

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้และประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังมีหัวข้อต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.3 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.5 การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 2. การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ระมาด

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- 3.1 ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.3 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
- 3.4 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.5 ประสิทธิภาพการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของ อมรรรัตน์

เดือนสว่าง

#### 4. แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 5. การนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

- 5.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้
- 5.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์
- 5.3 การใช้นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

## แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

### ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) เป็นหนึ่งในวิธีการในกลุ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide behavior) จากการทบทวนวรรณกรรมความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย มีดังนี้

ธาดา เจริญกุล (2545) และกัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตาย คือการที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ความตาย หรือทำให้เกิดอาการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการพยายามทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายจริง และอาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง

มาโนช หล่อตระกูล (2546) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยหนุ่มสาวทำไปด้วยความหุนหันพลันแล่นเพราะหาทางออกไม่ได้ หรือต้องการประท้วง ต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิด รู้สึกโกรธ

สุกมล วิภาวีพลกุล (2546) และสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (APA, 2004) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการลงมือฆ่าตัวตายแล้ว แต่ไม่สำเร็จหรือหยุดความพยายามก่อนที่จะเกิดความเสียหายทางกายขึ้น

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) หมายถึง การพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือทำร้ายตนเองซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

เคิร์กฮอฟ (Kerkhof, 1994) และทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) กล่าวว่า คือการร้องขอความช่วยเหลือ เพราะไม่สามารถที่จะรับสภาพที่ทุกข์ทรมานต่อไปได้

บาร์บี และบรีคเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) ได้ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) หมายถึง เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเพราะอยากตาย โดยการกระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรงมีทั้งการกระทำที่สำเร็จและไม่สำเร็จ

เฮียร์ริงเจน (Heeringen, 2001) กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตายเป็นลักษณะพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่เสียชีวิตทันที ที่บุคคลตั้งใจจะทำให้ตนเองเสียชีวิต ลักษณะการทำร้ายตนเอง หากทำเพียงครั้งเดียวจะใช้วิธีที่รุนแรงสูง หรือรุนแรงปานกลางแต่กระทำหลายครั้ง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) ให้ความหมายของ พยายามฆ่าตัวตาย คือการตั้งใจทำร้ายตนเองตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision [ICD-10] รหัส X60-X84 ดังต่อไปนี้

X 60 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาระงับปวดที่ไม่เข้าฝิ่น ยาลดไข้ ยาต้านรูมาติก

X 61 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาด้านชัก ยาระงับประสาท-ยานอนหลับ ยาด้านพาร์กินสัน และยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตใจ มิได้จำแนกไว้ที่ใด

X 62 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาเสพติดและสารก่อประสาทหลอน มิได้จำแนกไว้ที่ใด

X 63 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

X 64 คือการตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยา ดัวยา และสารชีวภาพอื่น และที่ไม่ระบุรายละเอียด

X 65 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากแอลกอฮอล์

X 66 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากตัวทำละลายอินทรีย์ และสารฮาโลเจนเตตไฮโดรคาร์บอน รวมทั้งไอของสารเหล่านี้

X 67 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากแก๊สและไออื่น

X 68 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์

X 69 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด

X 70 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก

X 71 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการทำให้จมน้ำ

X 72 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนพก

X 73 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนไรเฟิล ปืนลูกซอง และปืนที่ใหญ่กว่า

X 74 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด

X 75 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุระเบิด

X 76 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยควันทัน และเปลวไฟ

X 77 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยไอน้ำ ไอร้อน และวัตถุร้อน

X 78 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุมีคม

X 79 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุไม่มีคม

X 80 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการกระโดดลงจากที่สูง

X 81 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการกระโดดหรือนอนขวางวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่





X 82 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการทำให้ยานยนต์ชน

X 83 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีอื่นที่ระบุรายละเอียด

X 84 คือการตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด

โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก คือ บุคคลที่  
ตั้งใจทำร้ายตัวเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่สามารถกระทำได้สำเร็จ และต้องได้รับการ  
รักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่มีสาเหตุซับซ้อน และมีหลากหลายปัจจัยเข้ามา  
เกี่ยวข้อง นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายกล่าวว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่  
จะสามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างครอบคลุม และเนื่องจากการ  
พยายามฆ่าตัวตายเป็นส่วนหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ดังนั้นการทบทวนทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ  
การพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจึงใช้หลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ  
ปัจจัยทางจิตใจปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายและสามารถอธิบาย  
ได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors) เป็นการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของ  
สารเคมีในสมอง (neurochemical agent) ที่ควบคุมอารมณ์คือ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน  
(norepinephrine) โดพามีน (dopamine) และแกมมาอามิโน บิวทริก แอซิด (gamma amino butric acid)  
(Barbee & bricker, 1996) และความคิดปกติในระบบซีโรโทนินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย  
โดยจากการศึกษาของซาดอคและซาดอค (Sadock & Sadock, 2000) พบว่าการลดลงของสารซีโรโทนิน  
(serotonin) แสดงถึงบทบาทของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็น  
สาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น ความรู้สึกเครียด อับอาย หมดหวัง เบื่อ ซึม ความรู้สึกผิด  
ความก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์จิตใจไม่มั่นคง อ่อนไหวง่าย มีความรู้สึกตนเองมีคุณค่าต่ำ มองตนเอง  
ในแง่ลบ (American Psychiatric Association, 2003) คาร์ล เมนนิงเจอร์ (Karl Menninger) สร้างทฤษฎี  
บนแนวคิดของซิกมันด์ฟรอยด์ โดยเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นการแสดงความโกรธต่อผู้อื่นด้วยการ  
หันเข้าหาตนเอง หรือเป็นการลงโทษผู้อื่นอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยอธิบายว่าการฆ่าตัวตาย  
ประกอบด้วย การต่อต้านกันภายในจิตใจ 3 ประการ คือความตั้งใจที่จะฆ่า ถูกฆ่า และความตั้งใจ  
ที่จะตาย (Sadock & Sadock, 2000) และชไนต์แมนอธิบายว่าการฆ่าตัวตายจะเกิดเมื่อมีความ



เจ็บปวดทางด้านจิตใจ ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งอยู่ในระดับอารมณ์ที่เกิดความทุกข์ใจ และมีความกดดันในระดับสูง เป็นความเจ็บปวดทางด้านจิตใจที่ไม่สามารถทนทานได้ (Shneidman, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเชื่อที่เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านจิตใจ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ได้อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจระหว่างความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ และความต้องการที่จะตาย และความต้องการที่จะตายมีแรงผลักดันมากกว่า ซึ่งความขัดแย้งนี้จะเกิดเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งที่ตนเองรัก (Freud as cited in Boyd, 2005) และตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายมี 3 องค์ประกอบ (Barbee & Bricker, 1996)

1) ความประสงค์ที่จะฆ่า (the wish to killed) เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว และมองตัวเองเหมือนเป้าที่ปรารถนาจะฆ่า

2) ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (the wish to be killed) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับความตาย ซึ่งความเจ็บปวดนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้มีความสุข เกิดจากการสำนึกผิด เกิดจากสาเหตุจากความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับของจิตไร้สำนึก

3) ความประสงค์ที่จะตาย (the wish to be died) ผู้ที่จะฆ่าตัวตายจะมีจิตไร้สำนึกที่เชื่อว่าความตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ เป็นการหนีปัญหาเพื่อที่จะได้กลับมาใหม่ แต่ความจริงแล้วเป็นการขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ซึ่งนำไปสู่ความตาย

2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ บาร์บี้และบริคเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) ตามแนวคิดของแอดเลอร์ (Adler) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ และในบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สนใจแต่ตนเองและเรียกร้อง ต้องการความสนใจจากผู้อื่นมีการกระทำที่ขาดความยับยั้งคิด จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำๆ หลายครั้ง และฆ่าตัวตายสำเร็จภายหลัง (กรมสุขภาพจิต, 2547) ในกลุ่มบุคลิกผิดปกติ (Personality Disorder) เป็นกลุ่มที่มีบุคลิกอ่อนแอ ทำให้ไม่ทนทานต่อการเผชิญปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหวง่ายเมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ มากระทบเพียงเล็กน้อยจึงทำให้มีความทุกข์ใจได้ง่าย จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณร้อยละ 10-15 บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีการพยายามฆ่าตัวตายมักจะไม่สำเร็จ (Sadock & Sadock as cited in Shives, 2005) และมีการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมร่วมกับมีอาการซึมเศร้า จะมีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (Stuart & Laraia, 2005) สอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวถึงบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงในการทำร้ายตนเอง หรือการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกซึมเศร้า บุคลิกผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง และบุคลิกผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม ผู้ที่มีบุคลิกแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) จะมีการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เมื่อได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้

ความรุนแรง เช่น คัมสุราอย่างหนัก ขับรถด้วยความเร็วสูง การใช้ศีรษะกระแทกผนัง (Nicholas & Golden, 2001)

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ของชัลลิแวน (Barbee & Bricker, 1996) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน ครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และฆ่าตัวตายในที่สุด และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะมีอุปนิสัยแยกตัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนไม่ดี ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีความก้าวร้าวสูง อดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย ซึมเศร้า สิ้นหวัง มีความรู้สึกที่ตนเองมีปมด้อย และมีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ (Stuart & Laraia, 2005)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม (Sociological factors) การพยายามฆ่าตัวตายที่มาจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม เช่น การฆ่าตัวตายด้วยการนึกถึงแต่ตนเองเป็นการฆ่าตัวตายที่ขาดความผูกพันกับครอบครัวและสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง และขาดการช่วยเหลือ มักเกิดกับคนที่สมรสแล้วร้อยละ 53.4 ถ้าบุคคลกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจะทำให้มีการฆ่าตัวตายซ้ำตามมาภายใน 6 เดือน ถึง 3 ปี พบถึงร้อยละ 27 หลังมีการพยายามฆ่าตัวตาย (บุษบา อนุศักดิ์ และคณะ, 2549) และได้แบ่งกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม (Barbee & Bricker, 1996; Shives, 1998) โดยเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคม คือ 1) การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) 2) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (egoistic suicide) 3) การฆ่าตัวตายเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (anomic suicide) เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว จากการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม 4) การฆ่าตัวตายจากความไม่สามารถทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) ถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ ซึ่งแม้ว่าการฆ่าตัวตายของแต่ละคนจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่มักมีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก จากสภาพสังคมที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งได้แก่ สังคมมีความสับสนวุ่นวายเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ส่งผลให้สมาชิกในสังคม เกิดความรู้สึกแตกแยกไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง มีค่านิยมที่สั่นคลอน มักพบปัญหาต่างๆ ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การหย่าร้าง การใช้ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้น และการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้น



4. ปัจจัยส่วนบุคคลจากการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน นอกจากสาเหตุตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่ายังมีปัจจัยส่วนบุคคลอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องทำให้บุคคลคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

4.1 เพศ เพศที่ต่างกันจะมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน มีความเครียดที่ต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงจะมีความไวต่อความรู้สึก และการแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย และโดยส่วนใหญ่เพศหญิงมีการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2547) แต่มักไม่สำเร็จ เพราะมักใช้วิธีการที่รุนแรงน้อย แตกต่างจากเพศชายซึ่งเป็นเพศที่กล้าหาญ เมื่อมีปัญหา มักไม่แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ไม่ระบายปัญหาให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งจากการศึกษาในประเทศไทยของมาโนช หล่อตระกูล (2547) พบว่าเพศชายมักใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่มีความรุนแรงสูงมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2000) และการศึกษาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2003) ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในสหรัฐอเมริกาพบมากในเพศชาย และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายพบมากในเพศหญิง

4.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ จากการศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศแคนาดา พบว่าช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ 20-29 ปี และตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (Buzdygan et al., 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2003) ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในสหรัฐอเมริกาพบมากในช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และในวัยชราที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2000) ได้กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงที่สุดจะอยู่ในช่วงอายุ 15-35 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในวัยหนุ่มสาว คือกลุ่มประชากรที่มีอายุ 25-29 ปี นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จของกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สูงขึ้น (อุมาภรณ์ ภัทรวณิชย์ และสุภรต์ จรัสสิทธิ์, 2549)

4.3 สถานภาพสมรส บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีสภาพจิตที่มั่นคงกว่าบุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ (American Psychiatric Association, 2003) สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2000) พบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ โดยมีการศึกษาที่พบว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่อมีอายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น (Schmidtke และคณะ, 1996)

4.4 การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ การศึกษาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2003) พบว่าผู้ที่เป็นเกย์ เลสเบียน มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิต และใช้สารเสพติดร่วมด้วย

4.5 ศาสนา ความเชื่อ และความศรัทธา ความเลื่อมใสทางศาสนามีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาอย่างแรงกล้า เมื่อมีการทำผิดศีลธรรมจะคิดว่า เป็นบาป นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ (American Psychiatric Association, 2003)

4.6 อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงรายได้ สถานภาพทางสังคม การได้รับความเคารพนับถือ ซึ่งผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิต และไม่เสียชีวิตมีอัตราการว่างงานสูงกว่าสัดส่วนของการว่างงานของประชากรในกลุ่มทั่วไป (อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปิตพงษ์ เกษสมบุญ, นุศรา เกษสมบุญ, 2546) และพบว่าผู้ที่ตกงาน ว่างงาน เกษียณอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มียานทำ (Heikkinen, Isometsa, Mattunen, Aro & Longqvist, 1995) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2000) ได้ระบุอาชีพที่มีความเครียด กดดัน และแยกตัวจากสังคม เช่น ศัลยแพทย์ ทันตแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์มีโอกาสต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพอื่น

4.7 รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความพึงพอใจของชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งจากการศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งครอบครัวเท่ากับ 6,942 บาท ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของประชาชนคนไทยทั่วประเทศ (อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปิตพงษ์ เกษสมบุญ, นุศรา เกษสมบุญ, 2546)

4.8 การศึกษา พบว่าการศึกษามีผลช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่จะนำไปใช้ในการพิจารณาสิ่งที่เข้ามาคุกคามตนเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้สามารถแยกแยะได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่จะช่วยบรรเทาสิ่งที่คุกคามตนเอง และสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (Lazarus & Folkman, 1984)

4.9 การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมอง ผู้ติดสารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ติดสารเสพติด เช่น สุรา (American Psychiatric Association, 2003) มีการศึกษาที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายติดสุรา หรือยาเสพติด ร้อยละ 13-42 และร้อยละ 5-11 มีการใช้สุรา หรือสารเสพติดร่วมด้วยขณะพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2546)



## 5. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่

5.1 ประวัติการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน และส่วนใหญ่เกิดภายใน 1 ปี โดยสูงสุดภายในช่วง 3 เดือนแรกของการพยายามฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) บุคคลที่มีประวัติบุคคลฆ่าตัวตายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย ในครอบครัว (Stuarl & Laraia, 2005)

5.2 ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทพภาพสูง โดยผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ หรือมีความทุกข์ทรมาน ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) มีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ กับในระยะท้ายของโรคโดยมีอาการแทรกซ้อนจากอาการของตนเอง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองทำให้การใช้เหตุผล และการตัดสินใจเสียไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

5.3 โรคทางจิตเวชพบว่าโรคทางจิตเวช 1 ใน 4 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (สุกมล วิภาวีพลกุล, 2546) ได้แก่

5.3.1 โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าร้อยละ 20-35 (พิเชษ อุดมรัตน์, 2548) เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (Sadock & Sadock as cited in Shives, 2005) บุคคลมีอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่ายมักเป็นตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ หรือมองตนเองไร้ค่า เป็นต้น ผู้เสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2540-2544 มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้า เท่ากับ 55.90, 74.39, 99.58, 130.37 และ 94.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบว่าเพศหญิงมีการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีโอกาสที่จะคิดทำร้ายตัวเองซ้ำ 4.8 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) และโรคซึมเศร้าเป็นผลจากสารเคมีในร่างกายโดยตรง คือซีโร โดนิน (Fontaine & Fletcher, 1999)

5.3.2 โรคจิต (Psychosis) ที่มีความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือหูแว่ว มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง จากการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2547) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชมักจะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัยมงคลและคณะ (2548) ที่พบว่าการมีอาการของโรคจิตในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในผู้หญิง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็น 4.38 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการโรคจิต

5.3.3 ผู้ติดสุรา (Alcoholism) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาในชีวิต เกิดความเครียดอาจจะทำให้มีอาการเศร้า หรือหงุดหงิดได้ง่ายและอาจจะรุนแรงจนเกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ ในผู้ที่คิดจะพยายามฆ่าตัวตายอยู่แล้ว การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2548)

### ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

เนื่องจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาที่มีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่ง ได้แก่ โรคทางจิตเวช ติดสุรา ยาเสพติด โรคเอดส์และการเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่บุคคลได้รับผลกระทบ นับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และสมควร หาญพัฒน์ชัยกูร, 2547) ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายมีดังต่อไปนี้คือ

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย การพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผูกคอ กระโดดตึก การรับประทานยาเกินขนาด จะส่งผลทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับบาดเจ็บ และเกิดความพิการตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงมีความอายต่อสิ่งที่กระทำ อยู่ในภาวะสิ้นหวังสูญเสียความหมายในชีวิต ยังคงมีความคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะมีฆ่าตัวตายซ้ำในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2549)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว โดยอภิชัย มงคล และคณะ (2548) กล่าวถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นของครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดจากการฆ่าตัวตายว่า มีความเศร้าโศกซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ สุขภาพจิตและวัฒนธรรม และความสัมพันธ์กับผู้ฆ่าตัวตาย โดยระยะแรกจะเกิดความรู้สึกช็อค เศร้าโศก ร่ำไห้คร่ำครวญ เมื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึกฝันถึงคนตาย ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลเหล่านี้อาจป่วยหรือไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อไปได้ บางคนเกิดความคิดโกรธหรือโทษตนเอง รู้สึกผิด หรืออยากตายแทนคนคนนั้น ได้อาจเกิดภาวะความผิดปกติหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญจากเหตุการณ์ร้ายแรง หรืออาจเกิดผลกระทบทางจิตใจของเด็กที่พ่อหรือแม่ฆ่าตัวตาย ขาดผู้ดูแลหรือแบบอย่างที่ดีในการดำรงชีวิต เกิดความแตกแยกในครอบครัว และการที่สมาชิกในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย มีผลทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายเลียนแบบสมาชิกที่เคยทำมาก่อนในครอบครัวได้ (กรมสุขภาพจิต, 2546)

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ผู้ที่หาทางออกของปัญหาโดยการฆ่าตัวตายมักถูกการตำหนิจากสังคมว่าเป็นคนที่กระทำโดยไม่คิดใคร่ครวญให้รอบคอบ แต่ในมุมมองของผู้ที่



พยายามฆ่าตัวตายถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่มีอยู่ในขณะนั้น องค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จนกระทั่งมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คนจะส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (World Health Organization [WHO], 2005) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายถือได้ว่าสามารถสร้างความสะเทือนขวัญได้ทั้งต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและคนในสังคม ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การขาดรายได้จากการที่ผู้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงการขาดโอกาสในการทำงานถ้าร่างกายมีความพิการเกิดขึ้น

### ภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ นั้น เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. จากการได้รับยา และสารพิษที่ออกฤทธิ์ต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไป ได้แก่ ยารักษาโรค สารพิษในบ้าน (household poisoning) การดูแลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการรับประทานยาเกินขนาดและสารพิษ เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาก และชวนพิศ ทำนอง, 2551)

1.1 กลุ่มยารักษาโรค เช่น การได้รับยาพาราเซตามอล (Paracetamol) เกินขนาด ภายใน 72-296 ชั่วโมงเป็นระยะที่ดับถูกทำลายมากที่สุด SGOT อาจสูงถึง 30,000 ยูนิต/ลิตร อาการที่พบคือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีเลือดออกง่าย ตัวเหลือง ซึม ชัก (hepatic encephalopathy) และหมดสติ ภายใน 5-10 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาจำนวนมากจะถึงแก่ความตาย แต่ที่ได้รับน้อย หรือรักษาทันทั่วทั้งที่จะเริ่มหาย ดับจะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมภายใน 3 เดือน และการได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เกินขนาด จะมีอาการง่วงซึมลง ความรู้สึกลดลง ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับและความอดทนของร่างกาย (tolerance) ยามีผลออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง แล้วมีผลต่อทางเดินหายใจและหลอดเลือดตามมา โดยทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจลดลง ความดันต่ำได้

1.2 กลุ่มสารพิษในบ้าน เช่น การได้รับสารหนู ที่เป็นโลหะหนัก ถ้าได้รับมากกว่า 50 มก. อาจเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง แต่ถ้าไม่เสียชีวิตอาจมีอาการที่จะเกิดขึ้นภายใน 1 / 2-3 ชั่วโมง มีอาเจียน ปวดท้องรุนแรง ท้องเดิน ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายกระเทียม เวียนศีรษะ มึนงง ตาแดง มีผื่นตามตัว มีภาวะฮีโมไลซิสรีนอลเฟลเรีย (hemolysis renal failure) ส่วนอาการทางประสาทจะเกิด 7-14 วัน นอกจากนั้นอาจมีผมร่ว

1.3 กลุ่มยาฆ่าแมลง เช่น การได้รับออร์แกโนคลอรีน (Organochlorine) ที่รู้จักกันดีคือ ดีดีที (DDT) ทำให้เกิดความผิดปกติของอิเล็กทริกอลแอคทีวิตี (electrical activity) เกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอย่างรุนแรง ทำให้ไมโอคาร์เดียม (Myocardium) ไวต่อการกระตุ้นจากแคทโคลามีน (catecholamine) มากกว่าเดิมทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดปกติได้และอาจพบฮีเวอร์เนโครซิส (liver necrosis) อาการพิษเกิด 30 นาทีหลังได้รับพิษถึง 6 ชั่วโมง อาจมีอาการอาเจียนท้องเดิน ก่อนและหลังอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง คือ สั่น กระสับกระส่าย ปวดศีรษะมาก ชักและหมดสติ บางครั้งอาจเริ่มด้วยชัก นอกจากนั้นจะพบอาการหอบ หายใจลำบากจากการกดศูนย์การหายใจ และการได้รับออร์แกนโนฟอสเฟตคอมพาวด์ (Organophosphate compound) อาการจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาทีจนถึง 12-24 ชั่วโมง หลังได้รับพิษ เมื่อเกิดอาการจะกินเวลา 5-6 วันกว่าจะปลอดภัย มีอาการตามชนิดของรีเซพเตอร์ (receptor) โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย นอนไม่หลับ สับสน ผื่นร้าย ปวดศีรษะ เดินเซ อารมณ์แปรปรวน พูดไม่ชัด ชัก หมดสติ ศูนย์การหายใจถูกกด ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีไข้สูงเป็นสัปดาห์ มีอาการประสาทหลอน ตับอ่อนอักเสบ ได้ ส่วนอาการของระบบประสาทส่วนปลาย อาจเกิด 1-5 สัปดาห์หลังได้รับสารพิษ อาจเริ่มด้วยพาราทีเซีย (Parasthesia) และมีอาการปวดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ข้อเท้าตลก หลังจากนั้นจะมี flaccid paralysis เริ่มจากส่วนล่างขึ้นบนคล้ายกลูเทียนแบร์ซินโดรม (guillain-barre syndrome) หลังจากนั้น 2-3 เดือนจะมีกล้ามเนื้อเสื่อม ส่วนการได้รับคาร์บาเมต (Carbamate) อาการเริ่มใน 15 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังได้รับสารพิษ ที่พบบ่อยคือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว น้ำตา น้ำลายไหลมาก เหงื่อออกมาก หลอดลมตีบ และมีเสมหะมาก กล้ามเนื้อกระตุก เดินเซ มือสั่น และปวดศีรษะมาก

1.4 กลุ่มยาฆ่าหญ้า เช่น การได้รับพาราควอต (Paraquat) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ที่กินพาราควอต 20-40 มก./กก. จะเริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ไข้ เพ็ลีย ปวดแสบปวดร้อนช่องปาก จากนั้นตัววูบฉับพลัน อาจเป็นโอลิโอยูริก (oliguric) หรือนอนโอลิโอยูริก (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 ผื่นหนังแดง อักเสบ เล็บขรุขระ และอาจหลุด ตาแดง เลือดกำเดาออก มีแผลในปาก มีคลื่นไส้ อาเจียนท้องเดิน และอาจมีอาเจียนเป็นเลือด อาการที่เกิดขึ้นภายใน 2-8 วัน ได้แก่ มีไข้ตัวเหลือง หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะน้อยลง หายใจขัด SGOT และ SGPT จะสูง ระดับบิลิรูบิน (bilirubin) เพิ่มขึ้น บิยูเอน (BUN) และครีตินิน (creatinine) คั่ง อาการที่เกิดขึ้นใน 3-14 วัน ได้แก่ ไอ หายใจเร็ว อาจมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด ปอดแฟบ ออกซิเจนในเลือดลดลง หายใจล้มเหลว เสียชีวิต



1.5 กลุ่มน้ำยาทำความสะอาด ขจัดคราบ ได้แก่ การได้รับโซฟ (Soap) จะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อ mucous membrane จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีบิวเดอร์ (builder) อยู่ด้วย อาจเกิดอาการซัก จากแคลเซียมในเลือดต่ำ และการได้รับดีเทอร์เจนท์ (Detergents) สารลดแรงตึงผิว จะมีอาการระบบทางเดินอาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซักจากแคลเซียมต่ำ

2. จากการทำร้ายตนเองให้มีบาดแผล การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ควรระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลบวมแดง มีไข้หรือมีอาการปวด มีหนอง (สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์, 2546)

### การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องให้การดูแลอย่างเป็นระบบ และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบ่งตาม 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Womble, 2005) มีดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ (Assessment) ในขั้นตอนการประเมินแรกกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในจะให้การประเมินสมรรถภาพแรกกับ ชักประวัติ สภาพร่างกาย จิตใจสังคม ประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้ยา ประวัติการใช้สารเสพติด และปัญหาด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย (Boyd, 2005)

2. ขั้นการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยแรกและนำไปวิเคราะห์ปัญหามาไปสู่การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย บาดแผลที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย และปัญหาทางด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลจะต้องได้รับความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และต้องพิจารณาข้อมูลที่ได้ว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือไม่ จึงนำมาให้การวินิจฉัยการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำมาให้การตอบสนองตามความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างแท้จริง (Shives, 2005)

3. ขั้นการวางแผนการพยาบาล (Planning) พยาบาลผู้ให้การดูแลได้มีการวางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนการพยาบาลจะมี 2 ระยะ คือ ระยะแรกกับเป้าหมายให้ผู้ป่วย

ปลอดภัย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนในระยะยาวคือเป้าหมายเพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ (Shives, 2005)

**4. ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)** การปฏิบัติการพยาบาลจะมีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดดังนี้

#### 4.1 การให้การดูแลด้านร่างกาย

4.1.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ และดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ โดยประเมินจากผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการฆ่าตัวตายและให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

4.1.2 มีการเฝ้าระวังผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้กับที่ทำงานของพยาบาลเพื่อจะได้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง ทำสัญลักษณ์ที่แฟ้มประวัติเพื่อให้การเฝ้าระวังดูแลใกล้ชิด บริเวณรอบเตียงผู้ป่วยให้เก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในการทำร้ายตัวเองให้มิดชิด ด้านบุคลากรจัดให้มีผู้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาช่วงวิกฤติแม้แต่เข้าห้องน้ำ การระวังการฆ่าตัวตาย (suicide precaution) ให้การดูแล 1 ต่อ 1 ในสายตาของหัวหน้าทีมดูแลให้อยู่สายตาทุก 15 นาที พยาบาลต้องสื่อสารหรือรายงานแรงผลักดัน หรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้ (Varcacolis, 2002) ควรมีการส่งเสริมให้ระมัดระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย สังเกต และเฝ้าระวังพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อชีวิต รวมถึงการให้ข้อมูลกับญาติเพื่อเฝ้าดูแลใกล้ชิด

4.1.3 จัดเตรียมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา จากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของนิลดา ทาสวรรณ (2551) มียาที่ใช้รักษาภาวะทางจิตเวชที่พบ ดังนี้

4.1.3.1 ให้ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคยาคิดย้ำทำโดยเลือกให้ยาในกลุ่ม SSRI เช่น ฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) 10 มิลลิกรัม ขนาดที่ใช้เริ่มต้นที่ 10 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจาก 2 สัปดาห์หากอาการไม่ดีขึ้นเพิ่มได้สูงสุดถึง 20 มิลลิกรัมต่อวันในวัยรุ่นและเด็กที่น้ำหนักมาก และ 40 มิลลิกรัมต่อวันในผู้ใหญ่

4.1.3.2 ใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ในผู้ที่นอนไม่หลับ วุ่นวายวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้แต่ควรระวังผลข้างเคียงในการกดการหายใจ โดยให้ไดอะซีแพม ในขนาดที่จะทำให้สงบ คือ 10-20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ถ้าไม่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้ ให้ 5-10 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ





4.1.3.3 ใช้ยาลิเทียม (Lithium) ในผู้ป่วยโรคอารมณ์ 2 ขั้วที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้ควรใช้ในผู้ที่มียาตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ขนาดที่ให้คือ 600-900 มิลลิกรัมต่อวัน โดยให้ระดับยาในเลือดอยู่ระหว่าง 0.8-1.2 mEq/ลิตร โดยในขนาดสูงสุดที่ให้ได้คือ 1.2 mEq/ลิตร

4.1.3.4 ใช้ยาด้านการชักในผู้ป่วยโรคแมนเนีย (Mania) หรือไบโพลาร์ (bipolar) ร่วมกับมีภาวะพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้เดฟกิน (Depakene) รับประทานขนาด 750-1,500 มิลลิกรัมต่อวัน

4.1.3.5 ใช้ยาคลอซาปีน (Clozapine) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทร่วมกับพยายามฆ่าตัวตาย โดยเริ่มต้น 25 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่ง 2 เวลา เพิ่ม 25-50 มิลลิกรัมต่อวันได้จนถึง 300-450 มิลลิกรัมต่อวัน

4.1.3.6 ใช้ฮาโลเพริดอล (Haloperidol) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสน เพ้อคลั่ง โดยในระยะเฉียบพลันให้ขนาด 5-10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อและฉีดซ้ำได้จนกว่าจะควบคุมอาการได้ ขนาดยาสูงสุด 60 มิลลิกรัมต่อวันและในระยะเรื้อรังให้ยาขนาด 1-3 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 3 ครั้ง เพิ่มขนาดยาได้ถึง 10-20 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วยหรือยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) เช่น คลอนาซีแพม (clonazepam) 1 มิลลิกรัมทางกล้ามเนื้อ สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ภายใน 30 นาที ลอราซีแพม (Lorazepam) ขนาด 10 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ

4.1.4 คู่มือด้านสุขอนามัยและการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ (Telseth et al., 1999)

4.2 การให้การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมีบุคลิกภาพที่เปิดเผย ท่าทางที่ผ่อนคลาย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล การสบตา การยอมรับไม่ตัดสินพฤติกรรม รับฟังสิ่งที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพูด โดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจ สร้างความหวังช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤติต่างๆ (Telseth et al., 1999) ให้เห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่ (กรมสุขภาพจิต. 2547) การแนะนำให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องของการจัดการและการเผชิญกับปัญหา การปรับการนึกคิดให้เป็นการคิดในเชิงบวกรวมถึงการเขียนสัญญาที่จะไม่ฆ่าตัวตาย เพื่อเสริมสร้างพลังใจในชีวิต เพราะผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอาจจะมีความรู้สึกผิด ความไม่ปลอดภัยต่อผู้ให้การบำบัด (Shives, 2005) การให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย (problem-solving) สามารถช่วยลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ และพยาบาลส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าของตนเอง โดยให้มองข้อดีของตนเอง ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ และให้รู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถเหล่านั้น เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี มีการศึกษาที่ดี มีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความจริงใจพร้อมที่จะให้

ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตต้องประสบ  
วิกฤติต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ยาก (กรมสุขภาพจิต, 2548)

4.3 แจ้งงานสุขภาพจิตและส่งต่อผู้ป่วยรับคำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวช หลังจากรับ  
การรักษา 1 วัน เพื่อให้คำปรึกษาเชิงลึกและได้รับการรักษาโดยวิธีจิตบำบัด

4.4 ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและญาติ รวมถึงการเฝ้าระวังสังเกต  
อาการพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำร้ายตนเองซ้ำ

4.5 ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยด้วยการประสานงานกับหน่วยงานที่  
เกี่ยวข้องเพื่อที่จะติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และมีการวางแผนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหรือนักผู้ป่วย  
เป็นระยะๆ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2547) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ  
เช่น การนัดหมายมาพบแพทย์ หรือพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีการรายงานจากการติดตามผู้ป่วยที่  
พยายามฆ่าตัวตาย 1-3 ปีพบว่าผู้ป่วยจะทำอีกร้อยละ 13-35 ต่อปี และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ  
0.9-2.5 ต่อปี ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1 ปี โดยสูงสุดภายในช่วง 3 เดือนแรกหลังการพยายาม  
ฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

5. การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) พยาบาลมีการประเมินผลการพยาบาล  
ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ในระยะแรกรับว่าผู้ป่วยปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ไม่มีพฤติกรรม  
ฆ่าตัวตายซ้ำขณะอยู่โรงพยาบาล (Hogue & Smith, 2003) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่อง  
ยาตามแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด

### การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ระมาด

โรงพยาบาลแม่ระมาด เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรค  
ทั่วไป และรับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายไว้รักษาในรูปแบบผู้ป่วยใน และยังไม่มียาผู้ป่วย  
แยกเฉพาะสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต เมื่อมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเข้ามารักษาที่หอผู้ป่วยใน จึง  
ถูกจัดให้อยู่รวมกับผู้ป่วยทั่วไป โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของหอผู้ป่วย  
ใน (โรงพยาบาลแม่ระมาด, 2552) คือมีการเฝ้าระวังผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้  
กับเกณฑ์เตอร์ของพยาบาลเพื่อจะได้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง ทำสัญลักษณ์ที่แฟ้มประวัติ  
(suicide precaution) และจัดให้มีผู้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา บริเวณรอบ  
เตียงผู้ป่วยดูแลเก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในการทำร้ายตัวเองให้มิดชิด แพทย์จะดูแลด้าน  
ร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและรักษาภาวะเจ็บป่วยที่ประเมินได้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่  
พยายามฆ่าตัวตายมีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือด



คำ การให้สารคัดหลั่งสารพิษทางสายยาง การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งการรักษา การวัดสัญญาณชีพ การดูแลบาดแผล การเจาะเลือดเพื่อตรวจประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น และการพยาบาลด้านจิตใจ เช่น การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และญาติ การแจ้งญาติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลส่วนมากยังคงให้การพยาบาลทางด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินอาการทางจิต การช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุมปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาในทางที่ถูกต้อง อาจมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำได้

นอกจากนี้ในการดูแลยังขาดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เป็นแนวปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเพียงการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามรูปแบบ D-Method ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ซึ่งจากการปฏิบัติพบว่ายังขาดการประสานงานในระหว่างทีมสหวิชาชีพ การติดตามผู้ป่วยไม่ครอบคลุม จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ดังนั้นจึงเห็นว่ากิจกรรมรวมที่โรงพยาบาลให้บริการนั้น อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพื่อบำรุงสุขภาพจิตที่ดีไว้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลอย่างองค์รวมทั้งตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

## แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (2546) กล่าวว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

โลเวนสไตน์ และฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994) กล่าวว่า เป็นการประเมินความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายโดยการทำงานร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยให้ข้อมูล และค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ใช้บริการดูแลตนเองได้

แมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) ให้ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่ครอบคลุมการปฏิบัติตัว และสามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล โดยมีปัจจัย 3 ด้านคือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ การให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

เพิร์ลแมน (Pearlman, 1984) ให้ความหมายของแผนการจำหน่าย ว่าเป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

รอร์ดิน และทอฟ (Rorden & Taft, 1990) ให้ความหมายของแผนการจำหน่ายว่า เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องได้แก่ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล การดูแลในกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปอยู่บ้าน

การศึกษาในครั้งนี้ แผนจำหน่ายได้ใช้แนวคิดของแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) คือ กิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับรักษาที่แผนก





ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ระมาดจังหวัดตาก จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่พัฒนาโดย  
อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)

### รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ได้มีผู้คิดค้นวิธีที่จะทำให้  
รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการดังเช่นรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1. รูปแบบ A-B-C รูปแบบนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย โรเดนและทอฟท์ (Rorden & Taft, 1990)  
เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญต่อการวางแผนจำหน่าย  
(assessment) จากนั้นนำมาสร้างแผนจำหน่าย (building a plan) โดยเน้นจากปัญหาและความต้องการ  
ที่รวบรวมได้ การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirm the plan) กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการ  
เตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

2. รูปแบบการปฏิบัติร่วมกันแบบหุ้นส่วนในการดูแล (The partner in care model of  
collaborative practice) โดยพันท์และคณะ (Pugh et al., 1999) รูปแบบมุ่งผลของการใช้ผู้จัดการ  
ทางการพยาบาล (nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์ เฉพาะสาขา  
แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

3. รูปแบบ D- METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539)  
เป็นแนวทางกลางๆ ในการใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย

4. รูปแบบการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อพัฒนา  
กระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย โดยบูล และคณะ (Bull et  
al., 2000)

5. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบโดยเนลเลอร์และคณะ (Naylor  
et. al., 1994) เป็นการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยมุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างการให้การ  
พยาบาลโดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป

6. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีฮัน (McKeehan, 1981) เป็นรูปแบบ  
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันใน  
กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนของการประเมินปัญหา  
การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ และการ  
ประเมินผล

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ใช้แผนจำหน่ายตามรูปแบบของแมคกีแฮน (McKeeHan, 1981) เนื่องจาก มีขั้นตอนในการปฏิบัติคล้ายกับกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ(Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

### ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคกีแฮน (McKeeHan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่ายเป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ แหล่งประโยชน์ที่จะคอยให้ความช่วยเหลือได้ หรือความต้องการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายโดยการสัมภาษณ์ประวัติ ทักษะต่างๆ การตรวจร่างกาย รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมากำหนดความต้องการความช่วยเหลือ เอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และวินิจฉัยปัญหา ทั้งในปัจจุบันและก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล ในขั้นตอนนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร และคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล และความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ นำข้อมูลเหล่านั้นมารวบรวมกันวิเคราะห์และวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่องซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติ กับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชนโดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายโดย



มีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายให้บุคลากรทีมพยาบาลต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน

5. การติดตามประเมินผล แม้ว่าผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัว หลังจำหน่าย ไม่ว่าจะเป็นในด้านของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารวิธีต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีการของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

### องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แมคคีเฮน (Meekchan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายที่มีปฏิสัมพันธ์กับ 4 ส่วนด้วยกัน ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนการจำหน่ายที่มีคุณภาพ และควรเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสม โดยผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทให้ความร่วมมือในการวางแผนร่วมกับผู้ดูแล และต้องเชิญสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนนี้ด้วย

2. การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น บ้านของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้และถูกทาง

3. ภาวะเบียบที่ใช้ในการปฏิบัติหน่วยงานบริการสุขภาพต้องมีผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยต้องเข้าใจภาวะเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง มีคุณภาพและมีการประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางภาวะเบียบ ถ้าไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องดูแลรับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

## ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนการจำหน่ายดังนี้ (อมรรัตน์ เดือนสว่าง, 2551)

1. ผู้ป่วยไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน โดยประเมินจากแบบประเมินความคิดในการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2539)

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการ หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน โดยประเมินจากแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต (2545)

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน จากการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของ แผลติดเชื้อ มีไข้สูง ตัว และ ตาเหลือง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน โดยประเมินจากแบบประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)

4. ผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหาในทางบวก หมายถึง ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาในทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ได้แก่ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ปลูกต้นไม้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือนโดยประเมินจากแบบประเมินแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)

## แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แผนจำหน่าย คือกิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกได้รับการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ได้มีการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ที่ได้ดัดแปลงและพัฒนามาจากแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงรายของ เฉลิมพรรณ เมฆลอย (2550) ตามแนวคิดของแมคกีแฮน (McKeeHan, 1981) โดยเพิ่มในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของการใช้ยา Clozapine และยา Fluoxazine และตัดการประเมินผลด้านผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับญาติ และผู้อื่นอย่างเหมาะสมออกไป และเพิ่มการมีทีมพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ร่วมในการใช้แผนจำหน่าย รวมถึงผู้ป่วยและ



ญาติมีส่วนร่วมในการใช้แผนจำหน่ายทุกขั้นตอน และนำแผนจำหน่ายไปใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสบปราบ

แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติประกอบด้วย

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ
  - 1.1 ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
  - 1.2 ประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ
  - 1.3 สูญเสียบุคคลสำคัญ/ของรัก/ภาพลักษณ์อย่างกระทันหัน
  - 1.4 มีปัญหาโรคเรื้อรัง/ปัญหาสุขภาพอื่นๆ
  - 1.5 มีภาวะซึมเศร้า
  - 1.6 ความเชื่อ/สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น
  - 2.1 มีอาการทางจิต เช่นหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ฯลฯ
  - 2.2 มีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น/ทรัพย์สิน/ตนเอง
  - 2.3 พฤติกรรมส่วนบุคคล
  - 2.4 บุคลิกภาพของผู้ป่วย
3. ประเมินการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น และภาวะแทรกซ้อน
  - 3.1 การปรับตัวเพื่อลดความเครียด
  - 3.2 สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้อื่น
  - 3.3 ผู้ให้คำปรึกษา/ผู้ดูแล/ผู้ให้ความช่วยเหลือ
  - 3.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม
  - 3.5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลจากการพยายามฆ่าตัวตาย
4. การประเมินความต้องการความรู้ และการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ
  - 4.1 ความรู้เรื่องโรค
  - 4.2 ความรู้เรื่องยาตามแผนการรักษาของแพทย์
  - 4.3 การรักษาต่อเนื่อง เช่นการล้างแผล การมาตรวจตามนัด ฯลฯ
  - 4.4 การไปรักษาต่อยังแหล่งให้บริการในชุมชน
  - 4.5 แหล่งให้ความช่วยเหลือในสังคม
  - 4.6 การเยี่ยมบ้าน
  - 4.7 อื่นๆ

## ส่วนที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

### 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีทั้งหมด 6 ข้อดังนี้

- 1.1 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ
- 1.2 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นจากอาการทางจิต
- 1.3 การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
- 1.4 บทพร้อมสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้อื่น
- 1.5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลจากการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
- 1.6 ปัญหาอื่นๆ

### 2. กิจกรรมการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ข้อ ได้แก่

- 2.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
  - 2.1.1 ความรู้เรื่องโรค
  - 2.1.2 ความรู้เรื่องยา
  - 2.1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ
  - 2.1.4 การปรับตัวเพื่อลดความเครียดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - 2.1.5 ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารกับผู้อื่น

### 2.2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- 2.2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบสนับสนุนและให้กำลังใจ
- 2.2.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว

### 2.3 การประสานงานเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

แพทย์ ประสานในกรณี การส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ การมาตรวจตามนัด

เภสัชกร ประสานในกรณี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตาม

แผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

พยาบาลจิตเวช ประสานในกรณีการให้คำปรึกษาครอบครัว การนัดพบหลังจำหน่าย

ภายใน 1 -2 สัปดาห์ตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ

ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานในกรณี ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 6 เดือน

สถานีอนามัย /PCU ประสานในกรณี ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 6 เดือน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น หน่วยงาน/องค์กรในชุมชนที่สามารถให้ความ

ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลแม่ระมาด

### 3. การประเมินผล





เกณฑ์การประเมินผล เพื่อพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละกิจกรรม แบ่งออกเป็น

S (Satisfaction) หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับพึงพอใจสูง ผู้ป่วยและญาติสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

P (Partial) หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ/ ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน ต้องให้การดูแล/ให้คำแนะนำ และประเมินซ้ำจึงจะสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

U (Unsatisfaction) หมายถึง ผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณาให้รักษาต่อในโรงพยาบาล/ส่งพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต/ส่งต่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปางจำนวน 8 ราย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการนำไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ของสภากายวิจยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือแบบประเมินผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ สร้างโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.78 ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน มีค่าความไว ร้อยละ 90.72 2) แบบประเมินสภาพจิตพัฒนาโดย ภัทธราภรณ์ หุ่นปินคำ (2549) 3) แบบประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย และ 4) แบบประเมินแนวทางแก้ไขปัญหาทางบวก ซึ่งทั้งสองแบบประเมิน ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ 0.93

ในแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ได้มีการประเมินผู้ป่วยในหัวข้อดังต่อไปนี้

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

ผลลัพธ์จากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่

พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องโรคประจำตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล แต่เมื่อติดตามไปประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอีก ผู้ป่วยทั้ง 8 รายไม่พบอาการทางจิต ไม่พบอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวทางแก้ไขปัญหาในทางบวก ทั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และเมื่อติดตามไปประเมินผล 1 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ที่ได้ดัดแปลงขึ้นมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีหลายรูปแบบ และวิธีปฏิบัติที่ต่างกัน การเลือกรูปแบบที่นำมาปฏิบัติต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ทีมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลแม่ระมาดพิจารณาแล้วว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยของสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตากมากที่สุด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 30 เช่นเดียวกัน และแผนจำหน่ายที่มีความสอดคล้องในการตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้และประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตากต่อไป

### การนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

#### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

การนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้นั้น เป็นกระบวนการนำเอาความรู้มาสังเคราะห์ เผยแพร่ และการใช้ผลที่ได้จากการวิจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการใช้ความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ โดยมุ่งเน้นมีผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น (Burns & Grove, 2005) ซึ่งมีรูปแบบการนำเสนอผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้นั้นมีหลายรูปแบบ คือ

1. รูปแบบของสเตลเลอร์ (Stetler Model) มีขั้นตอนการดำเนินการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมี 5 ระยะ (Stetler cited in Burns & Grove, 2005) คือระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นระยะที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดกระบวนการคิด พิจารณา มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการใช้ผลการวิจัย ระยะที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องเป็นการหาหลักฐานที่เป็นองค์ประกอบ



ของการดำเนินการใช้ผลการวิจัย และเป็นผลในการยอมรับหรือปฏิเสธ ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินเปรียบเทียบ การตัดสินใจ คือหลักฐานที่สำคัญที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความเป็นไปได้ในการใช้ผลการวิจัย เกิดจากการเปรียบเทียบผลการวิจัยที่อาจเกิดจากการใช้ในระดับบุคคล กลุ่ม หรือ การใช้ทั้งองค์กร การใช้ความรู้และงานวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม หรือการไม่ใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติ เนื่องจากผลของงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนหรือมีความเสี่ยงต่อการใช้ผลการวิจัยนั้น ระยะที่ 4 ขึ้นถ่ายทอดดำเนินการ เป็นการยืนยันที่จะใช้ความรู้ที่จะใช้ปฏิบัตินั้นอย่างไร โดยการประเมินจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และดำเนินการใช้ผลการวิจัยพัฒนามาเป็นนโยบาย วิธีปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ระยะที่ 5 การประเมินผล เป็นการประเมินผลที่เป็นได้ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่เกิดกับบุคคล องค์กรสุขภาพ

2. สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้กำหนดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำไปใช้ และการประเมินผล ไว้ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหา และขอบเขตของการดำเนินการ 2) กำหนดทีมบริการสุขภาพในการดำเนินงาน 3) กำหนดวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ของการปฏิบัติ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยพิจารณาข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7) นำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 8) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

3. รูปแบบการดำเนินการและการใช้ผลการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล (Conduct and Utilization in Nursing Project [CURN]) มี 7 ระยะ ดังนี้ (Burn & Grove, 2005) ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนรวบรวมปัญหาการดูแลผู้ป่วย กระบวนการวิจัยมาวางแผนเข้าด้วยกัน ระยะที่ 2 รวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินถึงข้อจำกัดในการนำไปใช้ ระยะที่ 3 การตัดสินใจนำผลการวิจัยหรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการปฏิบัติ ระยะที่ 4 อธิบายวิธีการพยาบาล โดยใช้ผลการวิจัย หรือนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 5 การทดลองใช้ผลการวิจัย หรือนวัตกรรม ลงสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 6 การประเมินผลจากการใช้ผลการวิจัย หรือนวัตกรรมในการปฏิบัติและการจัดบันทึกผลการปฏิบัติ และระยะที่ 7 การสรุปผลตามหลักวิชาการตามกระบวนการดูแล เพื่อเป็นหลักฐานในการตัดสินใจว่าจะใช้หรือหยุดใช้งานวิจัยหรือนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน หรือมีการคัดแปลงให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริงโดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

4. ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Rogers's theory diffusion of innovationbased model) เป็นการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม มีกระบวนการขั้นตอนของการวางแผนการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) โดยมี

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนัก เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นๆ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรงโดยอ้อมหรือมีการดัดแปลง และ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำเอานวัตกรรม หรือผลงานวิจัยไปใช้นั้นมีการนำไปใช้ได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไป โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือการปฏิบัตินั้นๆ

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำรูปแบบทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์มาใช้ เนื่องจากมีกรอบแนวคิดที่มีความชัดเจนในแต่ละขั้นตอน ผู้ศึกษาสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลได้และสามารถนำไปประเมินประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลแม่ระมาดได้

### องค์ประกอบของทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

1. นวัตกรรม (innovation) หมายถึง ความคิด สิ่งประดิษฐ์ การปฏิบัติ สิ่งของที่เกิดขึ้นใหม่โดยที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ซึ่งความคิดนั้นอาจไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งใหม่แต่อาจถูกยอมรับว่าใหม่ ภายใต้การพิจารณาของกลุ่มที่ให้การยอมรับและนำมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหน่วยงานและวิชาชีพ

2. ช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อการเผยแพร่วัตกรรม (communication channels) เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือ บุคคลกับกลุ่มบุคคล โดยผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น หนังสือ บทความวิชาการ หนังสือพิมพ์ และการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ในการเผยแพร่นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ หรือช่วยให้มีการนำเอานวัตกรรมไปใช้ การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเป็นการสื่อสารระหว่าง 2 กลุ่มบุคคลเช่น ผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

3. เวลา (time) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ซึ่งโรเจอร์ได้กล่าวถึงองค์ประกอบเกี่ยวกับเวลา 3 องค์ประกอบคือ



3.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นอยู่ในระยะเวลาเดียวกัน

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบุคคล หรือองค์กร เวลาที่มีอิทธิพลในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ

3.3 จำนวนของกลุ่มคนภายในองค์กร / หน่วยงาน การดูแลสุขภาพที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ระบบสังคม (social system) เป็นระบบกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้สำเร็จ เช่น พยาบาล และทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการ และญาติผู้ดูแลภายใต้มาตรฐานของหน่วยงานที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งทุกองค์ประกอบที่ให้การดูแลสุขภาพ ผู้นำองค์กรบางครั้งก็อาจให้การยอมรับนวัตกรรมใหม่นั้น บางครั้งก็อาจมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ซึ่งพยาบาลต้องค้นหาปัจจัยที่จะทำให้ผู้นำองค์กรให้การยอมรับนวัตกรรม

#### การใช้นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

โรงพยาบาลแมะระมาดยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นแนวปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพบริการ จึงได้นำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มาใช้และประเมินผลการใช้แผนจำหน่ายนี้ต่อไป โดยต้องมีการนำสู่การปฏิบัติที่เป็นงานประจำ โดยมีการเตรียม การทั้งในด้านนโยบายและด้านบุคลากร โดยการนำรูปแบบการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์มาใช้ (Roger cited in Burns & Grove, 2005) ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการผ่านสื่อมวลชน เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ วารสารวิชาการจดหมายข่าว เครือข่ายคอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ และหนังสือต่างๆ รวมถึงการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการภายในองค์กร จากพยาบาลไปสู่บุคคลอื่นที่มีประสิทธิภาพ ในการขยายการเรียนรู้ งานวิจัยต่างๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับผลงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เหล่านั้นๆ

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ โดยที่พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติที่ชื่นชมในข้อดีของนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย เห็นคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนั้น โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับ คือ ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะนำมาใช้ การอยู่ร่วมกันได้ความไม่ซับซ้อน ความง่ายของการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในองค์กร

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อการนำเอานวัตกรรมไปใช้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อองค์กร ส่วนการปฏิเสธเป็นการตัดสินใจไม่ยอมรับนวัตกรรม อาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงาน

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลง โดย

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) หมายถึง การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ โดยไม่มีการดัดแปลง หรือการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือการปฏิบัตินั้นเลย ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือข้อบ่งบอกของนวัตกรรม พยาบาลสามารถนำผลงานวิจัยไปใช้โดยตรง หากสถานการณ์ในการปฏิบัติงานมีลักษณะเหมือน หรือคล้ายกับที่รายงานไว้ในนวัตกรรมนั้นๆ โดยการปฏิบัติตามมาตรฐานกระบวนการที่ได้กล่าวไว้ การนำผลงานวิจัยไปใช้โดยตรง ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ยากเนื่องจากความรู้ใหม่ หรือการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบใหม่ อาจไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติหรือความเคยชินที่ได้รับการสอนหรือที่เคยการปฏิบัติ

4.2 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) หมายถึง การที่ความรู้ที่ได้จากการวิจัย หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ทำให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้ให้เพิ่มพูนที่ละเล็กละน้อย และมีผลต่อความคิดประสบการณ์ของความรู้ที่ได้รับ ทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ และมีการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานของตน และนำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหา ก็ได้การนำผลการวิจัยไปใช้ทางอ้อม เกิดขึ้นได้จากการพูดคุย การอ่านงานวิจัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน กับนักวิจัย

4.3 การดัดแปลงและสร้างขึ้นใหม่ (reinvention) หมายถึง การที่พยาบาลได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการ และเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตน เพื่อนำมาดัดแปลงอย่างสมเหตุสมผล และให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงานของตน

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจ ที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น โดยเป็นการ



ประเมินประสิทธิผลของการนำเอานวัตกรรมไปใช้แล้วนั้น และตัดสินใจว่าจะใช้นวัตกรรมนั้นต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินว่านวัตกรรมนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่พยาบาลต้องการหรือไม่ การตัดสินใจที่จะใช้ต่อและขยายไปสู่หน่วยงานทีมผู้ดูแลสุขภาพ หรือองค์กรด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่จะหยุดใช้นวัตกรรม จะมีแนวทางของการหยุดใช้ 2 วิธี คือ 1) การแทนที่ ซึ่งเป็นการปฏิเสธเพื่อที่จะยอมรับนวัตกรรมที่ดีกว่า ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่อยู่ในความสนใจ มีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติมาแทนที่นวัตกรรมเดิม 2) การหมดความสนใจ มักจะเกิดขึ้นเมื่อความคิณั้นถูกปฏิเสธ เพราะผู้ใช้ไม่พอใจกับผลลัพธ์ของนวัตกรรม

### กรอบแนวคิดและทฤษฎี

โรงพยาบาลแม่ระมาดมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของตึกผู้ป่วยใน และมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ยังพบปัญหาของการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นแนวปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันที่จะนำไปใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการฆ่าตัวตายซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อุปการะและญาติมีการเข้าใจต่อภาวะเจ็บป่วย ลดภาระการดูแลและส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยลดลงได้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสบปราบ ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และมีความใกล้เคียงกับบริบทของโรงพยาบาลแม่ระมาดซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนฝ่ายกายเช่นเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มาใช้ โดยศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) เป็นระยะที่ผู้ศึกษาเสนอการทบทวนวรรณกรรมการนำไปใช้ และแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปางของ อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) เสนอต่อทีมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลแม่ระมาดในด้านเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการใช้ 2) ระยะโน้มน้าว



(persuasion stage) เป็นระยะที่ผู้ศึกษานำเสนอประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แผน  
 จำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่ทีมพัฒนาคุณภาพ  
 บริการร่วมกันตัดสินใจจะยอมรับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษ  
 ในโรงพยาบาลของ อมรรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation  
 stage) เป็นระยะที่ทีมนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไปใช้ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะ  
 การประเมินประสิทธิผล ซึ่งประเมินจากผู้ป่วยไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต  
 ได้แก่ หนูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน จากการ  
 พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ แผลติดเชื้อ มีไข้สูง ตัว และ ตาเหลือง และผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญห  
 ทางบวก ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและติดตาม 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล