

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่แอดมิตในหอผู้ป่วย

นางสาวอัญญา พรหมโลก

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช

หลักการและเหตุผล จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษระหว่างปี 2563-2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.3,8.0, และ 6.49 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สาเหตุสำคัญเกิดจากความสัมพันธ์บุคคล สุรา ยาเสพติด สังคม และเศรษฐกิจ ในผู้ชายมักมีปัจจัยความเสี่ยงมาจากปัญหาโรคทางจิตดื่มสุราและใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลศรีสะเกษมีระบบการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งในหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพื่อให้การบำบัดรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวและป้องกันผู้ป่วยกลับไปทำซ้ำใน 1ปีโดยสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการให้รหัสโรคใน ICD10(x60-x84) ปี2563-2565 มีจำนวน193,167 และ 148รายตามลำดับ วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมาแล้วได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและเพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1ปี

วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลจากโดยสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการให้รหัสโรคใน ICD10(x60-x84) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการดำเนินงาน ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะเวลาดำเนินงาน ตุลาคม 2563 –มีนาคม 2566

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ค้นหาคัดกรองผู้ที่มีประวัติ พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่ได้รับแจ้งจาก รพช. รพ.สต. หรือผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยรหัส x60-x84หรือผู้ที่เข้ามาใช้บริการด้วยตนเอง
2. ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำด้วยแบบประเมิน (8Q)
3. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยที่ส่งปรึกษากลุ่มงานจิตเวชขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมิน 2Q,9Q,8Qประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ
4. พัฒนารูปแบบการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้โปรแกรมบำบัดแบบ PST
5. ส่งต่อข้อมูลให้กับ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังทำร้ายตนเองซ้ำอย่างน้อยรายละ 1ครั้ง
7. แนะนำญาติเรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง
8. กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายซ้ำ ให้การพยาบาลตามแผนการช่วยในรายที่มีความเสี่ยงทำร้ายตนเองซ้ำสูงและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลใน รพช./รพ.สต. ติดตามประเมินต่อเนื่อง
9. มีการบันทึก ชื่อ-สกุล HN เบอร์โทร ที่อยู่ของ ผู้ป่วยไว้ในสมุดเพื่อติดตามให้มาตามนัด/ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
10. การจัดโครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

สรุปและข้อเสนอแนะ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลจิตเวชสามารถให้บริการมากกว่าร้อยละ 90 ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตนเอง พบมากที่สุดคือ ปัญหาความสัมพันธ์ รองลงมาคือ ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย/โรคทางจิตเวช ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 58.23 ,20.01 ,9.8 ,6.62และ5.38ตามลำดับผู้ป่วยมาตามนัดคิดเป็นร้อยละ 82.67 มีการติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์มากกว่าร้อยละ 90 และติดตามเยี่ยมผ่าน รพช. รพ.สต.ทุกรายที่ไม่มาตามนัดร้อยละ 85 ของผู้พยายามทำร้ายตัวเองไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายในระยะเวลา 1ปี

โอกาสพัฒนา

1. พัฒนารูปแบบการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายโดยใช้โปรแกรม PST และ CBT ที่ต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในระดับรพ.สต. ในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นผู้มีปัญหาการ ฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นหน่วยงานใกล้ชิดในชุมชนและประชาชนสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว
3. ควรมีการขยายเครือข่ายทีมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายครอบคลุมทุกหมู่บ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่นการจัดโครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมทุกตำบล
4. หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับ รพ.สต.เน้นบริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยง
5. เพิ่มคัดกรองซึมเศร้าเชิงรุกวัยรุ่น ในสถานศึกษาชุมชน (กศน./ไม่อยู่ในระบบ) เฝ้าระวังทำร้ายตัวเองซ้ำในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย
6. สร้างความร่วมมือเพื่อเสริมปัจจัยปกป้อง ขจัดปัจจัยกระตุ้น เช่น พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา/กลไกชุมชนในการเฝ้าระวัง / ผลักดันการบูรณาการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในคณะกรรมการ พขอ. และ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด เชื่อมโยงแก้ไขปัญหายังเป็นองค์รวมร่วมกับ พมจ. อบจ. และท้องถิ่น