตอันดับที่ 5 ตามรายงานความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางจิตในภาพรวมของประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2541) นอกจากนี้ยังพบรายงานและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ ที่สามารถบ่งชี้ถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่พบว่าแนวโน้มสูงขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศ สำหรับจังหวัดอ่างทอง พบอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2544- 2546 เท่ากับ 115.5, 133.4 และ 78.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2546) ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางด้านภาวะจิตใจของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นกับทุกราย มักจะมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกันหลายประการ การให้ความช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับปัจจัยทางด้านร่างกายมักพบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ปัจจัยทางด้านจิตใจผู้ที่คิดฆ่าตัวตายนับว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถมองสังคมนรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (Weishar and Beck, 1990) เบื่อหน่ายและเศร้าใจ และปัจจัยทางสังคมเช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก ปัญหาความสัมพันธ์ (Babbie, 1992) มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เช่นการสูญเสีย (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ปัญหาดังกล่าวนี้สมควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 315 เตียง รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามประเภทของผู้ป่วย สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรับเข้ารับรักษาในแผนกอายุรกรรม เฉลี่ยเดือนละ 15-20 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลอ่างทอง ได้รับการรักษาพื้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลได้ให้คำปรึกษา ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งในครอบครัว และการผิดหวังเรื่องความรัก หึงหวง ประชดประชัน โดยเฉพาะวัยรุ่น การเผชิญปัญหาไม่ถูกต้อง มีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายได้ และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อนัดติดตามหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ บางรายมาตามนัด บางรายไม่มาตามนัด การขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง และไม่มาตรวจตามนัดอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และจากสถิติของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอ่างทอง พบว่ามี ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 3 ราย ในปี พ.ศ. 2546 และจำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนู ชาติธนานนท์ (2541) พบว่า หากผู้ที่เคยฆ่าตัวตายซ้ำไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจมีความเครียดและคิดฆ่าตัวตายซ้ำ จะเห็นได้ว่า ปัญหาเหล่านี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข การดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ยังไม่ครอบคลุมจึงยังมีปัญหาดังกล่าวตามมา

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นพฤติกรรมอนามัยที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจ โดยเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติซึ่งหมายรวมถึง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลา การเตรียมตัวเผชิญภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การพัฒนาและรักษาระบบประคับประคอง การดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตวิญญาณ ซึ่งต้องทำไปพร้อมๆ กัน (Hill & Smith, 1990 และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) ทำให้บุคลิกภาพผสมผสานเกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคมซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง มีสัมพันธภาพที่พึงพอใจและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของดรุณี เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่อาศัยอยู่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.41 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาวางอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังเชื่อว่า สุขภาพจิตที่ดีจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพกายที่ดี ผู้มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้ที่รู้จักศักยภาพและความสามารถในตนเอง และรู้จักใช้ ศักยภาพนี้ในการพัฒนาตนเองและสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอ่างทอง มีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในลักษณะต่าง ๆ หลายด้านสอดคล้องกับแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ที่ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย คือ

การพัฒนาการรู้จักตนเองและการรู้สึกรู้สีกคุณค่าในตัวเอง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เมื่อเกิดสถานการณ์ที่เป็นปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นแท้จริง ขาดการรับรู้ศักยภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีความคิด และความรู้สึกในทางลบมากกว่าทางบวกทำให้เกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา การพัฒนาการรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม นั่นคือความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง (Hill & Smith, 1990) เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต เกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (Demian, 1995) ดังนั้นถ้าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่มีการพัฒนาการรู้จักตนเองอย่างสม่ำเสมอ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำได้

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1996) ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลอängทอง มักมีปัญหาในเรื่องการขัดแย้งในครอบครัว และการผิดหวังเรื่องความรัก หึงหวง ประชดประชัน โดยเฉพาะวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีทักษะ และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการ หลีกหนี หลีกเลียง และการปฏิเสธ มากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrou, & Rotheram-Borus as cited in Eskin, 1995) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาที่มีความรุนแรงซ้ำ และผู้ป่วยใช้วิธีหรือทักษะการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และจากการศึกษาของประยูศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่าการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างสามี ภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติและเพื่อนร่วมงาน ถ้าบุคคลมีทักษะการสื่อสารที่ดี คือมีความเข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง พุดจาระดับประคอง และรับฟังอีกฝ่ายอย่างตั้งใจจะช่วยให้เกิดสัมพันธที่ดีต่อกัน (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2543)

การพัฒนาและดำรงรักษาสันสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคม ที่จะทำให้การสนับสนุนน้อย (Hart, Williams & Davidson, Hof, Brill, Hafner, & Welz as cited in Heikkinen, Aro, & Lonqvist, 1994) จากการสังเกตพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอängทอง ส่วนใหญ่เมื่อเกิดปัญหามักมีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใคร เมื่อมีความทุกข์และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่นน้อย ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหามักหาทางจัดการกับปัญหาไม่ได้จึงมีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้ง่ายขึ้น และจากการศึกษาของประยูศักดิ์ เสรีเสถียรและคณะ (2541) พบว่าส่วนใหญ่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใคร

เมื่อมีความทุกข์ ซึ่งการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ และเกิดการฆ่าตัวตายได้

การดูแลตนเองโดยทั่วไปและในด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านร่างกายค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผลความเครียดทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการพักผ่อน การผ่อนคลาย และการออกกำลังกาย การดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกายเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล (2541) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย คือ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บุคคลเหล่านี้ขาดความใส่ใจในการดูแลตนเอง และไม่มีกลวิธีในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์ (2535) ได้กล่าวว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว การกระทำความดี และการทำจิตใจให้สงบ สามารถช่วยผ่อนคลายต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ที่ไม่เชื่อเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่น อ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542) เมื่อประสบปัญหาที่เข้ามากระทบอาจใช้วิธีฆ่าตัวตายในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ บัवलอย นนทะน้า (2545) พบว่าประชากรที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดนครสวรรค์ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เพียงร้อยละ 8.8 จะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือและดำเนินการอย่างเร่งด่วน จากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย และลดอัตราการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ

จากสภาพปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำและสาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าสาเหตุ/ปัจจัยมีความหลากหลาย แสดงว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อกลับไปบ้านแล้วยังมีสภาพปัญหาทางจิตหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านและมารับการรักษาในระยะติดตามผลที่แผนกผู้ป่วยนอก

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ให้บริการกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยเน้นการดูแลรักษาด้านร่างกายเหมือนผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป ขาดการดูแลให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) ก่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งพัฒนาการสื่อสาร

อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้ากันได้ของทีมสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึก ทำให้รู้จักและปรับตัวเข้าหากันได้มากขึ้น มีการแสดงออกทางพฤติกรรมความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับการแสดงออกทั้งทางบวกและทางลบทางด้านอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรักษาผู้ป่วย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) จะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่บุคคลนั้นต้องการการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ที่จะมาช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีประสบการณ์ระหว่างบุคคลใหม่ ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่มีความจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Peplau (1952) ที่เน้นกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พยาบาลมีหน้าที่ในการบำบัดรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารและรับรู้ตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลเน้นที่การสร้างและรักษาสัมพันธภาพเต็มไปด้วยความไว้วางใจ (Trust) โดยเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Goal-oriented) กระบวนการของสัมพันธภาพนั้นประกอบไปด้วย ระยะเริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะสุดท้าย

ความต้องการการดูแลตนเองของผู้รับบริการจะเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น (Orem, 1980) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถือเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระ (อรพรรณ ลือบุญ วัชชัย, 2545) และเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้สัมพันธภาพบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาชีวิตได้เกิดมีทักษะใหม่ เกิดการเรียนรู้ใหม่ แก้ไขความคิด ทศนคติ ความรู้สึกที่ไร้เหตุผลอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิต โดยพยาบาลใช้ตนเองและเทคนิคในการสื่อความหมายเป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทศนคติ ความรู้สึกที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีผลต่อตนเองและผู้อื่น (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) องค์ประกอบสำคัญของการดำเนินสัมพันธภาพ ได้แก่ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้อื่น การยอมรับบุคคลอื่น การเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ยอมรับความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบตนเองได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ เบญจวรรณ นันทชัย (2534) ที่ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อพฤติกรรมของการพยาบาล และความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง พบว่าการนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพมาใช้ในแต่ละสถานการณ์ทางการพยาบาล ขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล

ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นกันเองและไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริงออกมาอย่างชัดเจน และบอกถึงปัญหาที่อยู่ในใจ ให้พยาบาลได้รับรู้ เพื่อให้แนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง

รูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลในปัจจุบัน ขณะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน พยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย และแก้ไขปัญหาระบบ เช่น การล้างท้อง การให้ยาและให้คำปรึกษา นัดพบหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน จะเห็นได้ว่าการดูแลดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาบางเรื่องยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ การดูแลเน้นให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ยังไม่มีระบบที่ชัดเจนและไม่เป็นไปตามขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ไม่มีการพัฒนาการมีคุณค่าในตน การเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง จากสภาพปัญหา จะเห็นได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ (มัญจวรรณ ลียุทธนานนท์, 2542) จึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้ความต้องการส่วนบุคคลได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของแต่ละคน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีปรากฏในงานวิจัยที่จะช่วยเสริมสร้าง ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เพื่อที่จะดำรงรักษาสุขภาพที่ดีไว้ สามารถปรับตัว ปรับความคิด และเผชิญกับความเครียดได้ ในฐานะพยาบาลจิตเวชได้คำนึงถึงความสำคัญที่จะช่วยลดปัจจัยที่เป็นปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) และ “โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา” ของ พงษ์จิต วรรณินทร (2528) ที่พัฒนาแนวคิดของ Hildegard E. Peplau (1952) เป็นโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ซึ่งมีเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าและมีพลังความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ที่กล่าวถึงวิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณและการดูแลตนเองโดยทั่วไป ดังนั้นการสร้างให้ผู้ที่ยกย่องฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเพื่อสนองความต้องการด้านต่างๆ ของตนนั้น ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาดำเนินกิจกรรมพยาบาลในลักษณะ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ สร้างความรู้จักคุ้นเคย สำรวจและค้นหาปัญหา การให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา การพัฒนาทักษะทางสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาการมีคุณค่าในตน และเตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ นี้สร้างขึ้นตามสภาพปัญหาและ

ความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะการให้ข้อมูล การสอน การให้คำปรึกษา เป็นตัวแทน โดยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทำให้เกิดควมมีคุณค่าในตนเอง เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขทัศนคติ มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คาดว่าจะนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง และป้องกันการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่มีเป้าหมายให้ทุกจังหวัดลดอัตราการฆ่าตัวตายให้เหลือไม่เกิน 33.5 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2549 (สำนักนโยบายและแผน, 2543)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) และ "โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา" ของพญจิต วรรณินทร(2528) ที่พัฒนาแนวคิดของ Hildegard E. Peplau (1952) โดยกระบวนการของ สัมพันธภาพนั้นประกอบไปด้วยระยะ เริ่มต้น ระยะระบุปัญหา ระยะแก้ไขปัญหา และระยะสุดท้าย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน องค์ประกอบสำคัญของ การดำเนินสัมพันธภาพได้แก่ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้อื่น การยอมรับบุคคลอื่น การเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ที่กล่าวถึงวิธีการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยดำเนินกิจกรรมพยาบาลในลักษณะ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ สร้างความรู้จักคุ้นเคยและไว้วางใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา การให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา การพัฒนาทักษะทางสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน และเตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ

ในแต่ละกิจกรรมให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปฏิบัติกิจกรรม ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วย กิจกรรมละ 40-60 นาที เป็นเวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดควมมีคุณค่าในตนเอง เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขทัศนคติ มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1

1. สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย แบบตัวต่อตัวเพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย โดยพยาบาลพูดคุย แนะนำตนเอง กำหนดข้อตกลง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนาและพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ดังนั้นการสร้าง ความคุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นกันเองและไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกที่แท้จริงออกมาอย่างชัดเจน และบอกถึงปัญหาที่อยู่ในใจ ให้พยาบาลได้รับรู้เพื่อให้แนวทางในการช่วยเหลือได้ถูกต้อง (เบญจวรรณ นันทชัย, 2534) จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้และ มีความคิดทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ระยะที่ 2

2. การสำรวจและค้นหาปัญหา เป็นการศึกษาถึงภูมิหลังและความเป็นไปของผู้ป่วยโดย พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ได้ระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า รวมทั้งค้นหาสาเหตุของการทำร้ายตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาของตนเอง เพื่อเป็น แนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล ดังนั้น เชื่อว่าการสำรวจและค้นหาปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วย ทบทวนถึง การทำความเข้าใจตนเองว่า เมื่อตนเองเผชิญปัญหา ตนเองเลือกวิธีการเผชิญปัญหา อย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีการนั้น ๆ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จะส่งผลถึงการพัฒนารูจักตนเองของผู้ป่วย

ระยะที่ 3

3. การให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้ใบงาน ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเตรียมตัว เผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจและจัดการกับภาวะวิกฤต ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของ การพยายามฆ่าตัวตาย คือการปรับใจไม่ได้ โดยเฉพาะผิดหวังเรื่องความรัก (กิติกร มณีทรัพย์ และ คณะ, 2541) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหากับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ในตนเองพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดได้ตลอดเวลา รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยทนทานต่อความเครียด พัฒนาการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่าง ปกติสุข

4.การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยพยาบาลให้ความรู้ ความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่น และกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531) การสื่อสารของผู้พยาบาลมาตัวตายนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมหรือชุมชนในการที่จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกัน ดังนั้นการพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่นก่อน และรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง หรือบอกถึงสิ่งที่ตัวเองต้องการกับผู้อื่นได้ทำให้ได้รับความช่วยเหลือได้อย่างทันที่

5.การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความรู้สึกของตนเอง ในด้านพฤติกรรม ความคิด คำนิยามของตนเองว่า กำลังทำอะไร มีความรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรับผิดชอบ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Gibson, 1991 อ้างใน สรินทร เชื้อวโสธร, 2545) และทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจตนเองได้ รวมทั้งทำให้มองเห็นถึงข้อดี และข้อเสียของตน ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างในสุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1996 อ้างในสุกัญญา พิวรรณกุล, 2541) และเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้นักคนตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Banduru, 1986)

ระยะที่ 4

6.เตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ เป็นครั้งสุดท้ายของการบำบัด โดยพยาบาลประเมินความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง รวมถึงการเรียนรู้และการเสริมสร้างความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจะสามารถแยกจากพยาบาลเพื่อต่อสู้ หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองได้อย่างมีอิสระ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1952) และแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

ที่จะสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้ใหม่ มีความหวัง แรงจูงใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่า โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสามารถพัฒนาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเองดีขึ้น จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดมีระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มารับการรักษาด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย
2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2548 ถึง เมษายน 2548 จำนวน 20 ราย
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด
 - ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความ

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด หมายถึง การบำบัดทางการพยาบาลรูปแบบหนึ่งเป็นการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) เป็นแนวทางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลนำความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบวิชาชีพ ตลอดจนทักษะในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยมาสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือ ประคับ ประคองจิตใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้าใจตนเองและ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาล 1 คน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยครั้งละ 1 คน นานครั้งละ 40-60 นาที รวม 6 ครั้ง ในการดำเนินกิจกรรมโดยครั้งที่ 1-5 ดำเนินกิจกรรมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน และครั้งที่ 6 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านโดยผู้ศึกษาติดตามไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไปภายใน 1 สัปดาห์ และนัดพบผู้ป่วยหลังตามไปเยี่ยมบ้านอีก 1 สัปดาห์ที่คลินิกจิตเวช

เพื่อประเมินผล วิธีการและขั้นตอนของ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจาก ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) และ “โปรแกรมการปฏิบัติกรรรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา” ของพญุงจิต วรรณินทร (2528) ที่พัฒนา แนวคิดของ Hildegard E. Peplau (1952) ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รายบุคคลที่พบกัน 40-50 นาที เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย รวมทั้งบอก วัตถุประสงค์ในการสนทนา

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รายบุคคลที่พบกัน 40-50 นาที เป็นการศึกษาถึงภูมิหลังและความเป็นไปของผู้ป่วยรวมทั้งค้นหา สาเหตุของการทำร้ายตนเอง และวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการเผชิญปัญหา หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รายบุคคลที่พบกัน 40-50 นาที เป็นการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการเตรียมตัว เผชิญกับภาวะวิกฤตและการสูญเสีย การเข้าใจและการจัดการกับภาวะวิกฤต

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลรายบุคคล ที่พบกัน 40-50 นาที เป็นการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีขอความช่วยเหลือจาก ครอบครัว สังคมและชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดบอกความต้องการของตนเอง และฝึกทักษะ การติดต่อสื่อสารด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลรายบุคคลที่พบกัน 40-50 นาที เป็นการเปิดเผยตนเองและการใช้เวลาว่างให้ เป็นประโยชน์ ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี ข้อเสียของตนเอง เพื่อให้ค้นพบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง และเตรียมสิ้นสุดสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 6 เตรียมตัวดำเนินชีวิตอย่างอิสระ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รายบุคคลที่พบกันที่บ้านของผู้ป่วยโดยพยาบาลตามไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย นาน 60 นาที เป็นครั้งสุดท้ายของการบำบัด ประเมินความก้าวหน้าในพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง การเรียนรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเองในการในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง และแหล่งช่วยเหลือของทางราชการ เมื่อเกิดความไม่สบายใจ

พฤติกรรมกรรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ตนเองมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ประจำวัน หรืออยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนา และดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ และการดูแลตนเอง

โดยทั่วไป ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ตั้งใจและพยายามทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่สามารถกระทำได้สำเร็จ และได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล อ่างทอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง