

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน การรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีการร่วมกัน (multi-method) ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกตการปฏิบัติงาน และแบบรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยศึกษาจากกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ กลุ่มละ 10 คน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีทางสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดประเด็นเป็นหมวดหมู่ ผังสถานการณ์ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรระดับผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนดังตารางที่ 2-6

ตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)
เพศ	ชาย	2
	หญิง	8
อายุ	30-39 ปี	6
	40-49 ปี	4
(range = 35-46, $\bar{x}$ = 39.0, SD = 3.77)		
ตำแหน่งปัจจุบัน	นายแพทย์ชำนาญการ	1
	หัวหน้าฝ่าย	4
	หัวหน้างาน	5
หน่วยงาน	องค์กรแพทย์	1
	กลุ่มการพยาบาล	4
	งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	1
	ฝ่ายแผนงานและงานประกัน	2
	กลุ่มงานบริการการแพทย์	2
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	10-19 ปี	8
	≥ 20 ปี	2
(range = 14-27, $\bar{x}$ = 17.7, SD = 4.79)		
ประสบการณ์ในการบริหาร	1-9 ปี	2
	10-19 ปี	8
	(range = 2-18, $\bar{x}$ = 13.7, SD = 5.01)	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($n = 8$) อายุระหว่าง 35-46 ปี เฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างาน ($n=5$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ($n = 4$) มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 14-27 ปี เฉลี่ย 17.7 ปี มีประสบการณ์ด้านการบริหารระหว่าง 2-18 ปี เฉลี่ย 13.7

ตารางที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรที่มสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงาน เวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)
เพศ	หญิง	9
	ชาย	1
อายุ	20-29 ปี	4
	30-39 ปี	4
	40-49 ปี	2
	(range = 26-37, $\bar{x} = 31.4$, SD = 4.4)	
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพ		9
แพทย์		1
หน่วยปฏิบัติงาน		
งานผู้ป่วยนอก		2
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		1
งานผู้ป่วยใน		7
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
1-9 ปี		5
10-19 ปี		5
(range = 2-16, $\bar{x} = 9.1$, SD = 5.25)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย	
1-5 ปี	3
6-10 ปี	2
> 10 ปี	5
(range = 1-14, $\bar{x}$ = 8.3, SD = 4.95)	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (n = 9) อายุระหว่าง 26-37 ปี เฉลี่ย 31.4 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (n = 9) และเป็นผู้ปฏิบัติงานจากตึกผู้ป่วยในมากที่สุด (n = 7) มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 2-16 ปี เฉลี่ย 9.1 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่าง 1-14 ปี เฉลี่ย 8.3 ปี

ตารางที่ 3

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	3
หญิง	7
อายุ	
≤ 24 ปี	5
25-59 ปี	5
(range = 18-49, $\bar{x}$ = 28.1, SD = 9.94)	
สถานภาพ	
โสด	2
คู่	6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามสถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมส่วนบุคคล ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
หม้าย	1
หย่า	1
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	4
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	4
ศาสนา	
พุทธ	10
อาชีพ	
นักเรียน / นักศึกษา	1
รับจ้าง	2
เกษตรกรรวม	7
รายได้ต่อเดือน	
เพียงพอ / มีเก็บ	1
ไม่เพียงพอ	9
< 5,000 บาท (range = 500-3,800, $\bar{x} = 1,720$, SD = 1073.15)	10
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน	
บิดา-มารดา	2
คู่สมรส	5
บุตร	2
อื่น ๆ (พี่, น้อง)	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
1-5 คน	8
6-10 คน	2
(range = 2-5, $\bar{x}$ = 3.8, SD = 1.13)	
สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย	
บิดา/มารดา	2
คู่สมรส	5
บุตร	2
อื่น ๆ (พี่, น้อง)	1
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	8
มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง)	1
โรคทางจิตเวช (เช่น โรคซึมเศร้า)	1
พฤติกรรมส่วนบุคคล	
พฤติกรรมการดื่มสุรา	
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	2
มีพฤติกรรมการดื่มสุราและยังดื่มอยู่	4
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	1
มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และยังสูบอยู่	3
พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	
เคยเสพแต่เลิกแล้ว	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามพฤติกรรมส่วนบุคคล ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
พฤติกรรมการเล่นการพนัน	
เคยแต่เลิกแล้ว	2
ไม่มีพฤติกรรมตามที่กล่าวมาข้างต้น	6

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($n = 7$) อายุระหว่าง 18-55 ปี เฉลี่ย 28.1 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ($n = 6$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นมีสถานภาพคู่ ($n = 6$) ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 1-5 คน ($n = 8$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ($n = 4$) และไม่ได้เรียน ($n = 4$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ($n = 10$) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ($n = 7$) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ($n = 9$) โดยทุกคนมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยเป็นส่วนใหญ่คือคู่สมรส ($n = 5$) สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร ($n = 4$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ($n = 8$) ส่วนพฤติกรรมส่วนบุคคล มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากที่สุด ($n = 4$) รองลงมาคือพฤติกรรมสูบบุหรี่ ($n = 3$)

ตารางที่ 4

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	3
หญิง	7
อายุ	
≤ 24	5
25-59 ปี	5
(range = 18-55, $\bar{x} = 32.6$, SD = 12.73)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลจำแนกตามสถานภาพ การศึกษา ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
สถานภาพ	
โสด	1
สมรส	8
หม้าย	1
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	3
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	4
อนุปริญญา	1
ศาสนา	
พุทธ	10
รายได้	
เพียงพอ / มีเก็บ	1
ไม่เพียงพอ	9
< 5,000 บาท	10
(range=800-4,000, $\bar{x} = 2,610$, SD = 1612.07)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี / ภรรยา	5
บุตร	2
บิดา / มารดา	2
อื่นๆ (ญาติ)	1
ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมาต้วตาย	
≤ 1 ปี	3
> 1 ปี	7
(range = 1-3, $\bar{x} = 1.8$, SD = 0.63)	

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($n = 7$) อายุ ระหว่าง 18-55 ปี เฉลี่ย 32.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ($n = 8$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับ ($n = 4$) ส่วนใหญ่มีรายได้ ไม่เพียงพอ ($n = 9$) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 800-6,000 บาท รายได้เฉลี่ย 2,610 บาท ด้านความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ($n = 5$) ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยามมาตัวตาย อยู่ในช่วง 1-3 ปี ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 1.8 ปี

ตารางที่ 5

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชน เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	4
หญิง	6
อายุ	
20-29 ปี	2
30-39 ปี	4
40-49 ปี	1
50 ปีขึ้นไป	2
(range = 23.52, $\bar{x}$ = 36.8, SD = 9.75)	
สถานภาพ	
สมรส	10
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	5
มัธยมศึกษา	3
ปริญญาตรี	2
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	2
ค้าขาย	2
รับจ้าง	6

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำสุขภาพในชุมชน เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
บทบาทหน้าที่ในชุมชน	
กรรมการหมู่บ้าน	1
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	8
อาสาสมัครคุมประพฤติ	1
ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	
1-3 ปี	8
4-10ปี	2
(range = 1-8, $\bar{x}$ = 2.1, SD = 2.13)	

จากตารางที่ 5 พบว่า แกนนำสุขภาพในชุมชนที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ($n = 6$) อายุระหว่าง 23-52 ปี ทุกคนมีสถานภาพคู่ ($n = 10$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ($n = 5$) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ($n = 6$) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่าง 1-8 ปี เฉลี่ย 2.1 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างและระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) ลักษณะขององค์กร (Organization characteristic) ได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลหรือแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า การจัดโครงสร้างองค์กร คือ สถานะของโรงพยาบาล รูปแบบการจัดการ การจัดโครงสร้างขององค์กร การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงานตามคุณสมบัติ 2) ด้านทรัพยากร (Material resource) ได้แก่ งบประมาณแหล่งที่มาของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและความเพียงพอของงบประมาณ การบริหารจัดการ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ รวมถึงเวชภัณฑ์ยา คู่มือ แนวปฏิบัติต่าง ๆ ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

สถานที่ หรือหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 3) ด้านทรัพยากรบุคคล (Human resource) ลักษณะ จำนวนบุคลากรสุขภาพ และลักษณะความสามารถ ของบุคลากรสุขภาพ มีผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะขององค์กร (Organization characteristic)

1.1 ด้านนโยบายของโรงพยาบาลหรือแผนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลไม่มีนโยบายเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยนโยบายที่โรงพยาบาลมีจะเป็นนโยบายรวม ๆ ในงานสุขภาพจิตซึ่ง เน้นในด้านการพยายามลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ดังข้อมูลสนับสนุนจากบทสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มบุคลากรระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ และแบบรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ดังต่อไปนี้

“นโยบายเรายังไม่มีนะ แต่เรามีแผนยุทธศาสตร์ เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ซึ่งเชื่อมโยงไปเรื่องการดูแลคนฆ่าตัวตายด้วย”

“เท่าที่พี่ทราบ เรามีนโยบายนะ ว่าสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ปีนี้ Cup ของเราก็ประกาศชัด เรามีแผนการดำเนินงาน ที่น่าจะครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยด้วย”

“นโยบาย ...ตรง ๆ ก็ยังไม่มีนะ.... แผนเองก็ไม่ได้ชัดเจนว่า มุ่งประเด็นการดูแล ในโรงพยาบาลเลย ไม่ได้ชัดว่าเป็นเรื่องการดูแล...”

“ก็ไม่เชิงเป็นนโยบายนะไม่เห็นมีเป็นลายลักษณ์อักษร แต่พอ.ก็ประกาศว่า สถิติการฆ่าตัวตายเราสูงและ การฆ่าตัวตายก็เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ปางมะผ้าเรา.....”

จากแบบรวบรวมข้อมูลจากเอกสารในปีที่ทำการศึกษา โรงพยาบาลมีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในพื้นที่แต่ไม่เจาะจงถึงด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ในกลุ่มบุคลากรระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ในปีนี้ โรงพยาบาลเราก็มีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ การแก้ปัญหการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แผนนี้ก็เกิดจากสภาพปัญหาของพื้นที่เราที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นจนต้องยกระดับขึ้นเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ...ปีก่อนหน้าไม่มีนะ ..”

“แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเราก็ให้ผู้รับผิดชอบ เป็นคนยกวางแผนขึ้นมาเอง ..แล้วเอาไปเสนอที่ cup...ก็แล้วแต่ผู้บริหารจะพิจารณา ..ที่ผ่านมาก็ปรับไปบ้าง ..ก็ฟังจะมีปีนี้อย่าง...”

1.2 ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร

1.2.1 มีการจัดโครงสร้างองค์กรโดยการให้งานสุขภาพจิตไปอยู่ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีการมอบหมายงานตามความเกี่ยวข้องและความเชี่ยวชาญ ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“...งานสุขภาพจิตถูกบรรจุใส่ไว้ในกลุ่มงานเวช ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ เป็นงานรับผิดชอบเดิมของคนที่จะมาอยู่...อย่างแต่เดิมน้องก็ได้รับงานให้คำปรึกษา ผ่านการอบรมด้านจิตเวช และได้ดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช...”

“...งานให้คำปรึกษาคงฆ่าตัวตาย เป็นงานที่ต้องใช้ความสามารถและประสบการณ์สูง..ก็ต้องเป็นของงานจิตเวชอยู่แล้ว...งานจิตเวชนี้แหละเป็นงานที่ต้องอาศัยความชำนาญ...”

1.2.2 จากการสัมภาษณ์ การมอบหมายงานสุขภาพจิตได้พิจารณาตามคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลที่เคยผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษา ทั้งระดับพื้นฐานและขั้นสูง มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาในหน่วยงาน โดยผู้รับผิดชอบงานมีงานที่ต้องรับผิดชอบร่วม คืองานยาเสพติด งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ งานบริการให้คำปรึกษาในคลินิกฝากครรภ์ และงานส่งเสริมการออกกำลังกาย ส่วนแผนกอื่น ๆ ไม่มีการมอบหมายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นการมอบหมายงานตามความเกี่ยวข้อง ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“...การมอบหมายงาน ที่ผ่านมา พี่ก็มอบหมายตามคุณสมบัติ...เกณฑ์ที่พี่ใช้คัดเลือกคนก็คือ ความเหมาะสม น้องเคยทำงานด้านการให้คำปรึกษา ในผู้ป่วยเอดส์มาก่อนแล้วก็ทำได้ดี....โดยบุคลิกและความสามารถส่วนตัว....น้องรับงานนี้ก่อนที่จะได้ไปเรียนเฉพาะทางชะอิก การไปเรียนพี่ก็คิดว่าไปเพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ให้มากขึ้น...”

“...งานสุขภาพจิต ก็ผ่านการอบรมมาแล้วหลายหลักสูตร ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนไข้จิตเวช...อย่างหลักสูตรการให้คำปรึกษา ผ่านการอบรมขั้นสูงมาแล้ว จบเฉพาะทางมาแล้ว...ก็ถือว่าเป็นการมอบหมายงานตามคุณสมบัติ...”

“...การดูแลคนฆ่าตัวตาย ...ก็ตามความเกี่ยวข้อง...คนรับผิดชอบงานสุขภาพจิตก็ดูแลกันไป...อย่างใน ward เราก็แบ่งตามหน้าที่ หัวหน้าเวร...เมมเบอร์ คนทำทริทเมนต์...แล้วแต่การมอบหมายงานในเวร...คนที่ เป็น In charge ก็ต้องรับผิดชอบดูแลเป็นส่วนใหญ่...”

1.2.3 ในโรงพยาบาลไม่มีการปฏิบัติในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปฏิบัติตามหน้าที่ มีการมอบหมายแพทย์ผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนางานสุขภาพจิตและยาเสพติด แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ส่วนด้านงานสุขภาพจิต มีกรอบการ

ทำงานกว้าง ๆ แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดอย่างชัดเจน แต่มีการปฏิบัติงานตามความเข้าใจ หรือตาม การได้รับมอบหมาย ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“โรงพยาบาลก็ทำงานตามความเกี่ยวข้อง ตามหน้าที่ ไม่มีแบบสหวิชาชีพนะ...ก็เหมือน ต่างคนก็ต่างทำไปไม่เคยได้อะไรมาคุยกัน ..ว่าใครทำอะไร...”

“โรงพยาบาลเป็นองค์กรขนาดเล็ก ก็ต้องปรับคนตามสภาพ..เราก็มี ผอ. เป็นแพทย์ที่ รับผิดชอบดูแลด้านการพัฒนางาน สุขภาพจิตและยาเสพติด ...ก็ไม่มีกระบวนการบทบาทอะไรที่ชัดเจนแต่การปฏิบัติก็ยิ่งเหมือน ๆ เดิมละ คนไข้เยอะ หมอมีน้อย ..ยิ่งปีนี้ก็ยิ่งน้อย ..โอกาสที่จะมา พัฒนาด้านนี้อาจจริงจังก็น้อยไปด้วย...”

“การกำหนดบทบาท ก็เจ้าของงานต้องไปตีความเอง ... แนวปฏิบัติก็ไม่ได้ชัดเจนว่า ต้องทำอย่างไร ..การทำงานก็เกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ ..เราไม่ได้มีกรอบ จะมีก็กรอบ แบบกว้าง ๆ ที่ทำไว้ช่วงที่เราทำ ยูนิทโปร ไฟล์กัน...อย่างเราก็กำหนดแล้วว่า เราในส่วนของฝ่ายที่ รับผิดชอบ หรือ งานที่รับผิดชอบควรทำอะไร ..ก็ไม่จำเป็นต้องไปทำแทนเค้า.. บอกเขา เขาก็คงไม่ ทำ.....เหมือนกับว่า แต่ละคนต้องรู้เอง ว่าตัวเองต้องทำอะไรไปรับนโยบายจากจังหวัดก็กลับมา ทำ....”

2. ด้านทรัพยากรบุคคล (Human resource)

2.1 ด้านอัตรากำลัง จากแบบบันทึกพบว่าไม่ได้มีการมอบหมายการดูแลเฉพาะใน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่เป็นการมอบหมายตามความเกี่ยวข้อง ในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก หรือมี ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินจะมีการจัดระบบให้มีการเรียกคนสนับสนุน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่าการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะใช้ อัตรากำลังปกติ ผู้บริหารบางส่วนคิดว่ามีเพียงพอ แต่ บุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเวลาที่มียานเชิงรุกมากหรือมีคนลา พยาบาล จะขาดแคลน ทำให้ระบบที่ให้มีการเรียกอัตรากำลังเสริมยังทำไม่ได้ และมีผู้ป่วยที่ฉุกเฉินหลาย ประเภท ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ไม่มีการมอบหมายเป็นพิเศษนะ เราก็ใช้อัตรากำลังปกตินี้แหละ....กำลังปกติที่ว่ามี ก็คือ อย่างที่เป็น Head ward พี่ก็ไม่ได้มานั่งบริหารนะ พี่ก็ต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีมด้วย ..หมุนกัน อยู่ที่นี่แหละ ...อย่างคนไข้ฆ่าตัวตายเราก็ถือว่าเป็นคนไข้ที่ต้อง observe การใช้กำลังคนปกติ นี่ก็จะ ติ่งมาก ..เหมือนจะทำให้ load ขึ้น”

“เรามีระบบการเรียก *extra* แต่ก็ทำอะไรได้ไม่มาก ตอนนี้ คนเราไม่พอ ส่วนหนึ่งยังช่วงไหนมีงานเชิงรุก นี่ยิ่งหาคนยากเลย...มันก็มีระบบรองรับ..แต่พอถึงเวลา มันไม่รู้จะเรียกใคร มันไม่มีให้เรียก....งานก็เยอะ ยิ่งเวรบายเวรตึก พยาบาลก็ยิ่งน้อย ดูแลกันไม่ค่อยทั่วถึง ”

“ทุกวันนี้ พยาบาลอาจดูเหมือนมาก แต่เอาเข้าจริงก็ไม่พอนะ ยิ่งวันไหน มีคนไข้คลอด หรือมีลูกเงินมาก ๆ ยิ่งแย่ไปใหญ่เราไม่ได้มอบหมายเรื่องการดูแล เฉพาะคนที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ก็เป็น *In charge* ที่จะต้องไปดูแล จะว่าไปก็คือช่วยกันทั้งหมดแหละ เราก็ใช้อัตรากำลังปกติ”

“...หมอกคิดว่า เรื่องคนเราพอนะ....ก็แค่ไปจัดระบบให้มันดี ๆ ... ”

2.2 ด้านการพัฒนาความรู้ ทักษะและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

จากแบบบันทึกพบว่า ไม่มีแผนพัฒนามูลฐาน แต่ในปี 2550 มีการส่งผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ให้ไปอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลสวนปรุง และปี 2551 ให้พยาบาลจิตเวชเรียนต่อในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ด้านการพยาบาลจิตเวชเพิ่มเติม และยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับผู้ปฏิบัติอื่น ๆ ปีปัจจุบัน มีการบรรจุให้นำเอางานจิตเวชมาจัดเป็นวิชาการของเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยรายละเอียดเป็นการพูดคุยเรื่องระบบงานและโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นเนื้อหาแบบย่อ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มีการจัดให้ความรู้ทางวิชาการแต่ไม่ต่อเนื่อง นาน ๆ ครั้ง เคยมีการจัดอบรมด้านการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถนำมาปรับใช้ได้ ไม่มั่นใจในการนำมาใช้ ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าการสนับสนุนด้านการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่เมื่อไม่ได้เกี่ยวข้องกับโดยตรงก็ไม่ได้ได้รับการพัฒนา และต้องการให้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง บางคนไม่ได้ผ่านการอบรมด้านจิตเวชเลย และมองว่าหน่วยงานไม่ให้ความสำคัญ บางคนมองว่าหน่วยงานไม่ปิดกั้นแต่รู้สึกไม่อยากทำด้านจิตเวชเพราะรู้สึกยุ่งยาก ข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก็มีนะ อย่างการจัดวิชาการ *Cup* ที่เพิ่งผ่านมานี้ไง ก็มีการประกาศชัดเจนและให้พยาบาล และเจ้าหน้าที่ใน *Cup* เข้าร่วม 100 เปอร์เซนต์แต่นาน ๆ จะมีที ไม่บ่อย”

“...ก็เคยมีการอบรม...ไม่ค่อยต่อเนื่องนะ..พยาบาลเราที่ผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษา แต่ไม่สามารถเอามาใช้จริงได้นะพี่ น่าจะมีหลักสูตรที่ จัดออกมาแล้ว เรานำมาใช้ได้..คนที่จบมาใหม่ ๆ ส่วนใหญ่เขามีเรียนมาแล้วนะ แต่พอไม่ได้ใช้ไปนาน ๆ ก็เริ่มไม่มั่นใจ...”

“ไม่เคยไปอบรมอะไร เพิ่มเติมในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้เลย อยากให้มีเหมือนกัน ที่ผ่านมามี เรื่องนี้คงมีแต่จิตเวชที่ได้ไปหน่วยงานเรามีปัญหาเรื่องขาดคน บางเรื่องที่คุณเหมือนไม่ค่อยเกี่ยวข้อง หรือเกี่ยวข้องน้อย คำก็ไม่ได้ให้เราไปอย่างน้อยคนที่ต้องเกี่ยวข้องจริง ๆ ควรได้รับการอบรมด้านนี้บ้าง จะได้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน.....”

“ความจริง โรงพยาบาลเราก็ไม่ปิดกั้นนะ ก็เปิดโอกาสว่าถ้าใครอยากทำงานด้านนี้ อยากไปอบรมหรือเรียนอะไรเพิ่มขึ้น ก็เปิดโอกาส แต่ที่ผ่านมา ไม่มีใครอยากมาทำงานด้านนี้ งานจิตเวชเป็นงานที่ดูยุ่งยากและเครียด”

2.3 ด้านความรู้ ความชำนาญ ทักษะของบุคลากร ต่อการให้บริการ

2.3.1 ด้านความรู้ความชำนาญของบุคลากร ต่อการให้บริการ จากการสัมภาษณ์พบว่า บุคลากรพยาบาลเคยผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา แต่เป็นระยะสั้น ยังขาดความชำนาญและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“พยาบาลเราไม่ค่อยกล้าให้คำปรึกษา หรือเปิดประเด็นอะไรกับผู้ป่วย กลัวเค้าจะไม่รับ..... ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแตะ ไม่มั่นใจค่ะ ยกให้จิตเวชคอยสบายใจกว่า ”

“ไม่มั่นใจ ไม่กล้าพูดค่ะพี่ พอเจอคนไข้เจอนายติ บางทีก็อึดอัดใจ.....ไม่รู้ว่าต้องคุยยังไง กลัวคุยแล้วเขาไม่รับ.....ความจริงคนไข้กลุ่มนี้ ไม่ถึงกับมาก นาน ๆ มาที เดือนหนึ่ง คน สองคน บางเดือนก็ไม่มี ก็มีสัปดาห์ทำให้รู้สึกว่ามันถึงเวลา เจอคนไข้แล้วก็ไม่รู้จะทำไงดี.....เวลาจิตเวชไม่อยู่ ก็เป็นปัญหาเหมือนกัน บางทีที่เจอ case ที่มีปัญหามาก ๆ ก็จัดการยาก.....”

“พยาบาลของเราเองก็เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา แต่มันเป็นระยะสั้น อบรมเสร็จก็ยังไม่มั่นใจที่เอาไปใช้ อยากให้มีหลักสูตร ที่เอาไปใช้ได้จริง ๆ ”

“ความจริงถ้าจะลองพูดคุย แบบไม่เป็นทางการ พอได้แต่พอมานึกถึงว่าต้องเป็นการให้คำปรึกษา มันก็ไม่มั่นใจ ที่ผ่านมามาก็พอทำได้แต่ไม่ค่อยชำนาญ คิดว่าคนที่ทำมานาน ชำนาญอย่างพี่ น่าจะทำได้ดีกว่า.....ส่วนหนึ่งเรากลัวการที่พูดคุยหรือให้คำปรึกษากับผู้ป่วยหรือญาติ กลัวเค้าจะลุกขึ้นคุ้มคลั่งและทำร้ายตัวเอง อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเราไม่มีเวลา ไปพูดกับเค้าเราก็ต้องมีเวลาที่จะฟังเค้า แต่เอาเข้าจริง ๆ เราไม่มีเวลา”

2.3.2 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานต่อการให้บริการ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานพยายามทำไปตามหน้าที่ แม้ว่าจะมีความรู้สึกต่อผู้ที่มาตัวตาย เช่น รู้สึกว่ามีภาระงานเพิ่มขึ้น รู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด กังวลใจ รู้สึกเหนื่อย เบื่อ และรู้สึกว่ามีการะงานเพิ่มขึ้น มีบางส่วนที่บอกว่าสงสาร ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“..รู้สึกเครียด และรู้สึกว่าคนไข้ที่มาตัวตายทำให้เรามีภาระงานมากขึ้น ...งานปกติก็หนักอยู่แล้ว...”

“รู้สึกเบื่อค่ะ พอเจอก็รู้สึกว้าว..มออีกละ รู้สึกว่าเป็นภาระมาก ..เพราะต้องเหนื่อยเพิ่มขึ้น ..”

“รู้สึกอึดอัด กลัวคนไข้จะมาตายในเวรเรา...”

“ก็ กังวลใจ ไม่รู้ approach ยังไงลำบากใจ เพราะคนไข้กลุ่มนี้ต้องการการดูแล ที่ใกล้ชิดมาก ๆ มันคาดเดาอะไรไม่ได้...รู้สึกการดูแลคนมาตัวตาย เป็นเรื่องยุ่งยาก ยากในการ approach ทั้งผู้ป่วย และญาติ”

“รู้สึกว่าคนที่มาตัวตายมา เป็นพวกที่ทำตัวเอง ไม่น่าสงสาร ”

“ก็สงสาร นึกว่าเค้าทำไม่ถึงตัดสินใจอย่างนี้ อย่างบางคนก็จริง ๆ เค้าไม่ตั้งใจอยากตาย แต่ไม่รู้จะช่วยเหลือยังไง”

“ไม่ค่อยได้รู้สึกอะไร ก็ทำไปตามหน้าที่ เราทำหน้าที่ช่วยชีวิตก็ทำไป แต่จะเครียด เวลาต้องจัดการกับญาติ ความสงสัย ความไม่เข้าใจ ความกังวล ความกลัวของเขา ทำให้เราทำงานยากขึ้น”

3. ด้านทรัพยากร (Material resource)

3.1 ด้านงบประมาณในการดำเนินงาน

งบประมาณงานสุขภาพจิตมีอย่างเพียงพอ แต่ไม่มีความยืดหยุ่นในการใช้ โดยจะเป็นงบที่ได้รับการจัดสรรจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเป็นงบประมาณที่ระบุกิจกรรมมาแล้วอย่างชัดเจน เช่นงบโครงการสุขภาพใจในชุมชนเป็นต้น ส่วนในปีงบประมาณ 2553 ได้รับการสนับสนุน โดยไม่ได้เจาะจงว่าเป็นงบประมาณในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่รวมไว้กับงบประมาณงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยถูกกำหนดให้ไปใช้งบโครงการพิเศษ PP com area base ซึ่งในปีที่ทำการศึกษายังไม่ได้รับการอนุมัติจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้บริหารคิดว่า งบประมาณได้จัดไว้ให้อย่างเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพราะสามารถบูรณาการได้ มีบางส่วนคิดว่ามีไม่พอ เพราะเห็นว่าการบูรณาการงานเข้าด้วยกันหลายงาน มีบางส่วนเห็นว่า

งบประมาณ แต่เน้นการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนและบางส่วนเห็นว่าควรนำงบประมาณมาเน้นงานป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“งบของงานสุขภาพจิต ก่อนหน้านี้ไม่มีนะ แต่ปีนี้ (2553) ตามแผนที่เราได้โยะ โดยเฉพาะงบของ PP area base ซึ่ง ปีนี้เราได้ถึง 200,000 กว่า ไหนจะงบกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แต่จะหนักไปทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน”

“คิดว่างบ ไม่น่าจะพอเอาพัฒนาเฉพาะด้านหรือเฉพาะเรื่องที่ผ่านมาก็บูรณาการกันเกือบทุกอย่างอยู่แล้ว อย่างงานประชุมพัฒนาแนวทางในวันนี้ก็จะจัด ได้ต้องบูรณาการกันตั้งสาม งบ ก็น่าจะเป็นข้อจำกัดของ โรงพยาบาลนะ”

“งบไม่มีเฉพาะด้านหรอก และคิดว่าไม่จำเป็นด้วย ก็ทำแผนมาแต่ละปี ทำที่สุดก็ต้องเอามารวมกันหลาย ๆ งาน”

“งบ Cup มันไม่พอ ที่ผ่านมาก็เห็น โคนตัด ๆ ไปเยอะ งานฆ่าตัวตายก็เป็นส่วนหนึ่งของงานสุขภาพจิต ถ้าเขียนแผนให้มัน ครอบคลุมจะได้รับการเห็นชอบมากกว่าไปเขียนขอแบบ โคด ๆ ”

“ไม่ได้มีงบเฉพาะ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะไม่ให้นะ แต่ก็ต้องมาดู ความเหมาะสม ความ เป็นไปได้และประโยชน์สูงสุด...เพราะดูแล้ว งบในเรื่องการดูแลคนฆ่าตัวตาย น่าจะใช้ได้กับงบประมาณ ไม่จำเป็นจะต้องจัดสรรเพิ่ม”

3.2 ด้านคู่มือการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์

3.2.1 คู่มือ แนวทาง แนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วย จากการสังเกตพบว่างานเฉพาะคลินิกจิตเวชมีเอกสารคู่มือในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่พบที่แผนกอื่น จากการศึกษาจากเอกสารพบว่า ได้มีการแจกแนวทางไปตามหน่วยงาน แต่เมื่อไปสำรวจตามหน่วยงานย่อย เช่น ห้องฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยใน ไม่พบว่ามีเอกสารแนวทาง จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่า มีและไม่ได้ใช้ บางคนทราบว่าเคยมี แต่ไม่ได้ใช้ เพราะการปฏิบัติของโรงพยาบาลจะต้องอิงตาม คำสั่งแพทย์ บางคนไม่มั่นใจในการใช้ พยาบาลบางส่วนทราบแนวทาง แต่ไม่ทุกคน ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“.....ก็เคยเข้าฟังการชี้แจงนะพี่ ได้เอกสารด้วยแต่ไม่ได้ใช้ เพราะว่าพอมาท่านจริง มันก็แล้วแต่หมอสั่งนะพี่.....”

“...เคยอบรมอยู่ เรื่องคัดกรอง 2Q 9Q เอาเข้าจริงก็งง เครื่องมืออะไร พี่ไม่รู้ อันไหนเป็นอันไหนเอาไปเอามาส่งจิตเวชดีที่สุด.....เมื่อก่อนก็เคยเห็นเอกสารอยู่นะพี่ แต่ไม่ค่อยได้ใช้นาน ๆ ใช้ที สงสัยจะถูก 5 ส. ส่งคนไข้พบจิตเวชยากกว่า ”

“คนที่เข้าฟังการชี้แจง ก็ไม่ได้มาส่งต่ออะไร เห็นเอกสารเห็นแบบฟอร์ม เราก็ไม่รู้ว่าจะอะไร หรือว่าใช้อย่างไร ไม่ได้ไปฟังเองก็ใช่ว่าไม่เป็น”

“ก็เคยเห็นแนวทาง แต่แนวทางมันเยอะ ไปหมด มีหลายเรื่อง หลัง ๆ มามีอะไรก็โทร consult ง่ายกว่า อีกอย่างแพทย์เองก็มีแนวทางต่างกันอีก เราก็ต้องฟังเค้าอยู่ดี”

“พยาบาลก็จะรู้กันนะ ว่าถ้ามีคนฆ่าตัวตายต้องส่งพบจิตเวช แต่พอถึงเวลา ยุ่งบ้าง หรือ แพทย์สั่งให้กลับ ก็ทำให้หลุด ไม่ได้ทำตามแนวทาง ...พยาบาลความจริงบางส่วนจะรู้ว่าจะต้องทำอย่างไรบ้าง แต่ก็ไม่มั่นใจว่าทุกคน จะรู้ว่าทำได้”

3.2.2 ด้านเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย จากแบบบันทึกพบว่า มีคู่มือแนวปฏิบัติ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อยู่ทั้งงานจิตเวช แต่ไม่ครอบคลุมทุกจุดและจากการสัมภาษณ์ พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในการใช้ บางส่วนรู้สึกยุ่งยากในการใช้ บางส่วนไม่มั่นใจในการใช้ บางส่วนมีภาระงานมากเลยไม่ใช้ บางคนต้องการใช้แต่หาไม่เจอ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“มีแบบฟอร์มอยู่นะ พี่เคยเอามาให้แล้ว แต่ไม่ได้ใช้ ส่วนใหญ่จะส่งเลย”

“มีแบบฟอร์มอยู่ ค่ะ แต่มันยุ่งยาก ไม่มั่นใจ คิดว่าส่งจิตเวชไปเลย ง่ายกว่า”

“พอจะรู้ค่ะ แต่งานยุ่ง ๆ เวลามีคนไข้เยอะ ๆ ส่งเลยก็สะดวกกว่า คนไข้จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมด้วยเอกสารอยู่ที่ไหนแล้วก็ไม่รู้พี่ เวลาจะใช้จริง ๆ ก็หาไม่เจอ...เอกสารของจิตเวชเยอะมาก ไม่รู้ว่าอะไร อยู่ที่ไหน”

3.3 ยาและเวชภัณฑ์

มียาและเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ทั้งยาแก้ไขสภาวะฉุกเฉิน และกลุ่มยาทางจิตเวช การจัดการจะจัดการโดยฝ่ายเภสัชกรรม โดยฝ่ายเภสัชฯ จะสำรองยาที่ต้องใช้ในภาวะฉุกเฉินไว้ที่ห้องฉุกเฉินอย่างเพียงพอ มีระบบเบิกจ่ายวันต่อวันเมื่อมีการใช้ มีระบบการตรวจสอบวันหมดอายุและหมุนเวียนยา ส่วนยากลุ่มที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวชมีค่อนข้างครอบคลุม ยกเว้นยาเฉพาะบางตัวที่ไม่มีเหมือน โรงพยาบาลจิตเวช เช่น ยากลุ่มยาด้านเศร้า ยังไม่มียา Fluoxetine ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติจากหลายแผนกบอกได้ว่ามียาใช้อย่างเพียงพอ และไม่มีปัญหาจากการใช้ยา ยกเว้นยา antidote บางตัวที่ไม่ได้ใช้มานานจนหมดอายุ ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ยาที่ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เรามีค่อนข้างครบ ทางฝ่ายเราจะจัดซื้อเองก็ดูจากยอดการใช้ที่ผ่านมา.....ยาที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ที่ฆ่าตัวตาย เราก็มีครบนะ ที่ผ่านมาก็จัดไว้ให้พอ ไม่เคยมี คอมเมนต์เรื่องยาขาดหรืออะไร”

“เราก็จะพิจารณา จากยอดการใช้ในปีที่ผ่านมา เเท่าที่เห็นตอนนี้ยอดคนไข้จิตเวชเรา สูงขึ้น เลยต้องจัดยาไว้เอาไว้พอใช้”

“พอใช้ไปเราก็ไปเบิก วันต่อวัน ยาอะไรหมดอายุก็ไปแจ้งเภสัช ก็เอามาเปลี่ยนให้ ก็จะมี แอนตี้โคทบางตัว ของกรมม็อกโซลมั่ง ที่ไม่ได้ใช้นานก็หมดอายุไป ...เภสัชยังไม่ได้จัดอันใหม่ มาทดแทนให้...คือว่ามีก็ไม่ได้ใช้ พื้นที่เรายูกันไกล ...ยาจะใช้ได้ก็ต่อเมื่อ กินในระยะเวลาไม่เกิน ครั้งชั่วโมง ...ของเรากว่าจะมาถึงก็ใช้ไม่ได้แล้ว ..มันถึงไม่ได้ใช้นะ..”

3.4 สถานที่เฉพาะสำหรับงานบริการสุขภาพจิต

จากแบบรวบรวมข้อมูลและการสังเกตพบว่า โรงพยาบาลปางมะผ้ามีห้องให้การปรึกษาเป็นสัดส่วน โดยเป็นห้องแยกที่มีประตู 2 ทาง มีความเป็นส่วนตัว แต่เป็นห้องที่ต้องใช้ร่วมกับคลินิกอื่นในงานบริการทางคลินิกของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน คือ คลินิกโรคติดต่อและคลินิกยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TB clinic, ARV clinic) ยังไม่มีห้องทำกิจกรรมเฉพาะ เช่น หรือคลินิกคลายเครียดในตึกผู้ป่วยใน ไม่มีห้องเฉพาะสำหรับการให้คำปรึกษา โดยจะปรับใช้ห้องพิเศษที่ว่างในการให้คำปรึกษาหรือ ใช้วิธีให้คำปรึกษาข้างเตียง จากการสัมภาษณ์ บางส่วนคิดว่าเป็นห้องให้คำปรึกษาเป็นสถานที่ที่เหมาะสม น่าใช้ บางส่วนคิดว่าห้องให้คำปรึกษาอากาศร้อน บางส่วนคิดว่าการใช้ห้องร่วมกันหลายคลินิกไม่เหมาะสมเพราะทำให้คนไข้ต้องรอนาน บางส่วนอยากให้มีการแยกคลินิกคลายเครียด พบว่าดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ห้องให้คำปรึกษา จัดว่าเป็นห้องที่มีบรรยากาศดีแล้ว เป็นสัดส่วน ดูน่าใช้ ”

“ห้องต้องใช้ร่วมกับหลายคลินิก บางครั้งทำให้ต้องรอนานมาก คลินิกต้องมาอยู่วันเดียวกัน อย่างวันพุธ มีทั้ง ARV (คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV), คลินิก TB บางทีกับเหตุผลแค่ห้องไม่ว่างก็ทำให้คนไข้ต้องรอนานโรงพยาบาลเรามีข้อจำกัด เรื่อง สถานที่ เรื่องนี้แก้ยาก..... ”

“น่าจะให้มีคลินิกคลายเครียด ห้องตอนนี้ดูไม่เหมาะ แะโต๊ะกับตู้ก็เต็มแล้ว แลมนอากาศก็ร้อนด้วย แดดเข้าเต็ม ๆ ”

“ห้องของคลินิกให้คำปรึกษา ก็ OK คินะ มีความเป็นส่วนตัวดี มีทางเข้าทางออกสองทางตามเกณฑ์ แต่ติดเรื่องร้อนไปหน่อย.....แต่ พอต้องมาให้คำปรึกษาที่ ward ที่มันไม่เอื้อ ..ก็ต้องปรับใช้ โดยการ ไปใช้ห้องพิเศษที่ว่างอยู่ ไม่มีว่างเลย ก็นั่งข้างเตียง ปิดแค่ม่าน ดูไม่เป็นส่วนตัวถ้าคนไข้พอไปได้ ..หรือนั่งรถเข็นได้ ก็จะส่งไปที่คลินิกมากกว่า ... ”

ส่วนที่ 3 ด้าน กระบวนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า

กระบวนการ (Process) การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายถึง รูปแบบหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การคัดกรอง การวินิจฉัยความเสี่ยง 2) ด้านการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การติดตาม และการส่งต่อ ระบบการทำงาน ระดับความสามารถของบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึง การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว แบ่งออกเป็น

1. การประเมินอย่างครอบคลุม และการวินิจฉัยความเสี่ยง

1.1 การประเมินและคัดกรอง ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

จากการสังเกตการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ ที่ประจำอยู่ตามจุดต่าง ๆ เช่น งานผู้ป่วยใน และงานบริการห้องฉุกเฉิน จะซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามปกติ ไม่มีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยแผนกฉุกเฉินจะเน้นการซักประวัติอาการสำคัญ ส่วนผู้ป่วยในจะเน้นการซักประวัติด้านอาการและการเจ็บป่วยปัจจุบัน ในด้านการประเมินหรือคัดกรอง ส่วนใหญ่จะจัดให้ส่งไปพบพยาบาลจิตเวช เพื่อให้เป็นการประเมินโดยจิตเวช

ส่วนจากแบบรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพการบริการย้อนหลังสามปีพบว่า อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2550-2552 เท่ากับ ร้อยละ 61.9, 75.0 และ 56.25 ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์พยาบาล ส่วนใหญ่มองว่ามีภาระงานมาก ไม่มีเวลาพอที่จะให้การดูแลด้านจิตใจ มองว่าการประเมินเป็นเรื่องยุ่งยาก ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าถามผู้ป่วย บางส่วนไม่ชอบให้การดูแลเพราะมีความรู้สึกเครียด เบื่อ ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย บางคนขาดเครื่องมือในการประเมิน พยาบาลบางส่วนทราบว่าควรมีการประเมินและคัดกรอง แพทย์ก็คิดว่ามีพยาบาลคอยประเมินให้ ไม่ต้องทำเอง จึงทำเฉพาะการส่งการรักษาหรือส่งการให้ส่งผู้ป่วยพบจิตเวช ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“...แพทย์ไม่เคยประเมินส่วนใหญ่ส่งให้จิตเวชทำเลย ก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลอยู่ละ อย่างพยาบาลก็จะประเมินให้”

“พยาบาลเราโดยเฉพาะห้องฉุกเฉินก็จะ ซักประวัติอาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน เหมือนผู้ป่วยทั่วไป.....เราจะจัดให้มีการประเมิน โดยจิตเวช มักจะเป็นภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ามาพัก

รักษาตัวแล้ว พยาบาลจิตเวชจะประเมินด้านจิตสังคม โรคทางจิตเวชแล้ว note ไว้ มีการแจ้งพยาบาล และแพทย์ด้วย”

“ไม่ได้ทำค่ะ เพราะงานเท่าที่มีอยู่ก็ล้นมือมากแล้ว คนไข้ถ้าเกิน 30 เตียงก็จะไม่ไหว ยังมีคนไข้คลอดหรือฉุกเฉินด้วยยิ่งแล้วใหญ่ In charge เองก็งานล้นมือ อย่างคึกก็ได้แต่เดินไป สอบถามอาการบ้าง ให้กำลังใจบ้าง.....ก็ภาระงานมันเยอะ ทำไม่ทัน อีกอย่างรู้สึกถ้าเป็นไข้จิตเวช จะต้องใช้เวลากับเค้าค่อนข้างมาก พอไม่มีเวลาก็เลยเลี่ยง เน้นส่งไปจิตเวชเลย”

“ไม่ได้ประเมินตรง ๆ ตามแบบประเมินของจิตเวชนะ แต่จะใช้วิธีพูดคุย support จิตใจ ถ้าดูแลคนไข้ คุ้ยเครียด หรือคุ้ยซึมเศร้ามาก ๆ ก็จะ consult หรือส่งจิตเวชไปเลย จิตเวชไม่อยู่ก็ รายงานแพทย์อย่างเดียวความจริงเราก็ควรประเมิน แต่ที่ผ่านมา พอจะประเมินจริง ๆ เอกสารอะไร อยู่ไหน ไม่รู้เลยต้อง consult จิตเวชอย่างเดียว...ความจริงเรารู้ว่า คนไข้ต้องได้ประเมิน อย่างน้อยก่อนกลับบ้าน แต่ถ้าเป็นนอกเวลา ก็ไม่ได้ทำเลย มันขึ้นอยู่กับแพทย์ด้วยค่ะ ถ้าแพทย์ ยืนยันจะให้ กลับ ก็ต้องให้กลับ ก็เน้นให้มา follow up กับจิตเวชวันหลัง ก็กลัวเหมือนกันว่าจะไป ทำซ้ำ ก็พยายามเน้นกับญาติไป ”

“ ไม่อยากประเมินค่ะ รู้สึกเครียดเวลา มีคนไข้กลุ่มนี้ เมื่อไหร่เจอคนไข้กลุ่มนี้จะ เครียด กลัวเค้าจะมาตายที่เวรเรารับผิดชอบ เครียดกับการที่ต้องตอบคำถามญาติ เครียดเวลาที่ต้อง เป็นคนกลางระหว่าง แพทย์ กับ ญาติผู้ป่วย”

“ไม่ค่อยได้ประเมิน รู้สึกเบื่อคนไข้กลุ่มนี้ ถ้ามีคนไข้ มาจะคิดในใจว่า “มาอีกละ” รู้สึกว่าไม่น่าสงสาร เพราะเป็นกลุ่มที่ทำตัวเอง ไม่เหมือนคนเจ็บป่วยแบบอื่น ซึ่งเขาไม่มีทางเลือก หรือมันเกิดขึ้นเอง แต่ก็พยายามไม่แสดงออกนะ ”

1.2 ด้านการวินิจฉัยความเสี่ยง

จากแบบสังเกตการปฏิบัติงาน แผนกห้องฉุกเฉิน และตึกผู้ป่วยในและแพทย์ไม่มีการประเมินหรือวินิจฉัยความเสี่ยง แต่แนวปฏิบัติของหน่วยงานคือจะส่งให้ไปรับการประเมินและ วินิจฉัยความเสี่ยงโดยส่งพบผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ส่วนจากการสัมภาษณ์ พบว่า การวินิจฉัยความเสี่ยงเบื้องต้นจะทำโดย พยาบาลจิตเวช ซึ่งจะเป็นการประเมิน และวินิจฉัยความเสี่ยง จากนั้นจะแจ้ง ผลตรงกับ พยาบาลหัวหน้าเวรและแพทย์ ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมินไม่ทราบวิธีประเมิน บางส่วนมีการใช้วิธีการสังเกตและสอบถามจากญาติ แต่ไม่ได้ใช้แบบประเมิน ส่วนใหญ่มีความคิดว่า ต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเป็นผู้ประเมิน ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก็จิตเวชประเมิน จะบอกออกมาเป็น ไม่เสี่ยง เสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย ใช้แบบประเมิน 8Q 9Q อะไรอย่างนั้น”

“ไม่ได้ประเมิน ไม่รู้จะประเมินยังไง”

“ส่วนใหญ่จะไม่ได้ประเมินและวินิจฉัยความเสี่ยงเอง แต่จะส่งให้จิตเวชประเมินให้ และจะ follow ตามแนวทางที่จิตเวชบอก ว่าเสี่ยงมากหรือเสี่ยงน้อย ”

“พยาบาลจิตเวชจะประเมิน แล้วแล้วบันทึกไว้ใน chart ผู้ป่วยค่ะ บางทีพี่ก็โทรมา แจ้งด้วย ถ้าเสี่ยงมากเราก็จะเพิ่มความระมัดระวัง และกำชับญาติ และก็มีการส่งต่อเวรกันเพื่อให้ ระวังด้วย”

“ถ้าพยาบาลจิตเวชไม่อยู่ ก็จะเป็นการพิจารณาโดยแพทย์ แต่มักไม่มีการบันทึกผลการประเมิน ว่าได้ประเมินหรือไม่ หรือว่ามีความเสี่ยงมากหรือน้อย”

“เราอาจไม่ได้วินิจฉัย เองแต่ก็พอสังเกตได้ ถ้าพบว่ายังดูเครียด มาก ๆ หรือซึมเศร้า มาก เราก็มีบันทึกทางการพยาบาลไว้เหมือนกัน มีการส่งเวร และส่งต่อเหมือนกัน และก็มี consult จิตเวช หรือแพทย์ด้วย ”

“ไม่ได้ประเมินโดยตรง แต่บางทีก็ใช้วิธีสอบถามญาติ ให้ญาติคอยสังเกต ชักถาม”

2. ด้านการดูแลและบำบัดรักษา

จากการศึกษา ได้แบ่งตามประเภทของการดูแลออกเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้านระบบการดูแลรักษา การป้องกันการ ฆ่าตัวตายซ้ำ การให้สุขศึกษา การดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ ความรู้และทักษะในการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล ทักษะคิดของพยาบาลผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลด้านร่างกาย การปฏิบัติงานพบว่า ที่ห้องฉุกเฉินจะเน้นการดูแลเพื่อ ช่วยชีวิต เป็นการดูแลในสถานะฉุกเฉิน เช่นการซักประวัติอาการสำคัญเบื้องต้น การประสานทีม รักษา การให้สารน้ำ การสวนล้างกระเพาะ การประเมินอาการสำคัญของชีวิต การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติ จากการสัมภาษณ์ พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินให้การช่วยเหลือชีวิตในภาวะ วิกฤติ ห้องฉุกเฉินเมื่อพบแล้วให้การดูแลในภาวะฉุกเฉิน รวมถึง พิจารณารับไว้รักษา หรือส่งต่อ โดยไม่ได้ประเมินหรือช่วยเหลือด้านจิตใจ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“แรกที่คนไข้เข้ามาก็ต้องมุ่งช่วยชีวิตก่อน ...เรื่องอื่นเอาไว้ Admit ไว้ก่อน แล้วค่อย ประเมิน ..เดี๋ยวคนที่เกี่ยวข้องก็จะจัดการต่อเอง..”

“ที่ห้องฉุกเฉินต้อง เรามุ่งช่วยคนไข้ให้พ้นภาวะวิกฤติก่อนเราก็ดูแล กันเป็นทีม อย่างคนไข้เรา จะกินพวก ไกลโฟเสท มาเยอะ มาถึงก็ต้องรายงานแพทย์ ใส่ NG , irrigate ท้อง ตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จนอาการคงที่จึงจะ admit เข้าไป ward ”

“พวกที่มาด้วยอาการรุนแรง ส่วนใหญ่ก็ admit แต่บางคนก็มี refer อย่าง case หนึ่งที่ เป็นคนไข้จิตเวช ที่คว้านท้องตัวเอง รายนี้ก็ refer ไปแม่ฮ่องสอน คือการจัดการภาวะวิกฤติจะอยู่ที่ ER และเราจึงไม่ค่อยได้ประเมินหรือให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ ”

“เราต้องเน้น ช่วยชีวิตก่อน จากนั้นก็ดูแลเรื่องความไม่สบาย เรื่องจิตใจก็เป็น ส่วนที่ต้องมาดูแลคนไข้ต่อเป็นคนจัดการ เราไม่ได้ประเมินด้าน psychi ”

จากการสังเกตการปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยจะลดความไม่สบายจากการพยายามทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย และดูแลรักษาประคับประคองอาการ การประเมินอาการสำคัญ การติดตามทำหัตถการตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงดูแลการส่งต่อไปพบพยาบาลจิตเวช ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า พยาบาลจะเน้นการให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการแยกการดูแลร่างกายและจิตใจออกจากกันอย่างชัดเจน โดยตึกผู้ป่วยในจะเน้นการลดความไม่สบาย แต่การประเมินด้านจิตสังคมจะส่งต่อไปให้จิตเวชเป็นผู้ดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ที่ ward เราก็เน้นการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ติดตามอาการ รายงานแพทย์ และดูแล ให้การพยาบาล ตามอาการ.....การดูแลก็ตาม order แพทย์...อย่างอื่นก็การได้รับสารน้ำ อาหารของ คนไข้ การพักผ่อน ..ก็ยากที่จะจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมให้คนไข้”

“.... แล้วแต่แพทย์สั่ง..ก็จำเป็นเพราะแพทย์ก็มีแผนการรักษาไม่เหมือนกัน ... ลำบากใจ...การดูแลด้านจิตใจ เราก็ส่งต่อไปให้จิตเวชไปเลย....”

“การประเมินจิตสังคม เราก็มีย่าง..พูดคุยกับญาติ พูดคุยกับคนไข้ และก็ญาติ แต่ก็ไม่มีอะไรที่ลึกนะ.... แต่การพยาบาลคือ ส่งให้พบเจ้าหน้าที่จิตเวช..”

“ทุกวันนี้ งานเยอะ คนป่วยที่มาด้วยตาย เป็นภาระงานที่สูงมากเพราะจัดเป็นผู้ป่วย วิกฤติ การดูแลที่ได้ส่วนใหญ่จึงเป็นการ support ด้านร่างกายไป ”

2.2 การดูแลด้านจิตใจ จากการสังเกตการปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลจะมีการ ประเมินเบื้องต้นจากอารมณ์แสดง ความร่วมมือด้านการรักษาของผู้ป่วยมีการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ ลงแฟ้มผู้ป่วย และจะมีการส่งประเมินอาการทางด้านจิตสังคม และสภาพจิตใจไปที่ผู้รับผิดชอบงาน จิตเวช จากการสัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ เน้นการส่งพบผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเพื่อให้ได้รับการดูแลด้านจิตใจและ เพื่อช่วยแพทย์ในการวินิจฉัย หรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยจะใช้ วิธีการให้คำปรึกษา โดยวิธีการ ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และ ครอบคลุมบ้าง บ้างส่วนบอกว่า ต้องรอให้แพทย์สั่ง บางส่วนบอกว่าพยาบาลจะมีการประเมินเบื้องต้น ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“เราจะ support ด้านจิตใจบ้าง ให้กำลังใจ ปลอบใจผู้ป่วย ปลอบใจญาติ แต่ยังไม่เน้นให้ส่งจิตเวช counseling อีกที ”

“คนไข้ที่มา คนไหนที่ดูซึมเศร้ามาก ๆ จะรายงานพี่จิตเวชก่อน หรือก็ส่งให้จิตเวช counseling ไปก่อนเลย ”

“ถ้ามาพบพี่ พี่ก็จะให้คำปรึกษา counseling บันทึกรายละเอียดไว้...ทั้งตัวคนไข้และญาตินั้นแหละ แล้วแต่ว่าญาติมารึเปล่า....แต่ถ้าเป็นจิตเวชก็เห็นว่าทำจิตบำบัดด้วย ...แล้วแต่กรณี...ที่เราทำจะเป็น individual counseling มีบางรายที่ครอบครัวมีปัญหาเยอะ ๆ ปัญหาซับซ้อน ก็จะมีบำบัดครอบครัว อันนี้จะเป็นพยาบาลจิตเวชทำเอง ”

“ส่วนใหญ่แพทย์จะส่งไป counseling กับจิตเวชก่อน ให้จิตเวชดูด้วยว่ามีโรคซึมเศร้ารึเปล่า ต้องรักษาหรือให้เปล่า ถ้าต้องรักษา ก็หมอก็จะ start ยาให้เลย และให้จิตเวชนัดมาเข้าระบบดูแลต่อเนื่อง ”

“คนไข้ที่มา ไม่ว่าจะมื่ออาการทางจิตหรือเปล่านั้นส่ง counseling หมอ ยกเว้นรายที่มาช่วงวันหยุด บางคนแพทย์ก็จะให้กลับบ้านไปก่อน แล้วค่อยนัดมาให้ counseling วันหลัง ”

2.3 การดูแลด้านสังคม จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน การให้การดูแลด้านสังคมเป็นการให้คำปรึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ และ กระบวนการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย โดย ผู้ให้คำปรึกษาด้านสังคมเป็นพยาบาลจิตเวช จากการสัมภาษณ์พบว่า พยาบาลจากแผนกอื่น ๆ จะไม่มีแนวทางการดูแลด้านสังคม แต่จะเน้นการส่งมาให้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินและให้การดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“เวลาให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่ คำก็ส่งมาให้ฝ่ายเราทำ (จิตเวช)..... ก็ประเมินว่าคนไข้มีใคร หรืออะไรที่สนับสนุนทางสังคม ..ให้คำปรึกษากับญาติ ให้การให้การดูแลช่วยเหลือคนไข้ทั้งด้านร่างกาย การดูแลจิตใจ ...การช่วยเหลือกันเวลามีปัญหา.....จะดูก่อนว่าจะกลับไปบ้านมีใครดูแลหรือเปล่า ..ดูว่าคนไข้มีปัญหากับครอบครัว กับครอบครัว หรือคนใกล้ชิดหรือเปล่า ...ถ้ามีก็แก้ตรงนั้นก่อน ..ถ้ามีปัญหาอื่น ๆ ก็ต้องดูเป็นราย ๆ ไป ...”

“ที่ผ่านมาก็มีนะ ที่ส่งต่อไปปรึกษาทาง ศูนย์สงเคราะห์ หรือบ้านพักเด็กและสตรี ..ก็แล้วแต่สภาพปัญหาของคนไข้เป็นหลัก ”

“การดูแลด้านจิตสังคม ฝ่ายการเราไม่ชัดเจนเท่าไร ก็คนไข้ที่มาตัวตายมาทุกราย ก็จะต้องส่งจิตเวช...”

2.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลได้อนุญาตให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การเลี้ยงผี จากการสัมภาษณ์ โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยไป

ทำกิจกรรมตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาได้ เช่น การขอลากลับไปเลี้ยงผี การเรียกขวัญ การทำบุญ เป็นต้น ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก็มีคนไข้บางคนเค้าก็จะขอกลับไปเลี้ยงผีบ้าง เลี้ยงขวัญบ้าง ...แต่กำชับว่ายังไงต้องกลับมา ... ก็เห็นกลับมาทันอยู่นะ..ดิฉัน คนไข้เค้าจะได้มีกำลังใจ ..ส่วนใหญ่เป็นชาวเขานะ ... ลีซอ มูเซอ...ทำบุญกลับมา ก็จ่ายเต็มแขน..”

“บางมีเวลาเห็นคนไข้จิตตกมาก ๆ ก็ถาม ไม่กลับไปเลี้ยงผีหรือ ? จะได้สบายใจ”

“คนไข้บางคนกลับมา ก็จ่ายเต็มแขน เป็นเมื่อก่อนก็บ่นอยู่บ้าง ว่าสกปรก ...เดี๋ยวนี้ก็ทำใจยอมรับ ..ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้คนไข้สบายใจ”

3. ด้านระบบการดูแลรักษา การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้สุขภาพศึกษาและสุขภาพศึกษา การติดตามดูแลต่อเนื่อง

3.1.1 ด้านระบบการดูแลรักษา พยาบาลจิตเวชจะดูแลด้านการประเมิน คัดกรอง และให้คำปรึกษาแบบประทับประคอง รวมถึงสรุปผลการประเมินด้านจิตเวชให้กับแพทย์ และแพทย์จะมีหน้าที่ในการสั่งการรักษา โดยเฉพาะในส่วนที่ต้องการรักษาด้วยยา ในกรณีนอกเวลา จะเป็นดุลยพินิจของแพทย์ ในการวินิจฉัยและรักษา และนัดมาเข้าระบบการดูแลรักษาของงานจิตเวชในเวลาให้บริการของคลินิกสุขภาพจิตอีกครั้ง จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ถือว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ต้องสังเกตใกล้ชิด ต้องระมัดระวังความเสี่ยง เจ้าหน้าที่และผู้บริหารบางส่วนมองว่าการทำงานด้านการดูแลยังไม่ได้ทำงานเป็นทีม รวมถึงไม่ได้ทำงานอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดูแลแยกส่วน โดยให้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลทั้งหมด ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“คนฆ่าตัวตายก็ถือว่าเป็นกลุ่มที่ฉุกเฉิน ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ...ต้องระวังมากขึ้น เสี่ยง..กลัวเค้าจะมาฆ่าตัวตายในเวรเรา....

“ที่ว่าโรงพยาบาลของเรา ยังไม่เน้นการดูแล เป็นสหสาขาวิชาชีพ การดูแลของเราแยกส่วนอยู่ ตอนนี้พินิจถึง จิตเวชกับหมอเท่านั้นเอง”

“ผู้ป่วยทุกรายของโรงพยาบาลจะต้องส่งแพทย์ เป็นคนสั่งการรักษาทั้งหมด โดยเฉพาะที่ต้องเกี่ยวข้องกับยา”

“เราให้มีคลินิกจิตเวช ทุกวันจันทร์และวันพุธ ส่วนวันอื่น เราจะรับเฉพาะกรณีฉุกเฉิน ไม่สามารถจัดมากกว่านี้ได้ เพราะเจ้าหน้าที่เรา ยังมีงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ขนาดจัดอย่างนี้ เจ้าหน้าที่จิตเวช ยังแทบไม่มีวันที่ได้ออกพื้นที่เลย”

“รู้ว่าจิตเวชจะมีคลินิกทุกวันพุธ ส่วนวันอื่น ๆ ต้องโทรถามก่อนว่ารับคนไข้หรือเปล่า เท่าที่ทราบ ถ้าอยู่ก็จะรับคนไข้รู้สึกว่าจะมีวันจันทร์ อีกวันนะ คลินิกจิตเวช แต่ถ้าพี่ (พยาบาลจิตเวช) อยู่ หมอสั่งวันไหน ก็ต้องส่งหมด ยกเว้นพี่บอกว่าไม่ว่างจริง ๆ หรือรับคนไข้ไม่ได้”

“พี่จิตเวช จะเป็นประเมิน ให้คำปรึกษา และให้ข้อคิดเห็นเรื่อง ผู้ป่วย เรื่องโรคและความเสี่ยง ward ก็จะเอาไปรายงานแพทย์ อีกครั้งหนึ่งแพทย์จะสั่งการรักษา และ order ยาให้”

“การประเมินทางจิตจะเป็นจิตเวช ส่วนการรักษา เป็นหน้าที่ของแพทย์”

“บางที่แพทย์ก็ดูเอง ประเมินเอง วินิจฉัยและสั่งยาเองแต่จะ order ไว้ว่าให้นัดมาพบจิตเวช ที่เป็นนอกเวลา หรือ เสาร์-อาทิตย์นะคะ”

3.1.2 ด้านระบบการจัดการด้านกำลังคน ผู้รับผิดชอบหลักเป็นพยาบาลจิตเวช 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอโดยผู้รับผิดชอบงานจิตเวชจะต้องรับผิดชอบงานอื่นของกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน ร่วมกับการดูแลงานเรื่องจิตเวช ไม่สามารถจัดบริการด้านสุขภาพจิตได้เต็มเวลา คือสามารถจัดบริการได้ 2 วัน ต่อสัปดาห์ กรณีติดราชการหรือลา มีระบบการมอบหมายงาน แต่การรับมอบหมายงานยังไม่สามารถทำงานแทนได้อย่างครบถ้วน ดังข้อมูลสนับสนุนดังนี้

“พยาบาลจิตเวช ก็ไม่พอนะ ตามพี่ที่ทักถามมาก บางทีก็ไม่อยู่ บางทีพี่ (พยาบาลจิตเวช) ก็มีคนไข้เยอะ บางทีวันนึงต้องตาม 2-3 รอบ จนบางทีเราก็กลิ้งไปเลย แล้วก็ทำให้ lost”

“พยาบาลจิตเวชมีแค่คนเดียว น่าจะให้มีพยาบาลจิตเวช อีกคน หรืออย่างน้อยพยาบาลใน ward ที่จะสามารถให้คำปรึกษาได้ หรือ ไม่ก็ให้มีพยาบาลจิตเวช ที่ทำแต่งงานจิตเวชอย่างเดียว เพราะที่ผ่านมา พยาบาลจิตเวชก็ต้องรับงานอื่นด้วย ...ทุกวันนี้ก็จัดบริการ อาทิตย์ละ 2 วัน ยังไงมันก็ไม่พออนุแล้ว เพราะคนไข้ที่ถูกเงินอย่างฆ่าตัวตาย เราไม่รู้ว่าจะมาวันไหน เวรไหน... ถ้ามีคลินิกของจิตเวชทุกวันก็น่าจะช่วยให้เยอะ ...จะได้ไม่ lost....”

“ที่ผ่านมาเวลาจิตเวชไม่อยู่ พี่ก็รับคนไข้ให้ แต่ก็ไม่ได้ทุกรายหรอคะขึ้นอยู่กับความฉุกเฉิน ละก็ ขึ้นอยู่กับว่าพี่ งานยุ่งหรือเปล่า ถ้ายุ่งจริง ๆ ก็ปฏิเสธไปเลย พี่ก็รู้ว่ามีภาระงานจำเป็น และเวลาพี่แทน พี่ก็ช่วยได้เฉพาะบางเรื่อง อย่างการให้คำปรึกษาทั่วไป แต่พี่ก็ทำไม่ได้มากเท่าพยาบาลจิตเวช ...ก็พยายามจัดสรรให้ทำงานเต็มเวลา แต่งานอื่น ๆ ก็ยังมีความจำเป็น อย่างงานผู้สูงอายุ งานส่งเสริมการออกกำลังกาย มันก็ยังไม่ลงตัว ภาระงานของน้องเองก็ยังเยอะ พี่ก็รู้ว่าการในส่วนของจิตเวชน้องก็ยังทำได้ไม่เต็มที่ เพราะต้องออกไปทำอย่างอื่นด้วย”

3.2 ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จากการสัมภาษณ์พบว่า ในแผนกอื่น ๆ การดูแลส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล มากกว่า ต่อเนื่องไปที่บ้าน

การป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังออกจากโรงพยาบาล ยังเป็นหน้าที่ของงานสุขภาพจิต ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ที่ ward เราจะถือว่าคนฆ่าตัวตาย เป็น case ที่ต้อง observe คือถือว่ามีความเสี่ยง เราต้องระวังมาก ๆ เราเคยมีแนวทางของ ward ว่า คนฆ่าตัวตายทุกรายต้องมีญาติเฝ้า และ ต้องพบจิตเวชให้เร็วที่สุด”

“ก็ต้องระวังมาก ๆ กลัวเค้าจะมาตายในเวรเรา ต้องจัดเตียงไว้ในจุดที่พยาบาลเห็นได้ชัด in charge ต้องสามารถเช็คได้ทุก 2 ชั่วโมง”

“ก็มีว่า เราจะตรวจค้นอาวุธของผู้ป่วยด้วย ถ้าเจอก็จะขอยึดไว้ก่อน”

“ก็ระวังเต็มที่ ตอน admit แต่หลังจากนั้นก็เป็นที่ของ จิตเวชและญาติ”

“เราก็ consult จิตเวชขอให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้ายิ่งมาก ๆ และดูแลไม่ไหวก็จะรายงานแพทย์”

“หลังจากนั้น เราก็ไม่มีไรต่อแล้วนะ แต่คงจะเป็นทางจิตเวชที่ต้องดูแลต่อ อย่างที่เคยรู้นี้ก็ จะมีการนัดมาที่โรงพยาบาล อย่างบาง case ที่หลุด ได้ ออก โรงพยาบาลก็พบที่จิตเวช ก็นัดมาเจอจิตเวชอีกอาทิตย์หนึ่ง”

3.3 ด้านการให้สุศึกษาหรือ สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ จากการสัมภาษณ์ และการสังเกต เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ เนื่องจาก ไม่มีเวลา ไม่ทราบแนวทาง ไม่มั่นใจ สุขศึกษาที่ให้ในแผนกอื่น จะเป็นเรื่อง การกินยา การมาตรวจตามนัด และการให้ญาติติดตามดูแล โรงพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้สุศึกษาหรือ สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ไม่ได้ให้สุศึกษา ถ้าคนไข้เยอะ ช่วงไหนก็จะ lost ไปเลย ส่วนใหญ่เราจะแนะนำสั้น ๆ ข้างเตียงขณะที่ไป สอบถามอาการ”

“ก็เราก็มองว่าที่ไปพบจิตเวช คงได้ทุกอย่างครบแล้ว ทั้งสุศึกษา สุขภาพจิตศึกษา ทั้งการบำบัดด้วย.....ถ้า เสดไหนได้พบจิตเวช ก็แทบไม่ได้ทำอะไรต่อ แต่ยังไม่ได้พบ ก็จะแนะนำให้มาตรวจตามนัด”

“ก็แนะนำเล็ก ๆ น้อย ๆ เรื่องการกินยา การมาตรวจตามนัด....ก็ให้เท่าที่ได้ คนไข้ที่นี่เราต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า เรามีปัญหาเรื่องการสื่อสาร คุยได้ก็ทำให้ แต่ไม่ได้ก็ไม่ไหว....”

3.4 ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ จากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลมีแนวทางการฟื้นฟูสภาพโดย การเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีทั้งการเยี่ยมโดยพยาบาลจิตเวช และเยี่ยมโดยพยาบาลที่รับผิดชอบเยี่ยมบ้านประจำหมู่บ้าน แต่ที่ผ่านมายังไม่สามารถดำเนินงานตาม

แนวทางได้ทุกราย โดยมีการส่งผลงานสุขภาพจิตก่อนกลับบ้าน ยกเว้นกรณีผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันหยุดราชการ จะนัดมาพบงานสุขภาพจิตในภายหลัง ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“...ก็พยายามจัดการเวลา ให้ผู้รับผิดชอบสามารถออกเยี่ยมบ้านได้ แต่ปัญหาคือตารางเวลา ไม่สามารถลง ล็อกได้ เจ้าหน้าที่เรามีหลายงาน ในหนึ่งอาทิตย์ ถ้าไม่มีราชการด่วนอะไรขึ้นมา จิตเวชจะว่างให้เยี่ยมบ้านได้ ในวันพฤหัสบดี แต่ถ้ามีงานด่วนมากก็ไปไม่ได้ ก็เป็นข้อจำกัดที่สำคัญ ของ โรงพยาบาลเรา”

“เราก็มีเยี่ยมบ้าน ถ้าได้รับการส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน หรือ หมอส่งให้ไปเยี่ยม ก็ไป ส่วนใหญ่ก็เป็นพยาบาลเชิงรุก ประจำบ้านที่รับผิดชอบเยี่ยมครบคร่าวๆดูแลกันยังงี้ มียาอะไรที่ต้องทานต่อเนื่องไหม รึว่า ไปตรวจตามนัดหรือเปล่า...ที่ผ่านมาไปเยี่ยมบ้านคนฆ่าตัวตายมีน้อย ส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า”

“เรื่องการดูแลต่อ เราไม่ได้นึกถึง ยกให้เป็นหน้าที่ของพี่จิตเวชไปเลย แต่เราก็ดูแลเรื่องการนัดให้ในะคะ ”

“ส่วนชุมชน ไม่ได้นึกถึงเลยแต่บางทีก็มีนะ ให้ อสม. ไปตามดูคนไข้ ว่ากินยาหรือเปล่า หรือมาตามนัดหรือเปล่า ”

“ถ้าเจออนุติ ถ้าพี่บอกไว้ว่าขอพบญาติ ก็จะส่งไป แต่ถ้าไม่ได้ย้า บางครั้งก็จะลืมไปเลย บางทีก็แล้วแต่หมอแต่ก็คิดว่าญาติ เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด ในการกลับไปดูแลคนไข้ต่อที่บ้าน ก็พยายามจะให้กำลังใจญาติ และแนะนำญาติเรื่องการระวังที่บ้าน แต่ก็ทำไม่ได้ในทุกรายแล้วแต่ คนไข้บางคนไม่มีญาติมาด้วย”

3.5 ด้านระบบการประสานงานการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย จากการศึกษาจากเอกสาร พบว่าโรงพยาบาลไม่มีเอกสารที่ระบุแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน และจากสัมภาษณ์พบว่าไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนในระหว่างหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยการส่งต่อจะอิงตามระบบส่งต่อตามปกติคือใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ของหน่วยงาน การส่งต่อเป็นแบบทางเดียวไม่มีการรายงานตอบกลับ มีการนำกรณีที่เป็นปัญหาไปหารือในที่ประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการประสานข้อมูลเรื่องการดูแลกันระหว่างโรงพยาบาลกับ สถานีอนามัย ทั้งแบบเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ยังไม่มีความร่วมมือระหว่างสถานบริการกับ อสม. ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“จริง ๆ แล้วแนวทางที่เห็นนี้ยังไม่ชัดเจน แต่เคยมีการนำเข้าไปคุยใน Cup แต่ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เราไม่ได้เข้าประชุม Cup มันก็เลยไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้มีการทำต่อช่วงหลัง ๆ เราจะ

เอาข้อมูลคนไข้ที่ฆ่าตัวตายมาคุยกันใน Cup จะได้ให้ สอ.ติดตามไปในตัว แต่รูปแบบเราก็ไม่ชัดเจนนะ ก็อิงตามระบบปกติ...ส่งแบบใช้ใบ refer และมักไม่มีใบ refer ตอบกลับเท่าไร.... ”

“ในโรงพยาบาลเราจะโทรแจ้งพี่ (จิตเวช) ก่อน และนัดหมายเวลากัน และจะมีเจ้าหน้าที่จาก ward เดินไปส่งทุกราย.....เวลาโทรแจ้ง พี่ (จิตเวช) ก็จะสอบถามเบื้องต้นก่อน ว่าเป็นอะไร เหตุผลที่ส่งก็ตีเหมือนกัน เพราะบางที consult หลาย ๆ case ก็จะได้รู้ว่าอะไรก่อน และ หลัง พอพี่ (จิตเวช) counseling เสร็จ ถ้ามีอะไรที่สำคัญ จำเป็น ก็โทรมาแจ้งหัวหน้าเวร และบันทึกไว้ใน progress note ด้วยบางทีคนไข้ที่ เคลื่อนย้ายลำบาก ที่จิตเวชก็จะเองที่ Ward เลย แต่ก็ต้องบอกพี่ (จิตเวช) ก่อนว่าคนไข้เป็นยังไง”

“ก่อนถ้าเป็นใน โสภบาลก็จะมีปัญหาในการประสานนะ แต่จะมีปัญหาตอนเจ้าหน้าที่ (จิตเวช) บ่อย เพราะมักจะบ่มีคนแทน ขนาดจะถามเรื่องนัดวันหื้อมาเจอจิตเวช ยังบ่อยู่เรื่องเลย”

“ปกติ เราจะ ไม่ประสานตรงไปที่ สอ. นะ แต่จะแล้วแต่จิตเวช ว่า case ไหน ควรส่ง หรือ case ไหน ไม่ควร หรือเค้าจะเยี่ยมเอง.....คนไข้บางคนเค้าก็ไม่อยากให้ สอ. ไปเยี่ยมนะ ก็เลยไม่ส่ง.....”

“การประสานกับ สอ. ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามข้อมูล สอบถามข้อเท็จจริง และการรายงานสถานการณ์ ส่วนงานติดตามเยี่ยมบ้าน ยังเป็น โรงพยาบาลหรือ จิตเวชโดยตรงอยู่”

“ก้านประสานกับ อสม. เรายังบ่มีนา หรือมีแล้วมันบ่ชัดกบ่แน่นอน ใจ ยกเว้นจะขอหื้อเป็นปาแ้วบ้านคนไข้”

4. การดูแลและให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแล

การดูแลโดยผู้ดูแลจะมีรายละเอียดซึ่งประกอบไปด้วย ความครอบคลุมในการได้รับ สุขศึกษาของครอบครัวและผู้ดูแล ด้านความรู้ต่อวิธีการให้กำลังใจ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย และการส่งต่อ

4.1 ด้านการได้รับสุขศึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษา จากแบบบันทึก จากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลมีการให้บริการสุขศึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ดูแล โดยงานสุขภาพจิต เช่น การสอนเรื่องการทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตความผิดปกติ แต่มีผู้ดูแลบางคน ไม่ได้รับสุขศึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษาก่อนกลับบ้าน ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก็เคยมาหาหมอที่ห้องนี้ (ห้องให้คำปรึกษา) อยู่ครับ หมอก็อธิบาย ให้ฟังเรื่องของ แพน....ว่าต้องมากินยาทุกเดือน ให้พวกกันดี ๆ คอยดูว่าเขาเป็นยังงัยบ้าง”

“ก็เคยอยู่ค่ะ หมอก็สอนเรื่องการระวัง การกินยา ให้ญาติเป็นคนดูแลให้ ละก็ การดูแลสุขภาพผิดปกติ ”

“หมอก่อนสอนก่อนอุบะหื้อฟังอยู่อ๋ เป็นอุบะมากหลายเมวอยู่ เขาบ่ต้องไล่หมัดอ๋ ”
(หมอก่อนสอนก็พูดให้ฟังอยู่ หลายอย่าง จำไม่ได้ทั้งหมด)

“บ่มีเจ้า พอติต่อนหมอหื้อปึกบ้าน เจ้าก่อนบ่อยู่ เขาได้ปึกคนเดียว”

“ก็ตอนหมอให้กลับบ้าน เป็นวันหยุด หมอเขาบอกให้มาตรวจตามนัด ก็ไม่ได้มา”

“การสอนไม่ครอบคลุม...แล้วแต่ว่าพอมีเวลาหรือเปล่า.... แล้วแต่เวลามีมากน้อยคือถ้ายุ่งมาก ๆ ก็หลุดไปเลย”

“ถ้ามีญาติมาก็สอนญาติ ญาติไม่มีหรือไม่มาก็แล้วไป ไม่ค่อยได้ตามแต่หลัง ๆ นี่เราพยายามจะตาม อย่างน้อยการมีญาติก็ช่วยให้การดูแลเราครอบคลุมขึ้น...”

“ส่วนใหญ่ ถ้ามีญาติมาก็จะส่งให้พบพี่ (จิตเวช) ไปเลย...คือญาติบางคนก็ มีปัญหามากกว่าคนไข้อีก บางคนคอยถามโน่น ถามนี่ เรียกเรื่องอะไรที่ทำให้ไม่ได้...”

4.2 ด้านความรู้วิธีการให้กำลังใจ วิธีพูดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการเฝ้าระวังไม่ให้ทำร้ายตัวเองซ้ำ ใช้วิธีพูดให้กำลังใจ ปลอบใจ และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สร้างความเครียดให้กับผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“เวลาเขาเครียด ผมก็พูดดี ๆ บางทีก็พูดเล่นให้เขาสบายใจ บอกไปว่าอย่าเครียดมาก มีอะไรให้ปรึกษา ให้พูดกับผมได้ ”

“ก็พูดกันมากขึ้น แม่ก็ฟังลูกมากขึ้น พยายามเป็นที่ปรึกษาลูกพยายามเข้าใจลูกมากขึ้น ไม่อยากให้อยู่บ้านคนเดียว ชวนไปนั่นไปนี่ จะได้บ่่งอ่ม บ่อก็ดันัก”

“ก็พูดกันดี ๆ ไม่ด่าแล้ว เวลาเขาเริ่มขึ้นเสียงมา (โกรธ) เราก็ยอม ๆ ก่อน รออารมณ์ดี ๆ ค่อยคุยกันใหม่...ตอนนี้ผมก็ บ่ไปกินเหล้ากัน ๆ อย่างเมื่อก่อนแล้ว ...บ่อยากเห็นเขาเครียด...”

“บอกเขาว่าอย่าคิดมาก คิดมากก็เครียด เครียดแล้วก็ไม่ได้อะไรขึ้น คอยช่วยกันแก้ปัญหาทีละเรื่อง ทีละเรื่อง ทุกอย่างมีทางออก”

“ก่อนคอยหื้อกำลังใจ ...จวนเขา..บอกเขาว่าหื้อนึกถึงลูกนัก ๆ และคนดีอยู่ต่างหลัง ดีมันผ่านไปแล้วก่อจ้างมัน อย่าเอามาก็ดี หื้อมันเสียกำลังใจ”

“ผมก่อนพยายามบอก พยายามอื้อ บ่หื้อเขาก็ดันัก กินยาดีหมอหื้อเหี้ย เยี้ยะกันบ่ได้ ก่ออย่าฟังไปเยี้ยะเตื่อ คนจ้าวมีปะเลอะ”

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลบางส่วนทราบสาเหตุที่ญาติได้พยายามฆ่าตัวตาย ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก่อนรู้ ว่าตีเขาเอี้ยะ เพราะน้อยใจแม่”

“เขาก็ฉันนี่ เพราะเป็น โรคเครียด โรคซึมเศร้า ...อะหยังน้อย ก่อนเสียใจ น้อยใจ”

“เขาทะเลาะกันกับพ่อ เมื่อก่อนก็เป็นคนชอบเรียกดอยู่แล้ว แต่พอทะเลาะกันแล้ว เป็นมากขึ้น เขาบ่นให้ได้ยินหลายครั้ง ว่าเขาอยากตาย.....เป็นอารมณ์ ชั่ววูบของเขา เค้ก้วยรุ่น อารมณ์รุนแรง...”

“เป็นคำเหล่านั้นแหละหมอ เปอกินหน้า ๆ ก่อนเอาใจว่า ก่อน ใจหล้า ใจป้อด อะหังอิด ก่อก็ด ใจด้าย (เป็นเพราะเหล้า พอกินแล้วก็ อารมณ์เป็นใหญ่ คิดสั้น ๆ อะ ไรก็คิดจะตาย)....มันกิน เหล้าแล้วก่อนเป็นประสาท ตอนมะกินก่อนบ่อเป็นหัง เปอกินเข้าก็เอาแถมมา (เขากินเหล้าจนเป็นมี อาการประสาท ตอนไม่กินก็ไม่เป็นไร แต่พอกินก็มีอาการอีก) ”

4.3 ด้านการให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งในการทำกิจวัตรประจำวันและอื่น ๆ พบว่า ญาติส่วนใหญ่ไม่ได้ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เพราะผู้ป่วยสามารถทำได้ แต่ให้การช่วยเหลือ เช่น การดูแลเรื่องการกินยา การติดตามวันนัดหมาย การให้การช่วยเหลือด้านการงาน อาชีพ การเรียน การแก้ปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“แทบบ่ต้องจួយอะหยัง เพราะเขาก่อนทำได้ไหมด ...ก่อนคอยดูเรื่องก้านกินยา ยังต้อง คอยดูอยู่ กัวเขาเอี้ยะไปเรื่อยแหลม ไกลถึงวันนัดก่อนจะบอก เอาเขามาส่งโรงพยาบาล.”

“ก่อน ถ้ามีป็นหาเรื่องเฮียน เรื่องหยัง แม่ก็จะคอยจួយ เกยไปอู้ ไปอธิบายหื้อครูฟัง กัว ครูเป็นบ่อเข้าใจลูกเฮา”

“มีปัญหอะไรก็จะคอยแนะ ส่วนใหญ่เขาก็ทำเองได้ แต่ถ้าเขาขอให้ช่วยอะไรก็จะ คอยช่วยอยู่”

“ก่อนคอยดูอยู่ ว่าเขาอะไรไหวบ้าง อย่างงานไร ไม่ไหวก็ให้พัก ก่อนคอยถามตลอด ... ช่วงหลัง ๆ ก็ไม่ค่อยให้เขาไปช่วยงานที่ไรนะ เพราะเขาไม่มีแรง ... ไม่สบายตลอด ... ”

4.4 ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ญาติหรือผู้ดูแลบางส่วน สามารถประเมินความ ผิดปกติได้ เช่น การสังเกต ความผิดปกติ ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ก็ดูสีหน้าท่าทาง...หรือบางที ก็กินเหล้าเยอะขึ้น ... ”

“ดูคำพูดของเขา หรือไม่ก็ทางทางเงิบ ๆ เก็บตัว อันนี้ก็จะเริ่มผิดปกติ ... หมอบอก ว่าให้ดูคำพูดที่เหมือนจะสั่งเสีย ... ”

“ หมอสอนไปเยอะ แต่จำได้ว่า ให้ความคิดปฏิกิริยา มาก ๆ เช่น การพูดเหมือนสิ่งเสีย.. การที่อยู่ ๆ ดูเหมือนจะสบายใจขึ้น ”

4.5 ด้านการส่งต่อ กรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ ญาติส่วนใหญ่ ระบุว่าถ้าพบความผิดปกติ ก็จะนำส่งโรงพยาบาล หรือให้ผู้นำในชุมชน หรือ อสม. เป็นตัวช่วย ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“มีปัญหาก็กส่งมาหาหมอเลย ค่ะ ...หมอบอกว่าถ้ามีปัญหาก็กไม่ต้องรอมตามนัด มาก่อนได้เลย ... ”

“ปรึกษาผู้ใหญ่ในหมู่บ้าน หรือ อสม. ก่อน ลงมาช่วยกันพูด ไม่ไหวก็ส่งโรงพยาบาล”

“ปรึกษากับพี่น้องกันหลาย ๆ คน แล้วก็พาไปโรงพยาบาลค่ะ”

“เปรมีหัง ก้อมาหาหมอ มาอุบมาปรึกษาหมอก่อน เปอว่าจำเ็น ก้อเอามา โสงยา ... แหม่งหมอเป็นจ๊วยอุบ จ๊วยตวย ”

5. การสนับสนุนช่วยเหลือของแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ

ด้านการช่วยเหลือของแกนนำชุมชนได้แบ่งออกเป็นด้านการอบรมแก่แกนนำอาสาสมัคร ความรู้ของแกนนำ การดูแลช่วยเหลือ และวิธีการ

5.1 การได้รับการอบรมของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาจากเอกสาร พบการอบรมแกนนำชุมชนในปี 2550 จำนวน 1 ครั้ง และมีตัวแทนหมู่บ้านที่เข้าอบรมกิจกรรมด้านสุขภาพจิตเพียงบางส่วนไม่ครอบคลุมทั้งหมด จากการสัมภาษณ์มีเฉพาะบางหมู่บ้านที่เคยผ่านการอบรม แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมกิจกรรมด้านสุขภาพจิต หรือ กิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหามาดำเนินการ รวมทั้งส่วนใหญ่ต้องการให้มีการอบรมต่อเนื่อง และให้ อสม.คนอื่น ๆ ได้เข้าร่วมอบรม ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“เคยอบรมมาแล้วเมื่อ 2 ก่อนค่ะ ”

“มีพี่ อีกคนมาอบรม เพราะปีนั้น มาเข้าอบรมได้แค่ 2-3 คน เห็นเขาเอาแบบสอบถามมา ถามคนในหมู่บ้านด้วย”

“ในหมู่ อสม.เราก็กียังเข้าไม่ครบ ทุกบ้านเลย ปีก่อนนั้นมี แค่ 5-6 หมู่บ้านเอง แลแต่ละบ้านเข้าอบรมบ้านละคนสองคน คือไม่ได้เข้าจนครบ ..ถ้าต้องกลับมาเยี่ยมคนไข้กลุ่มนี้ น่าจะเข้าอบรมทุกคนนะ ”

“ไม่เคยรู้เรื่องมาก่อน ไม่เคยอบรมค่ะ....แต่มีพี่ในหมู่บ้านเดียวกันมาเข้าอบรมแล้วก็เข้าอบรมได้ไม่ครบทุกคน ...น่าจะเข้าอบรมมากกว่านี้ จะได้มาช่วยกัน .. ”

5.2 ด้านความรู้ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการสัมภาษณ์ พบว่า เกณฑ์นำชุมชนด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มั่นใจในการให้การให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“จริง ๆ แล้วยังไม่รู้ ว่าต้องดูแลยังไงยังไม่รู้ค่ะ เพราะยังไม่เคยเข้าอบรมมาก่อน”

“รู้นิด ๆ หน่อย ๆ หมดก็มักจะเอาเรื่องนี้เวลาเมื่ออบรม อสม. แต่ไม่ได้รู้ว่า ตกกลุ่มนี้ต้องดูแลพิเศษยังไง”

“ก่อนบ่มั่นใจ ว่าจะช่วยจะใคร สู้ก่อนสู้บ่ได้”

“เราก็ให้การดูแล ช่วยเหลือไปรอบใจตามที่เรทำได้ ทำ ๆ กันอยู่ แต่ก็ไม่ได้อบรมหรือรู้จริง ๆ จัง ๆ ”

5.3 ด้านการดูแลช่วยเหลือแก่คนในชุมชนโดยเกณฑ์ด้านสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ พบว่า เกณฑ์นำชุมชนด้านสุขภาพ บางส่วนมีการดูแลช่วยเหลือกัน แต่ไม่คลุมทุกราย และมักเป็นไปกรณีที่รู้จักกันเป็นส่วนตัว หรือมีความสนิทสนมกัน โดยจะเป็นการไปเยี่ยมเยือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่ได้ทำเลยเพราะไม่มั่นใจ ไม่กล้า ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“ที่ผ่านมาไม่เคยไปเยี่ยมคนกลุ่มนี้เลย...มีอีกคนไปเยี่ยม พอเราไม่ได้อบรม ก็ไม่มั่นใจเท่าไร...ให้คนที่เคยอบรมเขาไป”

“เคยอยู่เจ้า ก่อนเป็นคนในบ้านเดียวกัน บ้านใกล้เรือนเคียงกัน เคยเบิ่งกันเนาะ ก่อนไปแอ่วหา ไปอู้ ไปหื้อกำลังใจ เป็น อยากหื้อเป็นสัว่หาพร้อมจะเป็นกำลังใจหื้อ ไปแนะนำเป็นว่า ถ้าตักใจจะหยั่ง ก่อนมาอู้กัน มาปรึกษากันได้ บ่อไหวเหลือแก่ก่อนจะแนะนำหื้อเป็นมาหาหมอ”

“ไปแอ่วหาอยู่พ้องครีบ ก่อนมีบ่อบ่อเนาะ แต่รู้จักกันก่อนไปหาอยู่ เอาขนมอะไรยังไปเยี่ยม ไปอู้หื้อเป็นสบายใจ หื้อเป็นมองโลกในแง่ดีพ้อง บอกเป็นว่ายังมีคนดีห้วงอยู่”

“ไม่ค่อยได้ไปทุกคนนะ ก็ไปเฉพาะคนที่รู้จักสนิทกัน ถ้าไม่สนิทก็กลัวเขาจะอาย กลัวเขาไม่ต้อนรับ”

“ความดีเขาเป็น อสม. ความจริงเขาก่อไว้ใจ จួយเขาได้นักเนาะ ถ้าเขาเปิดนา ...ถ้าสนิทกันก่อนจะ หื้อคำปรึกษาเขาเนาะอย่างว่าควรเยี่ยจะใคร ควรคิดจะใคร ...แนะนำหื้อไปวัดไปวาพอง ทำบุญ ใจจะได้สบาย ... ”

“ก็ไม่ค่อยกล้าไปเท่าไร.. อย่างวัยรุ่นที่กินเหล้า แล้วก็กินยา .. กลัวไปแล้ว เดี่ยวจะหาว่าเราไปยุ่งเรื่องของเขา”

“เจ้าก้อ ไปแ้วไปสอบถามว่าเป็นมีปิ่นหาอะหยั่ง ก้อจ๊วยแนะนำไป บางทีก้อหื้อกำลังใจ ก้อบอกเป็นไป อย่าก็คั่นก หื้อลูกมาทำอย่างอื่น พ่อง ลูกมาแต่งตัวงาม ๆ ดูแลตัวเก่า ออกไป กาดไปรี กับเป็นพ่องและก้อแนะนำเป็น กำนกิ้นหยุกกิ้นยา หื้อเป็นไปตรวจตามนัดหยี”

ส่วนที่ 4 ด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้การดูแลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ความรู้ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล หลังได้รับการดูแลรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจากโรงพยาบาลปางมะผ้า

1.1 จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตัวเองด้านการดูแลตัวเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น หลังจากได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลปางมะผ้า เช่น มีการหาคนช่วยให้การช่วยเหลือ หาที่ปรึกษา การทำบุญ การใช้เวลาว่าง การเลิกดื่มสุรา การทานยา การมาตรวจตามนัด และการสื่อสารตรง ๆ เป็นต้น แต่มีบางคนที่พฤติกรรมไม่เปลี่ยนมาก ดังข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“หลังจากที่มาคุยกับพยาบาล ช่วงที่นอนโรงบาล ..เวลาไม่สบายใจ ก็คุยกับแม่ เล่าให้แม่ฟังเมื่อก่อนจะไม่ค่อยพูด คิดว่าแม่ไม่เข้าใจ....พอช่วงหลังที่มานอนโรงบาล หนูก็เข้าใจแม่มากขึ้น ...เลยคุยกันมากขึ้น กล้าปรึกษาแม่มากขึ้น ...”

“หลังมานอนโรงบาล ก็ดูแลตัวเองไม่ให้เครียด ..เวลาเครียด ก้อไปวัด ไปทำบุญ ..สบายใจก็ไป... ไม่สบายใจก็ยิ่งไป ไปปฏิบัติธรรม”

“หลังจากมานอน โรงบาลครั้งที่แล้ว ที่ได้คุยกับหมอ...ผมเลิกกินเหล้า ถ้าจำเป็นต้องกิน ก็กินนิดเดียว กินแล้วรีบกลับ.....”

“หนูกลับมาคิด เคยเสียใจมากที่ตัดสินใจ อย่างนั้น ตอนนี้จะคิดถึงลูกมากขึ้น คิดถึงคนที่เสียใจขึ้น เวลานี้เวลาไม่สบายใจ จะนึกถึงลูก ...เราต้องอยู่เพื่อลูกไม่ฆ่าตัวตายแล้ว ความคิดเปลี่ยนไปแล้ว ไม่อยากเอาชีวิตของตัวเองมาต่อรอง เอามาเสี่ยงมันไม่คุ้ม ดายไปแล้วก็ไม่ได้แก้ปัญหาอะไรตอนนั้นมันคิดแบบชั่ววูบ ตอนนี้อยู่ไม่คิดแล้ว.....”

“เมื่อได้อุบจอมหมอ ก้อได้รู้ว่า...อยู่ก้อเหลว ซึกก้อเหลวบ้างป้อกบ่อป้อองได้ (หลังจากได้มาคุยกับหมอ ก็รู้ว่าการอยู่คนเดียวคิดแก้ปัญหาคนเดียวบางครั้งก็หาทางออกไม่ได้) ..เปอบ่อสบายใจ ก้อจะออกกว่าเหล่หา ก้อ กว่าอุบจันใจหลีม่าอ่อ (ถ้าไม่สบายใจจะไปหาเพื่อน ไป

คุยระบายจนสบายใจขึ้น) เปอมีป็นหา ก่อพยายาม จะไปอยู่ก่อเหลว ..(เวลามีปัญหา ก็พยายามไม่อยู่คนเดียว) ”

“ก็ถึงตอนที่ได้มาอยู่กับหมอ ว่าเขาต้องบอก ต้องอยู่กับตามชื่อ .. ก่อบอก ก่อขอเขาตรง ๆ เข้า ว่าขออย่ากินเหล้า เพราะว่าเขากินแล้วเขาก็บ่อสบายใจ บอกลูกว่าหื้อจួយงานแม่พ่องลด ๆ ก้านไปเล่นไปแอ่ว แพนก้อลด ๆ เหล้าลงบ่าแล้วกินแกก้อกินบ่อนัก ลูกบ่าแล้วดูแลแม่นักขึ้นออกโสบาลมานี้ก้อกินยาดีหม้อหื้อตลอด มาตรวจตามนัดตลอด หมอบอกว่าเป็นโรคซึมเศร้า ต้องกินยาเป็น 6 เดือนป้า ...”

“หลังมานอนที่โรงบาล ก็ ไม่มีอะไรมา พ่อก้อยของพ่อ หมอก้อยของผม พอไม่ต้องเกี่ยวข้องกับมากก็ไม่เท่าไร ผมคิดว่ามันอยู่ที่ใจ ที่ผ่านมาระอ้อนเอง ผมก็เป็นอย่างเดิมนี่แหละ ...เวลาผมเครียด ๆ ก็ไปเตะบอลกับเพื่อน เวลาออกแรงมาก ๆ เหนื่อยมาก ๆ แล้วสบายใจดีครับ หรือไม่กี่หาอะไรทำให้มันยุ่ง ๆ จะได้ไม่คิดมาก กลางคืนก็นอนหลับดี ”

1.2 การติดตามดูแลต่อเนื่องโดยโรงพยาบาล ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยการนัดมาที่โรงพยาบาล มีส่วนน้อยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่มีการเยี่ยมโดย อสม. หรือแกนนำชุมชน แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่ได้รับการติดตามดูแล เนื่องจากไม่ได้อยู่บ้าน บางคนทำใบนัดหาย อ่านหนังสือไม่ได้จึงไม่ได้มาตรวจตามนัด ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“หมอนัดให้มาโรงพยาบาล สองเดือนี่ละ ก่อมาตามนัดอยู่”

“หมอนัดมาตรวจ มาอย่าต่อดีโง่ยา ... ต่อนไ้นก้อยกียายอยู่หมาไล่มาตีเ็น” (หมอนัดมาตรวจมาเอยาที่โรงพยาบาล ตอนนีกียกียายอยู่ ไม่ได้มาที่บ้าน)

“หมอที่ โรงบาลเคยไปเยี่ยมที่บ้านกะ 2 ครั้งมั้ง ... แต่ อนามัย ไม่มีมานะไม่เห็นมี อสม. มาเลย”

“อสม. ก็มาอยู่กะ รู้จักกัน บ้านใกล้กัน ตอนออก รพ. ใหม่ ๆ เขาก็มาอยู่”

“หมอนัด แต่ผมก็ไม่ได้ไป ช่วงนั้นออกไปทำงาน ต่างจังหวัดพอดี อาจจะมีใครมาเยี่ยมหรือเปล่า ผมก็ไม่แน่ใจ ผมอยู่ข้าง ไม่อยู่ข้าง”

“..เข้าอ่านลิกไปไล่ เปอลูกหลานไปมาเ็น ก่อไปมีไฟลมาอ่านเหม่ง กามาลาด” (อ่านหนังสือเองไม่ได้ หากลูกหลานไม่มาดูให้ก็ไม่มีใครมาช่วยอ่านหรือบอก)

ด้านการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยญาติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเป็นเรื่องของการดูแลการกินยา การมาตรวจตามนัด การช่วยเหลือโดยญาติ ดังข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้

“แม่คอยดูแลค่ะ เรื่องยา เรื่องอะไร คอยมาส่งที่โรงพยาบาลตอนหมอนัด..”

“แฟนคอยดูแล เรื่องยานี้ย้ำตลอดเลยค่ะ...คอยถามด้วยว่า หมอนัดเมื่อไหร่..ใกล้รึยัง”

“แฟนก้อโดยหลิ ตั้งแต่ออกโงงหมอมมา ...เฮ็ดก้านไปไ้เเขาเกอเฮ็ดเหม่ง ..(แฟนก็ดูแลดีตั้งแต่ออกโรงพยาบาล ทำงานไม่ไหวเขาก็ช่วย ..)”

1.3 จากการสัมภาษณ์รายกลุ่มด้านความพึงพอใจต่อการดูแลของโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาล มีบางส่วนที่รู้สึกทางลบต่อการให้บริการในบุคลากรบางคนของโรงพยาบาล

“ที่ รอดมาได้ก็เพราะหมอช่วย ไม่อย่างนั้นก็ไม่รู้จะเป็นยังงั้รู้สึกดีกับโรงพยาบาล...”

“...ดีเฮาหายไ้...เฮาก่อจมนะ...หายมาเป็นคน คีนไ้ ก่อหลินะ....”(ที่หายไ้ ก็ชื่นชมหมอ ที่ช่วยไ้ ไม่ตายไ้)

“หมอบางคนก็พูดดี สอนดี ดูแลก็ดี...”

“มีอย่างหนึ่ง มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคนหนึ่งบอกว่า คนกินกรั้มม็อกโซลดายทุกราย ต้องดูอาการภายใน 7 วัน ถ้ารอดไ้ก็เ็นปฎิหาริย์ รู้สึกเสียใจมากที่ไ้ยืนยังงั้น สงสารลูก....”

“ก็เคยถามเขาดี ๆ เขาก็ไม่ตอบ เราก้ไม่กล้า ถามต่อ ... แต่ ส่วนมากหมอเขาก็ดูแลดี พูดดี ...”

2. การรับรู้การดูแลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ดูแล หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ดูแล หลังได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรม: โปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	2.90	0.88	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ : ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.20	0.42	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของเป็นท่านอย่างไร	1.70	0.48	ปานกลาง
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์เกี่ยวกับการตรวจ ต่าง ๆ การรักษาและสิ่งที่สามารถคาดหวังได้เป็นอย่างไร	2.40	0.52	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจที่จะตอบคำถามของท่านอย่างไร	2.40	0.70	ดี
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลอย่างไร	2.70	0.67	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.80	0.63	ดี
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	3.10	0.57	ดีมาก
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	2.60	0.52	ดี
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจและมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่านต้องการอย่างไร	2.80	0.42	ดี
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่าน มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญเพียงใด	2.40	0.52	ดี
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	3.00	0.47	ดีมาก

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ เป็น อย่างไร	3.10	0.74	ดีมาก
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็น อย่างไร	2.90	0.88	ดี
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้น หลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	3.0	0.82	ดีมาก
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถาน บริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจาก ท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	2.50	0.53	ดี
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็น อย่างไร	3.00	0.67	ดีมาก
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล: จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการ ช่วยเหลือเพียงใด	3.30	0.82	ดีมาก
ค่าผลรวม	2.71		ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจากทีมสุขภาพ
มีค่าเฉลี่ย 2.71 ซึ่งอยู่ในระดับดี การรับรู้ที่มากที่สุดได้แก่ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแล
การให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรี ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ การให้
ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากกลับบ้าน ภาพรวมของคุณภาพ
บริการ และด้านผลลัพธ์ของการดูแล ซึ่งจะอยู่ในระดับ ดีมาก ส่วนด้านที่มีคะแนนในระดับ
ค่อนข้างต่ำ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเป็น 1.70

ตารางที่ 7

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของกลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย
จำแนกรายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแล	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรม: โปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	2.60	0.70	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ : ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.60	0.52	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของเป็นท่านอย่างไร	2.50	0.53	ดี
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์เกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ การรักษาและสิ่งที่สามารถคาดหวังได้เป็นอย่างไร	2.70	0.48	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจที่จะตอบคำถามของท่านอย่างไร	2.50	0.53	ดี
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลอย่างไร	2.3	0.48	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็นอย่างไร	3.30	0.48	ดีมาก
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	3.20	0.42	ดีมาก
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	2.80	0.42	ดี
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจและมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่านต้องการอย่างไร	2.80	0.42	ดี
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่าน มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญเพียงใด	2.70	0.52	ดี
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	2.80	0.48	ดี

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและการแปรผลของคะแนนการรับรู้การดูแลของกลุ่มครอบครัวและผู้ดูแลผู้ที่ย้ายมาด้วย
จำแนกรายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแล	$\bar{x}$	SD	ระดับ
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร	3.40	0.42	ดีมาก
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	3.30	0.48	ดีมาก
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	2.80	0.42	ดี
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถานบริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	3.00	0.00	ดีมาก
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร	3.20	0.63	ดีมาก
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล:จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด	3.50	0.71	ดีมาก
การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ที่ย้ายมาด้วย	2.88		ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ดูแลจากทีมสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 2.88 ซึ่งอยู่ในระดับดี การรับรู้การดูแลในด้านที่มากที่สุด ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแล ด้านความมั่นใจและการไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ ด้านความสุภาพอ่อนโยนและเป็นมิตร เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการ ด้านภาพรวมคุณภาพการดูแล และจากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

3. ผลของการดูแลตามแบบรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลปางมะผ้า

ตารางที่ 8

แบบรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

องค์ประกอบตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	สรุปผลการประเมินประจำปี		
		ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
1. อัตราการได้รับการบริการด้านสุขภาพจิต เช่น การให้คำปรึกษา การได้รับจิตบำบัด ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย	100	61.90	75.00	68.75
2. อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตาย	100	61.90	75.00	56.25
3. อัตราการติดตามรักษา ต่อเนื่องในผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า	100	0.00	50.50	25.00
4. อัตราการได้รับการให้คำปรึกษา ครอบครัวในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มา รับบริการจากโรงพยาบาลปางมะผ้า	80	33.33	50.00	25.00
5. อัตราการได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ครั้ง	80	28.75	62.50	68.75
6. อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยได้รับ การดูแลจากการพยายามฆ่าตัวตาย	0	4.76 (1 ราย)	6.25 (1 ราย)	0.00
7. อัตราความครอบคลุมของการบันทึก รายงาน 506 DS	100	100.00	100.00	100.00
8. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ได้แก่ การประเมินอาการสำคัญ การวินิจฉัย การ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การ รักษาพยาบาล และการส่งต่อ	80	61.90	75.00	68.75

จากตารางที่ 8 พบว่า ตามแบบรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ที่สามารถทำได้ครอบคลุม ร้อยละ 100 คือ อัตราการครอบคลุมของการบันทึกรายงาน 506 DS โดยทำได้ครอบคลุม ร้อยละ 100 ทั้งสามปี ส่วนกิจกรรมที่มีความครอบคลุมต่ำที่สุดคือ อัตราการติดตามรักษาต่อเนื่องใน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า และอัตราการ ได้รับการให้คำปรึกษารอบครัวในผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายที่มารับบริการจากโรงพยาบาลปงมะผ้า

รักษาต่อเนื่องในผู้ที่ฆ่าตัวตาย ซึ่งทำได้เพียง ร้อยละ 0, 50.5 และ 25.00 ตามลำดับ ตาม และอัตราการให้คำปรึกษารอบครัว การคัดกรองภาวะซึมเศร้า



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

**ผังสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ยาฆ่าตัวตายที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน**



**ผังสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน**



**ผังสถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการใน
โรงพยาบาลปางมะผ้าจังหวัดแม่ฮ่องสอน**



การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ การวิจัยได้ดังนี้

ด้านโครงสร้างของระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ของหน่วยงาน

1. ด้านลักษณะขององค์กร (Organization characteristic)

1.1 ด้านนโยบายและแผนการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลปางมะผ้า ไม่มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่มีแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของพื้นที่ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลปางมะผ้าได้ประกาศว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ แต่ไม่มีนโยบายและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนที่ชัดเจนในด้านการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย การรับรู้ต่อนโยบายและแผนการดำเนินงานของ และพบว่าบุคลากรบางส่วนไม่ทราบว่ามีนโยบายหรือแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2553 มีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต โดยก่อนปี พ.ศ.2551 ไม่มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเลย (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) และโรงพยาบาลเห็นว่า การลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสำคัญกว่าการดูแลรักษา อีกทั้งยังไม่มีแผนการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ เช่นกัน จากข้อมูลดังกล่าวอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลปางมะผ้า เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ซึ่งจัดเป็นสถานบริการทางสุขภาพขั้นทุติยภูมิ การกำหนดนโยบายจะต้องถูกกำหนดโดยผู้บริหาร นโยบายที่กำหนดไว้ในระดับโรงพยาบาลมักเป็นโรคที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน ตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) การจัดทำแผนการดำเนินงาน และการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล หน่วยงานย่อยจะเป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผน แล้วเสนอผ่านคณะกรรมการบริหาร พิจารณาทั้งหลักการและงบประมาณ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2552) ทิศทางของการพัฒนางานนอกจากจะเกิดจากผู้รับผิดชอบยังต้องได้รับความเห็นชอบจากกรรมการบริหารอีกด้วย ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่พยายาม ฆ่าตัวตาย ได้มีแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ที่ทำร้ายตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง ซึ่งได้จัดทำขึ้นโดยงานสุขภาพจิต

(โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ได้มีการขอความร่วมมือให้ใช้แนวทาง และกลายเป็นแนวทางที่ปฏิบัติต่อกันมา

การกำหนดนโยบายมีความสำคัญที่จะทำให้องค์กร สามารถบรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการทำงานได้ และต้องมีความเหมาะสม ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และถ่ายทอดลงสู่แนวทางปฏิบัติงานได้ ไม่ว่าจะเป็นทั้งคำพูด หรือการบันทึกอย่างเป็นทางการ โดยลักษณะอักษร ซึ่งถ้าการสื่อสารนโยบายทั่วถึง บุคลากรรับทราบด้วยดี ก็จะปฏิบัติด้วยความเข้าใจ (Marriner-Tomey, 2004) โดยอรรถพร ดวงจันทร์ (2547) กล่าวว่า ในมาตรฐานการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระดับโรงพยาบาลชุมชนควรกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนเพื่อลงสู่การปฏิบัติ ทั้งด้านระบบบริการและการพัฒนาบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าหากหน่วยงานไม่มีนโยบาย ทำให้ผู้ปฏิบัติก็ปฏิบัติตามแนวทางที่ต่างกันไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ อีกทั้งยังมีการรับรู้ต่อนโยบายและต่องานที่ปฏิบัติที่ต่างกันด้วย การจะแก้ไขและพัฒนาเรื่องคุณภาพของการดูแลที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบจึงมีความจำเป็นอย่างมากในการกำหนดให้มีนโยบายและการสื่อสารนโยบายที่เหมาะสมกับองค์กร การกำหนดนโยบายการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จะสามารถทำให้บุคลากรเกิดความตระหนัก และนำลงสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ สอดคล้องกับ ทวีป ศิริศรี (2545) ที่กล่าวว่า นโยบายเปรียบเสมือนเครื่องมือสำหรับผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการพัฒนาองค์กรและนำมาเป็นกรอบชี้้นำการปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานจึงควรเริ่มต้นตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญในงานพัฒนาการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ (Marriner-Tomey, 2004) จะทำให้ทิศทางในการพัฒนาการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

1.2 ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร จากการศึกษา งานสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน

กรอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ไม่ได้มีการมอบหมายงานด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นการมอบหมายงานตามความเกี่ยวข้อง คือ มอบหมายให้พยาบาลจิตเวชในการดูแลให้คำปรึกษาแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล สำหรับพยาบาลจิตเวชซึ่งอยู่ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นงานหลักจะมีงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ งานส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นงานรอง แต่ความรับผิดชอบในงาน ไม่ได้มีการมอบหมายงานอย่างชัดเจน แต่จะรับมอบงานตามความเกี่ยวข้องของงานนั้น ๆ ด้วย ทำให้กรอบและขอบเขตของงานไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ รู้สึกว่าไม่มีส่วนร่วม หรือมีส่วนเกี่ยวข้องน้อย ขาดการทำงาน

เป็นทีม ไม่เกิดการปฏิบัติงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังที่ มาริเนอร์-ทอมมี (Marriner-Tommy, 2004) กล่าวว่า โครงสร้างองค์กรต้องมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ เขียนระบุไว้อย่างชัดเจน และสื่อสารให้บุคลากรได้รับทราบทำให้เกิดการยอมรับ ให้ความร่วมมือในการทำงาน โดยการระบุรายละเอียดของโครงสร้างดังกล่าว ควรระบุให้ชัดทั้งสายการบังคับบัญชาและสายของการประสานงาน ซึ่งจะสามารถระบุถึงขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามตำแหน่งที่รับผิดชอบ ซึ่งโครงสร้างที่ดีนั้น จะทำให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะจะช่วยเป็นเครื่องมือชั้นนำเชื่อมโยงให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2549) อีกประการหนึ่งที่จะสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล คือการให้แต่ละจุดที่เกี่ยวข้องมีผู้รับผิดชอบดูแล ดังที่ อรวรรณ ดวงจันทร์ (2547) กล่าวไว้ในมาตรฐานการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระดับโรงพยาบาลชุมชนควรกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนเพื่อลงสู่การปฏิบัติ ทั้งด้านระบบบริการและการพัฒนาบุคลากร และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานทั้งในหน่วยงานและชุมชน แต่งตั้งผู้รับผิดชอบอย่างครอบคลุมทั้งงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (อรวรรณ ดวงจันทร์, 2547) ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างมีระบบและอาศัยความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพ เนื่องจากเป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง และมีความซับซ้อน แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายประกอบด้วย การประเมินอย่างครอบคลุม การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน (Isaacs, 2000; กรมสุขภาพจิต, 2547)

2. ด้านทรัพยากรบุคคล (Human resource)

2.1 ด้านทรัพยากรบุคคล จากผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่า บุคลากรไม่เพียงพอในการทั้งในงานสุขภาพจิตและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะที่จำเป็นต่อการให้คำปรึกษาหรือการให้การพยาบาลด้านจิตสังคม หน่วยงานยังขาดการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ได้จริง ไม่มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพคนด้านการดูแลจิตสังคมของผู้ป่วย อภิปรายได้ว่าเนื่องจากข้อจำกัดขององค์กรที่มีจำนวนบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอต่อการจัดสรร อีกทั้งรูปแบบของการบริหารงานสาธารณสุขของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปางมะผ้า ที่มีการจัดการบริการแบบเชิงรุก ซึ่งบุคลากรพยาบาลทุกคนต้องมีหมู่บ้านที่รับผิดชอบ และต้องออกปฏิบัติงานเชิงรุกดังกล่าวนี้ทุกหมู่บ้านทุกสองเดือน เหตุผลดังกล่าว ทำให้องค์กรมีปัญหาเรื่องความคล่องตัวของการจัดกำลังคนและการสำรองกำลังคน ซึ่งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอัตรากำลังคนของโรงพยาบาลไม่เพียงพอทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งส่งผล

ให้บริการการดูแลไม่ทั่วถึง ต้องรอนานและการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล ต่อผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ความพึงพอใจในประเด็นดังกล่าวจึงค่อนข้างต่ำ อีกทั้งโรงพยาบาลก็ได้รับการร้องเรียนในเรื่องบุคลากรน้อยและระยะเวลาในการรอคอยนานหลายครั้ง (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่มีต่ออัตราป่วยและอัตราตายในผู้ป่วย ผลวิจัยระบุว่า การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพโดยผสมผสานระดับทักษะ (Skill mix) จะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราอุบัติการณ์ของการให้ยาผิดพลาด ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของระดับความพอใจของผู้ป่วย (Blegen, Goode and Reed, อ้างในกาญจนา คงแก้ว, 2007) ส่วนงานสุขภาพจิต ซึ่งอยู่ในกรอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีผู้รับผิดชอบงานเพียง 1 คน ซึ่งต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ ของกลุ่มงานเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ต้องรับผิดชอบอยู่ เช่น งานบำบัดยาเสพติด งานบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ งานส่งเสริมการออกกำลังกาย (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2549) การจัดการด้านกำลังคนของกลุ่มงาน ในงานที่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก เช่น การต้องปฏิบัติงานช่วยคลินิกของงานส่งเสริมสุขภาพ 2 วันต่อสัปดาห์ เหล่านี้ทำให้ผู้รับผิดชอบมีข้อจำกัดเรื่องเวลาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้เต็มเวลา โดยสามารถให้บริการงานสุขภาพจิตได้เพียง 2 วันต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มงานก็ยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการเรื่องการทดแทนกำลังคน เช่น ยังไม่สามารถจัดหาผู้ปฏิบัติงานแทนกรณีเจ้าหน้าที่ติดราชการอื่น โรงพยาบาลไม่มีนโยบายการส่งบุคลากรไปศึกษาต่อด้านการพยาบาลจิตเวช ปัญหาเหล่านี้ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานและคุณภาพของงานด้านการบริการงานพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในระเบียบปฏิบัติ โรงพยาบาลจัดให้มีการทดแทนกำลังคนโดยให้มีระบบการมอบหมายงาน ซึ่งให้มีการมอบหมายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรไม่ว่าจะเป็นการลาพักหรือไปราชการ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2552) แต่ในทางปฏิบัติมีการมอบหมายงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ผู้รับมอบหมายงานไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนผู้รับผิดชอบ และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการจัดการด้านกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การขาดแคลนกำลังคน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ซึ่งมีภาระงานมาก ให้ความสนใจต่อการดูแลด้านจิตใจลดลง และมุ่งเน้นในการดูแลความเจ็บป่วยด้านร่างกาย รวมถึงการมีแนวคิดแยกส่วนที่ว่า พยาบาลจิตเวชดูใจ พยาบาลทั่วไปดูกาย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจัดเป็นผู้ป่วยประเภทที่ต้องสังเกตอาการ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2549) ซึ่งจะต้องมีความถี่ในการเข้าสังเกตอาการและประเมินอาการจนถึงเฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ความเสี่ยงต่อการหลบหนี และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จึงเป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ อีกทั้ง

ทัศนคติของผู้ให้การดูแลต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นทัศนคติในด้านลบ เช่น รู้สึกเครียด เบื่อหน่าย รู้สึกกลัว รู้สึกกังวล ระวัง และไม่มั่นใจ มีผลต่อการตัดสินใจเข้าให้การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ป่วย และยกให้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ ปัญหาที่พบคือ ทำให้ขาดความครอบคลุมในการดูแลด้านจิตใจ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วย โดยพยาบาลจิตเวชต้องดูแลผู้ป่วย ในอัตราส่วน 1:15 ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และเวลาในการดูแลผู้ป่วย อัตราส่วนของการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวจึงถือว่าเป็นภาระงานที่มาก ภายใต้ข้อจำกัดที่ว่าผู้รับผิดชอบงานจิตเวชจะสามารถปฏิบัติงานด้านจิตเวชเพียง 2 วันต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารักษาตัวหรือ ต้องจำหน่ายในช่วงวันหยุดซึ่งไม่มีพยาบาลจิตเวชประจำการอยู่ ผู้ป่วยก็ขาดการประเมินและขาดการช่วยเหลือด้านจิตสังคม นอกจากนี้การที่บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระงานมาก จำนวนบุคลากรมีน้อยจึงทำให้บุคลากรพยาบาลเลือกที่จะทำงานด่วนและสำคัญมากกว่างานที่รอได้ซึ่งจะรอไปก่อน หรือรีบทำงานให้เสร็จจึงละเลยกิจกรรมที่มีความเร่งด่วนน้อยกว่าไปก่อน ในส่วนของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จะมีลักษณะโครงสร้างตามอำนาจหน้าที่ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2550) ซึ่งถึงแม้จะสามารถจัดการทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมกับงานแต่ก็มีข้อจำกัดคือผู้ปฏิบัติจะมีความชำนาญเฉพาะด้านที่ตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบอยู่ แต่ขาดความชำนาญทั่วไป จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ โดยเฉพาะงานที่มีลักษณะจำเพาะอย่างงานการพยาบาลจิตเวช เป็นอุปสรรคต่อการประสานงาน ทั้งในและนอกกลุ่มงาน (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2548)

2.2 ด้านความรู้ความชำนาญ ทัศนคติของบุคลากรต่อการให้บริการ

บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาระยะสั้น แต่ยังขาดความชำนาญและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนพยาบาลจิตเวชผ่านการอบรมและการเรียนเฉพาะทางทางด้านจิตเวช มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่วนด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่พยายามทำไปตามหน้าที่ แม้ว่าจะมีความรู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด กังวลใจ รู้สึกเหนื่อย เบื่อ และรู้สึกว่ามีการะงานเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ที่ฆ่าตัวตาย แต่ก็มีส่วนที่บอกว่าสงสาร อภิปรายได้ว่า ด้านปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน ในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ครอบคลุม 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลจิตเวชซึ่งมีเพียงคนเดียวในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเกี่ยวข้องที่ต้องมาช่วยกันดูแลหลายฝ่าย ซึ่งการพัฒนาบุคลากรอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีความจำเป็นมาก การพัฒนาบุคลากรอื่นให้เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ จะ

นำไปสู่คุณภาพในการดูแลที่ดียิ่งขึ้นได้ เนื่องจากการมีบุคลากรที่มีความรู้สามารถ ความชำนาญ เปรียบเสมือนเข็มทิศที่จะชี้นำการปฏิบัติให้ไปสู่เป้าหมายได้ (สุนันทา เลาหะนันท์, 2546) จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องวิเคราะห์ถึงความต้องการการอบรมให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และให้การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Marriner-Tome, 2004)

ทัศนคติของบุคลากร เป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยด้านสังคมจิตใจ ซึ่งปัจจัยที่กำหนดทัศนคติประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล ด้านงาน ด้านการบริหาร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (วรภัทร์ ภูเจริญ, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 10 ปี แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ขาดการพัฒนาเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยจิตเวช ประกอบกับที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จะเป็นการจัดการการดูแลแบบโรงพยาบาล 30 เตียง ซึ่งจะไม่มีการแยกแผนก เพศ หรือโรค พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องจะต้องใช้ทักษะที่หลากหลายในการให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันไป พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความรู้แบบกว้าง ไม่เจาะจงหรือชำนาญเฉพาะโรค และพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยเฉพาะ ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งโรงพยาบาลได้ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและต้องการได้รับการจัดการดูแล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จึงให้เกิดความเครียดต่อผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกและทัศนคติเชิงลบต่อผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งทัศนคติดังกล่าว จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติ รวมถึงการลดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเองด้วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น การลดความตึงเครียดจากการปฏิบัติ โดยการเสริมสร้างองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การพัฒนาระบบการช่วยเหลือและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องที่ สุภาณี คงชุม(2550) กล่าวว่า การจัดการที่ดึงดูดใจของพยาบาลไทย คือการจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับการะงาน สรรองกรณีฉุกเฉิน จัดตารางเวรคำนึงถึงประสบการณ์ อายุ ความสามารถ ความจำเป็นทางครอบครัว และเวรได้ในกลุ่มพยาบาลระดับเดียวกัน

2.3 การพัฒนาความรู้ ทักษะและศักยภาพบุคลากร

ในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงานเป็นอันดับต้น ๆ จึงทำให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพการดูแลด้านจิตสังคมของบุคลากรเป็นลำดับที่รองลงมา ส่วนหนึ่งเพราะเห็นว่ามีความเสี่ยงสูง แต่ในมุมมองของผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้ป่วยและญาติต้องการให้บุคลากรของ

โรงพยาบาลในทุกจุดเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ และการเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายนี้เป็นกลุ่มที่ยากต่อการจัดการและต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะ รวมถึงทักษะที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยและญาติ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

การพัฒนาที่ผ่านมาเป็นการอบรมวิชาการระยะสั้น ทำให้ความรู้และทักษะที่ได้จากการประชุมไม่เพียงพอต่อการจะนำมาใช้จริง ไม่มั่นใจในการประเมิน การให้คำปรึกษาขั้นต้น หรือให้การดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความเห็นว่าความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาและการดูแลด้านจิตสังคม จะช่วยให้ปฏิบัติงานง่ายขึ้น สามารถใช้ประเมินและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดในหน่วยงานได้ แต่อุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่คือ การจัดสรรเวลาสำหรับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากภาวะขาดแคลนกำลังคนการจะให้บุคลากรได้อบรม ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเป็นระยะเวลานาน ปรับแผนยาก ไม่ยืดหยุ่น เมื่อต้องมีการประชุมหรืออบรมพัฒนาคุณภาพแผนกที่เกี่ยวข้องมักต้องใช้วิธีการส่งตัวแทนเข้าประชุมหรืออบรม และพบว่าตัวแทนแทนดังกล่าวมักขาดการส่งต่อผลการประชุมหรืออบรมงานแก่ผู้ร่วมงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลจิตเวชมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องยังขาดทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งการพัฒนาบุคลากรอาจทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกอบรม การสอนงานหรือการสอนในระหว่างการปฏิบัติงาน (On the job training) รวมถึงการจัดระบบพี่เลี้ยง การศึกษาต่อเฉพาะทาง และการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (Hinshaw, 2002 อ้างใน สมสมัย สุธีรศักดิ์ และจินตนา วรรณรัตน์, 2551)

3. ด้านทรัพยากร (Material resource)

3.1 ด้านงบประมาณดำเนินงาน ผลจากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลไม่เคยได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจากหน่วยงานอื่น ส่วนการจัดสรรงบประมาณภายในหน่วยงานมีการจัดสรรงบประมาณรวมไว้กับงบประมาณงานสุขภาพจิตและ ยาเสพติด โดยไม่ได้เจาะจงว่าเป็นงบประมาณในด้านการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยในปีที่กำลังทำการศึกษา แผนงบประมาณของงานสุขภาพจิตได้ถูกจัดให้ไปเสนอขอใช้งบพิเศษ PP com area base ซึ่งเป็นงบประมาณที่ไม่ได้มีอำนาจอนุมัติใช้ในหน่วยงาน การขอใช้งบประมาณต้องมีการ

เขียนขออนุมัติโครงการ จากสำนักงานสาธารณสุข และงบประมาณจะได้รับเห็นชอบหากนำไปใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย หรือโครงการในระดับชุมชน ซึ่งที่ผ่านมางบประมาณมักจะได้รับการอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซ้ำ โดยในช่วงระยะเวลาก่อนที่จะทำการศึกษานี้ มักพบว่าไม่มีงบประมาณและในกรณีมีงบประมาณให้ก็น้อย ซึ่งการนำงานสุขภาพจิตไปใช้งบประมาณที่ไม่ใช่งบปกติ เป็นอุปสรรคในการทำงาน กล่าวคือ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผน เพราะการอนุมัติล่าช้าและไม่มีการเบิกจ่าย อย่างไรก็ตามจากการที่พบว่ามีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ทำให้ผู้บริหารเริ่มให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต โดยเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ยังคงขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในทางปฏิบัติการจัดสรรงบประมาณที่ผ่านมาผู้จัดทำโครงการจะต้องบูรณาการงานที่ต้องใช้กลุ่มเป้าหมายเดียวกันเข้าด้วยกัน เพื่อความสะดวกในการประสานงาน การดำเนินการ ซึ่งยังทำให้สามารถประหยัดงบประมาณในการดำเนินการที่มีความจำกัดได้ทั้งเงินและ วิธีการนำงบประมาณไปใช้ โคนาบีเดียน (Donabedian, 1980) กล่าวว่า สิ่งสนับสนุนหรือปัจจัยด้านโครงสร้าง เป็นสิ่งจำเป็นให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย งบประมาณถูกกำหนดขึ้นเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และเป็นการควบคุมการดำเนินงานของบุคลากร และองค์กรเพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์จะสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ (Marriner-Tomey, 2004)

3.2 ด้านมาตรฐานคู่มือการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์ คู่มือเอกสาร รวมถึง แนวทางการปฏิบัติงาน เฉพาะที่คลินิกจิตเวชมีเอกสารคู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งได้มีการแจกแนวทางไปตามหน่วยงาน จุดบริการที่เกี่ยวข้อง แต่จากการสำรวจตามหน่วยงานย่อย และจุดบริการต่าง ๆ ไม่พบเอกสารคู่มือหรือแนวทาง และพบว่าผู้ปฏิบัติงานตามหน่วยงานไม่ทราบว่ามีและไม่ได้ใช้ เพราะการปฏิบัติในโรงพยาบาลจะต้องอิงตามคำสั่งแพทย์ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นการปฏิบัติตามประสบการณ์ มากกว่าตามแนวทาง เนื่องจากความคิดเรื่องการแยกส่วนดูแลกายและจิต ซึ่งการไม่ได้ปฏิบัติตามคู่มือแนวทางอภิปรายได้ว่า คู่มือที่หน่วยงานได้รับเป็นคู่มือจากกรมสุขภาพจิตมีลักษณะที่มีคำอธิบายยาวเกินไป ไม่น่าสนใจ ทำให้ไม่ยอมอ่าน จึงยากต่อการนำมาใช้ ซึ่ง อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และคณะ (2542) กล่าวว่า มาตรฐานหรือคู่มือปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับการใช้งานไม่ควรยาวหรือสั้นจนเกินไปควรมีรายละเอียดมากพอที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่เข้าใจว่าต้องทำอะไร เพราะผู้ที่บอกว่าคู่มือปฏิบัติงานเหมาะสมคือผู้ปฏิบัติงานและการปฏิบัติบางขั้นตอนก็ไม่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้อง และไม่มีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนา

แบบฟอร์ม แบบประเมินที่เกี่ยวข้องจะมีไว้ที่งานสุขภาพจิตเท่านั้น เนื่องจากงานที่เกี่ยวข้องไม่มีการใช้แบบประเมินในการประเมินผู้ป่วย และส่งพบคลินิกสุขภาพจิตทุกราย จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติได้แสดงความเห็นว่า ยังอยากให้มีความเห็นที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งแบบประเมินคัดกรองที่จำเป็นไว้ในหน่วยงาน เพื่อจะได้สะดวกต่อการนำไปใช้ อย่างไรก็ตามเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่พบว่ามีปัญหาในการใช้งาน

3.3 ยาและเวชภัณฑ์สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จากแบบบันทึกข้อมูลและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลปางมะผ้ามียาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม เพียงพอ และพร้อมสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยยาและเวชภัณฑ์ดังกล่าว มีทั้งยาที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่น พูลเอร์เอิร์ท (Fuller earth), แอคติเวเตดชาโคล (activated charcoal) และยาแก้พิษกรีมม็อกโซน (antidotes for Paraquat) รวมถึงยาทางจิตเวชที่ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องการยาต่อเนื่อง เช่น ยาด้านเศร้า ยาด้านอาการทางจิต เป็นต้น อภิปรายได้ว่ายาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการวิเคราะห์และพิจารณาโดยผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งการพิจารณาการสำรองยาและระบบหมุนเวียนยา ให้มีพร้อมและเพียงพอ จะทำได้โดยฝ่ายเภสัชกรรมโดยตรง ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมจะพิจารณาการสำรองไว้จากข้อมูลสถิติการใช้ ในปีที่ผ่านมา (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ส่วนในการจัดการเรื่องความพร้อมและเพียงพอของยาที่ช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินจะมีการจัดสำรองไว้ที่ห้องฉุกเฉิน และมีการตรวจสอบจำนวนและวันหมดอายุและเบิกจ่ายเป็นกิจวัตรเพื่อให้มีใช้อย่างเพียงพอ ส่วนยาทางจิตเวชจะสำรองเฉพาะยาที่ใช้กับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น ฮาดอล (Hadol) และ ไดอะซีแพม (Diazepam) เป็นต้น ยาปกติของการรักษาทางจิตเวชจะเก็บไว้ที่ห้องยาอย่างเดียว ซึ่งนับเป็นการดีต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง ดังที่อภิชัย มงคล (2543) กล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ควรให้การรักษาทะลุทางจิตเวชที่พบ เช่น ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือยาคลายกังวลในผู้ป่วยที่เครียดมากหรือมีปัญหาในการปรับตัว ยารักษาโรคจิตในขนาดต่ำอาจได้ผลในการช่วยลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือก้าวร้าว ซึ่งจะช่วยให้อาการสงบอยู่ในช่วงแรก นอกจากนี้การให้ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยาต้านเศร้าในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนจะช่วยลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ (Sakinofsky, 2007)

3.4 ด้านอาคารสถานที่เฉพาะสำหรับงานบริการสุขภาพจิต จากผลการศึกษาที่พบว่า งานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลปางมะผ้า มีห้องให้บริการปรึกษาเฉพาะเป็นสัดส่วน มีประตูเข้าออกสองทาง มีการจัดบรรยากาศให้มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว แต่ยังมี

ข้อจำกัดในด้านลักษณะทางกายภาพบางประการ เช่น การควบคุมอุณหภูมิ เป็นต้น อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลปางมะผ้ามีความตระหนักถึงความสำคัญของต้องานให้คำปรึกษา ในคลินิกสุขภาพจิต จึงได้จัดให้มีห้องให้การปรึกษาเป็นสัดส่วน ห้องที่ให้บริการมีการจัดสภาพการณ์ให้สามารถทำกลุ่มขนาดเล็กได้ แต่ยังมีปัญหาคือ คลินิกต้องให้บริการร่วมกับคลินิกบริการอื่นของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เช่น งานโรคติดต่อ และงานเอดส์ ซึ่งบางครั้งต้องประสบปัญหาในการที่ผู้ป่วยมาตรวจในวันเดียวกัน จะต้องรอนาน เนื่องจากห้องไม่ว่างประกอบกับการให้คำปรึกษามักต้องใช้เวลาาน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้งานของคลินิกที่ตรงกัน และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะใช้ทำคลินิกคล้ายเครือข่ายได้ ส่วนหน่วยบริการอื่น เช่น ดิ่กผู้ป่วยใน ยังไม่มีสถานที่เฉพาะสำหรับการให้บริการปรึกษา แต่จะจัดสภาพการณ์โดยการกันม่านและให้คำปรึกษาข้างเตียง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้บ้าง จะเปิดใช้ห้องพิเศษที่ว่างในการให้คำปรึกษา ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนย้าย จะส่งผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษา โดยจะมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ ให้ความช่วยเหลือโดยบริการรับและส่ง อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลปางมะผ้า แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งกำหนดนโยบายไว้ว่าการจัดสถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชจึงควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวหรือความปลอดภัย และเอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ สถานที่นับเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกไว้วางใจในผู้ให้คำปรึกษา โดยสถานที่ที่เหมาะสม เป็นสัดส่วนมิดชิด ป้องกันความลับถูกเปิดเผย และบรรยากาศเอื้อต่อระบบบริการตามมาตรฐานการให้บริการปรึกษาของงานสุขภาพจิต (ธัญรดี จิรสินธิปก, 2551) ภายใต้ข้อจำกัดของสถานที่ซึ่งต้องใช้ร่วมกันถึงสามคลินิก ตามสภาพการบริหารทรัพยากรภายใต้ข้อจำกัด จำเป็นต้องมีการบริหารเวลา ให้เหมาะสมเพื่อมิให้เกิดการทับซ้อน อันจะส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจของผู้รับบริการในทุกคลินิกบริการ โรงพยาบาลปางมะผ้า มีข้อจำกัดด้านสถานที่เนื่องจากเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ที่ไม่ได้รับงบประมาณในการสร้างตึกผู้ป่วยนอก ทำให้ต้องพัฒนาโดยใช้พื้นที่เดิมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่จำกัดจึงส่งผลกระทบต่อการจัดบริการได้ ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาต้องมีการการบริหารเวลา และการจัดหาแนวทางร่วมกันในฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดสรรการใช้ห้องตามลำดับความสำคัญของการใช้ห้องตามความเร่งด่วนและความจำเป็น ซึ่งจะช่วยป้องกันความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

กระบวนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1. การดำเนินงานใน การคัดกรอง การบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกัน การส่งต่อ และการติดตามในการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ

1.1 ด้านการคัดกรองอย่างครอบคลุม และประเมินความเสี่ยง ผู้ปฏิบัติงานใหญ่ที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวช ที่ประจำอยู่ตามจุดต่าง ๆ เช่น งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน และงานบริการห้องฉุกเฉิน จะซักประวัติการเจ็บป่วยตามปกติ ไม่มีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยส่วนใหญ่จะส่งไปพบพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับการประเมินโดยจิตเวชด้านการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย ได้มีการประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานประจำจุดย่อยต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองแต่อย่างใด อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลปางมะผ้า เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีบุคลากรจำกัด ผู้ปฏิบัติงานใหญ่ ไม่มีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และหรือ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลยังขาดการประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม การประเมินซึ่งรวมถึงการสังเกตอย่างใกล้ชิดและการฟังอย่างใส่ใจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินแรงจูงใจสำหรับการฆ่าตัวตาย การวางแผนการฆ่าตัวตาย และประเมินระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย ซึ่งขั้นตอนการประเมินผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว (subjective data) และจากการสังเกตและการตรวจพบ (objective data) โดยการประเมินข้อมูลให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย ด้านปัญญาด้านจิตใจ และด้านสังคม ส่วนการประเมินปัญหา มีหัวข้อหลัก ๆ ในการประเมินคือ ประเมินปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย ประเมินวิธีการกระทำ ประเมินอาการ ตลอดจนการวินิจฉัยทางจิตเวช ประเมินสภาพจิตใจ ประเมินการช่วยเหลือคำจูงจากรอบครัว และประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) เนื่องจากพยาบาลในหน่วยงานอื่น ๆ มีภาระงานมาก มองว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าถามผู้ป่วย การคัดกรองใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตสังคม การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จึงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของจิตเวช พยาบาลส่วนใหญ่ มองว่ามีภาระงานมาก ไม่มีเวลาพอที่จะประเมิน บุคลากรบางส่วนไม่อยากให้การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เพราะมีความรู้สึกเครียดและเบื่อ ในการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย บางคนขาดเครื่องมือในการประเมิน พยาบาลบางส่วนทราบว่าควรมีการประเมินและคัดกรอง แต่คิดว่าเป็นงานของพยาบาลจิตเวช แพทย์คิดว่ามีพยาบาลคอยประเมินให้ ไม่ต้องทำเอง จึงทำเฉพาะการส่งการรักษา

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า บทบาทการคัดกรองของพยาบาลมี 2 ระดับตามพื้นฐานของการศึกษา คือ ระดับพื้นฐานและระดับผู้เชี่ยวชาญ โดยระดับพื้นฐานพยาบาลจะมี

หน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วย คัดกรองความผิดปกติและส่งต่อแก่ผู้เชี่ยวชาญต่อไป ส่วนพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จึงต้องใช้ความรู้ ทักษะความชำนาญในการประเมิน วินิจฉัยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แต่ในบริบทของโรงพยาบาลปวงมะผ้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระงานด้านอื่นมากและมีส่วนร่วมในการคัดกรองน้อย พยาบาลจิตเวชจึงต้องดำเนินการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง ซึ่งการขาดการคัดกรองเบื้องต้นกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ (โรงพยาบาลปวงมะผ้า, 2551) ซึ่งจะพบจากการศึกษาซึ่งมีความครอบคลุมของการให้คำปรึกษาเพียงร้อยละ 56.25 ซึ่งเป็นความครอบคลุมที่ต่ำ ส่งผลให้การติดตามการดูแลต่ำไปด้วย ดังผลการศึกษาคือ ร้อยละ 68.75 ซึ่งเมื่อความครอบคลุมในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่ำ จึงเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2547) การขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้บุคลากรไม่รับรู้ว่าการขาดการคัดกรองเบื้องต้นเป็นปัญหาในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามตัวชี้วัด ซึ่งแนวทางในการแก้ปัญหาอาจทำได้โดยการจะพัฒนาตัวชี้วัดให้มีความครอบคลุมมากขึ้นโดยการกระจายตัวชี้วัดไปยังบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วย

1.2 ด้านการวินิจฉัยความเสี่ยง คิกผู้ป่วยในและแพทย์ไม่มีการประเมินหรือวินิจฉัยความเสี่ยง การวินิจฉัยความเสี่ยงเบื้องต้นจะทำโดยพยาบาลจิตเวช ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมินไม่ทราบวิธีประเมิน บางส่วนมีการใช้วิธีการสังเกตและสอบถามจากญาติ แต่ไม่ได้ใช้แบบประเมิน ส่วนใหญ่มีความคิดว่าต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเป็นผู้ประเมิน พยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่าแพทย์ได้ประเมินด้านจิตสังคมแล้วก่อนจะตัดสินใจให้กลับบ้าน แต่แพทย์ก็ไม่ได้มีการประเมินหรือให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม โดยแพทย์จะเน้นการส่งมารับบริการปรึกษาจากจิตเวชเช่นเดียวกัน ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันดังกล่าวส่งผลให้ความครอบคลุมในการประเมิน การให้การดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำต่ำกว่าเป้าหมายไปด้วย และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ในปี 2550 และ 2551 พบว่า มีการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งอภิปรายได้ว่ากระบวนการดูแลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลลัพธ์ (Donabedian, 2003) ในด้านการดูแลโดยแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล (2546) กล่าวว่า การจะพิจารณาการรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในต้องพิจารณาแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่มคือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยแพทย์จะต้องเขียนสั่งให้ผู้ดูแลระวังการฆ่าตัวตายทุกครั้ง การสั่งเช่นนี้นอกจากเป็นการแสดงให้เห็นว่าแพทย์มีความตระหนักในเรื่องนี้แล้ว ยังเป็นการกระตุ้นเตือนอย่างเป็นทางการในการดูแล ซึ่ง แพทเตอร์สัน (Patterson, 1983)

กล่าวว่าการใช้ SAD PERSON SCALE ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบง่ายและรวดเร็ว (Quick and Easy Assessment for Suicide Risk) จะช่วยให้แพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และจากผลการศึกษาจะเห็นว่า ผู้ปฏิบัติและแพทย์มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เพราะต่างคิดว่าอีกฝ่ายได้ประเมินความเสี่ยงแล้วแต่ไม่มีแนวทางการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินหรือไม่ และยังไม่มีแนวทางที่เหมาะสมว่าต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนก่อนการจำหน่าย ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่ง จึงมีความจำเป็นในการทบทวนแนวทางการดูแลของโรงพยาบาล แนวทางการสื่อสารเพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนหรือไม่ก่อนการจำหน่าย อีกประการที่สำคัญคือ การขาดการประเมินความเสี่ยงนี้อาจเกิดจากการที่แพทย์และผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญในการประเมิน หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากขาดการประเมิน ซึ่งหากผู้ปฏิบัติได้รับทราบถึงความเสี่ยง อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้

2. ด้านการดูแลและบำบัดรักษา ในด้านการดูแลได้แบ่งออกเป็นการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลด้านร่างกาย จากผลการศึกษาที่พบว่าการให้การดูแลในแต่ละจุดจะแตกต่างกันไปตามสภาพอาการของผู้ป่วย ห้องฉุกเฉินจะเน้นการดูแลเพื่อช่วยชีวิต โดยไม่ได้ประเมินหรือช่วยเหลือด้านจิตใจ จากนั้นการรับไว้รักษาหรือส่งต่อจะพิจารณาโดยแพทย์ ซึ่งหากรับไว้รักษา ดิถีผู้ป่วยในจะเน้นการลดความไม่สุขสบาย ดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมุ่งสังเกตอาการผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล การลดความไม่สุขสบายทางร่างกาย อีกทั้งการให้ความปลอดภัย อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การพักผ่อน และการบรรเทาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะเน้นการให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ จะโดยจะแยกการดูแลร่างกายและจิตใจออกจากกันอย่างชัดเจน อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลปทุมธานีสามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยจัดให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายอยู่ในจุดที่สามารถสังเกตอาการโดยพยาบาลได้ง่าย สอดคล้องกับการดูแลของ แมคคอสกี และบลูเชค (McCloskey & Bluecheck, 2000) ที่กล่าวว่าควรมีการจัดเตียงให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายอยู่ใกล้สถานที่ทำงานของพยาบาล ให้สามารถอยู่ในสายตาได้ตลอดเวลา ตำรวจและจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือนำไปใช้ทำร้ายตัวเอง ไม่แยกผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายออกไปอยู่คนเดียว ไม่มีเสียงดังรบกวน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็น

ปัญหา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางรายมีความกลัว เช่น โรคจิตเภท อาจจะมีอาการทางจิต คือ ความคิดที่ผิดปกติ หนูแหว่ หลงผิด พฤติกรรมแปลก ๆ (Sun et al., 2006) รวมถึงได้พยายามจัดให้มีผู้ดูแลสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาในช่วงวิกฤติเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ (Varcarolis, 2002) ส่วนการจัดพยาบาล พยาบาลให้การดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย 1 ต่อ 1 ยังไม่สามารถทำได้ จากการขาดแคลนกำลังคน โรงพยาบาลมีการจัดการผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความจำเป็นในผู้ป่วย เช่น การจัดเตรียมอาหารอ่อนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการระคายเคืองในหลอดอาหารจากการได้รับสารพิษ ซึ่งถือเป็นการจัดเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานให้เหมาะสมกับอาการหรือโรค (Shives, 2005) ดูแลให้การดูแลสุขอนามัยสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย เช่น ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล กรณีที่ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายช่วยเหลือตนเองได้น้อย (Talseth et al., 1999) การเสริมแรงและเพิ่มกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ดูแลให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ (Talseth et al., 1999) อีกทั้งได้มีการประเมินผลการให้การดูแลด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายมีความปลอดภัยและไม่มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามทำร้ายตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (Hogue & Smith, 2003)

2.2 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ เน้นการส่งพบผู้รับผิชอบงานจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านจิตใจและเพื่อช่วยแพทย์ในการวินิจฉัย หรือก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา จะใช้วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและครอบครัวบำบัด โดยการติดต่อเพื่อส่งผู้ป่วยมารับดูแลด้านจิตสังคมกับงานจิตเวช ซึ่งการดูแล ด้านจิตใจมีความครอบคลุมต่อการได้รับการดูแลด้านจิตใจอย่างเหมาะสม เพราะขึ้นอยู่กับว่าช่วงเวลาดังกล่าว มีพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานหรือไม่ ซึ่งการขาดการ ได้รับการดูแลด้านดังกล่าวมักจะเกิดในช่วงที่พยาบาลจิตเวชติดราชการ หรือเป็นช่วงวันหยุด การขาดความครอบคลุมดังกล่าว จึงจัดเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการกระบวนการให้ดูแลของโรงพยาบาล อภิปรายได้ว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลหรือผู้ให้บริการเห็นความสำคัญของการให้การดูแลด้านจิตใจ แต่ในสภาพการณ์ที่ขาดแคลนกำลังคน ผู้ดูแลจึงต้องมุ่งให้การดูแลด้านร่างกายซึ่งถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วนก่อน ส่วนการดูแลโดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา จะเน้นการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง โดยการให้คำปรึกษาจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ควรให้การดูแลด้านจิตใจ โดยให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย โดยให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายเกิดการยอมรับ และลดการทำร้ายตนเอง การบรรเทาความรู้สึกกังวล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกผิด การส่งเสริมการเห็นคุณค่าของตนเอง และทักษะทางสังคม (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) ให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายให้มีทักษะการจัดการปัญหาที่เหมาะสม (Schultz &

Videbeck as cited in Garbarino, 2006) ช่วยเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ในการดำเนินชีวิต โดยความหวังต้องมีความเป็นจริง (Shives, 2005) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย เข้าร่วมกิจกรรม ที่ได้รับประโยชน์จากความดีใจและความโกรธ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน หรือการระบายความรู้สึกกับทีมผู้ดูแล หาโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่น หรือกลุ่มเพื่อน (Shives, 2005) ประเมินผลการให้การดูแลด้านจิตใจ จากการที่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมขณะอยู่โรงพยาบาลไม่แสดงคำพูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย หรือวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย (Hogue & Smith, 2003) เพิ่มทักษะการดูแลด้านจิตใจ โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ใน 4 ด้านคือ ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (sense of self esteem) ความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหาชีวิต (sense of control) มีเครือข่ายและสายสัมพันธ์คอยเกื้อหนุน (sense of connection) และการมีความมุ่งหมายในชีวิต (sense of purpose)

2.3 การดูแลด้านสังคม ผู้ให้คำปรึกษาด้านสังคมเป็นพยาบาลจิตเวช จากการสัมภาษณ์พบว่า พยาบาลจากแผนกอื่น ๆ จะไม่มีแนวทางการดูแลด้านสังคม แต่จะเน้นการส่งมาให้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินและให้การดูแล จึงมีความครอบคลุมในการให้การให้การดูแลทางสังคมต่ำเช่นเดียวกับการดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระหว่างการออกปในเวลาที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานหรือไม่ และการดูแลโดยผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นการประเมินและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย เช่นญาติ หรือผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด อภิปรายได้ว่า การดูแลด้านสังคมจะเป็นการดูแลที่เน้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสังคมหรือผู้ดูแลรอบข้าง โดยการดูแลของโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ว่าควรให้การสนับสนุนทางสังคม โดยมีการส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีให้ความสนใจในความทุกข์ของผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) ประเมินด้านการให้การดูแลด้านสังคม จากการที่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายสามารถระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีบุคคลที่ให้ความเคารพนับถือ มีความไว้วางใจเพื่อที่จะช่วยให้มีความหวังในการดำเนินชีวิต เช่นครอบครัว เพื่อน บุคคลสำคัญที่ให้ความเคารพนับถือ (Hogue & Smith, 2003) ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีการกำหนดแผนการที่จะกระทำ เมื่อผู้ที่ยพยายาม ฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตาย และมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลสำคัญที่ให้ความเคารพนับถือก่อนที่จะมีการฆ่าตัวตาย (Shives, 2005) การให้สุขภาพจิตศึกษาและความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น เพื่อให้ครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดของบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Shives, 2005) การให้แกนนำชุมชนด้านสุขภาพเข้ามามีส่วน

ร่วมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะช่วยให้การดูแลด้านสังคมมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเพราะแกนนำชุมชนด้านสุขภาพถือเป็น แกนนำหลักที่จะช่วยให้ผู้ป่วย และญาติ เข้าถึงการดูแลโดยชุมชน และสามารถสื่อสารความช่วยเหลือสู่ชุมชน โดยเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านสังคมต่อไป

2.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ โรงพยาบาลได้อนุญาตให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ เช่น การเลี้ยงผี การเรียกขวัญ การทำบุญ เป็นต้น อภิปรายได้ว่า ประชากรในพื้นที่ของอำเภอปางมะผ้าส่วนใหญ่เป็นชาวเขาซึ่งมี ความคิด ความเชื่อ หลายประการซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต การใช้ชีวิตและความหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำตามความเชื่อ หากความเชื่อนั้นไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น การอนุญาตให้ลาออกไปทำบุญหรือเลี้ยงผีที่บ้าน และกลับมารักษาตัวต่อ ทั้งนี้การพิจารณาให้ผู้ป่วยได้ออกไปทำตามความเชื่อจะต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลด้านจิตใจที่ได้ทบทวนมา เช่น เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ทีมผู้ดูแลจะให้ความช่วยเหลือในการหาทางออกของปัญหาแทนที่การตาย การบ่มเพาะความหวังให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Sun et al, 2005) ให้การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino, 2006) ช่วยให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสามารถระบุความเป็นไปได้ของการกลับมาไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรับรู้และสามารถระบุ ถึงอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความซึมเศร้า และสามารถลดระดับความเข้มข้นของอารมณ์ลงได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) โดยประเมินผลการให้การดูแลด้านด้านพุทธิปัญญา จากการที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จะมีความเชื่อและศรัทธาศาสนา และวัฒนธรรมของตนเอง มีความปรารถนาจะมีชีวิตอยู่ และมีเหตุผลของการมีชีวิตอยู่เช่นมีลูกที่ต้องดูแล หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย (Shives, 2005)

3. ด้านระบบการดูแลและบำบัดรักษา

3.1 ด้านระบบการดูแลรักษา และการจัดการด้านกำลังของบุคลากร พยาบาลจิตเวช จะดูแลด้านการประเมิน คัดกรอง และให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง รวมถึงสรุปผลการประเมินด้านจิตเวชให้แพทย์ และแพทย์จะมีหน้าที่ในการสั่งการรักษา โรงพยาบาลถือว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ต้องสังเกตใกล้ชิด ต้องระมัดระวังความเสี่ยง ส่วนการทำงานด้านการดูแลยังไม่ได้ทำงานอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่ได้ทำงานเป็นทีม มีการดูแลแยกส่วนโดยให้พยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ด้านระบบ

การดูแลรักษา โรงพยาบาลมีจัดบริการด้านคลินิกบริการอย่างชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้รับผิดชอบเป็นงานสุขภาพจิต ซึ่งจะดูแลด้านการประเมิน คัดกรอง และให้คำปรึกษาแบบประทับประคอง รวมถึงสรุปผลการประเมินด้านจิตเวชให้แพทย์ และแพทย์จะมีหน้าที่ในการสั่งการรักษา (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ซึ่งการจัดระบบการดูแลรักษา ยังเน้นการปฏิบัติงานตามความเกี่ยวข้อง เมื่อขาดองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ขาดพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ส่งผลให้ยังเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวต้องมีระบบการทำงานที่ไม่เน้นตัวบุคคลโดยให้ผู้ปฏิบัติมีหลักปฏิบัติหรือแนวทาง หรือมุ่งเน้นการทำงานแบบเป็นทีม เพราะการทำงานแบบเป็นทีม จะทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง และปรับปรุงคุณภาพ ทำให้ทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของ (พิกุล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ธงชัย, 2547) อีกทั้งเกิดคุณภาพการดูแลที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และการพัฒนาคุณภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์กร รวมถึงภาพลักษณ์ของพยาบาลได้รับการยอมรับ ผู้ป่วยเห็นคุณค่า (Urder and Moroach, 2002; Liss-Hottz et al., 2004 อ้างใน สมสมัย สุธีรศานต์ และ จินตนา วรรณรัตน์, 2551)

ส่วนระบบการดำเนินงานด้านกำลังคน ผู้รับผิดชอบหลักเป็นพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีเพียง 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอโดยผู้รับผิดชอบงานจิตเวชจะต้องรับผิดชอบงานอื่นของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการดูแลงานเรื่องจิตเวช ไม่สามารถจัดบริการด้านสุขภาพจิตได้เต็มเวลา กรณีติดราชการหรือลา มีระบบการให้ลงนามมอบหมายงาน แต่การรับมอบหมายงานยังไม่สามารถทำงานแทนได้ ระบบการจัดการดังกล่าวจึงส่งผลต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานไปด้วย ดังจะพบจากตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาล ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราการได้รับการบริการด้านสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติได้ เพียงร้อยละ 68.75 จากเกณฑ์ร้อยละ 100 อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 56.25 อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้เพียงร้อยละ 68.75 อัตราการติดตามดูแลต่อเนื่องปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 25 เท่านั้น ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาล แต่การปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติโดยพยาบาลจิตเวช และส่วนขาดของกิจกรรมที่ขาดไป ทั้งหมดเกิดจากการรับผู้ป่วยไว้รักษาในช่วงที่พยาบาลจิตเวชไม่อยู่ เช่น วันหยุด หรือมีราชการอื่นนอกโรงพยาบาลทำให้ขาดการติดตามดูแลหรือควบคุมให้เป็นไปตามแนวทางของโรงพยาบาล ผลของการปฏิบัติงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์เหล่านี้ เป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลภายใต้สภาวะที่ขาดกำลังคน และการจัดการปัญหาที่ยังไม่เหมาะสม ดังจะเห็นว่าการจัดการระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ และแต่ละบุคคลจะมีความชำนาญเฉพาะด้าน และขาด

ความชำนาญทั่วไป จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ และมักให้ความสำคัญกับหน้าที่ของตน จนทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประสานการทำงานทั้งในและนอกแผนก (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2548) โดยเฉพาะงานด้านการพยาบาลจิตเวชซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการทำงาน จึงควรต้องมีการ ทบทวนเรื่องการบริหารกำลังคน และการพัฒนากำลังคนให้มีศักยภาพสามารถปฏิบัติงานทดแทน กันได้ อีกประการหนึ่งที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตลอดจนการป้องกันการ ฆ่าตัวตายซ้ำ คือการปฏิบัติเป็นทีมซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการแก้ปัญหา ดังที่ อรวรรณ ดวงจันทร์ (2547) ได้กล่าวไว้ว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการทำงานร่วมกันเป็นทีมในหน่วยงาน มีการประสานงานระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ซึ่งการทำงานเป็น ทีมจะช่วยให้สามารถดำเนินงานอย่างผสมผสาน ครบวงจรทั้งด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษา บำบัด และฟื้นฟู ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดผลกระทบจากการขาดกำลังคน (อรวรรณ ดวงจันทร์, 2547) แนวทางอีกประการหนึ่งที่สามารถลดความขาดแคลนของกำลังคนด้านจิตเวชโดยไม่สูญเสีย บุคลากรของกลุ่มงานอื่นที่เกี่ยวข้องคือ การเปิดโอกาสให้พยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลไปศึกษา เฉพาะทางหรืออบรมด้านจิตเวช หรืออบรมเพิ่มพูนทักษะด้านจิตเวชระยะสั้น เพื่อกลับมาให้บริการ ด้านการให้คำปรึกษาในกลุ่มงาน เพื่อแก้ปัญหาที่คลินิกสุขภาพจิตสามารถปฏิบัติงานได้เพียง 2 วัน ต่อสัปดาห์ โดยพยาบาลนั้นจะยังสามารถปฏิบัติงานด้านอื่น ๆ ของหน่วยงานได้เช่นเดิม

3.2 การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การดูแลส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการป้องกันการ ฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล มากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งในโรงพยาบาลจะเน้นด้านการจัด สิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังวัตถุอันตรายและการกำหนดว่าต้องมีญาติเฝ้า ส่วนการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย หลังออกจากโรงพยาบาล ยังเป็นหน้าที่ของงานจิตเวช ซึ่งจะปฏิบัติโดยการประเมินความเสี่ยง ประเมินปัญหาของผู้ป่วย ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมและบุคคลที่น่าจะเป็นผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วย และให้ความรู้ญาติในการให้การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วย ซึ่ง การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำจะสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนหากผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยพยาบาลจิตเวช อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลมีแนวทางการป้องกัน แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่าง ครอบคลุม เนื่องจากยังมีแนวคิดการให้การดูแลตามความเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำควรให้ความช่วยเหลือการหา ทางออกของปัญหาแทนที่การตาย การบ่มเพาะความหวังให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Sun et al, 2005) ให้การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Schultz & Videbeck as cited in Garbarino 2006) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุความเป็นไปได้ของการกลับมาที่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงช่วยให้

ผู้ป่วยรับรู้และสามารถระบุ ถึงอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความซึมเศร้า และสามารถลดระดับความเข้มข้นของอารมณ์ลงได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997)

3.3 ด้านการให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ได้ทำเนื่องจากไม่มีเวลา ไม่ทราบแนวทาง ไม่มั่นใจ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การให้สุขภาพจิตศึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษาจึงไม่ครอบคลุม โดยพบว่า ผลลัพธ์ด้านอัตราการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่ำกว่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาจะให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการสอนสุขภาพจิตศึกษา ไม่มีแผนการสอน ไม่ใช้สื่อการสอน แต่จะเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยกับผู้สอน ซึ่งอภิปรายได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาและสุขภาพจิตศึกษามีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษาและความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเวช โรครังสี เป็นต้น ต้องช่วยให้ครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดของบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Shives, 2005) รวมถึงการสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับ การสังเกตอาการผิดปกติ หรือสัญญาณเตือน (Warning Sign) ตามแนวทางการประเมินพฤติกรรมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อกลับบ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

3.4 ด้านการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพ มีแนวทางการฟื้นฟูสภาพโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีทั้งการเยี่ยมโดยพยาบาลจิตเวชและเยี่ยมโดยพยาบาลที่รับผิดชอบเยี่ยมบ้านประจำหมู่บ้าน แต่ที่ผ่านมายังไม่สามารถดำเนินงานตามแนวทางได้ทุกราย โดยมีการส่งพบจิตเวชก่อนกลับบ้าน ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันหยุดราชการ จะนัดมาพบงานสุขภาพจิตในภายหลัง โรงพยาบาลยังขาดระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด ซึ่งผลลัพธ์ด้านการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่ำกว่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่องมา 3 ปี แล้วเช่นกัน จึงอภิปรายได้ว่าระบบการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาลปางมะผ้าต้องได้รับการปรับปรุง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาอาการทางจิตด้วยยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2540) นอกจากนี้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การนัดมารับการรักษาที่โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เป็นการคงไว้ซึ่งการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์จะทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมผู้ดูแล และส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่ดี (Shives, 2005)

3.5 ด้านระบบการประสานงานการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อที่ไม่ชัดเจนในระหว่างหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยอิงตาม

ระบบส่งต่อตามปกติคือใช้แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาของหน่วยงาน การส่งต่อเป็นแบบทางเดียวไม่มีการรายงานตอบกลับ การประสานข้อมูลเรื่องการดูแลกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนามัย ทั้งแบบเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นลายลักษณ์อักษร

ระบบการส่งต่อในหน่วยงาน จะเป็นแนวทางที่ปฏิบัติกันมาเช่น ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายต้องส่งพบจิตเวชทุกราย และกรณีไม่ได้พบจิตเวชต้องนัดมาพบจิตเวชในวันทำการ เมื่อต้องส่งพบจิตเวชจะมีการโทรแจ้งทุกครั้ง เจ้าหน้าที่สามารถประสานกันได้ แต่ยังขาดการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ทำให้การสนับสนุนดูแลจากสถานีนามัยยังน้อย โรงพยาบาลได้ติดตามผู้ป่วยโดยการนัดให้มาโรงพยาบาลเป็นหลัก และจะพิจารณาเยี่ยมบ้านเฉพาะราย เช่น เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ยังขาดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด ส่งผลให้ตัวชี้วัดด้านการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 ถึง 2552 มีความครอบคลุมต่ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ อันมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วย (Donabedian, 2003)

4. การดูแลโดยญาติหรือผู้ดูแล จากการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลบางคน ไม่ได้รับสุขศึกษาหรือสุขภาพจิตศึกษาก่อนกลับบ้าน และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการเฝ้าระวังไม่ให้ทำซ้ำใช้วิธีพูดให้กำลังใจ ปลอบใจ และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบสาเหตุที่ญาติได้พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันเพราะผู้ป่วยสามารถทำเองได้ แต่ให้การช่วยเหลือ เช่น การดูแลเรื่องการกินยา การติดตามวันนัดหมาย การให้การช่วยเหลือด้านการงาน อาชีพ การเรียน การแก้ปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถประเมินความผิดปกติได้แต่ไม่ครบถ้วนตามแนวทาง ยังไม่มีการสอนหรือให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ กรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ ญาติส่วนใหญ่ ไม่คิดว่าจะมีปัญหาอีกแล้ว แต่ถ้าพบความผิดปกติอะไร ก็จะนำส่งโรงพยาบาล หรือ ผู้นำในชุมชนเป็นตัวช่วย อภิชัย มงคล (2543) กล่าวว่า ควรส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิด มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ความเห็นใจในแง่มุมที่เป็นความทุกข์ของผู้ป่วย ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว ให้ครอบครัวหรือเพื่อนมีส่วนในการดูแล ในด้านสิ่งแวดล้อม ญาติควรดูแลด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ระวังของมีคมหรือวัตถุมีพิษหรืออุปกรณ์ประเภทเชือก เพราะอาจกลายเป็นอุปกรณ์ในการทำร้ายตัวเองได้ (McFarland, Wasli & Gerety, 1997) และญาติ การสังเกตอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือน (Warning Sign) ตามแนวทางการประเมินพฤติกรรมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อมาอยู่ที่บ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

5. การดูแลและการช่วยเหลือโดยแกนนำชุมชนด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่พบว่า โรงพยาบาลปางมะผ้า เคยจัดการอบรมแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ในปี 2551 จำนวน 1 รุ่น แต่จัดเฉพาะที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูง และยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ส่วนด้านการคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2Q อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งอำเภอได้ผ่านการอบรมให้ความรู้มาแล้ว แกนนำชุมชนด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมกิจกรรมด้านสุขภาพจิต หรือกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังขาดความรู้ในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มั่นใจในการให้การให้คำปรึกษาช่วยเหลือ มีการดูแลช่วยเหลือกันบ้าง แต่ไม่ทุกราย และมักเป็นไปกรณีารู้จักกันเป็นส่วนตัว หรือมีความสนิทสนมกัน โดยจะเป็นการไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำได้เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ปัญหา รวมถึงแนะนำให้มาตรวจตามนัด อภิปรายได้ว่าการที่แกนนำทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะด้านสุขภาพจิต ทำให้ขาด ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานด้านการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จากข้อจำกัดของหน่วยงานที่ต้องเป็นหน่วยจัดการด้านความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน ขาดความต่อเนื่องของการจัดอบรม ขาดการติดตามหลังการอบรม ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณให้ดำเนินอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ทำให้แกนนำทางด้านสุขภาพไม่มีความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้ที่ยกเว้นบางคนที่มีประสบการณ์การทำงาน หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมาก่อน ก็จะใช้ทักษะและความสามารถส่วนตัวในการช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือส่วนใหญ่จะเป็นการเข้าไปเยี่ยม ให้กำลังใจ การแนะนำให้ไปตรวจตามนัด เป็นต้น ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของ แกนนำทางด้านสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้นเพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ และเป็นบุคคลที่ชาวบ้านไว้วางใจ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับแกนนำชุมชนด้านสุขภาพมีความจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะแกนนำชุมชนด้านสุขภาพถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีในการเยียวยา อภิษฐ์ มงคล (2543) กล่าวว่า ควรมีการดึงความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด อีกทั้ง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมความสามารถในการปรับตัวและให้สามารถดำรงไว้ซึ่งความสุขด้านจิตใจ (Turner & Marino, 1994)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลปางมะผ้า

1. การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลปางมะผ้า ในห้วงปี พ.ศ. 2551-2552

ผลการศึกษาพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเอง ด้านการดูแลตัวเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น หลังจากได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลปางมะผ้า แต่มีบางคนที่พฤติกรรมไม่ได้เปลี่ยนมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยการนัดมาที่โรงพยาบาล มีส่วนน้อยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่มีการเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือแกนนำชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล มีบางส่วนที่รู้สึก ทางลบต่อการให้บริการ อภิปรายได้ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์โดยตรงจากการให้การดูแลของหน่วยงาน ซึ่งหากกระบวนการดูแลเหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ (Donabedian, 2003) โรงพยาบาลปางมะผ้า ยังปรับกระบวนการดูแลหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นจากผลการศึกษาด้าน โครงสร้างและกระบวนการที่สะท้อนให้เห็นถึงจุดที่ยังต้องมีการปรับปรุง การประเมินผลลัพธ์จึงต้องพิจารณาถึงตัวชี้วัดคุณภาพบริการควบคู่กันไปด้วย (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551)

2. การได้รับการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่องโดยโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยการนัดมาที่โรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ไม่มีการเยี่ยมโดย อสม.หรือแกนนำชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากญาติและผู้ดูแลในเรื่องของการกินยา การมาตรวจตามนัด การช่วยเหลือ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ต่อบริการของโรงพยาบาล มีบางคนที่มีความรู้สึกทางลบต่อการให้บริการของบุคลากรบางคนของโรงพยาบาล อภิปรายได้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิต (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2549) และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายซ้ำ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2548) โดยการดูแลต่อเนื่องต้องคำนึงถึงทั้งการดูแลโดยโรงพยาบาล และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2549; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2548; จวีวรรณ คำเวียงสา, 2550) การดูแลที่ขาดความต่อเนื่องของโรงพยาบาลส่งผลให้ความครอบคลุมด้านการ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องใน ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าเป้าหมาย ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ ห่วงใยต่อผู้เยี่ยมเยียนดูแล และจะให้ความสนใจ

ต่อการมาตรวจตามนัดและการรับต่อเนื่อง ส่วนผู้ที่ไม่มาตรวจอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะรู้สึกห่างเหินไม่สนใจในการมาติดตามรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้ส่งผลต่อกระบวนการดูแลรักษาเรื่องโรคเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ อันมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงโดยตรงกับปัญหาด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วยกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับกระบวนการทำงานและตัวผู้ป่วย (Donabedian, 2003)

3. การรับรู้การดูแลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ดูแล

3.1 การรับรู้การดูแลของทีมสุขภาพในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจากทีมสุขภาพ มีการรับรู้การดูแลของกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจากทีมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี การรับรู้ในด้านที่มากที่สุด ได้แก่ ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแล ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ และด้านผลลัพธ์ของการดูแล ซึ่งจะอยู่ในระดับ ดีมาก ส่วนด้านอื่น ๆ เช่น ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ ความสะดวกของการได้รับข้อมูล ความสม่ำเสมอในได้ให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแล การรับฟังความคิดเห็นและความเอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้ป่วย การให้ความสำคัญ เจ้าหน้าที่ให้เกียรติ ความสุภาพ อ่อนโยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยสามารถสรุปแปรความ จากพฤติกรรมบริการและทัศนคติของพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยจะให้ความพึงพอใจกับพฤติกรรมบริการมากกว่าเทคนิคในการให้บริการ (Kunaviktikul et al., 2000) ซึ่งผู้ป่วยเองก็มีความปรารถนาต่อการดูแลแบบจำเพาะเจาะจงเป็นบุคคล และให้คุณค่าและคุณภาพของการดูแล ที่ความใส่ใจ ความสุภาพ อ่อนโยน ความเป็นมิตร เคารพสิทธิ ให้ความสนใจและใส่ใจ (Williams, as site in Kunaviktikul, 2000)

ส่วนด้านที่มีคะแนนในระดับต่ำคือ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เป็นประเด็นที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ของผู้ป่วย สามารถประเมินได้ถึงส่วนขาดของการดูแล ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะมีการประเมินผู้ป่วยว่าอาจไม่สามารถรับรู้ได้ทั้งหมด และเลือกให้บริการที่ต่างกันตามผลการประเมินการรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย และประกอบกับการกิจที่มากมาย บางครั้งทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดน้อยลง รวมถึงการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในบางส่วนด้วย การประเมินการรับรู้การดูแลในผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาล และขององค์กรเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยด้วยการดูแล (Thapinta, et al., 2004)

3.2 การรับรู้การดูแลจากทีมสุขภาพของครอบครัวหรือผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การดูแลของกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การดูแลในด้านที่มากที่สุดได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความมั่นใจและการไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ ด้านความสุภาพ อ่อนโยน และเป็นมิตร ด้านภาพรวมคุณภาพการดูแล และบ้าน เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องทำ จากการดูแลทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือส่วนด้านความตรงกับความต้องการของกิจกรรมการดูแล คำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อมูลด้านสิทธิ ความชัดเจนของข้อมูล ความสะดวกในการได้รับข้อมูล ความสม่ำเสมอของการได้รับข้อมูล การสอบถามและความเอาใจใส่ต่อความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย การให้ความสำคัญและการยอมรับศักดิ์ศรี และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านอยู่ในระดับดี

ผู้ดูแลของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการช่วยประเมิณการรับรู้การดูแลของผู้ให้บริการที่ดีเพราะเป็นผู้ที่ต้องมีการประสาน เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีมุมมองที่อยู่ด้านเดียวกับผู้ป่วยคือเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลเช่นกัน มุมมองต่อคุณภาพของบริการจึงเหมือนกับผู้ป่วยด้วย คือ การให้ความสำคัญกับ การดูแล การใส่ใจ การยอมรับ และให้ความเคารพต่อสิทธิ เจกเช่นเดียวกัน การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยต่อทอดไปถึงครอบครัวและในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในด้านการกลับไปดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงชุมชน ควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนา ด้านสัมพันธภาพแทนการแยกตัว ชุมชนก็ควรยอมรับและไม่แสดงทรศนะด้านลบที่มีต่อคนพยายามฆ่าตัวตาย ครอบครัวและชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสร้างความรัก ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทรกัน จะช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ (ณรงค์ฤทธิ์ สายมณี และบุญบา อนุศักดิ์, 2547) ญาติควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยการร่วมกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดนตรี กีฬา หรืองานที่ชอบ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

4. ผลการดูแลจากแบบรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด การบริการผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาจากตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีประเด็นตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลายประเด็น เช่น อัตราการได้รับบริการด้านสุขภาพจิต อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้า อัตราการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า อัตราการได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อัตราการได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้ง และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ในปี 2550-2551 สูงกว่าเป้าหมาย ส่วนในปี 2552 ไม่พบการฆ่าตัวตายซ้ำ อภิปรายได้ว่าผลลัพธ์ตามแบบรวมตัวชี้วัดเป็นภาพสะท้อนถึงกระบวนการดูแลอย่างชัดเจน ซึ่งตัวกระบวนการที่

เป็นปัญหาส่วนใหญ่มีผลเกี่ยวข้องโดยตรง ตั้งแต่โครงสร้าง (Donabedian, 2003) ซึ่งขัดแย้งกับการให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของบุคลากรโรงพยาบาลปางมะผ้า ที่ว่า บุคลากรทราบว่าผู้ที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายทุกรายจะต้องได้รับการด้านสุขภาพจิต อันได้แก่การให้คำปรึกษา การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนการจำหน่าย (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) และบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างครอบคลุม อภิปรายได้ว่า ความครอบคลุมที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ปรากฏอยู่ในผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากจากการที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับทราบข้อมูลผลจากการปฏิบัติงานย้อนกลับ อีกทั้งไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด บุคลากรของตึกผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานแบบหมุนเวียน และไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงาน (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2551) ประกอบกับการที่บุคลากรงานสุขภาพจิตมีเพียงคนเดียว และสามารถให้บริการเฉพาะงานบริการสุขภาพจิตได้เพียง 2 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ความครอบคลุมของการปฏิบัติงานการให้การดูแลด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ รวมถึงหน่วยงานยังไม่มีการจัดการด้านการควบคุมดูแลตัวชี้วัด เพราะยังขาดส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางและการควบคุมตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการ ส่วนความครอบคลุมของการบันทึกรายงานครบถ้วนเป็นไปตามเป้าหมาย นั้นเนื่องจากการบันทึกรายงานสามารถใช้วิธีสืบค้นทางเวชระเบียนได้ จะเห็นว่า ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการของกระบวนการให้การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การพิจารณาตัวชี้วัดเป็นรายตัวจะเห็นถึงส่วนขาดของการให้บริการและโอกาสพัฒนา โดยพิจารณาวิเคราะห์ปรับปรุงคุณภาพบริการ จากตัวชี้วัดที่เป็นปัญหา เช่น การขาดความครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพจิต ความครอบคลุมการประเมินภาวะซึมเศร้า ความครอบคลุมในการติดตามดูแลต่อเนื่อง และความครอบคลุมในการให้สุขภาพจิตศึกษาและครอบครัวยุติ อันจะไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลปางมะผ้าได้อย่างตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพต่อไป