

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีหนึ่งๆ มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ถึงปีละ 873,000 คน (Comtois and linehan, 2006) สำหรับในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลงจาก 8.2 ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ. 2544 มาอยู่ที่ 5.48 ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ. 2550 (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นเรื่องที่สังคมไทยตระหนักกว่ามีความสำคัญในระดับสูงสำหรับจังหวัดสิงห์บุรี พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2548 – 2550 เท่ากับ 6.47, 5.53 และ 8.76 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, 2550) จากการที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานตามนโยบายเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน อัตราการทำร้ายตนเองและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 8.2 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2544 เหลือ 5.48 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2550 (กรมสุขภาพจิต, 2550) แต่จากรายงานพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสิงห์บุรี ในปี พ.ศ. 2548 – 2550 เพิ่มขึ้น เท่ากับ 6.47, 5.53 และ 8.76 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อมูลของโรงพยาบาลบางระจันซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงในจังหวัดสิงห์บุรี ก็พบข้อมูลที่สอดคล้องกัน โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน รวมเฉลี่ยเดือนละ 3-6 คน (รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2548 – 2550 เท่ากับ 2.75, 2.76 และ 5.81 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอัตราที่สูงขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, 2550)

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายนั้มนำมาซึ่งความสูญเสียในหลายๆ ด้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ รวมถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (Years lost due to premature death: YLLs) ซึ่งหากกระทำไม่สำเร็จอาจส่งผลกระทบให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการทางกาย ก่อให้เกิดปัญหาตามมาในระยะยาว เช่น เกิดภาวะไตวายจากการรับประทานยาประเภทกำจัดวัชพืช (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2540) ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวลซึมเศร้า หวาดระแวง ก้าวร้าว (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ผลต่อสังคม อาจทำให้เกิดการลอกเลียนแบบในผู้ที่กำลังประสบกับภาวะวิกฤตได้ (กรรณิการ์ เกาหมอ และ สิริมา เนาวรัตน์, 2542) ซึ่งพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้มน มีการจำแนกตามระดับของความตั้งใจและผลสำเร็จของความตั้งใจโดยกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญและน่าเป็นห่วงที่สุดคือ กลุ่มที่

พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำมากที่สุด โดยประมาณ 40% จะพยายามกระทำซ้ำอีก และ 10% มักฆ่าตัวตายสำเร็จ (Kerkhof, 1994; Garrison et al., 1991; Pfeffer et al., 1994; Schmidtke et al., 1996 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม

จากรายงานการฆ่าตัวตายของหน่วยงานการให้การศึกษา โรงพยาบาลบางระจัน พบว่า ในปี 2550 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 31 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 5 คน จำแนกเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 คน และเป็นการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 คน และเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 26 คน ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลของ หน่วยงานการให้การศึกษา โรงพยาบาลบางระจัน โดยการ สัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ทั้ง 5 คน (รายงาน 506 DSแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) และได้้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบว่า จากการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อันเนื่องมาจากปัญหาเดิมๆของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤติ (Aguilera, 1978) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต และเป็นภาวะที่ทำให้ลายความสมดุล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) โดยภาวะวิกฤตินั้นจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ ระบบเกื้อหนุนค้ำจุนให้บุคคลเผชิญกับปัญหานั้นๆ และกลไกที่บุคคลนั้นใช้ในการเผชิญปัญหา (Aguilera, 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) และ Aguilera (1978) ยังกล่าวอีกว่า แรงจูงใจทุกรูปแบบ จุดดีและจุดด้อยต่างๆของแต่ละบุคคลนั้นจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ และก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมาในภายหลังซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าสาเหตุและรูปแบบของการฆ่าตัวตายนั้นมีมากมายหลากหลายแต่พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่พบได้บ่อยจะมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ 3 ประการ คือ ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสับสนวุ่นวายในชีวิตและการตาย และผลกระทบจากการฆ่าตัวตายอื่นๆ เช่น เกิดการต่อต้านจากบุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กับผู้ที่ยกฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจันในด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ (กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม, 2548) และจากการศึกษาของธนู ชาติธนานนท์ (2541) ซึ่งศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤติ ยังพบว่าผู้ที่เคยฆ่าตัวตายจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จนอาจทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นและคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจัน จึงเป็นลักษณะของปัญหาที่สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข โดยส่งเสริมให้ผู้ที่ยกฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่ยกฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา

ทั้งนี้ Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถแยกกันได้โดยสิ้นเชิง การที่บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี บุคคลนั้นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากบุคคลมีสุขภาพกายที่ดีจะมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่มากกระทบจิตใจ (Hill & Smith, 1990 อ้างใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) โดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมในการดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองดังกล่าวประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วย การได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนและการออกกำลังกาย 2) การดูแลตนเองด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Hill & Smith, 1990)

จากประสบการณ์การให้การพยาบาลและให้คำปรึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ศึกษา ซึ่งได้สัมภาษณ์ ชักถามข้อมูล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว รวมถึงข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางระจัน มีปัญหาการดูแลตนเองในลักษณะที่ไม่เหมาะสมในหลายด้านโดยมีสาเหตุอันเนื่องมาจาก มีปัญหาเกี่ยวกับการทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจเมื่อถูกตำหนิ ผิดหวังในความรัก หึงหวง เกิดความขัดแย้งกับคนอื่นในครอบครัว มีปัญหาการพักผ่อน ปัญหาด้านการเรียน มีปัญหาโรคเรื้อรังหรือพิการ และลำดับสุดท้ายคือความต้องการการเอาใจหรือเรียกร้องความสนใจ (รายงานการฆ่าตัวตายหน่วยงานการให้การปรึกษา โรงพยาบาลบางระจัน, 2550; รายงาน 506 DS แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และเป็นปัญหาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

จากการให้บริการให้คำปรึกษา จากการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายและญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจันพร้อมกับบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกให้คำปรึกษา และเพิ่มประวัติของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความคิดและความรู้สึกในทางลบมากกว่าทางบวก มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา ดังเช่นความรู้สึกน้อยใจเมื่อถูกตำหนิ รวมถึงผู้ป่วยไม่มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้กับตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เช่น ปัญหาด้านการเรียนและการดำรงชีวิตประจำวันพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว มี

ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมาพร ตรีศมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541) ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาความคับข้องใจจะใช้วิธีการปฏิเสธ มากกว่าการเผชิญปัญหา อย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout, & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995 อ้างถึงใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) จากผลการสำรวจสาเหตุของปัญหา ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน พบว่า เกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว ระหว่าง บุตรกับ บิดา มารดาหรือ สามีกับภรรยา รวมทั้ง การผิดหวังในความรัก และการทิ้งหวง ซึ่งพบมากในช่วงวัยรุ่น (รายงาน 506 DS แผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) และพบว่าส่วนใหญ่เมื่อเกิดปัญหามักจะไม่ปรึกษา และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวน้อย ซึ่งครอบครัวถือได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ของบุคคล ซึ่งจะคอยส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างราบรื่นและมีความสุข (อัมพล สูอำพัน, 2539) และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจันนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หรือความพิการร่วมด้วย บ่อยครั้งมีความคิดอยากตาย ท้อแท้ สิ้นหวัง (รายงานการฆ่าตัวตาย หน่วยงานการให้การปรึกษา โรงพยาบาลบางระจัน, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล (2543) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตาย คือ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บุคคลเหล่านี้ไม่มี กลวิธีในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมี ปัญหาด้านการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ ว้าวุ่น อ่อนแอ (พุทธทาสภิกขุ, 2542) ดังนั้นหากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีการพัฒนาการรู้จักตนเอง อย่างสม่ำเสมอ ไม่สามารถบริหารเวลาในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ขาดทักษะในการเผชิญ ปัญหา ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดความเครียด มีจิตใจที่ ว้าวุ่น อ่อนแอ เมื่อเกิดปัญหาจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่ความรู้สึกไม่มี คุณค่าในตนเอง ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายและทำให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำตามมาได้ (De man, 1995)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางระจัน มีปัญหาการ ดูแลตนเองในด้านต่างๆ แสดงให้เห็นถึงการขาดความสมดุลในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ร้ายแรง ในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดย พิจารณาจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรได้รับการดูแลช่วยเหลือให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องเน้นการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านคือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่ง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม แต่ในปัจจุบันพบว่าการดูแลผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลบางระจัน จะเน้นให้การพยาบาลเฉพาะทางกาย เป็นส่วนใหญ่ หรือ เพื่อการรักษาตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น เช่น การล้างท้อง การตรวจวัด

สัญญาฉบับ การให้สารนำทางตลอดเล็ดคำ การให้ยาเคลือบกระเพาะรับประทาน การใส่สายยางทางจมูกโดยคาสายยางไว้ ส่วนการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ขาดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพียงแต่พยาบาลจะซักถามถึงอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงการดูแลด้าน จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เห็นได้จากการที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน ทั้งหมด มีผู้ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบฟอร์มการประเมินภาวะซึมเศร้า และ การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพียงร้อยละ 4 และมีจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษา แบบให้คำปรึกษา (Counseling) เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก

จากสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลบางระจัน และขอบเขตการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับดั่งข้างต้น ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการช่วยเหลือเพื่อจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ โดยการช่วยเหลือนั้นต้องมีรูปแบบการบริการที่มีความชัดเจน ต่อเนื่องในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะอยู่ที่บ้านและการมารับการรักษาในระยะติดตามผล ในฐานะของผู้ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องมีการผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อให้ความต้องการส่วนบุคคลได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของแต่ละคน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

การพยาบาลองค์กรวมนั้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งให้การช่วยเหลือโดยการผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านและการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรม วิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และพบว่าโปรแกรมการพยาบาลองค์กรวม ที่ใช้ในการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) น่าจะเป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่ปัญหาพยายามฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการความเป็นองค์กรวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการในทุกขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ซึ่งรูปแบบการบริการตามโปรแกรมนี้นุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมเป็นการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม บนพื้นฐานข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ก) โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการใช้ “โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม” จะสามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการให้บริการผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทร์นิม (2548) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยโปรแกรมนี้นี้ช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น มีทักษะในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่เป็นภาระของครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ลดการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดผลกระทบต่างๆที่จะตามมาหลังการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ความพิการ และยัง สามารถลดงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาวได้อีกด้วย

คำถามการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เคยเข้ารับการรักษาในแผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องกลับไปอยู่ในสังคมเดิม พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่างๆที่ไม่เหมาะสมรวม 7 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การ

ติดต่อบุคลากร การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การดำรงรักษาสัมพันธภาพ ในครอบครัว การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ ด้านจิตวิญญาณ (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม, 2548) ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยสาเหตุของการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ดังกล่าว ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เป็น สาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของ ตนเองได้ ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าการยอมรับปัญหาที่แท้จริง ขาดการสื่อสารที่ดีต่อกัน ไม่สามารถบริหารเวลาในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และจากสาเหตุดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะ ไม่ได้มีการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง ทำให้เกิดความคิดที่จะ พยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีการค้นหารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหา และตรงตามความ ต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยบริการดังกล่าวต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่สามารถแยกกันได้ คือการพยาบาลองค์รวม เพื่อดูแลในฐานะบุคคล ทั้งคน มีการนำศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบ บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้บริการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแล ตนเองในด้านต่างๆที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ช่วยลด อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม และพบว่าโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ที่ใช้ในการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ที่ พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) นั้น น่าจะเป็นโปรแกรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่มียุทธ ุติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ด้านต่างๆของบุคคล การพัฒนาการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบ สุขในจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการในทุกขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ซึ่งรูปแบบการบริการตามโปรแกรมนี้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้าง ความรู้จากประสบการณ์เดิม เป็นการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม บนพื้น ฐานข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองในชีวิตประจำวัน โดยในโปรแกรม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง โดย ในแต่ละครั้งจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพบำบัด เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบตัวต่อตัว เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการค้นหาปัญหาของตนเอง โดยการทำความเข้าใจตนเอง นำไปสู่การค้นหาปัญหาที่แท้จริงและเลือกใช้วิธีที่จะนำไปแก้ปัญหา (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และผู้ป่วยจะสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานั้นไปปฏิบัติด้วยตนเองจนประสบผลสำเร็จ

การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเอง ว่ากำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนเองออกมา รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ระบุว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตน จะสามารถประเมินตนเองได้ โดยเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991)

การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย และส่งผลให้ความเครียดถูกปลดปล่อย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ค) การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) นอกจากนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสื่อสารให้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) และการใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ที่มีความสามารถเหนียวแน่น และเกิดความพึงพอใจในตนเอง (Smith, 1980) ความรู้ที่ให้ดังกล่าว จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาใคร่ครวญ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยพยาบาลให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ โดยลำพัง โดยจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะภาวะที่ผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะ

เครือข่ายนานได้ ช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา โดยใช้หลักคำสอนในศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติชีวิต ด้วยการละเว้นความชั่ว รักษาศีล การทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ มีความเมตตากรุณา รู้จักการให้ และให้อภัย รู้จักพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาที่ว่าทุกสิ่งไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตน(Buddhadasa, 2001) โดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะเป็นผู้มีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญา ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว ปรับความคิด และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 5 ครั้งในโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความรู้และสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติ จนสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว ดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

สมมติฐานการศึกษา

ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสิงห์บุรี และเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลบางระจันเนื่องจากบุคคลนั้นมีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพราะเกิดความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ อาจได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย ให้สามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การได้รับสารอาหาร และน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมถึง

2.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงศักยภาพ รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการใช้ภาษา สร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง และการเข้าใจภาษาของผู้อื่นได้

2.3 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการกล้าตัดสินใจ ในปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหา และการผ่อนคลายตนเองจากความเครียด

2.4 การดำรงรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา

2.5 การใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละวัน รวมทั้งการจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่กระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การทำจิตใจให้สงบ และ การกระทำความดี โดยการสวดมนต์ เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ให้ความรู้สึกว่าได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกว่าได้ รับ ความเข้าใจและการให้อภัย

การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมซึ่งปรับปรุงมาจากโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม จากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการและกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยใน โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา

ครั้งที่ 2 แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กิจกรรม ใช้เวลารวมประมาณ 80 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของตนเองออกมา

กิจกรรมที่ 2 การสัมพันธภาพในการระบุปัญหาและยอมรับปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยใน โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองและยอมรับกับปัญหาพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 3 แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กิจกรรม ใช้เวลารวมประมาณ 80 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินการหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยใน โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

1. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย
2. การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม

3. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

4. การใช้เวลาว่างที่ประโยชน์

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดในการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในแล้ว 3 วัน ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่หอผู้ป่วยใน โดยพยาบาลจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการแก้ไขปัญหของตนเอง มีวิธีการแก้ไขปัญหโดยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก เช่น การคิดแบบยืดหยุ่น การคิดแบบมีเหตุผล โดยพยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญห

ครั้งที่ 4 แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กิจกรรม ใช้เวลารวมประมาณ 80 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลสอนและสาธิตการปฏิบัติ กิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่ตนเองนับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจ

ครั้งที่ 5 การสร้างสัมพันธภาพในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 อาทิตย์ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญห สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง และพูดคุยยุติสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม
2. เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

3. ได้แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ พัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์(Evidence Base) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้นำทางด้านบริการพยาบาล เพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพต่อไป