

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างมาก ประมาณ ร้อยละ 0.9 ของ การเสียชีวิตเกิดจากการฆ่าตัวตาย และมีคนประมาณ 1,000 คนทั่วโลกฆ่าตัวตายในแต่ละวัน หรือ ประมาณ 6 รายต่อแสนคน อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเท่ากับ 6 รายต่อ 1 แสนคน ในสหรัฐอเมริกาเท่ากับ 12.5 และอัตราเพิ่มสูงขึ้นเป็น 17 ในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) จากการทบทวนรายงานทั่วโลกพบมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 100–300 รายต่อประชากร 1 แสนคน พบในผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้หญิงอายุ 15–20 ปี พบได้ สูงสุดประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 30 ปี สถานภาพหย่าร้างพบบ่อย สถานภาพทาง สังคมส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นในเวลาใกล้ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ การทะเลาะ โต้เถียงกับคู่ครอง มีคนใหม่เข้ามาอยู่ในบ้าน สมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และเป็นจำเลยต้องไปปรากฏตัวที่ศาล ในจำนวนผู้ป่วย ที่มีสาเหตุเหล่านี้ พบว่า ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยจะฆ่าตัวตายในระยะต่อมา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 รายในจำนวน 8-50 ราย สุดท้ายจะฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) และจากรายงานสถานะสุขภาพของคนไทย Daly (Disability adjusted life year) ซึ่ง ประกอบด้วยส่วนที่เป็นจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร YLL (Year life loss) ในการจัดอันดับโรค Top Ten YLL พบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายในเพศชาย อยู่อันดับที่ 6 พบมี ร้อยละ 5 และในเพศหญิง อยู่ในอันดับที่ 10 พบมีร้อยละ 4 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

Beck (1976) กล่าวว่าความรู้สึกสิ้นหวังเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้มีอายุมากกว่า 30 ปี ปัจจัยสาเหตุของความเครียดซึ่งนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายที่พบบ่อยเกิดจาก โรคทางกายส่วนในผู้ที่มียาอายุต่ำกว่า 30 ปี ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การพยายาม ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การหย่าร้าง การถูกทอดทิ้ง ไม่มีงานทำ และมีปัญหาทางกฎหมาย นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมก็มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายเช่นกัน

นอกจากนี้จากการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2545 ของกรมสุขภาพจิต (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เสียชีวิต และไม่เสียชีวิต พบว่าอัตราการทำร้ายตนเองเท่ากับ 41.5 ต่อแสนประชากร อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ เท่ากับ 7.0 ต่อแสนประชากร และอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 7.2 ต่อแสน ประชากร การทำซ้ำมักจะเกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนแรก และตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47 และ 25

ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ คือ น้อยใจที่คนใกล้ชิดดูค่า หรือว่ากล่าว ร้อยละ 43 รองลงมา คือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 36 ปัญหาผิดหวังในความรัก หึงหวง ร้อยละ 23 และปัญหาจากงาน ขัดสน ตกงาน ร้อยละ 14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีกินสารเคมี พบร้อยละ 46 ไม่ได้ คิดวางแผนมาก่อน พบร้อยละ 86 และจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูง คือ วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย อาชีพเกษตร และรับจ้าง มีปัญหาครอบครัว หย่าหรือแยกกัน อยู่ มีรายได้น้อย มีอาการโรคจิต มีประวัติเคยใช้สารเสพติด มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง และ เคยทำร้ายตนเองมาก่อน

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงได้กำหนดให้เรื่อง การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของกระทรวง และกำหนด ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ภายในปี 2549 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยต้องไม่เกิน 7.7 ต่อแสน ประชากร โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ และมีการสร้าง กระแสให้ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย มีเจตคติที่ดีต่อบุคคล ที่ฆ่าตัวตาย รวมทั้ง เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโดยเน้นการ ประสานงานในรูปแบบเครือข่าย

จากสถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดอ่างทอง ในปี 2543-2545 พบว่า มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย จำนวน 308, 366, และ 381 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยทางจิตเวชที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลป่าโมก ซึ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอ่างทอง ในปี 2544 – 2546 พบว่า มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย จำนวน 219, 254, และ 365 รายตามลำดับ (สถิติรายงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าโมก, 2546) และจากรายงานข้อมูลในปี 2546 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย และในปี 2547 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 4 ราย (รายงาน 506 DS แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าโมก, 2547) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของบุคคลซึ่งเป็นปัญหา ที่รุนแรง และเกิดการสูญเสียต่อสังคม และประเทศชาติ ดังนั้นทีมพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ ในกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตาย จึงควรมีความตระหนักหรือเล็งเห็นความสำคัญในการวางแผนหาแนว ทางการจัดการแก้ไขปัญหา และสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรง และความสูญเสียบุคคลภายใน ครอบครัวเหล่านี้

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายทั้งรายใหม่และผู้ฆ่าตัวตายซ้ำส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการ มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับต่อสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ขาดการสื่อสาร และการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาจึงมักจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือโทษบุคคลอื่นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิต ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่เหมาะสม ขณะดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน จึงอาจเป็นสาเหตุของการเกิดการเจ็บป่วยหรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนู ชาดิธนานนท์ (2541) พบว่าหากผู้ที่เคยฆ่าตัวตายซ้ำไม่ได้มีการ เตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอาจมีความเครียดและคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากผู้ที่เคยฆ่าตัวตายจะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ครุณี เลิศปรีชา (2545) ซึ่งศึกษาการดูแลตนเองของ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 7.41 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ และมี พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีความคิด ฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อ พิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มี ความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำมีการดูแลตนเองด้าน การพัฒนาการรู้จักตนเอง การใช้เวลาอย่าง มีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำ

Hill & Smith (1990) ได้ให้ความหมายของ การดูแลตนเองว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคล เต็มใจและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคน มีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือ ภายนอกบุคคลนั้นก็ก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ การดูแล ตนเองร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถแยกกัน ได้โดยสิ้นเชิง การที่บุคคลจะดำรงรักษาสุขภาพที่ดี ได้บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านต่างๆ สำหรับการ ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจในยามที่มีปัญหาหรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ โดยมีเป้าหมาย ให้เกิดความพึงพอใจ และอยู่ในภาวะสุขภาพจิตดี ในการดำรงชีวิต ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย 7 ด้านได้แก่ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเตรียมตัวเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย 5) การพัฒนา และดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม 6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และ 7) การดูแล ตนเองโดยทั่วไป ซึ่งจากการรายงานและการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลตนเองในแต่ละด้าน จะส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากการดูแลให้คำปรึกษากับกลุ่ม ผู้พยายามฆ่าตัวตายของผู้ศึกษาซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวใน

ขณะที่ให้การดูแลแบบรายบุคคลแล้ว พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมาใช้บริการในโรงพยาบาลป่าโมกมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมในหลายด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ดังนี้

การรู้จักตนเองและการรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงได้ ขาดการรับรู้ศักยภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหของตนเอง ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีความคิดและความรู้สึกในทางลบมากกว่าทางบวกทำให้เกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ หดหู่กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา จากแนวคิดของ Hill & Smith (1990) เชื่อว่าการพัฒนาการรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิดรวมทั้งค่านิยม นั่นคือ รู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน ถ้าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่มีการพัฒนาการรู้จักตนเองอย่างสม่ำเสมออาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำได้ นอกจากนี้ การฆ่าตัวตายอาจเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1996)

ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักไม่มีการวางแผนหรือแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม จากการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายในขณะที่ให้การดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย ไม่มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้กับตัวเอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดลำดับความสำคัญของงาน ช่วยให้งานที่ทำมีเป้าหมายและกิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2538) ถ้าหากผู้พยายามฆ่าตัวตายประสบกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือสูญเสีย และไม่สามารถบริหารเวลาในชีวิตได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อจิตใจให้เกิดความเครียดและถ้ารุนแรงอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้

การสื่อสารและการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายและรายงานผลการวิจัย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายขาดทักษะการสื่อสารและการเผชิญปัญหาในการปรับตัวอย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งหรือคับข้องใจจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ก้าวร้าว และการปฏิเสธมากกว่าการเข้าหาปัญหาอย่างตรงไปตรงมาดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสาเหตุของปัญหาในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าโมก พบว่าเกิดจาก ความขัดแย้งในครอบครัว (สามี – ภรรยา, พ่อแม่ – บุตร) และการผิดหวังในความรัก การหึงหวง โดยเฉพาะในวัยรุ่น (รายงาน 506 DS แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าโมก, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่าการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างสามี ภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติและ

เพื่อนร่วมงานสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวรักษาในโรงพยาบาลยังไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาจึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม และเมื่อเกิดปัญหาที่มีความรุนแรง และไม่สามารถใช้กลวิธีหรือทักษะการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้นถ้าบุคคลมีทักษะการสื่อสารที่ดี คือมีความเข้าใจความรู้สึกรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งพูดจาประคับประคอง และรับฟังอีกฝ่ายอย่างตั้งใจจะช่วยให้เกิดสัมพันธที่ดีต่อกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543)

ระบบสนับสนุนทางสังคม จากการสังเกตพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลป่าโมก ส่วนใหญ่เมื่อเกิดปัญหามักจะมีบุคลิกลักษณะไม่ปรึกษา และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่นน้อย ดังนั้นเมื่อหาทางออกในการจัดการกับปัญหาไม่ได้ จึงมีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้ง่ายขึ้น Hill & Smith (1990) เชื่อว่า เป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Schaefer and others (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ที่ไม่ฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของ ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) พบว่าส่วนใหญ่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีพฤติกรรมไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ ซึ่งการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์และมีคุณค่าในตนเองต่ำทำให้เกิดความเครียดจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ และเกิดการฆ่าตัวตายได้

การดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลป่าโมกมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านร่างกายค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผลความเครียดทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การผ่อนคลาย และการออกกำลังกาย ส่งผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย การดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรม หรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ได้แก่การดูแลในเรื่อง อาหาร น้ำ อากาศ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากนี้การให้การพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงควรเน้นการดูแลให้ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติกรพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดเป้าหมาย

และร่วมวางแผนในการจัดการแก้ไขปัญหาให้คลี่คลายลงได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวจึงควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทำให้เกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้พยาบาลมาตัวตาย คือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการรักษา ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเข้ากันได้ของทีมงานพยาบาลกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเองมากขึ้น และเกิดการรู้จักและปรับตัวเข้าหากันได้มากขึ้น นอกจากนี้การแสดงออกทางพฤติกรรม ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับการแสดงออกทั้งทางบวก และทางลบทางด้านอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรักษาผู้ป่วยดีขึ้น (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547)

นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่ให้บริการพยาบาลกับผู้ป่วยมาตัวตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เน้นการดูแลรักษาด้านร่างกายเหมือนผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป รูปแบบการดูแลยังไม่ครอบคลุมด้านจิตใจและสังคม พบว่าผู้ป่วยมาตัวตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน เมื่ออาการทางร่างกายดีขึ้นผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปทำงาน ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยมาตัวตายจึงเป็นเพียงการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น ยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่มีความครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องเกี่ยวกับการให้ความรู้ ข้อมูลการเจ็บป่วย และทักษะต่างๆ ในแต่ละด้านที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาขณะอยู่ที่บ้าน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคทางกายกับปัญหาและสาเหตุของผู้ป่วยมาตัวตายจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยมาตัวตายจึงควรได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเฉพาะทาง และมีความชัดเจนในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในขณะที่เวกกันพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมาตัวตายก็ควรจะมีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการกำหนดแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมวางแผนก่อนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อดำรงชีวิตขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างปกติสุข ลดความรุนแรงและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้

จากสภาพปัญหาของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายในด้านต่างๆที่กล่าวมา ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถใช้กลไกการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขขณะอยู่ในชุมชน ช่วยลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาผลการใช้การวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยในลักษณะต่างๆกัน สุภานี และคณะ (2540) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย จะใช้เวลาในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาก่อนกลับบ้าน ตามเกณฑ์ของ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดีขึ้น และจากการศึกษาของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อน ได้รับการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ Brooten et al. (1994) กล่าวว่า การจำหน่ายผู้ป่วยที่เร็วและใช้รูปแบบการส่งต่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ พบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยที่เร็ว และใช้รูปแบบการส่งต่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ และคุ้มทุน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างพยาบาล กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล โดยมีการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Pichitpompchai, 2000) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรพัฒนาระบบหรือรูปแบบแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลมีทักษะความสามารถในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งการเพิ่มความรู้ และทักษะของทีมพยาบาล ทีมสุขภาพ

ที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม มีการส่งเสริม สนับสนุนแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่องค์กร หน่วยงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นงานที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนต้องใช้เวลา จึงควรมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน และการได้รับการสนับสนุนในระดับโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาให้คลี่คลายสำเร็จลงได้ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้จัดกระทำในการดำเนินการในทุกขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ในการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้มีศักยภาพ และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่อย่างปกติสุข โดยการประยุกต์จากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยดำเนินการตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเป็นความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมพร้อมก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผสมผสานแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) และของ จินตนา युนิพันธุ์ (2534 ก) ในการสร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล กิจกรรมที่ 2 การค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงกำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลและครอบครัว ขั้นตอนที่ 2) การสร้างแผนจำหน่ายเพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองโดยทั่วไป กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้และพัฒนารูจักตนเองและการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการสนับสนุนทางสังคม ขั้นตอนที่ 3) การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรมที่ 8 การเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน จากกิจกรรมตามแนวคิดดังกล่าวสร้างขึ้น ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้ในการให้บริการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองต่อ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัว

เผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมอันจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตที่มีภาวะสุขภาพ ส่งเสริมการบริการพยาบาลในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายให้เกิดประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัญหาการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยขาดการเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุมโดยสาเหตุหลักๆของปัญหาคือการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสมในด้านต่างๆ ได้แก่ เมื่อเกิดความขัดแย้งขาดการสื่อสารที่ดีกับครอบครัวหรือนุคคลใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหามีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าการยอมรับปัญหาที่แท้จริง และเมื่อเกิดปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ขาดผู้ให้คำปรึกษา หรือให้ความช่วยเหลือจึงมีความรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มีที่พึ่งทางจิตใจ จึงทำให้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีอยู่ ไม่สามารถจัดการแก้ไขให้สำเร็จลงได้ตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยจึงอาจเกิดความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญของการวางแผนจำหน่าย 3 ประการ ดังนี้

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเหมาะสม ป้องกันการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ
- 2) เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในขณะที่อยู่ที่บ้าน และมีการติดตามประเมินผลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

3) เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีการติดต่อสื่อสารและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามการศึกษาของกาญจนา ชัยเจริญ (2547) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden and Taft (1990) ซึ่งในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของผู้พยายามฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินคัดกรองเพื่อรวบรวมข้อมูล และการนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการประเมินประสบการณ์ ความเชื่อ ทศนคติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อใช้ในการตัดสินใจให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเน้นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นที่ 2) การสร้างแผนจำหน่ายเพื่อพัฒนาทักษะพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการวางจุดมุ่งหมายวางแผนการสอนผู้ป่วย และการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลในขั้นตอนแรกเป็นพื้นฐานของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการดูแลหรือเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการบำบัด ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพในการจัดการกับปัญหาหรือภาวะที่มีการเจ็บป่วยตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ขั้นที่ 3) การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการเตรียมผู้ป่วย และครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นกระบวนการตรวจสอบระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยประเมินผลความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ และสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยมาเป็นกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้จัดกระทำกิจกรรมในการดำเนินการในการศึกษาค้นคว้านี้ เกี่ยวกับการให้ความรู้ และพัฒนาทักษะของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่ร่วมดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) และแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและยามที่มีปัญหาด้านจิตใจหรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานใจ โดยมีเป้าหมายของการทำกิจกรรมเพื่อช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพึงพอใจ

ในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งวิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยนำมาจัดกิจกรรมในการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการศึกษา กิจกรรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงกำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดย
การมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการใช้เวลาอย่างมี
ประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 8 การเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ความตระหนัก ค่านิยม และสร้างกำลังใจ

ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยในแต่ละกิจกรรมใช้สำหรับพยาบาลในการสร้างภาวะสุขภาพกับผู้ป่วยมาตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยมาตัวตายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลใช้ระยะเวลา 4 วัน ครอบคลุมทุกขั้นตอนและกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และติดตามประเมินผลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเวลา 1 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 นาที (กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที) โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งมีรายละเอียดของ กิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมาตัวตาย ประกอบด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้นเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล (Doona, 1979) จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไขได้

เกิดทักษะและการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคติ สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม เกิดภาวะสุขภาพที่ดี

2) การค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลเป็นสื่อกลางในการนำทีมเพื่อการสื่อสารร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นศักยภาพของผู้ป่วยในขั้นตอนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหา ซึ่งก่อนที่จะแก้ปัญหานั้นจะต้องมีการพูดคุย สัมภาษณ์เพื่อรับทราบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยอาจนำกระบวนการพยาบาลเข้าร่วมในกระบวนการ เพื่อรับทราบก่อนว่าปัญหาคืออะไร หลังจากที่ปัญหาตรงประเด็นได้ถูกต้องแล้ว การหาสาเหตุ การกำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ไขปัญหาก็สามารถทำได้โดยไม่ยากนัก หากไม่สามารถหาได้ว่าอะไรคือปัญหา อาจหาได้โดยหลักการวิทยาศาสตร์ หรือใช้หลักของประสบการณ์หลังจากได้สาเหตุแห่งปัญหา แล้วนำมาเรียบเรียงลำดับความสำคัญเน้นในพลังของสาเหตุจากมากไปน้อย ดูสาเหตุที่อยู่ในบทบาทที่แก้ไขได้ จัดสาเหตุที่สุดวิสัยที่จะแก้ไขออกไป ต่อจากนั้นจึงเข้าสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เมื่อสาเหตุแห่งปัญหาได้รับการแก้ไขหมดสิ้น ปัญหาจะถูกแก้ไขโดยปริยาย (วิระพล สุวรรณนันต์, 2524) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา จึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตน โดยทั่วไปโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้กับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และทักษะการผ่อนคลาย การดูแลด้านร่างกายหรือการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล จุดมุ่งหมายให้บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การที่บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพสมบูรณ์ หมายถึง ในภาวะที่สุขภาพที่อำนวยประโยชน์สูงสุดเป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถหรือพลังเฉพาะตนหรือศักยภาพภายในบุคคลในการที่จะดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งรวมถึงความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ความสามารถของบุคคลที่มีอยู่นี้มีมากพอที่จะดูแลตนเองตามความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1971 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่ถูกต้อง

4) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุความแข็งแรง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกต่ำด้อยหรือไม่เพียงพอต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต้องรู้จักตนเองใน

ด้านความรู้สึก และความขัดแย้งต่างๆสามารถเผชิญกับประสบการณ์นั้นๆได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) ในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเองมีความสำคัญในคุณค่าของตัวเอง สามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ภายในตัวเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ผลของการพัฒนาการรู้จักตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของตัวเองและเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมของตนซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Norris, 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆภายในตัวเองและยอมรับความเป็นจริง และมีความเชื่อมั่นและเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาทักษะของตัวเองให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น โดยต้องอาศัยความอดทนและความซื่อสัตย์ต่อตนเอง

การพัฒนาทักษะการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มทักษะในการพัฒนาและดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการวางแผนตามระยะเวลาที่กำหนดตามเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการวางแผนการใช้เวลาจะช่วยให้บุคคลคำนึงถึงการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพทางกายและจิตใจของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการทำกิจกรรมทางสังคม จะเป็นประโยชน์ในการบริหารเวลาในแต่ละวัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

5) การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คนหรือมากกว่าในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึกและความหมายในการดำเนินชีวิต (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การสื่อสารที่มีคุณภาพ คือ การสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน การเปิดเผยข้อมูล การมีความรู้สึกร่วม การสนับสนุนแนวคิด และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่สื่อสารด้วยการพัฒนาด้านการสื่อสาร เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นตัวของตัวเองกล้าที่จะสื่อสารในทางสร้างสรรค์อย่างตรงไปตรงมา การรับรู้ความต้องการของตนเอง และความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการสื่อสารมีหลายอย่าง เช่น การให้ความสนใจการสื่อสารด้วยคำพูด และไม่ใช้คำพูดอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาและดำรงรักษาความสามารถในการรับข่าวสารที่แม่นยำตรง การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง การรับรู้และจำกัดการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร และการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะในการแสดงออก

ที่เหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้ป่วยกับครอบครัวหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดปัญหา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คิดพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

6) การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้กังวลใจ ไม่มีความสุข บุคคลจึงพยายามหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาล้มเหลวจะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990) ทักษะการเผชิญปัญหาเป็นการดูแลตนเองเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤติให้มีแนวทางที่จะใช้ในการวิเคราะห์ตนเองเพื่อสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

7) การพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว และมีอารมณ์ที่มั่นคง (Cohen & Willis, 1985) คาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่ง ไปสู่อีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ สอดคล้องกับ บาร์ริรา (Barrera, 1982) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคลถ้าหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในสถานการณ์ที่เกิดการสูญเสียหรือภาวะวิกฤติถ้าผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาให้ผ่านระยะนี้ไปได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

8) การเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ความตระหนัก ค่านิยม และสร้างกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยความมั่นใจและความสามารถในการจัดการปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยพยาบาลเป็นเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้

พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่า สามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป

จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว ผู้ศึกษาเชื่อว่าการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายและครอบครัวก่อนการ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึง **ตั้งสมมุติฐานการศึกษา ดังนี้**

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายาม ฆ่าตัวตายในการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประชากร คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับ การรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความ

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแล อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน ซึ่งประยุกต์จากการศึกษาของกาญจนา ชัยเจริญ (2547) ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Rorden & Taft (1990) ได้แก่

- 1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของครอบครัว
- 2) การสร้างแผนการจำหน่าย ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) เพื่อมุ่งพัฒนาให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

3) การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้จัดกระทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเตรียมความพร้อมให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการ และขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในการร่วมมือดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ณ หอผู้ป่วยใน เริ่มตั้งแต่ที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาอนโรพยาบาล 4 วัน ผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมรวม 7 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที และกิจกรรมอื่นๆ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในช่วงเช้าและบ่าย ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 อาทิตย์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก หรือลงเยี่ยมบ้าน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน และ แต่ละกิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1) การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ในวันแรกที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ขอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงกำหนดเป้าหมาย และร่วมวางแผน โดยมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 ช่วงเช้า โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองที่แท้จริงเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสำเร็จ ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 2) การสร้างแผนการจำหน่ายเพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ครั้งที่ 3 ในวันที่ 2 ช่วงบ่าย เป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และการดูแล

ตนเองทางด้านร่างกายเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ครั้งที่ 4 ในวันที่ 3 ช่วงเช้า โดยการสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับคำนิยาม เป้าหมายในชีวิต และวิธีการจัดการกับปัญหาของตัวเอง ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ครั้งที่ 5 ในวันที่ 3 ช่วงบ่าย โดยการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทักษะการสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้เพื่อบอกปัญหาและความต้องการของตนเองและรับรู้อความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาอย่างถูกต้องตรงกัน ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลครั้งที่ 6 ในวันที่ 4 ช่วงเช้า โดยส่งเสริมและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีในการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจ เกิดการสูญเสียซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ครั้งที่ 7 ในวันที่ 4 ช่วงบ่าย โดยการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความสัมพันธที่มั่นคง และได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 3) การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 8 การเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ตระหนักรู้ เกิดคำนิยาม และสร้างกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบพยาบาล ครั้งที่ 8 เพื่อตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมีพลัง เกิดความตระหนักรู้ ของผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดกำลังใจในการนำความรู้ และการพัฒนาทักษะที่ได้รับเพื่อไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ เพื่อจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาหลังเมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นเป็นเวลา 1 อาทิตย์ หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะของการมีสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) ที่พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง การกระทำที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายทำความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม เป้าหมายในชีวิต และวิธีการแก้ปัญหาของตนเอง รวมทั้งการเข้าใจและยอมรับกับสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและความภาคภูมิใจในตนเอง

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยการใช้ภาษาเพื่อสื่อสารความต้องการของตนเองให้ครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิดได้รับความต้องการของตนเอง และรับทราบการสื่อสารและความต้องการอย่างถูกต้องตรงกัน

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำของผู้พยายามฆ่าตัวตาย การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการจัดสรรเวลาของตนเองในแต่ละวันหรือในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อมีการบริหารเวลาของตนเองอย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น

4) การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำของผู้พยายามฆ่าตัวตายในการที่จะใช้วิธีการปรับตัว หรือตัดสินใจในสถานการณ์เมื่อเกิดปัญหา ความเครียด หรือวิตกกังวล โดยการบอกวิธีการจัดการกับตนเองในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในในการดำเนินชีวิต

5) การพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด และได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6) การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำของผู้พยายามฆ่าตัวตายตามความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาให้ตัวเองมีความรู้สึกผ่อนคลายด้วยการมีจิตใจที่สงบ

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำของผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ได้แก่ การได้รับอาหารและน้ำตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายความเครียด

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลทุกเพศ ทุกวัย ที่ตั้งใจ พยายามทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่างๆแต่ไม่สามารถกระทำสำเร็จ และได้รับการบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

2) เพื่อพัฒนาจัดทำเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (CNPG) ให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตร่วมกันภายในครอบครัวและชุมชน ได้อย่างปกติสุขป้องกัน ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ