

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมการทำร้ายตนเองอย่างตั้งใจเพื่อมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง (กรมสุขภาพจิต, 2541) และเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของหลายๆ ประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของเกือบทุกประเทศ ซึ่งในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 873,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของการตายทั้งหมด ในทวีปยุโรปมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 มีประชากรกว่า 163,000 คน ที่ฆ่าตัวตายในแต่ละปี (World Health Organization [WHO], 2005) พบว่าในช่วง 45 ปี ที่ผ่านม้อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และมีการพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 คนที่ฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละหนึ่งล้านห้าแสนคน และการพยายามฆ่าตัวตายก็จะเพิ่มมากขึ้นกว่าการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 20 เท่า (World Health Organization [WHO], 2006) อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำของแต่ละประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2001-2003 พบว่าจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 400-500 ต่อแสนประชากรต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2548) ในทวีปเอเชีย ปัญหาการฆ่าตัวตายก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จาก ประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์แบ่งระดับอัตราการฆ่าตัวตายกับองค์การอนามัยโลก พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2547) ในปี 2553 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 3,792 คน คาดว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีก 10 -20 เท่าหรือประมาณ 38,000-76,000 คนต่อปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) จากสถิติอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามเขตตรวจราชการพบว่า เขตตรวจราชการที่ 1 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดได้แก่ เชียงราย น่าน เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน พะเยา และแพร่ ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่ง จะเห็นได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดเชียงรายอยู่ในอันดับหนึ่งของเขตตรวจราชการที่ 1

ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย มักมีปัญหาดังกล่าวตามมา ทุกครั้งที่เกิดการพยายาม ฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความสูญเสีย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ การพยายามฆ่าตัวตายนั่นส่งผลต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ในด้านร่างกายพบว่าจากการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ มีการบาดเจ็บ

ของแขนและขา การใช้มีดกรีดตามร่างกาย การเกิดบาดแผลระบบทางเดินอาหารในผู้ที่รับประทานสารเคมีหรือสารพิษ การทำหน้าที่ของตับบกพร่องในผู้ที่รับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียรุนแรงขึ้นถ้าหากรับประทานยาร่วมกับสุรา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ในด้านจิตใจ พบว่าถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจเรื้อรัง และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมามีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ในด้านจิตวิญญาณ พบว่าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้่นอยู่ในภาวะสับสน หวัง สูญเสียความหมายในชีวิต มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดที่จะต้องไม่ทนกับความเจ็บปวดใดๆ แล้ว (Shieve, 2005)

การฆ่าตัวตายซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญของทางสาธารณสุข ในทุกประเทศทั่วโลกในแต่ละปีมี การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ของแต่ละประเทศมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี ค.ศ. 2001-2003 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 400-500 ต่อแสนประชากรต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2548) ประเทศไทยในการนิเทศติดตามการป้องกัน เฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2553 พบว่าอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำ มากกว่าหนึ่งครั้ง ตั้งแต่ปี 2549-2552 มีจำนวน 3.9, 4.3, 4.2 และ 2.6 ต่อแสนประชากร (จิตเวชขอนแก่น, 2553) จากการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และอรรพรรณ หนูแก้ว (2541) พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก โดยเฉพาะภายในระยะ 1 ปีหลังจากพยายามฆ่าตัวตายเมื่อมีปัญหาต่างๆ เข้ามากระทบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2547) ที่พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหนึ่งครั้ง จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จสูง ถึง 100 เท่าของคนที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาที่ซับซ้อน มีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีการเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคเอดส์ โรคทางจิตเวช ดิสุรา ยาเสพติด และการเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจที่บุคคลได้รับผลกระทบ นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลตัดสินใจ ไม่ว่าจะ เป็นการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และสมควร หาญพัฒน์ชัยกูร, 2547) จากการศึกษาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำมีลักษณะบุคลิกภาพแบบพึ่งพา และผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำหลายครั้งจะมีสถานะการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย (Piccini, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ นอกจากมีการให้การดูแลในรูปแบบของ D-Method ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) โดยให้ผู้ป่วยได้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การเฝ้าสังเกต

อาการผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลักเสี่ยง หรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นการดื่มสุรา หรือยาเสพติดประเภทต่างๆ แล้วนั้น พบว่ายังมีการใช้โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยรูปแบบพระศรีมหาโพธิ์ (อนงค์ ธรรมโรจน์, ธรนิ นทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา และจินตนา ลีจงเพิ่มพูน, 2549) ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินแบบครอบคลุม มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่แรกรับและทุกสัปดาห์ จนกระทั่งจำหน่าย การดูแลแบบใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมกลุ่ม การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นครบ 35 วันแล้วความเสี่ยงลดลงจนถึงระดับไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 80 เช่นเดียวกันที่มีการศึกษาในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่ทำร้ายตนเองอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลขอนแก่น ของการุณย์ หงส์กา และอรรพรรณ ดวงมังกร (2547) โดยผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หลังพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากงานสุขภาพจิต ได้รับการให้การปรึกษาทั้งรายบุคคล และครอบครัว ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำลดลง แต่อย่างไรก็ตามในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ หากทราบสาเหตุ ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องชัดเจน รวมทั้งมีการวางแผนในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรจะได้มีการวางแผนในการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีการฆ่าตัวตายซ้ำอีก ซึ่งโลเวนสไตน์ และฮอฟ (Lowenstein & Hoft, 1994) ได้กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อม ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้เป็นอย่างดี คือวิธีการวางแผนการจำหน่าย

แผนจำหน่ายผู้ป่วย คือกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่แรกเริ่มการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการ (Mekeehan, 1981) แผนจำหน่ายประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน ในระยะแรกมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ระยะหลังมุ่งหวังการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Roden & Taft, 1990) เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่มีคุณภาพร่วมกับตัวผู้ป่วยและญาติ แผนจำหน่ายมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความ

ต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและ 5) การติดตามประเมินผล (Mekeehan, 1981) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ในการลดอัตราป่วย อัตราตาย อัตราพิการ และการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาล(นันทวัน สุวรรณรูป, 2546) นอกจากนี้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับรองศาสตราจารย์สมบัติ ครอบ 60 ปี (พ.ศ. 2548) ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องไว้ในตอนที่ III กระบวนการดูแล ข้อ 3.2 การวางแผนจำหน่าย กำหนดมาตรฐานว่า ให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้แผนจำหน่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นได้จากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของโรงพยาบาลแม่แจ่ม ที่สร้างขึ้นโดย พิมพิจ พิทา คำ และคณะ (2551) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนผู้ป่วยในลดลง อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง อัตราการเกิดใหม่ลดลง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลรักษามากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีการใช้แผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของ พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และคณะ (2551) ที่ใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันแค่ 1 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนจำหน่าย ส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายนั้ ได้มีการพัฒนาการใช้แผนจำหน่ายขึ้น ของเฉลิมพรณ์ เมฆลอย (2550) โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยในแผนจำหน่ายนั้นประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และส่วนที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผล มีการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แผนจำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นระดับมากในความเหมาะสมในการนำมาใช้ ในหน่วยงาน เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน แผนจำหน่ายสะดวกและง่ายต่อการบันทึก มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวพบว่า มีการศึกษาถึงประสิทธิผลและแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ที่พัฒนามาจากแผนจำหน่ายของเฉลิมพรณ์ เมฆลอย (2550) ซึ่งผู้พัฒนาได้เสนอข้อจำกัดในการพัฒนาแผนจำหน่ายของตนดังนี้ คือ การพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการพัฒนาโดยทีมพยาบาล ไม่มีสหวิชาชีพอยู่ในทีมพัฒนา ไม่ได้นำญาติและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ญาติและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมเฉพาะ การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและการประเมินผลเท่านั้น ในขณะที่แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ได้นำแผนจำหน่ายฉบับนี้มาปรับ โดยแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น โดยเพิ่มการมีทีมพัฒนาคุณภาพบริการ

ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ร่วมในการใช้แผนจำหน่าย รวมถึงผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการใช้แผนจำหน่ายทุกขั้นตอน และนำแผนจำหน่ายไปใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล สบปราบ ที่มีความใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง เช่นเดียวกัน ซึ่งมีเป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต 3) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน และ 4) ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาทางบวก ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์จากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สบปราบ จังหวัดลำปาง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีปัญหาระยะโรคประจำตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล แต่เมื่อติดตามไปประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอีก ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ไม่พบอาการทางจิต ไม่พบอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวทางแก้ไขปัญหามาในทางบวก ทั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และ 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และยังมีผลของการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลทั้งหมด 8 คน ซึ่งได้นำแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและญาติ ได้มีการแสดงความคิดเห็นต่อแผนจำหน่ายในระดับมากได้แก่ 1) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน 2) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ และ 4) ความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลทั้ง 8 คนมีความคิดเห็นในระดับมาก ในขณะที่ความสะดวก และง่ายต่อการบันทึกมีพยาบาล 6 คน มีความคิดเห็นอยู่ระดับมาก และมี 2 คนมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง จึงน่าจะเป็นแผนการจำหน่ายที่สามารถแก้ไขปัญหามาของโรงพยาบาลพญาเม็งรายได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลพญาเม็งราย เพื่อการเพิ่มคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การรักษา การให้การพยาบาล ทำให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีทิศทางชัดเจน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงในชุมชนโดยมีมาตรฐานเดียวกัน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

โรงพยาบาลพญาเม็งรายเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ในปี 2550 -2552 มีอัตราผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดอยู่ที่ 22 ราย 23 ราย และ 33 ราย อัตราผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีจำนวน 4 ราย 8 ราย และ 18 ราย คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.52, 19.05, 42.83 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 5 ราย 5 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล, 2552) ซึ่งจากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอพญาเม็งรายมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำนักงานสาธารณสุขเชียงราย ปี 2552 อำเภอพญาเม็งรายมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 1 ของ จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถฆ่าตัวตายสำเร็จ 6 ใน 18 ราย หรือ คิดเป็น ร้อยละ 33.3 ถึงแม้จำนวนจะไม่มากเมื่อเทียบกับการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคอื่นก็ตาม แต่ผู้ที่ฆ่า ตัวตายสำเร็จ 1 ราย ก็ส่งผลกระทบต่อมากมายหลายประการ(สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2552) ซึ่งผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตายนั้เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจอย่างเร่งด่วน ซึ่งโรงพยาบาลพญาเม็งรายก็ได้รับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายไว้ รักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน และมีการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ในรายที่ อาการไม่ค่อยดี เช่น การรับประทานยา หรือสารเคมีเกินขนาดจนมีผลต่อระบบการหายใจ และ ระบบทางเดินอาหาร เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง และพบว่ามีปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยที่ พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีหลายปัจจัย จากระบบของการให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มุ่งเน้นให้การรักษาทงด้าน ร่างกาย ส่วนด้านการพยาบาลผู้ป่วยถึงแม้จะได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้ว พยาบาลส่วนมากยังคงให้การพยาบาลทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ รับการประเมินอาการทางจิต การช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุมปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแนวทางการ แก้ไขปัญหาในทางที่ถูกต้อง อาจมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำได้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลก็ไม่ได้มีระบบในการติดตาม การดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินอาการแสดงของ ภาวะแทรกซ้อน จากการพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ในการดูแลยังขาดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ พยายามฆ่าตัวตาย ที่เป็นแนวปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลที่ ต่อเนื่องเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้นจึงเห็นว่ากิจกรรมรวมที่โรงพยาบาลให้บริการนั้น อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตเพื่อดำรงสุขภาพจิตที่ดีไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า มีการศึกษาถึงประสิทธิผลและแผน จำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ที่มีความใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง เช่นเดียวกัน ซึ่งมีเป้าหมายการให้บริการผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต 3) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อน และ4) ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาทางบวก จึงน่าจะเป็นแผนการจำหน่าย ที่สามารถแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาลพญาเม็งรายได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำมาปรับใช้ใน โรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยการนำรูปแบบการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์มาใช้ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่บุคคลหรือ

กลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการต่างๆ 2) ระยะ โน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรม 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจและยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือคัดแปลง 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมหรือตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น (confirmation stage) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำประสิทธิผลที่ได้จากการประเมินมาเป็นหลักฐานในการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงระบบในการให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพญาเม็งราย และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำซึ่งจะนำไปสู่การป้องกัน การแก้ไขปัญหามารยาตการฆ่าตัวตายที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร โดยวัดประสิทธิผลในด้าน

1. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
2. อาการทางจิต
3. อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน
4. แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ในระหว่างเดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2553

นิยามศัพท์

แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อ ดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่แรกได้รับการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแผนจำหน่ายที่ดัดแปลงมาจากแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)

ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การประเมินสิ่งที่เกิด ขึ้นจากการใช้แผนการจำหน่ายดังนี้คือ

ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน โดยประเมินจากแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2543)

ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงทางจิตได้แก่ หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน โดยประเมินจากแบบแบบคัดกรองโรคจิต ของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยนพ.อภิชัย มงคลและคณะ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2546)

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน จากการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของ แผลติดเชื้อ มีไข้สูง ตัว และ ตาเหลือง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน โดยประเมินจากแบบประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)

ผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหาในทางบวก หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไข ปัญหาในทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนโดยประเมินจากแบบประเมินแนว ทางแก้ไขปัญหทางบวกซึ่ง

ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสปรบสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล (2548)

ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ตั้งใจพยายามทำร้ายตัวเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธี การต่างๆ แต่ไม่สามารถกระทำได้สำเร็จ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัด เชียงรายโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตาม ICD-10-TM ขององค์การอนามัยโลก คือ การตั้งใจทำร้ายตนเอง (X60-X84) รวมมีเจตนาทำร้ายตนเองด้วยพิษ หรือทำให้บาดเจ็บ การฆ่าตัวตาย (พยายาม)