

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาที่รุนแรง ซึ่งจากสถิติการฆ่าตัวตายทั้งโลกพบว่า มีอัตราเฉลี่ย 12.3 ต่อแสนประชากร และพบว่าแนวโน้มสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จของโลก อยู่ที่ 5 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2551) ในประเทศไทยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ.2551 อยู่ที่ 5.96 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2552) อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยช่วง 5 ปีที่ผ่านมา นับจากปีพ.ศ. 2548 – 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.34, 5.77, 5.48, 7.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เท่ากับ 145, 336 DALYs ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2546) ผลของการฆ่าตัวตายมี 2 ประการคือฆ่าตัวตายสำเร็จ และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งพบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนมากว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10-20 เท่า (WHO, 1997) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศ นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ร่างกาย และจิตใจ สาเหตุของการฆ่าตัวตายมีหลายสาเหตุ จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรม

ภาวะซึมเศร้า เกิดจากบุคคลได้รับความเครียดแล้วไม่อาจปรับตัวได้ (นฤมล จันทร์ขำ, 2547) ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งอาจทำให้รู้สึกกดดัน จนสูญเสียความสมดุลของตนเอง จนเครียด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ถ้าปรับตัวได้ บุคคลจะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ในทางตรงข้ามถ้าความเครียดมีอยู่ในระดับสูงมาก จะส่งต่อการปรับตัวจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า และอาจรุนแรงจนกลายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา (อรพรรณ ลือบุญธ วัชชัย, 2545) ในระยะแรกอาจรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ยังดำเนินชีวิตได้ แต่จะรุนแรงจนกลายเป็นรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในทางลบ ไม่มีแรง นอนไม่หลับ หรือพฤติกรรมถอยหนี (Beck, 1967 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) ผู้คิดฆ่าตัวตายทุกรายจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 84.62 (เสาวนีย์ พัฒนาอมอร์ และอัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2543) และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูล และประ โมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จากการศึกษาตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปีพบว่าร้อยละ 10-15 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมพร ตรังคสมบัติ และคูสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) จากการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ฆ่าตัวตายจะมีอารมณ์เศร้าในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่า

ตัวตายร้อยละ 58.90 (ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) และร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Mcdougall et al., 1997 อ้างในกัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2548)

จากสถิติรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากถึง 12 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2005) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 5 ของประชากร คิดเป็นจำนวนไม่น้อยกว่า 3,000,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2548) และจากสถิติผู้มารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2547 – 2551 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าสูงขึ้นคิดเป็น 55.90, 74.39, 99.58, 130.37 และ 94.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันว่ามีน้ำหนักมากที่สุดว่าส่งผลให้คนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Caneto, Lester D. Gender, 1998) จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีผลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ทำให้มีความคิดด้านลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและทำงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดีทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ผลจากภาวะซึมเศร้าที่ยังคงอยู่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งการพักผ่อน การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จากการศึกษาปัจจัยของความคิดอยากตายพบว่าความทุกข์จากการเจ็บป่วยทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเอง และไม่มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิและสิริเกียรติ ยันตติลภ, 2541) และเมื่อพิจารณาการดำรงชีวิตจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่สร้างสรรค์มีพฤติกรรมถอยหนี ไม่สนใจดูแลตนเอง กลายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา จนถึงขั้นเป็นโรคจิตหรือคิดฆ่าตัวตายซ้ำในที่สุด (ณัฐกานต์ ไพศาล, 2549) เมื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายพบว่า ร้อยละ 7.41 จะคิดฆ่าตัวตายซ้ำและมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป (ดร.ณิ เลิศปรีชา, 2545) และการศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติ พบว่าผู้ที่เคยฆ่าตัวตายจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองโดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพจิต จนทำให้เกิดความเครียดและคิดฆ่าตัวตายซ้ำ (ธนู ชาติธนานนท์, 2541)

Hill & Smith (1990) เชื่อว่าการพัฒนาการรู้จักตนเองและควมมีคุณค่าในตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด และค่านิยม ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีและดำเนินชีวิตอย่างปกติ ใช้กระบวนการคิดอย่างรอบคอบและ

เหมาะสม (Orem, 1995) ตอบสนองความต้องการของตนให้บรรลุเป้าหมาย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของครุณี เลิศปรีชา (2545) ที่พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 81 ราย มีระดับการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารและการเผชิญปัญหาในระดับปานกลาง เนื่องจากระบบการเลี้ยงดูทำให้ไม่กล้าแสดงออก (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534 อ้างในสุทธิดา บรรทัดจันทร์, 2548) และอาจพยายามฆ่าตัวตายซ้ำถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ประยูศักดิ์ เสรีเสถียรและคณะ, 2541)

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่เปิดให้บริการในวันเวลาราชการ จากรายงานการฆ่าตัวตายในปี 2550-2551 พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 28 ราย และ 32 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชสถิติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2551) และฆ่าตัวตายซ้ำ 8 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2550) ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอบางน้ำเปรี้ยวปี พ.ศ. 2551 จำนวน 27 ราย พบว่าสาเหตุที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองต่ำ มีความคิดด้านลบ รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับพักผ่อนไม่หลับ ขาดความสนใจตนเอง แยกตัว ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ จากความขัดแย้งหรือมีปัญหาในใจคนในครอบครัว คนรักและเพื่อน ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้นจะมีปัญหาในเรื่องการเผชิญปัญหา การแยกตัว และหนีปัญหาด้วยคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.74 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.25 ซึ่งจำแนกผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลพบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 16 ราย ไม่กลับมาตรวจตามนัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าเมื่อกลับสู่ชุมชนประสบปัญหาไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุมชน และคนใกล้ชิด ส่งผลต่อการปรับตัวด้านจิตใจจนไม่ยอมสนใจดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเองโดยทั่วไปหมดอาลัยในชีวิต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ แยกตัว ผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นต้องเผชิญกับแรงผลักดันสูง เขาไม่สามารถใช้ความคิด มีสติ และใช้ปัญญา และไม่มีความสามารถในการรับรู้สภาพที่เป็นจริง รวมถึงไม่ตระหนักรู้ในความต้องการของตนเองทำให้ไม่มีประสิทธิภาพในการทำกิจกรรม ส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาจึงทำการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำ ร้อยละ 59.26 ในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปไม่เหมาะสม การปรับตัว การขาดทักษะในการเผชิญปัญหา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการขาดความสมดุลในการตอบสนองต่อเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่มีทางออกจนกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำได้

การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมคือให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงควมมีคุณค่า มีความคิดด้านบวกเพื่อให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีพลังใจดีขึ้นภาวะซึมเศร้าจะไม่เกิดขึ้น สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ แต่รูปแบบการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบันนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จะได้รับการรักษาและการพยาบาลด้านร่างกาย และการแก้ไขปัญหาอย่างรีบด่วน เช่นการล้างท้อง การให้สารน้ำและยา หลังจากนั้นจะเข้าพักในแผนกผู้ป่วยในประมาณ 2-3 วัน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษากับพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและนัดติดตามผลการรักษาตามความเหมาะสม แต่ยังไม่มีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมส่งผลให้เกิดการกลับฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของตน ไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยขาดทักษะการเผชิญกับปัญหาและภาวะซึมเศร้าที่ยังคงอยู่ ทำให้มีผลต่อการปรับตัว ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้รับการปรับตัวด้านจิตใจที่ดีจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่และเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายมักเน้นด้านร่างกายมากกว่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายไม่ได้ลดลงมากและมีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือมาพบแพทย์ด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตมากขึ้นชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลที่เน้นด้านใดด้านหนึ่งนั้นยังไม่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง การให้การดูแลผู้ป่วยนั้นควรให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม นั่นคือให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2548) เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน เพื่อให้เกิดพลังทางจิตใจและความสามารถที่จะดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องเน้นการให้การดูแลอย่างองค์รวมที่ครอบคลุมทุกด้านคือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม, 2548) ซึ่งการให้การดูแลแบบองค์รวมต้องมีความเข้าใจบุคคลทั้งคน และให้การดูแลผสมผสานความรู้ทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่าง ๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และพบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ของกัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) น่าจะเป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่ยายมาตัวตายได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ให้มีชีวิตที่ปกติสุข โดยส่งเสริมในด้านต่างๆ ของบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งโปรแกรมนี้นั้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาควมมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การใช้ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม” จะเป็นแนวทางเพื่อให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ให้บริการผู้ที่ยายมาตัวตายให้มีความพร้อมในการกลับสู่ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ยายมาตัวตาย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ที่ยายมาตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ลดการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และประเทศ

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ยายมาตัวตายอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

### คำถามการศึกษา

ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ที่ยายมาตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ยายมาตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

การที่ยายมาตัวตายถือเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน มีความคิดค้นลบต่อตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ขาดการรับรู้ จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นปัญหา (ณัฐวดี ใจชมชื่น, 2543) เมื่อผู้ที่ยายมาตัวตายได้รับการรักษาและกลับสู่

ชุมชน ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ จากภาวะทางจิตใจที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทำให้ไม่สามารถใช้ความคิด สติปัญญา ไม่มีการรับรู้หรือตระหนักรู้ถึงความต้องการของตนเอง และไม่มีการปรับตัว (ศิริรัตน์ คุปต์วิมลและศิริเกียรติ ชันตติลล, 2541) ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเอง กลายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา (ณัฐกานต์ ไพศาล, 2549) และกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของดร.ณิ เลิศปรีชา (2545) ที่ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำร้อยละ 7.41 มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคืนสู่ภาวะปกติและได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาจึงค้นหารูปแบบการบริการที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม” ซึ่งกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ได้นำมาใช้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โปรแกรมนี้พัฒนามาจากการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ที่กล่าวถึงการรู้จักตัวเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งแต่ละกิจกรรมจะลดภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้

1. สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน แบ่งเป็น 4 ระยะ (Peplau, 1995) ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้น การแนะนำตนเอง พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลจริงเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) 2) ระยะระบุปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสืบค้นความคิด ความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ส่วนที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยเน้นความรู้สึกมั่นคงและความพึงพอใจในชีวิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) และเลือกใช้วิธีที่จะนำไปแก้ไขปัญหา (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2544) 3) ระยะการใช้ศักยภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง หรือระยะของการแก้ปัญหา พยาบาลให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา และรับฟังอย่างตั้งใจ สนใจและเข้าใจ ใช้เทคนิคการสนทนาหลาย ๆ อย่าง ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง กระตุ้นให้นำวิธีการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ ให้ข้อมูล สอน และให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Carkhuff, 1968) ซึ่งผู้ป่วยเกิดความภูมิใจที่ได้ใช้ศักยภาพที่มีของตนเองในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม 4) ระยะสรุปผล หรือระยะสิ้นสุดปัญหา พยาบาลวางแผนยุติสัมพันธภาพ ผู้ป่วย

สรุปสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงความคิด ความรู้สึกที่ได้ ส่งเสริมความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย และได้เรียนรู้การสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ดี (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของชนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ที่พบว่าสัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมลดตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกของตนในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม และยอมรับจุดเด่น จุดด้อย ของตนเอง พยายามลုံใจให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รับรู้ว่าคุณค่า (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ข) ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญของต่อจิตใจ (สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) ทำให้รู้จักตนเองได้ดีขึ้น รับรู้และเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วย จะเกิดความภูมิใจและมีกำลังใจในการแก้ปัญหา (สุกัญญา พิรวรรณกุล, 2541)

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย การได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย และส่งผลให้ความเครียดถูกปลดปล่อย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีมีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาให้ดีขึ้น ช่วยให้สื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) และการใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความรู้สึกรถึงอำนาจในตนเอง ส่งผลให้ความเครียดลดลง (Smith, 1980) ทำให้ลดความรุนแรงของปัญหา และช่วยลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) ความรู้ที่ให้แก่จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง นำประสบการณ์และความรู้ไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1995; มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อากาศ สุปัญญา, 2541) ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลสุขภาพของตน ลดภาวะซึมเศร้า

4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย พยายามให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการหายใจและการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกด้วยกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เมื่ออยู่ลำพัง อัตราการหายใจลดลงและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นการประสานระหว่างกายและจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอว์โมนส์ (Pelletier, 1977) ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย สามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้ ทั้งนี้เพราะในภาวะผ่อนคลายจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลง ช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกาย

อยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (สุวรรณ อนุสันติ, 2546) ช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ ส่งเสริมให้มีสุขภาพกายและจิตดี สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และดูแลตนเองได้ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2543)

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ พยาบาลจะพูดคุย และเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพและศรัทธา โดยใช้หลักคำสอน มาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดสมาธิ มีความเมตตา กรุณา รู้จักการให้ การอภัย ขอมรับการเปลี่ยนแปลงชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางศาสนา จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึก อารมณ์และความเชื่อของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้กลวิธีจัดการที่นำไปสู่การแก้ไขภาวะซึมเศร้าได้ (รังสิมันต์ สุนทร ไซยา, 2547) นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) กล่าวว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ ทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญา สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว ปรับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จะเห็นว่าการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผลของการเรียนรู้จะส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถพัฒนากระบวนการคิด เกิดเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของตนเอง มั่นคงในชีวิต และมีความสุข พึงพอใจในชีวิตทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งนั่นคือ การดำรงชีวิตที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำหรือการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จนทำให้สามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้

### สมมติฐานการศึกษา

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมลดลง
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมดีขึ้น



### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายดำเนินการศึกษาที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้คือ

### ประชากรที่ศึกษา

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ขึ้นไป ที่มารับการรักษาและมาติดตามผลที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาอิสระ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและอารมณ์ ทำให้เกิดความผิดปกติ ซึ่งแสดงออกทางร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย นอนไม่หลับ แยกตัว มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง และอาจคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 และ (ซัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) แปลและเรียบเรียงโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกัญญาพิชญ์ จันทรนิยม (2548) ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย
2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมถึง
  - 2.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างและลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย รับรู้ในศักยภาพ และความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการใช้ภาษา สร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง และเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้

2.3 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หมายถึงการกระทำของผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจ ปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกวิธีการแก้ไขปัญหาและการผ่อนคลายตนเองจากความเครียด

2.4 การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการ รักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา

2.5 การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการพิจารณา การใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละวัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่กระทำตาม หลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งจะเน้นการทำจิตใจให้สงบ การกระทำความดี

**ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง บุคคลที่มีความคิดหรือลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

**การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมของกัญญาพิชญ์ จันท์นิยม (2548) ที่พัฒนามาจาก แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for Healthy life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยมีการดำเนินกิจกรรมให้กับสมาชิกเป็นรายบุคคล และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้ป่วยได้มีแรงสนับสนุนเพื่อเป็นการเสริมแรง(McIntosh & Worley, 1994) เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชนผู้ศึกษาจึงเพิ่มกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการ ให้กำลังใจและแก้ไขปัญหา เพิ่มเติมหลังการทำโปรแกรม จำนวน 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และ ประเมินผลหลังให้โปรแกรมครบ อีก 1 สัปดาห์ กำหนดทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและ ที่ภายหลังจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ซึ่งรายละเอียดของการดำเนินการและกิจกรรมมี 6 กิจกรรม คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้วยการเริ่มต้นสนทนาเรื่อง ทั่ว ๆ ไปด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใส่ใจในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เกิดความไว้วางใจใช้ เวลาประมาณ 20 นาที และช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังกับการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรม

2. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที โดยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลัง

ทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำเป็นการจงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา

3. การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน ใช้เวลา 30 นาที โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับ

3.1 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเองตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติการดูแลตนเองทางด้านร่างกายเพื่อสนองความต้องการในด่างสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

3.2 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม โดยการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เช่นแหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา

3.3 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมโดยการสอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถในการรับส่งข่าวสาร

3.4 การใช้เวลาว่างที่เป็นประโยชน์ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่สอนและฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันและวางแผนการใช้เวลา

4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยการสอนและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้เวลา 30 นาที ได้แก่ การฝึกหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติร่วมกัน

5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธาใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนนับถือมาช่วยผ่อนคลายด้วยวิธีที่เหมาะสม

6. กิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (McIntosh & Worley, 1994) หลังการทำโปรแกรม จำนวน 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 นาที

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการใช้รูปแบบการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
2. เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
3. นำข้อมูลและแนวทางที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาบทบาทของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Base) รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความก้าวหน้าของวิชาชีพ