

การพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเอง
ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

The Development of Psychiatric Nurse's Role
in Intentional Self-Harm Patients Nursing Care in Sisaket Hospital

ชญ์รภัส สุทาวาน^{1*}, ดนิตา ทวีพงษ์², ภัทรภร พวงเงินสกุล²

Chanrapas Sutawan^{1*}, Danita Taweephong², Pattaraporn Puangngernsakun²

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ¹, โรงพยาบาลศรีสะเกษ²

Sisaket Rajabhat University¹, Sisaket Hospital²

(Received: February 3, 2022; Revised: February 28, 2022; Accepted: March 2, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสะเกษด้วยการทำร้ายตนเองและได้รับการส่งต่อมารับรักษาที่คลินิกจิตเวช จำนวน 188 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2562 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน 8Q 9Q และ รง. 506s วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ผู้ป่วยทำร้ายตนเองได้รับการพยาบาลจากพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้นจาก 68 รายในปี 2561 เป็น 120 รายในปี 2562 ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 29.4 และ 56.7 ได้ส่งต่อข้อมูลให้สหวิชาชีพในหอผู้ป่วย บันทึกในเวชระเบียนและโปรแกรมออนไลน์ร้อยละ 100

2) การพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้การบำบัดทางการพยาบาล เป็นผู้ประสานความร่วมมือ ให้ข้อมูลแก่ครอบครัว ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย และประเมินผลการพยาบาล โดยสรุปการพัฒนาบทบาทพยาบาลนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และลดการทำร้ายตนเอง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเอง, บทบาทพยาบาลจิตเวช, การพัฒนาบทบาทพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: chanrapas.s@sskru.ac.th Tel. 0649196542)

Abstract

This study was the action research with purpose to study the situations of intentional self - harm patients and developed psychiatric nurses' roles in intentional self - harm patients nursing cares in Sisaket hospital. The target group were 188 patients who came to Sisaket hospital presenting with intentional self - harm and referred to a psychiatric clinic for consultations during October 1, 2017 to September 30, 2019. Collected data using 8Q, 9Q and 506s assessment forms, analysed data using the packaged program and descriptive statistics such as numbers, percentage, mean, standard deviation and median. The intentional self - harm patients who received psychiatric nursing cares increased from 68 in 2018 to 120 in 2019, received assessment for depression and suicide risk at 29.4 and 56.7%, forwarded information to multidisciplinary personnel in wards and recorded in medical records and online programs at 100 %. 2) The development of psychiatric nurses' roles used nursing processes to assess physical, mental, emotional, social and spiritual health conditions. Provided supportive psychotherapy, acted as a coordinator, provided information to family, forwarded information for continuing care to nurses in wards and evaluated nursing results. In conclusion, the development of these nurses' roles allowed the patients to receive continuous physically, mentally and socially holistic cares and reduced intentional self - harm.

Keywords: intentional self - harm patients nursing cares, psychiatric nurses' roles, development of nurses' roles

บทนำ

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองเป็นปัญหาวิกฤติทางสุขภาพจิต ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญและเฝ้าระวังปัญหาอย่างต่อเนื่องมาตลอด ข้อมูลสถิติพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในระบบ 3 ฐานข้อมูล ในปี 2561 2562 และ 2563 เท่ากับ 8.81 8.95 และ 10.08 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ (Department of Mental Health, 2021) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด เป็นความสูญเสียที่เราไม่ยากให้เกิดขึ้นในสังคมไทยและเป็นความสูญเสียที่เราทุกคนสามารถช่วยกัน ป้องกันได้

ข้อมูลจาก WHO ระบุว่า ในแต่ละปีมีประชากรมากกว่า 800,000 ราย เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และในแต่ละครั้งที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicide) จะมีความพยายามทำร้ายตนเอง (Attempt Suicide) มากกว่า 20 ครั้ง นั่นหมายความว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถ ป้องกันได้ ถ้าคนรอบข้างมีความตระหนักและสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที องค์การอนามัยโลก

จึงได้กำหนดให้ วันที่ 10 กันยายนของทุกปี เป็น ‘วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก’ หรือ ‘World Suicide Prevention Day’ เพื่อสร้างความตระหนักให้ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2021) โดยในปี พ.ศ.2564 นี้ มี theme ที่มีชื่อว่า Creating Hope Through Action หรือ รวมพลังสร้างความหวัง เพื่อเชิญชวนให้ทุกภาคส่วนในสังคมมุ่งหน้าสร้างความหวังให้เกิดขึ้นในสังคมเพื่อผ่านวิกฤติที่กำลังเกิดขึ้นและลดการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตจึงได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย เน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อนำไปสู่การลดความสูญเสียในสังคม (Department of Mental Health, 2021) ทั้งนี้พยาบาลจิตเวชจึงต้องพัฒนาบทบาทการให้การพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป

โรงพยาบาลศรีสะเกษมีสถิติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยการวินิจฉัย Intentional self-harm(x60-x84) ปี 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 115 ราย 140 ราย และ 125 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งถูกส่งต่อมาปรึกษาที่กลุ่มงานจิตเวช ซึ่งจะมีจิตแพทย์ไปให้การบำบัดรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ และมีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชไปร่วมให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ การให้การพยาบาลทางด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติในขณะที่นอนโรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายโดยประสานเครือข่ายในการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งที่เป็นเอกสารและโปรแกรมสำเร็จรูป รวมถึงการบันทึกข้อมูลออนไลน์ตามแบบรายงาน รง506S ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ซึ่งเป็นศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้จัดผู้รับผิดชอบงานเป็นรูปธรรม ยังเป็นการดำเนินการเชิงรับและไม่มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิด Holistic care ร่วมกับ continuing care มาใช้ในการพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวม/ต่อเนื่อง เพื่อลดการทำร้ายตนเองซ้ำ และช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ ลดการฆ่าตัวตาย รวมทั้งลดความสูญเสียทั้งต่อครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
- 2) เพื่อพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ และใช้แนวคิดของ Holistic care ร่วมกับ continuing care เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวช

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในวิเคราะห์สถานการณ์และการประเมินผล ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วย ที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีสะเกษด้วยการทำร้ายตนเอง ได้รับการวินิจฉัย Intentional self harm (x60-x84) ที่ได้รับการส่งต่อปรึกษาที่คลินิกจิตเวช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 341 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973) ที่กำหนด ความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 184 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวช ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัย 3 คน

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และการประเมินผล ในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จำนวน 9 ข้อ การแปลผล ถ้าคะแนน รวมน้อยกว่า 7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีน้อยมาก 7-12 คะแนน มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 คะแนน มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกรมสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ การแปลผล 0 คะแนน ความหมายคือ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน ความหมายคือ มีแนวโน้มที่ฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย 9-16 คะแนน ความหมายคือ มีแนวโน้มที่ฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง 17 คะแนน ความหมายคือ มีแนวโน้มที่ฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง 3) แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง รง.506s (10th Edition 24 Oct 2017) ของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วน A ชื่อสถานบริการ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วน B ได้แก่ B1 วิธีการทำร้ายตนเอง B2 โรคประจำตัว ส่วน C ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตนเอง และส่วน D บริการที่ได้รับ

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทำร้ายตนเองที่มารับบริการด้วยการวินิจฉัย X64 – X80 ในปี 2561 ทั้งหมดจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีสะเกษ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับบริการจาก พยาบาลจิตเวช การมารับบริการต่อเนื่องตามนัด การไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าในปี 2561 ผู้ป่วยทำร้ายตนเองได้รับการดูแลทางจิตใจจากพยาบาลจิตเวช

เพียงร้อยละ 50 เนื่องจากยังไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชหรือเตียงผู้ป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะ ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางกายเป็นหลัก ถึงแม้จิตแพทย์จะไปให้การรักษาร่วมกับแพทย์ทางกายแต่การดูแลทางจิตใจพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานการให้การพยาบาลผู้ป่วยทางกายมีมากและขาดสมรรถนะการบำบัดทางการพยาบาล ด้านพยาบาลจิตเวทยังไม่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองเป็นการเฉพาะ ดังนั้นการไปให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองในหอผู้ป่วยจะดำเนินการในเวลาบ่ายหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองไม่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลจากพยาบาลจิตเวช ขาดการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและชุมชน

2. ชั้นวางแผนปฏิบัติ

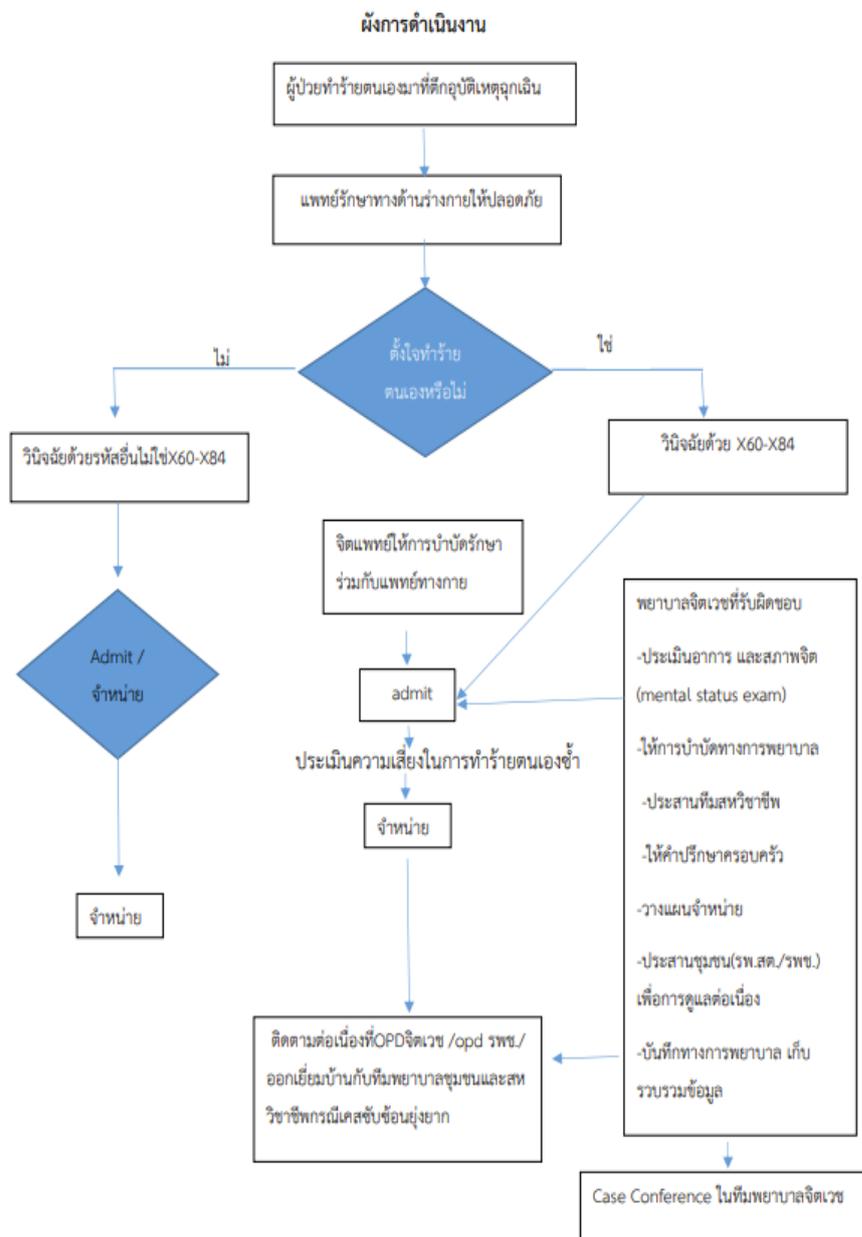
คณะผู้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองได้แก่ การบำบัดทางการพยาบาลโดยการแก้ปัญหา(Problem Solving Therapy : PST) การบำบัดทางการพยาบาลโดยการให้การปรึกษาภาวะวิกฤต(Crisis counseling) การบำบัดทางการพยาบาลโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) จำนวน 3 คน นำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาวางแผนการปฏิบัติโดยมีการมอบหมายให้มีพยาบาลจิตเวชรับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานหอผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ มอบหมายผู้ป่วยให้ทีมผู้วิจัยไปให้การพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การประเมินสภาพจิต ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงประเมินครอบครัว ให้การบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประสานครอบครัวเพื่อให้ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายและประสานชุมชน(รพ.สต./รพช.)เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การบันทึกใน nurse's note เพิ่มเวชระเบียนทั้งที่เป็นเอกสารและโปรแกรมสำเร็จรูป บันทึกผลการประเมินสั้นๆใน progress note เพื่อเป็นการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ บันทึกข้อมูลแบบเผื่อระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง รง.506s ทั้งที่เป็นเอกสารและระบบออนไลน์ กรณีเป็นเคสซับซ้อนผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำสูงหรือมีเหตุการณ์รุนแรงในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ประสานงานการทำcase conference ในทีมสหวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลเพื่อบริหารความเสี่ยง หรือประชุมในทีมพยาบาลจิตเวชหรือออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมพยาบาลชุมชน ติดตามให้การพยาบาลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก รวมถึงบันทึกรง.506s ของแต่ละvisit โดยกระบวนการ สามารถสรุปเป็น Flow Chart ได้ดังภาพที่ 1

3. ชั้นดำเนินการตามแผน

พยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบผู้ป่วยทำร้ายตนเอง มีบทบาทในการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทำร้ายตนเองจากทะเบียนรับปรึกษาและประสานข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลในหอผู้ป่วยรวมถึงผู้ป่วยอื่น

ที่มานอกเวลาราชการและยังไม่ได้ส่งปรึกษา เตรียมวางแผนไปให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยตาม Flow Chart ผังการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1

กระบวนการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย การประเมินทางการพยาบาล ด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยญาติ บุคคลใกล้ชิด รวมถึงข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ การประเมินโรคซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ โดยใช้แบบรง 506s เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการประเมินสภาพจิต การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การบำบัดทางการพยาบาล โดยเลือกใช้วิธีการที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย ได้แก่ การบำบัดทางการพยาบาลโดยปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางการพยาบาลโดยการแก้ปัญหา การให้การปรึกษาภาวะวิกฤต การทำจิตบำบัด



ภาพที่ 1 Flow Chart ผังการดำเนินงาน

ประคับประคอง 2) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำที่บ้านเป็นคู่มือ 3) ประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4) การวางแผนจำหน่าย ตามหลัก MEDTHOD ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การป้องกันความคิดและพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำ การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 5) ประสานทีมพยาบาลในการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองและมีอาการซับซ้อนพยาบาลจิตเวชอาจไปร่วมกับพยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานนอกโรงพยาบาลในการออกเยี่ยมบ้าน 6) บันทึกทางการพยาบาล โดยบันทึกทางการพยาบาลใน Nurse's note ในเวชระเบียนเพื่อสื่อสารกับพยาบาลในหอผู้ป่วย บันทึกผลการประเมินทางการพยาบาลใน progress note เพื่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ และบันทึกการพยาบาลในเวชระเบียนของโปรแกรมสำเร็จรูปของโรงพยาบาล 7) การประเมินผลการพยาบาลประเมินผลตามกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การประเมินผล (Nursing evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ ทั้งเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ ที่เกิดจากการพยาบาลบุคคล ครอบครัว ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขในการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่ปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตแต่ละราย โดยต้องประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลทุกรายเป็นระยะตามผลลัพธ์การพยาบาลและ แผนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. ขั้นตอนการประเมินผล

ประเมินผลจากการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยทำร้ายตนเองเข้าถึงบริการพยาบาลจิตเวช การให้การบำบัดทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงของทำร้ายตนเองซ้ำจากแบบประเมิน 8Q ความร่วมมือของครอบครัวและผู้ดูแล การติดตามดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การมาตรวจตามนัด และอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี โดยติดตามจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง รง.506s การประเมินจากทีมสหสาขา เช่น อัตราการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยใน การส่งต่อข้อมูลจากจิตแพทย์เพื่อให้พยาบาลร่วมดูแลผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการกำลังให้การพยาบาลทางสังคมจิตใจ โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย การประเมินโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับผลประโยชน์ คือ การได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจ ความรู้ในด้านการป้องกันการทำร้ายตนเอง ซึ่งข้อมูลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ จะได้รับการส่งต่อข้อมูลเฉพาะเพื่อการให้การพยาบาลต่อเนื่องซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวก่อนทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
2. บทบาทพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.5 อายุเฉลี่ย 55 ปี ค่ามัธยฐานที่ 33 ปี อายุกลุ่มมากที่สุด อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 27.9 และ 23.3 สถานภาพ ปี 2561 โสด ร้อยละ 44 ปี 2562 สมรส ร้อยละ 49.2 อาชีพแม่บ้าน/ว่างงานร้อยละ36.8และ 45 ศาสนาพุทธทุกคน

วิธีการทำร้ายตนเอง ปี2561 ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด จำนวน 22 คน (32.35) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 รองลงมาก็คือกินสารเคมีอื่นๆ จำนวน 14 คน(20.6) โดยเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากันปี 2562 ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด จำนวน33 คน(27.5) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.4 รองลงมาก็คือกินสารเคมีอื่นๆ จำนวน 24คน(20.0) โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 (ดังตารางที่ 1)

ปัจจัยกระตุ้นด้านปัญหาความสัมพันธ์ ปี2561ส่วนใหญ่สาเหตุจากทะเลาะกับคนใกล้ชิด จำนวน 40 (58.82) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 รองลงมาก็คือ ผิดหวังความรัก/หึงหวง จำนวน 10 คน (14.7) โดยทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน เท่ากันปี 2562 ส่วนใหญ่สาเหตุจากทะเลาะกับคนใกล้ชิด จำนวน 76 คน (63.3) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 รองลงมาได้แก่ น้อยใจถูกดูต่ำ/ตำหนิ จำนวน 20คน (16.6) โดยเป็นเพศชายร้อยละ70 และ ผิดหวังความรัก/หึงหวง จำนวน 19 คน (14.7) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงเพศ และกลุ่มอายุกับวิธีการทำร้ายตนเอง 8 อันดับแรก

วิธีการ	2561 N=68							2562 N=120								
	N (จำนวน)	เพศ(ร้อยละ)		กลุ่มอายุ(ร้อยละ)				N (จำนวน)	เพศ(ร้อยละ)		กลุ่มอายุ(ร้อยละ)					
		ชาย	หญิง	≤20	21-30	31-40	41-50		ชาย	หญิง	≤20	21-30	31-40	41-50	41-50	> 60
กินยาเกินขนาด	22	27.3	72.7	22.7	18.2	40.9	13.6	33	17.6	82.4	29.4	29.4	26.5	11.8	2.9	-
กินยาฆ่าแมลง	7	57.1	42.9	-	14.3	42.9	14.3	8	75	25	-	-	12.5	62.5	-	25
กินยากำจัด วัชพืช	6	83.3	16.7	-	16.7	66.7	16.7	14	64.3	35.7	-	14.3	21.4	28.6	7.1	28.6
กินสารเคมีอื่นๆ	14	50	50	35.7	21.4	-	42.9	24	33.3	66.7	12.5	37.5	25	8.3	8.3	8.3
ใช้ของมีคม	3	33.3	66.7	66.7	-	33.3	-	14	42.9	57.1	57.1	21.4	14.3	7.1	-	-
กระโดดจากที่สูง	11	63.6	36.4	-	36.4	18.2	45.5	14	64.3	35.7	21.4	-	35.7	28.6	7.1	7.1
ผูกคอ	-	-	-	-	-	-	-	2	50	50	50	50	-	-	-	-
รมควัน/อบแก๊ส	1	100	-	-	-	-	100	2	50	50	-	-	-	50	50	-
อื่นๆ	4															

ตารางที่ 2 แสดงเพศ กลุ่มอายุ กับปัจจัยกระตุ้นด้านปัญหาความสัมพันธ์ 5อันดับแรก

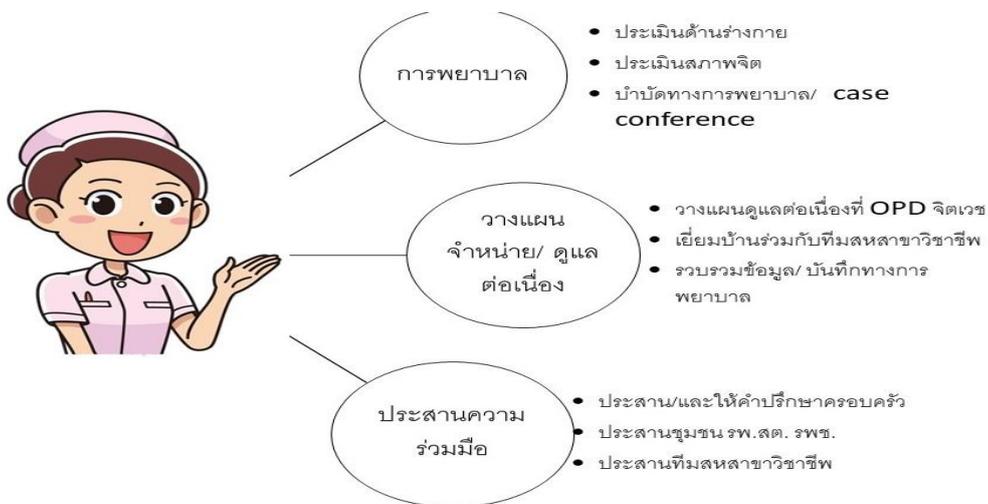
ปัจจัยกระตุ้น ด้านปัญหา ความสัมพันธ์	2561 (N=68)								2562 (N=120)								
	N จำนวน	เพศ(ร้อยละ)		กลุ่มอายุ (ร้อยละ)					N จำนวน	เพศ(ร้อยละ)		กลุ่มอายุ (ร้อยละ)					
		ช	ญ	≤20	21-30	31-40	41-50	51-60		ช	ญ	≤20	21-30	31-40	41-50	51-60	≥60
น้อยใจถูกดูต่ำ	6	16.7	83.3	66.7	33.3	-	-	-	20	70	30	25	25	10	20	5	15
ผิดหวังความรัก/ หึงหวง	10	50	50	30	30	30	10	-	19	36.8	63.2	36.8	31.6	5.3	26.3	-	-
ทะเลาะกับคน ใกล้ชิด	40	30	70	30	10	20	40	-	76	35.5	64.5	15.8	26.3	25	17.1	3.9	11.8
ต้องการเอาใจ ขอแล้วไม่ได้	8	60	40	60	40	-	-	-	5	40	60	40	20	20	20	-	-
ถูกคนนินทาจน อับอาย	1	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อื่นๆ	3																

2. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

บทบาทพยาบาลจิตเวชที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ลดการทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย การดำเนินการในหลายส่วน ได้แก่

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2.1.1 การประเมินอาการทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้อง 2.1.2 การประเมินสภาพจิต โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกรมสุขภาพจิต และแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง รง.506s 2.1.3 การบำบัดทางการพยาบาล ในการศึกษานี้ ทีมผู้วิจัยได้ใช้การบำบัดทางการพยาบาลโดยการปรับความคิดการบำบัดทางการพยาบาลโดยการแก้ปัญหา การทำจิตบำบัดประคับประคอง ส่วนการทำ case conference จะทำในผู้ป่วยทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงในโรงพยาบาล เช่น การกระโดดตึก พยาบาลจิตเวชจะเป็น ผู้ประสานงานเพื่อทำ case conference ระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทบทวนระบบ การป้องกันการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลและปรับปรุงร่วมกัน 2.1.4 การวางแผนจำหน่าย เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือสัญญาณเตือน 2.1.5 การดูแลต่อเนื่องที่ OPD จิตเวชจะนัดติดตามในสัปดาห์แรกหลังจำหน่าย และมีการติดตามเชิงรุกโดยให้บุคคลที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่อง มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้จะมีการรวบรวมข้อมูล และบันทึก ข้อมูลอย่างครบถ้วนและเป็นระบบ 2.2 การประสานงาน ได้แก่ การประสานงานกับครอบครัว โดยให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน ลดความรู้สึกผิดจากทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการประสานชุมชน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน และมีการประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพทั้งในและนอกสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถสรุปได้ 3 ด้าน คือ 1. บทบาทในการให้การพยาบาล แบบองค์รวม 2. บทบาทในการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และ 3. บทบาทในการประสานความร่วมมือ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

อภิปรายผล

1) สถานการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเองที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กลุ่มอายุส่วนใหญ่ 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 33 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน เพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Aiamsaart & Thaweesees (2020) ที่พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น Aroonroong (2021) ที่พบว่า เพศหญิงจะพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 65 และอยู่ในวัยทำงาน 20-39 ปี Prateepeteranun & Lueboonthavachai (2015) พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 สาเหตุของการทำร้ายตนเอง คือทะเลาะกับคนใกล้ชิด รองลงมาคือ ผิดหวังความรัก หึงหวง และน้อยใจ ถูกดุด่า/ตำหนิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aroonroong (2021) และการศึกษาของ Aiamsaart & Thaweesees (2020) ที่พบว่าเหตุการณ์กระตุ้นให้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่จากปัญหาหึงหวง ผิดหวังความรัก และทะเลาะกับคนใกล้ชิด วิธีการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด รองลงมาคือกินสารเคมีอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aroonroong (2021) ที่พบว่ารูปแบบของการพยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยาเกินขนาด

2) การพัฒนาบทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลแบบองค์รวม ในส่วนการประเมินทางด้านร่างกาย เป็นการแสดงความห่วงใยผู้ป่วย เป็นการโอบอุ้มจิตใจผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ดีต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบำบัดนี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเพิ่มความใกล้ชิด ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจและไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวความคับข้องใจให้พยาบาลจิตเวชได้รับทราบและร่วมมือในการบำบัดรักษา

การประเมินสภาพจิตและการวางแผนการพยาบาล เป็นบทบาทของการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำไปสู่การให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย รวมถึงการรายงานผลการประเมินที่อาจมีประเด็นที่เพิ่มเติมจากที่จิตแพทย์ได้ประเมินไว้เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น การให้ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Fontão, Rodrigues,Lino,Lino, & Kempfer, 2017) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยเป็นงานที่ซับซ้อน พยาบาลในหอผู้ป่วยก็รู้สึกถูกทอดทิ้ง และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ได้รับการฝึกอบรมและการสะท้อนกลับจากสหวิชาชีพ (Derblom, Lindgren, Johansson, & Molin, 2020) ซึ่งการได้รับความรู้และการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีผลต่อทัศนคติ ความมั่นใจในตนเองและการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมืออาชีพ (Aldalayheh, Al-Hammouri, Rababah, & Al-Shannaq, 2021)

สมรรถนะพยาบาลจิตเวชในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและลดความอ่อนแอด้วยการเสริมความเข้มแข็งของกลไกทางจิตของผู้ป่วย (Krodkaew, Bunthumporn & Soonthronchaiya, 2018) ลดความรู้สึกตราบาปของสมาชิก

ครอบครัว (Mekloi, 2020) การบำบัดทางการพยาบาลแบบปรับความคิดและพฤติกรรมพื้นฐานในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับ การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีระดับภาวะซึมเศร้ายาลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับ (Anarmat, 2017) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีพยายามฆ่าตัวตายแบบไม่ได้ตั้งใจตาย ใช้อารมณ์หุ่นหันปล้นเล่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำต่ำ โดยเป็นการปรับมุมมองของผู้ป่วยต่อการแก้ปัญหาในชีวิต ส่งเสริมให้ใช้รูปแบบของการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล ลดการแก้ปัญหาแบบหุ่นหันปล้นเล่น หรือขาดความระมัดระวังในการแก้ปัญหา (Sakulphan, 2021) และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายพบว่าสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนได้ (Klinpiboon, Yodklang, Kaanachai, Kamchompoo & Bupahouse, 2020) นอกจากนี้ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนมีความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลจิตเวชได้ใช้การให้คำปรึกษารอบครอบครัวมาใช้ใน ส่งเสริมให้การบำบัดซึ่งสามารถช่วยให้ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยลดลงได้ (Aroonroong, 2021) ซึ่งการบำบัดทางการพยาบาลเป็นการเยียวยาหรือการรักษาที่กระทำโดยพยาบาล ภายใต้การตัดสินใจทางคลินิกด้วยความรู้และประสบการณ์ของตน เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย พยาบาลสามารถกระทำได้ทั้งโดยบทบาทอิสระและบทบาทร่วมกับผู้บำบัดอื่นในทีมบำบัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (Sakulphan, 2021)

การทบทวนรายกรณี (case conference) ผู้ป่วยทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ในโรงพยาบาล เช่น การกระโดดตึก พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงร่วมกัน อีกทั้งการทบทวนในระดับทีมสหวิชาชีพยังเป็นการช่วยดูแลจิตใจของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่เกิดเหตุ เพราะแม้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.9บุคลากรเหล่านี้มีสำนึกรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และเห็นอกเห็นใจ แต่ส่วนหนึ่งก็รู้สึกสงสารผู้ป่วย ไม่สบายใจ เศร้า คับข้องใจ (Ouzouni, Nakakis, 2013) เกิดความรู้สึกผิดโทษตนเองว่ามีข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ผู้ป่วยจึงฆ่าตัวตายได้ พยาบาลจิตเวชสอดแทรกด้านการตระหนักรู้และตื่นตัวในสัญญาณการฆ่าตัวตายให้แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย การช่วยบำบัดความเจ็บปวดทางจิตใจและจุดประกายความหวัง ระวังเรื่องอารมณ์เศร้ายกไปกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ของพยาบาล จัดสมดุลทางอารมณ์ให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย และการรักษาระยะห่างทางวิชาชีพ (Hagen, Knizek, Hjelmeland, 2017)

การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการสังเกตอาการเตือน เช่น เทรียมหรือเข้าถึงอุปกรณ์ เช่น ยาพิษ อาวุธ หรืออื่นๆ มีการวางแผนฆ่าตัวตาย เขียนหรือพูดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย มีความต้องการที่จะตาย สิ้นหวัง โกรธ ก้าวร้าว พฤติกรรมที่หุ่นหันปล้นเล่น รู้สึกไม่มีทางออกใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น แยกตัว วิตกกังวล กระวนกระวาย การนอนหลับผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลง บอกว่าไม่มีเหตุผลหรือเป้าหมายที่จะมีชีวิตอยู่ ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้เริ่มจากมากไปน้อย (Smith, 2018)

การออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่เป็นผู้ป่วยซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การออกเยี่ยมบ้านทำให้พยาบาลจิตเวชจะได้เห็นบริบทของผู้ป่วยที่แท้จริง ได้รับข้อมูลเชิงลึกจากพยาบาลชุมชน พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว สามารถช่วยในการสำรวจปัญหาในครอบครัว ร่วมกับการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า (Pilakanta, & Sriwichai, 2020)

การรวบรวมข้อมูลสำคัญที่พยาบาลจิตเวชประเมินได้รวมถึงแผนการพยาบาล ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย ในส่วนที่ใช้เพื่อการสื่อสารกับสหวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชจะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่สั้นกระชับ ชัดเจนและเป็นปัจจุบันในบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ส่วนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลจิตเวชจะบันทึกใน nurse's note โปรแกรมเวชระเบียนสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์ และเอกสาร รง.506s ทั้งที่เป็นเอกสารที่จะเก็บเข้าแฟ้มและคีย์ข้อมูลในโปรแกรมออนไลน์เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวม ระดับประเทศ ซึ่งทุกขั้นตอนของการบันทึกให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลเป็นความลับ มีการกำหนด ชั้นความลับของข้อมูลโดยผู้ที่เปิดอ่านได้ต้องได้รับการลงทะเบียนและอนุมัติโดยทีมแอดมินที่รับผิดชอบ ข้อมูลของโรงพยาบาลเท่านั้น

การให้คำปรึกษาครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ครอบครัวเปรียบเสมือนด่านหน้า ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พยาบาลเปรียบเหมือน ผู้ให้คำปรึกษาที่ต้องดูแลสุขภาพจิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Nova, Hamid, & Daulima, 2018) จากผลการศึกษาที่สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด พยาบาลจิตเวชจะให้การปรึกษาแบบประคับประคอง และการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการเยียวยาจิตใจ ของครอบครัวในความรู้สึกเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย ลดความรู้สึกโทษตนเอง (Mekloi, 2020) การให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะลดลง ภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว (Aroonroong, 2021)

การประสานชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยทำร้ายตนเองต่อเนื่อง การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชจะประสานพยาบาล วิชาชีพในพื้นที่ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ส่งต่อแผนการรักษาของแพทย์ แผนการพยาบาลที่ดำเนินการไปแล้ว ในโรงพยาบาลและที่ต้องให้การพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน การติดตามให้ผู้ป่วยมาตามนัด ในจังหวัดศรีสะเกษ มีเครือข่ายพยาบาลจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 90 และเชื่อมต่อถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากพยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพในชุมชนใกล้บ้านในลักษณะใกล้บ้านใกล้ ใจ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้มีความเข้มแข็งทางใจ มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีการสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนกัน สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Thonghima, Moolsart, & Thomyangkoon, 2019) การพัฒนาบทบาทพยาบาลเพื่อการดูแล อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องนี้ รวมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และ

ทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหา และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เช่น ติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำอย่างถาวร รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทำร้ายตนเองทุกรายก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านหรือในชุมชน (Prateepeteranun, & Lueboonthavachai, 2015)

การนำผลการศึกษาไปใช้

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำร้ายตนเองนี้สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ยังไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะ ที่มีพยาบาลจิตเวชซึ่งจะมีบทบาททั้งให้การพยาบาลโดยตรงและบทบาทผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลของโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวยและเหมาะสมกับบทบาทการพยาบาลจิตเวชที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้

Reference

- Aldalaykeh, M., Al-Hammouri, M., Rababah, J., & Al-Shannaq, Y. (2020). Knowledge of Jordanian Nurses and Attitudes toward Patients with Suicidal Attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4) : 664-668. Retrived November 25, 2021, from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.004>.
- Derblom, K., Lindgren, B-M., Johansson, A., & Molin, J. (2020). Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care. *Mental health Nursing*, 42(8):776-783. Retrived November 25, 2021, from <https://www.tandfonline.com/loi/imhn20>.
- Fontão I, M.C., Rodriguesl, J., Linol, M.M., Linol, M.M., & Kempfer, S.S.. (2017). Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Thematic Issue: Mental health*, 5(2):199-205. Retrived November 25, 2021, from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.
- Foster, K., Marks, P., J O'Brien, A., and Raeburn, T. (2021). *Mental Health in Nursing 5th edition*, Elsevier, Australia.
- Hagen, J., Knizek, B.L., Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards : An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31: 31-37. Retrived November 25, 2021, from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

- Nova, R., Hamid, A.Y.S. & Daulima, N.H.C. (2018). Family's experience in caring for clients with suicidal risk in Indonesia. *Enfermeria Global*, 8(1), 445-463. Retrived November 25, 2021, from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.
- Ouzouni,C., and Nakakis,K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1):119-134.
- Pan American Health Organization. (2021). *World Suicide Prevention Day 2021*. Retrieved Sep 20, 2021, from <https://www.paho.org/en/campaigns/world-suicide-prevention-day-2021>.
- Smith, M.S. (2018). Suicide risk assessment and prevention. *Nurs Manage*, 49(11): 22-30. Retrived November 25, 2021, from <http://dx.doi.org/10.1097/01.NUMA.0000547255.69344.cd>.
- World Health Organization. (2020). Suicide: Fact sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yamane, T.(1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rdEd.). New York: Harper and Row Publication.
- Aiamsaart, N. and Thaweesees, P. (2020). Epidemiological Study of Suicidal Attempt and Completed Suicide Patients at Phra Phutthabat Hospital. *Department of health Service Support Journal*, 16(3), 23-30. (In Thai)
- Anarmat, L. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression of Major Depressive Disorder Patients with Attempted Suicide. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 11(1), 24 – 33. (In Thai)
- Aroonroong, A. (2021). Development of Model Family Counseling on Suicidal Idea of Suicidal Attempters. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 1(2), 35-46. (In Thai)
- Chainwong, P., Skulphan, S. and Thapinta, D. (2020). Being Cyberbullied and suicide Risk Among Youths. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(3), 133-151. (In Thai)
- Department of Mental Health MoPH. (2021). Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31077>

- Klinpiboon, A., Yodklang, O., Kaanachai, V., Kamchompoo, J. and Bupahouse, S. (2020). The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS). *Journal of Mental Health of Thailand*. 28(1), 86-98. (In Thai)
- Krodkaew, P., Bunthumporn, N. and Soonthronchaiya, R. (2018). The Effect of Group Supportive Psychotherapy on The Hope of Patients with Advanced Breast Cancer Receiving Radiation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(19), 78-88. (In Thai)
- Mekloi, C. (2020). Stigma of Suicide Survivors and Application of Group Supportive Psychotherapy. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(2), 18-30. (In Thai)
- Pilakanta, S. and Sriwichai, N. (2020). Predictors of lifetime suicide attempt in patients with major depressive disorder. *Chiang Mai Medical Journal*, 59(2), 99-113. (In Thai)
- Prateeptheranun, w. and Lueboonthavachai, O. (2015). The Effects Empowerment Program on Coping Ability of Suicidal Attempters. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 90-103. (In Thai)
- Sakulphan, S. (2021). *Nursing care for persons with suicide behavior*. Smart coating and service company, Chiangmai. (In Thai)
- Sukhawaha, S. and Arunpongpaisal, S. (2017). Risk Factor and Suicide Theory Associated with Suicide in Adolescents: A Narrative Reviews. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 62(4), 359-378. (In Thai)
- Thonghima, T., Moolsart, S. and Thomyangkoon, P. (2019). The Effectiveness of a Suicide Prevention Program in Elderly with Depression in a Community. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(2), 105-118. (In Thai)