

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี\*

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE IN  
CARING FOR SCHIZOPHRENIA WITH SUICIDE PATIENTS AT  
SAUNSARANROM HOSPITAL, SURATTHANI PROVINCE

สมสุข โถวเจริญ, กศ.ม., พย.ม. (Somsook Thowcharoen, M.Ed., MSN)\*\*

วันดี สุทธิรังษี, ปร.ด. (Wandee Suttharangsee, Ph.D.)\*\*\*

ถนอมศรี อินทนนท์, กศ.ม. (Tanomsri Inthanon, M.Ed.)\*\*\*\*

**ABSTRACT**

**Objective:** To develop the clinical nursing practice guideline (CNPg) in caring for schizophrenia with suicide patients at Saunsaranrom Hospital.

**Methods:** This CNPg was developed from literature reviews. The content validity was examined by 17 experts experienced in teaching or in caring for schizophrenia with suicide patients, using a 3-round Delphi technique. The consensus of contents was analyzed by median, mode and quartile deviation. The researcher considered a median of more than 3.50, a mode ranging from very often to most of the time (4.00-5.00), and a

quartile deviation of less than 1.50 as criteria for qualification of the CNPg.

**Results:** Revealed 4 components of CNPg: (1) definition and structure of CNPg, (2) assessment of patients' problems including initial, interim and pre-discharge phases, (3) nursing intervention covering all 3 phases, and (4) outcome of caring in those three phases.

**Conclusion:** This study provided CNPg that should be tested for feasibility before using it as a tool for quality improvement in caring for schizophrenia with suicide patients.

**Keywords:** Clinical nursing practice guideline, Schizophrenia patients, Suicide

\*สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

\*\*\*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จังหวัดสงขลา Email: wandee.s@psu.ac.th

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

**วิธีการศึกษา:** แนวปฏิบัติการพยาบาลถูกพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการแบบเดลฟาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการสอนหรือการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย จำนวน 17 คน วิเคราะห์ความสอดคล้องของความคิดเห็นด้วยค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าการกระจายควอไทล์ ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 ค่าฐานนิยมที่ระดับมากถึงมากที่สุด (4.00 - 5.00) และค่าการกระจายควอไทล์น้อยกว่า 1.50 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับข้อความของแนวปฏิบัติ

**ผลการศึกษา:** ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ (1) คำนิยาม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติ (2) การประเมินปัญหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน (3) กิจกรรมการพยาบาลระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน และ (4) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และระยะก่อนกลับบ้าน

**สรุป:** แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย นี้ควรนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้แนวปฏิบัติฯ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาวะฆ่าตัวตาย

### ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 30 – 40 เท่า (Harris & Barraclough, 1998) จากการศึกษาของไทมีเน็นและเลทีเน็น (Taiminen & Lehtinen, 1990) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 50 รายระหว่างปี 1977-1978 ในประเทศฟินแลนด์ป่วยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 44) สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การศึกษาของจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, ชัยพร ยิ่งเจริญ พาสุข, และ เกตุสุตา ชินวัตร (2547) ที่ศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวช 12 แห่งสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 12,356 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 63.60 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย 11 ราย คิดเป็น 9.0 ต่อ 10,000 ประชากร สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในปี 2551 - 2553 จำนวนมากขึ้นจาก 1,597 ราย เป็น 1,618 ราย และ 1,804 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8.4, 13.06 และ 40.01 ตามลำดับจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2553) ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี

ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย พยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแล

ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความสามารถในการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูง จากการประชุมกลุ่มปรึกษาของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นระยะ ๆ ในปี พ.ศ. 2551- 2553 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน ยุ่งยาก นอกจากนี้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เครียดในการดูแลผู้ป่วย ขาดการดูแลเอาใจใส่ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน มีการใช้บริการทางสุขภาพเพิ่ม ครอบครัว โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่ม (กรมสุขภาพจิต, 2549; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005) ความซับซ้อนของโรคจิตเภทและการฆ่าตัวตายทำให้ทีมสุขภาพเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนที่จะช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว หากหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่ชัดเจน ก็จะทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลดลง ลดความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวข้างต้นได้ เช่นเดียวกับแนวคิดของจิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ (2543) ที่กล่าวว่า การมีแนวปฏิบัติที่จัดทำอย่างเป็นระบบและเป็นไปในแนวเดียวกัน สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือที่

ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและง่ายต่อการปฏิบัติงาน ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ เป็นระบบ มีความต่อเนื่องส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่เหมาะสมตรงกับโรค ลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการของผู้ป่วย เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายและแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2550; พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2553;

สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005; Keltner, Schwecke, & Bostrom, 1999) ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย เป็นขั้นตอนของการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตและอาการอื่น ๆ ที่เกิดจากภาวะฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องอาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น รูปแบบและวิธีการทำร้ายตนเอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการจำแนกปัญหา

2. การวางแผนและตัดสินใจเลือกใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย เป็นขั้นตอนการกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ ประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาซึ่งพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือปัญหาที่เป็นความต้องการของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวและการเลือกวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยในการตัดสินใจประสิทธิภาพการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ส่วนแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย มีนักวิชาการเสนอขั้นตอนการพัฒนาไว้หลายแบบ เช่น พิกุล นันทชัยพันธ์ (2550) ได้เสนอขั้นตอนการพัฒนาหรือสร้างแนวปฏิบัติ ไว้ 7 ขั้นตอน

ฟองคำ คิลกสกุลชัย (2549) ได้เสนอขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ 10 ขั้นตอน แต่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาของ อรรถพรณ โดสิงห์ (2547) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและเลือกหัวข้อสำหรับการศึกษาหรือหัวข้อสำหรับการทบทวน สืบค้นงานวิจัย ซึ่งผู้ศึกษาพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี และยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการคัดเลือกและพิจารณาข้อมูลที่ทบทวนได้จากการสืบค้น

4. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ควรเกิดขึ้นหลังให้การพยาบาล สำหรับโครงสร้างการเขียนแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- 4.1 การประเมินและการจัดการในระยะเริ่มแรก (initial assessment & management phase) หมายถึง การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดง การวางแผนและการตัดสินใจ และการประเมิน ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน

ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ และ/ หรืออาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย เช่น มีความพยายามและพฤติกรรมทำร้ายตัวเองตลอดเวลาเป็นต้น

4.2 การประเมินและการจัดการในระลอกกลาง (interim assessment & management phase) หมายถึง การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดง การวางแผนและการตัดสินใจ และการประเมิน ผลลัพธ์การพยาบาลในระหว่างที่มีอาการทางจิตสงบ และ/ หรือมีภาวะฆ่าตัวตายลดลง เช่น มีความคิด ความพยายามและพฤติกรรมทำร้ายตัวเองลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งต้องระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ พร้อมประเมินและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

4.3 การประเมินและการจัดการในระลอกก่อนกลับบ้าน (pre-discharge assessment & management phase) หมายถึง การประเมินลักษณะอาการและอาการแสดง การวางแผนและการตัดสินใจ และการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ. สุราษฎร์ธานี โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท หรือพยาบาลปฏิบัติการที่มีความชำนาญทางคลินิก มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์ด้านการสอนทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่คัดเลือกจากประชากรจำนวน 17 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อการตัดสินใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งครอบคลุมด้านกาย จิตใจและสังคม

### วิธีดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ส่งแบบสอบถาม รอบที่ 1 ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ปลายปิดและปลายเปิดให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย พร้อมเขียนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระ เมื่อได้รับแบบสอบถามรอบที่ 1 คืน ผู้วิจัย นำคำตอบมาวิเคราะห์เนื้อหา แจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละเป็นรายชื่อ และปรับปรุง ข้อความที่ซ้ำซ้อนหรือยังไม่ครอบคลุมประเด็น ตามข้อเสนอแนะเพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 2 ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเลือกตอบว่าเห็น ด้วยกับข้อความในแนวปฏิบัตินั้นมากน้อย เพียงใด พร้อมเขียนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม เมื่อได้รับแบบสอบถามรอบที่ 2 คืน ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยมและค่าการกระจายควอไทล์เป็น รายชื่อ แล้วสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่มีข้อ คำถามเหมือน/ ใกล้เคียงแบบสอบถามรอบที่ 2 และมีการแสดงค่ามัธยฐาน ค่าการกระจายควอไทล์ และคะแนนคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน

กำกับในแต่ละข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นอีกครั้งเพื่อยืนยันความคิดเห็นเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงความคิดเห็นใหม่ หากคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดอยู่สูงกว่าหรือต่ำกว่าค่าการกระจายควอไทล์ ผู้วิจัยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดง เหตุผลในช่องหมายเหตุ เมื่อได้แบบสอบถาม รอบที่ 3 คืน ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์เป็น รายชื่อเพื่อหาค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่า การกระจายควอไทล์ ผู้วิจัยเลือกข้อความที่มี ค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 และค่าการกระจาย ควอไทล์ น้อยกว่า 1.50 รวมทั้งนำข้อคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงครั้งสุดท้ายในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิและแบบ สอบถามรอบที่ 1 นำมาแจกแจงความถี่และ คำนวณหาค่าร้อยละเป็นรายชื่อ คำตอบของ ผู้ทรงคุณวุฒิในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 นำมา วิเคราะห์คำตอบเป็นรายชื่อ หาค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าการกระจายควอไทล์

## ผลการวิจัย

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ

ตาราง 1 จำนวนของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 17)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ                                | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------|-------|--------|
| เพศ                                                         |       |        |
| หญิง                                                        | 14    | 82.35  |
| ชาย                                                         | 3     | 17.65  |
| อายุ (ปี)                                                   |       |        |
| 40 - 60                                                     | 17    | 100.00 |
| การศึกษา                                                    |       |        |
| ปริญญาเอก                                                   | 4     | 23.52  |
| ปริญญาโท                                                    | 12    | 70.59  |
| ปริญญาตรี                                                   | 1     | 5.89   |
| ตำแหน่งการทำงาน                                             |       |        |
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความชำนาญทางคลินิก                | 5     | 29.41  |
| พยาบาลวิชาชีพผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง    | 7     | 41.18  |
| อาจารย์พยาบาล                                               | 5     | 29.41  |
| ประสบการณ์ในการสอน/ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (ปี) |       |        |
| (M = 22.94, SD = 6.40, min = 10, max = 30)                  |       |        |
| 10-15                                                       | 3     | 17.64  |
| 16-20                                                       | 1     | 5.89   |
| 21-25                                                       | 6     | 35.29  |
| 26-30                                                       | 7     | 41.18  |

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเป็น เพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.35 และ 17.65 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 40 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.59 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ตำแหน่งการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและ

เป็นผู้ได้รับวุฒิบัตร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ร้อยละ 41.18 สำหรับประสบการณ์ในการสอน หรือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 26-30 ปี ร้อยละ 41.18

## 2. ผลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

### 2.1 ผลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 1

**ตาราง 2** จำนวนข้อและร้อยละของข้อความแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายจำแนกตามลักษณะความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 1 (N = 17)

| แนวปฏิบัติการพยาบาล                                 | มากกว่าร้อยละ 80<br>เห็นด้วย | น้อยกว่าร้อยละ 80<br>เห็นด้วย |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
|                                                     | จำนวนข้อความ (ร้อยละ)        | จำนวนข้อความ (ร้อยละ)         |
| 1. คำนิยาม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติ (5 ข้อ)        | 5 (100.0)                    | 0 (0)                         |
| 2. การประเมินปัญหาที่พบในระยะเริ่มแรก (12 ข้อ)      | 10 (83.33)                   | 2 (16.67)                     |
| 3. กิจกรรมการพยาบาลในระยะเริ่มแรก (31 ข้อ)          | 28 (90.32)                   | 3 (9.68)                      |
| 4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (11 ข้อ)     | 11 (100.0)                   | 0 (0)                         |
| 5. การประเมินปัญหาที่พบในระยะกลาง (12 ข้อ)          | 11 (91.67)                   | 1 (8.33)                      |
| 6. กิจกรรมการพยาบาลในระยะกลาง (37 ข้อ)              | 33 (89.19)                   | 4 (10.81)                     |
| 7. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง (13 ข้อ)         | 13 (100.0)                   | 0 (0)                         |
| 8. การประเมินปัญหาที่พบในระยะก่อนกลับบ้าน (5 ข้อ)   | 4 (80.00)                    | 1 (20.0)                      |
| 9. กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนกลับบ้าน (14 ข้อ)      | 14 (100.0)                   | 0 (0)                         |
| 10. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้าน (4 ข้อ) | 4 (100.0)                    | 0 (0)                         |

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า ร้อยละ 80 เห็นด้วยในทุกข้อความ คือ คำนิยาม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง กิจกรรมการพยาบาลใน

ระยะก่อนกลับบ้าน และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้าน

2.2 ผลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 และรอบที่ 3

**ตาราง 3** ค่ามัธยฐาน ค่าการกระจายควอไทล์และค่าฐานนิยมของผู้ทรงคุณวุฒิในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จำแนกตามหัวข้อในแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (N = 17)

| ข้อความ                | รอบที่ 2    |                  |             | รอบที่ 3    |                  |             |
|------------------------|-------------|------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
|                        | มัธยฐาน     | การกระจายควอไทล์ | ฐานนิยม     | มัธยฐาน     | การกระจายควอไทล์ | ฐานนิยม     |
| 1. ค่านิยมและโครงสร้าง | 4.00        | 1.00             | 4.00        | 4.00 – 5.00 | 1.00             | 4.00 – 5.00 |
| 2. การประเมินปัญหา     | 4.00 – 5.00 | 1.00 – 2.00      | 4.00 – 5.00 | 5.00        | 0.00 – 1.00      | 5.00        |
| 3. กิจกรรมการพยาบาล    | 4.00 – 5.00 | 1.00 – 2.00      | 4.00 – 5.00 | 4.00 – 5.00 | 0.00 – 1.00      | 4.00 – 5.00 |
| 4. ผลลัพธ์การพยาบาล    | 4.00 – 5.00 | 1.00             | 4.00 – 5.00 | 5.00        | 0.00 – 1.00      | 5.00        |

จากตาราง 3 พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ (1) ค่านิยม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติ (2) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย (3) กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย และ (4) ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด เห็นด้วย/ ยอมรับในระดับมากถึงมากที่สุด และมีความเห็นสอดคล้องกัน

#### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ

1. ค่านิยม และโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะ

ฆ่าตัวตาย

ประกอบด้วยค่านิยมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย และโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย 3 ระยะ คือ (1) ระยะการประเมินและการบริหารจัดการในระยะเริ่มแรก (2) ระยะการประเมินและการบริหารจัดการในระยะกลาง และ (3) ระยะการประเมินและการบริหารจัดการในระยะก่อนกลับบ้าน ค่านิยมและโครงสร้างของแนวปฏิบัติ พบว่า รอบที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยในทุกข้อความ อาจแสดงให้เห็นว่า การสร้างแนวปฏิบัติได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ครอบคลุมและมากเพียงพอ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยแบ่งตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติเป็น 3 ระยะ และมีการกำหนดเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละระยะ จะทำให้ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ รวมถึงสามารถที่จะประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่

จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา การวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะๆ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

## 2. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติประเด็นการประเมินปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า รอบที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิ มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วย จำนวน 25 ข้อความจาก 29 ข้อความ ในด้านการประเมินปัญหา 3 ระยะ มีเพียง 2 ข้อในการประเมินปัญหาระยะเริ่มแรก ที่ผู้ทรงคุณวุฒิน้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วย ในหัวข้อรู้สึกไร้ค่า/ ความรู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองต่ำและมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง-รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากข้อความดังกล่าวไม่สื่อถึงปัญหาที่ชัดเจนและการประเมินทางจิตเวชมักใช้เครื่องมือในการประเมินปัญหาผู้ป่วย หากไม่ระบุเครื่องมือและคะแนนประกอบ อาจทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้ไม่สามารถประเมินปัญหาไปในแนวทางเดียวกันได้ ดังนั้น ผู้ทรงคุณวุฒิจึงเสนอแนะให้ระบุเครื่องมือที่ประเมินพร้อมคะแนนที่เป็นปัญหาคือ เช่น ภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q = 13 คะแนนขึ้นไป เมื่อปรับข้อความพร้อมระบุเครื่องมือที่ประเมิน พร้อมคะแนนที่เป็นปัญหาแล้วทำให้เห็นภาพชัดเจน เข้าใจมากขึ้น และสะดวกในการประเมิน ในรอบที่ 2 และ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิจึงมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมาก เห็นด้วยในระดับ

มากถึงมากที่สุด และมีความสอดคล้องกัน เมื่อพิจารณาการประเมินเป็นรายด้าน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกับแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ที่ได้มองบุคคลตามแบบแผนของผู้เจ็บป่วยทั้งในส่วนของกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

## 3. กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาประเด็นกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในรอบที่ 1 พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิสวนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยกับกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายตามโครงสร้างของแนวปฏิบัติ 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะเริ่มแรก เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และ/ หรืออาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่อาจนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้ ทำให้ดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม ระยะนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด มีความสอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ว่ากิจกรรมการช่วยเหลือควรเริ่มต้นด้วยการประเมินความรุนแรง ความเสี่ยงจากการพยายามฆ่าตัวตาย และจากอาการทางจิต

3.2 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และ/ หรือมีภาวะฆ่าตัวตายลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ ระยะนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความ

เหมาะสมมาก สอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุดว่ากิจกรรมระยะนี้เป็นการช่วยเหลือที่ต่อเนื่องจากระยะเริ่มแรก กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณตนเองได้ตามศักยภาพ การประเมินและการจัดการกับความเครียด ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และรวมถึงการจัดการกับความเครียดจากอาการข้างเคียงของยา (เจริญศรี ขวัญรอด, 2551; มานิช หล่อตระกูล, 2553)

3.3 ระยะการประเมินและการจัดการ ในระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะฟื้นฟูผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและฆ่าตัวตายซ้ำ ในระยะนี้ รอบที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด และในรอบที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากที่สุด ว่ากิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือต่อจากระยะกลาง ประกอบด้วย การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพของตนเองและวิธีการจัดการกับความเครียด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทักษะทางสังคม สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ และการฆ่าตัวตายซ้ำ การแนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ร่วมกับการส่งต่อการรักษาเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายสอดคล้องกับการศึกษาของผานิตย์ เจริญสวัสดิ์ (2553) ที่ว่าครอบครัว

ต้องการการสอน แนะนำความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การเสริมสร้างความหวัง กำลังใจแก่ผู้ป่วย ฝึกทักษะการดูแลและต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

4. ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาประเด็นผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า รอบที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด และรอบที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกันและเห็นด้วยในระดับมากที่สุดทุกข้อความว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงทางจิตและภาวะอันตรายต่างๆ จากการฆ่าตัวตาย การไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง ให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ สำหรับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ มีแนวทางการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทางลบได้ และการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ/ ฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับในโรคของผู้ป่วย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นนี้ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยดูแล

ตามระยะเริ่มแรก คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ระยะกลาง คือ ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและระยะก่อนกลับบ้าน คือ ระยะของการฟื้นฟูเพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีการขยายผลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายไปใช้ในหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่เป็นรูปแบบเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปทดลองใช้และพัฒนาให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. พยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตายที่ได้ทดลองใช้และพัฒนาปรับปรุงต่อเนื่องทุก 3-5 ปี เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัย เหมาะสมกับผู้ป่วยและหน่วยงาน

#### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

วิจัยประเมินผลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย และประเมินผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่า คุ้มทุน เป็นการพัฒนาคุณภาพของแนวปฏิบัติและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะฆ่าตัวตาย

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2549). โครงการประชุมวิชาการ การป้องกันการฆ่าตัวตาย: ก้าวต่อไปในการเรียนรู้สู่โลกนวัตกรรม. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการฆ่าตัวตายครั้งที่ 5*, เชียงราย.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ภาคผนวก)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).

- จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, ชัยพร ยิ่งเจริญพาสุข, และเกตุสุดา ชินวัตร. (2547). *ระบาควิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร.
- เจริญศรี ขวัญรอด. (2551). *การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผานิตย์ เจริญสวัสดิ์. (2553). *ความต้องการของครอบครัวและความต้องการที่ครอบครัวได้รับจากพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้*. สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2555). *Knowledge Translation: Bridging the “Knowledge-practice Gap”*. เอกสารประกอบการโครงการประชุมวิชาการ “การพยาบาลยุค 2012: การแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ” วันที่ 15-17 สิงหาคม 2555, สงขลา.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เปียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร.
- พองคำ ทิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- พริดา อิบราฮิม. (2541). *กระบวนการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนเอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2553). *สถิติผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปีงบประมาณ 2551-2553*. เอกสารอัดสำเนา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *โรคจิตเภท*. ใน สมภพ เรืองตระกูล (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2547). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องความเป็นเลิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วันที่ 20-21 กันยายน 2547, กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การส่งเสริมสุขภาพจิตและกาพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., & Kingdon D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290.

- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factor. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (1999). *Psychiatric nursing* (4 th ed). Philadelphia PA: Mosby.
- Taiminen, T., & Lehtinen, K. (1990). Suicides in Turku psychiatric hospitals in 1971-1978. *Journalseek entry for Psychiatria Fennica*, 21, 235-247. Retrived July 20, 2011 from <http://psycnet.apa.org>.