

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้และประเมินผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.2 พฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย
- 1.4 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย
- 1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.6 การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพญาเม็งราย

3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- 3.1 ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.3 แนวทางการสร้างแผนจำหน่าย
- 3.4 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.5 แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

4. การใช้นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) มาจากคำว่า อุตต (sui) ซึ่งหมายถึง ตัวตน ตนเอง (self) ผสมกับ วินิตบาตร (caederd) หมายถึง การทำลาย การฆ่า (to kill) และกรรม หมายถึง การกระทำที่ส่งผลมายังปัจจุบันและส่งผลต่อไปในอนาคต ดังนั้นการฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่า หรือ ทำลายตนเอง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539: Hauenstein, 1998)

เดอร์คไคม์ (Durkheim, 1951) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีความอ่อนแอของความผูกพันทางสังคม สังคมไม่สามารถรวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีผลทำให้บุคคลแยกออกจากสังคม ขาดความผูกพันทางสังคม เพื่อน และผู้ใกล้ชิดจึงทำให้มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น

บาร์บี และบรีเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) ได้ให้ความหมายการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเพราะอยากตาย โดยการกระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรงมีทั้งการกระทำที่สำเร็จและไม่สำเร็จ

ไรเนียร์สัน (Rynearson, 1981) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำของบุคคลในการทำลายตนเองด้วยความเต็มใจ

อุมพร ตรังคสมบัติ (2541) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) ที่หมายถึง ความคิด หรือการกระทำใดๆ ก็ตามหากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาให้ความหมายการฆ่าตัวตายของอุมพร ตรังคสมบัติ (2541) การฆ่าตัวตายจึงหมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมทำลายตนเองและตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายได้แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหลายรูปแบบ และส่วนใหญ่มีความเห็นที่ใกล้เคียงกัน ผู้ศึกษาจึงได้สรุปแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็น 5 ประเภทดังนี้ (Barbee & Bricker, 1996; Diekstra & Gulbinat, 1993; Hauenstein, 1998)

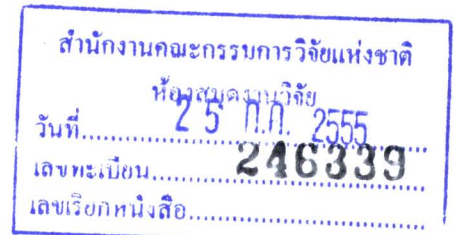
1. คิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความคิดต่างๆ ที่คิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดที่จะทำลายตนเอง จนกระทั่งมีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย
2. ขู่ที่จะฆ่าตัวตาย (suicide threats) หมายถึง มีการพูดหรือการเขียนเกี่ยวกับการตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะฆ่าตัวตาย
3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการกระทำที่ทำให้ตนเองบาดเจ็บเล็กน้อย หรืออาจไม่ได้รับบาดเจ็บซึ่งผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง แต่เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย
4. พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง กระทำอย่างตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ
5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicide) หมายถึง การตายที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และกระทำได้โดยสำเร็จ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ 4 คือพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง กระทำอย่างตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ และได้ถูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดขึ้นเพราะสาเหตุหรือทฤษฎีใดได้ทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แบ่งตามแนวคิดที่เกี่ยวข้องกัน ได้ 3 แนวคิด ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) มีการศึกษาพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (neurochemical agent) ได้แก่ serotonin, dopamine, norepinephrine และ gamma amino butyric acid และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น ระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT) อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Mann, Oquendo, Underwood, & Arongo, 1999) ซึ่งระดับ serotonin ที่ต่ำนี้จะทำให้นักคลุ้มคลั่งตนเองไม่ได้ และจะทำร้ายตนเองเมื่อมีความเครียด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) และมีงานวิจัยพบว่า มีระดับของโคเลสเตอรอล (total cholesterol) ที่ต่ำในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จึงมีการป้องกันในกลุ่มผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีระดับของโคเลสเตอรอลต่ำ ที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Nicholas & Golden, 2001)



2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factor)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ได้อธิบายว่าสัญชาตญาณที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ได้แก่ สัญชาตญาณแห่งความตาย (death instinct) และความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลต่อกลุ่มคนที่มีความสำคัญ เช่น ครอบครัว (Boyd, 2005) และตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายมี 3 องค์ประกอบ (Barbee & Bricker, 1996)

1) ความประสงค์ที่จะฆ่า (the wish to killed) ซึ่งเป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว และมองตัวเองเหมือนเป่าที่ปรารถนาจะฆ่า

2) ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (the wish to be killed) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับความตาย เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้มีความสุข ซึ่งมีความสุขที่เกิดจากการสำนึกผิด ซึ่งเกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับของจิตไร้สำนึก

3) ความประสงค์ที่จะตาย (the wish to be died) ซึ่งผู้ที่จะฆ่าตัวตายจะมีจิตไร้สำนึกเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหนีปัญหาเพื่อที่จะได้กลับมาใหม่ แต่ความจริงแล้วเป็นการขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งนำไปสู่ความตาย

2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ บาร์บี้ และ บริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) อธิบายตามแนวคิดของแอดเลอร์ (Adler) ไว้ดังนี้ การฆ่าตัวตายเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้วยและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ และในบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สนใจแต่ตนเอง และเรียกร้อง ต้องการความสนใจจากผู้อื่น ทำให้มีการกระทำที่ขาดความยั้งคิด จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำๆ หลายครั้ง และฆ่าตัวตายสำเร็จภายหลัง (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) จะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ เมื่อได้รับรู้ถึงสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้ความรุนแรง เช่น การใช้สิริระกระแทกผนัง ดื่มสุราอย่างหนัก ขับรถด้วยความเร็วสูง (Nicholas & Golden, 2001) ส่วนวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายซ้ำมักจะมีลักษณะถูกกดดันเป็นเวลานาน มีอารมณ์เศร้า เหนง วิตกกังวล ก้าวร้าว มีปัญหาการเรียน ทำผิดระเบียบ ฝ่าฝืนกฎหมาย ใช้ยาเสพติด และมีโรคทางจิตเวช (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ในสถิติที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายความรู้สึกความไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง จึงเป็นผลทำให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Hauenstein, 1998)

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ของซัลลิแวน (Barbee & Bricker, 1996) ได้กล่าวไว้ว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะมีอุปนิสัยแยกตัว

ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี มีความก้าวร้าวสูง ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ อดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย ซึมเศร้า สิ้นหวัง มีความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และมีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวก็เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้บุคคลมีการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน ในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่จะส่งเสริม หรือผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรรณพ หนูแก้ว, 2541) จึงมีผู้ที่ฆ่าตัวตายที่เกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้ง จากการมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต จึงทำให้เกิดความรู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า (Stuart & Laraia, 2005)

2.4 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ได้กล่าวว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล โดยให้ความสำคัญที่รูปแบบของความคิด เช่น การคิดอัตโนมัติทางลบ (negative thinking) ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไร้ค่า (self-worthlessness) รู้สึกสิ้นหวัง คิดว่าไม่มีใครช่วยเหลือ ซึ่งในคนที่สิ้นหวังหาทางออกไม่ได้ รวมถึงมองอนาคตเป็นเรื่องที่ไม่สามารถเป็นไปได้ ไม่คิดถึงอนาคต (Shives, 1998) และอีกแนวคิดหนึ่งของการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่มีการฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) มีการลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก (Arffa, 1983; Bartifai et al. as cited in Rickeman & Houfek, 1995) มีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้ายทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Frisch & Frisch, 2002) และพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง มีโอกาสจะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (behavior theory) ได้กล่าวไว้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น (Stuart & Laraia, 2005) ซึ่ง บอยด์ (Boyd, 2005) ได้กล่าวไว้ว่าในการปรับปรุงพฤติกรรมโดยใช้พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ สามารถทำได้โดยลดสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และจัดให้มีสถานการณ์ที่พึงประสงค์มากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ดีขึ้นภายในระยะเวลา 1 เดือน และภายในช่วงระยะเวลา 1-2 ปี หลังจากการกระทำครั้งแรก แต่ถ้ายังปรับตัวไม่ได้จะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และจะฆ่าตัวตายสำเร็จ (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546)

3. ปัจจัยทางสังคม (sociological factors) การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม (Barbee & Bricker, 1996; Shives, 1998) ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ

3.1 การฆ่าตัวตายที่นึกถึงแต่ตนเอง (egoistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่ไม่สามารถผสมผสานตนเองเข้ากับสังคมได้ เกิดจากการรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคมน้อยไป หรืออาจไม่รู้สึกรู้สีกผูกพันกับครอบครัวและสังคมเลย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีใครช่วยเหลือ ขาดการสนับสนุน เช่น ในคนโสดจะฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว

3.2 การฆ่าตัวตายจากการที่มีความผูกพันในกลุ่มมาก (altruistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลจะยึดมั่นในการอยู่รอดของสังคมหรือกลุ่มมากกว่าของตนเอง สามารถเสียสละชีวิตของตนเองได้เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม ซึ่งการฆ่าตัวตายในลักษณะนี้อาจเป็นการฆ่าตัวตายที่กระทำด้วยความจำเป็นหรือถูกบังคับ หรือจากการปลุกฝังให้เกิดการยอมรับว่าเป็นการเสียสละ และอาจเป็นการฆ่าตัวตายด้วยความเชื่อหรือความคิดที่รุนแรงของศาสนา ปรัชญา

3.3 การฆ่าตัวตายจากการปรับตัวไม่ได้ (anomic suicide) จากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกะทันหันทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ การที่บุคคลไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขกับปัญหา ความเครียดที่เกิดขึ้นซึ่งสร้างความยุ่งยากใจอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ เช่น การล้มละลาย การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมการฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและถูกบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความคับข้องใจ อึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงไม่สามารถทนได้ จึงต้องฆ่าตัวตายเพื่อหนีสถานการณ์ดังกล่าว เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือคนที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายอย่างรุนแรงต้องการตายเพื่อหนีความเจ็บปวด

ปัจจัยในการฆ่าตัวตายที่กล่าวมานั้นไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยหลักในการฆ่าตัวตาย เพราะบางคนอาจมีหลายๆ ปัจจัยที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้นๆ จึงทำให้เกิดการฆ่าตัวตายขึ้นมา

ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสูญเสียในปี 2002 พบว่าการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทั้งหมด (WHO, 2005) การพยายามฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากหลายปัจจัยและหลายสาเหตุด้วยกัน ซึ่งในการพยายามฆ่าตัวตายได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงเกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมดังนี้

ด้านร่างกาย การพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ มักพบว่าร่างกายเกิดบาดแผล ถ้ามีการใช้ของมีคม ของแข็งทำร้ายร่างกาย การใช้ปืน หรือการใช้เชือกผูกคอ จะทำให้ร่างกายบาดเจ็บ และอาจเกิดความพิการของอวัยวะในร่างกายได้จากการกระโดดตึก การกระโดดที่สูง หรือการวิ่งให้รถชน ในบางรายที่มีการทำร้ายตนเองด้วยการใช้สารเคมีต่างๆ เช่น สารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช ทำให้เกิดบาดแผลในระบบทางเดินอาหาร การทำหน้าที่ของตับบกพร่องจากการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด และจะทำให้เกิดผลเสียมากขึ้นหากรับประทานยาพร้อมกับสุรา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) หรืออาจทำให้ลำไส้ตีบเนื่องจากการดื่มน้ำยาล้างห้องน้ำที่มีฤทธิ์ของสารเคมีมีสูง สมอมีการขาดออกซิเจนภายหลังผูกคอ(กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งบาดแผลที่เกิดขึ้นนั้นอาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาต่างกันไปตามแต่วิธีที่ใช้ในการทำร้ายร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายต้องทุกข์ทรมานกับอาการดังกล่าว

ด้านจิตใจ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีความกังวลใจ รู้สึกผิด มีความละอาย ความรู้สึกแบ่งแยกและเพิกเฉยจากทีมรักษา ขณะอยู่โรงพยาบาล (Dunleavy as cited in Frisch & Frisch, 2002) และในผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำ จะมีความอายต่อสิ่งที่กระทำ อยู่ในภาวะสิ้นหวังสูญเสียความหมาย ของชีวิต ยังมีความคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะมีการฆ่าตัวตายซ้ำในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการศึกษาของนิตยา เณิมพล, ชะลอ ชูพงษ์, และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 รายของจังหวัดจันทบุรี พบว่ามีผลกระทบหลังจากการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจ รู้สึกโกรธ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความผิด ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ผู้คิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถในการจัดการเรื่องราวในชีวิต มองไม่เห็นทางเลือกที่เหมาะสม และมองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ (ประเวช ดันดิพิพัฒน์สกุล, 2541) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในภาวะสิ้นหวัง สูญเสียความหมายในชีวิตมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด จะไม่ต้องทนเกี่ยวกับความเจ็บปวดใดๆ (Varcacolis, 2002) เมื่อผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จบางครั้งครอบครัวอาจจะรู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต แต่บางครั้งครอบครัวอาจจะรู้สึกหวาดระแวง ไม่สบายใจกลัวว่าผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตายอีก หรือสมาชิกในครอบครัวจะมีการฆ่าตัวตายอีก (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) และโรคจิตเวชก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรควิตกกังวล ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548)

ด้านสังคม องค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จนกระทั่งมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คนจะส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (WHO, 2005) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายถือได้ว่าเป็นภัยที่สามารถสร้างความเสียหายได้ทั้งต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและคนใน

1.2 การได้รับยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เกินขนาด จะมีอาการง่วง ซึมลง ความรู้สึกลดลง ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับและความอดทนของร่างกาย (tolerance) ยังพบ อาการผิดปกติอื่นๆ (dysarthria), อะแทกเซีย (ataxia), อิมเพอร์เมเนอออฟฟิเคชัน (impairment of

cognition), แอมนีเซีย (amnesia), มอเตอร์อินโคออดิเนชัน (motor incoordination) ได้ ยานี้ไม่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ หรือหลอดเลือดหัวใจโดยตรง แต่จะเป็นผลจากการออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง แล้วมีผลต่อทางเดินหายใจและหลอดเลือดตามมา โดยทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจลดลง ความดันต่ำได้

1.3 การได้รับสารหนู ที่เป็นโลหะหนัก ถ้าได้รับมากกว่า 50 มก. อาจเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง แต่ถ้าไม่เสียชีวิตอาจมีอาการที่จะเกิดขึ้นภายใน 1 / 2-3 ชั่วโมง มีอาเจียน ปวดอย่างรุนแรง ท้องเดิน ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายกระเทียม มึนงง เวียนศีรษะ ตาแดง มีผื่นตามตัว ฮีโมไลซิสเรเนลเฟลเรีย (hemolysis renal failure) ส่วนอาการทางประสาทจะเกิด 7-14 วัน นอกจากนั้นอาจมีผมร่วง

1.4 การได้รับออร์แกนโนคลอรีน (Organochlorine) ที่รู้จักกันดีคือ ดีดีที (DDT) ทำให้เกิดความผิดปกติของอิเล็กทริกอลแอคทิวิตี (electrical activity) เกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง ทำให้ไมโอคาร์เดียม (Myocardium) ไวต่อการกระตุ้นจากแคเทโคลามีน (catecholamine) มากกว่าเดิมทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ได้และอาจพบลิเวอร์เนคโรซิส (liver necrosis) อาการพิษเกิด 30 นาทีหลังได้รับพิษถึง 6 ชั่วโมง อาจมีอาการอาเจียน ท้องเดิน ก่อนและหลังอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง คือ สั่น, กระสับกระส่าย, ปวดศีรษะมาก ชักและหมดสติ บางครั้งอาจเริ่มด้วยชัก นอกจากนั้นจะพบอาการหอบ หายใจลำบากจากการกดศูนย์การหายใจ

1.5 การได้รับออร์แกนโนฟอสเฟตคอมพาวด์ (Organophosphate compound) อาการจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาทีจนถึง 12-24 ชั่วโมงหลังได้รับพิษ เมื่อเกิดอาการจะกินเวลา 5-6 วันกว่าจะปลอดภัย มีอาการตามชนิดของรีเซพเตอร์ (receptor) โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย นอนไม่หลับ สับสน ผื่นร้าย ปวดศีรษะ เดินเซ อารมณ์แปรปรวน พุดไม่ชัด ชัก หมดสติ ศูนย์การหายใจถูกกด ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีไข้สูงเป็นสัปดาห์ มี อาการประสาทหลอน, อาการดื้ออ่อนอีกเสบ ได้ ส่วนอาการของระบบประสาทส่วนปลาย อาจเกิด 1-5 สัปดาห์หลังได้รับสารพิษ อาจเริ่มด้วยพาราทีเซีย (Parasthesia) และมีอาการปวดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ข้อมือตก หลังจากนั้นจะมีเฟเซียลพาราไลซิส (flaccid paralysis) เริ่มจากส่วนล่างขึ้นบนคล้ายกลูเลียนแบร์ซินโดรม (guillain- barre syndrome) หลังจากนั้น 2-3 เดือนจะมีกล้ามเนื้อเสื่อม

1.6 การได้รับคาร์บาเมต (Carbamate) อาการเริ่มใน 15 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังได้รับสารพิษ ที่พบบ่อยคือ ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง น้ำตา น้ำลายไหลมาก เหงื่อออกมาก หลอดลมตีบ และมีเสมหะมาก กล้ามเนื้อกระตุก เดินเซ มือสั่น และปวดศีรษะมาก

1.7 การได้รับพาราควอต (Paraquat) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ที่กินพาราควอต 20-40 มก./กก. จะเริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ไข้ เพื่อย ปวดแสบปวดร้อนช่องปาก จากนั้นด้วยฉับพลัน อาจเป็นโอลิโอยูริก (oliguric) หรืออนโอลิโอยูริก (non oliguric) ตามมาด้วยตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง หายใจลำบากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากภาวะพังผืดปอด (pulmonary fibrosis) และเสียชีวิตภายใน 2-3 สัปดาห์ ถ้ากินพาราควอตเกิน 40 มก./กก. ผู้ป่วยจะเสียชีวิตใน 1-5 วัน ในผู้ป่วยเด็กที่กินพาราควอต อาการที่เกิดขึ้นภายใน 1-5 วัน ได้แก่ ผื่นหนังแดงอักเสบ เล็บขรุขระ และอาจหลุด ตาแดง เลือดกำเดาออก มีแผลในปาก มีคลื่นไส้ อาเจียนท้องเดิน และอาจมีอาเจียนเป็นเลือด อาการที่เกิดขึ้นภายใน 2-8 วัน ได้แก่ มีไข้ตัวเหลือง หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะน้อยลง หายใจขัด SGOT และ SGPT จะสูง ระดับ บิลิรูบิน (bilirubin) เพิ่มขึ้น บียูเอ็น (BUN) และครีตินิน (creatinine) คั่ง อาการที่เกิดขึ้นใน 3-14 วัน ได้แก่ ไอ หายใจเร็ว อาจมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ปอดแฟบ ออกซิเจนในเลือดลดลง หายใจล้มเหลว เสียชีวิต

1.8 การได้รับโซฟ (Soap) จะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเมือกชั้นเมมเบรน (mucous membrane) จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีบิวเดอร์ (builder) อยู่ด้วยอาจเกิดอาการชัก จากแคลเซียมในเลือดต่ำ

1.9 การได้รับดีเทอร์เจนท์ (Detergents) สารลดแรงตึงผิว จะมีอาการระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ชักจากแคลเซียมต่ำ

2. จากการทำร้ายตนเองให้มีบาดแผล ซึ่งลักษณะบาดแผลมีแตกต่างกันไป การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลหลังการทำแผลหรือเย็บแผล ควรระวังภาวะแทรกซ้อนดังนี้ อย่าให้แผลสกปรก และไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้ามีอาการอักเสบ ได้แก่ แผลบวม แดง มีไข้ หรือมีอาการปวด มีหนอง ให้ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ (สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546)

ดังนั้นพยาบาลจะมีส่วนในการใช้แผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำเป็นต้องเข้าใจผลกระทบต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยได้รับจากการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อเฝ้าระวัง ติดตามผลการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้ จะต้องเข้าใจในบริบทที่ซับซ้อนการนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นพื้นฐานในการให้การพยาบาล มีการประยุกต์ทักษะทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลขั้นตอนต่างๆ (Dyer, Sparks & Taylor,

1995) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีหลายแนวทาง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวทางการการปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งตาม 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ (Assessment)

ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยให้พยาบาลได้วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการและวางแผนจำหน่ายได้ (Boyd, 2005) ในขั้นตอนนี้มีการประเมินผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1.1.1 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ (subjective data) การประเมินสภาพจิตใจ ความท้อแท้และสิ้นหวังที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องซักประวัติเกี่ยวกับความหวัง สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในชีวิต (NICE & NCCMH, 2004) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 70 และอีกร้อยละ 20 พบในผู้ที่ติดสุรา (Nicholas & Golden, 2001)

1.1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรใช้คำถามปลายเปิด และถามผู้ป่วยตรงๆ เกี่ยวกับความคิด แรงจูงใจ ความตั้งใจ ระยะเวลา แผนการฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association [APA], 2003) ซึ่งการพูดตรงๆ กับผู้ป่วยถึงความคิดฆ่าตัวตายนั้น ไม่ได้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย (Littlejohn, 2000; Holkup, 2002; NICE & NCCMH, 2004; Sun et al, 2005) พยาบาลควรมีการประเมินภายใน 24 ชั่วโมง

1.1.3 การประเมินทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม สัมพันธภาพในสังคมแหล่งสนับสนุน (Samaritans, 2005)

1.1.4 การประเมินปัจจัยปกป้อง ซึ่งมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ บุคลิกภาพ ส่วนบุคคล ความรู้ ความสามารถ ทักษะการปรับตัว ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ จุดมุ่งหมายในชีวิต ความสำเร็จในอดีต การนับถือศาสนา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีครอบครัวที่อบอุ่นสนใจดูแลซึ่งกันและกัน มีพยาบาลคอยให้ความรู้ มีระบบการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง การมีเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มองค์กรต่างๆ ในสังคม (Holkup, 2002)

1.1.5 ซักประวัติการใช้สารเสพติด (APA, 2003; NZGG, 2003) ซึ่งผู้ที่มีประวัติโรคจิตจากสารมีโอกาสนฆ่าตัวตายซ้ำและฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 (Free & Rudolph, 1998)



1.1.6 ประเมินทักษะในการปรับแก้ปัญหา ความสามารถในการจัดการกับปัญหา การเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือ การควบคุมอารมณ์หุ่นหันปล้นเล่น (Shives, 2005)

1.1.7 ชักประวัติเกี่ยวกับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะความเครียดที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือภายใน 2-3 วันที่ผ่านมา (Samaritans, 2005)

1.1.8 ชักประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ข้อมูลจากประวัติการรักษาที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2542; APA, 2003; Nicholas & Golden, 2001; Rapper, 1999; Varcarolis, 2002) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีความเสี่ยงสูงมากที่จะทำซ้ำในช่วง 3 ปี และช่วง 6 เดือนแรกหลังจากที่พยายามฆ่าตัวตาย (APA, 2003; Cooper et al, 2005; Samaritans, 2005)

1.2 ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจพบ (objective data) (Carpenito, 1997)

1.2.1 ประเมินการบาดเจ็บทางร่างกายที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย

1.2.2 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย สังเกตได้จากการแสดงลักษณะต่างๆ ไป เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูด พฤติกรรมขณะสัมภาษณ์

1.2.3 ประเมินการได้รับสารอาหาร ความอยากอาหาร การมีพฤติกรรมอาเจียนหลังรับประทานอาหาร สังเกตน้ำหนักตัวเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

1.2.4 ประเมินการแบบแผนพักผ่อน นอนหลับ

2. ขั้นตอนวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นได้มาจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้รับบริการ จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นการสรุปความต้องการ หรือปัญหาของผู้รับบริการ กระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับ 3 ขั้นตอน คือ การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล การกำหนดภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของผู้รับบริการ และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2543) ที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลผู้รับบริการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยอาจแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 การวินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อภาวะร่างกายต่างๆ ที่เป็นผลจากการพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2542; Varcarolis, 2002)

2.2 การวินิจฉัยในระยะยาว คือ การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม อยู่ในภาวะสิ้นหวัง มองเห็นคุณค่าของตนเองต่ำ อยู่ในภาวะแยกตัวจากสังคม กระบวนการคิดถูกรบกวน จากภาวะทางจิตเวชที่พบได้ในภาวะอารมณ์ที่หลากหลาย เช่น สิ้นหวัง โกรธ การควบคุมอารมณ์ต่ำ โทษตนเองในเรื่องที่ผู้ป่วยสูญเสีย (กรมสุขภาพจิต, 2542; Varcarolis, 2002)

3. ขั้นการวางแผนการพยาบาล (Planning)

พยาบาลจะต้องนำความรู้ทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการตอบสนองและความต้องการของผู้รับบริการ ข้อมูลจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลมาใช้วางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ ลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายแบ่งตามขั้นตอนได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548; Shives, 2005)

3.1 แผนการพยาบาลในระยะแรกเริ่ม พยาบาลต้องตระหนักและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ การประเมินความคิดในการทำร้ายตนเอง จุดมุ่งหมายในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 2) ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกในการฆ่าตัวตาย 3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม

กิจกรรมเพื่อตอบสนองเป้าหมายการพยาบาลนี้ ได้แก่ การนำข้อมูลที่ได้มาใช้อย่างวางแผนการพยาบาล ซึ่งต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) มีแผนการพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ (กรมสุขภาพจิต, 2542; Varcariolis, 2002)

3.2 แผนการพยาบาลระยะยาว มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก 2) ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหามีระบบในการเผชิญกับความเครียด 3) สามารถปรับแก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพ และมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กิจกรรมเพื่อตอบสนองเป้าหมายการพยาบาลนี้ ได้แก่ มีแผนการพยาบาลเพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม มีแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา มีแผนการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณค่าของตนเอง มีแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2542; Ncholas & Gloden, 200; Sun et al, 2005; Varcariolis, 2002)

4. ขั้นการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวทางในการให้การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

4.1 การดูแลด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ และไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ชั่วขณะอยู่ในโรงพยาบาลนั้น พยาบาลควรจะดูแลในเรื่องดังต่อไปนี้

4.1.1 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ต้องสงบเงียบแต่ไม่แยกผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายออกไปอยู่คนเดียว มีห้องป้องกันอันตรายป้องกันการทำร้ายตนเองและ

การจัดการอันตราย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางคนมีความกลัว เช่น โรคจิตเภทอาจมีอาการทางจิต คือ มีความคิดที่ผิดปกติ หูแว่ว หลงผิด พฤติกรรมแปลกๆ (Sun, Long, Boore & Tsao, 2006)

4.1.2 จัดให้มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำร้ายตนเองซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2542; Sun et al, 2005; Webster & Marie, 1998) หรือให้ญาติ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด แม้แต่การเข้าห้องน้ำ ควรมีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (Varcarolis, 2002)

4.1.3 จัดเตรียมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือภาวะเครียด ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลทุกครั้ง และการตรวจเช็คในปาก พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ท้องผูก (สมภพ เรืองตระกูล, 2546)

4.1.4 ให้การดูแลสุขอนามัยแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การช่วยเหลือในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลในสิ่งที่จำเป็น (Telseth, Lindseth, Jacobson & Norberg, 1999)

4.1.5 ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้พักผ่อนและนอนหลับอย่างเพียงพอ (Telseth, Lindseth, Jacobson & Norberg, 1999)

4.1.6 การสังเกตผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกใน 24 ชั่วโมงแรก หรือจนกระทั่งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง โดยสังเกตระดับของการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับการประเมินความคิดหรือความรุนแรงทุก 15 นาที จนกระทั่งพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง (Hogue, Smith & Hall, 2003)

4.2 การดูแลด้านจิตใจ

การดูแลทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น มีปัญหาทางด้านจิตใจอยู่แล้ว ดังนั้นการดูแลทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ยังมีคนที่คอยช่วยเหลือตนเองอยู่ ไม่คิดว่าตนเองไม่มีที่พึ่งหรือไม่เป็นที่ต้องการอีกต่อไป

4.2.1 พยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพเมื่อพบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก ซึ่งพยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งมีองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ ได้แก่ ฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจกับสิ่งที่ได้ยิน ให้ความสนใจ รับรู้อารมณ์ ความรู้สึก มีการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปิดเผยตัวเอง ให้การสัมผัส ใช้เทคนิคการเงียบ (Sun et al, 2005) ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือระดับสูง (high intervention) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาการฆ่าตัวตายภายใน 48 ชั่วโมง และการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งลดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Aoun, 1999)

4.2.2 พยาบาลส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมองให้เห็นข้อดีของตนเอง ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ พยาบาลควรมีทักษะในการเพาะความหวังให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้มีการคิดค้นบวก ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง สอนให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหา ช่วยบรรเทาความเครียดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (NICE & NCCMH, 2004; Sun et al, 2005)

4.2.3 พยาบาลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ทำข้อสัญญาว่าจะไม่ทำร้ายตนเองอีก การเขียนข้อสัญญาทั้งคำพูดและการเขียนข้อสัญญา ซึ่งมีความเชื่อว่าเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องระมัดระวังในการทำสัญญาเพราะผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอาจมีความรู้สึกผิด ความไม่ปลอดภัยต่อผู้ให้การบำบัด (Shives, 2005)

4.2.4 พยาบาลช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้าร่วมกิจกรรมที่ระบายออกของความตึงเครียด และความโกรธ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมการรักษา กลุ่มเพื่อน (Shives, 2005)

4.3 การดูแลด้านสังคม การส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีที่พึ่งทางใจ ไม่คิดฆ่าตัวตายซ้ำ การส่งต่อให้แหล่งบริการทางสังคม การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ที่อยู่อาศัย การสนับสนุนระบบบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ระบบบริการสุขภาพ (Shives, 2005)

4.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พยาบาลควรให้การสนับสนุนความเชื่อด้านวัฒนธรรม และศาสนาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Garbarino, 2006) การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณนี้ไม่ควรมองข้ามญาติ เพราะญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายส่วนมากจะมีความรู้สึกผิด ละอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ควรให้การดูแลทันทีใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อที่จะช่วยให้ญาติเผชิญความรู้สึกสะเทือนใจ และความเศร้าใจ (Varcariolis, 2002)

4.5 การให้สุศึกษาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เช่น ภาวะโรคร่วม โรคจิตสุรา โรคซึมเศร้า เนื่องจากพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Shives, 2005)

4.6 การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จากรายงานการติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไป 1-3 ปี พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะทำอีกครั้งร้อยละ 13-35 ต่อ และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 0.9-2.5 ต่อปี ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1 ปี โดยสูงสุดภายในช่วง 3 เดือนแรกหลัง

การพยายามฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) รวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยการส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน หรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน (Shives, 2005)

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมองให้เห็นข้อดีของตนเอง ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ การให้สุศึกษาแก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้และไม่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำได้

5. ขั้นตอนการประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation)

พยาบาลต้องประเมินผลการพยาบาลว่า บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก จากนั้นพยาบาลจึงทำการประเมินความเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความรู้สึก เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับและการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2542; Cutcliffe & Baker, 2004; Nicholas & Gloden, 2001; Sun et al, 2005; Varcarolis, 2002) รวมถึงการประเมินสถานะทางด้านร่างกายและจิตใจซ้ำ ก่อนที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งมีกิจกรรมในการวางแผนจำหน่ายดังนี้ (APA, 2003; NZGG, 2003)

5.1 มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวซ้ำ ทบทวนว่าปัญหาความยุ่งยากใจของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองแล้วหรือยัง

5.2 ประเมินแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้เพียงใด

5.3 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องยา โรค เช่น การมีภาวะ โรคร่วม โรคซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง ให้ความรู้ในการสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าจะพยายามทำร้ายตนเอง การหลีกเลี่ยงของมีคม และควรมีเอกสารความรู้แจ้งให้ญาติ

5.4 มีการนัดหมายผู้ป่วยมาที่แผนกจิตเวช เพื่อติดตามหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล 1-2 อาทิตย์

ดังนั้นหลังจากการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ที่ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แล้วการประเมินผลการพยาบาลเป็นสิ่งที่สะท้อนการให้การพยาบาลว่าครอบคลุม ครบถ้วน ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติหรือไม่

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นสิ่งที่สำคัญ ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

โรงพยาบาลพญาเม็งรายเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ยังไม่มีหอผู้ป่วยแยกเฉพาะ สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยในพญาบาลได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งตาม 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Womble, 2005) มีการดูแลดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ (assessment) ได้มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลโดยใช้โครงสร้างการจำแนกประเภทผู้ป่วยของสำนักการพยาบาล ปี 2547 (อัมภา สรรราชต์, 2553) ประกอบด้วยเกณฑ์การจำแนก 2 หัวข้อใหญ่ได้แก่ สภาวะความเจ็บป่วย และการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ให้บริการควรได้รับ เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ปี 2547 มีดังนี้

1. เกณฑ์ประเมินสภาวะความเจ็บป่วย เป็นเกณฑ์ประเมินประเภทของผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ อาการแสดงอันเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย ให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในแต่ละสภาวะซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการดูแลโดยใช้บทบาทอิสระ และบทบาทร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative role) ระดับความรุนแรงตามสภาวะความเจ็บป่วยมีตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย และพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (ผู้ป่วย) และผู้อื่นจากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคม หรือสาเหตุอื่น ตัวบ่งชี้แต่ละข้อ มีระดับความรุนแรงสูงสุด เป็น 4 (หนักมาก) รองลงมาเป็น 3 (หนัก) 2 (ปานกลาง) และ 1 (พักผ่อน)

2. เกณฑ์ประเมินการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ให้บริการควรได้รับ เป็นการประเมินประเภทของผู้ป่วยตามบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพตามการดูแลขั้นต่ำ ที่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ละรายต้องการ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ละราย ในลักษณะองค์รวม (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ) รวมทั้งประสิทธิภาพการดูแลโดยใช้บทบาทอิสระ (independent role) เป็นส่วนมาก ร่วมกับบทบาทร่วมสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative role) จำแนกประเภทผู้ป่วยจากคะแนนรวมของตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ให้บริการ ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ให้บริการและญาติ และ

ความต้องการการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และความต้องการบรรเทาอาการรบกวน

2. ขั้นการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เมื่อมีการรวบรวมข้อมูลได้แล้ว การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย บาดแผลที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย และปัญหาทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. ขั้นการวางแผนการพยาบาล (Planning) พยาบาลผู้ให้การดูแลได้มีการวางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนการพยาบาลจะมี 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนในระยะยาวคือเป้าหมายเพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ

4. ขั้นการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) พยาบาลได้ให้การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

4.1 ด้านร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยการอยู่ในบริเวณที่ใกล้เคาเตอร์พยาบาล จัดให้มีไม้กั้นเตียง ไม่แยกผู้ป่วยไปอยู่ห้องแยกหรือห้องพิเศษ มีการตรวจวัดสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่รบกวนผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4.2 ด้านจิตใจ พยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย รับฟังปัญหาผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นใจ เข้าใจ มีการให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีชีวิตอยู่ แต่ไม่ได้มีการให้การปรึกษากับผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมีมากในหอผู้ป่วยใน มีการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีวันเวลาราชการ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้นจากงานสุขภาพจิต

4.3 ด้านสังคม เปิดโอกาสให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแลเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้เข้ามาเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ถึงแม้จะหมดเวลาเยี่ยม แต่พยาบาลก็อนุญาตให้เยี่ยมได้โดยที่ไม่รบกวนผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือกรณีที่ผู้ป่วยต้องการติดต่อกับญาติ พยาบาลก็อำนวยความสะดวกให้ในการติดต่อประสานงาน

4.4 ด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยและญาติต้องการทำพิธีกรรมตามความเชื่อของท้องถิ่น เช่น การเรียกขวัญ การสะเดาะเคราะห์ พยาบาลก็แสดงความ

คิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี และเห็นด้วยกับการกระทำดังกล่าว เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย มีกำลังใจที่ดี และญาติรู้สึกสบายใจที่ผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้นมา

5. การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) พยาบาลมีการประเมินผลการพยาบาล ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ในระยะแรกรับว่าผู้ป่วยปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำขณะอยู่โรงพยาบาล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่อง ยาตามแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด

จากการให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย ตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนนั้นยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก สิ่งที่จะสะท้อนในการให้บริการคือ การให้บริการที่อาจจะยังไม่ครอบคลุม การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ามาับการรักษา และได้รับการจำหน่ายในวันหยุดราชการ ผู้ป่วยและญาติจะไม่ได้รับการดูแลจากงานสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการนัดให้มาพบงานสุขภาพจิตก็ไม่ได้มาตามนัด รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องไปในชุมชน ดังนั้นการวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเป็นสิ่งที่สำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ญาติมีทักษะในการดูแล เข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย ทำให้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงได้

แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีผู้ให้คำนิยามไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

กองการพยาบาล (2539) กล่าวว่าไว้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการบริการที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยจำหน่ายและถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษายาบาลที่สมบรูณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (2546) กล่าวว่าไว้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจาก



โรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือ ประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวไว้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสามารถนำไปปรับใช้ได้ เมื่อผู้ป่วยกับไปอยู่ในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล โดยมีปัจจัย 3 ด้านคือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ การให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

เพิร์ลแมน (Pearlman, 1984) ได้กล่าวไว้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

จากความหมายที่กล่าวถึงข้างต้น สรุปได้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในตั้งแต่แรกได้รับการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การกำหนดปัญหาที่ได้จากการประเมินกิจกรรม และการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนรวมถึงการติดตามประเมินผล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้คิดค้นรูปแบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้มีประสิทธิภาพในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1. รูปแบบมุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์ เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้านโดยพันท์และคณะ (Pugh et al., 1999)

2. รูปแบบ A-B-C รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย โรเดนและทาฟท์ (Rorden & Taft, 1990) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผนจำหน่าย (assessment) จากนั้นนำมาสร้างแผนจำหน่าย (building a plan) โดยเน้นจากปัญหาและความต้องการ

ที่รวบรวมได้ การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirm the plan) กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. รูปแบบ D- METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539)

4. รูปแบบการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยบูลและคณะ (Bull et al., 2000)

5. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์โดยเนลเลอร์และคณะ (Naylor et. al., 1994) เป็นการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในระบบต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและทรวงอก

6. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) เป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ แผนจำหน่ายได้ใช้รูปแบบของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) เนื่องจากรูปแบบของแมคคีเฮน มีขั้นตอนในการปฏิบัติ คล้ายกับกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

แนวทางการสร้างแผนจำหน่าย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่ายเป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายโดยการสัมภาษณ์ ประวัติ การตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และทักษะต่างๆ ต่อเนื่องได้เพื่อกำหนดความต้องการความช่วยเหลือและวินิจฉัยปัญหา ทั้งในปัจจุบันและก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ในด้านการวางแผน

แผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการเจ็บป่วย และความต้องการเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล และความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นการวินิจฉัยการพยาบาลในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาร่วมกันวิเคราะห์และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติ กับผู้ให้การดูแลอื่นๆ การสอนและการส่งต่อ ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยการสอนผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชน โดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติและทีมสุขภาพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรทีมพยาบาลต่างๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน

5. การติดตามประเมินผล เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาล ก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หลังจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยในหน่วยงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวมาข้างต้นไม่ว่าจะเป็นในด้านของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารวิธีต่างๆ ขึ้นอยู่กับวิธีการที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายที่มีปฏิสัมพันธ์กับ 4 ส่วนด้วยกัน ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสม
2. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ รวมถึงบ้านของผู้ป่วย องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการในชุมชน ซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้และถูกทาง
3. ภาวะเจ็บป่วยที่ใช้ปฏิบัติ หน่วยงานที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเข้าใจภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางภาวะเจ็บป่วย ถ้าไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย
4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับสหสาขาวิชาชีพที่จะทำงานร่วมกันอย่างเหมาะสม

แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

แผนจำหน่าย คือกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกได้รับการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล (Makechan, 1981) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้แผนจำหน่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ได้มีการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ได้ดัดแปลงจากแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงรายของ เฉลิมพรณ์ เมฆลอย (2550) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปางจำนวน 8 ราย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการนำไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ของสภาวะวิสัยทางการแพทย์

และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ในแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้มีการประเมินผู้ป่วยในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน จากการพยายามฆ่าตัวตาย
4. ผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหาในทางบวก



ผลลัพธ์จากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องโรคประจำตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล แต่เมื่อติดตามไปประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอีก ผู้ป่วยทั้ง 8 รายไม่พบอาการทางจิต ไม่พบอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวทางแก้ไขปัญหาในทางบวก ทั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และเมื่อติดตามไปประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ได้ดัดแปลงขึ้นมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีหลายรูปแบบ และวิธีปฏิบัติที่ต่างกัน การเลือกรูปแบบที่นำมาปฏิบัติต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน การศึกษารุ่นนี้ที่พัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลพญาเม็งรายได้พิจารณาแล้วว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยของสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายมากที่สุด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 30 เช่นเดียวกัน และแผนจำหน่ายที่มีความสอดคล้องในการตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้และประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายต่อไป

การใช้นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

หลังจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลพญาเม็งรายยังไม่มีการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบริการ จึงได้นำการแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของ อมรรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มาใช้และประเมินผลการใช้แผนจำหน่ายนี้ต่อไป โดยต้องมีการนำสู่การปฏิบัติที่เป็นงานประจำ โดยมีการเตรียม การทั้งในด้านนโยบายและด้านบุคลากร โดยการนำรูปแบบการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์มาใช้ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของ นวัตกรรมหรือตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น (confirmation stage) เนื่องจากมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน สามารถนำไปประยุกต์ ใช้กับทฤษฎีทางการพยาบาลได้

การนำแผนจำหน่ายไปใช้

การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นรูปแบบการใช้ผลการวิจัยที่มาจากทฤษฎี การเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) และเป็นการนำนวัตกรรม ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการต่างๆ เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ โทรทัศน์ หนังสือ จดหมายข่าว และสื่อสารที่ไม่เป็นทางการภายในองค์กร จากพยาบาล ไปสู่บุคคลอื่นที่มีประสิทธิภาพ ในการขยายการเรียนรู้ งานวิจัยต่างๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักในงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นๆ

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ โดยที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติเกี่ยวกับ ผลการวิจัย การชี้ให้เห็นคุณค่า ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะนำมาใช้ในองค์กร และมีองค์ประกอบของการยอมรับในด้านประโยชน์ของงานวิจัยที่นำมาใช้ ความยากง่ายในการใช้ การใช้ร่วมกันได้ ไม่ซับซ้อน รวมถึงความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในองค์กร

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจและยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นๆ ในการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นว่าการนำนวัตกรรมไปใช้จะเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ส่วนการปฏิเสธนั้นเป็นการไม่ยอมรับนวัตกรรมอาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของผู้ปฏิบัติ หรือผู้ปฏิบัติยังไม่ตระหนักในความสำคัญของนวัตกรรม

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลง ซึ่งแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) หมายถึง การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติโดยไม่มีการดัดแปลง หรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนในการปฏิบัติเลย พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้โดยตรง

4.2 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) หมายถึง การที่ความรู้ที่ได้จากการวิจัย หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ทำให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรม จึงมีการนำผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานเพิ่มมากขึ้น

4.3 การดัดแปลงและสร้างชิ้นใหม่ (reinvention) การที่ผู้ปฏิบัติได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตน เพื่อให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงานของตน

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมหรือตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น (confirmation stage) เป็นการประเมินผล โดยผู้ปฏิบัติจะเป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินว่านวัตกรรมนั้นตอบสนองความต้องการหรือไม่ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจที่ใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรม

การนำนวัตกรรมไปใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่นำนวัตกรรมไปใช้เข้าใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อการประเมินผลเป็นที่น่าพอใจ การนำแผนจำหน่ายไปใช้ในงานประจำก็จะเกิดขึ้น

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

โรงพยาบาลพญาเม็งรายเป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง และในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่มีการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องจนทำให้มีการฆ่าตัวตายซ้ำได้ การนำแผนจำหน่ายมาใช้ อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาได้ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแผนจำหน่ายมาใช้ โดยดัดแปลงแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของ อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ตามขั้นตอนในการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ซึ่งมี 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่ผู้ศึกษาเสนอการทบทวนวรรณกรรมการนำไปใช้และแผนจำหน่ายของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) เสนอต่อทีมพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลพญาเม็งราย ในด้านเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการใช้ 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่ผู้ศึกษานำเสนอประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่ทีมพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกันตัดสินใจจะยอมรับการใช้แผนจำหน่ายโดยอาจมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่ทีมนำแผนจำหน่ายที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปใช้ โดยมีการกำกับติดตามเป็นระยะ สำหรับพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยใน 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตได้แก่หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน จากการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ แผลติดเชื้อมีไข้สูง ตัว และ ตาเหลือง และผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหามิทางบวก ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและติดตาม 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหากได้ผลก็จะเป็นการยืนยันที่จะใช้แผนจำหน่ายในงานประจำต่อไป