

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.2 พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.4 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.5 การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

- 2.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์
- 2.2 แนวคิดของการวิเคราะห์สถานการณ์
- 2.3 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์
- 2.4 รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

3. สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชปัว จังหวัดน่าน

แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัว
ตายดังนี้

การฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่ทำลายตัวเองหรือฆ่าตัวเอง (suicide) มาจากคำว่า
sui และ cid หมายถึง murder (Webster as cited in Shives, 2005) ในภาษาไทยใช้คำว่า
อัตวินิบาตกรรม เป็นคำประสมมาจากอัตต (sui) ซึ่งหมายถึง ตัวตน ตนเอง (self) ผสมกับ วินิบาต

(caedere) หมายถึงทำลาย การฆ่า (to Kill) และกรรม หมายถึง การกระทำ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539)

การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของมนุษย์ที่ลงโทษตัวเอง หรือการหยุดความตั้งใจตนเอง ชไนแมนส์ (Shneidman as cited in Roy, 1986) การกระทำที่ตัวเองจะทำลายชีวิตตนเองให้ถึงแก่ความตาย เวบสเตอร์ (Webster as cited in Shives, 2005) เป็นการกระทำเป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2548)

สรุปความหมายการฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่จะทำลายชีวิตของตนเองให้ถึงแก่ชีวิต เพื่อให้ตนเองได้หลุดพ้นจากความบีบคั้นทางด้านจิตใจหรือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โดยมีการวางแผนล่วงหน้าหรือเป็นการตัดสินใจโดยการขาดความยั้งคิด หากการกระทำนั้นไม่สำเร็จเรียกว่าการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempted) หากสำเร็จเรียกว่าการฆ่าตัวตาย (Complete suicide)

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต (มานิช หล่อตระกูล, 2546)

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) คือการลงมือฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จ (ศุภมล วิภาวีพลกุล, 2546)

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บแต่ไม่เสียชีวิตทั้งๆ ที่บุคคลตั้งใจจะทำให้ตนเองเสียชีวิต (Heeringen, 2001)

สรุปการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) หมายถึงการกระทำใดๆ ของผู้กระทำที่มาจากความคิดที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บและพยายามจบชีวิตของตนเองแต่ไม่สำเร็จ

พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาพบว่ามีเอกสารอ้างอิงถึงระบุพฤติกรรมและประเภทของการฆ่าตัวตาย มีหลากหลายทฤษฎีส่วนใหญ่อ้างอิงถึงกัน แบ่งเป็น 5 ประเภทดังนี้ (Barbee & Bricker, 1996; Diekstra & Gulbinat, 1993; Frisch & Frisch, 2002; Shives, 2005; Stuart & Laraia, 2005)

1. ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation or suicidal thoughts) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับตนเองว่าไม่สมควรจะมีชีวิตอยู่ หมกมุ่นความคิดที่จะทำลายตนเองมากขึ้นจนกระทั่งวางแผนฆ่าตนเอง แต่ยังเป็นแค่คิดซึ่งยังไม่เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ถ้าเกิดความคิดฆ่าตัวตายมีความตั้งใจ

ร่วมกับการวางแผนจะเป็นการเร่งการกระทำมากขึ้น และถ้าทำไม่สำเร็จจะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในเวลาต่อมา

2. การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threat) เป็นพฤติกรรมการใช้วาจาหรือไม่ใช้วาจา แสดงสัญญาณเตือนทางตรงและทางอ้อม หรือวางแผนจะทำลายชีวิตตนเอง ซึ่งพฤติกรรมจะปรากฏก่อนการฆ่าตัวตาย

3. การแสวงหาการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อยหรือไม่ได้รับบาดเจ็บเลย โดยผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตลงและไม่ได้คาดหวังว่าตนเองจะตาย

4. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการทำร้ายตนเองที่ตั้งใจให้ตนเองจบชีวิตลงแต่ไม่ประสบความสำเร็จ อาจมีการทำซ้ำในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเคยพยายามฆ่าตัวตาย

5. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicide) เป็นการตายโดยผู้กระทำตั้งใจทำลายชีวิตตนเองให้จบลง เป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจจริงที่ต้องการตาย

พฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ 4 การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ในปี 2551 จำนวน 18 ราย คิดเป็นอัตรา 36.24 ต่อแสนประชากร เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 33.30 ต่อแสนประชากร และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังได้รับการดูแลรักษา จำนวน 2 ราย ร้อยละ 11.11 ซึ่งไม่ควรเกินเป้าหมาย ร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตาย มีปัจจัยที่หลากหลาย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะบุคลิกของแต่ละบุคคลที่มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายได้แก่

1.1 เพศ พบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (พิเชษฐ์ อุคมรัตน์, 2547) แต่เพศชายจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมักไม่แสวงหาความช่วยเหลือไม่ระบายถึงปัญหาหรือระบายความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง จึงเป็นสาเหตุให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จสูง (Hauenstein, 1998) ในประเทศไทยเพศชายมักใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงมากกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายมากกว่าเพศหญิงชัดเจน (มานิช หล่อตระกูล, 2547)

1.2 อายุ พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายพบได้ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่พบการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสูงได้แก่ วัย 15-24 ปีและ กลุ่มผู้สูงอายุ (Barbee & Bricker, 1996) ในประเทศไทยพบว่าช่วงอายุ 20-34 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายมากที่สุด และสูงสุดในช่วงอายุ 20-24 แต่ในปี 2541-2545 กลับพบว่า มีผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) และในปี 2546-2550 กลับเป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 24-45 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยคนกลุ่มนี้จะใช้วิธีการแขวนคอเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาใช้สารเคมีประเภทยาฆ่าแมลงยากำจัดศัตรูพืชและอาวุธปืน (มาโนช หล่อตระกูล, 2547; กรมสุขภาพจิต, 2551)

1.3 สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า เพศชายและหญิงที่มีสถานภาพสมรส มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสูงกว่า (Hulten & Wasserman, 1992; McIntosh as cited in Hauenstein, 1998) แต่บางการศึกษาพบว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้นจะพบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Schmidtke และคณะ, 1996)

1.4 ประวัติบุคคลในครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้องกับผู้ฆ่าตัวตาย พบว่า ครอบครัวที่มีญาติสายตรงที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายน่าจะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 2.8 เท่า (Boyd, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกในครอบครัวจะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป ที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของครอบครัว (Stuart & Laraia, 2005)

2. ปัจจัยทางด้านร่างกาย เป็นลักษณะทางกายภาพที่มีตั้งแต่กำเนิดของแต่ละบุคคล และอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพจิตใจและสังคม ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย พบว่าพฤติกรรมของการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด นำสู่การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996)

2.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางกายเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง เอชไอวี ไตวาย และโรคที่ส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพสูง เช่น การบาดเจ็บที่สมองหรือไขสันหลัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสูงมากที่สุด เพราะขณะที่โรคกำเริบ หรือ ได้รับความทุกข์



ทราบจากโรคนั้น มักจะนำไปสู่ความคิดว่าตนเองไร้ค่า ทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถทนได้อีกต่อไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

2.3 ประวัติการใช้สารเสพติด ภาวะคิดสารเสพติด และคิดสุรา เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่การควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายความคิดสับสนควบคุมอารมณ์ไม่ได้ การตัดสินใจหุนหันพันเล่น ชิมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996) ผู้ดื่มสุราที่มีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเป็น 20.24 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุรา สำหรับผู้ที่ดื่มสุราที่มีความทุกข์ใจและไม่มีทางออกเมื่อมีความทุกข์ทางใจ มีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเป็น 3.02 เท่าของผู้ที่มีทางออกเมื่อมีความทุกข์ทางใจ (ประยูศักดิ์ เสรีเสถียรและคณะ, 2541)

3. ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของบุคคล และจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจัยทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยประเมินความเสี่ยงของบุคคลในการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยทางสังคมเชื่อว่าเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม (Durkheim cited in Barbee & Bricker, 1996) โดยแบ่งสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายที่นึกถึงตนเอง (Egoistic suicides) เป็นการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายที่เกิดจากการปรับตัวเข้ากับสังคมไม่ได้ ขาดความผูกพันกับครอบครัวหรือสังคม คิดถึงตนเองเป็นสำคัญมุ่งประโยชน์ส่วนตัวมากกว่า

2. การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (Altruistic suicide) เป็นการฆ่าตัวตายเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น เนื่องจากมีความผูกพันกับสังคมและส่วนรวมมากเกินไป ยอมให้สังคมมีอิทธิพลต่อตนเอง ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตนเองจนทำให้สามารถทำลายตนเองได้เพื่อกลุ่มเป็นการเสียสละ

4. ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดที่ทำให้การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่าความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากสัมพันธ์ภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิตทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย (Sullivan cited in Barbee & Bricker, 1996) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่เผชิญมักเป็นเรื่องสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่า การพลัดพรากเป็นต้น (Aguilera, 1996) และจากการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัสวิน, ธนานิลชัยโกวิท และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, เสงี่ยมสารบัณฑิตกุลและไค้ศตรา ยังพบว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตาย เป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติของคนอื่น รวมถึงการทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัวจะเป็นตัวกระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัว

ตาย (Diekstra cited in Runeson, Beskow & Waren, 1996; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, (2545) ธนาธิลชัย โกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, (2540) และ เสี่ยม สารบัณฑิตกุล, 2541)

5. ปัจจัยการขาดการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด ขาดญาติดูแลคอยให้กำลังใจหรือถูกทอดทิ้งจะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูง หากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความหวังมีกำลังใจในชีวิตมากขึ้นจะทำให้สถานการณ์ที่รุนแรงที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ลดลง ทำให้การฆ่าตัวตายนั่นคลี่คลายลง (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำอีก จากการศึกษาของลินคอน (Linchon อ้างในกรุณา เจนนุวัตร, 2543) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะสูงขึ้น การสนับสนุนทางด้านสังคมจะช่วยให้ปรับแก้หรือจัดการให้สามารถดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ (Thurner & Marino, 1994) จากการทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาในงานวิจัยปี พ.ศ. 2543-2549 พบว่ามี 5 ปัจจัยสำคัญได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต ได้แก่ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยที่รุนแรง ครอบครัวมีปัญหาที่รุนแรง มีปัญหาทางการเงิน การฟ้องร้อง การตกงาน การสูญเสียเนื่องจากการตาย การเสียชีวิตและอับอาย 2) ประสบการณ์วัยเด็ก ได้แก่ การถูกทารุณกรรมทางเพศ ถูกทำร้ายร่างกาย 3) ปัญหาจากพฤติกรรมของคนในครอบครัว เช่น พ่อ-แม่มีปัญหาติดสุรา พฤติกรรมก้าวร้าว ในวัยหนุ่มสาวถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกทารุณกรรมทางเพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง 4) การป่วยจากการคิดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด การย้ายที่อยู่ 5) การพยายามฆ่าตัวตายจากการเป็นพ่อแม่มือใหม่ หรือครอบครัวใหม่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถ้าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถมองเห็นทางออกของปัญหาทำให้ช่วยลดความเครียดที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ปัญหาความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การว่างงาน การลาออกจากการงาน หรือ ถูกไล่ออกจากงาน รวมถึงการสูญเสียทรัพย์สิน (Aguilera, 1994) อัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย (Yang et al, as cited in Barbee & Bricker, 1996) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะมีอาชีพใช้แรงงาน และรับจ้างทั่วไป (ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

6. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) จากการศึกษาของ Asberg, Traskman & Thoren, 1976; Van praag, 1982, 1998; Modai et.al cited in Hauenstein, 1998) เรื่องโครงสร้างทางชีวภาพของสารเคมีในสมอง (Neurochemical agent) และการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติในกลุ่มที่มีประวัติบุคคลใน

ครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย เครียด วิตกกังวล เก็บกด และก้าวร้าว จะมีสารซีโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ต่ำกว่าปกติ (Barbee & Bricker, 1996) และการศึกษาของเทนสคานินและคณะ จากสถาบันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันระบาดวิทยาและส่งเสริมสุขภาพ เฮนซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ โดยตรวจหาระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือดของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายพบว่าระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า ผู้ที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Antti Tanskanen et al., 1999)

7. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological)

7.1 แนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จากการศึกษาของ บาบี บริกเกอร์ และ เมนนิงเจอร์ (Barbee & Bricker, 1996, Menninger, 1985) เชื่อว่า การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายน่าจะเกิดจาก 3 องค์ประกอบ ดังนี้

ความประสงค์ที่จะฆ่า (The wish to Killed) ความประสงค์นี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว เอาตนเองเป็นเป้าหมายที่ต้องฆ่าและถ้าตนเองจะตายต้องมีคนอื่นตายด้วยความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (The wish to be Killed) เป็นการทำงานในระดับจิตไร้สำนึกเป็นความสำนึกผิดที่เกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวทำให้เกิดความสุขที่ทำร้ายตนเองให้เจ็บปวดถึงความตายได้ (Barbee & Bricker, 1996, Menninger, 1985)

ความประสงค์ที่จะตาย (The wish to be Died) เป็นความขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกว่าการทำร้ายตนเองให้เจ็บปวดถึงความตาย ซึ่งผู้ตายอาจมีจิตสำนึกเชื่อว่าการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนแปลงจิตใจให้ความตายเป็นการหนีเพื่อจะได้ให้กลับมาเกิดใหม่ (Barbee & Bricker, 1996, Menninger, 1985)

7.2 แนวคิด ทฤษฎีบุคลิกภาพ บาบี บริกเกอร์ Barbee & Bricker, 1996 เชื่อว่าการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเกิดจากความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำและรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของเอเดเลอร์ (Adler, 1927 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549)

7.3 แนวคิด ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เชื่อว่าความล้มเหลวจากการจัดการความขัดแย้งที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิตด้านสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต โดยเฉพาะวัยต้นของชีวิต ประสบการณ์ที่ได้รับมักพบว่าถูกปฏิเสธ ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองทำให้เกิดการปฏิเสธตนเอง (Bad Me, Not Me) ทำให้พยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย (Sullivan อ้างใน ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ขันธรักษวงศ์, 2549)

7.4 ทฤษฎีปัญญานิยม เชื่อว่า มีลักษณะทางปัญญาติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) มีความเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) การหา

ทางเลือกจัดการกับปัญหาได้ยาก มีลักษณะความคิดทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย เกิดความรู้สึกหมกหมัว ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า เกิดภาวะซึมเศร้า นำไปไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายในที่สุด (Arffa, 1963; Bartifai et al. cited in Rickemann & Houfek, 1995)

ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และคนใกล้ชิด ในกรณีที่ทำได้สำเร็จก่อให้เกิดความรู้สึกผิด เศร้าโศกเสียใจของผู้ที่ได้รับการสูญเสียตลอดเวลา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) หากผู้กระทำไม่สำเร็จจะทำให้รู้สึกผิดและคิดว่าตนเองเป็นสร้างปัญหาเป็นภาระแก่ผู้อื่น จึงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และมีวิธีการกระทำที่รุนแรงขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ประเทศชาติ ในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาต้องสูญเสียงบประมาณอย่างน้อยสุดร้อยละ 1 เพื่อดูแลสุขภาพของประชากรในประเทศในด้านสุขภาพจิตในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ (Ortic, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย สรุปได้ดังต่อไปนี้ คือ

ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ การได้รับความพิการ การบาดเจ็บทางร่างกาย และสภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเสียสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจเพราะได้รับผลแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ (วิลเลียม สตรีทพิทท์ และดวงตา ไกรภัสสรพจน์, 2537) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะรู้สึกอายและเกิดทราบปกับตัวเอง จากทัศนคติของสื่อและสังคมมีผลต่อผู้รอดชีวิตรู้สึกว่าการสังคมไม่ยอมรับตนเอง และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะไม่ได้รับ ความสนใจในการดูแล ถูกทอดทิ้งและซ้ำเติมให้รู้สึกผิดจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีโอกาสมายามฆ่าตัวตายซ้ำ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสรุตรัตน์, 2541)

ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัวคือ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดจะเกิดปฏิกิริยากับการพยายามฆ่าตัวตาย ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในระยะแรกจะมีอาการ รู้สึกช็อก ร้องไห้คร่ำครวญ เศร้าโศกเสียใจ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับตื่นกลางดึก หรือฝันถึงคนที่ตาย ทำให้อาจเกิดผลการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจต่อไปได้ ในบางรายยังมีการรู้สึกผิด โกรธโทษตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) และเป็นภาระในการดูแลของบุคคลในครอบครัวทำให้ขาดรายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2547) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจนกระทั่งมีฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ส่งผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (WHO, 2005)

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

การพยายามฆ่าตัวตายทำให้เกิดผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ คนในครอบครัว คนใกล้ชิด และคนในสังคม อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีการ เถาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) รวมถึงทัศนคติของคนในสังคมที่มองการมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในสังคมเป็นเรื่องปกติเป็นทางออกในการแก้ปัญหา จากการนำเสนอสื่อต่างๆ ซึ่งข่าวหรือภาพที่ปรากฏ มีผลทำให้คนในสังคมที่เผชิญปัญหาซึ่งแก้ไขไม่ได้มีความรู้สึกอยากเลียนแบบ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ในการสูญเสียอาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมด้านอื่น เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติดทำให้เกิดคดีต่างๆ ได้ทำให้สังคมไม่มีความสุข (มานิช หล่อตระกูล, 2546) ประเทศชาติได้รับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ จากความพิการ หรือ การเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดโอกาสในการทำงานหารายได้ หลังจากที่ยกยอฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2547) จากการรายงานของโรงพยาบาลจิตเวช 12 แห่งพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สูงถึง 37,739 บาทต่อราย และจากระบบส่งต่อ 2,000 รายต่อปี คิดต้นทุนในระบบบริการประมาณ 41-107 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2552)

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมกรณีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันออกไป เช่นประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์และในเวสเทิร์นควีน (Western Queens) ที่โรงพยาบาลศูนย์เอ็มเฮิร์สต์ (Elmhurst hospital center) โดยด้านโครงสร้าง มีแผนและนโยบายในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เพียงพอ มีเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์และแนวทางการดูแลในการดูแลที่พร้อม มีการจัดสถานที่ในการดูแลมีการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ด้านกระบวนการ มีการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในระยะฉุกเฉินและให้การรักษาในระยะวิกฤติเมื่อพ้นระยะวิกฤติทางด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจมีการประเมินทางจิตสังคมร่วมด้วยและให้การบำบัด ซึ่งในการบำบัดรักษามีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพวางแผนยาวในการดูแลด้านจิตใจ คือการสร้างทักษะการปรับตัว และการสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ขณะที่ทำการรักษามีการประเมินการฆ่าตัวตายแบบผสมผสานทั้งการป้องกันและการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด มีการวางแผนจำหน่ายวันต่อวัน การให้การบำบัดทางอายุกรรมควบคู่ไปกับทางสุขภาพจิตคือดูแลหลักในการเข้าถึงและการจัดการกับผู้ป่วย (Boyce, Carter, Penrose-wall, Wilelm and Goldney, 2003) การทำกลุ่มจิตบำบัด เปิดโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ทักษะการปรับตัว และค้นหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับปัญหา ทักษะการแก้ปัญหา (Problem

solving treatment) และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ด้านผลลัพธ์พบว่าได้ผลดีในการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (Sullivan et al., 2005) การดูแลด้านสังคมได้นำครอบครัวให้มีส่วนร่วมเพื่อให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและค้นหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับปัญหา (Boyce, Carter, Penrose-wall, Wilelm and Goldney, 2003)

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าด้านโครงสร้างในระดับชาติมีการกำหนดยุทธศาสตร์ทำแผนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในแต่ละชุมชนเป็นการกำหนดแผนในการดำเนินงานถึงชุมชน โดยการเพิ่มการสนับสนุนและพัฒนางานบริการระดับบุคคล กลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนสอดคล้องกับพื้นที่รวมถึงมีการประเมินผลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่การนำข้อมูลพัฒนาสู่การปฏิบัติที่ดี (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2549) ด้านกระบวนการพบว่า มีการดูแลด้านร่างกายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายคือการประเมินความเสี่ยงขณะแรกรับ (สมศรี เตกฉัตร, 2552) และโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับทุกราย ทุกสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย (อนงค์ ธรรมโรจน์ และธรณินทร์ กองสุข, 2548) ส่วนทางด้านจิตใจมีการประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองซ้ำ รวมถึงการสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า (สมศรี เตกฉัตร, 2552) และการเพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจ โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในด้าน 1) ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Sense of self/self esteem) 2) ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหาในชีวิต (Sense of control) 3) มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน (Sense of connection) 4) การมีจุดหมายหมายในชีวิต (Sense of purpose) กระบวนการกลุ่มโดยเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงของตนเองและผู้อื่น และมีผู้บำบัดให้ช่วยเหลือกระตุ้นให้เกิดการคิด การแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มขึ้น และยังไม่พบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (อนงค์ ธรรมโรจน์ และธรณินทร์ กองสุข, 2548) และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นตนเอง ภาคภูมิใจ รู้สึกดีกับตัวเอง มีทักษะในการจัดการอารมณ์และจัดการกับปัญหาสามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับสายสัมพันธ์เกื้อหนุน รวมถึงมีจุดหมายหมายในชีวิต (พัชรี คำธิดา และคณะ, 2550)

การดูแลการฆ่าตัวตายกล่าวโดยสรุปทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศมีแนวทางในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในด้านโครงสร้างมีแผนและนโยบายในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เพียงพอ มีเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลที่พร้อม มีการจัดสถานที่ในการดูแลมีการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ด้านกระบวนการตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเริ่มจากห้อง

ฉุกเฉินแรกรับให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางกายและจิต มีการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงในการพยายามฆ่าตัวตาย มีทีมสุขภาพให้การบำบัดทางอายุรกรรม และการบำบัดทางจิต สังเกตเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วย มีแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น การคำปรึกษา การบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคล โดยมีทฤษฎีที่ได้ผลดีหลายทฤษฎีได้แก่ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving treatment) พฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavior therapy) การสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการติดตามหลังจำหน่าย ด้านผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มขึ้น และยังไม่พบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล (อนงค์ ธรรมโรจน์ และธรรณิทร์ กองสุข, 2548) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้เชื่อมั่นตนเอง ภาวภูมิใจ รู้สึกดีกับตัวเอง มีทักษะในการจัดการอารมณ์และจัดการกับปัญหา สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเองได้ มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับสายสัมพันธ์เกื้อหนุน รวมถึงมีจุดมุ่งหมายของชีวิต (พัชรี คำธิตา และคณะ, 2550)

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลากหลายได้แก่

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึงการศึกษาบางสิ่งบางอย่างที่น่าสนใจ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดที่หนึ่ง ทำให้ได้ภาพรวมของสิ่งที่ศึกษา หรือสถานการณ์ที่จะศึกษามีการสืบสวนสภาพการณ์ เพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานที่ใดที่หนึ่ง (สรุศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึงการศึกษาสถานการณ์ทางคลินิกในเชิงปฏิบัติการโดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ เป็นที่มาและสาเหตุตามความเห็น หรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามหลังจากสถานการณ์ที่ศึกษา ตามความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ และแนวทางหรือความเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การศึกษาถึงความเข้มแข็ง ความอ่อนแอ โอกาส และ สิ่งคุกคาม ผลกระทบที่มีต่อองค์กร เพื่อวิเคราะห์ใช้ในการวางแผน หรือวิเคราะห์ทิศทางขององค์กร ของบริษัทซิสเทส ก๊อซซารี (Business Glossara, 2000)

การวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง การบรรยายสรุปอย่างสั้นๆ จากการจัดการ สถานการณ์ ผลกระทบในกรณีที่ศึกษา ถ้ามีการจับประเด็นที่จำเป็นในการวิเคราะห์ ถ้ามีการจับ ประเด็นในการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถที่นำผลการศึกษาไปพัฒนาประเด็นที่ศึกษาได้ “วิเคราะห์สถานการณ์, ม.ป.ป.” (“Situational Analysis, n.d.”)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาเพื่อหา องค์ประกอบของสิ่งๆ หนึ่งออกเป็นส่วนๆ ว่ามีความเชื่อมโยงกันอย่างไร มีองค์ประกอบอะไร เกิดขึ้นได้อย่างไร และทำมาจากอะไร โดยมีวัตถุประสงค์การวิเคราะห์เพื่อศึกษาการสืบค้นความ จริง การตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล อันนำไปสู่การ ตัดสินใจหรือหาข้อสรุปในเรื่องนั้น (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ของคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ เป็นการแสวงหาหรือสำรวจคำตอบ เกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกโดยมีกรอบแนวคิดบอกถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ (Donabedian, 2003)

สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์หมายถึง เป็นการอธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลา หนึ่งในสถานที่ใดสถานที่หนึ่งในการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกของสภาวะการเล็กๆ ของสถานการณ์ที่ จะศึกษา เพื่อสร้างพื้นฐานความรู้ในการตัดสินใจ และเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาตามผลลัพธ์ ที่คาดหวัง สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนางานได้

แนวคิดของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นมีหลากหลายแนวคิด ผู้ศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situational Analysis) เป็นการ อธิบายถึงขอบเขตของสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์โดยมีที่มาหรือสาเหตุ ในช่วง เวลาหนึ่ง ตามความเห็นของผู้รับรู้หรือผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือประสบการณ์ตรงที่ เกี่ยวข้องในการศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์และด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นแนวทางหรือ ความเป็นได้ในการแก้ไขสถานการณ์นั้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551)



2. การวิเคราะห์สถานการณ์ ตามแนวทฤษฎีฐานราก (grounded theory) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของปรากฏการณ์ทางสังคม เก็บข้อมูลจนอิ่มตัวใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมี 3 ลักษณะ (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

- 1) บริบททางสังคม (social map's) คือ ความเป็นอยู่หรือวิถีของสังคมเป็นอย่างไร
 - 2) สถานการณ์ปัญหา (situation map's) คือ เหตุการณ์ที่เกิดปัญหาเป็นอย่างไร
 - 3) ตำแหน่งของปัญหา (position map's) คือ จุดของปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ในส่วนใด
- หลักในการวิเคราะห์ที่สำคัญคือ การศึกษาภาพรวมบางสิ่งบางอย่างที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นสถานที่ใด ๆ ระยะเวลาใด ๆ และหรือ สิ่งแวดล้อมโดยรอบ (surroundings) เป็นส่วนที่จะศึกษาของสถานการณ์

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์มีวิธีการรวบรวมข้อมูลหลายรูปแบบ ผู้ศึกษาพอจะสรุปได้ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (interview) การสัมภาษณ์เป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (two-way communication) แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual Interview) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้สัมภาษณ์สื่อสารกับผู้ให้สัมภาษณ์ แบบสื่อสารสองทางเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์มีกึ่งโครงสร้างซึ่งกำหนดคำถามไว้แล้ว (เพชรน้อย สิ่งข้างชัย, 2551) โดยสัมภาษณ์ทีละคนซักถามกันจนเป็นที่พอใจแล้ว จึงไปสัมภาษณ์ผู้อื่นต่อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที การสัมภาษณ์แบบนี้ ผู้ให้การสัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์มีอิสระต่อกัน (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546)

1.2 การสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Group Interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้การสัมภาษณ์มาพร้อมกันในเวลาเดียวกันครั้งละหลายๆ คน อาจเป็นกลุ่มใหญ่หรือเล็กก็ได้ทุกคนตอบคำถามเดียวกันหมด มีโอกาสเกิดผู้ให้สัมภาษณ์อาจถูกชักนำคำตอบจากผู้ให้สัมภาษณ์อื่น และเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (ศิริพงษ์ แก้วนางษ์, 2546)

2. แบบบันทึกเอกสารในหน่วยงาน (Document) เป็นเอกสารที่หน่วยงานบันทึกในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องการศึกษา และผู้ศึกษาจะนำข้อที่ได้ไปทำการอธิบาย โครงสร้าง กระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานที่ต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Donabedian, 2003)

3. การสังเกต (Observation) คือการเฝ้ามองดูสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยประสาทสัมผัสหลายอย่าง พร้อมกันอย่างใส่ใจ อย่างถี่ถ้วน เช่น ดาตุ หูฟัง ถ้าสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส งานวิจัยเชิงคุณภาพมีการ

แบ่งการสังเกตออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) หรือการสังเกตโดยตรง (Direct Observation) (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

4. แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูล ในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับ ข้อคิดเห็น ข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความเชื่อ และความสนใจต่างๆ แบบสอบถามที่นิยมใช้กันทั่วไป มี 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด (Open form) และแบบสอบถามปลายปิด (Closed form) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538)

การวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียนในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (Clinical situational Analysis) การรวบรวมข้อมูลใช้หลากหลายวิธี ได้แก่ การแบบสอบถาม (Questionnaire) การสัมภาษณ์ (Interview) ราชบุคคลและราชกลุ่ม แบบบันทึกเอกสารในหน่วยงาน (Document) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรม และแบบสอบถามการรับรู้การรับรู้การดูแล โดยเป็นการสำรวจความเห็นหรือข้อมูลที่ได้รับรู้เป็นผู้มีประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว โดยมีวัตถุประสงค์ให้ครอบคลุมเกี่ยวกับ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ในกลุ่มทีมด้านสุขภาพ กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มแกนนำ ในชุมชนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ ชิป โมเดล (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1971 อ้างใน เขาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2542) มีการกำหนดการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การประเมินสิ่งแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็น ประเด็นปัญหา ความเหมาะสมของเป้าหมาย ของโครงการ

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และทรัพยากรเพียงพอในการดำเนินโครงการ

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินกระบวนการนี้จะมีประโยชน์มากคือ การหาจุดเด่น (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของ นโยบาย /แผนงาน/โครงการ ซึ่งไม่สามารถจะศึกษาได้ภายหลังสิ้นสุดโครงการแล้ว

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการขยาย เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ

2. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกซึ่งจะมีกรอบแนวคิดจึงควรแสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการซึ่งจากสถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบริการทางคลินิกจึงใช้กรอบของการประเมินผลการดำเนินการของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วยโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกันคือ โครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ดังนี้

โครงสร้างของการบริการ (structure) อยู่ภายใต้องค์กรในระบบการดูแลผู้รับบริการ ได้แก่ แหล่งการสนับสนุนของสิ่งที่อำนวยความสะดวก ได้แก่ อุปกรณ์ต่างๆ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่ให้บริการ แหล่งการสนับสนุนทางทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงาน คุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์ความรู้ของบุคลากร และลักษณะของหน่วยงานหรือองค์กร ได้แก่ นโยบายและแผนพัฒนางาน งบประมาณ คู่มือหรือแนวปฏิบัติงานต่างๆ ของบุคลากร การทบทวนการปฏิบัติงาน โครงสร้างขององค์กร มีองค์ประกอบ 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านเครื่องมือต่างๆ (material resources) ประกอบด้วย ความเพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการใช้บำบัดรักษา สถานที่ที่เอื้อต่อการบำบัดทางด้านสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนที่พอเพียง

2. ด้านบุคลากร (human resources) ประกอบด้วยอัตรากำลังที่เพียงพอ ได้แก่ จำนวนคน ประเภทของบุคลากรด้านต่างๆ รวมถึงความเชี่ยวชาญของผู้ให้การดูแลบำบัดรักษาเช่น แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ

3. รูปแบบของการจัดองค์กร (organization characteristics) ประกอบด้วย ขนาดของโรงพยาบาล การจัดระบบองค์กร การแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน การพัฒนาองค์กร และผลการนำเสนอการทบทวนเครื่องมือในการดูแล

กระบวนการ (process) ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมการบริการต่างๆ ของบุคลากรทีมสุขภาพทางด้านสุขภาพในเรื่อง การประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งเสริมและป้องกัน การฟื้นฟู การติดตามและการส่งต่อผู้ที่มาใช้บริการ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลของ ผู้ดูแลและแกนนำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่ได้รับจากทีมสุขภาพที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ทั้งพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ในรายบุคคลและกลุ่มประชาชนที่รับบริการด้านการดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้พฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และระดับความพึงพอใจ

ความสำคัญของโครงสร้างที่ดี และกระบวนการที่ดีจะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน ไม่สามารถทำให้เกิดคุณภาพตามลำพังได้ เพราะว่าโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีการสนับสนุนทางโครงสร้างและกระบวนการดีก็ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดี

สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 70 หมู่ที่ 6 ตำบลวรนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน มีประชากรประมาณ 65,520 คน มีสถานีนานามัยทั้งหมด 12 แห่ง เป็นสถานีนานามัยขนาดใหญ่เตรียมพร้อมที่จะเป็นโรงพยาบาลตำบลจำนวน 2 แห่ง และทุกสถานีนานามัยเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอปัว จังหวัดน่าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

ด้านโครงสร้าง ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ได้ให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต จึงมีนโยบายดังนี้ ได้มีพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลโดยการส่งเข้าอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน และส่งเพื่อศึกษาต่อสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชภาคพิเศษของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 คน ให้เป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และมีการเปิดคลินิกคลายเครียด ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรับและเชิงรุกมี

แผนงานโครงการรองรับและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการจัดสรรงบประมาณตามแผนงานโครงการ มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ และมีการดำเนินการก่อสร้างอาคารสถานที่ขยายออกเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น

ด้านกระบวนการในปี 2550 มีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลน่านออกให้บริการทางคลินิก ทุก 4 เดือนในวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-15.00 น. และมอบหมายให้แพทย์ทั่วไปประจำคลินิกตายเฝ้า การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ทางโรงพยาบาลจะรับเข้ารักษาที่แผนกผู้ป่วยในและมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลจิตเวชให้การบำบัดรายบุคคลและครอบครัวบำบัดทุกราย ในรายที่พบปัญหาแทรกซ้อนไม่สามารถพักรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จะส่งต่อโรงพยาบาลน่าน โดยมีการประสานงานกับจิตแพทย์โรงพยาบาลน่านก่อนทุกครั้ง ในรายที่แพทย์จำหน่ายกลับบ้านจะนัดมาพบพยาบาลจิตเวชและพบแพทย์ นอกจากนี้มีทีมเยี่ยมบ้านไปติดตามเยี่ยม ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายและส่งต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมต่อ หากพบปัญหาสามารถประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเป็นรายกรณีไป และประสานกับแกนนำด้านสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในชุมชนมีการแจ้งข่าวการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายและการให้ความรู้เรื่องการป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความรู้เรื่องการดูแลผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผ่านทางการประชุมประจำเดือนของผู้นำบ้านและกำนัน และแจ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการประชุมประจำเดือน เพื่อให้สื่อสารต่อในหมู่บ้านและชุมชน มีการอบรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลและกลุ่มเสี่ยง มีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการค้นหาคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีผลกระทบจากภาวะสุขภาพจิต การดูแลและช่วยเหลือรวมถึงการส่งต่อ มีการให้ความรู้การป้องกันผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทางวิทยุชุมชน 2 สถานีๆ ละ 2 ครั้งต่อเดือน และเครือข่ายทีมสุขภาพจิตในสถานีอนามัย มีการพัฒนาศักยภาพโดยการให้ความรู้จากการจัดประชุมวิชาการทุก 2 เดือนในเรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีผลกระทบจากภาวะสุขภาพจิต การดูแลและช่วยเหลือ รวมถึงการส่งต่อในเขตรับผิดชอบของสถานบริการ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว, 2552)

จากการดำเนินงานตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังพบว่าผลลัพธ์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อัตราการพยายามฆ่าตัวตายยังอยู่ในระดับสูงทุกปี จากสถิติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2550 -2552 เป็น 9.38, 19.53, 17.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2550-2552 จำนวน 17 ราย, 18 ราย, 20 ราย ตามลำดับ ปี 2550 คือ 35.95 ต่อแสนประชากร ในปี 2551 คือ 36.24 ต่อแสนประชากร ในปี 2552 คือ 30.52 ต่อแสนประชากร และมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในปี 2550-2552 จำนวน 1 ราย, 2 ราย, 1 ราย ร้อยละ 5.88, 11.11, 5.00 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว, 2552) ซึ่งเกิน

เป้าหมายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังการเข้ารับการรักษาแล้ว ไม่ควรเกิน ร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว มีความประสงค์ที่จะวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน เพื่อทราบสถานการณ์การการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ในอำเภอปัวเป็นอย่างไร เพื่อดำเนินการหาแนวแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

จากสถิติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และได้มีการแก้ไขปัญหาจากบุคลากรสาธารณสุข ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ แต่ปัญหายังคงมีอยู่ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการแก้ไขต่อไปโดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อน การวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่านในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการหรือบริการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

โดยโครงสร้าง (structure) ได้แก่ โครงสร้างของระบบบริการการดูแลของหน่วยงานต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กระบวนการ (process) ได้แก่ การดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การส่งต่อและการติดตามในการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน การดูแลและให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากได้รับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ความพึงพอใจของผู้ดูแลหรือแกนนำด้านสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรมงานสุขภาพจิต ซึ่งมีกิจกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำและแก้ไขปัญหการพยายามฆ่าตัวตาย โดยจะนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่อไป