

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงในสังคม ส่งผลกระทบต่อประชากรในทุกกลุ่มอายุ และที่ร้ายแรงกว่านั้นคือ ในระยะสิบปีหลัง ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย กลุ่มที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ อายุ 15-24 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2538:67-83) ซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จิตเภท และติดสารเสพติด (ประชา พรหมนอก, 2546:2) ปัญหาภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย จึงมีแนวโน้มที่ความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) นอกจากนี้การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังเป็นผลกระทบมาจากปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัว ซึ่งส่งผลย้อนกลับไปสู่สังคม ครอบครัว (ธาดา เจริญกุล, 2542) การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา และถือเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ลึ้นหวัง และการไร้คนช่วยเหลือ ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือผลต่อตนเองเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ เช่น ภาวะทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของญาติมิตร ครอบครัว และบุคคลแวดล้อม แม้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกิดพิการทุพพลภาพตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545:143-50) ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงาน การผลิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งศูนย์ศึกษากสิกรไทยประมาณว่าความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายของคนไทยมีมากถึงปีละ 1.1 หมื่นล้านบาท (อุทัย บุญเย็น, 2539) จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก และเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉินที่พบมากในโรงพยาบาลทั่วไป

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้นทุกปี สำหรับเขตสาธารณสุขที่ 4 จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดติดต่อกันถึง 2 ปีคือในปี 2541 และ 2542 จากการศึกษาปัจจัยที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของจังหวัดสมุทรสงครามของ ศุภรัตน์ เอกอัศวิน พบว่าลักษณะประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย 2.3 เท่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพคู่ อยู่ด้วยกัน อาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกภาพ สุรา เคยฆ่าตัวตายมาก่อน

เคยมีอาการโรคจิตที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่เมื่อมีปัญหาไม่ปรึกษาคนอื่น ใช้วิธีเขียนระบาย

จากข้อมูลจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ ปี 2544 – 2546 จากรายงานการระบาดกรมสุขภาพจิต (2544-2546) ผู้ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดสมุทรสงคราม และข้อมูลรายงานการตายจากใบมรณะบัตร พบว่าผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในจังหวัดสมุทรสงคราม และมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ในปี 2544 – 2546 คิดเป็น อัตราต่อแสนประชากร คือ 35.18, 40.60 และ 53.47 ตามลำดับ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2544 – 2546 คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร คือ 6.35, 9.78 และ 17.31 ตามลำดับ โดยดัชนีชี้วัดแผนฯ 9 กำหนดไว้ว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.7 ต่อแสนประชากร และอัตราการฆ่าตัวตายทั้งหมด ไม่เกิน 33.5 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2546) และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น ในปี 2544 – 2546 คิดเป็นร้อยละ 47.46, 44.44 และ 53.52 ตามลำดับ อาชีพที่พบว่า กระทำการทำร้ายตนเองอย่างตั้งใจมากที่สุด คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 61.02 , 77.78 และ 85.92 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเกิดจากการรับประทานยาระงับ, กลุ่มประสาทและที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่สาเหตุจะเกิดจากการผูกคอตาย (โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า, สำนักงานสาธารณสุข จ.สมุทรสงคราม, 2544-2546)

ความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ความแปรปรวนของสรีรวิทยาในร่างกาย ร่วมกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานบางอย่าง หรือเกิดปัญหาทางจิตใจที่แก้ไขไม่ได้ ปัญหาเศรษฐกิจหรือหลายปัจจัยร่วมกันสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความกดดันอย่างรุนแรงจนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้และมีอารมณ์ซึมเศร้ารวมถึงความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ การมีความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ( อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) นอกจากนี้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อการศึกษาความชุกชวชีวิตของความผิดปกติทางจิตทั่วประเทศไทย พบความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.1 ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอันดับที่ 5 (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ, 2544) โดยผู้ที่มารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลศิริราชพบความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 70 (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลก, 2541 ) ความคิดฆ่าตัวตายที่พบแสดงถึงปัญหาวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยด่วนเพื่อป้องกันพฤติกรรมต่อเนื่องไปถึงการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จความคิดฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถให้การช่วยเหลือป้องกันได้ เนื่องจากผู้ที่มีความคิดดังกล่าวมักมีความรู้สึกสองจิตสองใจ เพราะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาและไม่สามารถปรับตัวได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยก็จะมีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายเป็นเนื่องถึงพฤติกรรม

พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทางด้านพฤติกรรมนั้นจะประเมินที่ความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก ( Fontaine and Fletcher, 1999)

การศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยซึ่งคิดฆ่าตัวตาย เป็นจำนวนมากจะเปลี่ยนใจไม่คิดฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธี และได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการเฝ้าระวังผู้ที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดีวิธีหนึ่ง (Shaffer D, Craft L, 1999:70-74)

ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการที่บุคคลได้รับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ แล้วไม่สามารถปรับตัวได้ผลที่ตามมา คือภาวะซึมเศร้า จะพบได้เมื่อสูญเสียสิ่งสำคัญหรือไม่ได้บางสิ่งบางอย่างที่คาดหวังเอาไว้และมีอารมณ์ทุกข์รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิเบื่ออาหารไม่มีเรี่ยวแรงน้ำหนักลด หหมดอารมณ์ทางเพศ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542:30-37) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลกภายนอกมองชีวิตของตนเอง ในแง่ลบ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใครบางคน มีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป แม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย พบความคิดอยากตายได้ถึงร้อยละ 60 พบการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 ในช่วงแรกอาจแค่รู้สึกเบื่อชีวิต ไม่ทราบจะมีชีวิตอยู่ต่อไปทำไม เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะรู้สึกอยากตาย ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตายเริ่มมีการคิดถึงวิธีการมีการวางแผนจนถึงการกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

จากรายงานระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ใช้วัดควบคู่กันกับรายงานการระบอดกรมสุขภาพจิต (2544-2546) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีระดับความซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง เพราะเนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตายมักจะไม่เกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างล้าลึก แต่จะเกิดกับผู้ป่วยที่ซึมเศร้ายกระดับปานกลางมากกว่า เพราะผู้ป่วยยังมีเรี่ยวแรงพอที่จะกระทำได้ (อุมาพร ตรังสมบัติ,2544) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันว่ามีน้ำหนักมากที่สุดที่จะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Canetto SS, Lester D. Gender,1998:163-90)

ในประเทศไทยพบไม่น้อยที่มาด้วยอาการทางร่างกาย มีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่นๆ ของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ( มาโนช หล่อตระกูล, 2546) โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคทางฝ่ายกายได้เสมอ พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาโรคทางกายในโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย มักจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคทางกายหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคไขมันในเลือดสูง (ตรีบุษ พุ่มมณี,2546)

ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหา

สาธารณสุขุอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Charney , Dennis S ..(Et al), 2003: 60, 664-672., Vacarolis , E .M.2002,อ้างในวีระ ชูรุจิพร, 2542:176-78).นอกจากนี้จากการรายงานของThe National Institute of Mental Health's Epidemiologic Cathment Area (E C A ) Program พบว่า ความผิดปกติในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่พบมากที่สุดก็คือภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีสุขภาพไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา และจากการสำรวจผู้พยายามฆ่าตัวตายไทยทั่วประเทศ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจ คือรู้สึกเหงาและไร้คุณค่า โดยระดับของการมีปัญหาก็จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นนอกจากจะพบได้บ่อยแล้วยังมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอีกด้วย สาเหตุและอาการก็ต่างกันไป จากสภาพปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ประชาชนมีปัญหการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา อัตราของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นและมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง (ทวิ ตั้งเสรีและคณะ,2546)ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและสังคม จิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว คนใกล้ชิด และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร

ปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยและปรากฏทุกในสังคมและชุมชนต่างๆ อยู่เสมอคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นคนที่ได้รับการกดดันจากปัญหาต่าง ๆ และปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงปัญหาเดียว แต่เกิดจากหลายปัญหาร่วมกัน จนหาทางออกไม่ได้ บุคคลเหล่านี้มักร้องขอความช่วยเหลือไม่ทางตรงก็ทางอ้อม หากบุคคลในครอบครัว ชุมชน (ทวิ ตั้งเสรีและคณะ,2546) ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยคือ พยาบาล ตลอดจนบุคคลากรทางด้านการศึกษาแพทย์ต้องมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และสามารถประเมินผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนให้การช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้บุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ้นภาวะวิกฤตจากการฆ่าตัวตายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาปัญหาย้อนหลังในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัญหาและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เกิดจากผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองขาดเป้าหมายในชีวิต และไม่รู้จักมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร และเมื่อมีปัญหาไม่รู้จักไปปรึกษาใคร การไม่มีที่ปรึกษา ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อให้รับรู้เป้าหมายชีวิตของตนเองผู้ป่วยก็จะเลือกที่จะมีชีวิตอยู่

การให้คำปรึกษาคือกระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลรู้เข้าใจยอมรับตนเองและปัญหาของตนเองตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาจักตนเองเข้าใจถึงศักยภาพของตนเอง

เข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่ ทราบวิธีการจัดอุปสรรคที่มาขัดขวางการเพิ่มพูนศักยภาพภายในตนเอง โดยให้ผู้รับคำปรึกษาให้ศักยภาพของตนเอง ในการเลือกหาความหมายในชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองอย่างมีอิสระเสรี และรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้เลือก โดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับ โดยผลมผลานเทคนิคต่างเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง และสามารถค้นพบความมีคุณค่าในตนเอง และตัดสินใจทางเลือกของตนเอง ( พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ เป็นเงื่อนไขสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่คำปรึกษาควรช่วยให้เขาตระหนักถึงความคิดส่วนที่ต้องการจะมีชีวิตอยู่ต่อ และทำให้ผู้รับบริการมองเห็นว่ายังมีทางเลือกอย่างอื่นอีกหลายทาง นอกเหนือจากการฆ่าตัวตายที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะต้องมาช่วยกันวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางเหล่านั้น อาจชี้ให้เห็นว่าไม่ควรตัดสินใจในขณะที่ตนเองยังสับสนและมองสิ่งต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน ซึ่งการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนใจได้ การให้คำปรึกษาจึงเป็นการช่วยเหลือที่สำคัญ ( ประเวศ ตันติพิวัฒน์กุล, 2541)

ในต่างประเทศมีการให้คำปรึกษาแนวทวินิยม โดย แฟรงก์ (Frankl E. Victor, 1967) ภายใต้กรอบความเชื่อว่า ถ้ามนุษย์ปราศจากความหมายแห่งการมีชีวิตหรือเห็นว่าชีวิตไร้ความหมาย มนุษย์ก็ไม่อยากดำรงชีวิตอยู่หรือมีความเบื่อหน่ายต่อชีวิต มนุษย์แสวงหาความหมายแห่งการดำรงอยู่เป็นนิรันดร์ คนที่เห็นความหมายของชีวิตและของการประกอบกรณียกิจต่างๆ ของตนมักมีความยินดีและเต็มใจเผชิญความทุกข์ยากและอุปสรรคนานาประการเพื่อกระทำกรณียกิจนั้น ๆ ให้ลุล่วงไป การให้คำปรึกษาเพื่อให้ค้นพบเป้าหมายของชีวิตจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และใช้ในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมในกลุ่ม attention deficit hyperactive disorder (ADHD) conduct disorder (CD) เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของเด็กเหล่านี้และไม่คิดจะเปลี่ยน ให้อิสระในความคิดและยอมรับในพฤติกรรม เสริมแรงในสิ่งที่เหมาะสมและให้เด็กแสดงออกอย่างเหมาะสม พบว่าการให้คำปรึกษาตามกรอบแนวคิดทวินิยมสามารถช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่และเลือกที่จะมีชีวิตอยู่

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีทวินิยม เป็นการให้คำปรึกษาโดยการผสมผสานแนวคิดจากกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินคัดกรอง จากการสังเกตและสัมภาษณ์ที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตเพื่อรวบรวมข้อมูลในการวินิจฉัย สร้างสัมพันธภาพและวางแผนช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาตามแนวคิดทวินิยม (Existentialism) ใช้เทคนิค การตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่อัดตันต่างๆ ทวนความ สะท้อนความรู้สึก และเจียบ ให้เวลาในการทำความเข้าใจตนเอง เพื่อค้นพบตนเองและสามารถค้นหาเป้าหมายในชีวิตได้ รับฟัง ให้ความมั่นใจ

เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นและรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (Frankl E. Victor, 1963) ใช้เทคนิคต่างๆ อย่างผสมผสานกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ จัดการกับกระบวนการเผชิญความเครียด ความคิด และอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นสุข มีระบบการติดตามประเมินผลเพื่อติดตามความก้าวหน้าและการจัดการกับปัญหา รวมถึงแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือให้ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุขและไม่กลับไปทำซ้ำเมื่อมีประสบปัญหา

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการเข้ารับการดูแลด้วยการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้น ทฤษฎีภวนิยม

### แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นจุดเริ่มต้น ที่นำไปสู่กระบวนการของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Schneider and others, 1991; Beck อ้างใน อุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ก 2539 ) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับ ปัญหาต่างๆ ลำพัง เมื่อปัญหาเกินขีดความสามารถในการปรับตัว ก็เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และมองไม่เห็นทางเลือกและเป้าหมายในชีวิต รู้สึกไร้คุณค่า สิ้นหวัง นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคม ถ้าสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ จะนำมาซึ่งการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไปได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้ประสบวิกฤตเศรษฐกิจ แม้กระทั่งประชาชนที่มีปัญหาต่างๆ ไป กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาการเรียน ความรัก และความไม่สมหวังในชีวิตที่ต้องมาจบชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นการสูญเสียทรัพยากรของประเทศโดยไม่จำเป็น เนื่องจากเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ถ้าบุคคลรอบข้างจับสัญญาณเตือนภัยได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้จากสภาพอารมณ์และจิตใจ มีอารมณ์ที่สำคัญคือ อารมณ์ที่สิ้นหวัง (Hopeless) ไร้ที่พึ่ง (Helpless) และไร้คุณค่า (Worthless) ซึ่งปรากฏและสังเกตได้จาก สีหน้า ท่าทาง แหวดตา น้ำเสียง และคำพูด ซึ่งสื่อความหมายถึงความรู้สึกอยากตาย เช่น อยู่ไปก็ไม่เป็นประโยชน์ มีชีวิตอยู่ไปทำไม อยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย มีเหตุการณ์อะไรกดดัน เช่น การสูญเสียบุคคล

สำคัญในชีวิต มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก หรือคู่สมรส ปัญหาในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากถึงประมาณร้อยละ 75 ต่อมาจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต , 2547)

การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำเป็นจะต้องสร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าของชีวิตจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและขจัดความคิดในการฆ่าตัวตาย โดยค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวและคุณค่าของตนเอง การมีชีวิตอยู่เพื่อใคร เช่น อยากรมีชีวิตอยู่เพื่อลูก พ่อ แม่ หรือคนรักจะช่วยจุกคิดและดึงความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ค้นหาศักยภาพ เช่น ความสามารถ ความดี เพื่อลดความรู้สึกไร้ค่า ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสามารถการแก้ไขปัญหา ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีความคิดว่าปัญหาของตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ถึงทางตันและไม่มีใครช่วยได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้ข้อมูลใหม่ว่า "ทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้" บางปัญหาอาจต้องใช้ระยะเวลา ต้องมีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันควรให้ญาติผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำ

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายภายใต้กรอบแนวคิดภวนิยม (Existentialism) ที่เชื่อว่า มนุษย์มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีอิสระที่เลือกกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง คนที่มีความทุกข์ คือคนที่ไม่สามารถค้นพบตนเองและไม่มีเป้าหมายในชีวิต มองไม่เห็นคุณค่าในชีวิต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยมจึงช่วยให้ผู้ที่มีความทุกข์ได้ค้นพบ ปัญหาของตนเอง ค้นพบเป้าหมายในชีวิต ค้นพบความมีคุณค่าในตนเอง และเลือกที่จะดำเนินชีวิตในวิถีทางที่ตนเลือกโดยผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่น ยอมรับ เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยอาศัยกระบวนการความรู้สึกร่วม (Empathy) ซึ่งเป็นการประยุกต์ผสมผสานการให้คำปรึกษาในการให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้หาทางออกในการแก้ปัญหาต่างๆที่ตนเองประสบอยู่ด้วยตนเอง เป็นการช่วยให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536) และมีการติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบในชุมชน เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอย่างถาวร

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาภวนิยม (Existentialism) เชื่อว่ามนุษย์มีอิสระภาพ ที่จะแสวงหาทางในการดำเนินชีวิต มีสิทธิ์ที่จะกำหนดกฎเกณฑ์สิ่งต่างๆ และหาความหมายให้กับชีวิตของตนเองมีอิสระเสรีภาพเฉพาะตัวและไม่สามารถจะทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ล่วงหน้าได้ การที่คนเราจะกระทำหรือไม่กระทำการสิ่งใดหรือเลือกที่จะเป็นผู้ให้ หรือผู้รับเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็ตาม มนุษย์มีสิทธิ์ที่จะเลือกตามความต้องการของตนเองและจะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำและผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง การที่คนเราจะมมีชีวิตอยู่ก็เพื่อที่จะหาความหมายให้กับชีวิตของตนเองซึ่งความหมายของชีวิตหรือความชอบของชีวิตแต่ละคนย่อมแตกต่างกันออกไป

(พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา,2544) มนุษย์มีอิสระภาพที่จะแสวงหาเป้าหมายในชีวิตตามความต้องการของแต่ละคน มนุษย์ทุกคน มีศักดิ์ศรีมีศักยภาพมีคุณค่าและเกียรติยศ มีความฉลาดสามารถพัฒนาได้มีเหตุผล มีความสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเอง เมื่อเกิดความไม่สอดคล้องระหว่างสิ่งที่ต้องการและที่เป็นอยู่เนื่องจากความสับสนและมองไม่เห็นทางเลือก มองไม่เห็นความหมายของการมีชีวิตและขาดเป้าหมายในชีวิต การให้คำปรึกษาตามแนวคิด ภาวนิยมเน้นการทำให้ผู้ป่วยค้นพบตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นพบตนเอง เข้าใจ และมองเห็นความหมายของการมีชีวิต และมีเป้าหมายในชีวิตของตนเอง พร้อมทั้งเห็นทางเลือกที่ตนเองพอใจ ตลอดจนให้ออกาสในการตัดสินใจเลือกวิถีทางที่เหมาะสมของตนเอง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ตามวิถีทางของตนเองและยอมรับผลของการตัดสินใจของตน ( พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา,2544) ดังนั้นเมื่อมนุษย์ตระหนักถึงคุณค่าแห่งตนเข้าใจเป้าหมายการมีชีวิต และมีทางเลือกที่ตนเองพอใจมนุษย์ก็จะมีปรับตัวที่ดีขึ้น ความมีคุณค่าแห่งตนมากขึ้น เมื่อชีวิตมีเป้าหมายและมีความหมายมีทางเลือกให้มนุษย์ภาวะซึมเศร้าก็จะลดลงและไม่คิดทำร้ายตนเอง (Wallston,1978 อ้างในอรุณี หลายพสุ,2541)

การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภาวนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินเพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนแรก ในกระบวนการพยาบาลเริ่มจากการสังเกต สัมภาษณ์และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายเพื่อหาระดับความซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รวบรวมข้อมูลประกอบกับสร้างสัมพันธภาพและให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ต้องอาศัยทักษะและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในหลายด้านเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในขั้นต่อไปตลอดจนมีการประเมินติดตามผลความก้าวหน้า

จากการศึกษาของชัยพร ทิพย์สุวรรณ (2544) โดยใช้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้างพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในผู้มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้าง สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การศึกษาของ วราภรณ์ อภิทนาพงศ์ (2544) พบว่าผล



การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายระดับความซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และงานวิจัยของบุปผาชาติ ชุนอินทร์ (2544) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาและระดับประคองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการบำบัดด้วยเคมี โดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรูปแบบความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05

การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ยอมรับสภาพของตนเองมองเห็นแนวทางและเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2535) การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาโดยจะพยายามใช้หลักของสัมพันธภาพในการเข้าใจตนเอง นำตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2532) จำเป็นต้องมีทักษะการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาและภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แสดงออกมาทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม ในบางครั้งปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่แสดงออกมาทางความรู้สึกเศร้าหมอง สีหน้าแววตาที่หม่นหมองเป็นทุกข์ ซึ่งมีได้แสดงออกอย่างชัดเจนทางร่างกาย ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลจะต้องสืบค้นประเมินวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป เป็นความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันอันตรายและความสูญเสียต่อชีวิต สังคมเศรษฐกิจโดยรวมที่จะเกิดขึ้นต่อไปหากมิได้รับการประเมิน เมื่อประเมินพบแล้วพยาบาลยังต้องช่วยให้ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเอง มีความหนักแน่นทางจิตใจและเตรียมพร้อมที่จะรับ สถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น มีการดูแลสุขภาพและการจัดการอย่างเหมาะสมโดยการให้คำปรึกษาและดึงศักยภาพของบุคคลออกมาใช้และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบต่อเนื่องจนพ้นภาวะวิกฤติ และตระหนักรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองมองเห็น เป้าหมายในชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในครอบครัวและสังคม

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการศึกษาปัญหาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขาดที่ปรึกษา เมื่อมีปัญหาไม่มีที่ปรึกษา จึงมองเห็นการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเดียว ขาดความหมายในการมีชีวิตอยู่ ประกอบกับยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายที่เหมาะสมผู้ศึกษาจึงพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการผสมผสานกระบวนการพยาบาลที่เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มี

รูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนและมีเอกลักษณ์และการให้คำปรึกษาแนวทฤษฎีที่มุ่งเน้นให้บุคคลรับรู้ถึงความมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ได้รับความหมายของการมีชีวิตอยู่ มุ่งให้บุคคลค้นหา และดึงศักยภาพของตนเองออกมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้สามารถ ค้นพบตนเองและเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ มองเห็นเป้าหมายในชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในครอบครัวและสังคม และมีการติดตามประเมินผลเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามที่ตนเองเลือกไว้ได้อย่างปกติสุข

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

- เมื่อผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีทฤษฎีทฤษฎีแล้วภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายจะลดลง

#### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีทฤษฎีทฤษฎีเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตัวแปรต้น - การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีทฤษฎีทฤษฎี

ตัวแปรตาม - ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในอายุ 15 – 60 ปี ด้วยโรคทางกายและมีอาการที่แสดงว่ามีปัญหาทางจิตใจได้รับการส่งต่อมายังคลินิกคลายเครียด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้ศึกษาได้ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### สถานที่

แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัด สมุทรสงคราม

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในที่แสดงออกถึงความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกที่ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า และตำหนิตนเอง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ สังคม

อย่างชัดเจนเช่น อากาการ นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการสื่อสารลดลง พฤติกรรมเคลื่อนไหวเสื่อมถอย มีความคิดทำร้ายตนเอง และแสดงออกบ่อย เกือบทุกวัน โดยประเมินได้จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตและมีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค Beck Depression Inventory (BDI)

**ความคิดฆ่าตัวตาย** หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกถึงความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเองเพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัวแต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามหรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, et, 1988) ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

**ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายแผนกผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม แล้วได้รับการส่งต่อว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อายุตั้งแต่ 15- 60 ปี โดยได้รับการประเมินและผ่านการทดสอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปและมีแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตมีค่าคะแนน 2 คะแนนขึ้นไป

**การให้คำปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม** หมายถึง กระบวนการในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายที่ผ่านกระบวนการประเมิน โดยใช้ การสังเกต การสัมภาษณ์ การซักประวัติ การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการวินิจฉัย วางแผนให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาตามแนวคิดภวนิยม(Existentialism) ที่เน้นการประเมินช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาความหมายของการมีชีวิต มีเป้าหมายในการดำรงชีวิตและมีอิสระในการเลือกที่จะดำเนินชีวิตตามความต้องการของตนเองเพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิตโดยอาศัยความรู้ดีกร่วมในการให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลโดยการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อยืนยันความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และที่บ้าน 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมการศึกษารู้สึกที่บีบคั้นออก เพื่อให้ผ่อนคลายและสามารถค้นหาปัญหาต่าง ๆ ศึกษา ค่านิยม ความเชื่อ มุมมองและวิธีการเผชิญปัญหา ความมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความคาดหวังในชีวิต แหล่งสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา มุ่งเน้นการค้นหา

ตนเอง กำหนดเป้าหมายในชีวิต พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง เน้นการแก้ไขปัญหา  
เร่งด่วน

ครั้งที่ 2. มุ่งเน้นในเรื่องเป้าหมายในชีวิต การเผชิญปัญหา ความเป็นคุณค่าในตนเอง การคิด  
และพิจารณาทางเลือกอย่างมีเหตุผล เลือกและตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุและผล เสนอแนะแนว  
ทางการเผชิญปัญหา ทบทวนการจัดการกับปัญหาการดูแลสุขภาพ

ครั้งที่ 3. ติดตามประเมินผลและทบทวนเรื่องเป้าหมายการดำเนินชีวิตความสามารถ  
ปรับตัวความเป็นคุณค่าในตนเอง การดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคม ตามเป้าหมายที่เลือกไว้บน  
แนวทางที่เหมาะสม

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่  
มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เป็นการส่งเสริมให้วิชาชีพพยาบาลใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการให้การพยาบาล และตัดสินใจ  
และปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีคุณภาพ