

การติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก
MONITORING TO EVALUATION OF COUNSELING IN SUICIDAL RISK OF
KHONKAENRAJANAKARINDRA PSYCHIATRIC HOSPITAL

โดย

นายสุบิน	สมีน้อย
นางวิภาดา	คณะไชย
นางอัครา	ภักษา
นางรัชชะฎา	ธาระจันทร์

วจ.

WM105

ส823ก

2558

หน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2558

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของพญ.กนกวรรณกิตติวัฒนากุล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ขอขอบคุณ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellence Center) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

สุบิน สมิน้อย



ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	
วันที่	
เลขเรียกหนังสือ	วศ. พท 105
	ค 823 ก 8558

การส่งวิทยานิพนธ์ - ดุษฎีนิพนธ์ - การให้คำปรึกษา - วิทยานิพนธ์
 การให้คำปรึกษา
 ๒๕๖๓ - การให้คำปรึกษา - วิทยานิพนธ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ R to R มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มารับบริการปรึกษาที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก โดยเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลการติดตามการให้บริการปรึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น การเก็บข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลการให้บริการย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ 2556-2557 จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับบริการปรึกษาที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก ระหว่างปี 2555-2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,413 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 โดยเป็นจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับบริการปรึกษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ 2 ครั้งและ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.8 และ 19.7 ตามลำดับ เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาคือโรคจิตเภท และโรคประสาทวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 31.3 และ 12.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับบริการปรึกษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 91.6 และส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น อาการของโรคทุเลาลง คิดเป็นร้อยละ 94.3 ส่วนผู้ป่วยที่รู้สึกไม่ดีขึ้นและอาการโรคเลวลงนั้นพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 42.7 และแพทย์ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมาคือการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยมีการปรับแผนการรักษาเป็นระยะๆ และส่งต่อไปรับบริการใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 4.8 และ 2.4 ตามลำดับ ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนประสิทธิภาพระบบการดูแลช่วยเหลือที่ยังพบว่ามีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยการแพทย์ทางเลือกได้นำมาปรับปรุงกระบวนการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการรับบริการต่อเนื่อง การเสริมสร้างความร่วมมือการรักษาระหว่างผู้ป่วยและญาติ การประสานงานข้อมูลการให้บริการกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต่อไป

ABSTRACT

This R to R research objective was to evaluate counseling services for the suicidal risk patients at the Alternative Medicine Unit (AM unit). The sample people were the patients who come to get counseling services there. By using Clinical Practice Guideline for Suicidal risk patients (CPG-Suicide) of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, the sample patients were selected. The research tools were records of counseling services which were done by the researchers and collected the data from the patient records and database online. The data then were analyzed by frequency distribution, percentage and qualitative approach.

Results

Suicidal risk patients who got counseling services at the AM Unit during the year 2555 – 2557 were 1,413 people (37.7% of all patients) and were female than male. The most age-range were between 30-39 years (27.4%). Most patients lived in the 7th health service area (63.7%, most in Khon Kaen 36.8%) the patients got counseling services 1 time 50.0%, 2 times 22.8% and 3 times 19.7%. They were diagnosed as affective disorder, 39.8%, schizophrenia 31.3% and anxiety disorder 12.5%. Most patients got continued counseling services (91.6%) and most of them felt better (94.3%). The patients who felt worse were schizophrenia (42.7%) and 79.8% of them were admitted in the hospital, 4.8% as OPD case and 2.4% were referred to the near-home hospital. This information reflected the inefficiency of the services which the AM Unit brought to develop more efficient counseling process such as raising awareness in getting continued services, strengthening co-operation between patients and relatives in the treatment, coordinating the service records with the OPD Unit and Community Psychiatric Unit and feed back recommendations for improving CPG-Suicide recommendations for improving CPG-Suicide of the hospital.

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และภูมิลำเนา	10
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการวินิจฉัยโรค และ จำนวนครั้งของการให้การปรึกษา	11
ตารางที่ 3	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนน M.I.N.I Suicide	12
ตารางที่ 4	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแนวคิดที่ใช้ในการให้การปรึกษา	13
ตารางที่ 5	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง อาการของกลุ่มตัวอย่างและเฝ้าระวังซ้ำ	13
ตารางที่ 6	แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการให้การปรึกษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จำแนกตามการวินิจฉัยโรคและการรักษา	14

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: งานบริการผู้ป่วยนอก	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	9
ประเภทของการวิจัย	9
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	9
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	9
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	9
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	9
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	10
ผลการวิจัย	10
อภิปรายผล	14
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	16
สรุปการวิจัย	16
ผลการวิจัย	16
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	17
บรรณานุกรม	18
ภาคผนวก	19
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้วิจัย	19
ภาคผนวก ข เครื่องมือการเก็บข้อมูล	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาฆ่าตัวตาย จัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรง มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งทางด้านสังคมวิทยา จีวิทยา จิตวิทยา และวัฒนธรรม (WHO, 2009) จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลกในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ในระยะเวลา 45 ปี ที่ผ่านมามีการประมาณการว่าร้อยละ 1 ของการตายทั่วโลกเป็นการตายเนื่องมาจากสาเหตุการฆ่าตัวตาย โดยในแต่ละปี มีสถิติผู้ฆ่าตัวตายทั่วโลกปีละ 1 ล้านคน เฉลี่ยวันละ 2,739 ชั่วโมงละ 144 คน นาทีละประมาณ 2 คน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า ปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น เป็น 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) สำหรับประเทศไทยสถิติการเสียชีวิตของประชากรไทยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2544-2553 อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.74 7.87 7.13 6.87 6.34 5.77 5.97 5.98 5.97 และ 5.90 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างในรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555)

ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายทั้งในครั้งแรกหรือการฆ่าตัวตายซ้ำ ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และด้านสังคมกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ด้านร่างกายพบการได้รับการบาดเจ็บจากการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบาดเจ็บของแขนและขาในผู้ที่กระโดดตึก มีบาดแผลเกิดขึ้นในผู้ที่ทำร้ายตัวเองด้วยการใช้มีดกรีดตามร่างกาย ใช้ศีรษะโขกผนัง การเกิดบาดแผลระบบทางเดินอาหารในผู้ที่รับประทานสารเคมีหรือสารพิษ การทำหน้าที่ยกของดับกพร่องในผู้ที่รับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียรุนแรงขึ้นถ้าหากรับประทานยาร่วมกับสุรา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ด้านจิตใจพบว่า ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจเรื้อรัง และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา รวมถึงมีโอกาที่จะฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 90 วัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ในด้านจิตวิญญาณ พบว่าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นอยู่ในภาวะสิ้นหวัง สูญเสียความหมายในชีวิต มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด ไม่ต้องทนกับความเจ็บปวดใดๆ (Shieve, 2005 อ้างใน ประภาส อุครานันท์ และคณะ 2554) แต่ผู้ที่รอดชีวิตเหล่านี้อาจจะกลัวการถูกตำหนิ และการถูกตอกย้ำความรู้สึกนั้นๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่จะพบกับเจ้าหน้าที่หรือไม่มาตามนัด (Barlow & Morrison, 2002 อ้างใน ประภาส อุครานันท์ และคณะ 2554) และด้านสังคม พบว่านอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จของคน 1 คน จะมีผลกระทบต่อคนอื่นอีกอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท คนรัก ดังนั้นถ้าในประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 4,000 คน จะมีผู้รับผลกระทบที่ต้องทุกข์ทนกับการสูญเสียถึงปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน (ปยุตตภพ สิทธิพรอนันต์, 2550 อ้างใน ประภาส อุครานันท์ และคณะ 2554)

เป็นที่ยอมรับกันว่า การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลฆ่าตัวตายได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Barbee & Bricker, 1996 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) พบว่า การเปลี่ยนแปลงของสื่อประสาท หรือสารเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ Serotonin ในระดับที่ต่ำกว่าปกติ (Hauenstein, 1998อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) นอกจากนี้ก็พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจส่งผลให้บุคคลฆ่าตัวตาย เกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Barbee & Bricker, 1996 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่

ต้องสูญเสีย จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียดต่อสิ่งที่สูญเสียไป สุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ก้าวร้าว ที่ย้อนกลับเข้าหาตนเอง และจะลงโทษตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญหาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ลงความเห็นแบบสุดโต่งทั้งสองด้าน จึงเป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหาซึ่งทำได้ยาก และไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนประสบอยู่นั้นเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะมีบุคลิกภาพแบบสมบูรณ์แบบ แยกตัวและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มีความเครียด โดยเฉพาะผู้ที่ขาดการประคับประคองจากผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ขาดเพื่อนสนิท ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ (ประยุตต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Lambert & Bonner, 1996 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัว มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาส โชคชะตา และการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) มีทักษะและพฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา หลีกเลียงและ การปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Eskin, 1995 อ้างในสุบิน สมิน้อย 2550) มีความคิดสุดขั้ว ขาดความยืดหยุ่น ขี้อาย ประหม่า รู้สึกอายในตัวเองสูง ขี้กังวล ตื่นเต้นง่าย ไม่บรรลุวุฒิภาวะทางความคิด ยุ่งยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แสดงออกเพื่อการตอบโต้สิ่งต่างๆ ด้วยอารมณ์มากกว่าเหตุผล ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ลังเลใจในการตัดสินใจ และอดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีบุคลิกภาพใจร้อนวู่วาม อนุเฉียว จิตใจอ่อนไหวแม้นึกตำหนิ เพียงเล็กน้อยก็ทำให้รู้สึกว่ามีค่าสำคัญต่อตนเอง (บัวลอย นนทนา, 2545) ส่วนปัจจัยทางสังคม พบว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม การศึกษาของอภิชัย มงคลและคณะ (2546) พบว่า สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ คือ ความน้อยใจ คนใกล้ชิดดูต่ำหรือว่ากล่าว คิดเป็นร้อยละ 43 รองลงมาคือทะเลาะกับคนใกล้ชิด และผิดหวังในความรักหรือหึงหวง คิดเป็นร้อยละ 36 และ 23 ตามลำดับ และพบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ คือการประชดบุคคลในครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 38.9 (ภิรมศักดิ์ บุญเจียม, 2541) นอกจากนี้ก็พบว่า เจตนาของการฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรง การประชดคนรอบข้าง การแสดงความโกรธ การแสดงความปรารถนาอย่างรุนแรงด้วยการทำร้ายตนเอง การเรียกร้องผู้อยู่ใกล้ชิดของตนเองให้ ให้เข้าใจถึงความคับแค้นใจ การไม่พอใจในตนเอง การลงโทษตนเอง ความกดดันที่มีอยู่ผนวกกับความผิดพลาด ผิดหวังที่ถือเป็นความล้มเหลวในจิตใจของตนเอง (เพชร ปาสรานันท์, 2548)

ด้วยปัญหาการฆ่าตัวตาย มีสาเหตุและความเกี่ยวข้องมาจากหลากหลายปัจจัย ในการแก้ไขปัญหาก็จะให้ได้ประสิทธิผลนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมควรจะได้ให้ความสนใจและเกิดความร่วมมือกันกับทุกภาคส่วน ปี 2555 - 2559 กรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายและแผนงานเพื่อดำเนินโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต โดยมียุทธศาสตร์ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและทักษะเพื่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายแก่ประชาชน ในขณะที่ชุมชนมีช่องทางของความร่วมมือเพื่อการแก้ปัญหาโดยอาศัยกระบวนการประชาสังคมในการขับเคลื่อน และผลักดันสู่การกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญของชุมชน 2) การพัฒนาระบบบริการและบุคลากรให้มีความพร้อมในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และ 3) การพัฒนาองค์ความรู้ การจัดการความรู้ และระบบข้อมูล เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้ (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานหนึ่งของกรมสุขภาพจิต มีวิสัยทัศน์คือเป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีเข็มมุ่ง/จุดเน้นในการพัฒนาข้อที่ 1 คือพัฒนามาตรฐานระบบบริการให้มีความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน และพึงพอใจผู้

ให้บริการมีความสุขในการทำงาน องค์กรพัฒนาสู่ความเป็นเลิศทั้งบริการและวิชาการด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต คณะทำงานได้มีการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือระดับสูงเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในด้านคัดกรอง การประเมิน การดูแลรักษา และการป้องกัน เพื่อให้ผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้มีความมั่นใจในความถูกต้องเชื่อถือได้ เพื่อให้ประชาชนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และเพื่อตอบสนองนโยบายกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาโรงพยาบาลจิตเวชสู่มาตรฐาน Excellence Center

หน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีหน้าที่และเป้าหมายให้บริการให้คำปรึกษาและคลายเครียด การส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนไทย และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และประชาชนโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยความถูกต้อง ตรงตามความต้องการ ปลอดภัย และพึงพอใจ เป็นทีมสหวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติงานให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการปรึกษาและคลายเครียด เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการและความเป็นจริง ส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และได้ดำเนินการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทางหน่วยแพทย์ทางเลือกได้จัดทำโครงการติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก เพื่อติดตามประเมินผลของการให้การปรึกษา ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก

ขอบเขตของโครงการวิจัย

มุ่งศึกษาการพัฒนาแนวทางการติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ปีงบประมาณ 2558

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย

การติดตามประเมินผลการให้การปรึกษา หมายถึง กิจกรรมการติดตามประเมินผลการให้บริการปรึกษา ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัว (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 5.1 ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการติดตามผลการรักษาเพื่อเป็นติดตามผลการบำบัดรักษาให้มีความต่อเนื่อง
- 5.2 เป็นการประเมินประสิทธิภาพการบำบัดรักษาเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- 5.3 ได้แนวทางการติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: งานบริการผู้ป่วยนอก

การออกไปตรวจรักษา

1. ตรวจค้นหาผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลตาม CPG-SUI
2. หากพบหลักฐานชี้บ่งว่าเป็นผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งคืนประวัติ และออกไปตรวจรักษา
3. ส่งใบตรวจรักษาพร้อมแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้พยาบาลจิตเวชฉุกเฉินกรณีซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินกรณีเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปส่งต่องานบริการก่อนพบแพทย์

การคัดกรอง

1. สอบถามผู้รับบริการที่มารับบริการด้วยตนเองทุกรายดังต่อไปนี้
 - 1.1 คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยประโยคคำถามดังนี้
 - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตายใช่หรือไม่
 - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยคิดหรือมีการวางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่
 - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยหรือทำร้ายตัวเองหรือไม่
 - 1.2 โรคประจำตัว / โรคทางกาย
 - 1.3 การแพทย์
 - 1.4 การใช้สารเสพติด
2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ
3. คัดกรองอาการสำคัญ ประเมิน และลงบันทึกข้อมูลในใบตรวจรักษา
4. กรณีพบผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ติดป้ายชี้บ่งผู้ป่วย D&S (สีเหลือง) และป้ายสัญลักษณ์ทางด่วน (สีชมพู)
5. หากมีเอกสาร (เช่น ใบส่งตัว ใบแจ้งความ) ที่ระบุเกี่ยวกับ ประวัติการข่มขืน การถูกทารุณกรรม ให้คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลตาม CPG-SUI

การประเมินและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลงานจิตเวชฉุกเฉินประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีใบตรวจรักษา/แฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน SUI-1 และลงบันทึกอาการสำคัญและคะแนนที่ได้จากการประเมินการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.: Suicide) ในใบตรวจรักษา (ผู้ป่วยเก่า)

- กรณีไม่เข้าเกณฑ์ (Criteria) ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พยาบาลงานบริการก่อนหลังพบแพทย์เป็นผู้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและลงบันทึกคะแนนการประเมินที่ได้ในใบตรวจรักษาและประเมิน Sui-1 ก่อนส่งพบแพทย์

- กรณีผู้ป่วยใหม่ นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ประเมินและลงบันทึกคะแนนการประเมินที่ได้ในใบตรวจรักษาและประเมิน Sui-1 ก่อนส่งให้งานบริการก่อน-หลังพบแพทย์ สื่อสารโดยติดสัญลักษณ์ D/S และทางด่วน

การวินิจฉัยโรค

ให้การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม คัดแยกโรคหรือสภาวะความผิดปกติทางกายที่ต้องรีบแก้ไขเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย

หมายเหตุ: - กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการรักษาโดยแพทย์ ภายใน 15 นาที

- กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินรอได้ ได้รับการรักษาโดยแพทย์ภายใน 28 นาที

ประเมินความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในผู้ป่วย

ทุกรายโดยอาศัยการซักประวัติผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิดผู้ป่วย ข้อมูลจากแฟ้มประวัติหรือใบส่งตัว การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือส่งทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ หรือมีปัจจัยปกป้องใดบ้างแล้วลงความเห็นระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย หรือพิจารณาส่งประเมิน MINI-Suicide เพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

Axis I โรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะช่วงซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคแพนิค ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

Axis II ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม

Axis III โรคทางกายเรื้อรัง ภาวะที่มีความเจ็บปวดรุนแรง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือสมอง ได้รับบาดเจ็บ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง

การดูแลรักษา/วางแผนการรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

- สั่งให้ใช้ CPG – Suicide ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย ในปัจจุบัน (คะแนน MINI-Suicide เท่ากับ 1-8 คะแนน)

1. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

- ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยาาร่วมกับพยาบาลให้สุขภาพจิตศึกษา
- นัดตรวจติดตามอย่างน้อยเดือนละครั้ง

2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อประเมินความเสี่ยงและความคิดฆ่าตัวตาย และให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีความหวังในชีวิตและรับการรักษา อย่างต่อเนื่อง

3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และ/หรือทำบทบาทได้ตามปกติ โดยญาติ/ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

4. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง D/S ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการสื่อสาร การดูแลติดตามต่อเนื่อง และนัดติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ On-line โดยระบุที่ ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม.....

ผู้ที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลางในปัจจุบัน (คะแนน M.I.N.I.-Suicide เท่ากับ 9-16 คะแนน)

1. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง การตัดสินใจบกพร่อง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และ/หรือไม่มีญาตินำส่ง ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

2. กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง และ/หรือมีญาติ ประเมินอาการผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ส่งพบ

แพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาที่งานบริการก่อนและหลังพบแพทย์ ตามระเบียบปฏิบัติการบริการผู้ป่วยก่อนและหลังพบแพทย์

(P-OP-004)

3. แพทย์ พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยประเมินจากข้อบ่งชี้การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

4. ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยา ร่วมกับการบำบัดด้านจิตสังคมตามปัญหาโดยแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ

5. กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- พิจารณาการรักษาด้วยยา
- นัดติดตามการรักษาถี่ขึ้นอย่างช้าที่สุด 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามความเสี่ยงหรือแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ปราศจากสิ่งต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ให้เกิดอันตราย

6. พยาบาลก่อนและหลังพบแพทย์ดำเนินการตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

6.1 กรณีแพทย์พิจารณาปรับการรักษา ประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมลงบันทึกและส่งต่อความเสี่ยง อาการสำคัญ และแผนการรักษาพยาบาลต่องานบริการผู้ป่วยใน

6.2 กรณีแพทย์พิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1) พยาบาลหลังพบแพทย์ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การปรึกษาและบำบัดทางด้านสังคมจิตใจตามสภาพปัญหา เช่น หน่วยงานแพทย์ทางเลือก หน่วยจิตสังคมบำบัด กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ งานอาชีวบำบัด จิตสังคมบำบัด

- การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)
- ครอบครัวบำบัด (Family therapy)
- จิตบำบัดตามสภาพปัญหา เช่น เพิ่ม self esteem การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ (Satir's model) เป็นต้น
- อาชีวบำบัด (Occupational therapy) เป็นต้น

2) ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และ/หรือทำบทบาทได้ตามปกติ โดยญาติ/ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3) กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในระบบ OPD-IPD online

4) กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูล และไม่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลลงในใบตรวจรักษา นัดติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง D/S ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการสื่อสาร ดูแลติดตามต่อเนื่อง

8. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ On-line โดยระบุที่ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม.....

ผู้ที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับสูงในปัจจุบัน (คะแนน M.I.N.I.-Suicide เท่ากับ 17 คะแนน ขึ้นไป)

1. กรณีผู้ป่วยและ/หรือญาติไม่ยินยอมอยู่รักษา

1.1 แพทย์วางแผนการบำบัดรักษา

- ให้การบำบัดรักษาด้วยยา
- ประเมินความสามารถในการทำงาน เขียนใบรับรองแพทย์ กรณีต้องหยุดพักหรือลางาน

- ให้ความรู้ญาติในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

1.2 ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาให้การบำบัดด้านจิตสังคมตามสภาพปัญหา เช่น การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาตียร์ (Satir's model) จิตสังคมบำบัด อาชีวบำบัด (Occupational therapy) เป็นต้น

1.3 กรณีมีเหตุฉุกเฉินแนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการที่เครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

1.4 ให้อาติเซ็นไม่ยินยอมในใบตรวจรักษา การไม่สมัครใจอยู่รักษาในใบตรวจรักษา ลงทะเบียนและนัดหมายตามแผนการรักษาของแพทย์

2. กรณีแพทย์พิจารณารับไว้รักษา

- บันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต สั่งการรักษา การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุด admit

- บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- สั่งให้มีการผูกมัดได้กรณีจำเป็น

- พยาบาลประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึก และส่งต่อความเสี่ยง อาการสำคัญ แผนการรักษาพยาบาลต้องงานบริการผู้ป่วยใน

- ติดป้ายขั้ว D&S บนใบสำเนาใบคำสั่งการรักษา (Doctor's Order sheet) เพื่อสื่อสารให้เภสัชกรทราบ

3. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง D/S ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ On-line โดยระบุที่ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม.....และลงทะเบียนในสมุดลงทะเบียนผู้ป่วย CPG suicide ที่งานรับไว้รักษา

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับ

1. ให้การปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย กรณีมีญาติ แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยาเพื่อลดการนำยาไปใช้อย่างผิดวิธี

2. บันทึกเก็บประวัติการใช้ยา และติดตามความสม่ำเสมอการรับประทานยา ความปลอดภัย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3. กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดย

3.1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย/ญาติ

3.2 กรณีอาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรง และ/หรือผู้ป่วยประสงค์ปรับเปลี่ยนการรักษา ส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา

การดูแลอย่างต่อเนื่อง

1. กรณีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบที่ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ไม่มารับบริการรักษาตามนัด

1.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย ประสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่อง ภายใน 7 วันทำการ และงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 7 วันทำการ

1.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ประสานงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่อง ภายใน 5 วันทำการ และงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 5 วันทำการ

1.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ประสานงานสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่อง ภายใน 2 วันทำการ และงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 2 วันทำการ

2. กรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูล/เยี่ยมบ้าน ไม่มารับการรักษาตามนัด

2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับ

น้อย ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่อง ภายใน 7 วันทำการ และนักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 7 วันทำการ

2.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่องภายใน 5 วันทำการ และนักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 5 วันทำการ

2.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามรักษาต่อเนื่องภายใน 2 วันทำการ และนักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อมูลย้อนกลับภายใน 2 วันทำการ

การส่งต่อเพื่อไปรักษาต่อไกลบ้าน (Refer)

1. กรณีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบที่แพทย์ลงความเห็นให้ส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.ไกลบ้าน ลงบันทึกการส่งต่อ(Refer) ในระบบ online เพื่อประสานให้งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนทราบ

2. กรณีผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ สำเนาแบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรักษาการตรวจหรือรักษาต่อ (Refer) ให้นักสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินการประสานให้หน่วยที่รับการส่งต่อทราบและให้การดูแลต่อไป

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้มีการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือระดับสูงเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในด้านคัดกรอง การประเมิน การดูแลรักษา และการป้องกัน แนวทางจะมีดังนี้

1. การคัดกรองและการประเมิน (Screening and Assessment)
2. การดูแลและรักษา (Caring and Treatment)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทของการวิจัย

เป็นวิจัยแบบ Routine to Research (R to R)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการปรึกษาที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก ในช่วงเวลาปีงบประมาณ 2555-2557 โดยมีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัว (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยนำแบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เสนอที่ปรึกษาโครงการและจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ไปพิจารณาดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1. เพศ
2. อายุ
3. ภูมิลำเนา
4. การวินิจฉัยโรค
5. จำนวนครั้งการรับบริการปรึกษา
6. คะแนนแบบประเมิน mini-suicide ครั้งแรก
7. คะแนนแบบประเมิน mini-suicide ครั้งสุดท้าย
8. แนวคิดที่ใช้ในการปรึกษา
9. การรับบริการปรึกษาต่อเนื่อง
10. สรุพอาการโดยทั่วไป
11. การเฝ้าระวังต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร จัดทำโครงการ ขออนุมัติดำเนินโครงการ
2. จัดทำเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการและแผนการดำเนินการ
4. รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการจากแบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวม จะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายทั้งในหน้าที่การงานและเรื่องส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการดำเนินการศึกษาประเมินผลการให้บริการรักษาผู้ที่ยังต้องการฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก เพื่อติดตามประเมินผลของการให้บริการรักษา ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่ยังต้องการฆ่าตัวตาย ขอเสนอผลการศึกษามาประเด้นต่อไปนี้

1. ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และภูมิลำเนา

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	178	45.8	211	39.4	210	43.0	599	42.4
หญิง	211	54.2	325	60.6	278	57.0	814	57.6
อายุ								
10-19	20	5.2	24	4.5	32	6.6	76	5.4
20-29	71	18.3	123	22.9	101	20.7	295	20.9
30-39	106	27.2	149	27.8	132	27.0	387	27.4
40-49	95	24.4	106	19.8	84	17.2	285	20.2
50-59	67	17.2	69	12.9	72	14.8	208	14.7
60 ปีขึ้นไป	30	7.7	65	12.1	67	13.7	162	11.4
ภูมิลำเนา								
ขอนแก่น	132	33.9	191	35.6	197	40.4	520	36.8
กาฬสินธุ์	50	12.9	59	11.0	66	13.5	175	12.3
มหาสารคาม	42	10.8	62	11.6	50	10.2	154	11.0
ร้อยเอ็ด	11	2.8	15	2.8	5	1.0	31	2.2
อื่นๆ	154	39.5	209	39.0	170	34.8	533	37.7
รวม	389		536		488		1,413	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีอายุ ในช่วง 30.39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4 รองลงมาคืออายุในช่วง 20.29 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.9 มีภูมิลำเนาในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่คือ จังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 12.9

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการวินิจฉัยโรค และจำนวนครั้งของการให้การรักษา

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วินิจฉัยโรค								
ตับ 1 F30-F39	174	44.7	186	34.7	202	41.4	562	39.77
ตับ 2 F20-F29	134	34.4	176	32.8	132	27.0	442	31.28
ตับ 3 F40-F48	47	12.1	75	14.0	55	11.2	177	12.53
ตับ 4 F10-F19	17	4.4	41	7.6	48	9.9	106	7.50
ตับ 5 F00-F09	10	2.6	25	4.7	19	3.9	54	3.82
ตับ 6 G40-G47	6	1.5	18	3.4	16	3.3	40	2.83
ตับ 7 F50-F59	1	0.3	15	2.8	16	3.3	32	2.26
จำนวนครั้ง								
1	194	49.9	283	52.6	230	47.1	707	50.04
2	114	29.3	101	18.8	107	21.9	322	22.79
3	59	15.2	144	26.8	75	15.4	278	19.67
4	16	4.1	10	1.8	52	10.7	78	5.52
5	4	1.0	-	-	20	4.1	24	1.70
≥ 6	2	0.5	-	-	2	0.4	4	0.28

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) คิดเป็นร้อยละ 39.77 รองลงมาอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) คิดเป็นร้อยละ 31.28 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้การรักษา จำนวน 1 ครั้ง เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.04 รองลงมา ได้รับการให้คำปรึกษา จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.79

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน mini-ครั้งแรก								
ระดับ 1 (ปกติ)	-	-	2	0.4	14	2.9	16	1.13
ระดับ 2 (ต่ำ)	36	9.2	28	5.2	55	11.3	119	8.42
ระดับ 3 (ปานกลาง)	46	11.8	242	45.1	200	41.0	488	34.54
ระดับ 4 (มาก)	192	49.4	253	47.2	219	44.9	664	46.99
ไม่มีข้อมูล	115	29.6	11	2.1	-	-	126	8.92
คะแนน mini-ครั้งรอง/สุดท้าย								
ระดับ 1 (ปกติ)	126	32.4	171	31.9	181	37.1	478	33.83
ระดับ 2 (ต่ำ)	127	32.6	188	35.1	130	26.6	445	31.49
ระดับ 3 (ปานกลาง)	7	1.8	13	2.4	14	2.9	34	2.41
ระดับ 4 (มาก)	14	3.6	16	3.0	7	1.4	37	2.62
ไม่ได้ประเมิน	115	29.6	148	27.6	156	32.0	419	29.65

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อศึกษาถึงในเรื่องของการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I : Suicide) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครั้งแรกพบว่า ส่วนใหญ่ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 4 (ระดับมาก) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คิดเป็นร้อยละ 46.99 รองลงมา ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 3 (ปานกลาง) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 9-16 คิดเป็นร้อยละ 34.54 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินครั้งรองหรือครั้งสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่ ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 2 (ระดับต่ำ) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 1-8 คิดเป็นร้อยละ 31.49 รองลงมา ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 1 (ปกติ) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 33.83

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแนวคิดที่ใช้ในการให้การปรึกษา

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แนวคิดที่ใช้								
อันดับ 1	Client Center =299	51.9	Eclectic =263	38.9	Client Center =220	34.9	782	41.62
อันดับ 2	CBT =128	22.2	CBT =170	25.2	Eclectic =209	33.1	507	26.98
อันดับ 3	REBT =63	10.9	Client Center =149	22.1	Psycho Education=81	12.8	293	15.59
อันดับ 4	SATIR =40	6.9	REBT =44	6.5	SATIR =72	11.4	156	8.30
อันดับ 5	Eclectic =37	6.4	SATIR =34	5.0	CBT =40	6.3	111	5.91
อันดับ 6	Psycho Education=4	0.7	อื่นๆ =12	1.7	REBT =9	1.4	25	1.33
อันดับ 7	Buddhism =1	0.2	Psycho Education=4	0.6			5	0.27

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อศึกษาในเรื่องของการให้การปรึกษาและบำบัดทางด้านจิตสังคม จิตใจตามสภาพปัญหา พบว่าส่วนใหญ่ แนวคิดที่ใช้ในการให้การปรึกษา คือ แนวคิดการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Center) คิดเป็นร้อยละ 41.62 รองลงมา คือการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) คิดเป็นร้อยละ 26.98

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง อาการของกลุ่มตัวอย่างและ เฝ้าระวังซ้ำ

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับบริการต่อเนื่อง								
ต่อเนื่อง	315	81.0	449	83.8	394	80.7	1158	81.96
รับบริการกลับบ้าน	38	9.8	46	8.6	52	10.7	136	9.62
ขาดการติดต่อ	36	9.2	41	7.6	42	8.6	119	8.42
สรุปอาการ								
ดีขึ้น	361	91.1	494	90.7	476	96.7	1331	94.20
คงเดิม	-	-	-	-	-	-	-	-
แย่ลง	28	8.9	42	9.3	12	3.0	82	5.8
การเฝ้าระวังซ้ำ								
ไม่ต้อง	288	74.0	463	86.4	349	71.5	1100	77.85
ระวังต่อ	24	6.2	27	5.0	19	3.9	70	4.95
ส่งต่อ	-	-	-	-	26	5.3	26	1.84
ไม่มีข้อมูล	77	19.8	46	8.6	94	19.3	217	15.35
รวม	389	100	536	100	488	100		

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อศึกษาเรื่องของการอาการของกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการปรึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มาใช้บริการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 81.96 และเมื่อศึกษา กลุ่มที่มาใช้บริการต่อเนื่อง พบว่า อาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.20 และเมื่อศึกษาถึงเรื่องการเฝ้าระวังซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ได้กลับไปเป็นซ้ำ คือ ไม่ต้องเฝ้าระวังซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 77.85

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการให้การปรึกษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จำแนกตามการวินิจฉัยโรคและการรักษา

รายการ	ปีงบประมาณ 55		ปีงบประมาณ 56		ปีงบประมาณ 57		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน	28		42		12		82	
การวินิจฉัยโรค								
F00-F09	-	-	1	2.38	-	-	1	1.22
F10-F19	2	7.14	8	19.05	1	8.33	11	13.41
F20-F29	10	35.72	22	52.38	3	25.0	35	42.68
F30-F39	14	50.0	10	23.81	7	58.33	31	37.81
F40-F48	2	7.14	1	2.38	-	-	3	3.66
G40-G47	-	-	-	-	1	8.33	1	1.22
การรักษา								
รักษาแบบผู้ป่วยนอก	-	-	3	7.14	1	8.33	4	4.88
รับไว้รักษาที่ ร.พ.	24	85.71	30	71.43	11	91.67	65	79.27
รักษาไม่ต่อเนื่อง	4	14.29	7	16.67	-	-	11	13.41
ส่งไปรับยาใกล้บ้าน	-	-	2	4.36	-	-	2	2.44

จากตารางที่ 6 พบว่า เมื่อศึกษาเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการให้การปรึกษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยโรค อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด(F20-F29) คิดเป็นร้อยละ 42.68 รองลงมาอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) คิดเป็นร้อยละ 37.81 และพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ได้ให้การรักษาคือ รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล(Admit) คิดเป็นร้อยละ 79.27

อภิปรายผล

จากการดำเนินการศึกษาประเมินผลการให้การปรึกษา ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก เพื่อติดตามประเมินผล ของการให้การปรึกษาตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษา ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินการฆ่าตัวตาย จากแบบประเมิน M.I.N.I.:Suicide มีค่าลดลง คือคะแนน M.I.N.I.:Suicide หลังให้การปรึกษา ต่ำกว่าก่อนให้การปรึกษา แสดงให้เห็นว่าแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่มีความคิดอยากตาย หรือความคิดอยากตายลดลง ซึ่งหมายถึงว่า ผู้รับบริการได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการและความเป็นจริง ซึ่งผลของการประเมินครั้งนี้ ได้สนับสนุน เรื่องของการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการในการให้บริการของแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษา เข้าใจตนเอง สิ่งแวดล้อม มีทักษะและ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (สุบิน,2550) ซึ่งกระบวนการให้การปรึกษา มีแนวคิดต่างๆ ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดต่างๆ เช่น การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การบำบัดด้วยแนวคิดการพิจารณาเหตุผล-อารมณ์และพฤติกรรม (REBT) แนวคิดการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Center) แนวคิดซาตียร์โมเดล (Satir's Model) เป็นต้น

และจากการประเมินผลพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อย่างต่อเนื่อง มีอาการดีขึ้น และไม่ได้กลับเป็นซ้ำ คือไม่ต้องเฝ้าระวังซ้ำเรื่องความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มาใช้บริการและได้รับการดูแลตามแนวเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยประเมินจากอาการของผู้ป่วย และค่าคะแนน M.I.N.I: Suicide ลดลง แต่ยังพบว่ามีกลุ่มผู้รับบริการที่ขาดการติดต่อไม่มารับบริการและไม่สามารถติดต่อ/หรือได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.42

ทางหน่วยการแพทย์ทางเลือกได้ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการทุกราย จากการประเมินผลพบว่ายังมีกลุ่มผู้รับบริการที่ขาดการติดต่อไม่มารับบริการและไม่สามารถติดต่อ/หรือได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้างจึงได้ประชุมทีมในหน่วยงานร่วมกันวิเคราะห์การดำเนินงานในหน่วยงานในการให้บริการแก่ผู้รับบริการพบว่า มีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยการแพทย์ทางเลือกได้นำมาปรับปรุงกระบวนการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการรับบริการต่อเนื่อง การเสริมสร้างความร่วมมือการรักษาระหว่างผู้ป่วยและญาติ การประสานงานข้อมูลการให้บริการกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการติดตามประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับบริการปรึกษาในหน่วยการแพทย์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการปรึกษาที่หน่วยการแพทย์ทางเลือก ในช่วงเวลา ปีงบประมาณ 2555-2557 โดยมีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัว (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยนำแบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เสนอที่ปรึกษาโครงการและจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ไปพิจารณาดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร จัดทำโครงการ ขออนุมัติดำเนินโครงการ
 2. จัดทำเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล
 3. ชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการและแผนการดำเนินการ
 4. รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการจากแบบบันทึกการให้บริการปรึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557
- การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเชิงคุณภาพ

2. ผลการวิจัย

จากการดำเนินการศึกษาประเมินผลการให้การปรึกษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่หน่วยการแพทย์ทางเลือกระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 มีผู้ป่วยจำนวน 1,413 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 มีอายุ ในช่วง 30.39 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4 รองลงมาคืออายุในช่วง 20.29 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.9 มีภูมิลำเนาในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่คือ จังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 12.9 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) คิดเป็นร้อยละ 39.77 รองลงมาอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) คิดเป็นร้อยละ 31.28 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้การปรึกษา จำนวน 1 ครั้ง เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.04 รองลงมา ได้รับการให้คำปรึกษา จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.79 เมื่อศึกษาถึงในเรื่องของการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I : Suicide) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครั้งแรก พบว่า ส่วนใหญ่ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 4 (ระดับมาก) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คิดเป็นร้อยละ 46.99 รองลงมา ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 3 (ปานกลาง) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 9-16 คิดเป็นร้อยละ 34.54 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินครั้งรองหรือครั้งสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 2 (ระดับต่ำ) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 1-8 คิดเป็นร้อยละ 31.49 รองลงมา ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide อยู่ในระดับ 1 (ปกติ) ค่าคะแนน M.I.N.I : Suicide เท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 33.83 เมื่อศึกษาในเรื่องของการให้การปรึกษาและบำบัดทางด้านจิตสังคม จิตใจตามสภาพปัญหา พบว่าส่วนใหญ่ แนวคิดที่ใช้ในการให้การปรึกษา คือ แนวคิดการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Center) คิดเป็นร้อยละ 41.62 รองลงมา คือ การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) คิดเป็นร้อยละ 26.98 เมื่อศึกษาเรื่องของการของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการปรึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 81.96 และเมื่อ

ศึกษา กลุ่มที่มารับบริการต่อเนื่อง พบว่า อาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.20 และเมื่อศึกษาถึงเรื่องการเฝ้าระวังซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ได้กลับไปเป็นซ้ำ คือ ไม่ต้องเฝ้าระวังซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 77.85 เมื่อศึกษาเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการให้การปรึกษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด(F20-F29) คิดเป็นร้อยละ 42.68 รองลงมาอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) คิดเป็นร้อยละ 37.81 และพบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ได้ให้การรักษา คือ รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล(Admit) คิดเป็นร้อยละ 79.27 และยังพบว่า มีกลุ่มผู้รับบริการที่ขาดการติดต่อไม่มารับบริการและไม่สามารถติดต่อ/หรือได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.42

ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนประสิทธิภาพระบบการดูแลช่วยเหลือที่ยังพบว่ามีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยการแพทย์ทางเลือกได้นำมาปรับปรุงกระบวนการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการรับบริการต่อเนื่อง การเสริมสร้างความร่วมมือการรักษาระหว่างผู้ป่วยและญาติ การประสานงานข้อมูลการให้บริการกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนประสิทธิภาพระบบการดูแลช่วยเหลือที่ยังพบว่ามีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยการแพทย์ทางเลือกได้นำมาปรับปรุงกระบวนการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการรับบริการต่อเนื่อง การเสริมสร้างความร่วมมือการรักษาระหว่างผู้ป่วยและญาติ การประสานงานข้อมูลการให้บริการกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG-Suicide) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. ผลการฆ่าตัวตาย. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
- บัวลอย นนทะน้า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. ในสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 : สุขภาพจิตกับยาเสพติด (129-130). กรุงเทพมหานคร: ทีคอม ; 2545.
- เพชร ปาสรานันท์, บรรณาธิการ. การพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ในสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4; 20 สิงหาคม 2548; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กิมศักดิ์ บุญเจียม. ความพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาที่จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (สังคมวิทยา) สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2541.
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวง. รายงานประชากรกลางปี พ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
- อภิชัย มงคล. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี 2545. ขอนแก่น : คอนเฟอรัม จำกัด; 2546.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น. ใน สมศักดิ์ โล่เลขาและ เฉลิมศรี ตปนัย โอฬาร (บรรณาธิการ), ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2537.
- ประภาส อุครานันท์ และคณะ. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2555.
- ศกรินทร์ แก้วเห้า และคณะ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Version 2012-52. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2555.
- สุบิน สมิน้อย. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ พฤติกรรม เพื่อพัฒนาความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
- ทัศนีย์ ศิริมุกดากุล. การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวช : หอผู้ป่วยฝ้ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2552.
- มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: บิอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด; 2553.

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้วิจัย

- | | | |
|----|------------|------------|
| 1. | นายสุบิน | สมีน้อย |
| 2. | นางวิภาดา | คณะไชย |
| 3. | นางอัครา | ภักษา |
| 4. | นางรัชชะภา | ธาระจันทร์ |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ ปี

3. ภูมิลำเนา _____

4. การวินิจฉัยโรค _____

5. จำนวนครั้งการรับบริการปรึกษา _____

6. คะแนนแบบประเมิน mini-suicide ครั้งแรก _____ คะแนน

7. คะแนนแบบประเมิน mini-suicide ครั้งสุดท้าย _____ คะแนน

8. แนวคิดที่ใช้ในการปรึกษา

9. การรับบริการปรึกษาต่อเนื่อง

10. สรุปอาการโดยทั่วไป

11. การเฝ้าระวังต่อเนื่อง
