

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.3 ผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตาย
2. การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 การประเมินอย่างครอบคลุม
 - 2.2 การดูแลแบบองค์รวม
 - 2.3 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.2 รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์
 - 3.4 การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของไดนาบีเดียน
4. สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

ในการใช้คำเรียกของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายมักจะมีการใช้กันอย่างสับสน ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนการให้ความหมายทั้งการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้

การฆ่าตัวตาย หรือในภาษาไทยใช้คำว่า อตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำประสมมาจากคำว่า “อัตตา” “วินิบาต” “กรรม” (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ส่วนในภาษาอังกฤษใช้คำว่า suicide มาจากภาษาละติน โดยคำว่า “sui” หมายถึง “self” หรือ “oneself” และคำว่า “cide” มาจาก “cidium” หรือ “caedere” หมายถึง “to kill” หรือ “A slaying” (Hauenstein, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิใช่ผู้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย ดังต่อไปนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า เป็นการทำลายตนเองด้วยความสมัครใจหรือตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะตายจริง ๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะได้ข้อมูลบ่งบอกว่าการกระทำนั้น ๆ เป็นไปเพื่อจบชีวิตของตนเอง

องค์กรจิตเวชแห่งประเทศอเมริกา (American Psychiatric Association, 2004) ที่ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายไว้ว่า หมายถึง การทำให้ตนเองถึงแก่ความตาย หลักฐานว่าคนนั้นตั้งใจตาย

ส่วนวิกิพีเดีย (www.wikipedia) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการฆ่าตัวเองโดยความตั้งใจ ซึ่งมักเกิดจากสาเหตุ เช่น ภาวะซึมเศร้า, ความอับอาย, รู้สึกผิด, รู้สึกแปลกแยก, ความเจ็บปวดทางร่างกาย, ความกดดันทางอารมณ์, ความวิตกกังวล และปัญหาด้านการเงิน (Wikipedia, 2009)

Shives (2005) ได้ให้ความหมายตาม Webster's ว่าการแสดงออกอย่างตั้งใจถึงความต้องการฆ่าตนเอง

ดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงหมายถึงกระทำที่ตนเองถึงเสียชีวิตโดยความตั้งใจ

ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายได้มีการใช้คำหลาย ๆ คำ เช่น Attempted suicide, Suicidal attempt และ suicide attempts รวมถึง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังต่อไปนี้

มาโนช หล่อตระกูล (2546) ได้ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ส่วนใหญ่ทำไปด้วยความหุนหันพลันแล่น ต้องการประท้วง ต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิดรู้สึกโกรธหรือหาทางออกไม่ได้

เมดดิคอล เอนไซโคลพีเดีย (medical encyclopedia) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำใด ๆ ที่มีผลให้เกิดการคุกคามต่อชีวิต เช่น การกินยาเกินขนาดหรือการตั้งใจให้รถยนต์ชน นอกจากนี้ ความหมายอีกนัยหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การร้องขอความช่วยเหลือ เพราะไม่สามารถที่จะรับสภาพที่ทุกข์ทรมานต่อไปได้ (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

ไอแซค (Isaacs, 2000) ได้ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ว่าเป็นการทำลายตนเองแบบนี้ แสดงออกถึงความต้องการให้มีผลถึงตาย

ฮอนสไตน์ (Hauenstein, 1998) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตายว่า ความล้มเหลวของการเจตนาพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการสื่อความหมายของการต้องการความช่วยเหลือด้านอารมณ์

เฮียร์ริงเจน (Heeringen, 2001) ให้ความหมายว่าการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บแต่ไม่เสียชีวิต ทั้งที่บุคคลอาจตั้งใจให้ตัวเองเสียชีวิต มีได้ทั้งลักษณะของการทำร้ายตัวเองเพียงครั้งเดียวด้วยวิธีที่รุนแรงสูง หรืออาจกระทำหลายครั้งในระดับรุนแรงปานกลาง

ส่วน เคอร์คอฟ (Kerkhof & Arensman, 2001) ได้กล่าวถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) ว่ามีความหมายครอบคลุมไปถึงลักษณะของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่มีลักษณะแตกต่างกัน ลักษณะที่พบบ่อยคือ มีการทำร้ายตนเองแบบเฉียบพลันด้วยสารพิษ หรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ หรือพยายามจะทำบางวิธีการแต่ไม่สำเร็จ พฤติกรรมเหล่านั้นมักเกิดขึ้นเมื่อมีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ส่วนวัตถุประสงค์บางคนก็ตั้งใจจะตายจริง แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการที่บุคคลเหล่านั้นกำลังต้องการความช่วยเหลือ เพื่อหนีจากภาวะเครียด และบางคนอยู่ในภาวะลังเลที่จะตาย บางคนมีการเตรียมการไว้แล้ว แต่บางคนก็เป็นลักษณะที่หุนหันพลันแล่น ผลจากการพยายามฆ่าตัวตายยังส่งผลให้เกิดความแตกต่างของอาการผู้ป่วยด้วย เช่น อาการบาดเจ็บที่ได้รับจากความตั้งใจที่จะกระทำ การเตรียมการ วิธีการ และปัจจัยเสริมอื่นร่วมด้วย

และสุกมล วิชาวิพลกุล (2546) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายคือการกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา ซึ่งเป็นความหมายที่คล้ายกับบริดจ์, โกลด์สไตน์ และเบรนท์ (Bridge, Goldstein & Brent, 2006) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกอย่างแน่วแน่ถึงการทำลายตนเองให้ถึงตาย ความหมายอีกนัยหนึ่งของการฆ่าตัวตาย คือ การกระทำที่บุคคลมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง หรือให้หลุดพ้นจากความบีบคั้น คับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตโดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมา (direct) เป็นการกระทำโดยรู้ตัว เช่น ตั้งใจจบชีวิตโดยการเผาตนเอง แว่นคอ กระโดดจากที่สูง ทำให้จมน้ำ หรือทำให้ขาดอากาศ หรือการกระทำทางอ้อม (indirect) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิษ, 2542)

นอกจากนี้ยังมีคำศัพท์อื่นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น สุกมด วิภาวีพลกุล (2546) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า อาจรวมถึงแผนการที่จะลงมือฆ่าตัวตาย (suicide plan) และ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide risk) ได้ด้วย ส่วนการฆ่าตัวตายยังมีความหมายครอบคลุมถึง การคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) คือ การที่บุคคลมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) คือ การพยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2544) ซึ่งความหมายนี้ สอดคล้องกับที่เขียนถึงพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายว่า มีส่วนที่เชื่อมโยงกันและคาบเกี่ยวกันอยู่ระหว่าง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempted) และการฆ่าตัวตาย สำเร็จ (completed suicide)

กล่าวโดยสรุป ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ทำร้ายตนเองด้วย วิธีการที่รุนแรงทำให้ได้รับบาดเจ็บ โดยผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถถึงแก่ ชีวิตได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือขัดขวางการกระทำนั้น แต่การกระทำนั้นให้เกิดผลกระทบ ต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย มีหลาย ประการ จึงสรุปไว้ แยกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวหรือ บุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยส่วนบุคคล

ด้านเพศ จากการทบทวนหลาย ๆ การศึกษาพบว่า เพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย สูงกว่าเพศชาย การศึกษาในต่างประเทศพบว่า เพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย เป็น 3 เท่า (Shives, 2005) ในไทยบอกว่า พบเพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) แต่เพศชายจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (Shives, 2005; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547; มาโนช หล่อตระกูล, 2547; Kerkhof & Arensman, 2001) เป็นเพราะเพศชายมักไม่ แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายถึงปัญหา หรือความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง จึงเป็นสาเหตุให้ เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จสูง (Hauenstein, 1988) ในประเทศไทยพบว่า เพศชายใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่ รุนแรงกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

ด้านอายุ มีหลายการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า กลุ่มวัยรุ่น นี้อายุประมาณ 18 ปี มีการฆ่าตัวตายสูง และในกลุ่มอายุ 10-24 ปี พบว่า การฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ สามของสาเหตุการณ้ตายในสหรัฐอเมริกา ในช่วงวัยดังกล่าว (Shives, 2005; Khouzam, 2007) ส่วน

ไอแซค (Isaacs, 2000) กล่าวว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะพบสูงขึ้นตามอายุ แต่กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกลุ่มวัยรุ่น ส่วนในประเทศไทยพบอายุที่แตกต่างกันไป เช่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2545 พบว่า กลุ่มอายุในช่วง 20-34 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด และสูงสุดคือช่วงอายุ 20-24 ปี (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

การเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรคจิตกังวล กลุ่มอาการความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และโรคจิตเภท เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention Resource Center, 2002) การรับรู้ที่ผิดปกติ การมีอาการประสาทหลอน หรือ กลัวเป็นสาเหตุที่ทำให้คนมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้า รวมถึงส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เช่น borderline personality disorder เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูล, 2548) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตคิดเป็นร้อยละ 3.38 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548)

การเจ็บป่วยทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย เช่น คนที่มีการเจ็บป่วยทางกายที่สำคัญ ๆ (Suicide Prevention Resource Center, 2002) การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด นำสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ไตวาย และโรคที่ส่งผลต่อความพิการหรือภาวะทุพพลภาพสูง เช่น การบาดเจ็บที่สมองหรือไขสันหลัง การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด ที่พบในผู้ที่ฆ่าตัวตายคือ โรคเบาหวาน โดยพบเป็นร้อยละ 15.79 (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะในขณะที่โรคกำเริบ หรือ ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคนั้น มักจะนำไปสู่ความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานได้อีกต่อไป (มานิช หล่อตระกูล, 2547)

การใช้สารเสพติด คนที่ใช้สุราและสารเสพติดเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Isaacs, 2000) ในบุคคลที่มีการสุราหรือยาเสพติดบ่อย ๆ ครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนบุคคลที่มีการใช้สุราหรือยาเสพติดเป็นประจำจัดเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Shives, 2005; พรศิลป์ อุปนันท์, 2552) ภาวะติดสารเสพติดและสุราเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติด มีผลต่อสมองในส่วนที่ใช้ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีการตัดสินใจที่หุนหันพลันแล่นและซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996) พรศิลป์ อุปนันท์ (2552)

กล่าวว่า จากการศึกษาในแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าการใช้สุราเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงในเพศชายสูงถึงร้อยละ 83.3

ปัจจัยทางด้านอารมณ์จิตใจ

จากการศึกษาของพรศิลป์ อุปนันท์ (2552) กล่าวว่า ภาวะจากการน้อยใจ คนใกล้ชิดคิดว่า ว่ากล่าว และตำหนิ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ภาวะซึมเศร้า ผิดหวัง หึงหวงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตัวเองมากที่สุด ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต ของอภิชัย มงคลและคณะ (2548) ที่ว่า พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองที่ไม่เสียชีวิตสาเหตุและปัจจัยกระตุ้น 5 อันดับแรกคือ ปัญหาความน้อยใจ คนใกล้ชิดที่คิดว่า ว่ากล่าว ตำหนิ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ผิดหวังในรัก ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนปัญหาภาวะซึมเศร้าจะพบมากในผู้สูงอายุ ส่วนความรู้สึกแปลกแยก และแยกตัวโดยเฉพาะในวัยรุ่น รวมถึงผลจากความล้มเหลวของสัมพันธภาพ ความรู้สึกโกรธ หรือการแสดงการต่อต้าน บุคคลอาจรู้สึกเป็นปรีดิ์ และต้องการการแก้แค้น เช่น การฆ่าตัวตายเพื่ออีกฝ่ายทุกข์จากความรู้สึกผิด รู้สึกสูญเสีย ความเป็นตัวตนต่อเพื่อนและญาติ ความรู้สึกต่อต้านนี้บางทีก็เป็นในลักษณะการเกลียดตัวเอง ต้องการลงโทษตัวเอง หรือต้องชดเชยบาป ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายได้ (Shives, 2005)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีประสบการณ์ถูกแบ่งแยกทางสังคม ความเหินห่างจากสังคม ครอบครัว และเพื่อนจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่สามารถปรับตัวตามบทบาทใหม่ได้ จึงเลือกการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของปัญหา ผลกระทบจากการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ทำให้ผู้ถูกถามหรือการทำลายผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ผู้หญิงมีแรงจูงใจภายในที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด หรือการสูญเสียสัมพันธภาพ ผู้ชายมีแรงจูงใจภายในจากการประสบปัญหาด้านการเงินหรือการสูญเสียงาน (Sadock & Sadock as cited in Shives, 2005) การค้นพบอัตราการฆ่าตัวตายพบได้สูงในเมืองใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้อยู่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ มักมีลักษณะ อาศัยอยู่คนเดียว ขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น มีเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด (stressful event) และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายบ่อย ๆ การรับรู้ต่อความเครียด (Appraisal Stressors) ดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ พบว่าเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการพยายามฆ่าตัวตายของเพศชายในประเทศเคนมาร์ค ด้านการทำงาน เช่น การว่างงาน มีรายได้ต่ำ การถูกไล่ออกจากงาน การเจ็บป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์กับการขาดงาน (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003) ส่วนปัญหาด้านการสูญเสียทางด้านการงานหรือการเงิน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

(Suicide Prevention Resource Center, 2002) บุคคลที่การปรับตัวล้มเหลว จะไม่สามารถมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Shievs, 2005)

ผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายมีผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งผลกระทบในวงกว้างต่อสังคมและชุมชน ดังการสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

ผลกระทบต่อตัวเอง

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความรู้สึกผิด เสรีาโศกเสียใจของผู้ที่ได้รับการสูญเสีย (มานิช หล่อตระกูล, 2546) พบว่าผู้ที่รอดจากการพยายามฆ่าตัวตายมักเป็นเหยื่อไปด้วย คือ มีความสับสน กังวลใจ ซ้ำอก และไม่เชื่อ และผลกระทบจากความสูญเสียความรู้สึกโกรธ ลังเลใจ ความละอาย ความรู้สึกผิด ความรู้สึกถูกแบ่งแยก และเพิกเฉยจากทีมการรักษา ขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Shives, 2005) เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกอาย และเกิดทราบกับตัวเอง การศึกษาของ วิลแลนเดอร์ ซามูเอลสัน และแอสเบิร์ก (Wiklander, Samuelson & Asberg, 2003) พบว่าผู้รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตาย 13 ใน 16 รายที่ทำการศึกษา จะมีปฏิกิริยาความละอายใจ ทำให้ไม่ยอมรับการรักษา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะทำให้รู้สึกผิด และคิดว่าตนเองเป็นปัญหาและสร้างภาระให้ผู้อื่น จึงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และมีวิธีที่กระทำการรุนแรงขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ความพิการ การบาดเจ็บตามร่างกาย สภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเสียสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจเพราะได้รับผลแทรกซ้อนทั้งร่างกาย จิตใจ (อภิชัย มงคล, 2543)

ผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

ผู้ที่ฆ่าตัวตายแต่ละคน จะส่งผลกระทบต่อบุคคลบุคคลอื่น อย่างน้อย 6 คน (World Health Organization, 2006) ปฏิกิริยาของบุคคลใกล้ชิดกับผู้ฆ่าตัวตายคือ สับสน ซ้ำอก หรือไม่เชื่อ (Shives, 2005) ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอาจแตกต่างกันไป แล้วแต่มูลนิธิสุขภาพจิต วัฒนธรรม และระดับความสัมพันธ์กับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในระยะแรก ๆ อาจมีอาการซ้ำอก ร้องไห้คร่ำครวญ เสรีาโศกเสียใจ ในบางรายอาจรู้สึกผิด โกรธ โทษตัวเอง (มานิช หล่อตระกูล, 2546) บุคคลใกล้ชิดที่เป็นเด็กอาจจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะเด็กมีความอ่อนไหว เด็กอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นสาเหตุ (Shives, 2005)

ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน

ผลกระทบต่อด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการเงิน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้ (WHO, 2009) การฆ่าตัวตายทำให้เกิดการสะท้อนขวัญแก่บุคคลใกล้ชิด อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (กรรณิการ์ เกาหมอ และศิริมา เนาวรัตน์, 2542) การพยายามฆ่าตัวตายจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้ว ยังส่งผลต่อบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ ขณะนั้นด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) การขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว และทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมนัส สูงประสิทธิ์, 2548) องค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จนกระทั่งมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน จะส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (WHO, 2006)

ผลกระทบต่อประเทศชาติ

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เพราะปัญหาการฆ่าตัวตายถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดความสุขอย่างหนึ่งของคนในประเทศ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจ การขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือความพิการหรือจากการที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือการขาดโอกาสในการทำงานจากความพิการหลังการพยายามฆ่าตัวตาย การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร จากการฆ่าตัวตายที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของสาเหตุการตายทั้งหมดทั้งในเพศชายและเพศหญิง (กรมสุขภาพจิต, 2547)

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นความจำเป็นถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกได้ ยังขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี หรือข้อบ่งชี้ทางการรักษาต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และหรือ ถ้าผู้ป่วยยังมีการวางแผนฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) และการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการรับไว้รักษาโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตายและควรจัดการให้ได้รับการปรึกษาอย่างเหมาะสมจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (Carr, 2002) ส่วน บอยซ์และคณะ (Boyce et al., 2003) ได้เสนอแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดังนี้ คือ การประเมินอย่างครอบคลุม (comprehensive assessment) และการดูแลต่อเนื่อง (ongoing care) จากหลักการและแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลจิตเวชเรื่องการตอบสนองการป้องกันตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (self protective responses and suicide behaviors) พบว่าหลักการและแนวปฏิบัติคือ ให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและ

เป้าหมายคือ ผู้ป่วยต้องไม่ทำร้ายร่างกายตนเองซ้ำ (Stuart & Laraia, 2005) การจัดการป้องกันทางสิ่งแวดล้อมจะสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในแผนกผู้ป่วยในได้ (Cordell, 2009) ไอแซคสันส์และริช (Isacsson & Rich, 2001) สรุปประเด็นในการจัดการกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายดังนี้คือ ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเองทุกคนต้องได้รับการประเมินถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุมและอย่างถี่ถ้วนสมบูรณ์ (Isaacs, 2000) โดยทีมในการประเมินและการจัดการที่ดีที่สุดประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ จิตแพทย์ร่วมในการประเมินผล การจัดการต้องปรับให้เข้ากับพื้นฐานของแต่ละราย การรักษาโดยทั่วไปในโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องและการช่วยเหลือสถานการณ์ที่เร่งทำให้เกิดการยอมรับ การขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างรวดเร็ว

ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างมีระบบและอาศัยความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพ เนื่องจากเป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างและมีความซับซ้อน แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายประกอบด้วย การประเมินอย่างครอบคลุม การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Isaacs, 2000; กรมสุขภาพจิต, 2547)

การประเมินอย่างครอบคลุม (comprehensive assessment)

การบริหารจัดการในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในระยะรุนแรงขึ้นต้น ได้แก่ การรักษาผลที่เกิดจากการบาดเจ็บ หรือจากการกินยาหรือสารที่เป็นพิษ การจัดการกับความรุนแรงของโรคทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสภาพทางจิตโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยการจัดการทางด้านจิตเวชนี้เกี่ยวข้องถึงการตกลงการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ระบุและรักษาอาการทางจิตที่ปรากฏ การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น การประเมินทางจิตสังคม การเริ่มวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และการบริการสุขภาพอื่น การบันทึกการประเมินในระหว่างช่วงของการดูแลและหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน และการวางแผนเป้าหมายระยะยาวในการคงความสามารถ การฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมการปรับตัว (Boyce et al., 2003) ส่วนการพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลอาจแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งควรต้องรับไว้รักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง สามารถให้กลับบ้านได้ถ้าญาติพร้อมที่จะดูแลแต่ถ้าไม่แน่ใจควรให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ สามารถให้กลับบ้านได้โดยแนะนำญาติให้สังเกตอาการและดูแลใกล้ชิดในช่วงแรก (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2544) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และปฏิเสธไม่ร่วมมือในการรักษา อาจต้องทำให้สงบในช่วงแรก โดยการให้ยาโคดะซีเปม (Diazepam) 10 มิลลิกรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว หรือต้องผูกมัดเป็นบางครั้ง ในช่วงแรกต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

การประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการสังเกตอย่างใกล้ชิด และการฟังอย่างใส่ใจ เพื่อจะประเมินร่องรอยการฆ่าตัวตาย ประเมินแรงจูงใจสำหรับการฆ่าตัวตาย การวางแผนการฆ่าตัวตาย และประเมินระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย ซึ่งขั้นตอนการประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว (subjective data) และจากการสังเกตและการตรวจพบ (objective data) โดยการประเมินข้อมูลให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย ด้านปัญญา ด้านจิตใจ และ ด้านสังคม ส่วนการประเมินปัญหา มีหัวข้อหลัก ๆ ในการประเมินคือ ประเมินปัจจัยกระตุ้นให้ ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย ประเมินวิธีการกระทำ ประเมินอาการตลอดจนการวินิจฉัยทางจิตเวช ประเมิน สภาพจิตใจ ประเมินการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล และประเมินความคิดเห็นของ ผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (มานิช หล่อตระกูล, 2547) รายละเอียดของการประเมินในแต่ละด้าน มีดังต่อไปนี้

1. การประเมินด้านร่างกาย พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยหลังจากที่มีการพยายามฆ่าตัวตาย (Shives, 2005)
2. การประเมินด้านพุทธิปัญญา พยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใน ด้านความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ เพื่อบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่เคารพนับถือ ด้านความเชื่อ ศรัทธาต่อ ศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ขัดขวางและสนับสนุน การฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Shives, 2005) เช่น การฆ่าตัวตายเพื่อพบกันชาติใหม่ การฆ่าตัวตายเพื่อการไปสู่ชีวิตที่ดีกว่า การฆ่าตัวตายเพื่อลัทธิหรือความเชื่อต่าง ๆ เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)
3. การประเมินด้านจิตใจ พยาบาลต้องเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้ระบาย ความรู้สึก คำพูดในด้านลบออกมา เช่น มองตนเองไร้ค่า หดหู่ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ รู้สึกเศร้า โกรธ หงุดหงิด หรือมีอาการหันหันพลันแล่น เพื่อที่จะลดการแยกตัวเองและสามารถเพิ่มแนวทางการ แก้ไขปัญหา และให้การปฏิบัติการพยาบาลได้เหมาะสม (Varcacolis, 2002)
4. การประเมินด้านสังคม เป็นหลักฐานสำคัญที่จะประเมินความเข้มแข็ง และแหล่ง สนับสนุนสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ครอบครัวมีความขัดแย้งกัน ครอบครัวแตกแยก หรืออยู่คนเดียว ด้านเศรษฐกิจ เช่น ฐานะยากจน ว่างงาน ด้านสังคม ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายแยกตัวออกจากสังคม หรือถูกตีตราบาป จากสังคม และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Valife, 2005) รวมถึงประเมินปัจจัยสนับสนุน หรือช่วยเหลือทางสังคม (มานิช หล่อตระกูล, 2547) รวมถึงการขาดความสามารถที่จะเข้าสังคม เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

5. การประเมินโรคทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสูญเสียความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตลดลง ประมาณร้อยละ 83 มีการฆ่าตัวตายภายในเวลา 6 เดือน หลังจากการได้รับอุบัติเหตุ เช่น ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ จนกลายเป็นอัมพาต และร้อยละ 90 มีการฆ่าตัวตายภายใน 5 ปี ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก อัมพาต การบาดเจ็บทางสมอง และการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น (Shives, 2005; Valfre, 2005)

6. การประเมินโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า โรคจิตเภท จะมีอาการทางจิต คือ มีหูแว่ว หลงผิด สูญเสียกระบวนการความคิดและการตัดสินใจ ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Shives, 2005; Varcariolis, 2002) ปัจจัยเสี่ยงในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การมีอารมณ์หงุดหงิด มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง มีภาวะกระสับกระส่าย (Agitation) หรือมีความทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากการหลงผิดของตัวเอง (ปราโมช สุนิษฐ์, 2547)

7. การประเมินการคิดสารเสพติด ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคิดสารเสพติดมากกว่าร้อยละ 90 เช่น โรคติดยา (Freed & Rudolph, 1998)

8. ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) ความคิดเกี่ยวกับความต้องการที่จะตาย (Shives, 2005) การประเมินประวัติการฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนร้อยละ 40 และจะฆ่าตัวตายสำเร็จภายใน 1 ปี และในปีต่อ ๆ ไปหลังจากฆ่าตัวตายมาก่อนถึงร้อยละ 1-2 (Freed & Rudolph, 1998) ประเมินแผนในการพยายามฆ่าตัวตาย วิธีการ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น (Shives, 2005)

9. การประเมินประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมเลียนแบบครอบครัว การฆ่าตัวตายจะไม่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่เป็นส่วนหนึ่งจากประวัติของความผิดปกติทางจิต จากประวัติของสมาชิกในครอบครัว (Freed & Rudolph, 1998)

10. การประเมินวิธีการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการชี้บอกถึงระดับความรุนแรงของวิธีการฆ่าตัวตาย ดังนี้ วิธีการรุนแรง เช่น ใช้อาวุธปืน แขว่นคอ กระโดดจากที่สูง ส่วนวิธีการไม่รุนแรง เช่น การทานยาหรือสารเคมี ใช้มีดกรีดข้อมือ การสูดดมก๊าซในบ้าน เป็นต้น (Varcarolis, 2002)

11. การประเมินบุคลิกภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมี 3 ลักษณะที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ มีความไม่เป็นมิตร อารมณ์หุนหันพลันแล่น และอารมณ์ซึมเศร้า สังเกตได้จากสีหน้าซึมเศร้า หรือการร้องไห้บ่อยครั้ง รวมถึงบุคลิกแยกตัวถอยหนีก็เป็นบุคลิกที่เป็นปัญหา (Shives, 2005) รูปแบบของการสื่อสารที่อาจก่อให้เกิดปัญหาของผู้ป่วย

12. การประเมินทักษะการแก้ไขปัญห เช่น เป็นคนมีเหตุผล ชอบปฏิเสธ ถอยหนี หรือมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น (Shives, 2005) การแก้ไขปัญหามันเหตุผล หรือ ด้วยอารมณ์

การดูแลแบบองค์รวม

การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมถึงการระบุและการรักษาโรคทางจิตเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ การเข้าถึงการประเมินในแผนกฉุกเฉิน การเข้าถึงการประเมินสภาวะสุขภาพทางจิต กระตุ้นการรักษาที่มีอยู่และการติดตาม การสอนการควบคุมและการจัดการกับปัญหา รักษาโรคทางจิตเวชในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ที่มีโรคทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคจิต ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด หลีกเลี่ยงการเข้าถึงที่ใดที่มีหลักฐานของผลกระทบที่เป็นอันตราย นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีดังนี้ จากหลักการและแนวปฏิบัติของการพยาบาลจิตเวชเรื่องการตอบสนองการป้องกันตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (self protective responses and suicide behaviors) พบว่าหลักการและแนวปฏิบัติคือ ให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและเป้าหมายคือ ผู้ป่วยต้องไม่ทำร้ายร่างกายตนเองซ้ำ (Stuart & Laraia, 2005) ในวางแผนการดูแลในระยะสั้น พยาบาลต้องมีความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นการพยาบาลจึงมีจุดมุ่งหมายให้การพยาบาลตามปัญหาทางด้านร่างกาย ลดความไม่สุขสบายจากวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย ด้านพุทธิปัญญา ด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2548; Shives, 2005) ส่วนในระยะยาวควรส่งเสริมให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้พัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล การมาตามนัดของการรักษา เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2548; Shives, 2005)

การให้การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญอย่างมากที่จะให้การดูแลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ดังรายละเอียดการดูแลดังต่อไปนี้

การให้การดูแลด้านร่างกาย

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ควรมีการจัดเตียงให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ใกล้สถานที่ทำงานของพยาบาล ให้สามารถอยู่ในสายตาได้ตลอดเวลา สำรวจและจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือนำไปใช้ทำร้ายตัวเอง (McCloskey & Bluecheck, 2000) ไม่แยกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายออกไปอยู่คนเดียว ไม่มีเสียงดังรบกวน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางรายมีความกลัว เช่น โรคจิตเภท อาจจะมีอาการทางจิต คือ ความคิดที่ผิดปกติ หูแว่ว หลงผิด พฤติกรรมแปลก ๆ (Sun et al., 2006)

2. จัดให้มีผู้ดูแลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในช่วงวิกฤติเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ แม้แต่เวลาเข้าห้องน้ำ มีการระวังการฆ่าตัวตาย (suicide precaution) พยาบาลให้การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ต่อ 1 การสังเกตผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้อยู่ในสายตา

ของหัวหน้าพยาบาลทุก 15 นาที พยาบาลต้องสื่อสารหรือรายงานแรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ทีมพยาบาลได้รับรู้ (Varcariolis, 2002)

3. จัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานให้เหมาะสมกับอาการหรือโรค (Shives, 2005)
4. จัดเตรียมและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือภาวะเครียด ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกินยาต่อหน้าพยาบาลทุกครั้ง และการตรวจเช็คในปากของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจากได้รับยา การสังเกตฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำ กังวลใจ กระวนกระวายใจ ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล กระเพาะอาหารอักเสบ และระดับน้ำตาลในเลือดอาจจะมีเปลี่ยนแปลง (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino, 2006)
5. ให้การดูแลสุขอนามัยสำหรับผู้ที่ยาฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต้องการความช่วยเหลือด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล กรณีที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายช่วยเหลือตนเองได้น้อย (Talseth et al., 1999) เสริมแรงและเพิ่มกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
6. ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ (Talseth et al., 1999)
7. สังเกตผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายภายใน 24 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง โดยสังเกตระดับของการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับการประเมินความคิดหรือความรุนแรงทุก 15 นาที จนกระทั่งพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง (Hogue & Smith, 2003) และให้จัดตำแหน่งผู้ป่วยไว้ตรงจุดที่สามารถเห็นได้ชัดแม้กระทั่งในห้องน้ำ ดูแลหรือเก็บของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยสามารถใช้ทำร้ายตัวเองได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)
8. ประเมินผลการให้การดูแลด้านร่างกาย จากการที่ผู้ที่ยาฆ่าตัวตายมีความปลอดภัย และไม่มีการทำร้ายตนเองหรือยังมีการพยายามทำร้ายตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (Hogue & Smith, 2003)

การให้การดูแลด้านพุทธิปัญญา

เมื่อผู้ที่ยาฆ่าตัวตายรอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ทีมผู้ดูแลจึงให้ความช่วยเหลือการหาทางออกของปัญหาแทนที่การตาย การบ่มเพาะความหวังให้กับผู้ที่ยาฆ่าตัวตาย (Sun et al., 2005) ให้การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ที่ยาฆ่าตัวตาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ที่ยาฆ่าตัวตายไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino, 2006) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุความเป็นไปได้ของการกลับมาไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และสามารถระบุ ถึงอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความซึมเศร้า และสามารถลดระดับความเข้มข้นของอารมณ์ลงได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)

การประเมินผลการให้การดูแลด้านด้านพุทธิปัญญา พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีความเชื่อและศรัทธาศาสนาและวัฒนธรรมของตนเอง มีความปรารถนาจะมีชีวิตอยู่และให้เหตุผลของการมีชีวิตอยู่หลายแนวทาง เช่น มีลูกที่ต้องดูแล หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย (Shives, 2005)

การให้การดูแลด้านจิตใจ

1. พยาบาลควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีสิ่งใด เช่น แนะนำตนเอง นำเหตุผลที่ต้องดูแลใกล้ชิด รวมถึงประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) และต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเมื่อพบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก โดยควรใช้บุคลิกภาพที่เปิดเผย ท่าทางที่ผ่อนคลาย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล การสบตา การยอมรับไม่ตัดสินพฤติกรรม รับฟังสิ่งที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพูด โดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่าง ๆ แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจ สร้างความหวังช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤติต่าง ๆ (Talseth et al., 1999)
2. ควรส่งเสริมให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าของตนเอง โดยให้มองข้อดีของตนเอง และความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ รวมถึงทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถเหล่านั้น (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) มีการศึกษาที่ดี มีครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความจริงใจพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้เห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบวิกฤติต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แต่ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็งมีความสามารถในการแก้ไขปัญหามีผู้ใกล้ชิดพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ (กรมสุขภาพจิต, 2548)
3. แจ้งให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวรับทราบ ถ้ามีความจำเป็นในการผูกมัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino, 2006)
4. ให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีทักษะการจัดการปัญหาที่เหมาะสม (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino, 2006)
5. ให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการยอมรับ และลดการทำร้ายตนเอง การบรรเทาความรู้สึกกังวล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกผิด การส่งเสริมการเห็นคุณค่าของตนเอง และทักษะทางสังคม (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)
6. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีสัญญาร่วมกันกับผู้ดูแล “ไม่ฆ่าตัวตาย” โดยการทำข้อสัญญา อาจจะสัญญาจากคำพูดหรือการเขียนข้อสัญญา ซึ่งมีความเชื่อว่าเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษาสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Shives, 2005)

7. ช่วยเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายในการดำเนินชีวิต โดยความหวังต้องมีความเป็นไปได้จริง (Shives, 2005)

8. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายเข้าร่วมกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความตึงเครียดและความโกรธ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน หรือการระบายความรู้สึกกับทีมผู้ดูแล หาโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่น หรือกลุ่มเพื่อน (Shives, 2005)

9. ประเมินการให้การดูแลด้านจิตใจจากการที่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมขณะอยู่โรงพยาบาลไม่แสดงคำพูดถึงความคิดฆ่าตัวตายกับการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย (Hogue & Smith, 2003)

10. เพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจ โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ใน 4 ด้านคือ ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Sense of self-esteem) ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหาชีวิต (Sense of control) มีเครือข่ายและสายสัมพันธ์คอยเกื้อหนุน (Sense of connection) และการมีความมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose)

การให้การดูแลด้านสังคม

การให้การดูแลด้านสังคมเป็นการส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดี ให้ความสนใจในความทุกข์ของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) ซึ่งมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาและความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตสุรา โรคจิตเภท เป็นต้น ให้ครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดของบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Shives, 2005)

2. ควรมีการส่งผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายไปรับการปรึกษาที่ฝ่ายสุขภาพจิตหรือการส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หน่วยบริการทางสังคม (Shives, 2005)

3. การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับทีมผู้ดูแลเป็นการคงไว้ซึ่งการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การนัดมารับการรักษาที่โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น (Shives, 2005)

4. ประเมินด้านการให้การดูแลด้านสังคม จากการที่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายสามารถระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีบุคคลที่ให้ความเคารพนับถือ มีความไว้วางใจเพื่อที่จะช่วยให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคคลสำคัญที่ให้ความเคารพนับถือ (Hogue & Smith, 2003)

5. ประเมินด้านแนวทางการแก้ไขปัญห ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการกำหนดแผนการที่จะกระทำ เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตาย และมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลสำคัญที่ให้ความเคารพนับถือก่อนที่จะมีการฆ่าตัวตาย (Shives, 2005)

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนแบ่งออกเป็นการดูแลในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

1. ให้การดูแลด้านการได้รับอาหารและสารน้ำที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ การช่วยเหลือการทำกิจกรรม ตามความจำเป็น ดูแลให้ผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสุราและการใช้สารเสพติด (McFarland, Wasli& Gerety, 1997)
2. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ญาติควรดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ระวังของมีคมหรือวัตถุมีพิษหรืออุปกรณ์ประเภทเชือก เพราะอาจกลายเป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตัวเองได้ (McFarland, Wasli& Gerety, 1997)
3. ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้การดูแลโดยใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้อยู่ตามลำพังนานเกินไป (กรมสุขภาพจิต, 2547)
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาอาการทางจิตด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2540)
5. การสังเกตอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือน (Warning Sign) ตามแนวทางการประเมินพฤติกรรมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อมาอยู่ที่บ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ประกอบด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2547)

5.1 การแยกตัวจากเพื่อนฝูงและครอบครัว

5.2 คิดหมกมุ่นอยู่กับปัญหา

5.4 มีการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป

5.4 บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ไม่สนใจการแต่งกายตนเอง

5.5 หมกมุ่นเรื่องการตาย วิธีตาย หรือคิดถึงเรื่องตาย

5.6 เขียนบรรยายหรือแต่งกลอนเกี่ยวกับการตาย

5.7 มีพฤติกรรมอันตรายที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป

5.8 ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ

5.9 มีการสะสมงานที่ยังค้างค้างหรือยังไม่เสร็จ

5.10 มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็วหลังมีความเครียดหรือเศร้าเป็นเวลานาน

5.11 ในวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องผลการเรียนลดลง

ด้านจิตใจ

เพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจในครอบครัวที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคล ญาติควรได้รับการพัฒนาทักษะก่อน โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและระบายความรู้สึกกับญาติได้ ตลอดจนญาติสามารถดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจได้อย่างต่อเนื่อง และส่งต่อได้กรณีต้องการความช่วยเหลือ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ด้านอารมณ์สังคม

ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงชุมชน ควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสัมพันธ์ภาพแทนการแยกตัว ชุมชนก็ควรยอมรับและไม่แสดงทัศนคติด้านลบที่มีต่อคนพยายามฆ่าตัวตาย ครอบครัวและชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสร้างความรัก ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทรกัน จะช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ (ณรงค์ฤทธิ์ สายมณี และบุษบา อนุศักดิ์, 2547) ญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยการร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่น คนตรี กีฬา หรืองานที่ชอบ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ด้านจิตวิญญาณ

มิติด้านจิตวิญญาณหรือความคิดความเชื่อของบุคคล มีอิทธิพลอย่างต่อเนื่องต่อความคิดและพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายของบุคคล เช่น ความเชื่อด้านศาสนา อำเภอมะนิจ จังหวัดลำพูน ได้มีการนำกิจกรรมทางศาสนามาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการฝึกสมาธิจิตบำบัด อำเภอบ้านโฮ่งมีการใช้เครื่องข่ายพระสงฆ์ ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงกิจกรรมบิณฑบาตความทุกข์ของพระสงฆ์ ในอำเภอมะนิจ (ณรงค์ฤทธิ์ สายมณี และบุษบา อนุศักดิ์, 2547)

แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ ดังต่อไปนี้ พจนานุกรม ฉบับออกซฟอร์ด แอดวานซ์ เลินเนอร์ ดิกชันนารี (Oxford advanced learner's dictionary) ให้ความหมายของคำว่า สถานการณ์ (Situation) เป็นคำนามหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาและในสถานที่ที่เฉพาะเจาะจง (Honby, 2007)

พจนานุกรม ฉบับลองแมน คอนเทมพอราลี (Longman contemporary dictionary) ในอีกความหมายหนึ่ง กล่าวว่า สถานการณ์ (Situation) หมายถึงการร่วมกันของสภาวะการณ์ในช่วงเวลาที่กำหนดในความความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และในอีกความหมายถึงซึ่งเป็นคำคุณศัพท์ คือ จากหรือที่เกี่ยวข้องกับสภาวะของสิ่งหนึ่งในความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อม ส่วนการวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึงการสำรวจจากส่วนที่เป็นส่วนประกอบ (Longman, 2009) โดยรวมของทั้งหมดและความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดภาพรวมของเหตุการณ์นั้น ๆ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงสถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situational Analysis) ว่าเป็นการให้ความหมายเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มาหรือสาเหตุ ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546) ได้ให้ความหมายว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) จึงหมายถึง การศึกษาองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกเป็น ส่วน ๆ เพื่อค้นหาว่าทำมาจากอะไร มีความสัมพันธ์กันอย่างไร วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ เกี่ยวข้องกับการศึกษา การตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์ เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริง อันนำไปสู่ข้อสรุปหรือประเมินการตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้กล่าวไว้ว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึงการศึกษา คัดละเน แนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เราสนใจศึกษา สภาพแวดล้อม ปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีตัวแปรต่าง ๆ มีภาพรวมของเหตุการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลา สถานที่ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ ว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 พิษณุโลก (2552) ให้ความหมายของ การวิเคราะห์สถานการณ์ คือการระบุเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เผชิญ รวมทั้งข้อมูลหรือรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมา สาเหตุ ระดับความรุนแรง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ ความพร้อมในการเผชิญ

เหตุการณ์ดังกล่าว และทางเลือกที่เป็นไปในการแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อนจะตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร

โดยสรุป การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง หรือหน่วยงาน หรือสถานที่ใดที่หนึ่ง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ เพื่ออธิบายภาพรวมของสถานการณ์ อันจะช่วยนำไปสู่ข้อสรุปหรือข้อเท็จจริง สามารถนำไปสู่การตัดสินใจในการแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้น ๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) มีสองแนวคิด แนวคิดแรกคือ การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องดำเนินการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งคือ การศึกษาเฉพาะสถานการณ์ที่มีความสนใจ หรือสถานการณ์เฉพาะ รูปแบบที่มีความเหมาะสมและใช้ได้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ มีหลากหลาย แต่ในที่นี้จะรวบรวมมาเฉพาะรูปแบบที่มีการใช้บ่อย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ตามแนวคิดพื้นฐาน (grounded theory) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจนเกิดภาวะอิ่มตัว ใช้เวลานาน การเก็บข้อมูลมี 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์ปัญหา (situation map's) บริบททางสังคม (social map's) ตำแหน่งปัญหา (position map's) ในการการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลักสำคัญ คือ มีการศึกษาภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่สนใจ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆ สถานที่ใดๆ หรือและสิ่งแวดล้อมรอบๆ (surroundings) ที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษา (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

2. การวิเคราะห์สถานะแวดล้อม (SWOT analysis) เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์สำหรับองค์กรหรือโครงการ ซึ่งช่วยผู้บริหารกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อนจากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาสและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนผลกระทบที่มีศักยภาพจากปัจจัยเหล่านี้ ต่อการทำงานขององค์กร เป็นกลยุทธ์สำคัญและจำเป็นขององค์กรในการทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (นันธิยา หุตานุวัตร และณรงค์ หุตานุวัตร, 2551) คำว่า "สวอต" หรือ "SWOT" นั้นมาจากตัวย่อภาษาอังกฤษ 4 ตัว ได้แก่ S มาจาก *Strengths* หมายถึง จุดเด่นหรือจุดแข็ง ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน เป็นข้อดีที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบริษัท เช่น จุดแข็งด้านส่วนประสม จุดแข็งด้านการเงิน จุดแข็งด้านการผลิต จุดแข็งด้านทรัพยากรบุคคล บริษัทจะต้องใช้ประโยชน์จากจุดแข็งในการกำหนดกลยุทธ์การตลาด ส่วน W มาจาก *Weaknesses* หมายถึง จุดด้อยหรือจุดอ่อน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน เป็นปัญหาหรือข้อบกพร่องที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในต่าง ๆ ของบริษัท

ซึ่งบริษัทจะต้องหาวิธีในการแก้ปัญหานี้ ส่วน **O** มาจาก *Opportunities* หมายถึง โอกาส ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก เป็นผลจากการที่สภาพแวดล้อมภายนอกของบริษัทเอื้อประโยชน์หรือส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กร โอกาสแตกต่างจากจุดแข็งตรงที่โอกาสนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก แต่จุดแข็งนั้นเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายใน นักการตลาดที่ดีจะต้องเสาะแสวงหาโอกาสอยู่เสมอ และใช้ประโยชน์จากโอกาสนั้น และสุดท้าย **T** มาจาก *Threats* หมายถึง อุปสรรค ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก เป็นข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งธุรกิจจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การตลาดให้สอดคล้องและพยายามขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ได้จริง (wikipedia)

3. การประเมินผลโครงการ แบบชิป โมเดล (CIPP Model) รูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการตั้งแต่บริบท ปัจจัยป้อน กระบวนการ และผลผลิต (context, input, process and produce) โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการทั้งภาพรวมหรือรายปัจจัยเป็นสำคัญ ซึ่งพออธิบายได้ ดังนี้

3.1 การประเมินด้านบริบทหรือการประเมินเนื้อความ (context evaluation) เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเป้าหมายของโครงการ ได้แก่ บริบทของสภาพแวดล้อม นโยบาย วิสัยทัศน์ ปัญหา แหล่งทุน สภาพความผันผวนทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจนแนวโน้มการก่อตัวของปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ เป็นต้น

3.2 กระบวนการปัจจัยป้อน (input evaluation) เพื่อค้นหาประสิทธิภาพขององค์ประกอบมาเป็นปัจจัยป้อน เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ ทรัพยากร ศักยภาพการบริหารซึ่งแต่ละปัจจัยก็จำแนกย่อยออกไปได้อีก เช่น บุคคล เพศ อายุ มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ความพึงพอใจ และความคาดหวัง ทักษะ ความสามารถ เป็นต้น

3.3 การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการศึกษาต่อการประเมินบริบทและปัจจัยป้อนว่ากระบวนการเป็นไปตามที่วางแผนไว้ เป็นการศึกษาค้นหาข้อบกพร่องหรือจุดอ่อน จุดแข็งของกระบวนการ บริหารจัดการโครงการที่จะนำโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

3.4 การประเมินผลผลิต (product evaluation) เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของโครงการ โดยเฉพาะความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับผลลัพธ์ที่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไปตัดสินเกณฑ์มาตรฐานนั้น อาจะกำหนดขึ้นเองหรืออาศัยเกณฑ์ที่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นกำหนดไว้

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินคุณภาพการดูแล ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลทางคลินิก ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure)

กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่า ทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ไม่ใช่คุณลักษณะของคุณภาพแต่เป็นเพียงข้อมูลเพื่อใช้ในการอนุมานว่าคุณภาพนั้นดีหรือไม่ และองค์ประกอบดังกล่าว ไม่สามารถก่อให้เกิดคุณภาพโดยลำพัง เว้นแต่ต้องมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นโครงสร้างจะมีผลต่อกระบวนการ และกระบวนการจะมีผลต่อผลลัพธ์ (Donabedian, 2003) ดังแผนภาพแสดงความสัมพันธ์แบบเป็นเส้นตรงอย่างง่าย ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงความสัมพันธ์แบบเป็นเส้นตรงอย่างง่าย

โดยมีรายละเอียด แต่ละองค์ประกอบดังนี้

4.1 โครงสร้าง หมายถึงลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านทรัพยากร (Material resources) เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก งบประมาณสถานที่ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ด้านทรัพยากรบุคคล (Human resources) ได้แก่ ลักษณะ จำนวนบุคลากรสุขภาพ ความหลากหลาย ลักษณะความสามารถของบุคลากรสุขภาพ และการพัฒนาบุคลากร ส่วนลักษณะขององค์กร (Organization characteristics) คือ รูปแบบการจัดการ การจัดโครงสร้างขององค์กร การจัดแบ่งหน้าที่ การควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน เป็นต้น

4.2 กระบวนการ หมายถึง เทคนิค รูปแบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยบุคลากรระดับวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเฉพาะส่วนร่วมจากผู้ป่วยและครอบครัว (Donabedian, 2003)

4.3 ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ทั้งของบุคคลและประชากรอันเป็นผลมาจากการดูแล ซึ่งผลลัพธ์ในที่นี้รวมถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวที่อาจมีผลต่อสุขภาพในอนาคต รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการดูแลผลผลลัพธ์ของการดูแล (Donabedian, 2003)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์

การศึกษาโดยวิธีการวิเคราะห์สถานการณ์ถือว่าเป็น Multi-Methods Approach (สุรศักดิ์สุนทร, 2551) กล่าวคือ จะต้องใช้วิธีหลากหลายต่อการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้อธิบายสถานการณ์ สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วแยกเป็นหมวดหมู่ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หมายถึง การรวบรวมจากข้อมูลที่มีอยู่ เช่น สถิติในการดำเนินงาน รายงาน ผลงาน สัมมนาประชากร เป็นต้น (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2548) การคัดลอกข้อมูล จะต้องคำนึงถึงความเกี่ยวข้อง ความเที่ยงตรงถูกต้อง และความทันสมัยของข้อมูลนั้น ๆ

2. การรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต (Observation) เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การสังเกต เป็นการค้นหาเพื่อให้รู้ว่ามีมนุษย์ทำอะไร โดยการเฝ้าดูการกระทำของเขา (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2548) และหลักการสังเกตของนักวิจัยคือ จะต้องทำอย่างเป็นระบบ (systematic) ต้องเฉพาะเจาะจง (specific) และจะต้องเป็นปรนัย ปราศจากความลำเอียง ส่วนทวิศักดิ์ นพเกสร (2548) กล่าวว่า การสังเกต คือ การเฝ้าดูในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจ ละเอียดยิ่งกว่า โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด โดยเฉพาะ ตา และ หู ในการเก็บข้อมูล ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ด้วยความสนใจ ใส่ใจ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตอย่างเป็นระบบ การสังเกตจะกระทำควบคู่ไปกับการจดบันทึก โดยมีการอธิบายเชื่อมโยง กับสิ่งที่ปรากฏในการศึกษา ซึ่งการสังเกตมีอยู่ 2 รูปแบบคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2548: วารุณี พองแก้ว, 2552) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมหมายถึง เป็นการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากการสัมผัสประสบการณ์ และเข้าถึงความหมายที่แท้จริง ในทัศนะของคนใน และถือเป็นการศึกษาจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับเหตุการณ์ กิจกรรม ปรากฏการณ์ (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2548) ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมหมายถึง การเก็บข้อมูลที่ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปสังเกตโดยตรง แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์ใด ๆ กับเหตุการณ์ กิจกรรมที่สังเกต อาจจะโดยการรู้ตัวว่ามีการสังเกต หรือไม่รู้ตัวเลยก็ได้ (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2548)

3. การรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นวิธีการสองทาง (two way method) มีการสนทนาโต้ตอบระหว่างผู้ที่มีข้อมูลกับผู้ต้องการทราบข้อมูลเป็นการถาม-ตอบกันโดยตรง โดยการสัมภาษณ์มีหลายประเภท ได้แก่ การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล-รายกลุ่ม (Individual and group interviews) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง (structure and non structure interviews) การสัมภาษณ์แบบกำหนดคำถามล่วงหน้ากับไม่กำหนดล่วงหน้า (directive and non directive interviews) การสัมภาษณ์แบบหยั่งลึกกับแบบเน้นจุด (in depth and focus group interviews)

และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับแบบซึ่งหน้า (Telephone and face to face interviews) ซึ่งการสัมภาษณ์ นั้นจะต้องทำอย่างเป็นระบบ และมีหลักเกณฑ์ มีวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ที่ชัดเจน และมีเครื่องมือช่วยสัมภาษณ์ที่เหมาะสม (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2548)

4. การรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) หมายถึง การเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยสนทนา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นกันเป็นกลุ่มในประเด็นที่ผู้สนทนาได้ตั้งไว้ โดยการแลกเปลี่ยนจะเป็นไปอย่างกว้างขวางและเป็นอิสระทางความคิดของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด การสนทนากลุ่มจึงเป็นเก็บข้อมูลประเภท บรรทัดฐานทางสังคม การให้คุณค่า ความเชื่อ ความคาดหวัง พฤติกรรม ประสบการณ์ที่สมาชิกจากกลุ่มรับรู้ สนใจ มีประสบการณ์ร่วมกัน และประเด็นหลักเหล่านั้นสามารถแลกเปลี่ยนมุมมอง ประสบการณ์ กับสมาชิกคนอื่นโดยสะดวกใจ โดยกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มอภิปราย ได้ตอบระหว่างสมาชิก ตามทฤษฎีพลวัตรกลุ่ม (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

5. การรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นชุดของคำถามที่จัดเรียงไว้อย่างเป็นระเบียบและเป็นระบบ สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบคำถามด้วยตนเอง (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2548) โดยแบบสอบถามจะเป็นชุดคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ความสนใจต่าง ๆ ซึ่งโดยทั่วไป จะมี 2 รูปแบบคือ คำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด

สถานการณ์การดูแลผู้ที่ย้ายมาพักอาศัยที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

โรงพยาบาลปางมะผ้า เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งถือเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ ตั้งอยู่บนเลขที่ 240 หมู่ 1 ตำบลสบป่อง อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นโรงพยาบาลที่เป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และได้รับการประสานนโยบายด้านการปฏิบัติงานสุขภาพจิตผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยอำเภอปางมะผ้าแบ่งเขตการปกครอง ออกเป็น 4 ตำบล 38 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวเขา เช่น เผ่าลีซอ (ลีซู) มูเซอ (ลาหู่) กะเหรี่ยง ปะโอ ม้ง ไทใหญ่ และชาวพื้นราบ ในอำเภอมียุทธบริการสุขภาพหรือ PCU เพียงแห่งเดียวคือ ศูนย์บริการชุมชนโรงพยาบาล เนื่องจากสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสมในการกระจายศูนย์บริการสุขภาพออกไป มีสถานื่อนามัยที่ต้องดูแล จำนวน 5 สถานื่อนามัย ส่วนหมู่บ้านเฉพาะเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมีจำนวน 5 หมู่บ้านและ 3 หย่อมบ้าน ประชากร

ส่วนใหญ่เป็นชาวเขา ในด้านงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลปางมะผ้าจะต้องเป็นพี่เลี้ยงที่ต้องคอยนิเทศดูแลสถานีนอนมัยในอำเภอ จำนวนทั้ง 5 แห่ง จำนวนประชากรตามบัญชี 1-8 อำเภอปางมะผ้า ปี 2550-2552 มีจำนวน 16,072, 16,810 และ 18,114 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2553)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จากรายงานประจำปีงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลปางมะผ้า พบว่า สถิติการให้บริการด้านสุขภาพจิตของประชาชนมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2552 เท่ากับ 112.71, 125.23 และ 150.28 ต่อแสนประชากร และอัตราคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 18.78, 12.52 และ 37.57 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2550-2552) จากรายงานดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และอัตราการทำตัวตายสำเร็จ มีอัตราที่สูงเกินเกณฑ์ในระดับประเทศ ซึ่งได้กำหนดให้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายไม่เกิน 33 ต่อแสนประชากร และอัตราการทำตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2549) และวิธีการที่พยายามทำร้ายตัวเองสูงสุด คือการใช้สารกำจัดวัชพืช รองลงมาคือการกินยาเกินขนาด (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจึงทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายกลายเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความเร่งด่วนของพื้นที่ และจากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลปางมะผ้า ได้เห็นความสำคัญว่าเป็นปัญหาสำคัญและได้มีการปรับปรุงพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

ในด้านโครงสร้าง ปี 2549 โรงพยาบาลปางมะผ้าได้มีนโยบายให้ก่อตั้งงานสุขภาพจิต และยาเสพติด ไว้ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ดังรายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงผังโครงสร้างและการมอบหมายงานในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
(โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2549)

งานสุขภาพจิต เป็นงานย่อยในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี 2549 โดยมีการจัดโครงสร้างและมอบหมายภาระงานในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบโดยเป็นพยาบาลที่เคยปฏิบัติงานในคลินิกให้คำปรึกษาในงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค ซึ่งเคยผ่านการอบรมหลักสูตร ด้านการให้คำปรึกษากับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยจัดให้งานบริการให้คำปรึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นส่วนหนึ่งในงานสุขภาพจิต ซึ่งจะให้ผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย ทั้งนี้ตั้งแต่แรกเริ่มการก่อตั้งงานสุขภาพจิต จนถึงปี 2552 หน่วยงานไม่มีนโยบายเฉพาะในด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงไม่มีแผนการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ก็เปิดโอกาสให้ผู้รับผิดชอบได้รับการอบรม และการศึกษาต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2550 ได้สนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบเข้าอบรมในหลักสูตรเฉพาะทาง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ระยะสั้นที่โรงพยาบาลสวนปรุง และต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้สนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบศึกษาต่อในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยงานยังไม่มีนโยบายที่จะเพิ่มผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต ด้านสถานที่สำหรับให้บริการปรึกษายังไม่เป็นสัดส่วน แรกเริ่มให้ใช้ห้องทำงานเป็นห้องให้คำปรึกษาไม่มีคลินิกเฉพาะ ต่อมาในปี 2550 หน่วยงานได้มีการปรับปรุงพื้นที่ในการปฏิบัติงานของตึกผู้ป่วยนอกและจัดให้มีห้องให้คำปรึกษาเฉพาะ โดยให้ใช้ร่วมกันกับคลินิกโรคติดต่อและคลินิกยาต้านไวรัส ในระยะเริ่มแรกการให้บริการยังไม่สม่ำเสมอแต่ภาระงานร่วมเพราะผู้รับผิดชอบงานคนเดียวและต้องรับงานหลาย ๆ งาน แต่ต่อมาในปีงบประมาณ 2551 กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ได้กำหนดวันให้มีวันให้บริการคลินิกเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 วัน ต่อสัปดาห์ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2552) แต่ในการปฏิบัติงานจริงทุกวันทำการที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อมีการร้องขอในวันที่ให้บริการคลินิกอื่น ก็จะให้บริการด้านการให้คำปรึกษาหรือการประเมินอาการทางจิตเวชได้ ตามความเร่งด่วน

ในด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แรกเริ่มยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้รับผิดชอบงานจะปรับแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตามประสบการณ์และจากการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และประสานความร่วมมือโดยตรงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การขอความร่วมมือให้ส่งผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มาเข้ารับการรักษาดังผ่านการให้คำปรึกษาก่อนออกจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ในปีงบประมาณ 2550 พบการฆ่าตัวตายซ้ำ 2 ราย โดยเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และไม่สำเร็จ 1 ราย ในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ใน 24 ชั่วโมงแรก และผู้ป่วยกลับไปฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังการจำหน่าย ในปี 2551 พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อีก 1 ราย

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ถึงแม้โรงพยาบาลจะไม่ได้มีการกำหนดนโยบายในการดูแลอย่างชัดเจน แต่ก็ได้กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องรับผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกราย กรณีไม่ได้ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น และจะต้องให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยให้ญาติเฝ้าเพื่อป้องกันการพยายามทำร้ายตัวเองซ้ำในโรงพยาบาล จัดบริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยให้เข้ารับการปรึกษาโดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา เริ่มมีการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เมื่อพบภาวะซึมเศร้าก็รายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาจากการดูแลดังกล่าวยังพบว่ายังมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้พบพยาบาลจิตเวช รวมถึงไม่ได้ประเมินปัญหาด้านจิตสังคมก่อนจำหน่าย ยังพบปัญหาจากการบริการว่าพยาบาลประจำตึกยังขาดการประเมินและการดูแลด้านจิตใจ โดยจะส่งผู้ป่วยให้พยาบาลจิตเวชทั้งหมด หากต้องมีการจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงวันหยุดหรือพยาบาลจิตเวชไม่อยู่ ผู้ป่วยจะขาดการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมักมีแนวทางในการแก้ปัญหาการขาดการดูแลด้านจิตใจโดยการนัดให้มาพบจิตเวช แต่ก็มักพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวที่ไม่ได้พบจิตเวชตั้งแต่ต้น มักไม่มาตรวจตามนัด ในปีดังกล่าวยังพบปัญหาว่ายังมีผู้ป่วยที่จำหน่ายไปโดยไม่ได้รับการให้คำปรึกษา รวมทั้งมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ มีปัญหาการร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย ยังขาดการได้รับสุศึกษา ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ด้านการติดตามดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลจัดระบบการติดตามผู้ป่วยโดยนัดให้มาที่โรงพยาบาล มีบางส่วนที่มีการติดตามเยี่ยมในชุมชน (รายงานประจำปีโรงพยาบาลปางมะผ้า, 2550-2552)

ในด้านการดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชน ในปี พ.ศ. 2550 จากปัญหาการฆ่าตัวตายสูงในพื้นที่ โรงพยาบาลปางมะผ้าได้กำหนดพื้นที่เสี่ยงที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูง เป็นหมู่บ้านนำร่องจำนวน 6 หมู่บ้าน จัดการอบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนครอบครัว จำนวนหมู่บ้านละ 5-6 คน จัดการอบรมด้านสุขภาพจิต และการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังความเสี่ยง การสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงแนวทางการคัดกรอง การช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย จากนั้นให้แกนนำไปจัดการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน แต่สามารถจัดการอบรมได้เพียง 1 รุ่น ไม่มีการอบรมต่อเนื่อง และแกนนำที่เข้าร่วมอบรมยังขาดการถ่ายทอดความรู้ในชุมชน ส่วนด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เน้นเฉพาะในส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนเป็นผู้ติดตามเยี่ยม

จากการทบทวนด้านการประเมินผลลัพธ์ในเบื้องต้นจากการให้การดูแล พบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น เหมาะสมขึ้น แต่บางส่วนทั้งความรู้และพฤติกรรมยังไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ยังพบพฤติกรรมการดื่มสุรา ยังพบพฤติกรรมการใช้เวลาว่างที่ไม่

เหมาะสม และยังพบข้อร้องเรียนจากการให้บริการในผู้ป่วยและญาติเป็นต้น เมื่อทบทวนย้อนหลังไปปี พ.ศ. 2550-2551 ยังพบผู้ป่วยฆ่าตัวตายซ้ำ ส่งผลกระทบไปยังครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วย ซึ่งเหล่านี้สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการดูแลของโรงพยาบาลปางมะผ้า ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลได้พยายามพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่อาจเป็นไปได้ว่าการดูแลนั้นยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วน จึงยังเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษา หรือไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับสภาวะการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลของโรงพยาบาลปางมะผ้า

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงานและมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพผลการดำเนินงานของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง (structure) ได้แก่ โครงสร้างของระบบบริการการดูแลของหน่วยงานต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในการวิเคราะห์กระบวนการ (process) ได้แก่ การดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การส่งต่อ และการติดตามในการดูแลของบุคลากร ทีมสุขภาพ การดูแลและให้ความช่วยเหลือของครอบครัวหรือผู้ดูแล รวมทั้งแกนนำชุมชน ต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจของผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์จะช่วยให้ผู้ศึกษาและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้ทราบข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงอย่างครอบคลุมและนำไปสู่การนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลปางมะผ้า ได้อย่างมีคุณภาพต่อไป