

**THE DEVELOPMENT OF
A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR POST SUICIDE ATTEMPT ADULTS**



**A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL
FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY**

2005

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thematic paper

Entitled

**THE DEVELOPMENT OF
A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR POST SUICIDE ATTEMPT ADULTS**

Prawida Patanun
.....
Miss. Prawida Patanun
Candidate

Prapa Yuttatri
.....
Assist. Prof. Prapa Yuttatri, D.N.S.
Major-Advisor

Orapan Thosingha
.....
Assist. Prof. Orapan Thosingha, D.N.S.
Co-Advisor

Jisnu
.....
Prof. Dr.M.R. Jisnu^{son} Svasti, Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

Pornsri Sriussadaporn
.....
Assoc. Prof. Pornsri Sriussadaporn,
M.Ed.(Ed.Research)
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing

Thematic paper

Entitled

**THE DEVELOPMENT OF
A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR POST SUICIDE ATTEMPT ADULTS**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
for the degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)

on
3 October, 2005

Prawida Patanun
.....
Miss. Prawida Patanun
Candidate

Prapa Yuttatri
.....
Assist. Prof. Prapa Yuttatri, D.N.S.
Chair

Orapan Thosingha
.....
Assist. Prof. Orapan Thosingha, D.N.S.
Member

Prayuk Serisathien
.....
Lect. Prayuk Serisathien
M.D., M.P.H
Member

Yajai Sitthimongkol
.....
Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.(Nursing)
Member

Jirach
.....
Prof. Dr.M.R. Jisnuson Svasti, Ph.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

Kobkul Phanchoenworakul
.....
Assoc. Prof. Kobkul Phanchoenworakul,
Ph.D.(Nursing)
Dean
Faculty of Nursing
Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

This study was carried out successfully with invaluable support and advice from Assistant Professor Dr. Prapa Yuttatri, my major advisor and Assistant Professor Dr. Orapan Tohsingha, my co-advisor. The investigator would like to thank for their advice, suggestion, recommendation, including proving and correction the mistaken or defects of this thematic paper with fully encouragement and supportive attitude.

Associated Professor Dr. Yajai Sitthimongkol and Mr. Prayuk Serisathien, a psychiatrist, my committees gave additional advice to get more complete thematic paper, I am gratified and thank for both of them.

I would like to thank all teaching committee in the Department of Mental Health and Psychiatric nursing department and all professionals for their support in examining the validity of the CNPG giving the recommendation which is beneficial for this study.

I would like to thank the Director, Head of Nursing Division, Head and staff of Emergency-Accident in Sipachan Hospital for their help, and support in providing time and encouragement for my study.

I am gratified for all graduate students in mental health and psychiatric nurse department code 46 for their constant help and support.

Finally I would like to send my deepest appreciation and greatest thanks to my beloved family, father, mother, aunt and brother for their endless love understanding and encouragement along this study.

Prawida Patanun

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR POST SUICIDE ATTEMPT ADULTS

PRAWIDA PATANUN 4637761 NSMH / M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,

ORAPAN THOSINGHA, D.N.S

ABSTRACT

This study developed a clinical nursing practice guideline for adults who have attempted suicide. The IOWA Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care was used as guideline. The development process started by identifying a clinical problem from working experience and related knowledge. The research and empirical evidence was assembled from electronic data-bases and reference lists. Eleven researches and empirical evidences were retrieved. From analysis and synthesis of the qualified literature, the essence of content was summarized the recommendations and the clinical nursing practice guideline for post suicide attempt adults. The clinical nursing practice guideline was approved for its validity by three professionals. It composed 5 clusters which were as follows :

1. General principle of suicidal person.
2. Assessment of suicidal person.
3. Intervention for suicidal person
4. Discharge planning
5. Post discharge therapy

It is recommended that this clinical nursing practice guideline should be implemented and evaluated for its effectiveness. Strategies made according to the guidelines sustained in the organization are also recommended.

KEY WORDS: SUICIDE ATTEMPT / CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่
(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR POST SUICIDE ATTEMPT ADULTS)

ปวีดา ภาตะนันท์ 4637761 NSMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อรพรรณ ไตสิงห์, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ โดยประยุกต์รูปแบบการดำเนินการตามแนวคิดกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวาเป็นกรอบในการศึกษา (IOWA Model of Evidence – Based Practice to Promote of Quality Care) กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติเริ่มจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพร้อมกับองค์ความรู้ในปัจจุบัน สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยตนเอง พบงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 11 เรื่อง ภายหลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารทั้งหมดได้นำไปสร้างข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติแล้วนำไปตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่

1. หลักสำคัญทั่วไปการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. การบำบัดดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. การวางแผนการจำหน่าย
5. การบำบัดภายหลังการจำหน่าย

ข้อเสนอแนะของการศึกษา ควรมีการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริงในองค์กร และส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ต่อไป

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENT	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF DIAGRAM	vi
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
1. Background and Significance of the Study	1
2. Main Issues	3
3. Purposes of the Study	3
4. Expected Benefits / Outcomes	3
II LITERATURE REVIEW	
1. Concepts related suicide	4
2. Risk factors influencing suicide	5
3. Intervention for post suicide attempt adults	6
4. Conceptual Framework of the Study	10
III PLAN OF IMPLEMENTATION	
1. Selected model for implementation	14
2. Modified framework for the study and study process	18
IV CONCLUSION AND RECOMMENDATION	37
BIBLIOGRAPHY	39
APPENDIX	44
BIOGRAPHY	107

LIST OF DIAGRAMS

Diagram	Page
1. Conceptual Framework of the study	13



CHAPTER I

INTRODUCTION

1. Background and Significance of the Study

Suicide is a significant mental health problem which is increasing during the past decade. WHO estimated 400,000 suicidal people each year. In Thailand, the suicidal rate was 7.8 persons per 100,000 persons per year (Department of Policy and Public Health Plan, Ministry of Public Health, 2002). From epidemiology of self destruction and suicide in 2001, it was found that rate of self destruction was 51.4 person per 100,000 person. The age, which most of suicide cases was found, ranged between 20-40 years old which is the most productive age.

Suicide has make a great impact on suicidal persons, their families, friend and community. It leads to many losses such as early mortality, loss of medical expense for physical treatment due to attempting suicide, psychological effect to families and close contact persons. In average, one suicidal incidence had effect to at least 6 persons (WHO, 2000).

According to previous studies, there were many factors i.e. biological factor, psychological factor, cognitive factor, and social environmental factors effect to suicide. For biological factor, it was found that the low level 5-hydroxyindoleacetic acid enzyme in cerebro spinal fluid was noted as a predictor of depression which then could lead to suicide, especially in the people with history of suicidal attempts (Mann & McBride, 1984). The other suicidal factor was coping with stressful life events or multiple stressful life events or chronic stress (De Wilde, Kienhorst, Dickstra & Wolter, 1992; Heikkinen, Aro & Longvist, 1994; Paykel, prusoff & Myers, 1975). A person who has failure in coping would perceived problems that occurred in their lives as severe and fatal problem which lead to highly severe stress. In addition, if they cannot manage or solve these problems, severe desperation, regression, boring and grief can occur and lead to suicide (Tantipiwattanasakul & Wisarutrat, 1998)

Repetitive suicidal behavior: according to previous study, a person who suicide attempt had high tendency to repetitively commit suicide for 10-50% (Trankasombat & Sikanapichikul, 1996). It was further revealed that 20% of the second suicide occurred within 1 year after the first suicidal attempt when coping with stressful life event. There were 50% of suicidal attempt person who had attempted suicide more than 1 time (Schmidtke, A., Bille-Brabe, U., Deleo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crept., et al., 1996). Most of successful suicidal person perform more than 1 time suicidal attempt (Barbee & Bricker, 1996). The most important cause of repetitive suicidal attempt was unable to cope with stressful life event (Brent, D.A., Kolki, D., Wartella, M., Moritz, G.M., & Wartella, M.E., 1993; Pfeffer, C.R., Peskin, J.R., & Siefker, C.A., 1992; Pfeffer, C.R., Klerman, G.L., Hurt, S.W., Kakuma, T., Peskin, J.R., & Siefker, C.A., 1993) as they still lived in the same environment since the first suicidal attempt occurred. Moreover, the depressed, schizophrenic, and drug addicted person who are not properly treated or discontinuing can develop severe depression or thought disorder. Finally it can lead to suicide. Caring for suicidal attempt patients should be continuous and patients should be facilitated to cope with problem and to appropriately adapt to stressful life event. In addition, psychiatric patients who receive correct and continuing treatment and care can have less tendency to repetitive suicide.

Sipachan Hospital is a 60 bed community hospital which 9.25, 11.54, 12.02 per 100,000 population suicidal rate which were reported in 2002, 2003, 2004 respectively. These suicidal rates were considered as the highest rate in Suphanburi province (Suphanburi Public Health Office, 2004).

The intervention for suicide attempt person who admitted to Sipachan Hospital was mostly the critical care to save the suicide attempt patient from life threatening situation. However there had been no continual care pattern for suicide attempt person to develop adaptation of patient and prevent them repetitive suicide attempt. This suicidal group is a risk group which need surveillance, closely and continual care. Therefore, a clinical practice and standardization clinical practice guideline should be developed. In order to achieve high quality care. The clinical practice should be standardized and based on the best available evidences. (Thosingha, 2004).

According to the above reason, investigator was interested in developing a clinical practice guideline for post suicide attempt adults following evidence-based practice. It is expected that with this evidence based guideline, a health care service delivered to these clients will be effective.

2. Main Issues

Suicide attempt is a major health problem which may occur due to biological factor which had not been treated or not properly treated by pharmacotherapy so that suicidal ideation returned. The other factor is stressors which cause inability to cope and adapt with life problem. The suicidal attempt person has high risk in repetitive suicide so this risk group needs closely attention and gives continuing intervention using the acquired evidence based practice.

3. Purposes of the Study

The purpose of this study is to develop a clinical nursing practice guideline for post suicide attempt person to prevent repetitive suicide.

4. Expected Benefits/ Outcome

1. Sipsachan Hospital will have a clinical nursing practice guideline for post suicide attempt adults.
2. Suicide attempt adults will receive effective intervention.

CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

The objective of literature review in this chapter is to understand the cause and intervention for suicidal attempt person. The literatures are reviewed in the following issues;

1. Concept relating suicide
2. Risk factors influencing suicide
3. Intervention for post suicide attempt person.

1. Concept relating suicide

1.1 Meaning of suicide

Suicide is a self destruction action or expressing the behavior of self destruction attempting to killing one self . (Rachabunditthayasathan dictionary, 1995)

1.2 Suicidal behavior

Barbee & Bricker (1996) divided suicidal behavior into 5 types;

Suicidal threat: is the verbal or written communication straight forward to committing suicide but does not really commit it.

Suicidal ideation: is a sudden and temporary thinking that he/she does not deserve to live, once stick with this idea until become obsession of suicidal ideation then lead to practical suicidal plan.

Suicidal gesture: is an action aiming to self destruction but get no injury or minor injury. The suicidal gestures person does not willing to kill him/herself but want to make other people think that he/she is willing to die.

Attempt suicide: is a deliberate action to kill him/herself but unsuccessfully

Completed or successful suicide: is mortality caused by successful self destruction of a person who wants to end his own life.

2. Risk factors influencing suicide

Suicide is a complex behavior caused by multiple risk factors. There have been a lot of theories and concepts attempted to explain the cause and risk factors of suicide. However, there has been no theory or concept which can explain entire risk factor causing suicide. In this study, investigator collected the risk factor influencing suicide by applying conceptual framework of risk factor influencing suicide of Stillion, McDowell, and May (1989) (Stillion, McDowell, and May cited in center for Mental Health in School at UCLA, 2003), who explain the main 4 risk factors influencing suicide as follows;

2.1 Biological risk factors

Chemicals in brain which related to emotional change of person were serotonin, dopamine, norepinephrine, and gamma amino butric acid (Barbee & Bricker, 1996). According to a study, the low level 5-hydroxyindoleacetic acid enzyme in cerebro spinal fluid was noted as a predictor of depression which then could lead to suicide, especially in the people with history of suicidal attempts (Mann & McBride, 1984). In addition, there are many evidences support the hypothesis that depression is a genetic deficiency which can be transferred to the next generation.

2.2 Psychological risk factors

When person met a stressful life event such as loss of beloved person thing or relationship can induce hatred and wrath to the lost person, thing or relationship and in turn such hatred, wrath and aggressiveness point back to himself and finally the person punishes himself by committing suicide. In addition, failing to manage the conflict in relationship with important person in life (Sullivan, cited in Barbee & Bricker, 1996) such as husband, wife, family member, relatives and working colleague (Serisathien, Ujarat, and Boonchom, 1998). Most of suicidal person were separate, poor relationship, highly aggressive, unable to control self, low tolerance to frustration, desperation, depression, feel inferior and low self esteem (Trangsombat & Nukhaew, 1998).

2.3 Cognitive risk factor

Suicidal attempt person had a cognitive problem in terms of rigid cognitive, unable to choose the problem solving management, unable to analysis the factual cause and relevant of confronted problem (Arffa, Bartifai et al as cited in Rickeman &

Houfek, 1995). Moreover the suicidal person usually have negative thinking, was pessimistic. According to the above cognitive problem, the feeling of desperate, regressive, non-valuable, no support from surrounding people and depression can lead to committing suicide (Hauenstein, E.J., 1998).

2.4 Environmental risk factors

Suicide can be caused by the interpersonal relationship and environment in society. Suicide can occur from depending too much to society, for instance, person can commit suicide according to norm or tradition in society. On the contrary, the person who had less dependence to society can lead to feeling of meaningless, abandoned, lack of support, including change in life style due to loss or critical situation in life.

According to all risk factor stated above, the person who have tendency to commit suicide, from having regression or desperation, having suicide idea, having suicide plan, and finally commit suicide. People who have tendency to suicide and had to confront with difficult situation for a long time or stressful life event can increase the possibility to have suicidal behavior.

The concept of 4 main risk factors causing suicidal are interrelate. These risk factors create stress. The people who are unable to cope with such stressful event, or have to limitation of coping stress would finally unable to solve the stressor problem becoming wrath, failing and self-worthless. These lead to the tendency to commit suicide. Even though no exactly true cause of commit suicide can be identified, there are still multiple risk factors causing suicide.

3. Intervention for post suicide attempt person

There are several factors which cause suicide. Suicide relates to biological factor, psychological factor, cognitive factor and environmental factor. Intervention of suicidal attempt person also varies which can be described as follows;

3.1 Intervention focus on biological factor management

Psychiatric illness such as Mood disorder, Schizophrenia, Alcohol/Substance abuse with being in depression condition are believed to occur due to irregularity of neuro-chemical substance causing depression and delusion until having suicidal idea and suicidal behavior (Cheng 1995; Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C.,

Herrmann, J.H., Forbes, N.T., & Caine, E.D., 1996; Henriksson, M.M., Aro, H.M., & Marttunen, M.J., 1993; Weiss & Hufford, 1999). Psychiatric illness is a risk factor or a significant predictor of suicide (Moscicki, E.K., O'Carroll, P., Rae, D.S., Locke, B.Z., Roy, A., & Regier, D.A., 1988).

Approximately 20-35% of suicide attempt person had a major depressive disorder as a pre-incidence. Angst, J., Angst, F., & Stassen, H.H. (1999) found that depressive disorder patient who had chronic insomnia, ignore to take own self. The symptoms may be more severe if psychiatric illness such as dementia, agitation or panic.

Most of schizophrenic patients who commit suicide had depression and discouragement of living and had record of violent suicide (Tsuang, M.T., Fleming, J.A., & Simpson, J.C., 1999) or having hallucination order them to commit suicide, having agitation or distressed from their delusion (Drake, R.E., Gates, C., Whitaker, A., & Cotton, P.G., 1990). A proper intervention for this group of patients is pharmacological intervention.

Psychiatric drug which was found to reduce suicidal risk is lithium and clozapine which are in mood stabilizer group and Antipsychotic. For antidepressant group, it has effect directly to treat depressive disorder rather which in turn, results in decreasing suicidal risk, than directly has effect to minimize suicidal ideation.

The past research also revealed that bipolar disorder patients had 22 times of suicidal risk higher than normal people (Meltzer, H.Y., Alphas, L., & Green, A.L., 2003). If Lithium is treated in this group of patient, it was found that suicidal risk decrease to 2 times higher than normal people. This preventive effect can have effect in quarterly amount of patients within 1 year after taking Lithium. The other stabilizer such as carbamazepine or valproate did not find the effect in reducing suicidal risk. Schizophrenia patient who declined their suicidal risk after taking clozapine for 2 years more effectively than any other psychiatric drug.

Beside pharmacological intervention, psychosocial intervention also effectively reduced suicidal risk. So both interventions were currently implemented concurrently. Psychosocial intervention is also preferred to treat psychiatric patient. Cognitive-behavioral therapy including problem solving skill training can reduce suicidal ideation and suicidal attempt in psychiatric patient more effectively than

supportive psychotherapy (Patsiokas & Clum, 1985; Salkovakis, P.M., Atha, C., & Storer, D., 1990)

3.2 Intervention focus on psychosocial factor management

Suicide ideation is a complex behavior. Suicide attempt person often has suicidal ideation when confronting with serious life problem. These cause stress, feeling of meaningless, inferior, nobody love or care, loss, depression which consequently convince the patient that death is best choice to solve their problem rather than living with problem or illness they are confronting. Obviously, suicidal ideation occur following distressful of person and trying to use defense mechanism in manage such distress but unsuccessfully. In preventing any person from suicidal attempt and repetitive suicide should start from managing anxiety, distress, and depression on first hand then solve the problem which cause anxiety/distress/ and depression. There are numbers of theory and concept which support and caring patients to adapt themselves for problem solving better than committing suicide which can be detailed as follows.

Psychodynamic Interpersonal Therapy; this therapy is based on a theory stated the significant impact of interpersonal difficulty of person on depressive disorder. Poor interpersonal relationship between patients and their beloved significantly influence patient's feeling and cognition. Caring this type of suicide attempt patient is aimed to develop interpersonal conflict analysis and focus on communicating skill, personality development and feeling recognition when obsessing into one idea including accepting such idea and turn it into positive practice during interact with others, and clearly understand their inappropriate communication from self analysis. According to studies, Brief Psychodynamic Interpersonal Therapy was found to be appropriate for adult suicidal attempt person by self poisoning for the first time and the cause of suicide was from interpersonal relationship conflict. The results of therapy showed that the suicidal ideation and repetitive suicide reduce with in 6 months (Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K., 2001).

Dialectical Behavior Therapy (DBT), this therapy is developed based on contribution of many theories such as Behavioral, psychoeducational, individual therapy, and group – based skill training which is focus on problem solving. According to study this therapy is suitable for borderline personality disorder patient

which has repetitive suicidal record (Hawton, K., Arensman, E., & Townsend, E., 1998).

Cognitive-Behavior Therapy (CBT); This therapy is based on a belief that suicide is a result of cognitive error and negative thought schema which induce negative self reflection such as they are deficient, inability, and the world around them always punish and sanction them. From these negative thought, the patients become desperate to their future and expect only failure and difficulty in their life. The target of caring this type of patient is to change their thinking process and develop correct thought schema to suicidal attempt person. The new thought schema should be flexible between the external events come into thought and the emotional response to the event. According to a study of suicide attempt person by self poisoning aged between 16-50 years, this therapy was found to be effective for stress and depression suicidal patient but ineffective with impulsive patient (Raj M AJ., Kumaraiah, V., & Bhide, A.V., 2001)

Problem-Solving Therapy; comprising the make understanding of problem, identify the cause of problem, provide to select the most effective problem solving method. According to study of implementing Problem-Solving Therapy to self-poisoning or self injury patient both male and female in all age, the outcome of therapy revealed that this therapy has significantly therapeutic enhancement for depression, hopelessness and provide problem management. (Townsend. E., Hawton, K., & Altman, D., 2001).

According to literature review found that, The Psychodynamic Interpersonal Therapy can indicate the significant reduction of repetitive suicidal rate (Guthrie et al., 2001). There were studies that can indicate significant reduction in suicidal ideation, anxiety, and depression for example Cognitive-Behavioral Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Problem-Solving Therapy. The suggested therapies for treating suicide attempt persons are Crisis card, Problem-Solving Therapy, and Dialectical Behavior Therapy. (Hawton et al., 1998).

Since there are many form of therapy for suicide attempt person, the selection of therapy depend on suicidal risk factor and capability of therapist since some therapies are complex in procedure which therapist need to be qualified from specific and concentrated training course in order to have expertise in practicing therapy.

Investigator was therefore convinced to study the therapeutic method for suicidal attempt which can be effectively implemented in primary hospital which investigator was working .

4. Conceptual Framework of the Study

Intervention of suicide attempt person who admitted to hospital needs knowledge and understand the cause of suicidal and appropriate intervention to minimize risk of repetitive suicide. The cause or risk factor of suicide in this study was applied from Stillion, McDowell, and May (1989) who described four risk factors of suicide in their conceptual framework as follows;

1. Biological risk factors; the chemical substance in brain relates to emotion or induces emotional change leading to depression and subsequently suicide.
2. Psychological risk factor; psychological conflict caused by loss of beloved person or relationship can lead to distress and reduction of distress tolerance results in self-meaningless and subsequently suicide.
3. Cognitive risk factors caused by negative thought, limitation of problem solving, difficulty in finding alternative for problem solving, unable to analysis the confronting event rationally. These deficiencies cause hopelessness, desperation, depression and lead to suicide.
4. Environmental risk factor which is the quality of relationship between person and their social-environment. If a person is unable to adapt to social environment which change rapidly, such person may feel lost, and hopelessness and lead to suicide.

Looking on the overall view, biological and psychological factor can lead to many emotional problems such as sadness, anger, distress, fear, and apathy which causes depression and hopelessness, incapability these emotions can cause suicidal ideation, suicidal plot and then suicidal attempt. When a person with suicidal ideation has to cope with severely stressful situation, he is triggered to commit suicide. There are a number of interventions for suicide attempt person which depends on risk factors leading to suicide such as;

- Pharmacotherapy

This therapy is appropriate for the problem caused by biological risk factor such as mood disorder, Schizophrenia, Alcohol/Substance abuse

- Psychosocial intervention

Problem-Solving Therapy; is implemented for treating the problem believed to occur due to stressful life event such as financial, work and family problem, loss or conflict of beloved person or interrelationship conflict causes depression and hopelessness. They have been unable to see anyway out of what had seem to be insoluble situation. The target of this intervention is to provide clear understanding of the problem, to change the attitude in problem solving, to improve problem solving strategy and to assure the patients of their efficacy to cope with the problems. The main purpose of problem solving therapy is to support the patients and offer them with alternative healthy strategies (Townsend et al., 2001).

Psychodynamic Interpersonal Therapy; is implemented for treating suicidal attempt person who has problems in relationship. Suicidal behavior has used as a method of communicating anger, distress, or resolving Interpersonal conflict. The target of this intervention is to enhancing awareness in relationship problem, learn effectiveness interpersonal relationship such as assertive and direct communication. This method help promoting positive relationship with significance person and self esteem, therefore reducing distress which lead to prevent suicide.(Guthrie et al., 2003; Yufit & Lester., 2005) .

Cognitive-Behavior Therapy; is implemented for treating negative or distorted thoughts and logical errors person. This dysfunction cognitive and limitation in life skill underlie problematic behaviors and feeling of hopelessness and helplessness. The target of this intervention is to change there thinking process, develop correct thought schema, flexible to cope with stressor situation, enhance adaptive patterns of functioning in social and work situation. The strategy of therapy is teaching the client the rational responding, skills to manage stressful event and social skill. Then client can identify and modification of the patterns of negative evaluation, dysfunctional behavior and more adaptive responses than suicidal behavior. (Raj et al., 2001; Yufit & Lester., 2005)

Suicidal attempt behavior is a form of asking for help from other to ease anxiety, distress, or overwhelm grief. The initial intervention for suicide attempt person is to relieve their anxiety, distress, or overwhelming grief then giving proper pharmacotherapy and psychosocial intervention. The psychosocial intervention includes correct thought schema, problem solving skill, stress management skill, effectiveness interpersonal relationship to enhance adaptability of person in managing the suicidal risk factor. The psychosocial intervention can increase hope, decrease depression, decrease suicidal ideation and reduce repetitive suicidal rate. The described conceptual framework can be summarized in Diagram 1.



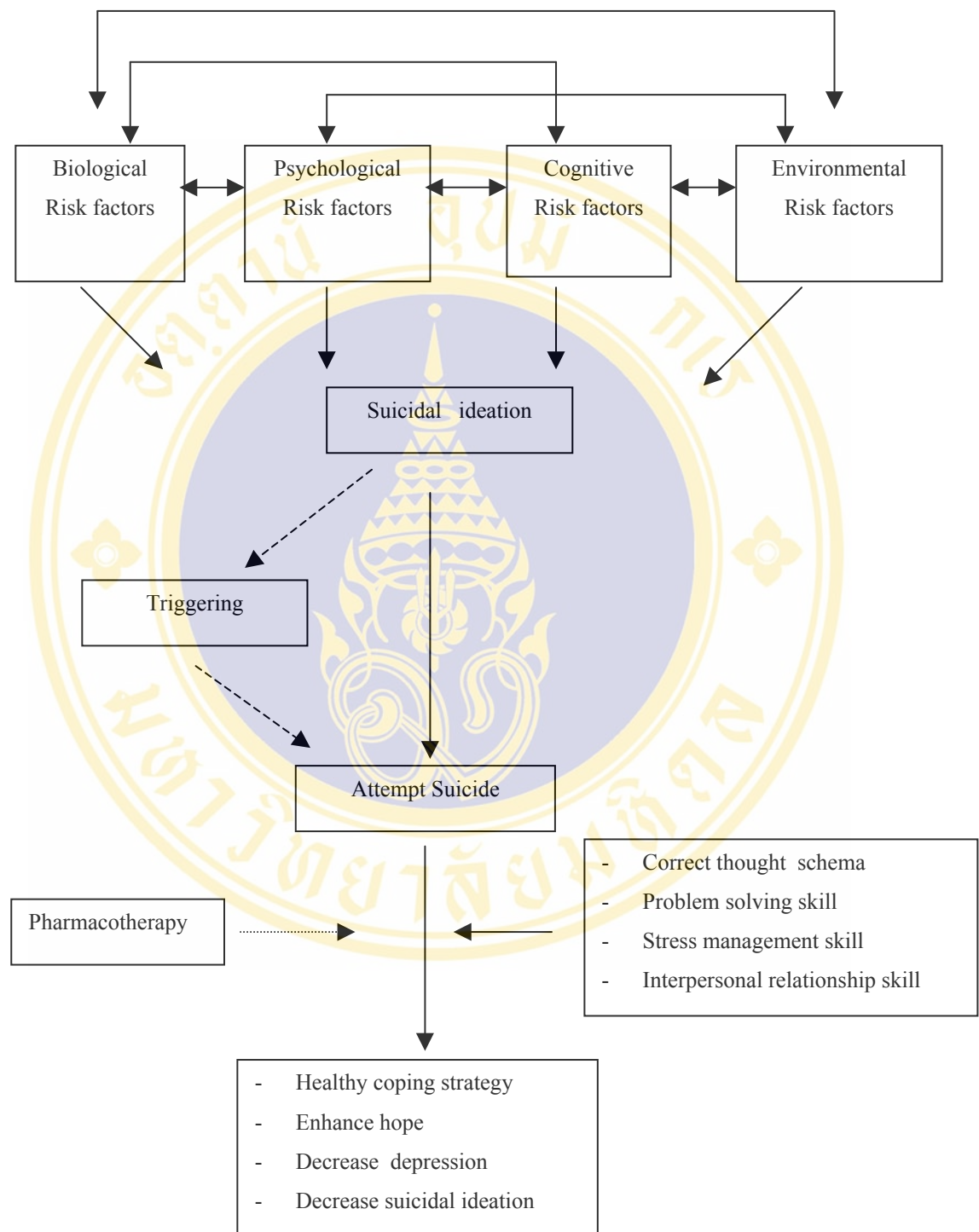


Diagram 1 Conceptual Framework

CHAPTER III

PLAN OF IMPLEMENTATION

1. Selected Model for Implementation

A clinical nursing practice guideline in caring for post suicide attempt adults was developed by utilizing IOWA Model of Evidence – Based Practice to Promote Quality of Care, 2001 (Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al., 2001). This model is one of the a practice models using research evidence to develop clinical nursing practice guideline. The steps were described as follows;

1. Triggers

The initial step was to identify the topic interest and made the topic more concise. The concept of problem identification were from 2 ways which are problem focused triggers and knowledge focus trigger. Problem focus triggered is the consideration of problems arisen out of individual's experience gained from actual practice, risk management information of organization, organization quality improvement process, benchmarking information of organization and others, or organization financial concerns. The knowledge focused triggers are the gathering of information from new research or new information relating the problems that triggers critical thinking of current clinical practice. It is also important to review whether or not the problem found is a problem of organization. If it is considered as organization problem, set up health care team to solve the problem is required. On the other hand, if it is not the organization level problem, review of identification of problem to be studied is required.

2. Consider the priority of the topic

This step aims to review whether or not the problem of interested is listed in the organization's priority. Nurse has to justify the corresponding level and priority level of problem in organization. This is a beneficial step which can reaffirm that if there is change of practical issue in health care unit, support and participation from

unit members can be ensure. If the problem is not the priority of organization, the identification step has to be repeated. If the problem is priority of organization, the working team is formed.

3. Forming a team

Forming a team is aimed to set responsible person for developing process, implementation in practice, and evaluation of Evidence-Based Practice. The size of the team depends on the level of the task needed during developing process. However, it should comprise of multidisplinary professionals who are responsible for caring patients.

4. Assemble relevant research and related literature

The major task in this step is to search for empirical evidence available which focus on over-all evidence searching i.e. evidence base guideline, systematic review, Meta analysis, and clinical study. The essential requirement of searching is prevalence of assessing into all searchable sources. The systematic assemble started from health care index, which comprising of the related and important health care data base and website searching, for instance, guidelines and systematic research review.

5. Critique and synthesis of research

The critique and synthesis of research is preferably performed by responsible team leaded by advance practice nurse. Critique research should have research analytical and critique skill, as well as synthesizing them into actual practice. In addition, the critique research person should have clinical capability in the related research application field. After reading each research, the relevant content is extracted and then synthesized and concluded about the evidence the finding yield and desired implication for practice.

6. Consider the sufficiency of researches

In this step, the related research evidence acquired from previous step are considered in its sufficiency in terms of direction and prevailing of practice by reviewing the following 6 issues;

- (1) the consistency of findings across studies
- (2) the type and quality of the studies
- (3) the clinical relevance of the findings for practice

(4) the number of studies with sample characteristics similar to those to which the findings are to be applied

(5) the feasibility of the findings for use in practice

(6) the risk : benefit ratio

In case that the collected research evidences are insufficient to be utilized for developing practice guideline, it is recommended to search for the other empirical evidence to be utilized for developing practice guideline. The other empirical evidences comprise;

- Case reports
- Expert opinion
- Scientific principles
- Theory

In addition , research has to be conducted to be utilized as practice guideline. After collecting all empirical evidence which have sufficiency in developing practice guideline, these evidence are put into piloting the change in practice.

7. Pilot the change in practice;

This step involves the following activities

- (1) Selecting outcome to be achieved
- (2) Collecting baseline data
- (3) Developing a written Evidence based Practice Guideline
- (4) Trying out the Guideline developed in the previous process in one or more units or with a small number of patients
- (5) Evaluating the process and outcomes of the trial
- (6) Modifying the guideline based on process and outcome data

From the guideline created in this step, its implementation potential is assessed in this step. The assessment is performed based on the following 3 aspects;

1. Transferability

Transferability is the analogy of knowledge from evidence based information to actual nursing practice. Successful level of transferability can be evaluated from practical suitability to the health care unit, its similarity between the sample in the evidences and the actual practice population, and effectiveness evaluating duration after implementing the guideline.

2. Feasibility

Feasibility is the implementation possibility in terms of environment, supporting resources, and health care personnel. In order to evaluate the implementation feasibility, freedom of nurse to adopt or terminate the recommendation is a crucial concern. Furthermore, interruption to normal work of other personnel due to implementation, management support to the implementation of recommendations, supporting environment in a unit to the implementation of recommendations, personnel's support or resist the implementation of recommendations, and whether or not the implementation of recommendation create conflict in organization, have to be considered in the assessment.

In addition, if additional training is required in order to be capable for practice according to the recommendations, the possibility to arrange in-house training by in-house trainer is prior considered. If it is not applicable, arranging outsource training is then considered. Time availability of nurse to train without interruption to daily work is also taken into account. If additional equipment or accessory is required for recommendation implementation, the availability of the health care unit in providing such equipment and accessory is also considered in assessment. Finally the integrity of clinical result assessment tool used is also evaluated.

3. Cost – benefit ratio

In order to implement the recommendations, cost-benefit ratio has to be evaluated. Risk and benefit which is foreseen if the recommendations are implemented have to be carefully evaluated. Moreover, risk from routine practice without the guideline is also evaluated as a benchmarking. Cost analysis has to be carried out which comprising of short – and long term material cost incurred from recommendation implementation and cost arisen out of loss or risk if such recommendation is not implemented.

8. Adoption in practice

Before commencing this step, nurse has to consider whether or not the results revealed from pilot studies can be appropriately adopted to develop practice guideline of organization. If the answer is negative, it is essential to return to the process of quality of care assessment and new knowledge searching, including

identifying new study of interest. On the other hand, if answer is positive, the teamwork could make progress to implement the result into organization actual practice.

9. Institute the change in practice

The main concern of this step is to decide whether or not the change of practice is desirable. If the answer is no regarding some reasons, e.g. cost ineffectiveness, lack of human resources, nurse must repeat the step of problem identification. On the contrary, if the change of the practice is satisfying, nurse should set up strategies to sustain the practice and continually improvement to the organization. Nurse should examine the organization structure, monitor process and evaluate outcome. The five factors facilitating the change of organization are;

- (1) Organizational support
- (2) Education of staff with regard to the knowledge and skill necessary to carry out the Evidence – Based Practice
- (3) Nurse uniqueness of challenging new practices
- (4) Other staff's perception of change, if the change could improve quality of care
- (5) Time to carry out the Evidence – Based Practice as intended

10. Monitor and analyze structure, process, and outcome data

The original IOWA Model emphasized on assessment of patients, staff and cost while the new model emphasize on evaluation of utilizing evidence based practice, continuing analysis and monitor in addition to those mentioned in original model. The new model is in accordance with the concept of continuous quality improvement and focus on managing environment which influence to application of Evidence-Based Practice in organization. Therefore, structure, process and outcome are continually inspected and monitored.

2. Modified Framework for the Study and Study Process

In this study the investigator adopted the IOWA Model of Evidence – Based Practice to Promote Quality of Care, 2001, developed by Titler, et al. (2001) to develop a clinical nursing practice guideline in caring adult suicide attempt person. Nowadays research ethic on patient's right becomes an important issue which needs

carefully attention. As a result, research ethic on patient's right in developing CNPG for suicidal attempt need precise investigation and evaluation from professional expert in caring suicide attempt person. So the standard, practical, safe, and compiling with patient's right and nursing ethic CNPG is expected. CNPG developing study based on IOWA model (IOWA Model of Evidence – Based Practice to Promote Quality Care , 2001) (Titler , et al., 2001) which can be describe as follows;

1. Triggers

This process is the starting point of applying existing research results into practices and motivating the investigator to develop a clinical nursing practice guideline. The investigator identified a problem of study interest from analyzing information based on two main sources. The first source was past experience in caring suicide attempt person together with actual clinical phenomena observations, which were Problem Focused Triggers type of information. The second source of information was from review of related knowledge focused triggers information.

According to past experience of suicide attempt person intervention, most of them confronted with severe stress arisen out of stressful life event. Most of these events were loss, threat, or anxiety including interpersonal relationship problem which were harmful to contentment and happiness of such person and adversely affected to their problem adaptability and coping ability. These events occurred repeatedly. The suicide attempt person recognized and evaluated the confronting problem as severely stressful and cannot be relieved so the person decided to commit suicide to flee from this problem. As person had to live in modern society which always changing, the stressful life events were unavoidable even after attempting suicide, especially if the person still lived in the old environment. This revisit stress could have activated sudden and irrational thought which was an important suicidal leading factor. In analyzing this problem, clinical observation from medical report of suicide attempt person visiting Sirirachan Hospital from 1st October, 2003 – 30th September, 2004 was made. During this period, there were 91 suicidal cases, 9 of them committed successful suicide at the first time, 10 of them committed successful suicide at more than 1 repetitive attempt and one out of this number committed successful suicide at the second attempt. The most suicidal method committed were overdosing of drug or chemical totally 72 cases, using weapon 4 cases, hanging with rope 7 cases, and jump

in water for drowning 1 cases . The causes of suicide were mostly from interpersonal relationship 52 cases, feeling hurt or blamed 25 cases, economic reason 4 cases, physical and mental illness 10 cases. The results of clinical observation on suicide attempt person was compared and summarized in appendix F. There were 2 observed cases; the first case was a suicidal attempt female, who had serious conflict with her husband and attempted the first suicide by overdosing of drug. As she cannot have solved the relationship conflict with her husband the second attempt of suicide was committed by chemical self poisoning. The second case was male aged 20 years old attempted suicide by chemical poisoning, the cause of suicide was from feeling hurt when his father complained that he was inferior and lazy than others resulting in frustration, and low self esteem. These two cases were first time admitted in Emergency care unit and hospitalized until the suicidal intentions were vanished. The discharge planning for both were set and the therapies were perform to give them the opportunity to express and release their distress. The practical result was unsatisfactory since most of suicidal attempt person have to live in the same environment which induce stress and leading to repetitive suicide.

According to knowledge review, the leading or risk factors of suicidal attempt are (Stillion, McDowell, and May, 1989)

(1) Biological risk factors; some chemical substances in brain influence to emotion, change of chemical substance level can lead to emotional change, and can cause depressive disorder in severe case which lead to suicide.

(2) Psychological risk factors: Psychological conflict from interpersonal relationship problem can lead to distress or meaningless which then lead to suicide.

(3) Cognitive risk factors: habitual negative thought can lead to limited capability in problem solving, feeling hopelessness, desperation, depression and lead to suicide.

(4) Environmental risk factors: the conflict between person and social as well as inability to cope and adapt himself to such changing environment can lead to loss, desperate and finally lead to suicide

Suicide attempt person intervention is focus on implementing proper intervention to develop problem solving skill and adaptability to cope with future stress. The intervention should be implemented with good relationship, willing to

help, encouragement, giving hope, affirm patient that life problems are solvable, promote self – esteem, minimize the self destruction by sudden-irrational thought, promote good attitude toward suicide attempt person to relative and close person., pay full attention to patient grief, close caring and provide additional social support network to suicide attempt person, and provide continuing caring to prevent repetitive suicidal attempt. In addition, pharmacological therapy and psychotherapy are required to implement concurrently.

2. Consider the priority of the topic

It was accepted among health care profession in Siprachan Hospital that suicidal attempt is a major health problem of the organization. With the highest rate among another districts in Suphanburi province, all of the health care team were aware of this problem.

3. Forming a Team

A term to develop the practice guideline was formulated with the investigator acted as a term leader. The project was presented to the chief executive officer of Siprachan hospital. After received the approval and supports the project was continued to the next step.

4. Assembling and evaluating evidence

When the cause and caring method can be identified and concluded, the next step was to set framework of literature review in order to develop a CNPG for post suicide attempt adults who admitted to hospital which can be described in details as follows;

4.1 Setting framework of literature review

Investigator adopted PICO framework (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome (Craig & Smyth, 2002) as a criteria in searching empirical evidence as follows;

Population; selects research literature and empirical evidence which applied in similar samples group which is adult suicide attempt person.

Intervention; selects research literature and empirical evidence which identify the intervention method for suicide attempt person.

Comparison intervention; not applicable

Outcome; selects research literature and empirical evidence which

identify measurement method for the rate of repetitive suicide or related risk factor affected suicidal attempt such as suicidal ideation, depression and hopelessness.

Investigator specified the duration of literature searching from the year 1996 to 2005 totally 10 years. The searching identified full paper requirement and cover all type of research literature.

4.2 Identify the keywords

Keywords used in searching research literature and other evidence based were:

- Suicide attempt and intervention
- Suicide attempt and psychosocial
- Suicide attempt and emergency department
- Suicide attempt and repeated suicide
- Self harm and intervention
- Self harm and emergency department
- Self harm and management

4.3 Identify databases to search for evidences

Research and other empirical evidence which published and unpublished (Thesis and dissertation) both in Thai and English were searched from the following data base;

1. Published database of systematic review, i.e., www.cochrane.org, www.evidencebasednursing.com, www.Joannabriggs.edu.au
2. Database of BLACK WELL Synergy
3. Database of CINAHL
4. Database of OVID
5. Database of PUBMED
6. Database of SCIENCE DIRECT
7. Database of MEDLINE
8. Published database of practice guideline, i.e., www.guideline.gov.
9. Hand search

Diagram of searching is shown in Appendix C.

4.4 Searching results

According to searching of empirical evidence from several database, many researches were found inaccessible, since they were unpublished or available only in abstract form, some researches were published in journal which were not available in Thailand and were not available in Electronic journal. The duration of evidence searching was from 3rd April, 2003 to 30th April, 2004 and finally 12 full papers were selected. Detail of research literature and empirical evidence searching was shown in Appendix C.

The searching results were as follows;

1. Database of BLACKWELL: 124 studies were found comprising of 79 articles, 45 research literatures, 24 of those were full text which were 19.35% of total studies.
2. Database of OVID: 185 studies were found comprising of 115 articles, 65 research literatures, 20 of those were full text which were 10.81% of total studies.
3. Database of PUBMED: 295 studies were found comprising of 167 articles, 128 research literature, 28 of those were full text which were 9.49% of total studies.
4. Database of SCIENCE DIRECT: 97 studies were found comprising of 58 article, 39 research literature, 9 of these were full text which were 9.27% of total studies.
5. www.Guidelines.Gov : 4 studies
6. Hand search : 2 studies.

According to searching, there were 12 studies met the specified criteria. Investigator therefore identified these 12 studies for further analysis and synthesis. Among these 12 identified studies, 1 was Meta-analysis randomized control trial research literature, 1 was systematic review research literature, 1 was Randomized control Trial research literature, 1 was Experimental research literature, 1 was cohort study research literature, 1 was descriptive research literature and 6 were guideline literature. The identified literatures are detailed as follows

1. BLACKWELL : 2 studies

Boyce, P., Carter, G., & Wall, P. (2003). Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self – harm. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 150.

Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2003). Predictors of outcome following brief psychodynamic interpersonal therapy for deliberate self – poisoning. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 37:532-536.

2. OVID : 2 studies

Townsend, E., Hawton, K., & Altman, D. (2001). The efficacy of problem – solving treatments after deliberate self – harm: meta – analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*; 31 (6) : 979 – 988.

Raj M AJ, Kumaraiah, V., & Bhide, A.V. (2001). Cognitive – behavioural intervention in deliberate self – harm . *Acta Psychiatr Scand* ; 104 : 340 –345.

3. PUBMED : 2 studies

Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*; 323 (7305): 135

Hawton, K., Arensman, E., & Townsend, E. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatment in preventing repetition. *British Medical Journal*; 317: 441-447.

4. SCIENCE DIRECT : 1 study

Kapur, N., Cooper, J., & Hiroeh, U. (2004). Emergency department management and outcome for self – poisoning: a cohort study. *General hospital psychiatry*. 26 (1), 36-41.

5. www.Guidelines.Gov : 3 studies

New Zealand Guidelines Group (2003). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guidelines Group. 72 p.

American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with Suicidal Behaviors. Arlington (VA): American Psychiatric Association. November .117p.

Rudo, A., Bergey, E., Dickinson, R., Goldberg, L., Graff, H., Kessel, J., et al. (2004). Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. Magellan Health Services.

6. Hand search : 2 studies

Nursing manual for suicidal behavioral person intervention

Public health personnel manual for suicidal risk person prevention and intervention

The public health personnel manual for suicidal risk person prevention and intervention (Konkhaenrajchanakarin psychiatric hospital, 2005) was excluded because it was very similar to Nursing manual for suicidal behavioral person intervention (Mental Health Department Thailand, 1997). Therefore there were 11 evidence for analysis in the next step.

5. Critique and synthesis of research

The investigator reviewed 6 research and 5 guideline. Later the investigator analyzed the content of each research and guideline. The classified content of each research and guideline then was placed in a table show in appendix D.

The categorization of evidence-based information was based on The National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999), as follows

Level I	Evidence obtained from a systematic review (with homogeneity) of experimental studies (eg. RCT with concealed allocation) or 1 or more large experimental studies with narrow confidence intervals
Level II	Evidence obtained from Quasi experimental studies (eg. Without randomisation)
Level III-a	Evidence obtained from cohort studies (case – control studies group)
Level III-b	Evidence obtained from case – controlled
Level III-c	Evidence obtained from observational studies without control group.

Level IV Evidence obtained from expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or consensus.

6. Consider the sufficiency of researches

All of the 11 researches and evidences were read thoroughly to evaluate their scientific merit, their congruence with the problem, feasibility to utilize, benefits and risk to use as a guideline for adults with suicidal attempt. It was found that all of the evidences were qualified to utilize in practice.

Summary of evidence synthesis :

1. General principle for suicidal person intervention

1.1 Building good relationship with suicide attempt person

(1) Building good relationship with suicide attempt person by accept the patient individuality and have good attitude toward patient (Boyce et al., 2003; Rudo et al., 2004; Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV)

(2) Provide therapy and intervention in supportive and calm environment which create trust and corporation in further intervention (American Psychiatric Association., 2000 ;Boyce et al., 2000: Level IV)

1.2 Providing therapy to suicide attempt person by multidisciplinary health care team

(1) Physician and nurse should corporate in providing holistic intervention to patient which in the early and emergency state would emphasize on physical treatment to safe the patient life (Boyce et al.,2003; American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

(2) There should be meeting of multidisciplinary health care team to analyze the cause and risk factor of suicide (American Psychiatric Association,2000; Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV) by assess the risk factors and cause leading to suicide whether it was from psychiatric illness or the consequence of maladaptability of patient to cope with stressful life event, or the combination of two, in order to provide suitable intervention (American Psychiatric Association., 2000; Boyce et al., 2003 : Level IV).

(3) Intervention in patient who had leading factor in psychiatric illness or having psychiatric illness, physician had a leading role in giving

pharmacotherapy (American Psychiatric Association.,2000 : Level IV). But if the leading factor to suicide was psychosocial, psychiatric nurse would have leading role in giving psychosocial therapy (Guthrie et al., 2001: Level I; Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV)

1.3 Recording related to suicide attempt person

Intervention of suicide attempt person have to be completely recorded. The record will be useful for follow up therapy or to refer patient to other unit and to be used as legal evidence (Mental Health Department Thailand, 1997; Rudo et al., 2004 ; American Psychiatric Association., 2000 ; Boyce et al., 2003; New Zealand Guideline Group., 2003 : Level IV)

1.4 Suicidal risk assessment

Performing suicidal risk assessment during the follow up appointment. It is recommended that patients have to be assessed for their suicidal risk on every follow up visit. (American Psychiatric Association., 2000)

2. Assessment of suicidal person

2.1 Psychosocial assessment of suicide attempt person

(1) Psychosocial assessment of suicide attempt person is an important step to get the essential information to be utilized in symptom and sign analysis, including study in risk factors contribute to suicidal behavior. The outcome of the analysis and study can be utilized in establishing a guideline to provide suitable for patients including current and future intervention (Kapur et al., 2004: Level III-a; American Psychiatric Association., 2000 ; Boyce et al., 2003: Level IV).

(2) Aspects of suicide attempt person assessment

1. Assessment of current mental statuses ; do the suicide attempt person show any psychiatric symptoms; thought, emotional, or behavioral disorder (Boyce et al., 2003 : Level IV)

2. Assessment of health status awareness, disease status and severity of disease (Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV)

3. Assessment of psychosocial stressors or psychosocial situation: which create emotional crisis and lead to suicide such as loss of beloved person, job or financial loss, financial problem, relationship problem, tortured, source of social support, strength and weakness analysis of patient, cultural and religion

belief about mortality and life (Townsend et al., 2001: Level I; Boyce et al., 2003; Rudo et al., 2004; American Psychiatric Association., 2000 : Level IV)

4. Suicidal behavior in the past and during assessment, which comprises of present suicidal ideation, suicidal planning, suicidal intention, frequency of suicidal ideation, history of suicidal attempt, and frequency of suicide. (Guthrie et al., 2003: Level I; Raj M AJ et al., 2001: Level I; Guthrie et al., 2003: Level III-c; American Psychiatric Association., 2000 : Level IV)

5. Record of additive drug usage in the past and present (Kapur et al., 2004: Level III-a)

6. Record of mental illness in the past and present (Kapur et al., 2004: Level III-a; Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV)

7. Family and genetic record: i.e., suicidal history of family (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

8. Having or having accessible to suicide equipment such as gun (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

9. Adequacy of social support such as family, friend, public health service accessible when having physical or mental health problem. (American Psychiatric Association., 2000; Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

2.2 Assessment to justify in-patient admission: by evaluating tendency or risk of repetitive suicide by the following criteria

(1) Psychiatric disease for example, depression , schizophrenia, drug dependent , and Borderline personality these patients have high tendency to commit repetitive suicide and should be admitted in hospital when

- Occurrence of Major depression or bipolar disorder or full range of depression disorder especially when concurrent with Agitation and Anxiety which the symptoms rapidly change.

- Schizophrenic patient who had first onset, or several times of therapy whose depression, thought disorder, emotional sensitive, hallucination, or addictive drug usage is evident.

- Borderline personality with depression or substance abuse is evident

- substance or alcohol abuse or dependence with psychosocial problem, any symptom of agitation, anger, aggressive and anxiety is evident (American Psychiatric Association., 2000; Rudo et al., 2004 ; Mental Health Department Thailand, 1997: Level IV)

(2) Patient who had strong suicidal intention who has concrete suicide plan and suicidal ideation. (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

(3) Poor relationship with relative/family, limited family and / or social support, including lack of stable living situation, separation (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

(4) Patient which is evident the following symptom has high risk of suicide: severe anxiety, agitation, hopelessness, insomnia , impulsive , poor judgment or refusal of help is evident. (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

(5) Record of suicidal attempt before this time especially in the past 1 year and having suicide record of relative (American Psychiatric Association., 2000; Mental Health Department Thailand, 1997; Rudo et al., 2004: Level IV)

(6) Evidence of psychosocial factor which induce severe stress or grief such as financial problem, carrier or education problem, relationship problem with close relative, loss of important person especially son or daughter, physical illness, incorrect disease diagnosis, chronic pain (Rudo et al., 2004: Level IV)

(7) Suicide attempt person who had physical problem such as toxic ,delirium, infectious and need close and continuing care and intervention (American Psychiatric Association., 2000: Level IV)

2.3 Assessment to justify out patient treatment; which are the patient who has the following characteristics (American Psychiatric Association., 2000)

(1) Show mild or moderate level of emotional response after emergency phase intervention.

(2) Plan / method and intent have low lethality.

(3) Suicide attempt patient who has source of social support and network such as family who give help and acceptance.

(4) No evidence of psychiatric illness of having psychiatric illness with current symptom such as thinking disorder, mood disorder and behavioral violence.

(5) No evidence of chronic and severe physical illness.

(6) Able to describe activity of daily living, still rational and have positive believe in life even having anxiety, grief, or desperate.

3. Intervention for suicidal person

3.1 Physical intervention in acute stage

(1) Concise physical and psychosocial evaluation in order to get decisive information for further therapy or refer to psychiatric hospital or psychiatric department of tertiary hospital (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(2) When suicide attempt person is hospitalized in emergency room of community hospital, the acute management is priory done by emergency medical team (Boyce et al., 2003; Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(3) If symptoms is too severe for acute management of community hospital, physician should consider to refer patient to general or center hospital (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

3.2 Interventions for hospitalization suicide attempt patient

(1) Arrange safe and suicidal prevention ward environment for patient i.e., arrange patient unit on ground floor, if it is unavoidable to stay on upper floor – avoid nearby window area to prevent jumping, the patient unit should be as close to nurse station as possible to keep eyes on patient for all 24 hour, keep every risky tool or equipment which patient may utilize for suicide away from unit area (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(2) Communicate the intervention in nurse discussion during shift transfer and record flow chart, nursing care plan according to level of suicidal risk, physical sign and symptom. Starting from critical care both physical and mental with continuing observation and record until maintaining stable pulse and mental status. If there are limited number of health care team, patient's relative should be informed to participate in close care (New Zealand group., 2003; Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(3) Provide physical treatment for patient who has physical complication (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(4) Nurses have to be knowledgeable in pharmacological effect of psychiatric drugs. So that they can monitor the effectiveness as well as the pharmacological side effects. (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

3.3 Psychosocial therapy

Psychosocial therapy can reduce repetitive suicidal or risk factor. There are many psychosocial therapies. The choice of therapy depends on main cause leading to suicide as well as therapist's skill and capability. Suicidal intervention and prevention psychotherapy are as follows;

(1) Problem-Solving Therapy: this method that can be applied for suicide attempt person who has stressful life event as leading factor such as interpersonal difficulties, unemployment, financial and housing problem and social isolation including lacking of problem coping skill. The objective of therapy is to provide clear understanding the cause of problem to client, in order the client to select the most effective problem solving strategies, including promoting self-esteem and reassurance. Duration of therapy range 3-12 weeks with 5-10 session of therapy. The therapist should be train in Problem-Solving Therapy course.(Townsend et al., 2000: Level I; Howton et al., 1998: Level I)

(2) Brief Psychodynamic Interpersonal Therapy: this therapy is suitable for suicide attempt person who has main leading cause from relationship problem between client and there important person in their life. The objective of therapy is to enhancing awareness in relationship problem and learns good interactive practice with other person. The therapy should be a time per week with duration 4 weeks. Therapist has to be trained analytical skill, interpretation skill, confrontation and empathic validation, and advice. From therapy client should attain their self awareness, learning self improvement, and promoting adaptation of interactive pattern with other people, which promoting positive feeling and self-esteem, therefore reducing suicidal ideation (Guthrie et al., 2001: Level IV; Guthrie et al.,2003: Level III-c)

(3) Cognitive-Behavioral Therapy: preferably used for client who had a leading suicidal factor of rigid negative thought or belief toward certain situation or event which lead to hopelessness and depression. The principle of therapy is to teach the client to practice flexible, rational and positive thinking, develop

problem solving skill, communication skill, and social skill in order the client to be capable of coping with stressful situation more effectively. The duration of therapy is 8-12 weeks with approximately 10 sessions of therapy. Therapist has to be trained and skillful for this type of therapy in order to accurately and validly analysis of irrational thought and believes of client and this therapy can adjust thinking process, belief, and attitude of client to appropriate condition. (Raj M AJ et al., 2001: Level I)

Consideration in duration of therapy

(1) Consider by recommendations of each therapy but also adjustable depending on severity and problem of patient symptoms. In early stage patients are still in critical condition which the appointment for therapy may be more frequent than recommended in standard therapy. Beside, therapy appointment should be co-considered among therapist / patient / family relative to be able to carry out therapy as appointed with maximum benefit. (Townsend et al., 2000: Level I ; Raj M AJ et al., 2001: Level I)

(2) If patient does not visit therapist as appointed, continuing follow up and therapy is considered to be carried out by making telephone/ mail contact with patient and/or relative or public health officer in community to identify the problem which cause the patient missing the appointment in order to find the solution to enable the further continuing therapy. In the case that patients reject to receive therapy or possess high risk to commit suicide, therapist has to consider helping and therapy with relative. (Mental Health Department Thailand., 1997; New Zealand Guideline Group., 2003: Level IV)

3.4 Evaluation of intervention outcome

Evaluation instrument for evaluate leading factor risk of suicide and to evaluate the outcome of intervention which is widely used in Thailand are detailed as follows;

(1) Depression and suicide risk instrument (506 DS.) and Suicidal risk classification instrument of Mental health department Thailand: This is the instrument developed by Mental Health Department Thailand which had been validated, pilot tested, implemented and improved until becoming a standard evaluation instrument for public health personnel to evaluate suicidal risk and its consequence in thought, emotional, and behavioral aspect which leading to suicide.

This instrument is therefore suitable for evaluate risk factor and therapy outcome (Mental Health Department Thailand.,, 1997: Level IV)

(2) Problem Solving Inventory of Heppner ,PP. and Peterson, CH. (Raj M AJ et al., 2001: Level I)

4. Discharge planning

4.1 Assessment to justify for discharging the patient; the patient who can be discharged are decided based on following criteria: (American Psychiatric Association.,2000: Level IV)

(1) Psychiatric symptom such as worrying, anxiety, agitation, hopelessness, decision disorder, or agitation impulsive, decrease to low and moderate level.

(2) Low suicide risk, suicidal ideation decrease, no concrete plan of suicide. Able to describe activity of daily living, still rational and have positive believe in life even.

(3) Has caregiver to support at home and patient is willing to receive support

(4) Main symptoms resulting from suicidal attempt or resulting from underlying decreases and recover from critical condition.

4.2 Preparation of patient and relative prior to discharge

(1) When discharging suicide attempt person, health care team should inform with patient/ relative about treatment, therapy, making agreement in continuing therapy and follow up (New Zealand Guideline Group., 2003: Level IV)

(2) Support treatment: by attentive listening to patient, open the opportunity for relatives to release their frustration, motivate the relatives to adapt for situation appropriately, encourage the family to build good relationship among all family members (Rudo et al., 2004 ; New Zealand Guideline Group., 2003; Boyce et al., 2003: Level IV)

(3) Instruct family members and care giver about providing health care management to patient by giving opportunity to suicide attempt person to release their frustration, conflict and strong emotion, close caring, observing tendency of leading symptoms of suicidal attempt, for instance, insomnia, despair, frustration, boring, isolation, low self esteem, alcohol drinking. If these symptoms appear, the

patient should meet health care personnel as soon as possible despite the appointed medical visit (Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

5. Post discharge therapy

In post discharge therapy for suicidal attempt person, the therapy details should be discussed and agreed among client and health care team of hospital. The therapy can be detailed in following step

(1) Pharmacotherapy: if patients have severe psychiatric symptom such as severe depression , thought disorder. They are referred for physician follow up. (Rudo et al., 2004; New Zealand Guideline Group., 2003; American Psychiatric Association., 2000; Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(2) Psychosocial therapy: if psychiatric symptom is not severe prior to discharge, psychiatric nurse would have leading role in giving psychosocial therapy. (Townsend et al., 2000: Level I; Howton et al., 1998: Level I)

(3) After therapy, the follow up will be made at least once a month totally 6 months (Guthrie et al.,2003: Level I; Raj M AJ et al. , 2001: Level I; Guthrie et al.,2003: Level III-c; Mental Health Department Thailand., 1997: Level IV)

(4) If suicide attempt person does not visit hospital for follow up, reminder communication via telephone, letter, or coordination with local health care personnel to make contact for continuing care (New Zealand Guideline Group., 2003: Level IV)

Investigator wrote CNPG based on structure of National Guideline Clearinghouse comprising the following component;

- (1) Guideline Title
- (2) Bibliographic sources
- (3) Scope
- (4) Methodology
- (5) Recommendation
- (6) Evidence supporting the recommendations
- (7) Benefits and harms of implementing the guideline recommendations
- (8) Implementation the guideline
- (9) Identifying information and availability (National Guideline Clearinghouse)

The detailed CNPG was shown in Appendix A.

The developed CNPG was submitted to 3 professionals comprising 1 psychiatrist, 1 community hospital physician, and 1 one register nurse who experience in suicidal attempt intervention, for review the quality of guideline. The content validity was investigated and recommendation by experts. The CNPG was corrected and improved according to expert's recommendation before implementation.

Assessing implementation potential in this study adopted assessment criteria of Polit & Beck (2004) as per following details;

Transferability of the finding

This step is to find out whether such innovation can be transferred appropriately to be used as CNPG for suicidal attempt person in health care unit which has similar patient population and organization structure with various cause and risk factor of suicide. The potential unit for implementation should have adequate cases of suicide to get the most benefit from CNPG whilst causes and risk factors of suicidal attempt can differ. Therefore the intervention strategies may be adjusted to be most appropriate for unit.

Feasibility of implementation

Nurse is free to determine or adopt or terminate the CNPG implementation in there health care unit. They have legal right to practice CNPG with there expertise. There should be no conflict in organization in practicing CNPG for suicidal attempt person since it is essential and beneficial for them to implement to cover physical, psychological and social aspect. They does not have to leave their routine duty since CNPG can be integrated homogeneously with daily work. Some learning and practicing for skillfulness is required in the early stage of implementation of CNPG so some times should be spent for the most effective and proper implementation possible. Management team fully supported the CNPG development and implementation to develop quality of health care service.

Cost-benefit ratio of implementation

Since the traditional practice did not have concise guideline, the implementation of CNPG for suicide attempt person intervention who admitted to hospital can assist the patient to adapt for coping with future stress to reduce suicidal ideation, depression and prevent repetitive suicide. The benefit of this CNPG implementation is foreseen, the cost of implementation considered from personal cost and equipment cost is for small amount compare with the benefit to patient when the repetitive suicidal attempt is prevented, family's expense for patient decrease, the adverse consequence of suicide to person, family, economy and social of nationwide can be pacified. The CNPG can reserves valuable human resource from useless perishing, enhance self esteem of practitioner and contributes in continuing improve the quality of care.

Due to the limited time frame the 7th, 8th, 9th and 10th step ; pilot the change in practice , adoption in practice, institute the change in practice and monitor and analyze structure, process and outcome data were not accomplished. However, there steps were planned and the recommendations were made as a future plan for the organization.

CHAPTER IV

CONCLUSION & RECOMMENDATION

Conclusion

This study is aimed to develop a clinical nursing practice guideline for post suicide attempt adults using research utilization conceptual framework of IOWA model (IOWA Model of Evidence base Practice to promote Quality Care, 2001) who analysis and synthesis the research literature and empirical evidence totally 11 pieces comprising;

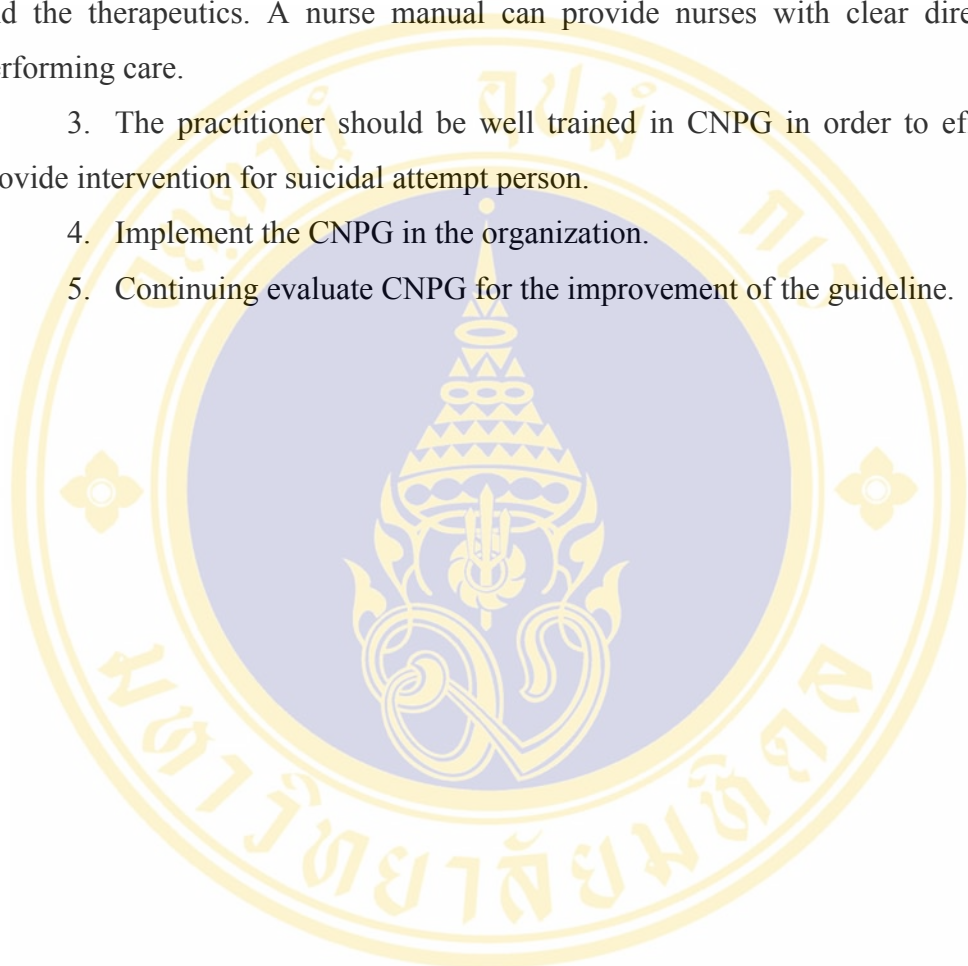
The analysis and synthesis yielded 5 practical recommendation which were utilized in developing clinical practice guideline and was submitted to 3 professionals for validation. The experts' suggestions and recommendations were utilized for guideline correction and improvement which can be detailed as follows;

1. General principle of suicidal person intervention comprising building good relationship , multidiscipline health care team provide holistic care and suicidal attempt person therapy record.
2. Assessment of suicidal person comprising psychosocial assessment, assessment to justify in patient admission and assessment to justify out patient treatment.
3. Intervention for suicidal person comprising emergency physical intervention , in – patient intervention and psychotherapy.
4. Discharge planning comprising patient and family preparation in pre – discharge phase.
5. Post discharge therapy comprising referred the physician follow, psychiatric nurse would have leading role in giving psychosocial therapy and follow up.

Recommendation

According to result of study, recommendations were made as follows;

1. There should be research studied on the outcome of CNPG implementation to acquire the feed back information for appropriate CNPG improvement.
2. A nursing manual for adults with suicidal attempts should be developed. The details in the manual should include the procedures, the approach, the techniques and the therapeutics. A nurse manual can provide nurses with clear direction in performing care.
3. The practitioner should be well trained in CNPG in order to effectively provide intervention for suicidal attempt person.
4. Implement the CNPG in the organization.
5. Continuing evaluate CNPG for the improvement of the guideline.



BIBLIOGRAPHY

- Angst, J., Angst, F., & Stassen, H.H. (1999). Suicide risk in patient with major depressive disorder. *J Clam Psychiatry*, 60(2), 57-62.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with Suicidal Behaviors. Arlington (VA): American Psychiatric Association. November, 117p.
- Barbee, M.A., & Bricker, P. (1996). Suicide. In K. M. Fortinash & P. A. Holiday – Worrt(Eds.), *Psychiatric mental health nursing* (pp.613 - 633). St. Louis; Mosby.
- Brent, D.A., Kolki, D., Wartella, M., Moritz, G.M., & Wartella, M.E. (1993). Adolescent psychiatric inpatients, risk of suicide attempt on six-month follow-up. *Journal American Academic Child Psychiatry*, 32, 95-105.
- Boyce, P., Carter, G., & Wall, P. (2003). Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self – harm. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 150.
- Center for Mental Health in School at UCLA. (2003). A technical assistance sample on school interventions to prevent youth suicide. Los Angeles.
- Cheng, A.T. (1995). Mental illness and suicide: A case – control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 594-603.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forbes, N.T., & Caine, E.D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide. A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153,1001-8.
- Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2000). The evidence – based practice manual for nurse Edinburgh: Churchill Livingstone.
- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C.W.M., Diekstra, R.F.W., & Wolters, W.H.G. (1992). The relationship between adolescent suicide behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 45-51.
- Drake, R.E., Gates, C., Whitaker, A., & Cotton, P.G. (1990). The suicidal schizophrenic. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: International University press, 183-200.

- Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 21(323), 135-138.
- Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2003). Predictors of outcome following brief psychodynamic interpersonal therapy for deliberate self – poisoning. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 532-536.
- Hauenstein, E.J. (1998). Case-finding and care in suicide : Children, adolescents, and adult. In M.H. Bogd & M.A. Nihart(Eds.), *Psychiatric nursing contemporary practice* (pp.1080-1101). Philadelphia: Lippincott- Raven.
- Hawton, K., Arensman, E., & Townsend, E. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatment in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lonngvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Supplement*, 377, 65-72.
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., & Marttuen, M.J. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150, 935-940.
- Kapur, N., Cooper, J., & Hiroeh, U.(2004). Emergency department management and outcome for self – poisoning: a cohort study. *General hospital psychiatry*, 26(1), 36-41.
- Mann, J.J., & Mc Bride, P.A. (1984). Increased serotonin 2 and B – adrenergic receptor binding the frontal cortices of suicide victim. *Archives of General Psychaitry* , 43, 954-959.
- Meltzer, H.Y., Alphas, L., & Green, A.L. (2003). Clozapine Treatment for suicidality in schizophrenia. *International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. *Arch General Psychiatry*, 49, 451-458.
- Moscicki, E.K., OOCarroll, P., Rae, D.S., Locke, B.Z., Roy, A., & Regier, D.A. (1998). Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med*, 61, 259-268.
- New Zealand Guidelines Group (2003). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guidelines Group. 72 p.

- Paykel, E.S., Prusoff, B.A., & Myers, J.K. (1975). Suicide attempts and recent life events. *Archive General of Psychiatry*, 32(3), 327-333.
- Patsiokas, A.T., & Clum, G.A. (1985). Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. *Psychotherapy*, 22, 281-290.
- Pfeffer, C.R., Peskin, J.R., & Siefker, C.A. (1992). Suicidal children grow up: Psychiatric treatment during follow-up period. *Journal American Academic Child Adolescent psychiatry*, 143, 733-738.
- Pfeffer, C.R., Klerman, G.L., Hurt, S.W., Kakuma, T., Peskin, J.R., & Siefker, C.A. (1993). Suicidal children grow up : Rates and psychosocial risk factors suicide attempts during follow – up. *Journal American Academic Child Adolescent psychiatry*, 32, 106-113.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). Utilization of nursing research. In Polit, D.F., & Hungler, B.P., *Nursing research: principle and methods* (6th ed., p.645 - 669). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Raj M A.J., Kumaraiah, V., & Bhide, A.V. (2001). Cognitive – behavioural intervention in deliberate self – harm. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 340 –345.
- Rickelman, B.L., & Houfek, J.F. (1995). Toward on interactional model of suicidal behaviors: Cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depress. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9,158-168.
- Robert, L., Yufit and David Lester. (2005). *Assessment Treatment and Prevention of suicidal behavior*. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey.
- Rudo, A., Bergey, E., Dickinson, R., Goldberg, L., Graff, H., Kessel, J., et al. (2004). *Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient*. Magellan Health Services.
- Salkovakis, P.M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive – behavioral problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry*, 157, 871-876.

- Schmidtke, A., Bille-Brabe, U., DeLeo, D., Kerhof, A., Bjerke, T., Crept, P., et al. (1996). Attempted suicide in Europe : Rates, trend and sociodemographic characteristic of suicide attempters during the period 1989-1992. Result of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Sillion, J.M., McDowell, E.E., & May, J.H. (1989). *Suicide Across the Life Span : Premature Exits*. Taylor & Francis.
- The National Health and and Medical Research Council . (1999). *A guide to the development, Implementation of clinical practice guideline*. Commonwealth of Australia, Canberra.
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The Iowa Model of Evidence – Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics f North America*, 13(4), 497 - 509.
- Townsend. E., Hawton, K., & Altman, D. (2001). The efficacy of problem – solving treatments after deliberate self – harm: meta – analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31(6), 979 – 988.
- Tsuang, M.T., Fleming, J.A., & Simpson, J.C. (1999). Suicide and schizophrenia. In : Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey – Bass Publication, 287-99.
- Weiss. R.D., & Hufford. M.R. (1999). Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey – Bass Publication, 300-310.
- World Health Organization. (2000). *Local Action : Creating Health promoting Schools*. WHO/NMH/HPS/00.3, WHO/SCHOOL/00.2. Geneva: World Health Organization WHO information Series on School Health.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). พัฒนาสุขภาพจิต: กรมสุขภาพจิต.
- ประยุक्त เสรีเสถียร, วชิรย์ อูจะรัตน์, และรัชวัลย์ บุญโสม. (2541). การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 14-20.

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล. (2542). การสอบสวนหาสาเหตุและป้องกันฆ่าตัวตาย. (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพ ฯ: นนทบุรีการพิมพ์.

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2541). การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหา

สาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพ ฯ: พลัสเพรส.

มธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2543). ความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล

ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ 2525 (พิมพ์ครั้งที่ 5) มปท.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548).

คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.

กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุกมล วิภาวิพลกุล. (2541). คู่มือ Counsellor เรื่อง การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย.

(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ ฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). นโยบายและยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุข. Available at : <http://www.moph.go.th>, <http://203.157.19.191/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (2547). รายงานประจำปี 2547 สุพรรณบุรี: ฝ่ายแผนงาน.

อรพรรณ โตสิงห์. (2547). Evidence – Based Practice : การประเมินความเป็นไปได้และคุ้มค่าของ

การนำไปใช้. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 13 เรื่อง Evidence – Based

Practice : มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพ ฯ.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก: การศึกษาใน

ผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(3),

174-183.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2541). จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม

ฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43 (1), 22-38.



APPENDIX A

**แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
สำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่**

1. **ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล :** แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่
2. **แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม :** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ ; กันยายน 2548 (เอกสารอ้างอิง 14 รายการ)
3. **ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้**
 - 3.1 **กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ :** ผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่
 - 3.2 **กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ :** พยาบาลทั่วไป พยาบาลจิตเวช
 - 3.3 **วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ :** เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ลดความคิดในการฆ่าตัวตาย ลดภาวะวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่
 - 3.4 **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :** ผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการในโรงพยาบาล
 - 3.5 **ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ :** อัตราการฆ่าตัวตายลดลง
4. **วิธีดำเนินการ**
 - 4.1 **วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและคัดเลือกหลักฐาน**

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในการสืบค้นผู้ศึกษาได้กำหนดช่วงเวลาของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในช่วง 10 ปี ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 2005 และในงานวิจัยที่เป็นฉบับเต็ม (full paper) ครอบคลุมงานวิจัยทุกรูปแบบโดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูล ดังนี้

 1. ฐานข้อมูล ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ Systematic review ได้แก่ evidencebasednursing.com
Cochrane.org , Joannabriggs.edu.au
 2. ฐานข้อมูล BLACK WELL Synergy
 3. ฐานข้อมูล CINAHL
 4. ฐานข้อมูล OVID
 5. ฐานข้อมูล PUBMED
 6. ฐานข้อมูล SCIENCE DIRECT
 7. ฐานข้อมูล MEDLINE

8.ฐานข้อมูล ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ จาก Practice Guideline ได้แก่ WWW . Guideline. gov.

9. HAND SERCH

4.2 รายละเอียดของวิธีการที่ใช้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยโดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO Framework : Population , Intervention , Comparison intervention , Outcome) (Craig & Smyth, 2001) ตามรายละเอียดดังนี้

Population	หมายถึง	คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่
Intervention	หมายถึง	คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุวิธีการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
Comparison intervention	หมายถึง	ไม่มีการเปรียบเทียบ
Outcome	หมายถึง	คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่วัดผลลัพธ์การฆ่าตัวตายซ้ำหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดในการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า หมดหวัง

4.3 ผลการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่า มีหลักฐานข้อมูลที่ผู้ศึกษาไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวไม่มีการตีพิมพ์ เผยแพร่ หรือบางงานวิจัยมีเพียง abstract หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่รับในประเทศไทย รวมทั้งไม่มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย electronic journal ในที่สุดเหลืองานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 11 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่เป็น Meta – analysis Randomized control Trial จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น systematic review จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัย Randomized control Trial จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัย Experimental จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Cohort study จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Descriptive study จำนวน 1 เรื่อง และ Guideline 5 เรื่อง

4.4 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

4.4.1 วิธีที่ใช้ในการประเมินระดับของหลักฐาน (Level of evidence)

ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Level I	Evidence obtained from a systematic review (with homogeneity) of experimental studies (eg. RCT with concealed allocation) or 1 or more
---------	--

	large experimental studies with narrow confidence intervals
Level II	Evidence obtained from Quasi experimental studies (eg. Without randomisation)
Level III-a	Evidence obtained from cohort studies (case – control studies group)
Level III-b	Evidence obtained from case – controlled
Level III-c	Evidence obtained from observational studies without control group.
Level IV	Evidence obtained from expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or consensus

4.4.2 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้การทบทวนหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้สร้างแนวปฏิบัติทำเพียงคนเดียว โดยการอ่านงานวิจัยอย่างละเอียด ประเมินคุณภาพงานวิจัย ความสอดคล้องของงานวิจัยกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากใช้วิธีการนั้น และสกัดงานวิจัยใส่เนื้อหาในตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง จากนั้นนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณารวมกันและสกัดเนื้อหาที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดสรุปเป็นประเด็นและนำไปสร้างแนวปฏิบัติ

4.5 วิธีการตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน
2. แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน
3. พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ท่าน

(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในข้อ 8 หน้า 55)

5. ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

5.1 หลักสำคัญทั่วไปการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (IV)

5.1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

- (1) สร้างสัมพันธภาพที่ดี.....
- (2) ช่วยเหลือในบรรยากาศไม่คุกคาม.....

5.1.2 ให้การบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยทีมสหวิชาชีพ

- (1) แพทย์และพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม.....
- (2) ต้องมีการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่นำมาสู่การฆ่าตัวตาย.....
- (3) การบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัจจัยนำเป็นแรงของการป่วยทางจิตเวชและปัจจัยนำเกิดจากสาเหตุทางจิตสังคม

5.1.3 การบันทึกการบำบัดดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

5.1.4 ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทุกครั้ง

5.2 การประเมินผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

5.2.1 การประเมินจิตสังคมในผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

- (1) การประเมินจิตสังคมในผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย(III-a , IV)
- (2) การประเมินผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายประเมินในมิติต่อไปนี้
 1. ประเมินสภาวะจิตในปัจจุบัน.....(IV)
 2. การประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน.....(IV)
 3. การประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด.....(I,IV)
 4. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย..... (I, III-c, IV)
 5. การใช้สารเสพติดในอดีตและปัจจุบัน (III-a)
 6. การป่วยด้วยโรคทางจิต.....(III-a , IV)
 7. ประวัติครอบครัว.....(IV)
 8. การเข้าถึงอุปกรณ์การฆ่าตัวตาย.....(IV)
 9. แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม.....(IV)

5.2.2 ประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยว่าสมควรรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในหรือไม่ (IV)

- (1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเวชและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูง.....
- (2) ผู้ที่ยพยายามตั้งใจที่จะจบชีวิตที่อยู่ในระดับรุนแรง.....
- (3) มีความสัมพันธ์กับญาติ/เพื่อนไม่ดี.....
- (4) ผู้ที่มีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งมีดังต่อไปนี้.....
- (5) ประวัติของการพยายามฆ่าตัวตาย.....
- (6) มีปัจจัยทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับสูง ซึ่งมีดังต่อไปนี้.....
- (7) ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายที่มีปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง.....

5.2.3 ประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่สามารถบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้(IV)

- (1) หลังการบำบัดในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน พบว่าปัญหาทางอารมณ์ลดลง.....
- (2) ผู้ที่มีแผนการฆ่าตัวตายที่ไม่รุนแรง.....
- (3) ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม.....
- (4) ไม่พบความเจ็บป่วยทางจิตเวช.....
- (5) ไม่มีความเจ็บป่วยโรคทางกายเรื้อรัง รุนแรง
- (6) ยังสามารถบอกวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันได้

5.3 การบำบัดดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

5.3.1 การบำบัดทางด้านร่างกายในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน (IV)

- (1) การประเมินทางร่างกายและจิตสังคมอย่างสั้นกระชับ.....
- (2) ช่วยชีวิตในระยะเร่งด่วน(acute management)
- (3) ถ้ามีอาการรุนแรงพิจารณาส่งต่อ.....

5.3.2 การบำบัดดูแลผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน (IV)

- (1) จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ปลอดภัย.....
- (2) ให้การดูแลแบบผู้ป่วยภาวะวิกฤตและเฝ้าระวังความเสี่ยง.....
- (3) ให้การบำบัดทางร่างกาย.....
- (4) การรักษาด้วยยาทางจิตเวช.....

5.3.3 การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

- (1) การบำบัดโดยวิธี การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem-Solving Therapy)..... (I)
- (2) การบำบัดโดยวิธีการวิเคราะห์กระบวนการปฏิสัมพันธ์
(Brief Psychodynamic Interpersonal Therapy)..... (I, III-c)
- (3) การบำบัดโดยวิธีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Cognitive-Behavioral Intervention)..... (I)

ข้อพิจารณาในเรื่องของระยะเวลา จำนวนครั้งในการบำบัด.....(I, IV)

5.3.4 การประเมินผลการบำบัดรักษา

- (1) เครื่องมือแบบคัดกรองความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง (รง 506 DS) ของกรมสุขภาพจิต.....(IV)
- (2) Problem Solving Inventory(I)

5.4 การวางแผนการจำหน่าย

5.4.1. ประเมินคัดกรองผู้ป่วยในที่สามารถจำหน่ายเพื่อให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้.....(IV)

- (1) อาการทางจิตลดลง.....
- (2) ความคิดฆ่าตัวตายลดลง.....
- (3) มีผู้ให้ความช่วยเหลือ.....
- (4) อาการทางกายคงที่.....

5.4.2 การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย (IV)

- (1) เตรียมญาติและผู้ที่ย้ายมาตัวตายก่อนจำหน่าย.....
- (2) การบำบัดประคับประคอง กับครอบครัว.....
- (3) แนะนำครอบครัวถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ย้ายมาตัวตาย.....

5.5 การบำบัดภายหลังการจำหน่ายและการติดตามผล

- (1) การบำบัดทางยา(IV)
- (2) การบำบัดทางจิตสังคม.....(I)
- (3) การติดตามการรักษา.....(I, IV)
- (4) การติดตามบำบัดรักษากรณีผู้ที่ย้ายมาตัวตายไม่มาตามนัด.....(IV)

6. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

สร้าง Clinical Nursing Practice Guideline ในการดูแลผู้ที่ย้ายมาตัวตายในวัยผู้ใหญ่ (รายละเอียดในแนวปฏิบัติของคู่มือหรือข้อใช้ได้ที่ บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

แนวปฏิบัตินี้ใช้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับผู้ที่ย้ายมาตัวตายที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ย้ายมาตัวตายด้วยวิธีการใดก็ได้ตาม การบำบัดผู้ที่ย้ายมาตัวตายทำโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลทั่วไป และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ให้การดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม ณ แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน

การดูแลผู้ที่ย้ายมาตัวตายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การบำบัดที่แผนกฉุกเฉิน

- 1.1 ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่ย้ายมาตัวตาย
- 1.2 การประเมินทางร่างกายและจิตสังคมอย่างสั้นกระชับ
- 1.3 ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง
- 1.4 ถ้ามีอาการรุนแรงแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาส่งต่อ

1.5 เมื่ออาการสงบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายต้องได้รับการประเมินเพื่อพิจารณา
รับไว้บำบัดแบบผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก และเพื่อพิจารณาในการดูแลและรักษา ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1.5.1 เกณฑ์การบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยใน คือผู้ที่มีปัญหาดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

(1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจและสังคมที่ทำให้เกิดภาวะ
เครียด

(2) ผู้ที่พยายามตั้งใจที่จะจบชีวิตที่อยู่ในระดับรุนแรง

(3) มีความสัมพันธ์กับญาติ/เพื่อนไม่ดี ไม่พร้อมให้ความช่วยเหลือ
หรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่พร้อมรับความช่วยเหลือ

(4) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และมีประวัติญาติฆ่าตัวตาย

(5) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีปัญหาทางกาย

1.5.2 เกณฑ์การบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอก ดังต่อไปนี้

(1) พยายามฆ่าตัวตายที่หลังการพยายามฆ่าตัวตายแล้วมีการตอบสนอง
ทางอารมณ์ไม่รุนแรงนัก

(2) ผู้ที่มีแผนฆ่าตัวตายไม่ชัดเจนและวิธีการพยายามฆ่าตัวตายระดับต่ำ

(3) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือ

(4) ไม่พบความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือไม่มีอาการทางจิต

(5) ไม่มีความเจ็บป่วยโรคทางกายเรื้อรัง รุนแรง

(6) ยังสามารถบอกแนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันได้

(7) บุคลิกภาพดีไม่มีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพไม่ปกติ

1.6 มีการจัดบันทึกการบำบัดรักษาให้ครอบคลุม

2. การบำบัดที่แผนกผู้ป่วยใน

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดี

2.2 ให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด โดยจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง
ผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ในห้องผู้ป่วยทำร้ายตนเองและบุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2.3 การรักษาด้วยยาทางจิตเวชสำหรับผู้ฆ่าตัวตายที่มีโรคทางจิตเวชและมี
อาการทางจิตที่รุนแรง พยาบาลต้องประเมินประสิทธิผลของยาและอันตรายจากผลข้างเคียงของยา
ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.4 การประเมินคัดกรองผู้ป่วยในเพื่อจำหน่ายเป็นผู้ป่วยนอก

- (1) ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง
- (2) ความคิดฆ่าตัวตายลดลง หรือไม่มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- (3) มีผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้ป่วยพร้อมรับความช่วยเหลือ
- (4) ผู้ป่วยพ้นจิตอันตรายจากการฆ่าตัวตาย

3. การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

- (1) ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ การบำบัด ทำข้อตกลงในการทำการบำบัด
- (2) ให้การบำบัดประคับประคอง (support treatment) กับครอบครัว
- (3) แนะนำครอบครัวถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการเปิดและสังเกต

อาการนำที่มีแนวโน้มพยายามฆ่าตัวตาย

4. การบำบัดภายหลังการจำหน่าย

- (1) การบำบัดทางยา ถ้าเป็นโรคจิตหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรง แพทย์จะเป็นผู้บำบัด
- (2) การบำบัดทางจิตสังคม ถ้าอาการทางจิตไม่รุนแรง มีปัญหาทางจิตใจและสังคมก่อนจำหน่าย พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจะเป็นผู้บำบัด โดยบรรยากาศของการบำบัดเน้นการประคับประคองทางอารมณ์ของผู้รับบริการ (Emotional support) ทำข้อตกลงเกี่ยวกับวิธีการบำบัด ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการบำบัดร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ โดยพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดตามลักษณะปัญหาที่นำมาสู่การฆ่าตัวตาย ส่วนจำนวนครั้งและระยะเวลากำหนดตามหลักการบำบัดแต่ละชนิด ทั้งนี้สามารถยืดหยุ่นปรับแผนการบำบัดได้ตามความเหมาะสมหรือปัญหาปัจจุบันของผู้รับบริการ ซึ่งรูปแบบการบำบัดมีทั้งหมด 3 รูปแบบ คือ

(1) Problem-Solving Therapy เหมาะสำหรับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตายเนื่องจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

(2) Psychodynamic Interpersonal Therapy เหมาะสำหรับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตายเนื่องจากปัญหาสัมพันธภาพ

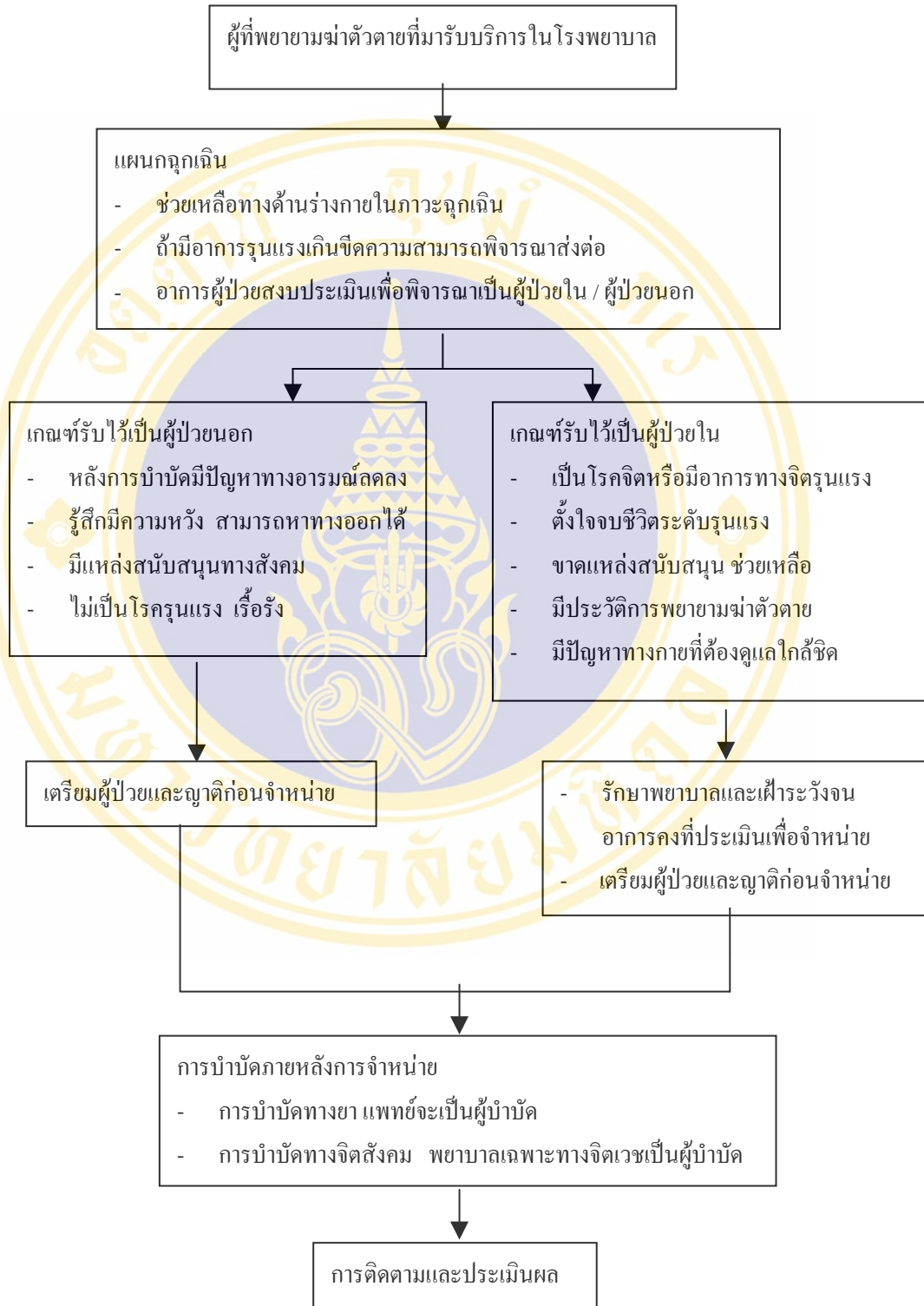
(3) Cognitive-Behavior Therapy เหมาะสำหรับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความคิดในเชิงลบ ไม่สามารถวิเคราะห์และมีความจำกัดในการแก้ปัญหา

5. การติดตามและประเมินผล

5.1 ภายหลังการบำบัดจะติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุกเดือนจนครบ 6 เดือนโดยการ

5.2 ถ้าผู้รับบริการไม่มา follow up จะใช้วิธีการ โทรศัพท์ หรือจดหมาย หรือประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติไปใช้

1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีความคิดในการฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายลดลง
2. เป็นฐานความรู้ในการตัดสินใจทางคลินิก ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่

7.2 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีหลากหลายปัจจัยที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันไปของแต่ละคน ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาล เป็นการสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรในการดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่สำคัญก็คือทัศนคติของบุคลากรต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ทัศนคติดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรรู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญ รังเกียจ ขาดความเห็นอกเห็นใจ และรู้สึกเสียเวลา แต่ถ้าบุคลากรได้เข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก็จะเป็นผลให้เปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่บวกมากขึ้น รวมทั้งคำนึงถึงสิทธิของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษา เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพ้นภาวะวิกฤต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอาจสามารถเลือกวิถีและระยะเวลาในการบำบัดได้ แต่ถ้ายังอยู่ในภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้บำบัดต้องพิจารณาวิธีการบำบัดช่วยเหลือเพื่อลดปัจจัยนำสู่การฆ่าตัวตาย และดูแลเพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัย นอกจากนี้แล้วยังมีบางกรณีที่ผู้มารับบริการฆ่าตัวตายสำเร็จ อาจทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกผิดหวัง หรือไม่สบายใจ โดยคิดว่าเป็นความบกพร่องของตน บุคลากรควรจัดการกับความรู้สึกของตนเอง ให้การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เกินความสามารถที่บุคลากรจะป้องกันหรือให้ความช่วยเหลือได้ทัน และยังคงปรับความคิดให้ได้ว่าบุคลากรกำลังช่วยเหลือคนที่มีความทุกข์ โดยยังเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้รับบริการอยู่ อีกทั้งผู้ร่วมงานไม่ควรซ้ำเติม ควรแสดงความเข้าใจ ประคับประคองใจไม่ตัดสิน จะช่วยผ่อนคลายความรู้สึกทุกข์ใจของบุคลากรลงได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นบุคลากรที่ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อให้การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและให้ความระมัดระวังอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบันที่มุ่งเน้นการประกันและการรับรองคุณภาพการพยาบาล

8. ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

8.1 วันเดือนปีที่สร้าง

กันยายน 2548

8.2 ผู้สร้าง :

นางสาวปวีดา ภาตะนันท์

8.3 อาจารย์ที่ปรึกษา :

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์

8.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- (1) นายแพทย์ ธีรินทร์ รัตนพิชญชัย นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาหมวราช
แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน
- (2) นายแพทย์ สุรน ยูศิรินันท์ นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลศรีประจันต์
พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- (3) นางนงนุช แทนบุญไพรซ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลศรีธัญญา

8.5 แหล่งเงินทุน

ทุนส่วนตัว

8.6 เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with Suicidal Behaviors. Arlington (VA): American Psychiatric Association. November, 117p.
- Boyce, P., Carter, G., & Wall, P. (2003). Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self – harm. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 150.
- Craig, J.V., & Smyth, R.L. (2000). The evidence – based practice manual for nurse Edinburgh: Churchill Livingstone
- Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 21(323), 135-138.
- Guthrie, E., Kapur, N., & Mackway-Jones, K. (2003). Predictors of outcome following brief psychodynamic interpersonal therapy for deliberate self – poisoning. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 532-536.

- Hawton, K., Arensman, E., & Townsend, E. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatment in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Kapur, N., Cooper, J., & Hiroeh, U. (2004). Emergency department management and outcome for self – poisoning: a cohort study. *General hospital psychiatry*, 26(1), 36-41.
- New Zealand Guidelines Group (2003). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guidelines Group. 72 p.
- Raj M A.J., Kumaraiah, V., & Bhide, A.V. (2001). Cognitive – behavioural intervention in deliberate self – harm. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 340 –345.
- Rudo, A., Bergey, E., Dickinson, R., Goldberg, L., Graff, H., Kessel, J., et al. (2004). Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. Magellan Health Services.
- The National Health and Medical Research Council . (1999). A guide to the development, Implementation of clinical practice guideline. Commonwealth of Australia, Canberra.
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The Iowa Model of Evidence – Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497 - 509.
- Townsend, E., Hawton, K., & Altman, D. (2001). The efficacy of problem – solving treatments after deliberate self – harm: meta – analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31(6), 979 – 988.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). (Mental health department, 1997). คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล.(พิมพ์ครั้งที่ 2). พัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

APPENDIX B

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- (1) นายแพทย์ ชีรินทร์ รัตนพิชญชัย

นายแพทย์ 8 จิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช จ. สุพรรณบุรี

- (2) นายแพทย์ สุธน ชูศิรินันท์

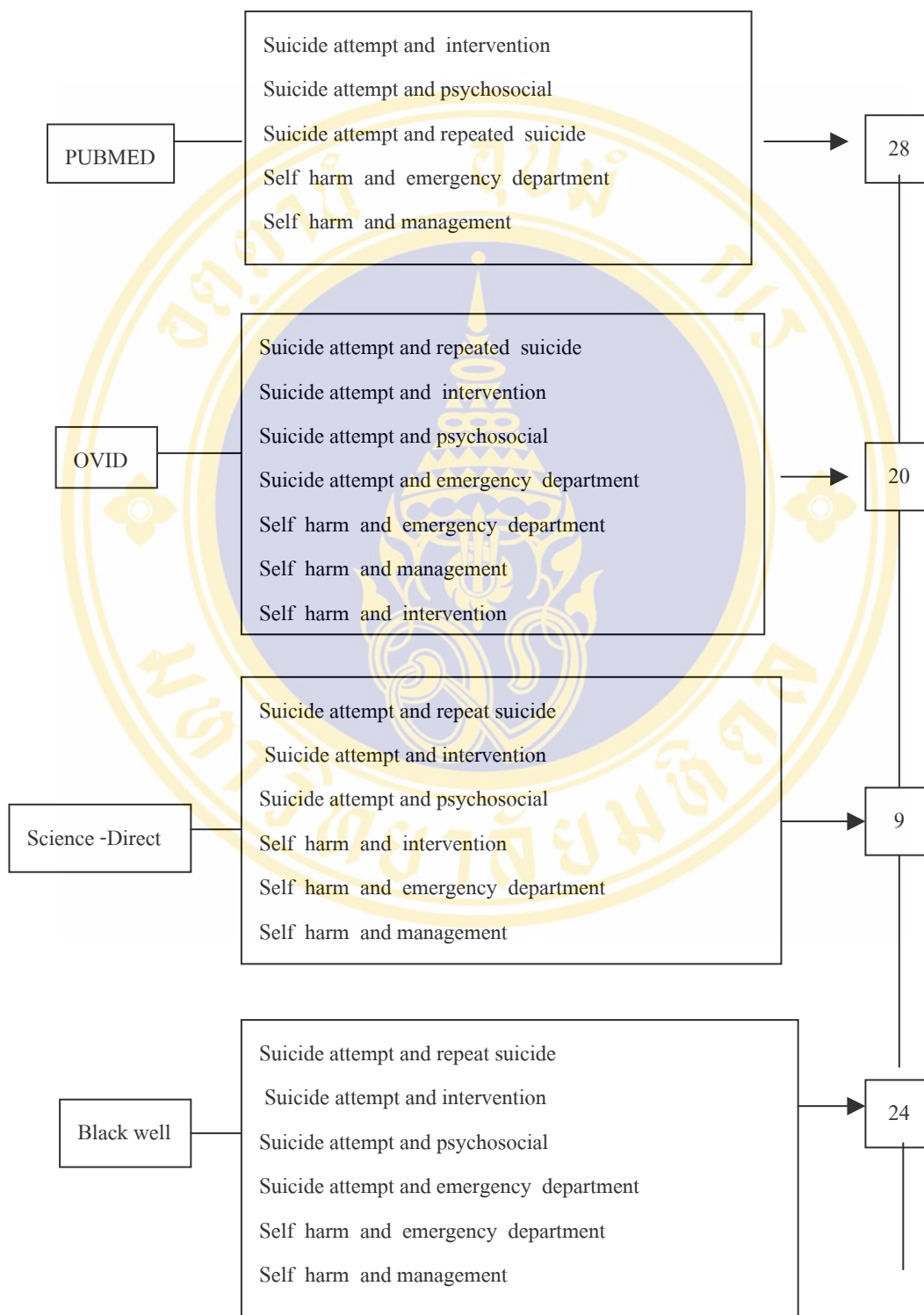
นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ จ. สุพรรณบุรี

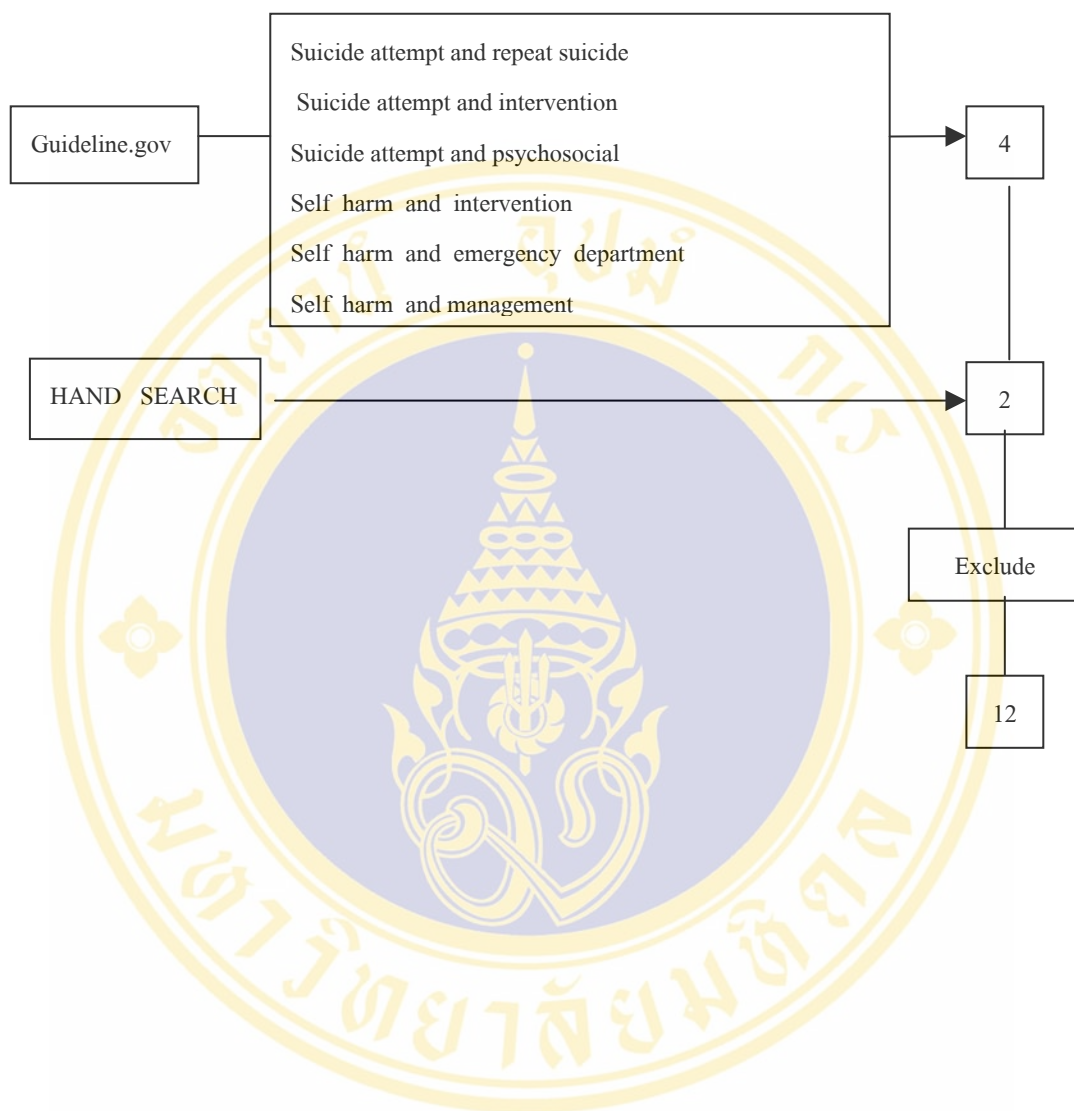
- (3) นางนงนุช แทนบุญไพบรัช

พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษชาย 9 โรงพยาบาลศรีธัญญา

APPENDIX C

ผังการสืบค้นข้อมูล





APPENDIX D

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่อง Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning

ผู้แต่ง Guthrie, E.; Kapur, N., & Mackway-Jones, K.

แหล่งตีพิมพ์ BMJ .2001 July 21; 323 (7305): 135

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของBrief psychological therapy สำหรับผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง โดยการรับประทานยา (เปรียบเทียบการบำบัดโดย brief psychological treatment กับ การดูแลทั่วไป ในการลดความคิดในการฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า และ การฆ่าตัวตายซ้ำ)
Research design	Randomised controlled trial
sample	ผู้ใหญ่จำนวน 119 คน อายุเฉลี่ย 18 - 65 ปี โดยการรับประทานยามาตัวตาย สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ และไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช คัดเลือกผู้ป่วยจากผู้ที่ได้รับการรักษาทั้งหมด 587 คน เหลือผู้ป่วย 233 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติ และมีผู้ป่วยที่ตอบตกลงในการเข้าร่วมการวิจัย 119 คน (51%) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 56% เป็นสตรี อายุเฉลี่ย 31.2 ปี ใช้น้ำ Paracetamol 36% เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน 60% และ 56% มีอาการ psychological problem และได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อน
Research instrument	1. brief psychodynamic interpersonal therapy. 2. Beck scale for suicide ideation 19 item 3. Beck depression inventory 21 item 4. Patient satisfaction 10 point scale from not satisfied to extremely satisfied 5. Self reported subsequent attempts at self-harm.
Research setting	บ้านของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
Research collection	1. เมื่อผู้ป่วยยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยให้ กลุ่มทดลอง ได้รับ 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy 2. กลุ่มควบคุมได้รับ usual treatment 3. เครื่องมือวัดความคิดในการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า คือ Beck scale for suicide ideation , Beck depression inventory
Research intervention	- ผู้ทำร้ายตนเองด้วยการรับประทานยาฆ่าตัวตาย (กลุ่มทดลอง) สาเหตุการฆ่าตัวตาย คือมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและได้รับ 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy โดย nurse therapists (CT,GB,SS) การบำบัดโดยวิธีนี้เน้นให้ผู้รับการบำบัดแยกแยะสาเหตุของปัญหาสัมพันธภาพ และช่วยในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพนั้น เป็นการให้การบำบัดอาทิตย์ละ 1 ครั้งๆละ 50 นาที และต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งที่ทำการบำบัด และสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ - กลุ่มควบคุมได้รับ usual treatment ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อกับแพทย์ทั่วไป และหนึ่งในสามถูกส่งไปติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในแผนกจิตเวช
Research findings	1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยาฆ่าตัวตาย เนื่องจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เมื่อได้รับ 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy ภายหลังการติดตามผล 6 เดือน คะแนน Beck scale for suicidal ideation ลดลง ผู้รับการบำบัดมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง 2. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการฆ่าตัวตายซ้ำ 29 คน กลับเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเพียง 8 คน 3. กลุ่มทดลองพยายามฆ่าตัวตายซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 5 คน (9%) ต่อ 17 คน (28%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.009$) อย่างไรก็ตามไม่พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดฆ่าตัวตายสำเร็จ

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential	<u>Transferability</u> - สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากวิธีการและสาเหตุของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ที่มารับบริการคือมีปัญหาสัมพันธ์ภาพและใช้วิธี self – poisoning <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ที่ฆ่าตัวตาย แต่จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดโดยวิธี brief psychodynamic interpersonal therapy <u>Cost-benefit ratio</u> - การบำบัดไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับตัวผู้ป่วยและสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ - หน่วยงานอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเพราะต้องเดินทางไปทำการบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ในผู้ใหญ่ที่ทำร้ายตนเองที่มีสาเหตุจาก interpersonal problem โดยวิธี self poisoning สามารถรับการรักษาโดย brief psychodynamic interpersonal therapy ที่บ้านผู้ป่วยได้ 2. ควรมีการติดตามประเมินความคิดในการฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะๆ เพราะผู้ที่มีความคิดในการฆ่าตัวตายอยู่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งบางครั้งเราไม่สามารถทราบได้เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาล 3. ควรมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระยะๆ อย่างน้อย 6 เดือนภายหลังให้การบำบัด

ชื่อเรื่อง Predictors of outcome following brief psychodynamic – interpersonal therapy for deliberate self - poisoning

ผู้แต่ง Guthrie, E.; Kapur, N., & Mackway-Jones, K.

แหล่งตีพิมพ์ Australian and New Zealand Journal of Psychiatry , Volume 37(5). October 2003.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อทำนายผลที่ตามมาของ Brief psychodynamic interpersonal therapy สำหรับผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองโดยการรับประทานยา
Research design	Descriptive study
sample	ผู้ใหญ่จำนวน 119 คน อายุเฉลี่ย 18 - 65 ปี โดยการรับประทานยามาตัวตาย สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ และไม่ได้เป็นคนที่จิตเวช
Research instrument	1. 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy 2. Beck scale for suicide ideation 3. Beck depression inventory 4. Beck Hopelessness scale 5. Beck anxiety inventory 6. short form inventory of Interpersonal problem (4,5,6 at baseline but not used for outcome)
Research setting	ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน University hospital
Research collection	1. เก็บข้อมูลจากผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของ university hospital ที่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย 2. ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยเก็บข้อมูลและประเมินด้วยเครื่องมือวัด Beck scale for suicide ideation , Beck depression inventory , Beck hopelessness scale , Beck anxiety inventory , Interpersonal problem ในการทำนายการคิดฆ่าตัวตายใน 6 เดือน 3. กลุ่มทดลอง ได้ รับ 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy โดยใช้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นต้นแบบของการมีสัมพันธภาพที่ดี 4. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบทั่วไป คือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยแพทย์ทั่วไปและหนึ่งในสามถูกส่งไปรักษาแบบผู้ป่วยนอกในแผนกจิตเวช

หัวข้อ	รายละเอียด
Research findings	1. Brief psychodynamic interpersonal therapyลดความคิดในการฆ่าตัวตายใน 6 เดือนได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $P = 0.005$, ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความพึงพอใจในการบำบัดมากกว่า และสัดส่วนการการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ 2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ Beck scale for suicide ideation ภายหลังการติดตามผล ในทั้งกลุ่มจิตบำบัดและกลุ่มควบคุม คือ ประวัติเป็นโรคจิตเวช ($P < 0.01$), ความคิดในการฆ่าตัวตาย (SSI) ($P < 0.001$), Depression (BDI) ($P < 0.001$) , Anxiety (BAI) ($P < 0.001$), Hopelessness (BHS) ($P < 0.05$), Interpersonal problem (IIP – 32) ($P < 0.01$) 3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ Beck scale for suicide ideation ภายหลังการติดตามผล ($p < 0.2$) ในกลุ่มจิตบำบัด คือ ประวัติเป็นโรคจิตเวช ($P < 0.05$), ประวัติเคยทำร้ายตนเอง ($P < 0.01$), ความคิดในการฆ่าตัวตาย (SSI) ($P < 0.01$), Depression (BDI) ($P < 0.01$) , Hopelessness (BHS) ($P < 0.2$), Interpersonal problem (IIP – 32) ($P < 0.05$) 4. ประวัติการพยายามทำร้ายตนเองและโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับ Beck scale for suicide ideation 5. 63 % ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมี Beck depression inventory ในระดับสูง
Implementation potential	<u>Transferability</u> - สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากวิธีการและสาเหตุของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ที่มารับบริการคือมีปัญหาสัมพันธ์ภาพและใช้วิธี self – poisoning ซึ่งจะช่วยให้ สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ชัดเจนขึ้น <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการให้การดูแลทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ แต่จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะในการบำบัดโดยวิธีการนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential (ต่อ)	<u>Cost-benefit ratio</u> - การบำบัดไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับตัวผู้ป่วย และสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ แต่ต้องระมัดระวังในการบำบัดเพราะวิธีนี้ไม่เหมาะกับผู้ที่ เป็นโรคทางจิตเวชที่มีประวัติทำร้ายตนเอง , ภาวะซึมเศร้าและผู้ที่คิดสุรา - หน่วยงานอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเพราะต้องเดินทางไปทำการบำบัด ที่บ้านของผู้ป่วย
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ใช้ 4 Session brief psychodynamic interpersonal therapy ในผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยวิธีรับประทานยาเกินขนาด ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเป็นสาเหตุ นำสู่การฆ่าตัวตาย 2. ผู้มีประวัติการฆ่าตัวตาย , โรคทางจิตเวช, ภาวะซึมเศร้า , ภาวะวิตกกังวลสูง, ภาวะหมดหวังและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายหลังการบำบัด ดังนั้นภาวะดังกล่าวจึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูง 3. 4 brief psychodynamic interpersonal therapy ไม่เหมาะที่จะใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเอง หรือ มีประวัติโรคจิต, การใช้สารเสพติด , ภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากระยะเวลาการบำบัดสั้นเกินไป

ชื่อเรื่องวิจัย Cognitive – behavioural intervention in deliberate self – harm

ผู้แต่ง Raj M A.J.; Kumaraiah, V., & Bhide A.V.

แหล่งตีพิมพ์ Acta Psychiatric Scand 2001 : 104: 340 – 345

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของ CBT ในการดูแลผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง
Research design	- Experimental
sample	- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 โดยการรับประทานยาเกินขนาด หรือรับประทานสารเคมี อายุ 16 – 30 ปี 57.5% เป็นสตรี 67.5% ไม่ได้แต่งงาน ที่มี ภาวะวิตกกังวล , ภาวะซึมเศร้าทั้งระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง ที่ไม่ใช่ลักษณะอาการของโรคจิต , adjustment disorder ไม่รวมผู้ที่คะแนนน้อยกว่า 20 ของแบบประเมิน Mini-Mental State และ ผู้ที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช
Research instrument	Experimental group (n = 20) ที่ได้รับ CBT 10 session ซึ่งประกอบด้วย cognitive methods, behavioural methods, problem – solving skills training and behavioural counselling . - Control group (n = 20) ที่ได้รับ การดูแลตามปกติ - Mini – Mental State Examination MMSE - Standardized Assessment of Personality SAP - Suicide Intent Scale SIS - Scale for suicide Ideation SSI - Hopelessness Scale HS - Dysfunctional Attitude Scale DAS - Problem Solving Inventory PSI - Anxiety and Depression Scale HADS - Semi – Structured Intervention SSIS - Follow – up Questionnaire FIQ

หัวข้อ	รายละเอียด
Research setting	St Maryha “ s General Hospital in Bangalore”
Research collection	1. เก็บข้อมูลจากผู้ที่พักพิวยามาตัวตาย ที่มารับการรักษาที่ St Maryha ‘ s General Hospital in Bangalore 2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่ม experimental and control group โดย แบ่งสลับตามเลขประจำตัวของผู้ป่วยที่ได้รับเป็นผู้ป่วยใน
Research intervention	1. Experimental group (n = 20) ที่ได้รับ CBT 10 session ซึ่งประกอบด้วย cognitive methods, behavioural methods, problem – solving skills training and behavioural counselling . โดยใช้เวลาดังกล่าว 2-3 เดือน และต่อด้วยจดหมายเดือนละครั้ง ผู้ที่ได้รับการบำบัดจะต้องให้ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ติดต่อ และมีการ์ดนัดหมาย ในการ์ด จะประกอบด้วย เวลา สถานที่ การนัดหมายจะนัดตามที่ผู้รับการบำบัดสะดวก ถ้าผู้รับบำบัดผัดนัด ผู้ทำการบำบัดจะติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมาย และการเยี่ยมบ้าน 2. Control group (n = 20) ที่ได้รับการดูแลทั่วไปโดย ติดต่อดังด้วยจดหมาย และโทรศัพท์ และนัดพบผู้บำบัดเดือนละ 2 ครั้ง
Research findings	1. CBT ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความคิดในการฆ่าตัวตายลดลง มีความกระแ่นความสนใจฆ่าตัวตายลดลง , ทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีคะแนน hospital anxiety and depression scale , Anxiety , Depression ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ CBT ไม่มีผลทำให้คะแนน impulsivity เปลี่ยนแปลง 2. จากการศึกษพบว่า ผู้ชาย 1 คนในกลุ่มควบคุมฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 45 วัน
Implementation potential	<u>Transferability</u> - สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากวิธีที่ผู้ที่พักพิวยามาตัวตาย ส่วนใหญ่ที่มารับบริการ คือ self – poisoning <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตามบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติ แต่อาจทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบำบัดมี 10 session ต้องใช้เวลาในการบำบัดหลายครั้ง ผู้บำบัดต้องได้รับฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะในการทำการบำบัดวิธีนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential (ต่อ)	<u>Cost-benefit ratio</u> - การบำบัดไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับตัวผู้ป่วยและสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ แต่ต้องระมัดระวังในการบำบัดเพราะวิธีนี้ไม่เหมาะสมกับ impulsivity - หน่วยงานอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการเชิญบุคคลภายนอกมาฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะในการบำบัด และการที่ต้องมารับการบำบัดหลายครั้ง อาจมีผลกระทบกับเวลาทำงานหรือเวลาเรียนของผู้รับการบำบัด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คือ ภาวะซึมเศร้า, ความคิดในทางลบ, ขาดทักษะในการแก้ปัญหา, ภาวะหมดหวัง 2 Cognitive behavioral therapy มีผลในการเพิ่มความคิดเชิงบวกในอนาคต และ ลดภาวะซึมเศร้า 3. ควรมีการติดตามผลภายหลังการบำบัดอย่างน้อย 3 เดือน 4. ภายหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายรอบครีวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดังนั้นจึงควรให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปดูแลเมื่อกลับบ้าน 5. เมื่อผู้พยายามทำร้ายตนเองมารับบริการต้องประเมินเกี่ยวกับ ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง, ประวัติครอบครัวในการทำร้ายตนเอง, ประวัติครอบครัว, sexual abuse.

ชื่อเรื่องวิจัย The efficacy of problem – solving treatments after deliberate self – harm :
meta - analysis of randomized controlled trials with respect to depression ,
hopelessness and improvement in problem

ผู้แต่ง Townsend, E.; Hawton, K.; Altman, D., & Arensman, E.

แหล่งตีพิมพ์ Psychological medicine . Volume 31 (6) .2001. 979 – 988

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของการใช้ problem – solving therapy ในผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง
Research design	Meta – analysis of randomized controlled trials
Selection criteria	รวบรวมการทดลองระดับ RCT ลักษณะประชากร ทุกเพศ ทุกวัยที่ทำร้ายตนเองโดยการรับประทานยาและสารเคมี หรือทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตราย ไม่รวมในผู้ที่มีความคิดในการฆ่าตัวตายที่ยังไม่ทำร้ายตนเอง
Search Strategy	- การศึกษาค้นหาวิจัยโดยใช้ Embase ; PsycLit ; Medline ; Cochrane Controlled Trials Register and the Cochrane Collaboration Depression , Anxiety , and Neurosis Trials Register และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในการทบทวนครั้งนี้มีทั้งเพศชายและเพศหญิง และทุกช่วงอายุ
Main Research	- รูปแบบของการบำบัด จำนวนครั้งของการบำบัดและระยะเวลาในการบำบัด โดยใช้ problem – solving therapy 1. problem – solving intervention assessment ใน 3 เดือน 9 session 2. interpersonal problem – solving skill training (D ‘ Zurilla & God friend 1971) 10 session ใน 3 สัปดาห์ 3. out – patient problem – orientated therapy(Hawton & Catalan 1987) 8 session ใน 8 สัปดาห์ 4. cognitive – behavioural problem solving treatment 5 session 5. interpersonal problem – solving skill training (D ‘ Zurilla & God friend 1971) 5 session 6. Manual assisted cognitive – behavioural therapy

หัวข้อ	รายละเอียด
Main Research (ต่อ)	<u>Research instrument</u> - problem – solving therapy - Beck Depression Inventory - Hospital Anxiety and Depression Scale - Hopelessness Scale - Means – Ends Problem solving <u>Research finding</u> 1. จากการวิเคราะห์และประเมินผลพบว่ากลุ่มทดลองซึ่งใช้ problem – solving therapy มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดหวังน้อยกว่า และความสามารถในการแก้ปัญหา มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. problem – solving treatment ให้ผลในการลดการฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Implementation potential	<u>Transferability</u> - สามารถนำ problem solving therapy ไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากสามารถลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น hopelessness depression และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา อีกทั้งกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มเดียวกัน <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตามบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติ และต้องได้รับการฝึกอบรมการให้บริการโดยใช้หลักการของ problem solving therapy เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดที่เน้นความคิดเชิงเหตุผล ร่วมกับการประคับประคองอารมณ์ (Supportive therapy) และเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อนมากนัก <u>Cost-benefit ratio</u> - การบำบัดไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับตัวผู้ป่วย อาจเพิ่มภาระในการทำงานขึ้นเนื่องจากระยะเวลาการบำบัดที่แน่นอน แต่สามารถผสมผสานเข้ากับการงานประจำได้ - หน่วยงานมีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ เพราะช่วงเวลาในการบำบัดไม่มากนักและเป็นวิธีการที่กระชับ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ภาวะหมดหวังเป็นความคิดซึ่งจะพัฒนาไปสู่การคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้สึกหมดหวังมีสาเหตุหนึ่งเนื่องจากการขาดความสามารถในการแก้ปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือโดยใช้วิธี problem – solving therapy ได้ 2. ควรใช้ problem – solving therapy ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพ โดยเฉพาะการอยู่ในครอบครัวที่ขัดแย้ง ,ใช้ในผู้ที่ไม่มีงานทำ (ตกงาน), หรือผู้ที่พฤติกรรมแยกตัว สาเหตุเหล่านี้เป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งก่อให้เกิด ภาวะDepression , ภาวะ Hopelessness 3. สามารถใช้ problem – solving therapy 5-10 session ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทุกช่วงอายุ ที่ทำร้ายตนเองโดยการรับประทานยาและสารเคมี หรือทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตราย

ชื่อเรื่องวิจัย	Emergency department management and outcome for self – poisoning : a cohort study
ผู้แต่ง	Kapur, N., Cooper, J., & Hiroeh, U.
แหล่งตีพิมพ์	General hospital psychiatry . Volume 2 , Issue 1 , January – February 2004 , 36-41

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	- เพื่อศึกษาผลการ ประเมินทางจิตสังคม และ ส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดย ผู้เชี่ยวชาญ ต่ออัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ
Research design	- Cohort study
sample	- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีรับประทานยาหรือสารเคมีอายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 658 คนที่ทำร้ายตนเองโดยการรับประทานยาหรือสารเคมี, 56 % เป็นเพศชาย, 20% alcohol dependent ,7% drug dependent, 36% ประวัติ การทำร้ายตนเองโดยการรับประทานยาหรือสารเคมี
Research instrument	1. Demographic data 2. แบบบันทึก การประเมินทางจิตสังคม และ ส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3. Manchester and Salford Self – Harm MaSSH
Research setting	แผนก Emergency department ของโรงพยาบาลทั่วไป ในเมือง Greater Manchester ประเทศอังกฤษจำนวน 4 โรงพยาบาล - โรงพยาบาล 2 แห่งแรก มี ทีมในการดูแลผู้ที่ทำร้ายตนเอง ประกอบ ด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลโดย Psychosocial assessment ในเวลาราชการ และในเวลานอกราชการ ประเมินโดย แพทย์ ประจำบ้านจิตแพทย์ - โรงพยาบาล 2 แห่งหลัง มีเพียงจิตแพทย์
Research collection	- Prospective study ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธี self – poisoning ใน ระยะเวลา 5 เดือน คือ พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 – มีนาคม พ.ศ.2543 ในผู้ที่ อายุ 16 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่ แผนก Emergency department management ของโรงพยาบาลในเมือง Greater Manchester ประเทศอังกฤษ จำนวน 4 โรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
Research findings	1. ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คือ substance dependence, โรคจิตเวช , และผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ 2. 14.6 % มีการ พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ใน 6 เดือน 3. 34%ได้รับการประเมินทางจิตสังคม, 23% ส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ , 47%ของผู้ที่ได้รับการประเมินทางจิตสังคมได้รับการส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ 4. ผู้ที่ได้รับการประเมินทางจิตสังคม มีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน 5. การส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ มีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสัมพัทธ์ทางสถิติ 6. พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายไม่ได้รับทั้งการส่งต่อเพื่อการติดตามผลโดยผู้เชี่ยวชาญ และการประเมินทางจิตสังคม
Implementation potential	<u>Transferability</u> - สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้ เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนควรได้รับการประเมินที่ครอบคลุมเพื่อที่จะสามารถพิจารณาให้การดูแลได้อย่างถูกต้องต่อไป <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตามบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติ แต่อาจจะต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมวิธีการและเทคนิคการประเมิน เนื่องจากท่าทีของผู้ประเมินและความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการจะมีผลต่อการให้ข้อมูลของผู้รับบริการ รวมทั้งเครื่องมือประเมินจะต้องครอบคลุม สะดวกกับการประเมินเพื่อจะได้ใช้เวลาสั้นที่สุด และมีประสิทธิผลมากที่สุด <u>Cost-benefit ratio</u> - การประเมิน Psychosocial assessment ก่อให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายน้อย โดยผู้ประเมินต้องเข้าใจ ขอบรับในความเป็นบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายน การประเมินจะช่วยให้สามารถวางแผน

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential (ต่อ)	การให้บริการได้ครอบคลุม และไม่ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้ และหน่วยงานมีความมุ่งมั่นในการนำไปใช้
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรได้รับการประเมินทางจิตสังคม และประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทุกราย เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เพราะมีผู้ป่วย 14.6% พยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 6 เดือน 2 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ และทั้ง 2 รายไม่ได้รับการประเมินทางจิตสังคม และควรได้รับการดูแลและประเมินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน อีกทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ควรได้รับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ 2. การประเมินทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้ จำเป็นต้องมีการดูแลบำบัดและติดตามผลอย่างต่อเนื่องด้วย 3. ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการต่างๆ แม้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะปฏิเสธการบำบัดรักษา

ชื่อเรื่องวิจัย Deliberate self harm : systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition

ผู้แต่ง Hawton, K.; Arensman, E., & Townsend, E.

แหล่งตีพิมพ์ BMJ.1998;317:441-447

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่แสดงถึงผลการดูแลผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง
Research design	Systematic review
Selection criteria	เลือกเฉพาะงานวิจัยRCT ลักษณะประชากรคือผู้ที่ทำร้ายตนเอง
Research Strategy Collection and analysis	-Randomised trial available in electronic databases in 1996 -Cochrane Controlled Trails Register in 1997 -Hand searching of journals to 1997 -Data extraction and quality assessment by two reviewers ,according to the recommended cochrane criteria for quality assessment
Main Results	<u>Intervention ที่ใช้ในการบำบัด</u> 1. problem solving therapy versus standard after care 2. intensive care plus outreach versus standard care 3. emergency card versus standard aftercare 4. dialectical behaviour therapy versus standard aftercare 5. inpatient behaviour therapy versus inpatient insight orientated therapy 6. same therapist (continuity of care) versus different therapist (change of care) 7. general hospital admission versus discharge 8. flupenthixol versus placebo 9. antidepressants versus placebo 10. long term therapy versus short term therapy

หัวข้อ	รายละเอียด
Main Results (ต่อ)	<u>ผลการวิเคราะห์และประเมิน</u> มีงานวิจัยทั้งหมด 20 trails ที่รายงานการบำบัดผู้ที่ทำร้ายตนเองแบ่งเป็น 10 ประเภท ที่เปรียบเทียบกับ การดูแลทั่วไป ในการลดการทำร้ายตนเองซ้ำ ผลการวิเคราะห์คือ 1. problem solving therapy versus standard after care. The summary odds ratio of 0.73 (95% confidence interval 0.45 to 1.18) 2. intensive care plus outreach versus standard care. The summary odds ratio of (0.86; 0.60 to 1.23) 3. emergency card versus standard aftercare . The summary odds ratio of (0.43; 0.15 to 1.27) 4. dialectical behaviour therapy versus standard aftercare. The summary odds ratio of (0.24; 0.06 to 0.93) 5. inpatient behaviour therapy versus inpatient insight orientated therapy. The summary odds ratio of (0.60; 0.08 to 4.45) 6. same therapist (continuity of care) versus different therapist (change of care). The summary odds ratio of (3.70; 1.13 to 12.09) 7. general hospital admission versus discharge. The summary odds ratio of (0.75; 0.16 to 3.60) 8.flupenthixol versus placebo.The summary odds ratio of (0.09; .02to0.50) 9. antidepressants versus placebo. The summary odds ratio of (1.19; 0.53 to 2.67) 10. long term therapy versus shot term therapy. The summary odds ratio of (1.0; 0.35 to 2.86) เมื่อทำการศึกษาทั้งหมดนี้พบว่าไม่มีวิธีไหนที่สามารถใช้ได้ผลในการดูแลผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มประชากรน้อย อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่ำ จึงมีปัญหาทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation potential	<u>Transferability</u> - ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้ เนื่องจากปัญหาทางสถิติ แต่ผู้ทำการวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าน่าจะนำวิธีการบำบัดโดย problem solving therapy ไปใช้ปฏิบัติจริงได้ เนื่องจากเป็นวิธีที่สิ้นกระชั้นใช้เวลาในการบำบัดไม่มากนัก หน่วยงานสามารถนำวิธี problem solving therapy ไปใช้ได้ เนื่องจากลักษณะกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน <u>Feasibility</u> - พยาบาลมีสิทธิโดยชอบตามบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติ และต้องได้รับการฝึกอบรมการให้บริการโดยใช้หลักการของ problem solving therapy <u>Cost-benefit ratio</u> - การบำบัดไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับตัวผู้ป่วย แต่บุคลากรควรได้รับการฝึกอบรมจนเกิดความชำนาญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด อาจใช้เวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้นเนื่องจากต้องนัดผู้รับบริการมาบำบัด แต่สามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้ - หน่วยงานมีความคุ้มค่าในการนำไปใช้ เพราะช่วงเวลาในการบำบัดไม่มากนักเป็นวิธีการที่กระชับ และมีแนวโน้มที่จะสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้วิธีหนึ่ง
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดที่ใช้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากมาย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าวิธีไหนที่ได้ผลดีที่สุดในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากประชากรที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อย แต่ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะให้ใช้ คือ problem solving therapy เนื่องจากเป็นวิธีที่สั้น ง่ายต่อการทำการบำบัด และผลการบำบัดพบว่าลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ถึงแม้จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม 2. ควรมีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและการติดตามผลเฝ้าระวัง เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการอย่างต่อเนื่อง และลดการฆ่าตัวตายลง แม้ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการบำบัดก็ต้องให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ชื่อเรื่องแนวปฏิบัติ	The assessment and management of people at risk of suicide.
ผู้แต่ง	New Zealand Guidelines Group
ปีที่พิมพ์	2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Level of evidence	Expert 's opinion
หลักฐานเชิง ประจักษ์ที่ใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติ	The assessment and management of people at risk of suicide. เป็นแนวปฏิบัติที่มีแหล่งอ้างอิงจากงานวิจัยอื่น ๆ โดยลงมติเอกฉันท์จากทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
รายละเอียด	<u>การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> - ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการที่รุนแรง หรือพฤติกรรมที่รุนแรง หรืออาการทางจิต เช่น haloperidol lorazepam , clonazepam - ควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยแพ้ยาหรือไม่ และต้องอธิบายผลข้างเคียงของยา <u>การประเมินการฆ่าตัวตาย</u> ในการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ต้องประเมินเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชด้วย - โรคซึมเศร้า สิ่งที่ต้องประเมินคือ อาการนอนไม่หลับ , ภาวะวิตกกังวล , การใช้สารเสพติด - ดิสดาสเซพติด สิ่งที่ต้องประเมินคือ ภาวะซึมเศร้า , มีปัญหาสัมพันธภาพ - โรคจิตเภท สิ่งที่ต้องประเมินคือ อายุมากกว่า 40 ปี , มีประวัติการรักษาทางจิตเภทที่เรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า - borderline personality disorder or antisocial personality disorder สิ่งที่ต้องประเมิน คือ ภาวะซึมเศร้า , axis I disorder <u>เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน</u> The beck hopelessness scale เป็นเครื่องมือที่ดีในการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในวัยผู้ใหญ่ , วัยรุ่น , ผู้ป่วยนอก / ห้องฉุกเฉิน / ผู้ป่วยใน

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	<u>การดูแลแบบผู้ป่วยนอก</u> - ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยนอก เราสามารถใช้ green cards แต่อาจไม่เพียงพอในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต้องมีการดูแลอย่างอื่นควบคู่ด้วย <u>การดูแลแบบผู้ป่วยใน</u> - ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยใน ต้องให้การดูแลสังเกตการณ์ตามระดับของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลต้องดูแลด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ - ในสัปดาห์แรกหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยในเราใช้การบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นโรคทางจิตเวช - ต้องให้คำปรึกษาแก่ตัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวด้วย <u>การวางแผนจำหน่าย</u> - ก่อนจำหน่ายต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา , บำบัด เบอร์โทรสัพท์ ที่ติดต่อได้ - เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องติดตามผลภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยนัดเป็นผู้ป่วยนอก ถ้าผิคนัดให้เชื่อว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบไปยังผู้ป่วยเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ	- เป็นแนวปฏิบัติที่มีแหล่งอ้างอิงครอบคลุมงานวิจัยทุกรูปแบบ มีการประเมินความเข้มแข็งของงานวิจัย - แนวปฏิบัตินี้ได้มีการพัฒนาโดยลงมติเอกฉันท์จากทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล, นักจิตวิทยา , นักสังคมสงเคราะห์ - แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ชัดเจน คือ ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่ง ประกอบด้วย การประเมิน, เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน , แนวทางในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ในการประเมินปัจจัยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ต้องประเมินเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชด้วย ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเวชอาจต้องส่งต่อพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญต่อไป <u>การบำบัดดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในให้การดูแลตามระดับของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 2. สามารถใช้การบำบัดทางยาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เกิดจากอาการทางจิต หรือเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า, โรคจิตเภท 3. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว <u>การจำหน่ายผู้ป่วย</u> 1. เมื่อจำหน่ายผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลับบ้านต้องมีการติดตามผล 2. เราสามารถให้การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ green cards และต้องติดตามผลภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยนัดเป็นผู้ป่วยนอก

ชื่อเรื่องแนวปฏิบัติ	Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors
ผู้แต่ง	American Psychiatric Association
ปีที่พิมพ์	2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Level of evidence	Expert ' s opinion
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและวิธีการที่ใช้พัฒนา	- พัฒนาโดยจิตแพทย์ ที่มีความชำนาญในการประเมินและการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และลงประจักษ์ อีกทั้ง แนวปฏิบัตินี้ได้รับการทบทวนโดยสมาชิก American Psychiatric Association
รายละเอียด	<u>จุดประสงค์ของการประเมินการฆ่าตัวตาย</u> 1. สามารถแยกแยะปัจจัยเฉพาะ , อาการและอาการแสดงเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย 3. เมื่อทราบวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาการประเมินภาวะฆ่าตัวตาย - ต้องประเมินเกี่ยวกับ อาการทางจิต , ประวัติทางจิตเวช , การใช้ยา , ความคิดในการฆ่าตัวตาย , พฤติกรรมฆ่าตัวตาย , ประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ , วัฒนธรรมและศาสนาที่เชื่อเกี่ยวกับการตายที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ, จุดอ่อนจุดแข็งของผู้ป่วย,อาการและอาการแสดง เช่น หมดหวัง , วิตกกังวล , รุนววย , ความคิดในการฆ่าตัวตาย , ปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ความเครียดจากภาวะจิตสังคม , พันธุกรรม - ผู้นำบ้ดต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระหว่างให้การบำบัด <u>หลักทั่วไปในการดูแล</u> ผู้นำบ้ดต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และผู้นำบ้ดสามารถให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายเปิดเผยความคิดในการฆ่าตัวตายหรือเปิดเผยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และจะช่วยให้ผู้นำบ้ดสามารถประเมิน และให้การดูแลซึ่งจะทำให้ลดปัจจัยเสี่ยง

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	ในการฆ่าตัวตาย ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจในตัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรวมทั้งกริยามารยาทที่ดีของผู้บำบัดจะทำให้เกิดการประคับประคองทางอารมณ์ นอกจากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกับผู้บำบัด การให้คำปรึกษาอาจจะช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีจุดยืนหรือทัศนคติที่ดีขึ้นอีกทางหนึ่ง รวมทั้งยังทำให้มีเครือข่ายทางสังคม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ <u>เกณฑ์ในการพิจารณาปรับไว้เป็นผู้ป่วยใน</u> 1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเวช 2. ผู้ที่พยายามตั้งใจที่จะจบชีวิตที่อยู่ในระดับรุนแรง 3. ผู้ที่มีแผนการฆ่าตัวตาย, ความคิดในการฆ่าตัวตาย และตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน 4. ขาดแหล่งสนับสนุน และไม่มีเครือข่ายทางสังคม 5. ผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงหันหลังกลับ ผู้ป่วยที่อาการทางกายที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง <u>เกณฑ์ในการพิจารณาปรับไว้เป็นผู้ป่วยใน</u> 1. หลังการบำบัดปัญหาทางอารมณ์ลดลง 2. มีความคิดและการวางแผนในการฆ่าตัวตายไม่ชัดเจน 3. มีแหล่งสนับสนุน และมีเครือข่ายทางสังคม 4. ยังมีความหวัง สามารถหาทางออกได้ <u>การบำบัด</u> - มีบำบัดมากมายในการดูแลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีหลักการง่าย ๆ คือ อย่างแรกต้องจัดการกับอาการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อน เช่น ภาวะวิตกกังวล , การนอนไม่หลับ , ภาวะหมดหวัง และต้องมีการให้ความรู้และการบำบัดทางจิตสังคม

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	<u>หลักทั่วไปในการดูแล</u> - ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต้องประกอบไปด้วยสหวิชาชีพ เพราะเหตุของการฆ่าตัวตายมีหลายเหตุปัจจัย <u>การบำบัดทางยา</u> - การบำบัดทางยาจะช่วยลดอาการ ภาวะซึมเศร้า , ภาวะสับสน, ภาวะวิตกกังวล , อาการนอนไม่หลับ , ภาวะเครียด รวมถึงความคิดในการฆ่าตัวตาย antidepressant - มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์ในการฆ่าตัวตาย lithium - ใช้ในการรักษา bipolar disorder and major depressive disorder และการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการลดการฆ่าตัวตาย mood – stabilizing anticonvulsant agents - มีหลักฐานทางงานวิจัยที่ป้องกันผลการฆ่าตัวตาย antipsychotic agents - ใช้ในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เป็น psychotic disorder antianxiety agents - ใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย <u>การบำบัดทางจิตสังคม</u> - CBT ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า และ อาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น ภาวะหมดหวัง และ CBT ที่มีจุดประสงค์ในการเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา จะทำให้ ภาวะซึมเศร้า , ภาวะหมดหวัง และความคิดในการฆ่าตัวตายลดลง - DBT มีผลในการลดการทำร้ายตนเองในผู้ที่เป็น borderline personality disorder - การบำบัดทางจิตสังคมประเภทอื่นในปัจจุบันมี หลักฐานจากการวิจัย พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย , การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี , เพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ	- เป็นแนวปฏิบัติที่มีแหล่งอ้างอิงครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการประเมินความเข้มแข็งของงานวิจัย - แนวปฏิบัติได้มีการพัฒนาโดยลงประชามติจากจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งแนวปฏิบัตินี้ได้รับการทบทวนโดยสมาชิก American Psychiatric Association - แนวปฏิบัติมีวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ชัดเจน คือ ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการบอกขั้นตอนของการปฏิบัติประกอบด้วย จุดประสงค์ของการประเมิน, การประเมิน, เกณฑ์ในการพิจารณาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน, การบำบัดทางยาและการบำบัดทางจิตสังคม
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<u>หลักทั่วไปของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. จุดประสงค์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ การทำให้มีเครือข่ายในการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม, ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัยสามารถดูแลตนเองได้ 2. ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต้องให้การดูแลแบบสหวิชาชีพ 3. ในระยะแรกของการบำบัด ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่ยกย่องฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 4. เมื่อมีผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองมารับบริการ ควรมีการเกณฑ์ในการรับไว้ดูแลแบบผู้ป่วย, หรือติดตามแบบผู้ป่วยนอก <u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ควรซักประวัติเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประวัติโรคทางจิตเวช, การใช้ยา, ความคิดในการฆ่าตัวตาย, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, ประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ, วัฒนธรรมและศาสนาที่เชื่อเกี่ยวกับการตาย, ที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ, อาการและอาการแสดง, ปัจจัยเหตุของผู้ป่วยที่นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	<u>การบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลได้ถูกต้องกับปัจจัยเหตุ 2. ใช้บำบัดทางยาในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เกิดจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ จะช่วยลดอาการ ซึมเศร้า , สับสน , วิตกกังวล, อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด แต่ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง ภาวะแทรกซ้อน หรือการนำไปใช้ในการฆ่าตัวตาย 3. Interpersonal therapy , CBT มีผลในการลดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลง และสามารถลด ภาวะหมดหวัง , การฆ่าตัวตาย 4. psychodynamic , DBT ใช้ในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย borderline personality disorder 4. ควรให้คำปรึกษาส่วนบุคคลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 6. ระหว่างการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระยะๆ

ชื่อเรื่องแนวปฏิบัติ	Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patients
ผู้แต่ง	Rudo, A., Bergey, E., Dickinson, R., Goldberg, L., Graff, H., Kessel, J., et al.
แหล่งตีพิมพ์	Magellan Health Services (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
Level of evidence	Expert ' s opinion
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและวิธีการที่ใช้พัฒนา	พัฒนาโดย mental health professionals และ แนวปฏิบัติที่เขียนอยู่ใน Magellan Behavioral Health ' s (Magellan) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติ ในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
รายละเอียด	- ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการพยายามฆ่าตัวตาย - การที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการดูแลที่ถูกต้องใน primary care จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย - หนึ่งในวิธีที่สามารถป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย คือการให้คำปรึกษาและการเข้าร่วมใน กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้ลดภาวะซึมเศร้า และลดการใช้สารเสพติด - ผู้บำบัดจะมีทัศนคติที่ดี เข้าใจและยอมรับในตัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อีกทั้งต้องไม่หลีกเลี่ยงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายและต้องพยายามรวบรวมและจัดการกับการพยายามฆ่าตัวตายร่วมกับผู้ป่วยซึ่งรวมถึงครอบครัวและ บุคคลที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วยด้วย <u>หลักทั่วไปในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1.ประเมินความคิด 2.แยกแยะและหาปัจจัยเสี่ยง 3.สิ่งที่นำมาสู่การฆ่าตัวตาย 4.การดูแลและจัดการที่มีความสอดคล้องกับโรค <u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้น , การใช้สุราหรือยาเสพติด , การเข้ารับการรักษาในรพ.จิตเวชภายใน 1 ปี , ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	การเจ็บป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2. โรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคซึมเศร้า , การใช้สารเสพติด, โรคจิตเภท , Borderline Personality disorder <u>การรักษาทางยา</u> - antidepressant SSRIs เป็นบำบัดของ major depressive disorder . ข้อบ่งชี้ใน The US Surgeon General ‘ s Report พบว่าใช้ SSRIs ในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถลดความคิดในการฆ่าตัวตาย และลดจำนวนครั้งของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีประวัติฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง - antipsychotic ใช้ในการ รักษา ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย - lithium ใช้ในการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder จะมีผลในการลดอัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย <u>การบันทึก</u> - เอกสารจะเป็นหลักฐานทางกฎหมายดังนั้นจึงต้องมีการบันทึกให้ครอบคลุมทั้งการประเมิน การดูแล การรักษาที่ต่อเนื่องในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย <u>การสื่อสารและการให้คำปรึกษา</u> - เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และการสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่ดีในการรักษา และการจัดการกับความเครียด <u>การป้องกัน</u> - ครอบครัว ครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะต้องได้รับการปฏิบัติการทางคลินิกด้วยไม่ว่าจะเป็นการดูแลแบบประคับประคองหรือส่งต่อหาผู้เชี่ยวชาญ
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ	- เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดย mental health professionals และ แนวปฏิบัติที่เขียนอยู่ใน Magellan Behavioral Health ‘ s (Magellan) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ (ต่อ)	- แนวปฏิบัติมีวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ชัดเจน คือ ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการบอกขั้นตอนของการปฏิบัติประกอบด้วย การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย , การบำบัดทางยาและแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย - แนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<u>หลักในการดูแลโดยทั่วไปของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ประเมินความคิด แยกแยะหาปัจจัยเสี่ยงในสิ่งที้นำมาสู่การฆ่าตัวตายและการดูแลที่มีความสอดคล้องปัจจัยเสี่ยงที้นำมาสู่การฆ่าตัวตาย 2. การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ ผู้บำบัดต้องมีสัมพันธภาพแลทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย มีความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย, ประเมินผู้ป่วย , ค้นหาสาเหตุทีทำให้เกิดปัจจัยในการพยายามฆ่าตัวตาย , และให้การดูแลตามอาการของโรค 3. ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรมีการบันทึกทีครอบคลุมตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายกลับบ้าน <u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การสูญเสียทีเกิดขึ้น , การใช้สุราหรือยาเสพติด , การเข้ารับการรักษานในรพ.จิตเวชภายใน 1 ปี , ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย , การเจ็บป่วยโรคทางกายเรื้อรัง 2. โรคทีอยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคซึมเศร้า , การใช้สารเสพติด , โรคจิตเภท , Borderline Personality disorder <u>การบำบัดดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ผู้ทีพยายามฆ่าตัวตายเป็นโรคทางจิตเวช ควรใช้การบำบัดโดยการให้ยา 2. ควรให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยและบุคคลทีมีความสำคัญของผู้ป่วยภายหลังมีการพยายามฆ่าตัวตาย 3. ควรประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตยภายหลังการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตยซ้ำ

ชื่อเรื่องแนวปฏิบัติ	Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self – harm
ผู้แต่ง	Boyce, P.; Carter, G., & Wall, P.
ปีที่พิมพ์	2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Level of evidence	Expert ‘ s opinion
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและวิธีการที่ใช้พัฒนา	- แนวปฏิบัตินี้พัฒนาโดย specialist mental health – care providers in Australia and New Zealand และใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน(strength of the evidence) ตามระบบของหลักฐานของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC)
รายละเอียด	- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 41 – 70 % ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ไม่มาบำบัดตามนัดในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่สำคัญ - ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 3-6 เดือน <u>การประเมินและการบำบัด</u> 1. บรรยากาศในการดูแลผู้ป่วยต้องไม่คุกคาม 2. แยกแยะและให้การดูแลภายใต้ปัญหาของผู้ป่วย 3. ควรประเมินในปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 4. การประเมินทางจิตสังคม 5. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคนที่มีรับบริการที่โรงพยาบาลจะได้รับ การประเมินอย่างครอบคลุมทุกด้าน 6. การประเมินจะกระทำต่อเมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัย ความสามารถในการรับรู้ปกติ 7. ประเมินความคิด / การวางแผนเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งในอดีตและปัจจุบัน 8 ประเมินเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและเครียดทางสังคม 9 ให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว 10 มีการจัดบันทึกอย่างครอบคลุมในระหว่างให้การดูแลและเมื่อจำหน่าย กลับบ้านรวมถึงเป้าหมายของการดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	11. สิ่งที่สำคัญในการดูแล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ การประสานระหว่างผู้ป่วยและทีมในการดูแล 12. ผู้บำบัดจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี , เข้าใจและค้นหาปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย - ไม่มีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงชนิดใดชนิดหนึ่งที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพที่สุดในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย - ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะต้องทำภายใต้นโยบายของหน่วยงาน - การแยกแยะและทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย เป็นการป้องกันและลดความรุนแรงในการทำร้ายตนเองในอนาคต - ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่รับการบำบัดตามนัดทำให้ยากต่อการประเมินผล - ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีแบบแผนในการปรับตัวไม่ดีและไม่สามารถแสวงหาแหล่งช่วยเหลือได้ - จุดประสงค์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบสหสาขา คือ การช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการปรับตัวที่ดีขึ้น , ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งสนับสนุน , มีเครือข่ายทางสังคม, และสามารถดูแลตนเองได้ สิ่งที่จะทำให้บรรลุจุดประสงค์คือ เพิ่มทักษะในการปรับตัว , การเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ , ทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งได้แก่ problem – solving therapy , cognitive behavior therapy , interpersonal therapy , manual assisted cognitive therapy , dialectical behavior therapy - จากการศึกษาพบว่า ไม่มีวิธีการดูแลใดที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุมทุกปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ จากงานวิจัยเป็นเพียงการศึกษาวิธีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ซึ่งวิธีการดูแลนั้นจะแล้วแต่ปัจจัยเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ	- แนวปฏิบัตินี้พัฒนาโดย specialist mental health – care providers in Australia and New Zealand เป็นแนวปฏิบัติที่มีแหล่งอ้างอิงครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (strength of the evidence) ตามระบบของหลักฐานของ The National Health and Medical Research Council (NHMRC) - แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ชัดเจน คือ ใช้ในการประเมินและดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการบอกขั้นตอนของการปฏิบัติประกอบด้วย จุดประสงค์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบสหวิชาชีพ , การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย , การบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่แรกเริ่มและจำหน่ายเพื่อติดตามผล - แนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ มีการบอกขั้นตอนของการปฏิบัติการและเน้นการทำงานเป็นทีม รวมทั้งส่งเสริมผู้รับบริการให้ใช้ทรัพยากรทั้งภายในบุคคล ในการปรับตัวต่อปัญหาที่นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตาย
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<u>หลักทั่วไปในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> - จุดประสงค์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบบสหสาขา คือการส่งเสริมผู้พยายามฆ่าตัวตายให้ มีการปรับตัวที่ดีขึ้น , ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งสนับสนุน , มีเครือข่ายทางสังคม, และสามารถดูแลตนเองได้ สิ่งที่จะทำให้บรรลุจุดประสงค์คือ เพิ่มทักษะในการปรับตัว , การเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ , ทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งได้แก่ problem – solving therapy , cognitive behavior therapy , interpersonal therapy , manual assisted cognitive therapy , dialectical behavior therapy 2. วิเคราะห์และทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ เพื่อให้การดูแลตามปัจจัยเหตุและทำความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย เป็นการป้องกันเพื่อลดความรุนแรงในการทำร้ายตนเองในอนาคต 3. ควรบันทึกการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ครอบคลุม

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	<u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> - ประเมินจิตสังคม, อาการทางจิต , ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, ความคิดและการวางแผนเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง , พฤติกรรมการฆ่าตัวตายทั้งในอดีตและปัจจุบัน และสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจะกระทำต่อเมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัยและความสามารถในการรับรู้ปกติ ประเมินผู้ป่วยด้วยบรรยากาศไม่คุกคาม <u>การบำบัดดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ต้องให้การดูแลในภาวะเร่งด่วนตามอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ร่วมด้วยสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ 2. ควรให้การดูแลกับครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วย 3. ควรติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน

ชื่อเรื่อง คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล

ผู้แต่ง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่พิมพ์ 2540

หัวข้อ	รายละเอียด
Level of evidence	Expert 's opinion
หลักฐานเชิง ประจักษ์ที่ใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติ และวิธีการที่ใช้ พัฒนา	พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากคณะ ทำงานพัฒนาแบบคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจเพื่อ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต และมีการตรวจสอบ จากผู้เชี่ยวชาญ โดย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
รายละเอียด	<u>ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</u> 1. ผู้ที่เจตนาฆ่าตัวตายโดยตรงแต่ไม่สำเร็จ 2. ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง 3. ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าติดต่อกันนานมากกว่า 2 อาทิตย์ 4. ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ 5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า หวาดระแวง มีความเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุทางจิตใจ <u>การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจเริ่มจาก</u> 1. ผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษาด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตาย 2. ช่วยชีวิตและรักษาตามอาการที่แผนกฉุกเฉิน รพช รพศ/รพท 3. แผนกผู้ป่วยใน ให้การรักษาพยาบาล , ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งต่อผู้ป่วย 4. กลุ่มงานจิตเวช รพศ./ รพท. โรงพยาบาลจิตเวช ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและ ญาติ , นัดดูอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ , ส่งต่อ สอ. , เยี่ยมบ้าน หรือเวชกรรม สังคม รพศ. รพท. ให้ความรู้แก่ญาติ , ส่งต่อ สอ. , เยี่ยมบ้าน 5. ผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับสู่ชุมชนโดยญาติและอส. ให้การดูแล <u>แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย</u> <u>การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย</u> 1. ให้การรักษาพยาบาลตามอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	2. รักษาด้วยยาในกรณีอะอะอาละวาด 3. ถ้ามีอาการรุนแรง พิจารณาส่งต่อ <u>การจัดหอผู้ป่วย</u> 1. จัดให้หอผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง ถ้าชั้นบนไม่ให้อยู่ใกล้หน้าต่างเพื่อป้องกันกระโดดตึก 2. ให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชม. 3. มีการส่งเวรให้ระมัดระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย 4. เขียนป้ายว่าให้ระมัดระวังการฆ่าตัวตายและให้ดูแลอย่างใกล้ชิด 5. จัดเจ้าหน้าที่ เข้ามาดูแลทุกครั้งชั่วโมงเป็นอย่างน้อยที่ต้องมีการตรวจสัญญาณชีพ และให้ข้อมูลกับญาติเพื่อจะได้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด 6. บริเวณรอบเตียงให้เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำมาใช้ทำร้ายตนเอง 7. ดูแลเรื่องผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และอธิบายถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา <u>การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ</u> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและขอรับการรักษา 2. ชวนพูดคุยถามไถ่ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า 4. สนับสนุนและให้กำลังใจ <u>การประชุมทีมผู้รักษา</u> 1. เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา ให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด 2. จัดบันทึกการรักษาพยาบาลรวมทั้งบันทึกผลของการประเมิน ในแบบประเมิน รง 506 DS , แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม <u>การส่งต่อผู้ป่วย</u> 1. กรณีผู้ป่วยกลับบ้านส่งข้อมูลไปฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์/รพท. หรือฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และ สอ. 2. กรณีผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง และมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวชรพท/ รพท. หรือโรงพยาบาลจิตเวช

หัวข้อ	รายละเอียด
รายละเอียด (ต่อ)	<u>การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย</u> - ก่อนส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน เช่น รับฟังการดูแลอย่างใกล้ชิด ระวัง ภัยอันตรายที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตาย พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม และวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ <u>การให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย</u> - ญาติมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันไม่ให้กระทำซ้ำ ควรให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลและสังเกต อาการ การกระทำและคำพูด - เอาใจใส่ต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วยด้วยการรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกนึกคิด กระตุ้นให้ญาติสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ครอบครัวมีกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน
การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ	- แนวปฏิบัติพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากคณะทำงานพัฒนาแบบคัดกรองและการดูแลช่วยเหลือทางสังคม จิตใจเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต - แนวปฏิบัติมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ - แนวปฏิบัติมีวัตถุประสงค์และกลุ่มประชากรที่ชัดเจน คือ ใช้ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการบอกขั้นตอนของการปฏิบัติประกอบด้วย การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการติดตามประเมินผลไว้ชัดเจนพอควร - แนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<u>หลักทั่วไปของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ควรรักษาแบบสหวิชาชีพ และมีการวิเคราะห์สาเหตุแท้จริงที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 2. เมื่อมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการควรช่วยชีวิตให้ปลอดภัยตั้งแต่แรกพบฉุกเฉินและรับไว้แผนกผู้ป่วยในเพื่อให้การรักษาพยาบาล , คำปรึกษา

หัวข้อ	รายละเอียด
การสกัดเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	แก่ผู้ป่วยและญาติ , พิจารณาส่งต่อหากเกินขีดความสามารถ หรือซับซ้อน <u>การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. เมื่อมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการ ควรซักประวัติเกี่ยวกับ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย , ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง หรือร้ายแรงซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ , ประวัติทางโรคจิตเวช <u>การบำบัดดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย</u> 1. ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก , สำรวจปัญหา , พิจารณาทางเลือก , วางแผนในการแก้ปัญหา, กระตุ้นให้เห็นคุณค่าในตนเอง , สนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งเป็นหลักการของ problem solving therapy and supportive therapy 2. จัดบันทึกการรักษาพยาบาลรวมทั้งบันทึกผลของการประเมินในรูปแบบประเมิน รง 506 DS , แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม 3. ดูแลเรื่องผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และอธิบายถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา <u>การเตรียมจำหน่าย</u> 1. เมื่อจำหน่ายกลับบ้านควรให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

APPENDIX E**เครื่องมือในการประเมิน****แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
เพื่อการดูแลในสถานบริการสาธารณสุข****คำแนะนำ**

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้เพื่อประกอบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข ที่มาด้วยอาการที่สงสัยว่าเป็นกรณีของการพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย เช่น กินยาเกินขนาด เกิดอุบัติเหตุชนิดที่สงสัยจะทำร้ายตนเองมีอาการทางกายอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจ มีการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ติดสารเสพติด ฯลฯ
2. ผู้ใช้แบบคัดกรองประกอบการสัมภาษณ์ คือ แพทย์ หรือ พยาบาล
3. แบบคัดกรองประกอบด้วยประเด็นคำถามซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่ หมวด ก และ ข โดยสำรวจว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีสถานะตามข้อต่าง ๆ ในแบบคัดกรองหรือไม่

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เขียน “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เมื่อ มี หรือ ไม่มี สถานะต่าง ๆ เหล่านั้น

การวิเคราะห์ผล

1. ถ้าผู้ป่วยมีสถานะตามข้อใดข้อหนึ่งในหมวด ก ให้วิเคราะห์ว่า “มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” ควรให้การเฝ้าระวัง
2. ถ้าผู้ป่วยมีสถานะตามข้อใดข้อหนึ่งในหมวด ก และข้อใด ข้อหนึ่งในหมวด ข ให้วิเคราะห์ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ควรให้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และให้การดูแลช่วยเหลือตาม “คู่มือการช่วยเหลือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล”

แบบคัดกรองความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

คำแนะนำ

โปรดสำรวจว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีสภาวะตามข้อต่าง ๆ หรือไม่ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เขียน “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เมื่อมีหรือไม่มีสภาวะต่าง ๆ เหล่านั้น

หมวด ก

	ใช่	ไม่ใช่
1. มีอาการซึมเศร้า หดหู่ ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากใคร	☐	☐
2. คิดกล่าวโทษตำหนิตนเองบ่อย ๆ	☐	☐
3. ไม่ต้องการพบปะผู้คน	☐	☐
4. มีความเครียดสูง สับสน ปั่นป่วน	☐	☐
5. ชอบร้องไห้ ไม่รู้สึกละอายใจ	☐	☐
6. ไม่มีกำลังใจ ไม่มีความหวัง	☐	☐
7. ไม่มีความสุข ขาดความสนุกสนาน	☐	☐
8. ไม่สนใจเรื่องเพศหรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน	☐	☐
9. กินยาเกินขนาดหรือดื่มจัด	☐	☐
10. หดความภูมิใจในตนเอง	☐	☐
11. หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ	☐	☐
12. เห็นขมขื่นหรือร้าย เห็นโทษ เห็นอันตราย	☐	☐
13. กังวลใจตลอดเวลา	☐	☐
14. มีความรู้สึกกลัวมากกว่าปกติ	☐	☐
15. สนใจคลังไคลในเรื่องปืนและระเบิด	☐	☐
16. มีความรู้สึกเบื่ออาหาร	☐	☐
17. นอนมากเกินไป	☐	☐

หมวด ข

	ใช่	ไม่ใช่
1. สมาชิกในครอบครัวเคยฆ่าตัวตายมาก่อน	☐	☐
2. มีความขัดแย้งอย่างรุนแรง	☐	☐
3. มีการสูญเสียหรือล้มเหลวทางเศรษฐกิจ / อาชีพ	☐	☐
4. ตกงานหรือมีปัญหาเรื่องการเงิน	☐	☐
5. การเสียชีวิตของคนรัก / การสูญเสียตำแหน่ง / หน้าที่การงาน / การสูญเสียความสัมพันธ์ที่มีคุณค่า	☐	☐
6. ถูกทอดทิ้งหรือได้รับการทารุณกรรมด้านร่างกาย / จิตใจ / เพศ / สังคม	☐	☐
7. มีการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในครอบครัว ในลักษณะที่แย่งลง	☐	☐
8. เคยถูกปฏิเสธหรือถูกให้อับอายเสียหน้า	☐	☐
9. วางแผนแจกจ่ายของรักของชอบ หรือ มอสมรดก	☐	☐
10. คิดอยากทำร้ายตนเอง	☐	☐
11. พยายามทำร้ายตนเอง	☐	☐
12. มีความคิดอยากตายสูง	☐	☐
13. พยายามฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ	☐	☐
14. มีการคิดวางแผนฆ่าตัวตาย	☐	☐
15. หมกมุ่นในเรื่องความตาย พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องความตาย	☐	☐
16. จู่ ๆ มีลักษณะสดชื่นหลังจากที่ซึมเศร้ามาระยะหนึ่ง	☐	☐
17. มีการพูดที่แสดงถึงการไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น ฉันอยากตาย ฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่, ฉันอยากนอนหลับแล้วไม่ตื่น ฉันอยากหลุดจากวงวนชีวิตไปให้ไกลแสนไกล , พวกเราจะเสียใจถ้าไม่มีฉัน ฉันเกลียดตนเอง,จะไม่เป็นภาระหรือเป็นตัวปัญหาสำหรับคนอื่นอีกต่อไป ฯลฯ	☐	☐

[illegible]

คำแนะนำ วิธีการกรอกข้อมูล

แบบเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง: กรมสุขภาพจิต รร 506 DS

คำแนะนำ: การกรอกข้อมูลต้องกรอกให้ครบถ้วนทุกข้อ และคัดลอกไปลงในใบส่งต่อผู้ป่วยนอกจากสถานบริการ และควรใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งในข้อ A2

หน้า 2

A1 สถานบริการที่มารับบริการ ☐ 1 สอ/PCU ☐ 2 รพช./รพท. ☐ 3 รพ.จิตเวช ☐ 4 รพ.ทั่วไป (ระบุ)..... รหัสไปรษณีย์ของอำเภอที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่..... ZIP รหัสไปรษณีย์.....		A2 แหล่งข้อมูล กือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1 ผู้ป่วย / คนใกล้ชิด ☐ 2 ผู้ป่วย / คนใกล้ชิด ☐ 3 ผู้ป่วย / คนใกล้ชิด ☐ 4 บุคลากรในสถานบริการ ☐ 5 เวชระเบียน ชื่อ/นามสกุล..... รหัสนิติเวช..... รหัสนิติเวช.....	
ผู้รับบริการ..... Hospital Number หรือ หมายเลขทะเบียนครอบครัว..... HN.....		A4 ชื่อ นามสกุล..... A5 อายุ..... A6 เพศ.....	
A7 สถานภาพสมรส ☐ 1 โสด ☐ 2 คู่สมรส ☐ 3 หย่า ☐ 4 หย่า/แยก ☐ 5 อื่นๆ..... วันที่.....		A8 เลขบัตรประชาชน (13 หลัก).....	
B1 วันที่..... B2 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B3 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B4 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B5 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B6 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B7 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B8 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B9 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B10 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B11 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B12 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B13 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B14 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B15 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B16 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B17 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B18 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B19 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B20 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B21 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B22 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B23 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B24 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B25 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B26 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B27 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B28 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B29 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B30 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B31 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B32 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B33 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B34 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B35 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B36 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B37 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B38 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B39 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B40 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B41 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B42 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B43 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B44 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B45 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B46 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B47 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B48 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B49 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B50 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B51 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B52 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B53 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B54 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B55 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B56 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B57 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B58 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B59 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B60 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B61 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B62 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B63 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B64 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B65 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B66 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B67 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B68 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B69 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B70 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B71 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B72 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B73 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B74 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B75 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B76 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B77 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B78 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B79 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B80 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B81 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B82 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B83 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B84 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B85 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B86 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B87 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B88 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B89 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B90 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B91 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B92 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B93 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B94 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B95 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B96 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	
B97 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B98 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....		B99 ระยะเวลาของการมารับบริการ..... B100 ระยะเวลาของการมารับบริการ.....	

หมายเหตุ: ถ้าเป็นบริการเยี่ยมบ้าน ไม่ต้องตอบข้อ D2 และ D3

(Second Edition 2011/2003)

แบบประเมินการแก้ปัญหา
(Problem – Solving Inventory)

ผู้พัฒนา

Happner, PP. And Peterson, CH

Source

รศ.นพ. เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ลักษณะเครื่องมือ

มาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (ordinal rating scale) แบบ 6 มาตรา จำนวน 35 ข้อ

จุดประสงค์

แบบประเมินการแก้ปัญหาในประชากรทั่วไป

การทดสอบ

การให้คะแนน ให้คะแนนเป็นช่วง 1 – 6

(ข้อคำถามเชิงบวก 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 6 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงลบ แปลในทางตรงกันข้าม)

คะแนนรวมที่ต่ำหมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนสูง

ตัวแปรที่วัด

การแก้ปัญหาใน 3 ลักษณะ คือ

(1) Problem solving confidence (2) Approach – avoidance style (3) Personal control

คุณภาพ

Construct validity , discriminace validity

Cronbach ‘ Alpha coefficient = 0.72-0.85 (subscale) , 0.90 (total scale)

แบบประเมินการแก้ปัญหา

โปรดตอบทุกคำถาม โดยให้คะแนนความเห็นของท่านในข้อคำถามแต่ละข้อ

1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 เห็นด้วย 3 เห็นด้วยบ้าง 4 ไม่เห็นด้วยบางส่วน 5 ไม่เห็นด้วย 6 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- 1. เมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ฉันไม่เคยพิจารณาว่าทำไมวิธีการที่ใช้จึงล้มเหลว
- 2. เมื่อฉันต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน ฉันไม่เคยเบื่อกับที่จะหาวิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด เพื่อฉันจะเข้าใจว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร
- 3. เมื่อฉันล้มเหลวในการแก้ปัญหาในครั้งแรก ฉันรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะจัดการปัญหาได้
- 4. เมื่อฉันจัดการปัญหาได้ ฉันไม่เคยคิดทบทวนว่าส่วนใดที่ทำให้ผิดพลาด หรือส่วนไหนที่ฉันทำถูกต้อง
- 5. ฉันมีความสามารถในการคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา
- 6. หลังจากแก้ปัญหาผ่านพ้นไป ฉันจะใช้เวลาในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับสิ่งที่ฉันคาดหวัง
- 7. เมื่อฉันมีปัญหาฉันจะพยายามคิดหาทางออกหลาย ๆ ทางจนสุดความสามารถ
- 8. เมื่อเผชิญกับปัญหา ฉันจะคิดทบทวนถึงความรู้สึกของตัวเองเพื่อทำความเข้าใจว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น
- 9. เมื่อสับสนกับปัญหา ฉันไม่พยายามทำความเข้าใจกับความรู้สึก หรือความคิดของตัวเองให้ชัดเจนมากขึ้น
- 10. ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหา แม้ว่าในช่วงต้นฉันจะมองไม่เห็นทางออกก็ตาม
- 11. ปัญหาส่วนใหญ่ที่ฉันประสบ ล้วนแต่ซับซ้อนเกินความสามารถของฉันที่จะแก้ไข
- 12. ฉันไม่เสียใจกับสิ่งที่ฉันตัดสินใจทำ
- 13. เมื่อเผชิญกับปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกสุดที่ฉันคิดออก
- 14. บางครั้งฉันจมอยู่กับการแก้ปัญหา ทั้งๆที่หาทางออกไม่ได้
- 15. เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เคยเสียเวลากับการทบทวนหาทางออกแบบอื่นที่อาจเป็นไปได้
- 16. เมื่อเกิดปัญหา ฉันจะใช้เวลาคิดกับมันก่อนจะตัดสินใจทำอะไรต่อไป
- 17. โดยทั่วไปแล้ว ฉันจะใช้วิธีที่ฉันคิดออกเป็นวิธีแรก
- 18. ในการตัดสินใจลงมือกระทำ ฉันจะคิดเปรียบเทียบผลลัพธ์ของแต่ละวิธีในการแก้ปัญหา
- 19. เมื่อฉันวางแผนแก้ปัญหา ฉันค่อนข้างมั่นใจว่าฉันสามารถทำตามที่ได้คิดไว้
- 20. ฉันพยายามคาดถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากทำตามแผนที่วางไว้
- 21. เมื่อฉันวางแผนคาดถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากทำตามแผนที่วางไว้
- 22. เวลาคิดหาทางแก้ปัญหา วิธีหนึ่งที่ฉันมักจะใช้คือ คิดทบทวนถึงปัญหาลักษณะคล้ายๆกันที่ฉันเคยทำ
- 23. หากฉันมีเวลา และใช้ความพยายามมากพอ ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่
- 24. เมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น
- 25. แม้ว่าฉันจะใช้ความพยายามอย่างมาก ในบางครั้งฉันยังรู้สึกเหมือนว่ากำลังอยู่ในความมืด และไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริง

- 26. ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน และมักนึกเสียใจภายหลัง
- 27. ฉันมั่นใจที่จะแก้ปัญหาใดๆที่เกิดขึ้นใหม่
- 28. ฉันมีวิธีการที่เป็นระบบในการเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา และตัดสินใจ
- 29. เมื่อฉันพยายามคิดหาทางแก้ปัญหา ฉันไม่พยายามรวบรวมความเห็นหลาย ๆ แบบเข้าด้วยกัน
- 30. เมื่อประสบกับปัญหา ฉันไม่ค่อยจะพิจารณาถึงปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบ
- 31. เมื่อเกิดปัญหาขึ้น สิ่งที่ทำเป็นอย่างแรกคือ สืบสวนการณ์ขณะนั้น และรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ
- 32. บางครั้งอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันไม่สามารถคิดถึงทางออกหลาย ๆ ทางที่เป็นไปได้
- 33. หลังจากตัดสินใจแก้ปัญหาแล้วไปแล้ว ผลที่เกิดขึ้นมักจะตรงกับที่ฉันคาดการณ์ไว้
- 34. เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฉันไม่แน่ใจว่าฉันจะจัดการกับมันได้
- 35. เมื่อฉันตระหนักว่าปัญหาเกิดขึ้น สิ่งแรกที่ฉันทำ คือ พยายามหาว่าปัญหาที่แท้จริงอยู่ตรงไหน

การคิดคะแนน

Problem solving confidence: Item 5 ,10,11*,12,19,23,24,27,33,34*,35

Approach-avoidance style: Item 1*,2*,4*,6,7,8,13*,15*,16,17*,18,20,21*,28,30,31

Personal control : Item 3*,14*,25*,26*,32*

Total score: ทำการรวมคะแนนทั้งหมดยกเว้น Item 9,22,29 เป็น fill items

ซึ่งไม่ต้องนำมาคิดคะแนน

การแปลผล : คะแนนรวมที่ต่ำสุดหมายถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีกว่ากลุ่ม
ที่ได้คะแนนสูง

เครื่องหมาย * คือข้อที่ต้องคิดคะแนนแบบ convert

APPENDIX F

ข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจากการสังเกตการณ์ทางคลินิก

ข้อมูล	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รายที่ 1	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รายที่ 2
เพศ / อายุ	หญิง / 33 ปี	ชาย / 20 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	โสด
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 6
รายได้ / เดือน	3,000 บาท / เดือน	1,000 บาท / เดือน
อาชีพ	รับจ้าง	นักเรียน
ประวัติพยายามทำร้ายตนเอง	รับประทานยา Diazepam 2 mg จำนวน 20 เม็ด	รับประทานยาฆ่าแมลงไม่ทราบชนิดและไม่ทราบจำนวน
จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุทำร้ายตนเองครั้งนี้	ครั้งนี้เป็นที่ 1 เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังจากนั้น 3 วัน กลับมารับบริการในโรงพยาบาลด้วยรับประทานยาฆ่าแมลงไม่ทราบชนิด สาเหตุเดิมคือทะเลาะกับสามี	ครั้งที่ 1
สาเหตุ	ทะเลาะกับสามี	ถูกบิดา ดุด่า ตำหนิ
การใช้สารเสพติด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
การช่วยเหลือที่ได้รับ	- ล้างท้อง - รับไว้ในโรงพยาบาลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ	- ล้างท้อง - รับไว้ในโรงพยาบาลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ

BIOGRAPHY

NAME	Miss Prawida Patanun
DATE OF BIRTH	13 October 1976
PLACE OF BIRTH	Bangkok, Thailand.
INSTITUTIONS ATTENDED	Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, 1999 : Bachelor of Nursing Mahidol University, 2005 Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)
POSITION & OFFICE	Division of Emergency Department, Siprachan Hospital Suphanburi, Thailand Position: Nurse Tel. 035 – 581749-50 E-mail : prawida@hotmail.com
HOME ADDRESS	254/2 Moo. 3 Tambon Siprachan Ampur Siprachan Suphanburi Thailand Tel. 01 – 9129013