

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับความสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 การดำรงชีวิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.5 ระบบการบริการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล
 - 1.6 ระบบการบริการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.2 พยาบาลกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 3.4 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1. ความหมายการฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต มีนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ได้ให้ความหมายของคำแตกต่างกันไป ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2538) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อทำลายตัวเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เจตนาที่จะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะได้ข้อมูลที่บ่งบอกว่าการกระทำนั้นๆ เป็นไปเพื่อจบชีวิตของตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2542) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือเป็นอันตราย ถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

Thomas (1980) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อจงใจในการฆ่าตัวเอง เป็นความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นความผิดปกติ หรือเป็นโรคที่ผันแปรไปตามกาลเวลา

Schneidman (1985) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เหน็ดเหนื่อยให้ทำลายตนเองในระดับจิตสำนึก เป็นการแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ทำให้มีความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ไร้ค่า จึงต้องการหลีกเลี่ยงจากปัญหาดังกล่าว จึงทำการฆ่าตัวตายโดยที่คนที่คิดฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือนให้เห็น

จากความหมายของการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง กระทำเพื่อทำลายตัวเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ ให้ได้รับการเจ็บปวดและเป็นอันตราย หรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองโดยตรงเพื่อให้เกิดการเสียชีวิต แต่ไม่เจตนาที่จะตายจริงๆ โดยจะมีสัญญาณเตือนให้เห็น

การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นกลุ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicide behavior) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการ เช่น หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆ ก็ตามเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตหากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ โดยรูปแบบพฤติกรรมมีตั้งแต่การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicidal threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (complete suicide) ซึ่งวิธีการที่ใช้อาจเป็นวิธีการรุนแรง เช่น ผูกคอตาย ยิงตัวตาย การกินยาหรือสารพิษเพื่อฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำของมนุษย์ในการทำลายตนเองด้วยความเต็มใจ หรือไม่เต็มใจ เนื่องจากความบีบคั้นจากสาเหตุต่างๆ ทำให้เกิดความคิด คือ ทั้งอยากตาย และไม่อยากตาย ซึ่งถ้ามีทางเลือกหรือได้รับความช่วยเหลือทันที จะช่วยลดปริมาณการฆ่าตัวตายลงได้

การฆ่าตัวตายโดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การฆ่าตัวตายโดยมีการวางแผนล่วงหน้า (premeditated suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบว่าอยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โดยใช้วิธีการรุนแรง ที่มั่นใจว่าได้ผล ซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย

2) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (ambivalent suicide) มักมีสาเหตุจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตาย โดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้า แต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น การเชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด มักเป็นกลุ่มวัยรุ่น

3) การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (coercive suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลเพื่อให้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตน เป็นการทำให้ผู้อื่นเกิดความสละสลวย และเป็นทุกข์ มักพบในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจมีการเขียนจดหมายลาตาย วิธีการส่วนใหญ่เป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการรุนแรง และมักทำสำเร็จในครั้งแรก

4) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (faux suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง โดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และพยายามฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุ โดยไม่ได้อยากตายจริงๆ พบถึง ร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย Barbee & Bricker (1996) ได้แบ่งพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) คิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดทางอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเอง ในลักษณะการพูด การเขียนงานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ

2) ชู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide threats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ

3) แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งที่ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง แต่กระทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดเจ็บเป็นแผลถลอก

4) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การแสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบความสำเร็จ และความรุนแรงในการกระทำต่ำ มักจะเรียกว่า Para-suicidal behavior

5) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicide) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

จะเห็นได้ว่า การแบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามระดับของความตั้งใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ ในแต่ละพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเชื่อมโยงกัน คือมีตั้งแต่คิด พยายาม และฆ่าตัวตายสำเร็จ (Diekstra & Gulbinat, 1993) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษากับกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความคิดและพยายามทำลายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor)

1) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง จากการศึกษาของทฤษฎีทางชีวภาพ พบว่า สารเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ gamma amino butyric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine ในระดับที่ต่ำกว่าปกติ

2) ความสัมพันธ์ระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor)

1) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ซัลลิแวน (Sullivan ascited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

2) ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหา ทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญา ดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

3) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychological factors) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียดต่อบุคคล

หรือสิ่งที่สูญเสียจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว เข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง การมีความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงชีวิตประสบกับปัญหาขุ่ยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รัก ที่ต้องการของผู้อื่น บุคคลที่อาจมีความคิดเช่นนี้มากกว่าคนทั่วไป เช่นคนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช (ประเวช ดันติพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคม (Sociological factors.)

Durkheim as cited in Barbee & Bricker (1996) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1) ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคม หรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่น ผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตัวเองจนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เป็นการทาลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจกระทำกระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง

2) การฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงตนเอง (egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัว หรือสังคม รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น คนโสดฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทมักฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคม

3) การฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบบังคับมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ

1.2.4 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ อัตราการฆ่าตัวตายจะต่ำเร่จน้อยกว่า (Hoyer&Lund, 1993 ; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998) ส่วนเพศหญิงและชาย ที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า หย่า และแยก อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้สูง (Hulten & Wasserman, 1992 ; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998.) บางกรณีจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้น (Schmidtke et al.,1996.) ดังนั้นสถานภาพสมรสแบบต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ต่อกันเพียงใด มีการช่วยเหลือให้กำลังใจมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ชันตติลล, 2541)

ประวัติบุคคลในครอบครัวและญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมากกว่าเป็น 4 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Malone et al. as cited in Hauenstein, 1998)

จากการศึกษาพบว่าปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย หากปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ

การสื่อสาร ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีนั้น จะมีการสื่อสารที่ชัดเจน และตรงสู่บุคคลเป้าหมายที่ต้องการสื่อ ถ้าการสื่อสารคลุมเครือ มากเท่าไร ก็จะทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี การสื่อสารที่ใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การดูต่ำ และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การพูดเสียดสี เหน็บแนม ในช่วงภาวะวิกฤติของบุคคล จะเป็นตัวกระตุ้น หรือส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

บทบาท ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสม มีการมอบหมายบทบาท และหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพ้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง มีการประสานบทบาท ภารกิจ ครอบครัว ดำเนินไปอย่างเหมาะสมไม่เกิดการฆ่าตัวตาย แต่ถ้าไม่ได้ปฏิบัติบทบาท หน้าที่ หรือควบคุมระบบ อย่างเหมาะสม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น คู่สมรสที่แยกกันอยู่ (ธนุ ชาติธนานนท์, 2534) การถูกบิดา มารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรรวรรณ หนูแก้ว, 2541) การปฏิบัติตามบทบาทครอบครัวไม่เหมาะสม การถูกละเลยในวัยเด็ก ขาดการดูแลเอาใจใส่ (ทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ และคณะ, 2542) ดังนั้นการที่ครอบครัวสามารถมีการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพจิต ให้ความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

การสนองตอบทางอารมณ์ จากผลรายงานการวิจัย สมหมาย เลหาพะจินดา และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2534) ศึกษาลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,184 คน พบว่า วัยรุ่นที่พ่อปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่พ่อละเลยไม่เลี้ยงดูในลักษณะที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญ มี 3 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับลูกจนรู้สึกมีคุณค่า การทำกิจกรรมร่วมกับลูกบ่อยๆ ส่วนลักษณะการเลี้ยงดูของแม่มี 5 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นลูกเสมอ เป็นห่วงเป็นใยลูกตลอดเวลา เอาใจใส่ถามทุกข์สุขลูกเป็นประจำ ให้ความสำคัญสนทนากับลูก และคอยสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อลูกมีปัญหา

ความผูกพันทางอารมณ์ จากการศึกษางานวิจัย นชพร อธิธิวิศกุล และจินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ (2539) ศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จากข้อมูลในแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50 เกิดจากความผูกพันและความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิด

เช่น คู่ครอง บุคคลในครอบครัว และส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื้อรังในชีวิตอยู่แล้ว โดยเป็นเรื่องของความผูกพันและความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น การทะเลาะตบตี ไม่พอใจในนิสัยของคนในครอบครัว

การควบคุมพฤติกรรม จากการศึกษาวิจัยหลายๆ ท่าน พบว่า เหตุการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ การถูกบิดามารดาลงโทษ (อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) การมีแบบแผนการเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปะละเลย มีการเขียนตีรุนแรง และดูค่า (ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ, 2542)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดการฆ่าตัวตายสามารถอธิบายได้จากหลายทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย คือ

1) ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งจากทฤษฎีทางด้านชีวภาพซึ่งได้ศึกษาการฆ่าตัวตายเกิดจากโครงสร้างของสารเคมีในสมองที่มีความ สัมพันธ์กับอารมณ์หรือทำให้อารมณ์บุคคลเปลี่ยนแปลง

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียดต่อบุคคล หรือสิ่งที่สูญเสีย จะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว เข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต และจากทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน เมื่อเกิดความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต และลักษณะที่มีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหา ทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบ เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

3) ปัจจัยทางสังคม จากทฤษฎีทางสังคม เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายออกเป็น 3 กลุ่ม โดยเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคม

4) ปัจจัยด้านครอบครัว การฆ่าตัวตายเกิดจาก การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

จากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการให้เกิดภาวะสมดุลก็จะส่งผลกระทบต่อให้บุคคลเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้

1.3 การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่ก่อผลผลิตของประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง และหากเกิดในโรงเรียนหรือโรงงานก็มักจะมีผลกระทบต่อคนอื่นๆ เป็นจำนวนมาก แม้ผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด จัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงาน การผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชษฐ อุคมรัตน์, 2544) การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการช่วยลดปัญหาจากการสูญเสียดังกล่าว

สภาพสังคมปัจจุบัน จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปจะไม่ค่อยเอื้อให้คนได้ผ่อนคลาย แต่มักผลักดันให้คนเกิดความเครียด เพราะเป็นระบบสังคมที่มีการแข่งขันแข่งขันกันสูง (พระธรรมปิฎก, 2541) ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ชีวิตเต็มไปด้วยความคับแค้นใจ เร่งรีบและดิ้นรน ด้วยวิธีการต่างๆ ต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว ทั้งที่คาดการณ์ไว้ก่อนแล้ว หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและเกิดความถดถอยในคุณงามความดีของวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เหตุการณ์สูญเสีย การหย่าร้าง การตกงาน เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล บุคคลเกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องสูญเสียสมดุลของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น เรียกว่าความเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข)

สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะได้รับความกดดันต่างๆ ที่เกิดเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลจนเสียสมดุลทางอารมณ์ จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา มักจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาได้อยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือก ที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกบีบคั้นจากปัญหานั้นไม่ได้ หหมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ

1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา และถือเป็นภาวะวิกฤติของ

บุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ลึกลับ และไร้คนช่วยเหลือ และผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต หรือผลเสียต่อตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ภาวะทางจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ญาติมิตร ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยในโรงพยาบาล (มานิตา สิงห์จิวิต และคณะ, 2541) การพยายามฆ่าตัวตายหากกระทำไม่สำเร็จก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น การพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถหาสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังสาเหตุการเกิดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน เป็นความซับซ้อนของงานที่ซับซ้อน กดดัน ทั้งในจิตสำนึก และจิตไร้สำนึก ซึ่งแต่ละคนก็มีสาเหตุและความเป็นมาแตกต่างกัน

1.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจสูญเสียชีวิต อาจเกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากคั่งสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนหลังผูกคอตาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากธรรมชาติของภาวะซึมเศร้ามักเรื้อรัง มีโรคที่เกิดร่วมตามมาได้ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540; อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539; Chaput et al., 1998; Dubovsky & Buzan, 1999; Koplewicz & Klass, 1993) ผลกระทบด้านร่างกายและพฤติกรรมจะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง (Maurer, 1986) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้สมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ คิดซ้ำซาก รับรู้ตนเองต่ำ ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) และผลกระทบทางด้านสังคม จะทำให้สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง แยกตัว และผลกระทบด้านแรงจูงใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือบางครั้งมีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธตนเองที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆ ตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้าอับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปและถูกปฏิเสธจากสังคม เพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ

และการเสนอข่าวของสื่อมวลชน เกิดความตึงเครียดเกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากมีการดำเนินบุคคลบางคนในครอบครัว (Lee & Watson, 1993; Van Donger, 1990)

1.4.3 ผลกระทบต่อสังคม เป็นภาระของสังคม อาจเกิดปัญหาจิตตสสารเสพติดอาจก่อคดีลักทรัพย์ อาชญากรรม เกิดความเดือดร้อน วุ่นวายแก่สังคม มีผลต่อเศรษฐกิจและรายได้ของชุมชน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2546)

1.4.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อาจขาดรายได้จากความพิการ เพราะประกอบอาชีพไม่ได้ บางครั้งความพิการที่เกิดขึ้นถูกสังคมชักถามบ่อยครั้ง จึงเหมือนเป็นการตอกย้ำทำให้ลืมเรื่องในอดีตที่ผิดพลาดหรือเจ็บป่วยไม่ได้ (ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกทางลบได้ง่าย และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ขาดแรงจูงใจ หหมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และคิดว่าการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ จนกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ โดยประมาณ 40% จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10% มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (A.J.F.M. Kerkhof, 1994; Garrison et al. 1991; Pfeffer et al. 1994; Schmidtke et al., 1996; ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมา หลังจากการพยายาม ฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996: อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541)

1.5 ระบบการบริการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวได้มีการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ และในชุมชน โดยทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและแกนนำชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ ทั้งการบริหารจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ดังนี้

1.5.1 กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้

1.5.1.1 ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ

1.5.1.2 กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าไม่สงบ อาจพิจารณาส่งต่อแผนกจิตเวชหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

1.5.1.3 เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินแล้วพบว่า

1) กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมากให้ปฏิบัติ ดังนี้

- กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล
- ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
- ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน
- บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

6 เดือน โดยนัดหมาย F/U ส่งต่อพื้นที่ในการดูแล หรือติดตามเยี่ยม

2) กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเข้าตึกผู้ป่วย (ดูแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน)

3) กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่รุนแรง หรือมีภาวะ

ซึมเศร้า ให้ใช้แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า

- มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก รายงานแพทย์เพื่อให้การปรึกษา และ Admit ให้การปรึกษา เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และวางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้น และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชน และนัดมา follow up ตามความเหมาะสม

- มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง ให้คำปรึกษา เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

- ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำปรึกษา ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆ ไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

หมายเหตุ

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

2) มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมา และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

1.5.2 กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

1.5.2.1 ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนี้

1) มีสีหน้าเศร้า ซึม หม่นหมอง ร้องไห้

- 2) เป็นโรคร้ายแรง หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย
- 3) เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ดื่มสุรา มีบุคลิกภาพ

ผิดปกติ

1.5.2.2 ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก ให้ปฏิบัติดังนี้
 - กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - ให้การปรึกษา และรักษาตามแนวทางของแพทย์
 - ให้คำแนะนำญาติเฝ้าระวังที่บ้าน
 - ให้นัด Follow up ภายใน 3-5 วัน เพื่อติดตามผลและให้การ

ปรึกษา

- บุคลากรสาธารณสุข ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดหมายและส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

2) กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยในดูแลตามแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.5.3 แนวทางการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน มีแนวทางช่วยเหลือ ดังนี้

- 1) ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) ให้การช่วยเหลือ ตามแบบประเมิน
 - กรณีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังมีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตามแบบประเมิน
 - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ ดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ถ้ามีให้การปรึกษา ถ้าไม่มีให้คำแนะนำต่างๆไป
 - มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์เพื่อการรักษาและให้การรักษาตามการรักษา ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติที่เฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยนัดมา F/U เป็นระยะ ส่งต่อพื้นที่ให้ดูแลต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน
 - กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือ คือ รายงานแพทย์ และให้การรักษาตามแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษา เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
 - ใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์และให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

3) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระวังระดับระวัง เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ขาฆ่าแมลง และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะปกติ ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

4) การส่งต่อผู้ป่วย พิจารณากรณี que ผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งข้อมูลผู้ป่วยต่อฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช

คำแนะนำญาติในการดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) ควรมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาในระยะแรก ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ในห้องมิดชิด
- 2) เก็บสิ่ง que ผู้ป่วยจะใช้เป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคม ยา หรือสิ่งของ que อาจใช้ทำร้ายตนเอง
- 3) ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องกินยา ญาติควรเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยกินทีละมื้อ และเก็บซองยาไว้
- 4) ไม่พูดตำหนิ ประชด ประชัน หรือพูดทำทาบผู้ป่วยให้ทำร้ายตนเองอีก
- 5) ให้ญาติคอยสังเกตอารมณ์เศร้าจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่แปลกๆ ที่ไม่เคยพูด เช่น คำสั่งลา ตัดใจได้ เปลี่ยนจากอารมณ์เศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระวังให้มาก
- 6) ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้าไว้ดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์
- 7) ควรกระตุ้นหรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้ให้การรักษาตามนัดหมายทุกครั้ง

ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

แนวคิดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน และไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ หรือรู้สึกขาดที่ปรึกษา ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) เป็นการทำงานเป็นทีม และเป็นการประสานงานการทำงานระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน
- 2) การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และสังคม

3) การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานที่ครบวงจร ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

4) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้

สรุป สำหรับรูปแบบของการบริการสำหรับผู้ที่ยกขาฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นการเน้นการให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลในการเฝ้าระวังต่อที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ทำให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในรูปแบบการดูแลที่รับไว้รักษาและไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยการให้การปรึกษา ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และส่งผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมายมา Follow Up

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ยกขาฆ่าตัวตายที่เป็นอยู่เดิมเป็นลักษณะการให้ความรู้เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแบบทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นการให้การปรึกษาโดยทั่วไปไม่เฉพาะทาง และไม่เข้าไปตามขั้นตอนที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น สภาพการบริการดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ควรปรับปรุงแนวทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากสภาพปัญหาจะเห็นได้ว่า ผู้ที่ยกขาฆ่าตัวตาย มีความต้องการสนับสนุน สร้างเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ขอมรับและเห็นคุณค่าของตัวเอง และพยาบาลควรจะขอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ การให้การพยาบาลและการสร้างสุขภาพจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวม ซึ่งไม่สามารถแยกมนุษย์ออกเป็นส่วนๆ ได้ (Orem, 1985) การให้การช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้ความต้องการส่วนบุคคลได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของแต่ละคน หรือตอบสนองความต้องการของมนุษย์นั่นเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) รูปแบบการดูแลผู้ที่ยกขาฆ่าตัวตาย สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลและกิจกรรมที่จัดบริการนั้น อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ที่ยกขาฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาสุขภาพ ที่ดีไว้หรือมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหากไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่ยกขาฆ่าตัวตายอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตและถึงขั้นยกขาฆ่าตัวตายซ้ำได้

1.6 ระบบการบริการพยาบาลผู้ยกขาฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลป่าโมก

โรงพยาบาลป่าโมกเป็นโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีมีกลุ่มงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ชัดเจน แต่มีการจัดตั้งคลินิกให้บริการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตร่วมกับงานยาเสพติด โดยมีสายบังคับบัญชาขึ้นอยู่กับกลุ่มงานการพยาบาล มีบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

หัวหน้างานเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และทีมพยาบาล จำนวน 2 คน คลินิกเปิดให้บริการในวันและเวลาราชการ การจัดระบบการให้บริการ ประกอบด้วย คลินิกให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกคลายเครียด คลินิกบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ส่วนผู้ป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชนในพื้นที่ รับผิดชอบร่วมกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล และจากข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มารับบริการในโรงพยาบาลป่าโมก แบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเครียด วิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภททั้งรายใหม่ และรายเก่าที่มารับยาต่อ (รายงาน รง. 504 โรงพยาบาลป่าโมก) ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเวช และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ดังข้อมูลในปี 2544 – 2546 พบว่า มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 219, 254, และ 365 รายตามลำดับ (สถิติรายงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าโมก, 2546) และจากรายงานข้อมูลในปี 2546 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย และในปี 2547 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 4 ราย (รายงาน 506 DS แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าโมก, 2547) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง และเกิดการสูญเสียต่อสังคม และประเทศชาติ ดังนั้น ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จึงควรมีความตระหนักหรือเล็งเห็นความสำคัญในการวางแผนหาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรง และความสูญเสียบุคคลภายในครอบครัว โดยการจัดระบบการส่งต่อ และการกำหนดแนวทางการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้อีก และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ การดูแลตนเองด้านจิตใจและด้านร่างกาย

Orem (1985) กล่าวถึงการดูแลตนเองว่า เป็นการดูแลคนทั้งคนซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) และการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self-care) โดยจะครอบคลุมสาระของกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงรักษาให้ร่างกายได้รับ อากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอ ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์อย่างเพียงพอ การป้องกันอันตราย และการทำหน้าที่ตามศักยภาพ รวมทั้งการปรับกิจกรรมดังกล่าวให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของตนเอง และระดับภาวะสุขภาพของตน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

สุมณฑา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์ และความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

สรุปความหมายสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจ มีเป้าหมายเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ เกิดประโยชน์ และความผาสุก ในการดำเนินชีวิต มีการกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติ และเมื่อมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เนื่องจากมีความครอบคลุม และเหมาะสมกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้

2.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง

ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้นจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วยการพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

2.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ได้แก่

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

2.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนา และการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลาการวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรม ทุกอย่างที่ต้องทำให้สำเร็จลงได้ การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิต

ของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

2.2.4 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหา ได้แก่ ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น และปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหาต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้นและประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

2.2.5 การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ

2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัวเป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ

3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนแหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538)

2.2.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วยดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพกระทำโดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน การนอนหลับ เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ย่างทำงานหนัก มีความรับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนานซึ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่เพียงพอ จะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ่งมีนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองจับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดและเกิดความปิติสุข นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (เฉก ชนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

2.3 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลระดับ

ชุมชน พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโชคชะตา (Demian, 1995) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าการฆ่าตัวตาย เกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1995) ด้านการติดต่อสื่อสาร จากการศึกษา พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มีความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรุวรรณ หนูแก้ว, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีทักษะและพฤติกรรม การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหนี และการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shroud, & Rotheram-Borus as cited in Eskin, 1995) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือ น้อย (Hart, Williams & Davidson, Hof, Brill, Hafner, & Welz as cited in Heikkinen, Aro, & Lonqvist, 1994) สำหรับในด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง ผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น ไม่เชื่อเรื่องฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป และไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่วุ่นและอ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542)

จะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้ง ทางด้านร่างกาย และการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ซึ่งกล่าวไว้ว่า เป้าหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสุข เกิดความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต ควบคู่ไปกับการดูแลตนเองด้านร่างกายโดยทั่วไป

การเกิดปัญหาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่เหมาะสม เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาให้คลี่คลายสำเร็จลงได้ จึงเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นในการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ในการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

- 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อทำความรู้จักกับแก่นิยม เป้าหมายในชีวิต และวิธีการแก้ปัญหาของตน กิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไร ในสถานการณ์ต่างๆ และมีพฤติกรรมอย่างไร เพื่อเกิดความรู้สึกแต่ละชนิด ความพยายามที่จะสร้างความคิดที่ดีต่อตนเอง

- 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้ และการรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน
- 3) การใช้เวลา หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละวัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม
- 4) การเผชิญปัญหา หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการพัฒนาวิธีการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจ หรือความทุกข์ หรือเกิดการสูญเสีย ซึ่งบุคคลไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน
- 5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิด กิจกรรมที่กระทำเพื่อความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและพยายามที่จะให้ได้มาในการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด
- 6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นการทำดีละเว้นความชั่ว และการทำจิตใจให้สงบ
- 7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

สาเหตุการฆ่าตัวตายนอกจากจะเกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรม ก็พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่

อายุ การพยายามฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20 – 44 ปี การฆ่าตัวตายสำเร็จจะสูงขึ้นในช่วงอายุ 55 – 64 ปี ผู้ชายอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้หญิงอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุ 40-60 ปี หลังจากนั้นจะลดลง (Coloman, Butcher, & Carson, 1980) จากสถิติของประเทศไทย พบว่า การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว ที่กำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด อายุระหว่าง 20-34 ปี โดยสูงสุดในช่วงอายุระหว่าง 20-24 ปี (สำนักนโยบายและแผน, 2539)

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ สับสน ตึงเครียด เสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Wilson & Kncisl, 1996) ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ต้องมีการเตรียมตัวที่จะประกอบอาชีพ เตรียมตัวในการมีคู่สมรส เตรียมตัวเป็นบิดา มารดา ซึ่งล้วนแต่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และการปรับตัวที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วัยสูงอายุ จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนไปทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองถูกแยกออกจากสังคม และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย (Colomnn, Butcher, & Carson, 1980) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการสูญเสียสิ่งต่างๆ เช่น สูญเสียคู่สมรส การสูญเสียความสามารถในตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรสที่เป็นหม้าย หย่า แยก บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะมีกำลังใจ มีความอบอุ่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1980) บุคคลที่เป็นโสดเมื่ออายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะลดลง ส่วนบุคคลที่ล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้นอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น (Schmidtke et al., 1996)

บุคลิกภาพ บุคคลที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกต่อต้านสังคม (Lambert & Bonner, 1996) มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตจาก โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (Demam, 1995) มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง หลีกเลียง และปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Dopkins, Shrout, Rotheram – Borus, & Trautman as cited in Eskin, 1995) มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาเนื่องจากมีรูปแบบการคิดที่ไม่ยืดหยุ่น จึงไม่สามารถหาแนวทางหรือวิธีการอื่นๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา (Schneidman & Farberow as cited in Rickelman & Houfek, 1995) ไม่บรรลุวุฒิภาวะทางความคิด มีความยุ่งยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และการตัดสินใจขาดความมั่นใจในตัวเอง การแสดงออกมักใช้อารมณ์โต้ตอบมากกว่าใช้เหตุผล มีความลังเลในการตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตมีความรู้สึกที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ตนเองต้องสูญเสีย (Blomquist, 1974) บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีบุคลิกที่ต้องการความสมบูรณ์แบบ มีอุปนิสัยแยกตัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ อดทนต่อความคับข้องใจน้อย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2537)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียดซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความเครียดต่างๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีอารมณ์มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเอง สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และช่วยขจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Cohen & Wills, 1985) รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามี 3 รูปแบบ ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ความใกล้ชิดสนิทสนม เพิ่มความอบอุ่น ความเชื่อถือและความไว้วางใจ ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงปลอดภัย

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ช่วยให้บุคคลมีความรู้ เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถช่วยให้ตัดสินใจในการกระทำต่างๆ ได้ดีขึ้น

3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงินทอง หรือการให้บริการ ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีความหวัง (Cohen & Wills as cited in Jacobson, 1986) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านของปริมาณ และคุณภาพของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้รู้สึกถูกแยกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า สิ้นหวัง จนนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย

ศาสนา ในทฤษฎีความผาสุกในชีวิตความเชื่อทางศาสนาจัดเป็นปัจจัยที่เป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาในชีวิตและดำรงสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Antonovsky อ้างใน ดร.ฉวี เลิศปรีชา, 2545) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่นการไปโบสถ์ เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญที่จะลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Kimmayer, Malas, & Boothroy, 1996) สำหรับประเทศไทย พุทธศาสนาสอนให้คนมองทุกสิ่งทุกอย่างด้วยความเป็นจริง พิจารณาให้เห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างคือความไม่เที่ยงแท้แน่นอน ถ้ามองไม่เห็นความเป็นจริงในข้อนี้แล้วย่อมจะยึดมั่น ถือนั่นจนนำไปสู่ความทุกข์ ถ้าใครมีวิจรรณญาณสภาวะทั้งมวลไม่มีตัวตนอันแท้จริง ไม่ยึดมั่น ถือนั่นว่าเป็นตัวตนของตนก็จะล่วงพ้นความทุกข์ (จินตนา บุญพันธ์, 2534ก) พุทธศาสนาสอนให้รู้เท่าทันความทุกข์ หรือความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยสติสัมปชัญญะ สอนให้เผชิญภาวะที่ไม่พอใจด้วยอารมณ์ที่มั่นคง และใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2540)

ประวัติในครอบครัว ผู้มีประวัติในครอบครัวฆ่าตัวตาย จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีประวัติฆ่าตัวตาย (เสาลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ, 2544)

สุขภาพ ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่รักษาไม่ได้ ในช่วงที่มีอารมณ์เศร้ามีโอกาสฆ่าตัวตายสูง บุคคลที่มีความพิการทางกาย หรือได้รับความเจ็บปวดทรมานจากโรคทางกายที่เป็นอยู่ก็มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (เสาลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ, 2544)

บุคคลที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายใน 90 วันหลังจากครั้งแรกที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และมีโอกาสทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยคิดฆ่าตัวตายมาก่อน (เสาลักษณ์ เกศนาคินทร์ และคณะ, 2544)

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

4) หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่จะต้องรับผิดชอบการผสมผสานการวางแผนจำหน่ายไปสู่การให้บริการ

Stone and McGuire (1995) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ คำนึงถึงการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน และคำนึงถึงสถานที่ที่ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมใหม่ซึ่งสอดคล้องกับกองการพยาบาล (2539) ที่กล่าวว่าองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ โดยมีพยาบาลซึ่งรับผิดชอบใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประสานกิจกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับพยาบาลหรือ ทีมสุขภาพอื่นๆ ภายใต้อัมพันธภาพที่ดี

3) การนำขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

4) การมีแผนการจำหน่ายที่สื่อความหมายในการปฏิบัติ

5) มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลภายหลังจำหน่าย

Rorden and Taft (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่าเป็นการปฏิบัติกรพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจนรวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการดูแลไม่เพียงเป็นการดูแลทางกายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดี (well-being) โดยการดูแลต้องดูแลรวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลมีการปฏิบัติกรพยาบาลโดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสาร การประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพครอบครัวและผู้ดูแล และมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานทุกขั้นตอนอยู่บนพื้นฐานความรู้และวิทยาการทันสมัยเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่าย เป็นการปฏิบัติโดยมีพยาบาล ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายตามขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการวางแผนจำหน่ายต้องเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลที่บ้าน

และชุมชนหลังจำหน่าย มีการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมสรุป ได้ดังนี้

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการพิจารณาภาวะแทรกซ้อนจนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
- 2) เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในการส่งต่อไปที่บ้าน และมีการติดตามผลภายหลังจำหน่าย
- 3) เพื่อจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี
- 4) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแผนการรักษา และมีอิสระในการพึ่งพาตนเองมากที่สุดหรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงสุด

3.2 พยาบาลกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในปัจจุบัน เป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นแกนนำในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับใช้บริการ รวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแล ทั้งนี้พยาบาลต้องเข้าใจกระบวนการ ขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างแท้จริงจึงจะสามารถประยุกต์ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทที่สำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งโดยสรุป การวางแผนจำหน่ายมีกระบวนการ ดังต่อไปนี้

McKeehan (1981) กล่าวว่า วัฏจักรกระบวนการวางแผนจำหน่ายก็เหมือนกับขั้นตอนในการแก้ปัญหาตนเอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจากการที่ได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินข้างต้น
- 3) การกำหนดแผนการดำเนินการเพื่อลงมือปฏิบัติ

- 4) การลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) การประเมินผลของแผนนั้นเมื่อนำไปปฏิบัติ

DeRienzo (1985) กล่าวว่า กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การประเมินผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลจะต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม
- 2) การวางแผนการพยาบาลหรือการตั้งเป้าหมายเป็นการศึกษาความต้องการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคคลสำคัญอื่น
- 3) การปรึกษาหารือ เป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลจะต้องติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ
- 4) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- 5) การบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลและการประเมินผล
- 6) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่รับผิดชอบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

Rorden and Taft (1990) กล่าวว่า กระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่จัดกระทำขึ้นในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเป้าหมายระยะยาว คือ การได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีปฏิสัมพันธ์โดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ประกอบด้วยการวางแผนจำหน่าย 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งกาย จิต สังคมและต้องประเมินประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

- 2) การสร้างแผนการจำหน่าย เพื่อพัฒนาทักษะพฤติกรรมดูแลตนเอง วัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว การอภิปรายถึงหัวข้อของการดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนการตัดสินใจของพวกเขา มีการประสานงาน การสื่อสาร และการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

- 3) การกำหนดแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ร่วมกับ

ครอบครัวเลขชุมชน โดยทั้ง 3 ขั้นตอนมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการอื่น ๆ ในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายซึ่งที่กล่าวมาข้างต้น

ดังนั้นโดยสรุปการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว และบุคลากรในทีมการพยาบาล ภายใต้การมีส่วนร่วมที่ดีต่อกัน ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการที่มีลักษณะสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่มีเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพยาบาล และกระบวนการวางแผนจำหน่าย พบว่าขั้นตอนของทั้งสองมีกระบวนการคล้ายกัน (Rorden and Taft, 1990) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งมีกระบวนการที่ครอบคลุมเช่นเดียวกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอื่น ๆ เพียงแต่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่กระชับกว่า คือมี 3 ขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนมีการอธิบายการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย ที่มีความชัดเจนส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายได้โดยไม่เป็นการปฏิบัติที่แยกออกจากงานประจำของพยาบาล

3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย

บทบาทในการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย

การให้การพยาบาลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายนอกจากจะให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาทางจิตเป็นรายบุคคลก็มีความสำคัญมากที่พยาบาลต้องคำนึงถึงเช่นกัน กระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อ่ำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย และคณะ 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้เริ่มให้กับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและมีข้อตกลงบริการร่วมกันกับผู้ป่วย องค์ประกอบสำคัญของการทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีดังนี้

- 1) คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา ควรมีบุคลิกภาพที่อบอุ่น ท่าทางเป็นมิตร ฯลฯ
- 2) การสร้างความประทับใจ ซึ่งความประทับใจจะเกิดได้จาก ปัจจัยลักษณะภายนอกที่สังเกตเห็นได้ เช่น หน้าตายิ้มแย้ม ใจเย็น มีท่าทีที่สงบ การพูดคุยดี น้ำเสียงและจังหวะเหมาะสม ปัจจัยลักษณะภายใน พยาบาลแสดงออกมาให้ผู้ป่วยรู้ได้ถึงลักษณะภายในของตนเอง ได้แก่ ทศนคติที่เป็นกลาง การไม่ตัดสินและแบ่งแยก การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วยในเรื่องการรักษาความลับ

3) การทักทายแนะนำตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจและความเป็นกันเองกับผู้ป่วย
 4) การพูดเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
 5) การเปิดประเด็นปัญหา คือ การจับที่อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยสังเกตอาการที่แสดงออก โดยการใช้ทักษะต่างๆ ในการให้คำปรึกษา เช่น การสะท้อนความรู้สึก การใช้คำถามปลายเปิด แสดงความเข้าใจและเห็นใจ และใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา และทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลต้องอาศัยการผสมผสานทักษะต่างๆ ในการให้คำปรึกษาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกและทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงได้ เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา แบ่งตามการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ดังนี้

1) ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงน้อย มีการวางแผนช่วยเหลือ คือ การให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่มีความทุกข์ในใจออกมา ซึ่งการให้คำปรึกษาที่จำเป็น คือ การสร้างความตระหนักในคุณค่าชีวิต การมีความคิดทางบวก การแก้ไขปัญห

2) ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูง มีการวางแผนช่วยเหลือ คือ พยาบาลควรพิจารณา และประเมินว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ในความดูแลของตนเองได้หรือไม่ ในกรณีที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาทางจิตเวชที่การให้คำปรึกษาไม่เพียงพอที่จะผ่อนคลายได้ จำเป็นต้องส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตแพทย์ในหน่วยงานหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การยุติบริการ เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ระบายความรู้สึก ความกดดันต่างๆ จนผ่อนคลายลงแล้ว และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตสามารถหาทางออกในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่ง ก็จะยุติการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย โดยมีการสรุปการพูดคุยให้คำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกครั้งและส่งเสริมการให้แรงจูงใจ กำลังใจ เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถนำความรู้ และทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดปัญหาได้อยู่ในระดับหนึ่ง ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และควรมีการนัดหมายเพื่อติดตามประเมินผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

บทบาทในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มากที่สุด เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้นสิ่งที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือ

ควรจะมีหลักการที่มีเหตุผลตามตรรกวิทยา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งมีดังนี้ คือ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1) การรวบรวมข้อมูล การประเมินผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูล และควรปฏิบัติตลอดเวลา เกี่ยวกับประเด็น ดังนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส อาชีพ แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น

- อาการและอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงของความคิด

- ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการจะฆ่าตัวตาย

- บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่จำเป็นในการดูแล

ช่วยเหลือ และให้กำลังใจกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย

2) การวางแผน

- เป้าหมายในระยะสั้น เพื่อให้กำลังใจ และป้องกันความเสี่ยงที่เป็นอันตราย

ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายบอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย ให้การดำเนินชีวิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

- เป้าหมายในระยะยาว เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญความเครียดและมีวิธีการแก้ปัญหาในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่คิดฆ่าตัวตายซ้ำอีก

3) การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมาย ดังนี้

- ลดความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย

- ส่งเสริม สนับสนุนช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายพัฒนาทักษะการรู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีการใหม่ในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม

- การปฏิบัติการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อลดความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย

3.4 บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลถือเป็นบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล ในทางปฏิบัติแผนการจำหน่ายซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผน

การจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสุขภาพและแผนการให้ความรู้ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผนนั้นให้สอดคล้องกับ ความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในแต่ละระยะของการดำเนินการของโรคหรือความ เปลี่ยนแปลงและปฏิบัติต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ (กฤษฎา แสงดี, 2539) ช่วงระยะเวลาหลังจากที่ ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมากที่ จะทำให้ผู้ป่วยมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ถ้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เมื่ออยู่ใน สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นการประกันว่ามีการกำหนด และจัดเตรียมกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย ในอนาคตให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนการจำหน่าย (จินตนา ตั้งชวลิต, 2541) ทั้งนี้จะต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติมาเป็นผู้รับผิดชอบ พยาบาล เป็นผู้ให้บริการที่ยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์รวมทั้งใช้หลักของการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน ไม่เฉพาะแต่ ให้การดูแลตามสภาวะสุขภาพเท่านั้น (Williams, 1991) ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย มีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีพลังสำคัญมากในการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วย (ธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541)

กล่าวโดยสรุป พยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นสมาชิกของทีมการรักษาที่มีบทบาทสำคัญใน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่มารับ บริการในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการ ที่หลากหลายของผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับไปบ้าน เป็นการดูแลต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี สามารถประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยรวมทั้งช่วยเหลือให้ สามารถดูแลตนเองได้มีความสนใจพยายามที่จะค้นหาปัญหาผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจและสอนฝึกทักษะการปฏิบัติตัวต่างๆ ที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมตัวสำหรับการดูแลตนเองภายหลังออกจาก โรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับสมาชิกในทีมวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในการร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อธิบายได้ ดังนี้

1) ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่น การศึกษาของ Youssef (1987) โดยการศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวก่อนจะจำหน่าย พบว่า ระดับอาการของผู้ป่วย ดีขึ้น และจำนวนการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง หรือ Kelly & McClelland (1985) ที่ทำการศึกษถึงการบรรเทาภาวะวิกฤตในการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการประเมินและการวางแผน การพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว จำนวน 20 คน รวมทั้งครอบครัว พบว่า ผู้ที่ได้รับ

การวางแผนการพยาบาล ก่อนจำหน่าย มีคะแนนการปรับตัวสูงขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 3 เดือน และมีความเครียดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายตามปกติ

2) ป้องกันการกลับเข้ามาเพื่อรับบริการซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เช่น การศึกษาของ หรือการศึกษาของ Hester (1996) เรื่องการประสานงานกับความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการ โรคระบบหัวใจและทางเดินหายใจล้มเหลว พบว่า การทำงานเป็นทีมและการประสานงานกันช่วยลดการรับผู้ป่วยไว้นอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

3) ช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากร เช่น การศึกษาของ McGinley, et.al., (1996) ที่ใช้ทีมสุขภาพร่วมกันพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะต้องมีการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากรประจำการ ทำให้บุคลากร มีการพัฒนาความรู้ควบคู่ไปด้วย

สรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ นำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากรในการเตรียมความพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านระหว่างผู้ป่วยและญาติ ทำให้มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเหมาะสมมากขึ้น ป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

4. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จากการที่ทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาหรือเกิดการเจ็บป่วยเนื่องจากมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเน้นเพียงการดูแลทางด้านร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมผู้ป่วยยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต เมื่อผู้ป่วยกลับไปเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นอีก ขาดความเข้าใจ และการรับรู้ปัญหาที่แท้จริง ไม่สามารถจัดการแก้ไขให้สำเร็จลงได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้พยายาม ฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมปัญหาดังกล่าว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดการวางแผน

จำหน่ายผู้ป่วยของ Rorden & Taft (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายว่าเป็น การปฏิบัติการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์ ที่ชัดเจนรวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่อง โดยการดูแล ไม่เพียงเป็นการดูแลทางกายเท่านั้น แต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม เพื่อมุ่งสู่ การมีสุขภาพที่ดี (well-being) โดยการดูแลต้องดูแลรวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล มีการปฏิบัติการ พยาบาลโดยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสาร การประสานงานร่วมกันระหว่างทีมการพยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลและมีการส่งเสริมการใช้แหล่งประ โยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการรวบรวม ข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูล และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินทั้งกาย จิต สังคมและต้อง ประเมินประสิทธิภาพ ความเชื่อและเจตคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อใช้ในการ ตัดสินใจให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) การสร้างแผนการจำหน่าย เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติ มีการวางแผนเพื่อบำบัด พื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับโรคและอาการ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการอยู่ในชุมชนได้ โดยเป็นการสอนผู้ป่วยและครอบครัว การอภิปรายถึงหัวข้อ ของการดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนการตัดสินใจของพวกเขา มีการประสานงาน การสื่อสาร และการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

3) การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระดับความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ

1) เพื่อให้ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายมีความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มี พฤติกรรมดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม

2) เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้สามารถ ปรับตัวและเผชิญปัญหาขณะอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

โดยผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการในการศึกษารั้งนี้ และเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพในการให้ ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายเพื่อ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย ให้สำเร็จตามเป้าหมายในกระบวนการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย

การสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประยุกต์จากการศึกษาของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ที่พัฒนาโดยนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft(1990) และ แนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นหลัก ในการจัดเนื้อหาในกิจกรรมของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและร่วมกำหนด โครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ให้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายจะต้องครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณดังนั้นจึงต้องใช้แนวคิดดังกล่าวมาผสมผสานเป็นเนื้อหาใน กิจกรรมเพื่อให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถนำความรู้และทักษะต่างๆไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่าง เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ เน้นการวางแผนจำหน่ายครอบคลุม 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของ พยาบาลในวันแรกที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยครั้งที่ 1 โดยการสร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล เป็นรายบุคคลพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมความรู้สึกให้ผู้ป่วยเปิดเผยข้อมูลและเกิดการยอมรับสภาพ สถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความ ร่วมมือในการร่วมทำกิจกรรม ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงกำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดย การมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ในวันที่ 2 ที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเช้า พบผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวกล้าเปิดเผยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมีปัญหา และสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองที่แท้จริงรวมทั้งสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะ นำมาวางแผนและจัดการแก้ไขตามความสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ พยาบาลที่ดูแลในขณะที่อยู่โรง พยาบาล ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายเพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยทำกิจกรรมในวันที่ 2 ที่รับผู้ป่วยรักษาใน โรงพยาบาล ในช่วงบ่าย พบผู้ป่วยครั้งที่ 3 โดยการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และการดูแลตนเองทางด้านร่างกายเมื่อเกิดการ

เจ็บป่วยโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน และบทบาททางสังคม การให้รับรู้ว่าผู้ป่วยอาจมีโอกาสดเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และเกิดการเสียชีวิตได้ โดยการให้คำถามและใบงานเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลทำกิจกรรมในวันที่ 3 ที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเช้า พบผู้ป่วยครั้งที่ 4 เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับค่านิยมเป้าหมายในชีวิต และวิธีการจัดการกับปัญหาของตัวเอง ให้ผู้ป่วยได้รู้ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ และการแสดงพฤติกรรมต่างๆ อย่างไม่เมื่อเกิดความรู้สึกแต่ละชนิด เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยสร้างความคิดที่ดีต่อตนเอง ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลการสนับสนุน และสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทักษะการสื่อสารให้ผู้อื่น ได้รับรู้เพื่อบอกปัญหาและความต้องการของตนเองและรับรู้อความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาอย่างถูกต้องตรงกัน ทำกิจกรรมในวันที่ 3 ที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงบ่าย พบผู้ป่วยครั้งที่ 5 ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยทำกิจกรรมในวันที่ 4 ที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเช้า พบผู้ป่วยครั้งที่ 6 สอนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจ เกิดการสูญเสียซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลทำกิจกรรมในวันที่ 4 ที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงบ่าย พบผู้ป่วยครั้งที่ 7 โดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้และพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวหรือบุคคล ที่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่มั่นคง และได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 3 การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 8 การเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ตระหนักรู้ เกิดค่านิยม และสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบผู้ป่วยครั้งที่ 8 ในช่วงเวลาบ่ายที่นัดหมายผู้ป่วยหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยปฏิบัติกิจกรรมใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยพยาบาลมีการประเมิน ตรวจสอบระดับความสามารถในการปฏิบัติตัว

ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลัง เกิดความตระหนักรู้ ให้เกิดกำลังใจในการนำความรู้ และการพัฒนาทักษะที่ได้รับจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์เพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความ ปัญหา อุปสรรคและสามารถในการปฏิบัติที่เกิดขึ้น และมีการประเมินผลพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะหลังดำเนินเมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้นเป็นเวลา 1 อาทิตย์

โดยผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ และเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพในการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายเพื่อความร่วมมือ ในการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย ให้สำเร็จตามเป้าหมายในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกกิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 วัน โดยพบผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้า และช่วงบ่าย เพื่อทำกิจกรรม และติดตามประเมินผลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ผู้ศึกษาเชื่อว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะช่วยลดอัตราการป่วยยามฆ่าตัวตายลดลง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน โดยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) และผสมผสานแนวคิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau (1952) รวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษาแสดงว่าการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ได้ศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 10 คู่ โดยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดและกิจกรรมที่สังเคราะห์จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณีและรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สร้างขึ้น พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความคิดและความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นบางราย แต่สำหรับครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ผลที่เกิดขึ้นทางกาย และผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

รพีพรรณ วัจนพงษ์ (2544) ได้ศึกษา การปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชของแผนกผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลฝ่ายกายและในโรงพยาบาลจิตเวชเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 125 คน โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของกระบวนการพยาบาล พบว่า พยาบาลจิตเวชปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมกับผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกราย โดยมีการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนกับผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกราย ยกเว้นขั้นตอนของการประเมินผลที่มีการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นบางราย โดยขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติมากกว่าขั้นตอนอื่นๆ ในทุกขั้นตอนมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด รองลงมาได้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล และมีการปฏิบัติน้อยที่สุดในส่วนของสิ่งแวดล้อมและชุมชน สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช คือ การไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ดูแลขาดการสนับสนุนกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการจัดอบรมการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายครอบครัวการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวผู้ดูแล ในการเตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้านไปพร้อมๆ กัน

อารมณี บุญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามรถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกอายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมชายในโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 50 คน โดยใช้เครื่องมือ พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อม และเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่า หลังมีการเตรียมความพร้อม

MacGilp (1991) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 48 คน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนและการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน

ผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะ และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า การจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข จำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการฝึกทักษะทางสังคม

5.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมือง และชนบท จำนวน 970 คน โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากแนวคิดของ Hill & Smith (1982) และแนวคิด การดูแลตนเองของ Orem (1985) ประกอบด้วยแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อทางศาสนา และแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนชาวไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรก คือ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และ

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดรุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านต่ำทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

สมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาประยุกต์มาจาก การศึกษาของกาญจนา ชัยเจริญ (2547) ที่พัฒนาจากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ผสมผสานแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและยามที่มีปัญหาด้านจิตใจหรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานใจ โดยมีเป้าหมายของการทำกิจกรรมเพื่อช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี โดยพัฒนาเป็น “โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย” ประกอบด้วย 8 กิจกรรม

3 ขั้นตอน เพื่อให้การบริการพยาบาลผู้พยาบาลมาตัวตายและครอบครัว ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

