

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่พบจนถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและเป็นปัญหาจิตเวชฉุกเฉินที่พบมากในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนาและถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุขในชีวิต รวมถึงการได้รับความกดดัน มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เสียใจและไร้คนช่วยเหลือหรือดูแล และผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆอีก เช่น ภาวะทางจิตใจของครอบครัวและญาติสนิท และความกดดันทางสังคม เป็นต้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตายประกอบด้วยลักษณะของการกระทำในหลายๆรูปแบบซึ่งมีความหมายแตกต่างกันไป ในที่นี้ขอกล่าวถึงความหมายของการฆ่าตัวตายหรือในภาษาไทยใช้คำว่า อัตวินิบาตกรรม ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2538) ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นการฆ่าตนเองด้วยความสมัครใจ และตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้อาชีพตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะตายจริงๆไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะได้ข้อมูลที่บ่งบอกว่าการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อจบชีวิตของตนเอง

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ ปี 2536 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ ในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 400,000 คน หรือประมาณวันละ 1,096 คน การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรกในทุกกลุ่มอายุแทบทุกประเทศ สำหรับในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545 : 145) สำหรับประเทศไทยมีการรายงานการฆ่าตัวตายโดยการรวบรวมข้อมูลจากใบมรณะบัตรทั่วประเทศ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2536 2538 และ 2539 เท่ากับ 6.7 7.2 และ 8.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปี 2540 เท่ากับ 27.36 ต่อแสนประชากรและปี 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 28.67 ต่อแสนประชากร ซึ่งรูปแบบการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีความแตกต่างจากที่พบในแถบประเทศตะวันตก คือ ในต่างประเทศนั้นการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่ในประเทศไทยพบว่า ช่วงวัยที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด เป็นช่วงวัยรุ่นหนุ่มสาวอายุระหว่าง 15 –24 ปี ซึ่งพบถึง 17.1 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงพบสูงสุดช่วงอายุ 15 – 19 ปี คิดเป็น 7.4 ต่อแสนประชากร โดยอายุที่เริ่มมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง โดยพบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 34.2 ซึ่งเป็นความชุกในระยะเวลา 1 ปี(One-year prevalence) (วาริรัตน์ ถาน้อย , 2544 : 24)

จากการสำรวจในเขตสาธารณสุขที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์และกาญจนบุรี พบว่า ในปีพ.ศ. 2541 - 2545 เขตสาธารณสุขที่ 4 มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 42.15 49.37 61.67 61.33 และ 57.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยของประเทศในปี 2541 - 2545 มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 28.67 35.22 30.72 36.41 และ 33.72 ต่อแสนประชากรตามลำดับ เมื่อมีการเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของเขตสาธารณสุขที่ 4 สูงกว่าระดับประเทศมาโดยตลอด และโรงพยาบาลมะการักษ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในอำเภอท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ซึ่งอยู่ในเขตสาธารณสุขที่ 4 รับผิดชอบประชาชนในอำเภอ ท่ามะกา ทั้งหมด 15 ตำบล มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบทั้งหมด 139,300 คน พบว่า ในปี 2544 2545 และ 2546 มีอัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่รับผิดชอบเท่ากับ 42 44.5 และ 49.5 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งจัดว่าเป็นอัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่สูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศเช่นกัน

การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะเฉพาะทาง และผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจกลไกพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Mechanism of Suicide) ซึ่งมักจะเกิดจากความขัดแย้งทางใจที่ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล แล้วใช้กลวิธีการปรับตัว ถ้ามีการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จบุคคลก็จะมีความสุข รู้คุณค่าในตนเอง รู้สึกมั่นคงปลอดภัยและมีสัมพันธภาพอันดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้บุคคลก็จะมีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและอาจมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ จนทำให้บางรายสามารถฆ่าตัวตายสำเร็จ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 20 - 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาการแสดงของภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจในสิ่งที่ชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้คุณค่า ลึกลับ หวัง ซึ่งอาการที่มักเกิดร่วมกันเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี เป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้นจนมีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย กลุ่มของภาวะซึมเศร้านี้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้และพฤติกรรม (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2547) นอกจากนี้ Angst และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามี่ลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับ อยู่เสมอ ละเลยไม่สนใจตนเอง ปัญหาด้านความจำ มีอาการตื่นตระหนกหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูล, 2547) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและครอบคลุมกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดปัญหาทางภาวะอารมณ์และจิตสังคมมากขึ้นได้ และยิ่งเมื่อเกิดการขาด สัมพันธภาพกับพยาบาลผู้ให้การดูแล จะยิ่งเกิดความไม่มั่นใจและไม่สามารถ

ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุของการเกิดปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงความต่อเนื่องในการดูแลด้วย

จากการศึกษาของอมรากล อินโชนานนท์ (2540) พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ได้แก่ ระบบการดำเนินงาน ยังขาดระบบการประสานงานระหว่างฝ่ายการรักษา เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและจิตแพทย์ หรือผู้ให้บริการปรึกษา เช่น ไม่มีการแจ้งให้ทราบเมื่อมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือจะได้พบผู้ป่วยต่อเมื่อผู้ป่วยใกล้จะกลับบ้าน ทำให้ขาดการวางแผนการดูแลแนะนำอย่างต่อเนื่อง หรือแพทย์ผู้รักษาจำหน่ายผู้ป่วยโดยไม่มีการส่งต่อจิตแพทย์หรือกลุ่มงานจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยขาดการฟื้นฟูสภาพจิตใจ รวมถึงการขาดแนวทางในการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม ขาดระบบการติดตามอย่างจริงจัง และขาดการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนด้านบุคลากร ขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านจิตเวช ขาดทีมงานผู้ให้บริการการปรึกษา บุคลากรขาดความชำนาญในการสังเกต และแยกแยะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีน้อยทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ไม่มีเวลาในการเยี่ยมเยียนพูดคุยให้กำลังใจและผู้ให้บริการปรึกษาต้องรับผิดชอบงานหลายด้านทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับผู้ป่วย บุคลากรมีทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เพราะลาเหตุพยายามฆ่าตัวตายและบุคลากรยังขาดความสนใจความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพราะสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้สถานบริการสาธารณสุขยังขาดบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งรวมถึงคุณภาพบริการพยาบาลด้วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในสถานบริการและเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาด และมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัวและผู้ให้บริการ(สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพยังคงเป็นเป็นปัญหาทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลขนาดกลาง โรงพยาบาลขนาดเล็กและสถานีอนามัย แต่มีความรุนแรงและมีลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกันเพราะลักษณะโครงสร้างและองค์ประกอบ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและผู้รับบริการแตกต่างกัน อันจะเห็นได้จากผลการวิจัยของ วรณฤดี ภูทอง และพนิดา ดามาพงศ์ (2540) พบว่า ผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในระดับที่ไม่พึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการตัวหนึ่ง (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการโดยเป็นการเปรียบเทียบความคาดหวังกับบริการที่ได้รับ หากบริการที่ได้รับสามารถ

ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้ถือว่ามี การรับรู้คุณภาพบริการ พยาบาลและมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อยต่อบริการที่ได้รับ อาจเนื่องจากการ ให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยส่วนมาก มักจะให้การมอบหมายงานแบบเฉพาะหน้าที่หรือ แบบทีม (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ , 2524) การมอบหมายงานในลักษณะนี้ พยาบาลที่ได้รับมอบหมาย จะถูกหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวรและร่วมกันในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน ไม่มีพยาบาลคนใดที่จะรับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะบุคคลเลย (Manthey , 1970) การทำงานตามหน้าที่หรือแบบทีมทำให้พยาบาลขาดความสนใจต่อความ ต้องการของผู้ป่วย ไม่รู้จักผู้ป่วยและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลอย่างแท้จริง ขาดการ ประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล , 2537 ; Blair . , 1982)

โรงพยาบาลมะเร็งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ที่ใช้การมอบหมายงานแบบเฉพาะ หน้าที่หรือทีมมาโดยตลอดจนถึงปี พ.ศ. 2545 โดยมีพยาบาลหมุนเวียนเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร และร่วมกันรับผิดชอบผู้ป่วย โดยพยาบาล 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างน้อย 8 รายในแต่ละเวร สับเปลี่ยนหมุนเวียนไปทุก 8 ชั่วโมง และพบว่า พยาบาลในแต่ละเวรปฏิบัติการพยาบาลตาม หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น พยาบาลหัวหน้าเวรจะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งดึก ทำให้มีการงาน มาก การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการไม่ครอบคลุม แยกเป็นส่วนๆ ตาม เหตุการณ์เฉพาะหน้า ไม่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารทางบริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่าง ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับ ฟาริดา อิบราฮิม (2542) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การให้บริการพยาบาลด้วย ระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่จะพบปัญหาคือ ลักษณะการทำงานเน้นงานให้เสร็จมากกว่า การดูแลคน ผู้รับบริการว่าเหวเพราะไม่มีใครเป็นเจ้าของใช้โดยตรงที่จะพูดคุยด้วย ผู้รับบริการ อ้างว้างและไม่เห็นความสำคัญของพยาบาล พยาบาลขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

จากสภาพปัญหาการจัดการมอบหมายงานสำหรับพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมะเร็งดังกล่าว กลุ่มการพยาบาลจึงได้พิจารณานำระบบการ พยาบาลเจ้าของไข้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 โดยพยาบาล 1 คน รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้รับบริการ 8 รายในดึกผู้ป่วยสามัญ/พิเศษ ซึ่งคาดว่า จะ สามารถลดสาเหตุของปัญหาดังกล่าวได้ แต่ในการนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาประยุกต์ใช้ใน โรงพยาบาลมะเร็งนั้น เป็นการนำแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้มาประยุกต์ใช้เพียงบางส่วน เท่านั้น โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนจะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยในแต่ละเวรค่อนข้างมากและมี การสับเปลี่ยนหน้าที่กันตามสถานการณ์ในแต่ละเวร ทำให้การวางแผนพยาบาลและการดูแล

ผู้ป่วยขาดความครอบคลุมถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบไม่ได้มอบหมายหน้าที่ตามความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคล แต่เป็นการมอบหมายงานตามบทบาทเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในแต่ละเวร เช่น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรจะเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยหนักของหน่วยงานโดยไม่ต้องเป็นพยาบาลคนเดิมที่เคยดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้การดูแลผู้รับบริการยังแยกเป็นส่วนๆ มากกว่าการพยาบาลแบบองค์รวมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอย่างที่ต้องการ ซึ่งมีผลกระทบ ต่อ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งโดยตรง เนื่องจากผู้พยายามฆ่าตัวตายจัดว่าอยู่ในภาวะวิกฤติของชีวิต แต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและขาดความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ตรงกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่สำคัญ ยังพบว่ามี การฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จในโรงพยาบาลในปี 2545 จำนวน 1 รายและปี 2546 จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรจะเกิดขึ้นและสามารถป้องกันได้ถ้ามีการดูแลอย่างเหมาะสม จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดข้อร้องเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลอย่างมาก เช่น " พยาบาลควรจะเอาใจใส่และดูแลให้ทั่วถึงมากขึ้น " " อยากให้พยาบาลพูดเพราะๆ ให้กำลังใจคนไข้บ้าง " และ " อยากให้พยาบาลฟังเวลาผู้ป่วยพูดบ้าง " เป็นต้น (จากใบแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็ง , 2546)

โรงพยาบาลมะเร็งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง แต่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการอบรมทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเหนือจากงานในหน้าที่หลัก ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วย และสามารถขึ้นปฏิบัติงานในตึกที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการในช่วงบ่ายของทุกวันที่ยื่นปฏิบัติงาน แต่พบว่า มีการขาดการประสานงานที่ต่อเนื่องกันของทีมงานดูแลผู้ป่วย เช่น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะได้รับแจ้งจากบุคลากรแผนกผู้ป่วยในว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการ ก็ต่อเมื่อกำลังจะจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว หรือจำหน่ายไปแล้ว ทำให้ภาระการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นของพยาบาลเวรประจำตึก ซึ่งพบว่ายังขาดความรู้ความชำนาญในเรื่องการดูแลผู้รับบริการทางสุขภาพจิต (จากข้อมูลการสำรวจ Training Need ของพยาบาลในโรงพยาบาลมะเร็ง , 2545) ส่งผลให้พยาบาลประจำตึกมีทัศนคติที่ไม่ดีและขาดความใส่ใจในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการ มักไม่มารับบริการตามนัดถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำในปี 2546 ถึง 6 ราย

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจในการนำแนวคิดการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในโรงพยาบาลมะเร็ง เนื่องจากการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing assignment) เป็นระบบที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Pearson, 1983) โดยที่พยาบาลมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งกลับบ้านและมีอำนาจสั่งการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยของตนเองอย่างเต็มที่ สามารถติดต่อประสานกับหน่วยงานต่างๆ แทนผู้ป่วยได้โดยตรง ขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบและพร้อมที่จะรายงานถึงการดูแลได้อย่างมีเหตุผลทั้งในด้านดีและไม่ดี (MacGuire, 1989:246) จะเห็นได้ว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นระบบบริการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล มีการบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมการพยาบาล คำแนะนำที่ได้ตลอดจนรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรอื่นๆ เป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสาร โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและเกิดการประสานงานอย่างต่อเนื่อง (ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

การพยาบาลเจ้าของไข้ ยังเสริมให้เกิดคุณภาพในการพยาบาลสูงกว่าการมอบหมายงานแบบทีม โดยเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ (Daeffler ,1975; Ventula et al., 1982; Sellick et al.,1983; Kangas,1999) เนื่องจากพยาบาลได้ให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าใจและทราบรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงคุณภาพตามการรับรู้ต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ (Omachonu,1990 อ้างถึงใน ณัฐนกุล ผกาภรณ์รัตน์ , 2542 : 2) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเรณู พุกบุญมี และคณะ (2544) ที่กล่าวถึง ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นระบบที่เอื้อให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับพยาบาลที่ให้การดูแล ก่อให้เกิดศักยภาพและความมั่นใจในบริการ รวมทั้งความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการและครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนและครอบครัว ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Eriksen (1988) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการเป็นระดับความคิดหรือความรู้สึกยินดี พอใจชื่นชอบของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่แสดงออกต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวมของผู้รับบริการครอบคลุม 6 ด้าน คือ

- 1) ศิลปะการดูแล
- 2) คุณภาพการดูแลทางเทคนิค
- 3) ความพร้อมในบริการพยาบาล
- 4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง

6) ประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการดูแล

นอกจากปัญหาความพึงพอใจในบริการดังกล่าวแล้ว พบว่าปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ การเกิดภาวะซึมเศร้า การมีแนวคิดในแง่ลบ ทำให้ไม่คิดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ , 2544) มองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่า ขาดความเป็นธรรมและไม่สามารถให้อภัยต่อความผิดพลาดของตนเองได้ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (วรินทร์ บุญยั้ง , 2545) ซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ลบ และถ้าปล่อยให้มีภาวะซึมเศร้านานๆ ผู้ป่วยอาจลงมือทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิตได้ ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลมะเร็งกึ่งที่พบสูงเช่นเดียวกัน โดยจะเห็นได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลมะเร็งโดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตในปี 2545 จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 50 ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายและป้องกันปัญหาได้ จึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆ (ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ , 2541) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พยาบาลควรมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อระบุปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมกับวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลที่เหมาะสมควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และด้านสังคม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2543) การดูแลแบบองค์รวมนี้อาจสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่มีเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การดูแลที่ต่อเนื่องโดยมีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด และมีการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยรอบด้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและคาดหวังไว้ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยรู้จักกับพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลตนตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะบอกถึงปัญหาและความต้องการของตนกับพยาบาลเจ้าของไข้มากขึ้น (Pelara & Hentinen ,1989) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ใช้บริการรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น ไว้วางใจ กล้าซักถาม จึงรับรู้และรู้สึกถึงการดูแลที่มีความต่อเนื่องและตรงตามความต้องการมากขึ้น (ส่องแสง ธรรมศักดิ์ , 2542) สภาพการดูแลในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในด้านการใช้สัมพันธภาพบำบัด ในการสร้างความไว้วางใจยอมรับสัมพันธภาพที่อบอุ่นและไว้วางใจพยาบาล (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2545) มี

การตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการเอาใจใส่ต่อความต้องการ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ซึ่งสิ่งที่จะตามมาทีหลังก็คือการบรรลุเป้าหมายการพยาบาล (Marram et al., 1974) เป็นโอกาสให้พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง มีความมั่นใจที่จะเผชิญปัญหามองโลกในแง่บวก มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ค้นพบศักยภาพในตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ลงได้

ปัญหาการศึกษา

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่ำกว่าก่อนการได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่
2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดและสมมติฐานการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดในเรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram และคณะ (1974) ซึ่งกรอบแนวคิดในเรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram และคณะ(1974) กล่าวว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง วิธีการจัดการดูแลผู้รับบริการที่ให้พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มดูแลผู้รับบริการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน หรือจำหน่ายออกไปจากระบบการดูแล โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับบริการ โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคนตลอด 24 ชั่วโมงและตลอดไปจนกระทั่งกลับบ้านหรือจำหน่ายจากความดูแล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การดูแลผู้รับบริการจำนวน 1- 2 คน ไม่เกิน 6 คนในแต่ละเวร และมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การให้พยาบาลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient – centered care) โดยมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
2. มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการ (Accountability for patient care) เป็น

การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้บุคลากรทางการแพทย์ตามความสามารถและทักษะแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

3. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of patient care) ความต่อเนื่องการดูแลเกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้

4. การให้การดูแลผู้รับบริการที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patient care) คือ การบริการที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยรอบด้าน

5. การมีการประสานงานดูแลผู้รับบริการ (Coordination of patient care)

6. การพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการกระตุ้นและอำนวยความสะดวกให้มีการเติบโตทางด้านความรู้แก่บุคลากรพยาบาล และให้โอกาสในการเรียนรู้ที่เหมาะสม

ซึ่งการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและคาดหวังไว้ เนื่องจากผู้ป่วยรู้จักกับพยาบาลผู้ซึ่งเป็นผู้ดูแลตนตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะบอกถึงปัญหาและความต้องการของตนเองกับพยาบาลเจ้าของไข้มากขึ้น (Pleara & Hentinen , 1989) และจากการศึกษาของ Chavigny & Lewis (1984) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบทีม เนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้สามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (เยาวลักษณ์ อโนทยานนท์, 2543) ดังนั้นแนวคิดของการดูแลแบบการพยาบาลเจ้าของไข้จึงมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ทั้งนี้เนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่จะปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน , 2539) ทำให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายจะต้องมีการประเมินบุคคลและปัญหา เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคคลวางแผนช่วยตัวเองในอนาคต โดยการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้พยายามฆ่าตัวตายลง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม , 2541)

จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell , & Brent , 1995 cited in Mcdougall , Blixen & Suen . 1997) ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการทำนายการฆ่าตัวตายได้ (นารี พิมพ์เบ้าธรรม ,2545) ดังนั้นในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายจึงต้องตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าเป็นสำคัญ และการดูแลควรครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงควรมีการดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แบบหนึ่งต่อหนึ่ง (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2543) โดยการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจดีขึ้น

(จิวรรณ สัตยธรรม , 2541) ซึ่งลักษณะสำคัญของการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นระบบบริการพยาบาลที่ให้การดูแลเป็นรายบุคคล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลที่ต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ ส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้มีการสื่อสารแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ โดยแผนการพยาบาลจะเป็นแบบองค์รวมให้มีความเหมาะสมมากที่สุดร่วมกับผู้รับบริการ ทำให้สามารถกำหนดขอบเขตของปัญหาและการแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการจึงดีและรวดเร็ว (ปรางทิพย์ อุระรัตน์ , 2541) ซึ่งการดูแลที่ระบุปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย โดยครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะเหมาะสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2537) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและลดภาวะซึมเศร้าลงได้

นอกจากการพยาบาลแบบเจ้าของไข้จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงแล้ว ยังช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จิรภัก สุวรรณเจริญ (2545) และสองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าระบบการพยาบาลอื่นๆ และจากการศึกษาของ ชูลีวรรณ เพียรทอง (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่บอกระดับคุณภาพการดูแลที่ได้จากองค์การด้วยเช่นกัน (Luther , 1996) เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดลักษณะการดูแลให้กับผู้ป่วยและมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการบอกถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมที่มีต่อบริการ (Clark et al. , 1996) โดยที่ในการศึกษาครั้งนี้ ความพึงพอใจบริการพยาบาลครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านศิลปะการพยาบาล ด้านคุณภาพการดูแลทางคลินิก ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ด้านความพร้อมในการบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และด้านประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการดูแล ซึ่งเมื่อมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการได้รับการตอบสนองของความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้ความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับ และภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบในผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นลดน้อยลงด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาปฏิบัติงานจริงที่แผนกผู้ป่วยนอก และขึ้นปฏิบัติงานในหน่วยงานที่จะมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในช่วงบ่ายเป็นบางวัน ดังนั้นผู้ศึกษาจะเป็นผู้พัฒนาและสร้างแนวการปฏิบัติการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศึก

อายุรกรรม / ศัลยกรรมสามัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวทางการปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลวิชาชีพอาจจะมีประสบการณ์หรือพื้นความรู้ที่จะจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งหมด (อุบล วรรณกิจ , 2547) พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (อัญชัญ ไพบูลย์ , 2545) ซึ่งจัดว่าเป็นจุดด้อยของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จึงต้องมีการให้ความรู้แก่บุคลากร เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทนี้ (อุบล วรรณกิจ , 2547) และต้องให้การประสานงานที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดการรักษาพยาบาลล้มเหลว (อัญชัญ ไพบูลย์ , 2545) รวมถึงการเป็นที่ปรึกษา การนิเทศ ติดตาม ประเมินผลในการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hamric & Spos (1996) ที่กล่าวถึงบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในด้าน Expert Coaching and Guidance ว่าเป็นการให้การศึกษาความรู้ ในมุมมองแบบองค์รวม โดยมีการรักษาความสามารถในการรักษา โดยใช้ความเชี่ยวชาญและการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ และด้าน Consultant ในการเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งในการใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึก การเขียนแผนการพยาบาล เป็นผู้นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตรวจสอบสิ่งที่คิดและสิ่งที่ปฏิบัติซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาบทบาทของแต่ละคนเป็นอย่างดี (จงรักษ์ อุตราชต์กิจ , 2537) ก็จะส่งผลให้ มีการพัฒนาจุดด้อยของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในเรื่องพยาบาลวิชาชีพอาจไม่มีประสบการณ์ หรือ พื้นความรู้ที่จะจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งหมด และทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้มีความครอบคลุม ต่อเนื่องและสามารถดำเนินการไปได้ด้วยดี

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จะต่ำกว่าก่อนการได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
2. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้จะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ขอบเขตของการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group , Pretest – Posttest Design) โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังนี้

1. ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่

1.1 ผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขต อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ที่มารับบริการที่ตึกอายุรกรรมสามัญและตึกศัลยกรรมสามัญในโรงพยาบาลมะการักษ์ และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร

1.2 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอายุรกรรมสามัญและศัลยกรรมสามัญ ในโรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 4 หน่วยงานๆ ละ 6 คน รวม 24 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการการศึกษาอิสระ

การใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (Using Primary Nursing System) คือ ระบบบริการพยาบาลที่มี การมอบหมายจากหัวหน้าตึก ให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายรับผิดชอบดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่ตึกอายุรกรรม / ศัลยกรรมสามัญเป็นรายบุคคล โดยรับผิดชอบตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือโดยประเมินการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลด้วยตนเอง ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลซึ่งไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ (พยาบาลผู้ร่วมดูแล) จะเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ ซึ่งใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกและมาตรฐานการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลเจ้าของไข้ต้องประเมินกิจกรรมการพยาบาล บันทึกและรายงาน รวมทั้งติดต่อประสานงานกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านี้ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. การพัฒนามูลากร (Staff development) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้และการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้ศึกษาและพยาบาลหัวหน้าตึก ดังนี้

1.1 ประเมินความรู้ ความสามารถของบุคลากรพยาบาล

1.2 จัดการอบรมระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.3 มีการให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะบุคคล โดยพยาบาลผู้ชำนาญการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

1.4 ประชุมปรึกษาปัญหาที่พบในการดูแลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. วางแผนขอบเขตของการปฏิบัติ โดยพยาบาลหัวหน้าหรือผู้ช่วยมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยและควบคุมการปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ศึกษาเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยรับทราบบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ดังนี้

2.1 พยาบาลเจ้าของไข้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างเป็นองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ ถ้าพยาบาลผู้ร่วมดูแลมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลต้องแจ้งหรือปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้ เมื่อพบปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน ผู้ศึกษา (พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 การประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม โดยยึดมาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวทางการปฏิบัติ

2.3 การวางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลที่ครอบคลุมองค์รวม

3. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม

3.1 พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร และไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.2 พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ร่วมดูแลรวบรวมข้อมูลในการพยายามฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมที่ผู้ใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเคยพูดและใช้มาก่อน รวมทั้งข้อมูลภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

3.3 พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล เพื่อให้มีแนวปฏิบัติทางเดียวกัน โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

3.4 จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอุปกรณ์หรือสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือใช้เป็นอาวุธให้มิดชิด

3.5 พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด บริการให้การปรึกษา ให้

การดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องแบบองค์รวม พยายามให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เข้าใจปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถขอการชี้แนะ ปรีกษาพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้

3.6 การให้ข้อมูลผู้ป่วย ในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และการหาแหล่งช่วยเหลือ เมื่อมีความคิดที่เศร้าหรืออยากฆ่าตัวตาย มีการเตรียมญาติและครอบครัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

4. มีการประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ศึกษามีการประสานงานร่วมกันในการดูแล มีการบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล และนำปัญหาที่พบมาประชุมปรึกษาในรูปแบบ Case conference , Problem conference เพื่อหาแนวทางแก้ไข และเป็นแนวทางการปฏิบัติต่อไป

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ ผู้ที่ตั้งใจพยายามทำลายชีวิตตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และเข้ารับการรับบริการที่ตึกอายุรกรรมหรือตึกศัลยกรรมสามัญในโรงพยาบาลมะการักษ์ โดยที่ผู้ป่วยระบุว่า พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองโดยตั้งใจเพื่อให้ถึงแก่ความตาย หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีอาการเหล่านี้ คือ รู้สึกจิตใจหม่นหมอง รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ หมดอาลัยตายอยาก ไม่มีความสุข หมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบ รู้สึกผิดหวังและโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง คิดอะไรไม่ออก คิดช้า หลงลืมง่าย ทำอะไรเชื่องช้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนหลับๆตื่นๆ และถ้าสภาวะซึมเศร้าต่างๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินโดยแบบตรวจวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ที่ได้พัฒนามาจาก Beck Depression Self Rating Questionnaire และปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย แพทย์หญิง ดวงใจ กษานติกุลและคณะ โดยการประมวลคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ

ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึง ระดับความคิดหรือความรู้สึกยินดี ชื่นชอบของผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ จากประสบการณ์โดยรวมของผู้พยายามฆ่าตัวตาย สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของเยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2543) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของ อิริคเซ็น (Eriksen , 1988) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ

1. ศิลปะการดูแล หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ทักษะและความรู้ความสามารถของพยาบาล

ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน เช่น การอธิบายขั้นตอนและการให้เหตุผลก่อนการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง การตรวจสอบและประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วย และสามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง เสียง รวมทั้งการระบายอากาศและกลิ่นให้ผู้ป่วยได้รับความสะอาดทุกสภาวะ

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ความต่อเนื่องของการดูแลเกิดจากการมอบหมายผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ และเป็นการปฏิบัติการที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง ผลกระทบจากกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำและการสอน รวมทั้งการสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลมะการักษ์ต่อไป
2. เป็นข้อมูลในการศึกษาในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อพัฒนาแนวทางและมาตรฐานในการบริการพยาบาลต่อไป