



โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบ เข้มข้นสำหรับผู้ป่วย: “รูปแบบพระศรีมหาโพธิ์”

นางอนงค์ ธรรมโรจน์, วท.บ.* นพ.ธรณินทร์ กองสุข, พ.บ., วท.ม. (พัฒนาสุขภาพ)*
น.ส.เกษราภรณ์ เคนบุปผา, วท.ม. (วิทยาการระบาด)* นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, ร.ป.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน : “รูปแบบพระศรีมหาโพธิ์”

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยโดยการทดลองที่วัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2548 ถึง 31 พฤษภาคม 2548 จำนวน 397 ราย โดยโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน : รูปแบบพระศรีฯ ประกอบด้วย 1) Universal Assessment : ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในทุกรายตั้งแต่แรกรับและทุกสัปดาห์จนจำหน่าย ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่อยู่ใน Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 มีความเสี่ยงต่ำ ระดับ 2 มีความเสี่ยงปานกลาง และระดับ 3 มีความเสี่ยงสูง 2) Intensive Care ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยดำเนินการตามโปรแกรมการช่วยเหลืออย่างเข้มข้นที่เฉพาะตามระดับความเสี่ยง 3) Intensive Surveillance เป็นมาตรการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยอย่างเข้มข้น วัดประสิทธิผลที่ Primary Outcome คือ อัตราการพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา และ Secondary Outcome คือ อัตราของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงถึงระดับ 0 ณ วันที่จำหน่าย วิเคราะห์สถิติด้วย Paired t-test และ Survival analysis

ผลการวิจัย : อัตราความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษา ก่อนเริ่มโปรแกรมมีระดับ 3 (รุนแรง) ร้อยละ 10.08 (44 ราย) ระดับ 2 (ปานกลาง) ร้อยละ 5.79 (23 ราย) และระดับ 1 (น้อย) ร้อยละ 9.32 (37 ราย) เปรียบเทียบความแตกต่างของผลรวมค่าเฉลี่ยความเสี่ยงตั้งแต่สัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 5 พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกสัปดาห์ สำหรับ Primary Outcome พบว่า ไม่มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จและ Secondary Outcome พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงถึงระดับ 0 ณ วันที่จำหน่าย ร้อยละ 86.7 (91 ราย) และ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นครบ 35 วันแล้ว ความเสี่ยงลดลงจนถึงระดับไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 80 สรุปได้ว่าโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน : “รูปแบบพระศรีฯ” มีประสิทธิผลในการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวช

คำสำคัญ : โปรแกรมการป้องกัน, การฆ่าตัวตาย, แบบเข้มข้น, ผู้ป่วยใน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 หน้า 42-51

* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



The Intensive Suicide Prevention Program for Inpatient “Prasrimahabhodi”

Anong Tumaroad, B.Sc

Thorarin Kongsuk, MD, M.Sc (Health development);

Kedsaraporn Kenbubpha, M.Sc (Epidemiology)

Jintana Leejongpermpoon, M.PA

Abstract

Objectives : Evaluated the effectiveness of Intensive Suicide Prevention Program for Inpatient “Prasrimahabhodi” (ISP Prasri’s model)

Method : Using Pretest-Posttest no control group experimental research design. All of inpatients (397 patients) who admitted between April 1, 2005 and May 31, 2005 at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital were included. Intensive Suicide Prevention Program for Inpatient “Prasri’s Model” was divided in 3 parts : 1) Universal Assessment : all subjects were assessed suicide risk by suicidality questionnaire in MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW, Thai version and there were 3 levels of suicide risk (Low, Moderate and High). 2) Intensive care : the set of care and preventive activities were applied in each subjects depend on their level of suicide risk. 3) Intensive Surveillance : the specific method of surveillance was applied in each suicide risk level. The primary outcome were the attempted suicide rate and committed suicide rate, and the secondary outcome was the rate of suicide risk decreased to 0 levels on discharge. The data was analyzed by paired t-test and survival analysis.

Results : Before initiated the program, the prevalence of high suicide risk (level 3) was 10.08% (44 cases), moderate suicide risk (level 2) 5.79% (23 cases), and low suicide risk (level 1) 9.32% (37 cases). There was significant difference of mean score of suicidality every week (P -value < 0.001) after ISP Prasri’s model was applied. The primary outcome: there was no attempted suicide and no committed suicide. The secondary outcome: 86.7% (91 cases) suicide risk decreased to 0 levels on discharge and 80% of subjects who had suicide risk would decreased suicide risk to 0 after follow 35 days of program. In conclusion, the ISP Prasri’s Model” was effective to prevent inpatients from attempted and committed suicide.

Key word : prevention program, suicide, intensive, inpatient

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51 (1): 42-51

* Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

บทนำ

การฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่รุนแรงสูงสุด โรงพยาบาลจึงต้องมีระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพจากสถิติในปี พ.ศ.2546 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลพยายามฆ่าตัวตาย 90 ต่อ 100,000 ประชากรผู้ป่วยใน และมีอัตรา 8 ต่อ 100,000 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไป¹ อัตราการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะสูงกว่าประชากรในชุมชนเป็นเกือบเท่าตัว แต่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากัน²

การดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชของประเทศไทยนั้นแต่ละแห่งจะกำหนดเป็นแนวทางมาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทและสิ่งแวดล้อมของตนเอง แต่ส่วนใหญ่ยังขาดแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือตลอดจนความสะดวกในการนำไปใช้และพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ เช่น แนวทางมาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นเอกสารนั้นไม่ถูกนำไปสู่มาตรฐานปฏิบัติโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และยังไม่มีการใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวอย่างจริงจังต่อเนื่องในโรงพยาบาลจิตเวช ขาดระบบกำกับส่งเสริมให้มีบุคลากรที่มีทักษะในการดูแลป้องกันผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สถานที่ไม่เหมาะสมไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดสัดส่วนในหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังให้การช่วยเหลือแล้วยังไม่มีมาตรฐานในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำซึ่งเจ้าหน้าที่ดูแลยังขาดทักษะในการดูแลโดยเฉพาะ^{3,4} สำหรับหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลจิตเวชรวมทั้งโรงพยาบาลภาคเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย^{3,4}

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นว่าการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชายังขาด

ความเข้มข้น ขาดการนำไปใช้อย่างจริงจังและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยยังพบการฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งในอดีต⁵ และปัจจุบันตั้งข้อมูลไตรมาสที่ 1 ของการปฏิบัติงานตามปีงบประมาณ พ.ศ.2548 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 0.03 (2 ราย) และพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 0.23 (12 ราย)⁶ ซึ่งหมายถึงประสิทธิผลของการดูแล เฝ้าระวัง และป้องกันยังไม่ดีพอ ดังนั้นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและต้องการสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลและเป็นมาตรฐานจึงได้จัดทำ “โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน: รูปแบบพระศรีฯ” ขึ้นโดยมีจุดเน้นคือ ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับด้วยเครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐานจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ละระดับอย่างชัดเจน เฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเข้มข้น/ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกำหนดวิธีการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างจริงจังตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งคณะทำงานของโรงพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังและได้นำเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยศึกษาในสถานที่จริงในบริบทการทำงานจริงในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็น Pretest-Posttest no control group experimental designs ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่รับไว้รักษาในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งผู้ป่วยเก่าคงพยาบาลและผู้ป่วยรับใหม่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2548 ถึง 31 พฤษภาคม 2548

ขั้นตอนการดำเนินการตาม โปรแกรมการป้องกัน การฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1. **Universal Assessment** : เป็นการประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในทุกๆรายที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ด้วย “แบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน แรกรับ” ซึ่งเป็นแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ อยู่ใน Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับ ภาษาไทย⁷ ในส่วนประเมิน suicidality หรือ current suicide risk พบว่ามี Inter-rater agreement based on kappa at least 0.8 ค่าความไว 0.96 ค่าความจำเพาะ 0.91 positive predictive value 0.90 และ negative predictive value 0.97 สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความ รุนแรงของความเสี่ยง ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับ 1 มีความเสี่ยงน้อย (1-5 คะแนน) ระดับ 2 มีความเสี่ยง ปานกลาง (6-9 คะแนน) ระดับ 3 มีความเสี่ยงมาก (10 คะแนน) ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป จะนำเข้าโปรแกรมการป้องกัน การฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยในรูปแบบพระศรีฯ

2. **Intensive Care** : ได้จัดทำแนวทางการดูแล ช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับที่ 1 ขึ้นไป โดยมีการ ให้การรักษา/ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยการ ทำกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างควมหวังการดูแลอย่างใกล้ชิด ในรายที่มีระดับรุนแรงมากให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาดูตลอด 24 ชั่วโมง บ่งชี้ด้วยการเรียกขานชื่อผู้ป่วย ยืนยันด้วย ภาพที่แฟ้ม และลดการเข้าถึงอุปกรณ์เสี่ยง แล้วติดตาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมจนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2548 รวมทั้งหมดเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

3. **Intensive Surveillance** : ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับที่ 1 ขึ้นไป จะได้รับการเฝ้า ระวังในหอผู้ป่วยอย่างเข้มข้น โดยจะได้รับการประเมิน ความเสี่ยงทุกสัปดาห์จนกว่าจะจำหน่ายด้วย “แบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน

รายที่มีความเสี่ยง” ซึ่งมี Inter-rater agreement based on kappa at least 0.87 และบันทึกอย่างละเอียด มีระบบ การรายงานอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยระดับ 2 ให้บ่งชี้ทุก 30 นาที และผู้ป่วยระดับ 3 ให้บ่งชี้ทุก 15 นาที พร้อมกับ ให้สวมเสื้อที่ทำให้สังเกตได้ชัด ซึ่งเป็นสีที่แตกต่างจาก ผู้ป่วยอื่น

การวัดประสิทธิภาพ วัดที่ Primary Outcome คือ อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลและอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ณ ช่วงเวลา ทำการศึกษา และ Secondary Outcome คือ อัตราของ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงถึงระดับ 0 ณ วันที่จำหน่าย (คำนวณจากจำนวนของผู้ป่วยทุกระดับ ความรุนแรงลดลงเหลือ 0 ณ ที่วันจำหน่ายต่อจำนวน ผู้ป่วยในระดับเดียวกันที่วัดได้ในวันประเมินครั้งแรก) และประเมินความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายระหว่างสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบผลรวมของค่าเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสัปดาห์แรกที่ประเมิน กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ละสัปดาห์จนถึง สัปดาห์ที่ 5 ซึ่งค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรจะมีแนวโน้มลดลง และการวิเคราะห์แบบ Survival Analysis⁸ เพื่อหาระยะเวลาเหมาะสมของโปรแกรมใน การรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดย วัดจากระยะเวลาวันที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง วันที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือค่าคะแนน ความเสี่ยงเท่ากับ 0 ร้อยละ 80 ขึ้นไปของจำนวนผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา

จากการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Universal Assessment) ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.8 อายุเฉลี่ย 42.5 (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.8) พบผู้ป่วยมีความ

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับร้อยละ 26.45 (105 ราย) โดยพบว่ามีความเสี่ยงสูงระดับ 3 ร้อยละ 10.08 (44 ราย) ความเสี่ยงปานกลางระดับ 2 ร้อยละ 5.79 (23 ราย) และ ความเสี่ยงต่ำระดับ 1 ร้อยละ 9.32 (37 ราย) และเมื่อ จำแนกระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายในผู้ป่วยแต่ละคนแล้ว ก็ดำเนินการช่วยเหลือและ ฝึกระวังป้องกันผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง

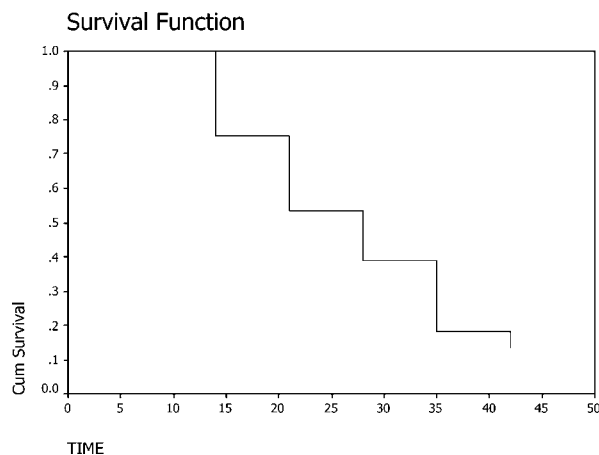
ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 105 ราย พบว่าร้อยละ 63.8 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 20-39 ปี

เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท มากที่สุด (ร้อยละ 68.6) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยตามระดับความเสี่ยง 1-3 ตั้งแต่สัปดาห์ แรกถึงสัปดาห์ที่ 5 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ผลรวมค่าเฉลี่ยของแต่ละสัปดาห์ ลดลง ยกเว้นสัปดาห์ที่ 5 มากกว่าสัปดาห์ที่ 4 เพียง เล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 5=1.52, 0.80, 0.58, 0.50, 0.20, 0.30 ตามลำดับ) รายละเอียดดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำแนกตามรายสัปดาห์ เปรียบเทียบ

เปรียบเทียบ	ความแตกต่างของ	ส่วนเบี่ยงเบน	t-test	Df	P-value
ความเสี่ยงรายสัปดาห์	ค่าเฉลี่ยแต่ละคู่	มาตรฐาน			(2-tailed)
สัปดาห์ที่ 0 – 1	0.72	1.15	6.46	104	0.00
สัปดาห์ที่ 0 – 2	0.94	1.16	8.34	104	0.00
สัปดาห์ที่ 0 – 3	1.03	1.29	8.17	104	0.00
สัปดาห์ที่ 0- 4	1.32	1.01	13.37	104	0.00
สัปดาห์ที่ 0- 5	1.22	1.13	11.01	104	0.00

รูปภาพที่ 1 แสดงรูปการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้น สำหรับผู้ป่วยใน: รูปแบบพระศรี



จากรูปภาพที่ 1 จะเห็นว่าตลอดระยะเวลาที่ศึกษา 5 สัปดาห์นั้น มีผู้ป่วย ณ วันจำหน่าย มีความเสี่ยงเท่ากับศูนย์ จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 86.7) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยในรูปแบบพระศรีฯ คือ 35 วัน จาก Survival analysis ซึ่งแสดงผลในรูปภาพที่พบว่าเมื่อดำเนินการตามโปรแกรมดังกล่าวจนถึงสัปดาห์ที่ 5 หรือ 35 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการประเมินลดลงเท่ากับศูนย์

วัดที่ผลลัพธ์ที่เป็น Primary Outcome พบว่าในช่วงที่ทำการศึกษาไม่มีอุบัติการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และ Secondary Outcome พบว่าตั้งแต่ประเมินครั้งแรกวันที่ 26 เมษายน 2548 แล้วประเมินทุกสัปดาห์จนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2548 อัตราของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงถึงระดับ 0 ณ วันที่จำหน่าย ร้อยละ 86.7 (91 ราย) ระดับ 1 ร้อยละ 3.8 (4 ราย) ระดับ 2 ร้อยละ 1.9 (2 ราย) และระดับ 3 ร้อยละ 7.6 (8 ราย) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมพระศรีฯ

ผลลัพธ์	ก่อนเริ่มดำเนินการ ร้อยละ (ราย)	ขณะดำเนินการ			หลังดำเนินการ 1 เดือน ร้อยละ (ราย)
		Universal Assessment	Intensive Prevention	Universal Surveillance	
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	0.03 (2 ราย)	0	0	0	0
อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย	0.23 (12 ราย)	0.16 (1 ราย)			0.06
ความเสี่ยงระดับที่ 1	ไม่มีการแบ่งระดับ	35.24 (37ราย)	แสดงใน ตารางที่ 1	3.81 (4 ราย)	40.38(21 ราย)
ความเสี่ยงระดับที่ 2	ไม่มีการแบ่งระดับ	21.90 (23ราย)		1.90 (2 ราย)	7.69 (4 ราย)
ความเสี่ยงระดับที่ 3	ไม่มีการแบ่งระดับ	42.86 (45ราย)		7.62 (8ราย)	51.92 (27 ราย)
ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	-	26.45 (105ราย)	-	-	3.33(52 ราย)

สรุปและวิจารณ์ผล

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวนไม่น้อยมาจากปัญหาทางสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเวช การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 90-95 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช⁹⁻¹⁰ การศึกษาที่ได้เห็นพบใกล้เคียงกัน¹¹ พบว่าบุคคลเหล่านี้มีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมมีจำนวนไม่น้อยที่ยังคงมีอาการอยู่เป็นปีๆ

ก่อนที่จะฆ่าตัวตาย^{9-10,12-13} และหลายคนเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้แล้ว¹⁰ ในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน¹⁵ แม้แพทย์พยาบาลจะได้ตระหนักถึงปัญหานี้ แต่ก็มีปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชก็ยังคงปรากฏอยู่ทั้งในต่างประเทศ¹⁶⁻¹⁷ และในประเทศไทย พิชิตพงษ์ อริยวงศ์¹⁵ (2545) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลศรีธัญญาย้อนหลัง 17 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชายได้รับการวินิจฉัย

เป็นโรคจิตเภท และรับไว้ในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน: “รูปแบบพระศรีฯ” จากที่ได้ทดลองดำเนินการตามโปรแกรมครั้งนี้ ได้ผลสามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี จุดเด่นของโปรแกรมนี้นี้คือ มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ง่ายและไว สามารถจำแนกระดับความรุนแรงได้ พร้อมทั้งมีแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การประเมินและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโดยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจิตเวชมักจะใช้อาการทางคลินิกและประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตายมาเป็นเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะไม่ไวพอและเกิดความผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วยได้ง่าย เนื่องจากบุคลากรมีความสามารถในการประเมินอาการทางคลินิกแตกต่างกัน

จากผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน: รูปแบบพระศรีฯ โดยเริ่มตั้งแต่ Universal Assessment ประเมินผู้ป่วยแรกกับทุกรายด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในแรกกับ โดยให้ใช้ข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติ และ 3) จากแฟ้มประวัติซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและจำแนกระดับของความเสี่ยงนั้น เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ละระดับจะต้องได้รับการดูแลอย่างเข้มข้นและดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดพร้อมมีการบันทึกการดำเนินการเหล่านั้นอย่างละเอียดดำเนินการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์จนกว่าจะออกจากโรงพยาบาลด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยง หากมีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นก็ดำเนินการตามมาตรการการแก้ไขปัญหา และ

บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดพร้อมทั้งรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที แล้วนำเข้าพิจารณาใน Clinical Lead Team ภายใน 1 สัปดาห์เพื่อหาจุดบกพร่อง และปรับปรุงการดำเนินงาน จากการทำ Survival analysis ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าว คือ 5 สัปดาห์ หรือ 35 วัน เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับศูนย์หรือไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 80 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ในประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอบคุณบุคลากรในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่กรุณาปฏิบัติตามโปรแกรมการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขอขอบคุณบุคลากรในศูนย์วิจัยและพัฒนาที่กรุณาให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูนและคณะ. Epidemiology of Suicide Inpatients at Psychiatric Hospitals. บทความวิชาการในการประชุม The 1st Asia Pacific Regional Conference of The International Association for Suicide Prevention (IASP) in conjoint with The Royal College of Psychiatrists of Thailand ในหัวข้อเรื่อง Suicide Prevention through Collaboration: Asia Pacific Perspectives ระหว่างวันที่ 6-8 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมอิมพีเรียล คิวินปาร์ค กรุงเทพมหานคร
2. อภิชาติ มงคล และคณะ. ระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย. บทความวิชาการในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. หน้า 186. (วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร).

3. มาโนช หล่อตระกูล. แนวทางและเทคโนโลยีในการ
การแก้ภาวะโรคของการฆ่าตัวตาย. เอกสาร
ประกอบการประชุมเรื่องแนวทางและเทคโนโลยี
ในการแก้ภาวะโรคทางจิตเวช; ณ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
4. มาโนช หล่อตระกูล ธรณินทร์ กองสุข อัจฉรา
จรัสสิงห์และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย. กรม
ควบคุมโรค 2547.
5. พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์. การฆ่าตัวตายสำเร็จ: ผู้ป่วย
จิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย 2545;10(3).
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานผลการ
ปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2548 ไตรมาสที่ 3.
ยงสวัสดิ์ ออฟเซตการพิมพ์; อุบลราชธานี
7. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความ
ตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini Inter-
national Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13(3):125-5.
8. Selvin S. Statistical analysis of epidemiological data.
2nd edition. Oxford University Press, New York, 1996.
9. Cowen EL. The enhancement of psychological
wellness: Challenges and opportunities. Am J
Community Psychol 1994;22:149-79.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome
for mental disorders. A meta-analysis. Br J
Psychiatry 1997;170:205-28.
11. Cheng AT. Mental illness and suicide: A case-con-
trol study in East Taiwan. Arch Gen Psychiatry 1995;
52:594-603.
12. Fawcett J, Clark DC, Scheftner WA. The assessment
and management of the suicidal patient. Psychiatric
Med 1991;9:299-311.
13. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide
prevention. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 2):70-4.
14. ประเวศ ดันติพิพัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่า
ตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน.
กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต 2541.
15. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates
of inpatient suicide. J Clin Psychiatry 2003;64:14-9.
16. Bowers L, Gournay K, Duffy D. Suicide and self-harm
in inpatient psychiatric units: a national survey of
observation policies. J Adv Nurs 2000;32:437-44.

ภาคผนวก

แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล

1) ให้ประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกราย ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในแรกรับ

2) ให้ใช้ข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) การสัมภาษณ์ญาติ และ 3) จากแฟ้มประวัติ

3) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ละระดับจะต้องดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดพร้อมมีการบันทึกการดำเนินการเหล่านั้นอย่างละเอียด

4) สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับ ให้ดำเนินการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จนกว่าจะออกจากโรงพยาบาลด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน รายที่มีความเสี่ยง

5) หากมีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นให้ดำเนินการตามมาตรฐานการแก้ไขปัญหา และบันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดพร้อมทั้งรายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที แล้วนำเข้าพิจารณาใน Clinical Lead Team ภายใน 1 สัปดาห์เพื่อหาจุดบกพร่อง และปรับปรุงการดำเนินงาน

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยในแรกรับ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิธีปฏิบัติ สำหรับใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยแรกรับทุกราย

ลักษณะอาการที่ตรวจพบ	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณคิดว่าคงจะดีกว่าถ้าหากคุณตายไปหรืออยากให้ตัวเองตายไปหรือไม่?	1	0
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณอยากทำร้ายตนเองหรือไม่?	2	0
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณคิดถึงการฆ่าตัวตายหรือไม่?	6	0
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีแผนการที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่?	10	0
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่?	11	0
6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่?	4	0

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้
ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
วิธีปฏิบัติสำหรับใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อแรกรับโดย
กำหนดให้ประเมินทุกสัปดาห์ จนกว่าจะจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาล

ลักษณะอาการที่ตรวจพบ	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคงจะดีกว่าถ้าหากคุณตายไป หรืออยากให้ตัวเองตายไปหรือไม่?	2	0
2. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณอยากทำร้ายตนเองหรือไม่?	3	0
3. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดถึงการฆ่าตัวตายหรือไม่?	7	0
4. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีแผนการที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่?	10	0
5. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่?	10	0

การแบ่งระดับค่าคะแนน

ค่าคะแนน	ระดับคะแนน	ความหมาย
1-5	1	มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ
6-9	2	มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง
≥ 10 คะแนน	3	มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

คะแนนจากการประเมินได้ 1-5 คะแนน ⇒ ให้ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับ 1
 คะแนนจากการประเมินได้ 6-9 คะแนน ⇒ ให้ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับ 2
 คะแนนจากการประเมินได้ 10 คะแนน ⇒ ให้ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับ 3