

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การรักษา
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์
5. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการกระทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ ซึ่งอาการทางด้านบวกได้แก่ ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติทางการพูด และความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบเป็นภาวะที่ขาดในคนทุกๆ ไปควรจะมีประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่มาจากหลายปัจจัยทั้งทางด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Diseases: ICD-10) (WHO, 2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน

สรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การตัดสินใจ สติปัญญา และการรับรู้ ส่งผลต่อการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ และพฤติกรรมโดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน ปัจจัยที่แน่นอนของโรคยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนมีการสันนิษฐานว่าเกิดจากหลายปัจจัย (มานิต ศรีสุรภานนท์และ จำลอง ดิษยวิช, 2542) ซึ่งพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เชื่อว่าเกิดจาก พันธุกรรม สารชีวเคมีในสมอง และความผิดปกติทางกายภาพของสมอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 พันธุกรรม ผลของการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป เช่นญาติสายตรงที่มีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสเป็นสูง ในประชากรทั่วไป พบว่ามีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ในพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบร้อยละ 8 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย พบร้อยละ 12 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) พบร้อยละ 12 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย พบร้อยละ 40 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) พบร้อยละ 47 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเพื่อหาพื้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค แต่ยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานที่เป็นที่ยอมรับกันมากที่สุด คือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่มากหรือน้อยเกินไปโดยพบว่าอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดปามีน (dopamine) และอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานที่น้อยเกินไปของโดปามีน (dopamine) (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้สมมุติฐานซีโรโตนิน (serotonin hypothesis) ยังพบว่า Lysergic Acid Diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนซีโรโตนิน (serotonin) มีบทบาทในการยับยั้งให้การหลั่งของโดปามีน (dopamine) ลดน้อยลง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่นมีเวนตริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของคอร์ติคอลกรีย์แมทเทอร์ (cortical gray matter) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) การศึกษาอธิบายถึงการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านกระบวนการปัจจัยด้านกระบวนการภายในจิตใจประกอบด้วย

2.1.1 ความขัดแย้งในจิตใจ เชื่อว่าเกิดขึ้นจากความอยากต้องการที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณธรรมชาติ และข้อห้ามที่เกิดจากพลังควบคุมทางด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะอาการหนึ่งของผู้ที่เป็โรคจิตเภท (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

2.1.2 การทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) อาการทางโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) ในระยะพัฒนาการของขวบปีแรกจะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ซึ่งมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดจนกลายเป็นพยาธิสภาพและพัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

2.2 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการระหว่างบุคคลประกอบด้วย

2.2.1 ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก โดยมีผลต่อกระบวนการพัฒนาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ถ้าเด็กได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเพียงพอ เด็กก็จะเรียนรู้ที่จะรักตนเองและรักผู้อื่น มีเจตคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความผูกพันกับบุคคลในสังคม ซึ่งการที่บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ จะทำให้บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางสรีรวิทยาและทางจิตสังคมจึงทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจตามมา (Burgess; อ้างใน สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544)

2.2.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพโน้มเอียงไปในทางที่จะป่วยอยู่แล้วคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไวใจคนอื่น หวาดระแวงและอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าบุคคลทั่วไป (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536)

2.2.3 ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านการสื่อสารที่บกพร่องในครอบครัวหรือการสื่อสารแบบสองนัย (double bind communication) การสื่อสารชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกัน เวลาเดียวกัน แต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งอาจจะไม่ใช่คำพูด เป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ซึ่งผู้รับสารเช่นนี้ มักจะเป็นเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกกลัว วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นทางจิตใจ (Burgess, 1989) นอกจากนี้ยังพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวมีการใช้อารมณ์ที่รุนแรง (high expressed emotion หรือ high EE) มีการวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิติเตียน (criticism) มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. ปัจจัยทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบว่าอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐานะต่ำ มีสภาพยากจน อยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม ส่วนใหญ่แล้วจะมีความเชื่อว่าปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงมากกว่าสาเหตุของการเกิดโรค ในขณะเดียวกันก็มีข้อโต้แย้งว่า ความยากจนอาจเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ความสามารถทางสังคมบกพร่อง ทำให้ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยากจน (Eaton, 1985; Shur, 1988 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

การวินิจฉัยแยกโรค

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of International Classification Diseases: ICD-10) ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกตามอาการ โดยการวินิจฉัยนั้นผู้ป่วยจะต้องมีอาการ



อย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่าตามอาการ ที่ระบุ
จากอาการที่ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ ที่ระบุไว้จากอาการที่ 5 ถึง 8 และอาการดังกล่าว
จะมีอยู่เกือบตลอดเวลา 1 เดือนขึ้นไป โดยอาการต่าง ๆ ในแต่ละข้อมีรายละเอียดดังนี้
(มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; Kaplan & Soderock, 2000; Sadock & Sadock,
2000)

1. ความผิดปกติของกระบวนการความคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (thought echo) ผู้ป่วย
ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า
ความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน หรือความกระจาย
(thought broadcasting) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตน

2. ความหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยอิทธิพลภายนอก (delusion of control) มีแนวความคิด
การกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของ
แขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส (sensations) หลงผิดในการแปลความหมาย

3. อาการหูแว่วว่ามีคนพูดถึงหรือวิจารณ์การกระทำของตน ตกเตียงกันเกี่ยวกับตนเอง
หรือได้ยินเสียงต่างๆของร่างกาย (hallucination voice commenting)

4. อาการประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันอยู่หลาย
สัปดาห์หรือหลายเดือน

5. มีความคิดผิดปกติ (thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูด
ที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

6. มีพฤติกรรมผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (catatonic) เช่น วางท่าแปลก ๆ คงท่า
ตามที่ถูกจัด ต่อต้านการเคลื่อนไหวไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่สิ่งใด

7. มีอาการทางลบ (negative symptoms) ได้แก่ เฉยเมย ไร้อารมณ์ หรือแสดงอารมณ์
ไม่เหมาะสม แยกตัว ไม่สนใจตัวเอง ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลงซึ่งไม่ได้เกิดจาก
ยาต้านโรคจิต

8. มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดหมกมุ่น อยู่แต่เรื่อง
ของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม 7. มีอาการทางลบ (negative symptoms) ได้แก่ เฉยเมย
ไร้อารมณ์ หรือแสดงอารมณ์ ไม่เหมาะสม แยกตัว ไม่สนใจตัวเอง ความสามารถในการเข้าสังคม
เสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากยาต้านโรคจิต

สรุปได้ว่าในการวินิจฉัยโรค ตาม ICD-10 ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ
โดยผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากนัก
ต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า และอาการดังกล่าวจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา 1 เดือนขึ้นไป



ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

อาการของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มอาการใหญ่ๆ คือ อาการทางบวก และอาการทางลบ ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

1. อาการทางบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของกระบวนการคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับการมีความผิดปกติด้านการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิด อาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการแปลกๆ พุดในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิด คิดว่ามีคนมาปองร้าย คิดว่ามีคนพูดเกี่ยวกับตน ส่วนอาการทางประสาทหลอน ชนิดที่พบบ่อย คือ หูแว่วพบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยิน อาจเป็นเพียงเสียง หรือคำพูด ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการพุด หรือ หัวเราะคนเดียว แต่งตัวแปลกๆ สกปรกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ หรือมีพฤติกรรมก่อความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น

2. อาการทางลบ (negative symptoms) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (catatonic schizophrenia or waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะ ในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมยไม่สบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย (avolition) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปมักพบอาการเหล่านี้ ในระยะก่อนหรือหลังอาการกำเริบ และจะไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกลุ่มอาการทางบวกซึ่งอาการแสดงดังกล่าว บางอาการเป็นอาการแสดงออกเมื่อบุคคลรู้สึกสิ้นหวัง ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ มีแรงจูงใจน้อย ชีวิตไม่มีจุดหมาย และไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (Stephenson, 1991 cited in Miller, 1983; อุบล นิวัติชัย, 2528; สนาม บินชัย, 2543)

สรุปได้ว่าอาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็นกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ ในกลุ่มอาการทางบวกซึ่งจะมีความผิดปกติโดยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ผิดปกติด้านคำพุด และพฤติกรรมที่เป็นอาการสำคัญส่วนใหญ่ และกลุ่มอาการด้านลบนั้น มักพบในระยะหลังของโรค จะแสดงออกในภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี คือมีอารมณ์เรียบเฉย เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้นและไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
วันที่.....	๓๓ ธ.ค. ๒๕๕๕
เลขทะเบียน.....	๒๔๕๘๑๒
เลขเรียกหนังสือ.....	

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2543; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1. ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตอย่างชัดเจนญาติจะสังเกตว่ามีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง เก็บตัว อยู่แต่ในห้อง มีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ การเรียนหรือการทำงาน นอกจากนี้สนใจในตัวเองบกพร่อง เช่น เดิมเป็นคนสะอาด เก็บของเป็นระเบียบเรียบร้อย กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง ใส่เสื้อผ้าซ้ำหลายวัน มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ตามปกติ ลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา และจะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1998)

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างชัดเจนส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ส่วนใหญ่อาการกำเริบ จะปรากฏรุนแรงเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุส่งเสริม มาจากช็อกกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ อาการส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ เช่น อารมณ์ท้อๆ สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจนอนมากเกินไป อ่อนเพลียและแยกตัวเอง ส่วนอาการทางบวก จะลดความรุนแรงลง ยาที่ใช้รักษาโรคจิตมักจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางบวก แต่ไม่ได้รักษาอาการทางลบ ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีอาการข้างเคียงจากยาร่วมด้วย เช่น ง่วงนอน กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ดังนั้นในช่วงอาการโรคจิตสงบลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดความเครียดได้ง่าย และความเครียดนี้จะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ต้องเน้นการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบ และกลับเป็นซ้ำ

สรุปได้ว่าการดำเนินของโรคของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่

ตามปกติลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไป และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบถ้าเป็นกลุ่มอาการทางบวกอาจเกิดอาการรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลเพราะผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น หรือมีหูแว่วได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ส่วนอาการทางด้านลบถ้าปล่อยทิ้งนานๆ ไม่ให้ความสนใจนำไปรักษาอาจจะทำให้ความสามารถในดูแลตัวเองของผู้ป่วยลดลงและในระยะอาการหลงเหลือแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงออกแต่ก็ต้องให้ความสำคัญ ที่ยังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเน้นเรื่องของการดูแลตนเอง และการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำต่อไป

การรักษาและการดูแลในโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความซับซ้อน สาเหตุของโรคเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ประกอบกัน ในการบำบัดรักษาจึงต้องใช้หลายๆวิธีร่วมกัน ซึ่งการรักษาจะแบ่งตามระยะอาการของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544) ดังนี้

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องให้การดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว และช่วยลดความตึงเครียดของผู้ป่วยและญาติ

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุดในระยะกำเริบ ยาที่เป็นหลักการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ยาด้านโรคจิต ซึ่งยานี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางบวก จะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาลดอาการข้างเคียงร่วมด้วย

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) โดยทั่วไปมักใช้ในกรณี que ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือในรายที่มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง หรือหุ่นขี้ผึ้ง (catatonic) รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื้อยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำประมาณ 6-12 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1-2 วัน



2. การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาโดยทั่วไปจะมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ แต่จะเน้นการรักษาทางจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว แต่ปัญหาทางสังคมก็ยังมียู่ จึงต้องใช้วิธีการรักษาทางจิตสังคมนร่วมด้วย ดังนี้

2.1 จิตบำบัด (psychotherapy) มีอยู่ 2 ลักษณะคือการทำจิตบำบัดรายบุคคล และ การทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม

2.1.1 จิตบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหา ความคับข้องใจที่มีอยู่ โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544)

2.1.2 จิตบำบัดแบบกลุ่ม จะเป็นการบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการ กลุ่มทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และการไว้วางใจผู้อื่น สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การเข้ากลุ่ม จิตบำบัดยังมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท และสมาชิกกลุ่ม ได้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม และกลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยว ทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อการแก้ไขพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ก้าวร้าว แยกตัวเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยผู้บำบัดจะใช้วิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกความกล้าแสดงออก การขัดความรู้สึกร้อยเป็นระบบ หรือการเรียนรู้จากตัวต้นแบบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

2.3 สิ่งแวดล้อมบำบัด หรือนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ที่เป็โรคจิตเภท ต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริม ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2.4 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทและลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูงของสมาชิกใน ครอบครัวที่อาจจะเพิ่มความกดดันทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การทำครอบครัวบำบัดโดยการนำ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมาร่วมกลุ่มสนทนา โดยมีผู้บำบัดเป็นคนกลางจะทำให้ ผู้ป่วยโรคจิตเภท และญาติได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกันช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการให้คำปรึกษาคครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวมีความรู้และวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวอีกทั้งสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

3. การรักษาในระยะอาการคงที่ เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่อง การรักษาในระยะนี้ จะเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันอาการกำเริบของโรค ในระยะนี้ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่ จึงเป็นการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) และเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) จึงต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ระยะนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจได้รับการรักษาด้วยยาชนิดที่มีฤทธิ์ยาวนาน (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง สำหรับระยะเวลาในการรักษา ส่วนใหญ่ จะเน้นการรักษาในครั้งแรก หลังการรักษาหากอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะยังคงให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไปในระยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น หากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยกว่านี้ จะต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่สะดวก มีประสิทธิภาพ และลดการอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด รวมถึงการป้องกันอาการกำเริบและการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุปได้ว่าในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นการบำบัดรักษาไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวเพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่นความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลงจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงใช้การผสมผสานหลาย ๆ วิธีด้วยกัน คือการบำบัดรักษาทางชีวภาพ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การใช้จิตบำบัด การใช้พฤติกรรมบำบัด การใช้ครอบครัวบำบัดและการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นการช่วยเหลือในการส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสงบ มีความปลอดภัยไม่ทำร้ายตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) มาจากคำว่า sui ซึ่งหมายถึง self และ cide หมายถึง murder (Shives, 2005) ในภาษาไทยใช้คำว่า อดวินิบาตกรรม การฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต(ราชบัณฑิตยสถาน, 2539; Hauenstein, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท “การพยายามฆ่าตัวตาย” มีคำเรียกใช้หลายคำ ได้แก่ “Attempted suicide” “parasuicide” หรือ “deliberateself harm” (Heeringen, 2001) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมองดังนี้

บาร์บี และ บริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตราย ที่รุนแรง (Barbee & Bricker, 1996)

ฮอนสเทน (Hauenstein, 1998) ได้ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ความล้มเหลวของการพยายามฆ่าตัวตายโดยเจตนาเป็นการสื่อความต้องการการช่วยเหลือทางอารมณ์

เคอร์คอฟ (Kerkhof, 1995) กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตาย คือ การร้องขอความช่วยเหลือเพราะไม่สามารถที่จะรับสภาพที่ทุกข์ทรมานต่อไปได้อีกแล้ว

สมชาย จักรพันธุ์ (2541) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากความบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต โดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อมที่ต้องการให้ตนเองจบชีวิตหรือมีการกระทำซ้ำในเวลาต่อมาที่เรียกว่าการฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น การกินยาฆ่าแมลง หรือการใช้ชีวิตเสี่ยงมากๆ เป็นต้น

สุกมล วิภาวีพลกุล (2546) กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) คือการลงมือฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จ

กรมสุขภาพจิต (2547) การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) หมายถึงการพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือทำร้ายตนเองซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งหวังแก้ชีวิตตนเองให้จบแต่ไม่สำเร็จในการกระทำ มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีโอกาสที่จะกระทำซ้ำถ้าไม่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในต่างประเทศ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย ถึงร้อยละ 30-40 (Kaplan & Sadock, 1995) ในประเทศฟินแลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 71 (Heila et al., 1997) จากการการศึกษาของไทเมียน และคณะ (Taiminen et al., 1990) ที่ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 50 รายระหว่างปี 1977-1987 ในประเทศฟินแลนด์ พบว่าโรคที่พบบ่อยที่สุด คือโรคจิตเภท ร้อยละ 44 มีระยะเวลาในการรักษาก่อนการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน วิธีการฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดคือ แหวนคอ กระโดดน้ำและกระโดดจากที่สูง และการศึกษาของ นิสเคน และคณะ (Niskanen et al., 1974) เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล ที่เมืองเฮลซิงกิ พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 55 มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย ร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 48 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายขณะอยู่ในตึก โดยร้อยละ 17 เกิดปัญหาขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการวางแผนที่จะจำหน่าย ร้อยละ 15 เกิดขึ้นในขณะที่ย้ายตึก และร้อยละ 10 เกิดขึ้นหลังจากมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา ซึ่งร้อยละ 11 เกิดขึ้นในขณะที่เริ่มต้นรักษาใหม่ และร้อยละ 44 ของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นโดยทีมผู้รักษาไม่เคยคาดคิดมาก่อน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของโมเดสติน และคณะ (Modestin et al., 1986) ที่ศึกษาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย 149 ราย ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในโรงพยาบาล จิตเวช 2 แห่ง ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ระหว่างปี 1960-1981 พบว่า 49 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีปัญหาจากการปรับตัวกับสังคมตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต และตามมาด้วยปัญหาสูญเสียความสามารถ ในระยะเวลาต่อมาค่อนข้างรุนแรง นอกจากนี้ในการศึกษาของวอลเฟอร์ดอร์ท และคณะ (Wolfersdorf et al., 1991) ที่ศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ 4 แห่งในประเทศเยอรมันระหว่างปี 1970- 1984 พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 195 ต่อ 100,000 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป

ในประเทศไทยพบว่ามีหน่วยงาน และองค์กรต่างๆให้ความสนใจและได้ทำการศึกษา ถึงการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังเช่นจากการศึกษาของ

จินตนา ถึงงเพิ่มพูน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, ชัยพร ยิ่งเจริญพาสุข, และเกตุสุดา ชินวัตร (2547) ที่ศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ป่วยทุกราย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช 12 แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 12,356 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (ร้อยละ 63.60) พบว่ามีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย 11 ราย คิดเป็น 9.0 ต่อ 10,000 ประชากร ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย คิดเป็น 0.8 ต่อ 10,000 ประชากร และจากการศึกษาของ สุดสบาย จุลกัทัพพะ, เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, และจริยา จันตระ (2543) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 154 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 31.8) และมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย (ร้อยละ 0.6)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกิดจากปัจจัยอยู่หลายด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถสรุปได้ ดังนี้

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองซีโร โทนิน (serotonin) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย พบมีระดับของ 5-HIAA (5-hydroxyindoleacetic acid) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในน้ำไขสันหลังจะมีปริมาณต่ำ (Cooper et al., 1992) นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตเภทช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricles) จะมีขนาดความกว้างขึ้น และยังพบว่ามีฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ในระบบลิมบิก (limbic system) มีขนาดเล็กลง โดยสมองส่วนหน้าจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การพูด การคิด การตัดสินใจ ภาวะการหยั่งรู้ (insight) และการเกิดแรงจูงใจ (motivation) พบว่ามีอาการแสดงของความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ และภาวะการหยั่งรู้ อาการแสดงทางลบจะมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และอาการแสดงทางบวกจะมีความผิดปกติของสมองส่วนด้านข้าง (temporal lobe) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการได้ยิน อันจะนำไปสู่อาการประสาทหลอนทางหูได้ (Toro, Blanco, Gonzalez & Salva, 2001) มีการศึกษาในผู้ที่มียุติกรรมฆ่าตัวตายพบว่าสารชีวเคมีในสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีอาการประสาทหลอนทางหู มีอาการพูดคนเดียว มีหูแว่ว หรือมีอาการกลัว ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากที่สุด (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)



ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ (มานิต ศรีสุรณานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ความไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนของการรักษา รับประทานยาไม่ถูกขนาด รับประทานยาไม่ถูกเวลา ลืมรับประทานยาในบางขนาด และการหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาเลย (Leonard, 2003) อาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น อาการหูแว่ว อาการประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง กลัวมีคนมาทำร้าย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) และจากการศึกษาของ สุดสบาย จุลกัทัพพะ, เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, และจริยา จันตระ (2543) ที่พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การมีหูแว่วทั้งจากหูแว่วแบบทั่วไป และการมีหูแว่วที่มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pirjo ซาเร็นน์ และคณะ (Pirjo Saarinen et al., 1999) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การมีหูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง คิดว่าคนอื่นมาทำร้าย อาการหวาดระแวงในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Cohen, 1990) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่น (Fenton, 1991) การขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่คิดว่าตนเองอาการดีขึ้นจึงไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต (Mulaik as cited in Glatt, 2002) การขาดยาและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูล อ้างใน พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

ปัจจัยทางด้านสังคม และครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาของ จินตนา ลีจึงเพิ่มพูน และคณะ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าพฤติกรรมทางด้านสัมพันธภาพกับคนอื่นไม่ดี ไม่ปรึกษาใครเมื่อทุกข์ใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพินทร์ บุญกระจ่าง และคณะ (2538) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จิตเวช ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าสัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวไม่ดี คือต่างคนต่างอยู่ และมีการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว จึงกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยทางด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ส่งผลให้การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง และรุนแรงมีโอกาสป่วยหลายครั้ง และพบว่าร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ร่วมกับมีความพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก และร้อยละ 50 เป็นๆ หายๆ (จันทนา ศรีวิศาล และคณะ, 2549) ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือต้องมีคนมาดูแล จะเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง คือ มีความรู้สึกอ่อนแอ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจขาดอิสรภาพในการกระทำการต่างๆ ด้วยตนเองจึงไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง รู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพด้อยลง สูญเสียเอกลักษณ์ และคุณค่าในตัวเอง รู้สึกว่าไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง และจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมองตนเองว่าไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Howton et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของสนาม บินชัย (2543) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิดจากการถูกกระตุ้นโดยความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง

สรุปได้ว่ามีปัจจัยอยู่หลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ด้านชีวภาพ ด้านสังคมและครอบครัว และด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของบุคคลเพื่อมุ่งหวังแก้ไขชีวิตของตนเองให้จบแต่ไม่สำเร็จ ในการกระทำดังกล่าวนี้มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่มีผลทั้งต่อตนเองและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลกระทบต่อตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

ทางด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดการบาดเจ็บหรือมีความพิการของอวัยวะต่างๆ เช่น มีการบาดเจ็บหรือพิการของแขนและขาจากการกระโดดจากที่สูง เกิดบาดแผลจากการใช้มีดกรีด หรือแทงตามร่างกาย ผลต่อระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากการดื่มสารล้างท้องน้ำที่มีฤทธิ์ของสารเคมีสูง การรับประทานยาเกินขนาดจะทำให้การทำหน้าที่ของตับบกพร่อง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) หรือสมองมีการขาดออกซิเจนภายหลังผูกคอตาย เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ทางด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดความเครียด ความกังวล และอาจเกิดความรู้สึกผิดที่ดูหมองว่าเป็นบุคคลที่สร้างปัญหาให้กับผู้อื่น ถูกสมาชิกในครอบครัวซ้ำเติม ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก สภาพจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของนิตยา เกลิมพล, ชะลอ ชูพงษ์, และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจให้การดูแล และถูกซ้ำเติมให้มีความรู้สึกผิด

ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทพยายามฆ่าตัวตายจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือ ทำให้สมาชิกในครอบครัว มีความเครียด ความกังวล อภิชีช มงคล และคณะ (2548) กล่าวถึงปฏิกิริยาของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายจะเกิดความคิด โกรธหรือโทษตนเอง รู้สึกผิด นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลเหล่านี้อาจป่วยหรือไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อไปได้ หากการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความไม่สงบสุขจากมีการหวาดระแวงเกรงว่าจะเกิดการฆ่าตัวตายในครอบครัวอีก (มานิช หล่อตระกูล, 2546) จึงเกิดความเครียดกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นอีก และไม่ทราบวิธีที่จะจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างไร จากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดมากเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย เบื่อหน่ายกับการกระทำนั้น ทำให้ขาดความสนใจ และขาดการเอาใจใส่ (กรมสุขภาพจิต, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่พาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ทำร้ายตนเองมารักษา ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่าเดินทาง และการรักษาพยาบาล (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องขาดรายได้เพราะต้องคอยเฝ้าระวัง และให้การดูแลผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองอีก (กรมสุขภาพจิต, 2547) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) ที่พบว่า การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และต้องพาผู้ป่วยโรคจิตเภทไปพบแพทย์

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างและมีความซับซ้อน และหากดำเนินการไปจนสำเร็จอาจจะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย (Stuart & Laraia, 2005) ดังนั้นการให้การดูแล จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแล อยู่ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย 2) ด้านสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และ 3) ด้านบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง ด้านสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสาร การดูแล และการช่วยเหลือของญาติหรือครอบครัว และด้านบุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลรักษา การให้ความช่วยเหลือให้ความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการส่งต่อหลังการจำหน่าย

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผนและมีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับคำสอนหรือคำแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการเจ็บป่วย พบว่ามีความเสื่อมของบุคลิกภาพ และมีเชาวัปัญญาลดลง มีผลให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาลดลง (Armstrong, 1993) แม้ว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางส่วนก็มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่ไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย และปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ ความตั้งใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการ

ดูแลตนเอง (Hill & Smith, 1990) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายมีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บและแก้ไขความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Connelly, 1987) ลดความรุนแรงของโรคได้ (Baker, 1995)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา ไม่ควรหยุดรับประทานยา ลดยา หรือเพิ่มยาเอง (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) เพราะการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทหยุดรับประทานยาต้านโรคจิตทันทีมักเกิดอาการถอนยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด นอนไม่หลับ อาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ยาคโลซาปีน (clozapine) อย่างสม่ำเสมอในระยะเวลา 2 ปี พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตชนิดอื่น (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ เมลท์เซอร์ และคณะ (Meltzer et al., 2003) ที่ได้ศึกษาผลของยารักษาโรคจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 980 คนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับยาคโลซาปีน (clozapine) จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาคโลซาปีน (clozapine) จากการศึกษาของโมเดสติน และคณะ (Modestin et al., 2003) ที่ได้ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ายาคโลซาปีน (clozapine) ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงประมาณ ร้อยละ 88 ดังนั้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับประทานยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง เช่น สังเกตอาการที่เป็นสัญญาณเตือนในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่ง เฮนริช และคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs & Carpenter, 1985) กล่าวว่า ประกอบด้วย อาการประสาทหลอน และอาการหวาดระแวง และจากการศึกษาของ เฮนริช โคเฮน และคาร์เพนเตอร์ (Heinrichs, Cohen, & Carpenter, 1985) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 63 ทราบว่าตนเองมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือน ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องสังเกตว่า อาการหูแว่วมีบ่อยครั้งมากขึ้น รู้สึกรำคาญ หวาดกลัว หวาดระแวงว่าจะถูกทำร้าย ควรบอกญาติทราบและรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาก่อนที่จะมีอาการรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายของสมาชิกครอบครัว

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรังอาการอาจจะค่อยเป็นค่อยไปทำให้สังเกตได้ยากและมีอาการกำเริบซ้ำของโรคบ่อยๆ บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนัข, 2548) กรมสุขภาพจิตได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่บ้าน จึงผลักดันให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2544) ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

สัมพันธภาพในครอบครัวนั้นถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิต การอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันทางจิตใจต่อกัน (เกษม ตันติพลาชีวะ, 2539) สัมพันธภาพในครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายมีสัมพันธภาพกัน เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน มีความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทร และผูกพันต่อกัน ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติ และมีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอารมณ์มั่นคง เห็นคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวได้ดี และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ หรือเกิดความเครียดก็จะช่วยลดภาวะวิกฤตไปได้ (Cohen & Wills, 1985) และหากผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่และมีการปฏิบัติต่อกันไม่เหมาะสม มีผลทำให้ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการเห็นการมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดปัญหาในการปรับตัว ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาได้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และมีความรู้สึกซึมเศร้า (Robertson & Simon, 1989) จนเกิดคิดทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ เทพินทร์ บุญกระจ่าง, เจริญศรี โควินทร์, ยุพรัตน์ คุณรัตน์ (2538) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภทพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ และมีการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว เป็นปัจจัยต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

การสื่อสารในครอบครัว หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจชัดเจน ตรงความต้องการของผู้พูด ตรงไปยัง

บุคคลเป้าหมายโดยไม่ผ่านผู้อื่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน การให้การยอมรับระหว่างบุคคล เน้นการให้คุณค่าต่อการมองเห็นตนเองในทางบวก

การสื่อสารที่ดีจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน ยอมรับความคิดเห็นและเหตุผลที่ต่างกัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตของครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับแนวคิดของ ซะเทียร์ (Satir as cited in Friedman, 2003) ที่กล่าวว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและกระชับความสัมพันธ์ในครอบครัว แต่ถ้าการสื่อสารนั้นไม่มีประสิทธิภาพ คือไม่มีความชัดเจน มีลักษณะคลุมเครือก็จะนำไปสู่การเกิดปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรภา ธานี และสุริภรณ์ สมคะณย์ (2542) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือการสื่อสารระหว่างคนในครอบครัวที่ชัดเจน ตรงบุคคลเป้าหมาย และสอดคล้องทางด้านอารมณ์และความรู้สึก

ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น จัดให้ผู้ป่วยอยู่พักชั้นล่าง ถ้าจำเป็นต้องอยู่ชั้นบนต้องระมัดระวังการออกไปที่ระเบียงหรือหน้าต่าง อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาถ้าผู้ป่วยเข้าห้องน้ำไม่ควรให้ใส่กลอน เก้าอี้ของมีคม ยา หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้ทำร้ายตนเอง ถ้าผู้ป่วยต้องกินยา ผู้ดูแลควรจัดยาให้กินทีละมื้อและไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง สังเกตอารมณ์สีหน้า ท่าทาง คำพูด การสังเกตุ ถ้าเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มาก ไม่พูดจาตำหนิ ประชดประชัน หรือพูดทำทนายผู้ป่วยทำร้ายตนเองอีกครั้ง แสดงท่าทีเห็นใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2547) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลรู้วิธีการดูแลและการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทหายดียิ่งขึ้น (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ, 2530)

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายของบุคลากรทางสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับการดูแลโดยทีมบุคลากรทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลพบว่าปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่หลากหลายในต่างประเทศ เช่น ประเทศนิวซีแลนด์ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ด้านการจัดการ



ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (New Zealand Guideline Group and Ministry of health: NZGG, 2003) ซึ่งได้มีการระบุประเด็นการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ดังนี้ คือ ทำการประเมินความรุนแรง ระบุการรักษา กำหนดให้มีการเฝ้าระวังความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม ทำการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง กำหนดกิจกรรมการพยาบาล โดยเน้นในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและติดตามประเมินผลภายหลังให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม และจากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียเพื่อลดการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้เรื่องกระบวนการให้การปรึกษาการฆ่าตัวตาย (The suicide intervention counsellor[SIC]) แก่พยาบาลทั่วไป พยาบาลห้องฉุกเฉิน และบุคคลที่อยู่ในชุมชน คือ ครู พยาบาลที่อยู่สถานอนามัย นักจิตวิทยา และแกนนำต่างๆในชุมชน เพื่อให้ตระหนักถึงการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลช่วยเหลือระดับสูง (high intervention) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาการฆ่าตัวตายภายใน 48 ชั่วโมง การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดการภาวะวิกฤติ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประสานงานและดูแลติดตามหลังจำหน่ายโดยการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และมีการส่งต่อการดูแลในระดับชุมชน เปรียบเทียบกับการให้การช่วยเหลือในระดับมาตรฐานทั่วไป (standard intervention) ซึ่งดูแลโดยการประเมินผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายการค้นหาปัญหา การให้การช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ และนัดหมายติดตามดูแลต่อเนื่อง

ในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล พบว่าการศึกษาขององศ์ ธรรมโรจน์, ธรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน (2549) โดยใช้โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยรูปแบบพระศรียาโพธิ์ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแบบครอบคลุม (universal assessment) เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยในทุกรายตั้งแต่แรกรับ และทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลแบบใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก (intensive care) มีการให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย การทำกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างความหวัง และการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (intensive surveillance) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป จะได้รับการเฝ้าระวังในหอผู้ป่วยอย่างเข้มข้น โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเสี่ยงทุกสัปดาห์ จนกว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษา มีความเสี่ยงลดลงจนถึงระดับที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของการณย์ หงส์กา และอรรพรรณ ดวงมังกร

(2547) ที่ได้ศึกษาถึงการเฝ้าระวังและให้การดูแลผู้ที่ทำร้ายตนเองอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล ขอนแก่น พบว่าการนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการมาใช้ โดยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายภายหลังได้รับการพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤติ จะส่งปรึกษากับกลุ่มงานจิตเวช เพื่อให้ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคล และแบบครอบครัวก่อนการเตรียมจำหน่าย และนัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ซึ่งผลจากการติดตามเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยทำร้ายตนเองลดลง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลในขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล และการดูแลหลังการจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าทีมด้านสุขภาพอื่น จึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายได้นำเอาการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นมาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนของ วอมเบิล (Womble, 2005) คือ 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล และให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยขณะอยู่โรงพยาบาล (Talseth, Lindseth, Jacobsson, & Norberg, 1999)

ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายให้เห็นความสำคัญในเรื่องของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถดูแลตนเองได้ดี สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทีมบุคลากรทางสุขภาพได้ให้การดูแลอย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง จากสถานการณ์ในการดูแลดังกล่าวข้างต้นจึงได้นำมาศึกษาเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึงการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อให้รู้ตนเอง รู้จักสภาพแวดล้อมให้ชัดเจน วิเคราะห์โอกาส อุปสรรคต่างๆ และการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ (นันทิยา หุตานุวัตรและณรงค์ หุตานุวัตร, 2545)

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาระบบองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ออกเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่าทำมาจากอะไร มีองค์ประกอบอะไรเกิดขึ้นมาได้อย่างไร เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับการศึกษาการตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริง อันนำไปสู่การหาข้อสรุป หรือประเมินตัดสินในเรื่องนั้นๆ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ , 2546)

การวิเคราะห์สถานการณ์ นั้นเป็นการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกในโรงพยาบาล คลินิก หน่วยงาน และชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์และองค์ความรู้ในแต่ละสาขาวิชา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นฐานความรู้สำหรับการตัดสินใจในการดำเนินงานของโรงพยาบาล คลินิก หน่วยงาน และในชุมชน ขนาดของปัญหาต้องอยู่ในวิสัยที่สามารถทำสำเร็จได้ภายในระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์ และผังสถานการณ์ของการเกิดปัญหา ความต้องการของหน่วยงานเพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาตามผลลัพธ์ ที่คาดหวัง (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2551)

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ สรุปได้ว่าหมายถึง การศึกษาปัญหาเชิงลึกในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เพื่อสืบค้นความจริง วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆว่ามีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร และเพื่อสร้างพื้นฐานความรู้สำหรับการตัดสินใจ และเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์มีผู้ให้แนวคิดไว้หลายแนวคิดพอจะสรุปแบ่ง ออกได้ เป็น 2 แบบ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปรากฏการณ์ทางสังคม

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแบบทฤษฎีกราวนด์เด็ท (Grounded theory study) เป็นการวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูลซึ่งรากฐานของทฤษฎีกราวนด์เด็ท คือ เป็นทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นทฤษฎีที่มีลักษณะเฉพาะที่ถูกสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่เป็นไปตามปรากฏการณ์จริงมากที่สุด จากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆอย่างเป็นระบบ (ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ (2552)

1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือทฤษฎีกราวนด์เด็ท (Grounded theory) ทำให้ได้ความรู้ที่ไม่สามารถหาได้โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Clarke, 2005)

1.3 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางสังคม ตามแนวทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded theory) ซึ่งเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจนเกิดภาวะอิ่มตัว ซึ่งต้องใช้เวลานาน ในการเก็บข้อมูลมี 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์ปัญหา (situation map) บริบททางสังคม (social map) และตำแหน่งของปัญหา (position map) โดยมีหลักสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์ คือ มีการศึกษาภาพรวมของสิ่งบางสิ่งอย่างสนใจ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆ สถานที่ใดๆ และหรือสิ่งแวดล้อมรอบๆที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษา (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะสั้น เพื่อทำให้เกิดความกระฉับกระชวยในสถานการณ์ ณ ช่วงเวลาที่สนใจ 2) ระยะกลาง เพื่อระดมทรัพยากร หรือวิธีการต่างๆ และนำมาพัฒนายุทธวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือ และ 3) ระยะยาว เพื่อแยกแยะค้นหาโอกาสยุทธวิธี และวิธีการเพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จอย่างยั่งยืน ซึ่งจะวิเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการ ผลลัพธ์ ภาวะหรือเงื่อนไขที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือระบบ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อสถานการณ์นั้นหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานการณ์นั้น ๆ (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, 2552)

2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก หมายถึง กระบวนการศึกษาที่ใช้หลากหลายวิธีในการเก็บข้อมูล เป็นการอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มาหรือสาเหตุตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์นั้น (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2551)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์

การรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ มีหลายวิธี

ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ (2552) กล่าวว่า วิธีการรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นมีหลายวิธี เช่น การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การใช้วิธีการสำรวจข้อมูล หรือการใช้แบบสอบถามและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหรือการเก็บข้อมูลเชิงบรรยาย ได้แก่ การสัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์รายกลุ่ม และการสังเกตเป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยส่วนใหญ่จะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และในกรณีที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม จะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

(Structured Interview) หากรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกต โดยทั่วไปจะใช้แบบสังเกตที่มีโครงสร้างและบันทึกข้อมูลในลักษณะตัวเลข (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) การสังเกต (Observation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยส่วนใหญ่จะเป็นการบันทึกตามคำพูดหรือข้อความที่ผู้วิจัยได้ยินได้ฟังและได้เห็น บันทึกอย่างละเอียด และบันทึกข้อมูลในลักษณะของถ้อยคำหรือข้อความ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) โดยจะขอกล่าวรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามเป็นชุด นำมาใช้รวบรวมข้อมูลของงานวิจัยเชิงปริมาณ เช่นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบสอบถามปลายปิด(closed-ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบสำหรับให้เลือกตอบหรือให้เติมคำหรือข้อความสั้นๆในแบบสอบถาม 2) แบบสอบถามปลายเปิด(open-ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่ไม่ระบุหรือกำหนดคำตอบสำหรับผู้ตอบ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งนิยมใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

2. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสนทนาพูดคุยอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีลักษณะยืดหยุ่นเปิด โอกาสให้ผู้สัมภาษณ์สามารถซักถามขยายความหรือซักเพิ่มได้ตลอดเวลา ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ต้องคอยสังเกตสีหน้าท่าทีของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าควรมีการการปรับเปลี่ยนเทคนิควิธีการอย่างไรจึงจะได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งครอบคลุมที่สุด การสัมภาษณ์สามารถแบ่งออกได้เป็น การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ หรือแบบมีโครงสร้าง (structured or formal interviews) และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interviews) การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการนี้อาจมีลักษณะเปิดกว้างยืดหยุ่น หรือเพ่งจุดสนใจเฉพาะเรื่องก็ได้ การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

3. การสังเกต (Observation) คือการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมๆ กัน เช่น ตาหู ฟัง หรือสัมผัส ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการวิจัยเชิงคุณภาพการสังเกต จะทำควบคู่ไปกับการจดบันทึก การสนทนา และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านสามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ (วารุณี ฟองแก้ว, 2552) การสังเกตในงานซึ่งใช้ได้กับงานวิจัยทุกประเภท โดยเฉพาะงานวิจัยภาคสนาม งานวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยในห้องปฏิบัติการ หรืองานวิจัยเชิงทดลอง (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นการสังเกตในลักษณะที่ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง มีการร่วมทำกิจกรรมด้วยกันโดยไม่ได้เปิดเผยว่าตนเองมีบทบาทเป็นผู้วิจัย

3.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) เป็นการสังเกตในลักษณะที่ผู้วิจัยทำการสังเกตโดยไม่ได้เข้าไปร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มตัวอย่างโดยสังเกตอยู่ห่าง ๆ ซึ่งอาจสังเกตโดยให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวหรือไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวก็ได้

4. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) หมายถึง วิธีการรวบรวมข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเองในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนากลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย โดยมีนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด โดยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่างและบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป ผู้เข้ากลุ่มสนทนาควรมีจำนวน 6-12 คน มีนักวิจัยทำหน้าที่พิธีกรหรือผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) มีผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548) ระยะเวลาของการดำเนินการสนทนากลุ่ม ในแต่ละครั้งควรใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง นับตั้งแต่การเริ่มคำถามแรก (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

สรุปได้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นมีหลายรูปแบบได้แก่ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม การเลือกใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลและการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลใน 3 กลุ่ม ตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และบุคลากรทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ผล จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติจากแบบสอบถาม สามารถใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ หรือค่าสถิติเชิงพรรณนาได้เพื่อแสดงขนาดหรือระดับของสิ่งที่วิเคราะห์ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2551)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำผลการวิเคราะห์มาตีความและสร้างข้อสรุป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) การวิเคราะห์ตามประเด็นต่าง ๆ การวิเคราะห์ตามลำดับความสำคัญของข้อมูล การวิเคราะห์ตามกาลเวลา และการวิเคราะห์ตามกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เป็นต้น (อุทุมพร จามรมาน, 2548)

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 700 เตียง ที่ให้การดูแลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจึงมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย (patient safety goal) ไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลสวนปรุงประจำปีพ.ศ. 2546 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2546) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการสุขภาพจิต และจิตเวชที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และได้รับความปลอดภัย ซึ่งได้มีการจัดระบบการเฝ้าระวัง และให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ ด้านการใช้ทักษะให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในภาวะวิกฤต และการป้องกันการฆ่าตัวตายแก่บุคลากร นอกจากนี้ยังให้บริการด้านคำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และครอบครัว มีความเข้าใจในปัญหา สามารถเผชิญปัญหาและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ต่อมาคณะกรรมการโรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย (Patient Care Team : PCT Suicide) และร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) ให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและทางด้านสังคมอย่างครอบคลุม และได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยเช่นกัน โดยให้การดูแลดังนี้

ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายให้การดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และรับฟัง ยอมรับในความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องสังเกตอาการ และใกล้ที่ทำงานพยาบาล ไม่จัดให้นอนใกล้บริเวณหน้าต่าง ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยไม่มีอุปกรณ์ สิ่งของที่สามารใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย ให้ผู้ป่วยสวมเสื้อสีส้มเพื่อง่ายต่อการเฝ้าระวัง ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และดูแลให้รับประทานยาต่อหน้า ในกรณีที่ผู้ป่วย

โรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง จะดูแลให้ยาเมื่อจำเป็นตามแผนการรักษาของแพทย์ และดูแลโดยการผูกมัดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวเองได้ และมีการมอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แบบ 1:1 ตลอด 24 ชั่วโมง

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิตทุเลาสามารถดูแลและควบคุมตัวเองได้จะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และกระตุ้นการทำกิจกรรมตามความเหมาะสม ดูแลให้การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตน ค้นหาวิธี และดำเนินการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การบำบัดทางจิตเป็นรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง และสามารถวางแผนชีวิต อนาคตที่เป็นไปได้ที่เหมาะสม การให้ความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท อาการทางจิตที่อาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง ให้ความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ ชื่อยา ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้ ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านในการรับประทานยาต่อเนื่อง ความสามารถในการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และสอนทักษะการเผชิญปัญหา การคิดในเชิงบวก เพิ่มความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง การมาตรวจหรือมาพบแพทย์ตามนัดทั้งเวลา สถานที่ และการติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน แนะนำ แหล่งช่วยเหลือ ทั้งในชุมชน และจากทีมสุขภาพ หรือบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที เมื่อผู้ป่วยรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย

ด้านครอบครัวหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิตที่อาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ ชื่อยา การออกฤทธิ์ ข้อควรระวัง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายที่บ้าน เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องครบถ้วน จัดยาให้ผู้ป่วยกินทีละมื้อ ไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้เอง และระวังผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาด ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องพักชั้นล่าง และถ้าจำเป็นต้องอยู่ชั้นบนต้องระมัดระวังการออกไปที่ระเบียง หรือหน้าต่าง วิธีการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น จัดให้มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยเข้าห้องน้ำไม่ควรใส่กลอน ไม่มีสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ขงมีคม หรือสิ่งของที่ใช้ทำร้ายตนเอง เก็บสารเคมีทางการเกษตร เช่น ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้าไว้ในที่ปลอดภัย ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น ไม่พูดตำหนิประชดประชัน หรือพูดทำร้ายให้ทำร้ายตนเองอีก สังเกตอารมณ์จากสีหน้า ท่าทาง

คำพูด การสั่งเสีย ถ้าเปลี่ยนจากซึมเศร้าเป็นสดชื่นอย่างกะทันหัน ควรระมัดระวังให้มากขึ้น หากผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย หรืออารมณ์เศร้า ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์ ควรพาไปพบแพทย์ และให้คำแนะนำเรื่องการนำผู้ป่วยมารับยาและพบแพทย์ตามนัด

ด้านบุคลากรทางสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย จะมีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด ที่ให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามขั้นตอนของการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับการดูแลขณะเข้ารับการรักษา และการติดตามหลังการจำหน่าย ดังนี้

ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ร่วมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล เช่น รับประทานยาเกินขนาด รับประทานสารเคมี แขนงคอ หรือกรีดร่างกายตนเอง หากพบให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นรายงานให้แพทย์รับทราบทันที และกรณีที่พบ ADR (Adverse drug reaction) จากการใช้ยา ให้ประสานเภสัชกรเพื่อร่วมประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเกินขนาดของผู้ป่วย และเมื่อแพทย์รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ให้ป้อนระวาง “suicide” ที่ใบ order และพยาบาลหน้าห้องตรวจดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ความคิดฆ่าตัวตาย วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่เกิดความคิดฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผลคะแนนจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) การวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและให้การรักษาทางด้านจิตสังคม พยาบาลผู้ป่วยในจะซักประวัติข้อมูลเพิ่มเติม และประเมินสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (The Health of the Nation Outcome Scales; HoNOS-Thai) ในผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย โดยประเมิน HoNOS หมวด 2 ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินเกี่ยวกับการมีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และมีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โดยมีลำดับ ค่าคะแนน 0-4 คะแนน

ค่าคะแนน HoNOS = 0 ไม่มีปัญหาประเภทนี้ในช่วงของการประเมิน

ค่าคะแนน HoNOS = 1 มีความคิดแวบๆ เป็นบางครั้งเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงน้อยขณะที่ประเมินไม่มีการทำร้ายตนเอง

ค่าคะแนน HoNOS = 2 มีความเสี่ยงน้อยในช่วงของการประเมิน รวมถึงการทำร้ายตนเองที่ไม่มีผลร้ายแรงอะไร



ค่าคะแนน HoNOS = 3 มีความเสี่ยงปานกลางถึงรุนแรงต่อการทำร้ายตนเองโดยจงใจ
รวมทั้งการเตรียมการ

ค่าคะแนน HoNOS = 4 มีความพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และ/หรือทำร้ายตนเอง
อย่างร้ายแรงโดยจงใจในช่วงของการประเมิน

ซึ่งหากค่าคะแนน HoNOS เท่ากับ 3, 4 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง
ค่าคะแนน HoNOS เท่ากับ 2 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และหาก
ค่าคะแนน HoNOS เท่ากับ 1 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ซึ่งทีมสหวิชาชีพ
จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช
ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามที่กำหนด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้การป้องกันและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติการ
พยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง พยาบาล
ได้นำเอากระบวนการพยาบาลมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการพยายามฆ่าตัวตาย
ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย (assessment) วินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผน
การพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล
(evaluation) พยาบาลจะประเมินผู้ป่วยจากคำพูด ประเมินพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สื่อ
ออกมา มีการประเมินอาการและอาการแสดงที่อาจทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย ประเมิน
ทางด้านสังคมและประเมินทักษะในการแก้ปัญหา ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกเริ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย และการวินิจฉัยการพยาบาลในระยะยาว การวางแผนการพยาบาลจะต้องเรียงลำดับ
ความสำคัญของปัญหาและการกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งเน้น
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องสังเกตอาการและใกล้ห้องทำงาน
พยาบาล มีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บันทึกแบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ทุก 15 นาที บันทึก
ทางการพยาบาลเกี่ยวกับ อาการ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแต่ละเวรอย่างต่อเนื่อง
ติดสติ๊กเกอร์ “ระวังทำร้ายตนเอง หรือ suicide precaution” ที่หน้าแฟ้มผู้ป่วยและเขียนด้วยปากกา
สีแดงในคาร์ตเด็กซ์ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยไม่มีอุปกรณ์ สิ่งของที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือ
ในการฆ่าตัวตาย ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์และในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท
มีอาการทางจิตรุนแรงที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง
พิจารณาการให้ยาเมื่อจำเป็น รายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี หรือมีความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

ในการดูแลของแพทย์เกี่ยวกับรักษาจะพิจารณาการให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมเพื่อช่วยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีอาการทางจิตรุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะเฉียบพลัน และการให้รักษาทางด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญของการรักษา ทีมบุคลากรที่ให้ดูแลด้านการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด การรักษาทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มจิตศึกษา การทำครอบครัวบำบัด กลุ่มกิจกรรมบำบัด การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม การให้คำปรึกษา การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูอาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายมีความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น จัดการประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อร่วมกันประเมินปัญหาและแนวทางในการดูแล บันทึก และส่งต่อข้อมูล ปัญหา และแนวทางในการดูแลลงในแบบบันทึกสหวิชาชีพ (SP FM 59.01) และก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทีมผู้ดูแลได้เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวมีความพร้อม โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องโรคจิตเภท อาการทางจิตที่อาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง การให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องยาทางจิตโดยเภสัชกร เกี่ยวกับ ชื่อยา การออกฤทธิ์ ความจำเป็นในการใช้ยา วิธีการใช้จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวัง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา แนะนำผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน การรับประทานยาต่อเนื่อง สอนทักษะการเผชิญปัญหาและความสามารถในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเอง ให้ความเข้าใจแก่ครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถประเมินและเข้าใจวิธีการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง แนะนำแหล่งช่วยเหลือที่ให้บริการให้คำปรึกษาการติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินทั้งในชุมชนและจากทีมสุขภาพ

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะต้องลงข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในหนังสือส่งตัว มีการส่งต่อและประสานงานไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายหรือหน่วยงานในพื้นที่ ในการติดตามดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่าย จะติดตามหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ 1 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นระยะที่มีความเสี่ยงสูง อาจเกิดอันตรายหากผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการปรับตัวขณะอยู่นอกโรงพยาบาล ซึ่งทีมสหวิชาชีพ จะใช้วิธีการติดตามผลทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีอยู่ในพื้นที่ที่สามารถติดตามได้ และการติดตามไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายการติดตามผลการบำบัด หรือ

ผลข้างเคียงจากการรักษาโดยใช้แบบบันทึกการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และติดตามผลของการบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามที่แพทย์หรือนักจิตวิทยานัด

อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรงพยาบาลสวนปรุงจะได้ดำเนินแนวปฏิบัติการดูแลทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายดังกล่าวมาใช้และรวมถึงการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยเช่นกัน จากสถิติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 -2552 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำนวน 2,798, 2,580 และ 2,405 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 96, 84 และ 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.43, 3.25, และ 3.70 ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวข้างต้นจำนวนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลยังคงอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงได้กำหนดเป้าหมายดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายไม่เกินร้อยละ 0.2 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2546) ซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอันหนึ่งของทางโรงพยาบาลสวนปรุง ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานในด้านการดูแลรักษา ด้านความปลอดภัย และสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลยังคงอยู่ในระดับสูงแม้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุงผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจะได้รับการอบรม เพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย ตลอดจนการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรม



ฆ่าตัวตายมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วก็ตาม จำนวนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายเกินเป้าหมายดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงได้กำหนดไว้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการดูแลจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในศึกษา พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแล อยู่ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย 2) ด้านสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย และ 3) ด้านบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายจะวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองก่อนการเข้ามารักษา ด้านครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายจะวิเคราะห์เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสาร การดูแล และการช่วยเหลือของญาติหรือครอบครัว และด้านบุคลากรทางทีมสุขภาพจะวิเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลรักษา การให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการส่งต่อหลังการจำหน่าย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป