

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษารายกรณีผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในภาวะวิกฤตและแนวทางให้การปรึกษา

วันรับ : 23 สิงหาคม 2562

วันแก้ไข : 16 มีนาคม 2563

วันตอบรับ : 28 เมษายน 2563

ภาสกร คุ่มศิริ, วท.ม., ศติญา จันทร์แก้ว, วท.ม., ธนาภรณ์ กองพล, วท.บ.,

อัสมะห์ เชิงสะ, ศศ.บ., ธัญญาภรณ์ คำแก้ว, วท.ม.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต และแนวทางให้การปรึกษาจากผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์

วิธีการ: การวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกประชากรเป้าหมายแบบเจาะจง 5 ราย ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมากและได้รับการปรึกษาคบกระบวนการจากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียงการให้บริการ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการปรึกษา 5 ราย ถึงกระบวนการให้การปรึกษา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผล: ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการพบปัจจัยด้านกายภาพ (ภาวะซึมเศร้า ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว) ด้านจิตใจ (เผชิญปัญหาวิกฤต วิธีคิดต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในทางลบ) และด้านสังคม (สภาพครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และการถูกคุกคาม) แนวทางการให้บริการปรึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญ ทักษะที่ใช้บ่อยคือ การฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด และสะท้อนความ ส่วนเทคนิคที่ใช้คือ ค้นหาศักยภาพ สำรวจสิ่งยึดเหนี่ยวใจ ความหวัง และเป้าหมาย ปัจจัยสนับสนุนให้การปรึกษาได้ผลคือ ความพร้อมของผู้ให้การปรึกษา เพื่อนร่วมงาน ที่ปรึกษา และหน่วยงานในพื้นที่ แต่อุปสรรคของการให้คำปรึกษาคือ บริบทการให้การปรึกษา ความพร้อมของผู้ให้บริการ ความพร้อมของพื้นที่ และขาดข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้บริการคือ ควรคำนึงถึงการฟังอย่างตั้งใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ พยายามค้นหาจุดแข็ง จัดการความคาดหวังของตนเอง ตั้งสติ ไม่ทำร้ายความรู้สึกและเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ

สรุป: หลักสำคัญในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต ได้แก่ การตั้งสติ พยายามค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ความหวัง เป้าหมาย และการทำงานเป็นทีมประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ให้เร็วที่สุด

คำสำคัญ: การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ฆ่าตัวตาย ผู้ให้การปรึกษา ภาวะวิกฤต สายด่วนสุขภาพจิต 1323

ติดต่อผู้นิพนธ์: ภาสกร คุ่มศิริ; e-mail: taitae_ong9@hotmail.com

Original article

A case study of determinants of using Mental Health Helpline 1323 in crisis and effective practice of the counselor

Received : 23 August 2019

Revised : 16 March 2020

Accepted : 28 April 2020

Passakorn Koomsiri, M.S., Sasiya Jankaew, M.S., Thanapond Kongpon, B.S.,

Asmah Sengsa, B.A., Tanyaporn Kamkaew, M.S.

Child and Adolescence Mental Health Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: To explore the problems and causes for help seeking callers who utilised Mental Health Helpline 1323 in crisis and the effective practice of the counselor

Methods: This is a qualitative study that used a purposive sampling to selected five clients from the database of the Mental Health Helpline 1323 with high suicidal risk and was given counseling. The client case record form and audio recording were examined. In-depth interviews were conducted with 5 experienced counselors for the procedure. All the data were analysed by content analysis.

Results: The most common possible factors were an underlying biological risk, i.e. previous diagnosis of depression and family history of suicidal. The psychological factors were coping mechanisms and negative thinking. The sociological factors were family conditions, economic problem, and external threats. The counsellors reported the importance of building a healthy relationship. The frequently used skills were active listening, opened-end questioning, and reflection. The techniques used are searching for potential, exploring for attachment, hope, and goal. The supporting factors for effective counselling are the readiness of the counsellors and co-workers and supervisors, leagues, consultants, and availability of local agencies. The obstacles of counselling were the environment of counselling, the readiness of psychologist and the environment provided, the lack of information about resources. Also, the things that have been learned were active listening, comforting, paying attention, looking for the strength, not hurting the clients' feelings, attention, looking for the strength, not hurting the clients' feelings, managing expectations, concentration, and respect their decision.

Conclusion: The key factors for effective telephone counseling in a mental health crisis in this study were concentration, finding emotional anchors, hopes and goals, and working as a team then coordinated with the relevant agencies in the area as soon as possible.

Keywords: counselor, crisis, Mental Health Helpline 1323, suicide, telephone counseling

Corresponding author: Passakorn Koomsiri; e-mail: taitae_ong9@hotmail.com

บทนำ

วิกฤตในชีวิตอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ ผู้ประสบปัญหาบางคนเลือกใช้วิธีหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย จากรายงานวิจัยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่าง 330 ราย มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.1) และผู้พยายามฆ่าตัวตาย 220 ราย เป็นชาย (ร้อยละ 48.6) เมื่อวิเคราะห์พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า และในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 2.9: 1 ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.2: 1^{1,2} ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ การหย่าร้าง ปัญหาสัมพันธภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ส่วนโรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และภาวะการติดสุราหรือสารเสพติด ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ ได้แก่ ความอับอาย ความเจ็บปวด รู้สึกสิ้นหวัง เหนงา ความกลัวขั้นรุนแรง และขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ทั้งนี้ผู้ที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนั้นความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย สำหรับการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจอย่างทันท่วงทีจะสามารถช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งการรับการบำบัดรักษาแบบตัวต่อตัวมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเดินทาง ความไวต่อการเข้าถึง การจัดการดูแลเป็นแบบตั้งรับ ดังนั้นการปรึกษาทางโทรศัพท์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที^{3,4}

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า ผู้รับบริการที่บำบัดโรคซึมเศร้าสองในสามรายงานว่าการบำบัดแบบตัวต่อตัวจะมีอุปสรรคเกิดขึ้นอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คือ

มีอุปสรรคในการเดินทาง ซึ่งการบำบัดรักษาทางโทรศัพท์ช่วยลดอุปสรรคดังกล่าวได้⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในภาวะวิกฤตออนไลน์พบว่าในหลายประเทศ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย มีการให้บริการทางออนไลน์ได้แก่ ภัยพิบัติ ปัญหาฆ่าตัวตาย และบาดแผลทางใจ (trauma) ในประเทศฝั่งตะวันออกกลาง เช่น อิหร่าน พบว่ามีการจัดบริการปรึกษาปัญหาวิกฤตทางโทรศัพท์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาคู่สมรส โรคทางอารมณ์ ปัญหาสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และปัญหาอื่นๆ^{6,7}

กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีนโยบายการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจแบบบูรณาการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเปิดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต 2 รูปแบบคือ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีระบบโทรศัพท์ 12 คู่สาย บริการตลอด 24 ชั่วโมง และบริการทางเพจเฟซบุ๊ก 1323 เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ รวมถึงภาวะวิกฤตสุขภาพจิต เช่น การทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือการฆ่าตัวตาย จากผลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้รับบริการที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง 673 สาย คิดเป็นร้อยละ 0.95 ของสายที่ขอรับบริการทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบเพียงร้อยละ 0.68 ส่วนข้อมูลจากสมาคมสมาพันธ์สายด่วนรับฟังเพื่อช่วยไม่ให้คนฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ขอรับบริการปรึกษาด้วยความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองจำนวน 5,541 ราย หรือเฉลี่ย 461 รายต่อเดือน⁸ จากแนวโน้มของปัญหาดังกล่าวที่สูงขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการณิผู้รับบริการของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการในภาวะวิกฤต และเพื่อค้นหาแนวทางให้การปรึกษาของผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจะนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาระบบการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้รับบริการและ

ผู้ให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ประชากรเป็นผู้รับ
บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน
673 ราย คัดเลือกประชากรเป้าหมายด้วยการสุ่มแบบเฉพาะ
เจาะจง (purposive random sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้
1) เป็นผู้ที่โทรมารับการปรึกษาปัญหาวิกฤตในชีวิตของ
ตนเอง 2) ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการ
ฆ่าตัวตาย (8Q) ที่มีผลคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มี
แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง หรือผู้รับบริการที่แสดง
เจตนาารมณ์ที่ชัดเจน เช่น เตรียมอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง
ได้แก่ อาวุธ ของมีคม เชือก ยาอันตราย ฯลฯ หรือขณะที่โทร
เข้ามา กำลังอยู่ในสถานที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง เช่น
ริมระเบียง ริมแม่น้ำ บนอาคารที่สูง ฯลฯ 3) ได้รับการครบ
ตามกระบวนการให้การปรึกษา และมีเกณฑ์คัดออกคือมี
ประวัติในการรักษาโรคจิตเวชอื่นๆ ยกเว้น กลุ่มโรคทาง
อารมณ์ (mood disorder) ได้ประชากรเป้าหมาย 161 ราย
หลังจากนั้นนำผลคะแนน 8Q มาเรียงลำดับจากมากไป
หาน้อย ทำการคัดเลือกคะแนน 8Q ที่สูงสุด ได้ประชากร
เป้าหมาย 5 ราย ทั้งนี้อ้างอิงจำนวนประชากรตามการศึกษา
ของ Tohid⁹ จากนั้นศึกษาปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการ
โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการจากฐานข้อมูล
1323 และเทปบันทึกเสียงการให้บริการ ประกอบด้วย 1)
ข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทปัญหา
สุขภาพจิต ระดับความรุนแรงของปัญหา และรายละเอียด
ของปัญหาที่บันทึกตั้งแต่เริ่มจนจบกระบวนการให้การ
ปรึกษา และ 2) แนวทางในการให้การปรึกษา ประกอบด้วย
กระบวนการ เทคนิค และทักษะที่ใช้ในการให้บริการปรึกษา
การประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 8Q การวางแผน
แก้ไขปัญา และการส่งต่อ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลตาม
แนวคิดทฤษฎีฐานรากของ Strauss and Glaser¹⁰ เริ่มด้วย
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นเปิดรหัส (open
coding) นำข้อมูลจากการถอดการบันทึกเสียงและเอกสาร
บันทึกการให้บริการทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 มาอ่าน
และลงรหัส ทำการแยกหมวดหมู่ ให้ความหมายข้อมูล
รวมถึงหาแก่นของเรื่องภายใต้โมเดลกายจิตสังคม

(biopsychosocial model) และการวิเคราะห์ปัจจัย 4 ประการ
(4P's) โดยเชื่อมโยงและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในแง่ต่างๆ ทั้งใน
เชิงเหตุและผล รายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะการพรรณนา

ในส่วนของผู้ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำการ
สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์ให้บริการ
ผู้มีภาวะวิกฤตของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จำนวนทั้งสิ้น 5 ราย
อ้างอิงจำนวนผู้ให้การปรึกษาตามการศึกษาของ Rossouw และ
คณะ¹¹ ดำเนินการสัมภาษณ์ครั้งละ 1-2 ชั่วโมงจนข้อมูลอิ่มตัว
และบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง
โครงสร้าง (semi-structured interview) ภายใต้กระบวนการ
ให้การปรึกษาในประเด็นหลักดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับ
ผู้รับบริการ 2) ขั้นตอนของการสำรวจปัญหาและการประเมิน
ผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต 3) แนวทางในการช่วยเหลือหรือแก้ไข
ปัญหา 4) ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือนำไปสู่ความช่วยเหลือ
ผู้รับบริการ 5) การประเมินเหตุการณ์เพื่อการส่งต่อเครือข่ายใน
การช่วยเหลือ 6) อุปสรรคในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะ
วิกฤต 7) การใช้ทักษะและเทคนิค และ 8) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการ
ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเริ่มจากการทำบททวนงาน
วิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
จากนั้นถอดข้อความจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำ
มาลงรหัสข้อความเกี่ยวแนวทางในการให้บริการปรึกษา ทำการอ่าน
บททวนข้อมูลซ้ำหลายครั้งแล้วถอดรหัสข้อความเป็นหมวดหมู่
เดียวกันภายใต้ประเด็นหลักข้างต้น

คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย
ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดย
พิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา ถ้าข้อมูลต่างเวลา
กันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ ถ้าต่างสถานที่ข้อมูลจะ
เปลี่ยนไปหรือไม่ และแหล่งบุคคล นั่นคือ ถ้าเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูล
ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ รวมถึงตรวจสอบสามเส้าด้านการ
ศึกษาข้อมูล (investigator triangulation) โดยตรวจสอบว่า
ผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลเหมือนหรือต่างกันอย่างไร ทำการเปลี่ยน
ผู้เก็บข้อมูลโดยไม่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือผู้รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร
เพียงคนเดียว จากนั้นนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านหรือกลับไป
ถามซ้ำอีก เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่ CAM-RI-IRB-2562/004 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562 ในชื่อวิจัยเรื่องการศึกษารายกรณี: ผู้รับบริการของสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่มีภาวะวิกฤต

ผลการศึกษา

1. ด้านผู้รับบริการ เป็นเพศหญิงทั้ง 5 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 20-36 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ราย ปัญหาครอบครัว 1 ราย ปัญหาความรัก 1 ราย และเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ราย

ผลการวิเคราะห์โดยหลักปัจจัยกายจิตสังคม มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านกายภาพ (biological factors) พบว่า ผู้รับบริการมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8Q และการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ว่ามีภาวะซึมเศร้า บางรายมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายและทำได้สำเร็จ นอกจากนี้ในผู้รับบริการที่มีความเปราะบางของอวัยวะในร่างกาย ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีความเจ็บป่วยทางกายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้โทรมารับบริการด้วยความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่ามีความคิดที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และมีการเผชิญปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการใช้ชีวิตที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและมีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมที่ทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น เช่น หลบปัญหาและถอยหนี และ 3) ปัจจัยด้านสังคม พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ การถูกสังคมข่มขู่หรือคุกคาม เป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและความกดดันอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์โดยหลักปัจจัย 4 ประการ มีดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ประวัติปัญหาสุขภาพจิต การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประวัติบุคคลในครอบครัวมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors) ได้แก่ การเผชิญปัญหา เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว 3) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factors)

ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาหนี้สิน การตกงาน อาการป่วยที่ไม่ดีขึ้น 4) ปัจจัยป้องกัน (protective factors) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางจิตใจ อาทิ พ่อแม่ ลูก ศักยภาพในตนเอง เป้าหมายในชีวิตของผู้รับบริการที่เป็นกำลังใจ และเป็นความหวังที่อาจช่วยประคับประคองให้ผู้รับบริการปรับตัวกับปัญหาวิกฤตที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านผู้ให้บริการปรึกษา เป็นเพศชาย 2 ราย หญิง 3 ราย ช่วงอายุระหว่าง 27-35 ปี และมีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 3-5 ปี

ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้รับบริการ พบว่าโดยรวมผู้ให้บริการจะให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์กับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก เพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดความราบรื่นในการให้การปรึกษาหรือช่วยเหลือ โดย

1) พูดคุยเรื่องทั่วไป ชวนผู้รับบริการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างข้อมูล “วันนี้ทานข้าวหรือยังคะ” “วันนี้วางแผนจะทำอะไรบ้าง”

2) สร้างความร่วมมือในการจัดการปัญหา โดยผ่านการสะท้อนความรู้สึกให้ผู้รับบริการรับรู้ได้ว่าผู้ให้บริการเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้รับบริการอย่างแท้จริง และพร้อมที่จะช่วยเหลือด้วยความเต็มใจเป็นที่สุด ตัวอย่างข้อมูล “ฟังจากน้ำเสียงแล้วดูเหมือนคุณกำลังรู้สึกเศร้านะคะ” “วันนี้มีอะไรให้ทาง 1323 ช่วยเหลือคะ”

3) สร้างความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากผู้รับบริการ หากผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ไว้วางใจผู้ให้บริการ จะทำให้การให้บริการปรึกษาหรือช่วยเหลือไม่ประสบความสำเร็จ วิธีการสร้างความอบอุ่นปลอดภัยมักแสดงออกผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึก การเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการในขณะนั้น ตัวอย่างข้อมูล “เขาต้องการใครสักคนอยู่เคียงข้างในยามที่ตนเองรู้สึกหมดหนทาง รู้สึกหมดคุณค่า ต้องการพึ่งใครสักคนให้ก้าวข้ามความทุกข์ใจนี้” “ยิ่งในกรณีภาวะวิกฤตยิ่งต้องสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจเป็น

ที่สุดด้วยทักษะการฟังการสะท้อนความ

ขั้นตอนสำรวจปัญหาและประเมินผู้รับบริการที่มี

ภาวะวิกฤต ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะการปรึกษาในการสำรวจ
ปัญหา รวมถึงการประเมินผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ดังนี้

1) การฟังอย่างตั้งใจ เป็นทักษะสำคัญมากที่สุดของผู้
ให้การปรึกษาเพื่อรับฟังปัญหาของผู้รับบริการและสามารถ
เข้าใจตรงกันกับผู้รับบริการถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงข้อมูล
ต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน ทั้งในเรื่องของสภาพแวดล้อม ที่อยู่
พิกัดหรือสถานที่ที่ผู้รับบริการอยู่ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญให้กับ
หน่วยงานในพื้นที่ หากผู้รับบริการมีความรุนแรงที่จำเป็นต้อง
ประสานกับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ผู้รับบริการมากที่สุด ตัวอย่างข้อมูล
“เนื่องจากการให้บริการช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ ผู้ให้การ
ปรึกษาไม่สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ของ
ผู้รับบริการได้ การฟังจึงเป็นทักษะสำคัญที่ควรฝึกให้นาย
เป็นอย่างแรก” “มีสติ ไวที่จะฟังว่าเขาอยู่ที่ใด มีความเสี่ยง
กระทำมากน้อยแค่ไหน และให้ผู้รับบริการได้ระบายเรื่องราว
ปัญหา”

2) การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับ
บริการได้เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วน และให้ผู้
บริการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาอย่างชัดเจน จะส่ง
ผลให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำถามที่ใช้เป็น
ทั้งการถามเพื่อหาคำตอบใหม่ และการถามเพื่อสะท้อนความ
ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้
บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา ตัวอย่างข้อมูล “ควร
ถามเพื่อทบทวนความรู้สึกของผู้รับบริการ และทำความเข้าใจ
ปัญหาที่เกิดขึ้น”

3) การสะท้อนความ ทั้งการสะท้อนความรู้สึกและ
การสะท้อนความคิด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณให้การ
ปรึกษารับฟังปัญหาและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้รับบริการอย่าง
แท้จริง ผู้ให้การปรึกษาสามารถสะท้อนความรู้สึกตรงกับความรู้สึก
ของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างข้อมูล เป็นการ
บอกให้ผู้รับบริการรู้ว่าตนเองคิดหรือรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น
จะเป็นการสะท้อนแบบซับซ้อน เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ไม่มี
ใครรักฉันหรอก ฉันเลยต้องอยู่คนเดียว” ผู้ให้บริการสะท้อน

ว่า “คุณกำลังรู้สึกโดดเดี่ยว คุณอยากให้มีคนเห็นใจและเข้าใจ”

แนวทางการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต

1) ค้นหาศักยภาพของผู้รับบริการ โดยผู้ให้การปรึกษา
ต้องมีความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการ
มองเห็นถึงข้อดีและความสามารถของตนเอง เน้นการพิจารณา
เฉพาะข้อดีของตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในตนเองมาก
ขึ้น รับรู้ว่าตนเองก็มีศักยภาพและมีความสามารถเช่นกัน ตัวอย่าง
ข้อมูล “ใช้เนื้อหาจากการฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดออกมาเพื่อ
ทบทวนศักยภาพหรือความสำเร็จในอดีต” “ชื่นชมและให้กำลังใจ
ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง”

2) ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยจะเป็นบุคคล สิ่งของ
หรือสัตว์เลี้ยง ให้ผู้รับบริการคิดถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองยังมีความสุข
และอยากมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลหรือสิ่งของเหล่านั้น ตัวอย่างข้อมูล
ผู้ให้บริการ “อะไรที่ทำให้คุณตัดสินใจอยู่ต่อไป” ผู้รับบริการ
“ตอนนี้ก็ยังเป็นห่วงแมว กลัวว่าจะไม่มีใครดูแล”

3) ค้นหาความหวังของผู้รับบริการ ตัวอย่างข้อมูล “เน้น
ถึงสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับตนเอง บุคคลที่ผู้รับบริการรัก”
“ทำให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่
ต่อไป” “ทำให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพื่อทำ
ในสิ่งที่ตั้งใจไว้”

4) ค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้รับบริการ ตัวอย่างข้อมูล
“เริ่มต้นวางแผนเป้าหมายจากสิ่งที่สามารถทำได้ในทุกๆ วัน” “ใช้สิ่ง
ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้รับบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึก
โดดเดี่ยวหรือท้อแท้ในการทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้”

5) ประสานกับญาติและหน่วยงานในพื้นที่ โดยเริ่มต้น
จากการประสานกับทางญาติเพื่อรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก่อน
จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ปกครองใน
พื้นที่ในการเข้าสำรวจสถานการณ์ และประสานกับทางหน่วยงาน
ด้านสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเข้าช่วยเหลือเยียวยาและรักษาต่อไป
ตัวอย่างข้อมูล “ประสานให้ตำรวจให้ลงพื้นที่ เข้าไปตรวจจุด
เหตุการณ์จริง” “ค้นหาบุคคลที่ผู้รับบริการไว้วางใจ”

**ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือนำไปสู่ความช่วยเหลือผู้รับ
บริการที่มีภาวะวิกฤต** เช่น เพื่อนนักจิตวิทยาเข้าช่วยเหลือในการ
ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ การทบทวนการทำงานร่วมกัน

หลังจบการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่

1) พัฒนาศักยภาพนักจิตวิทยา เพื่อให้เกิดความพร้อมด้านจิตใจในการจะรับมือกับผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต โดยผู้ให้การปรึกษาต้องมีสติ สมาธิ ไม่วิตกกังวลว่าจะช่วยเหลือไม่ได้ ตัวอย่างข้อมูล “ต้องให้นักจิตวิทยาผ่านการอบรมทบทวนความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากผู้เชี่ยวชาญ” “การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย”

2) ถอดบทเรียนแนวทางการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างข้อมูล “การทบทวนความรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการ (peer review) และการประชุมปรึกษารายกรณี (case conference) ของกลุ่มงานและหน่วยงาน”

การประเมินเหตุการณ์เพื่อการส่งต่อเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยหลักสำคัญคือ ผู้ให้การปรึกษาจะประเมินความเสี่ยงของผู้รับบริการที่มีแนวโน้มในการที่จะกระทำซ้ำอีก ด้วยการพิจารณาจากโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรคทางกายเรื้อรัง ตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น บางคนมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ได้รับการกดดันทางสังคม เช่น ตกงาน หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ มีภาวะซึมเศร้า มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่ออยู่ในความดูแลของทีมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ตัวอย่างข้อมูล “ประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q” “ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย” “ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับการประสานหน่วยงานพื้นที่เพื่อเข้าให้การช่วยเหลือ”

อุปสรรคในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ สภาพแวดล้อมของผู้รับบริการไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือได้ทันทีทั้งที่ เช่น อยู่ตัวคนเดียว ไม่รู้จักเพื่อนบ้าน มีความขัดแย้งกับญาติหรือเพื่อนบ้าน สำหรับปัจจัยเฉพาะของตัวผู้รับบริการ ได้แก่ ความรุนแรงของการป่วย ขาดยา ไม่ให้ความร่วมมือ หมกมุ่นความหวัง มีความเชื่อที่ผิดต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างข้อมูล “ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือผู้รับบริการหมดความหวัง ไม่เห็นค่าในตนเอง” “ขาดการทำงาน

ที่ประสานกับหน่วยงานในท้องที่เพื่อช่วยเหลือ” “ผู้รับบริการมักอยู่ตัวคนเดียว แยกตัว คิดว่าตนเองไร้ค่า”

การใช้ทักษะ ทฤษฎี และเทคนิคในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาของการให้การปรึกษา เพื่อดึงศักยภาพของผู้รับบริการมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตัวอย่างข้อมูล “สิ่งที่สำคัญคือการสร้างความไว้วางใจ ผู้รับบริการจึงจะพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้น” “เวลาที่ผู้รับบริการเริ่มสับสนจำเป็นต้องสรุปความเพื่อให้การพูดคุยนั้นไม่หลงประเด็น” “น้ำเสียงที่ใช้ในการพูดคุยต้องชัดเจน และหนักแน่นมั่นคง” “การจัดการความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการทั้งความคิดต่อตนเองและต่อสิ่งรอบข้าง” “ใช้เทคนิคของจิตบำบัด แนวชาเทียร์¹² เป็นแนวทางในการพูดคุยเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการ” “ใช้พื้นฐานเรื่องผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง”

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการให้บริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต ตัวอย่างข้อมูล ได้แก่ “การฟังอย่างตั้งใจจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นที่จะเล่าปัญหาออกมา และสามารถให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม” “ผู้ให้การปรึกษาคควรพยายามหาจุดดี จุดแข็ง เพื่อนำมากระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของตนเอง” “ในการให้การปรึกษาในภาวะวิกฤต ผู้รับบริการมักจะมาด้วยปัญหาที่หลากหลายและมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ให้บริการได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในการใช้ทักษะและเทคนิคต่างๆ มาใช้กับผู้รับบริการรายอื่นๆ” สุดท้ายความสำเร็จของการช่วยเหลือเกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้การปรึกษาไม่ทำร้ายความรู้สึกของผู้รับบริการและต้องจัดการความคาดหวังของตนเอง หากไม่สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ประสบความสำเร็จ และเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ

วิจารณ์

ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤตของผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป¹³ นอกจากนี้ปัจจัยด้านพันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าสมาชิกคนอื่นๆ ใน

ครอบครัวจะมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า¹⁴ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ผู้รับบริการ 5 ราย พบว่ามีปัจจัยด้านกายภาพที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความผิดปกติของการจัดการกับปัญหาหรือการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสมกับปัญหาที่เผชิญอาการที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ทำร้ายตนเอง เบื่ออาหาร ทำลายข้าวของ สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของทั้ง ICD-10 และ DSM-IV^{15,16} และสอดคล้องกับการวิจัยของ ศุภชัย และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ปัจจัยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.1 และการวิจัยของกุศลภรณ์ และคณะ¹⁸ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม รู้สึกไม่อบอุ่นเมื่ออยู่บ้าน มีความเครียดขณะตั้งครรภ์ เคยผ่านการแท้งมาก่อน เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และสมาชิกในครอบครัวมีอาการป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก ใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปตามเพศภาวะ¹⁹ อีกทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม²⁰

แนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีภาวะวิกฤต การค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ความรู้สึกอบอุ่นหัวใจ ความไว้วางใจ ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการจัดการปัญหาและสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการให้การปรึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการทำร้ายตนเอง ช่วยให้คนเรียนรู้ต่อการปรับตัวเข้ากับสังคมได้มากขึ้น²¹

นอกจากนี้งานของวณ ปฐมวิชัยวัฒน์³ พบว่าผู้ให้การช่วยเหลือที่มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับทฤษฎี ขั้นตอน และกระบวนการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจสาเหตุแห่งความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงมีกลยุทธ์การสื่อสารด้วยความเป็นมิตร มีการจัดการอารมณ์และรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ของตน สะท้อนปัญหาของผู้รับบริการ มีการรับรู้ตนเองของทั้งสองฝ่าย และดำเนินการสนทนาในเงื่อนไขของความลับและความเป็นส่วนตัว มีส่วนช่วยให้การปรึกษาประสบความสำเร็จได้

สำหรับรูปแบบหรือแนวทางในการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤต จากผลของการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ให้การปรึกษาไม่ได้ใช้เทคนิคหรือแนวทางอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการให้การปรึกษาแบบผสมผสานวิธี ขึ้นอยู่กับการได้รับการอบรมและฝึกหัดมาของผู้ให้บริการซึ่งแตกต่างกันออกไป จากผลการศึกษาพบว่าวิธีการให้การปรึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบผสมผสานทฤษฎี เป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิดและเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ซึ่งแนวทางการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 1) เป้าหมายเพื่อกำหนดสิ่งที่ต้องการทำให้สำเร็จทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2) เป็นการแสวงหาแนวทางที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และ 3) เน้นกำลังใจทั้งจากตนเองและคนรอบข้าง²² อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้การปรึกษาของผู้ให้บริการเน้นพื้นฐานการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ Carl Rogers ที่มองว่ามนุษย์จะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและรับผิดชอบตนเอง เนื่องจากบุคคลเป็นผู้รู้ปัญหาของตนได้ดีที่สุด ถ้าบุคคลยอมรับตนเองก็จะสามารถจัดการปัญหาของตนเองได้²³

ทั้งนี้ เอกสารที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศพบว่าการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไป อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการให้บริการหลายอย่าง เช่น ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมขณะให้บริการได้ ข้อจำกัดของความเป็นส่วนตัวและความลับในการให้บริการ และการปรับตัว

ของผู้ให้บริการในการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์⁴ สำหรับอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ 1323 คือสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่อาจจะขาดความเชื่อมั่น รวมถึงการจัดการตนเองของผู้ให้บริการที่ยังมีความคาดหวังต่อผู้รับบริการ หรือขาดสมาธิในการจดจ่อรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ²⁴

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในสถานการณ์หรือบริบทอื่นได้ แต่สามารถใช้ในการอธิบายสถานการณ์เฉพาะที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยนี้ และด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพอาจทำให้การผิดพลาดเกี่ยวกับความตรงของข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์ หรือการถอดข้อมูล ในการเก็บข้อมูลจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่งผู้เก็บข้อมูลและประชากรที่ศึกษา นอกจากนี้โครงสร้างการเก็บข้อมูลไม่มีความแน่นอนจึงยากต่อการนำไปใช้ซ้ำ

สรุป

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในการช่วยเหลือผู้รับบริการ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะการปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีลักษณะเฉพาะต้องทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถวางแผนและหาแนวทางในการจัดการภาวะอารมณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้มีความจำเป็นที่จะต้องประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อช่วยให้สามารถให้บริการปรึกษาได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการได้มากขึ้น

ความรู้เดิม: ยังไม่มีแนวทางให้บริการปรึกษาผู้มีภาวะวิกฤตทางโทรศัพท์ที่เป็นรูปธรรม

ความรู้ใหม่: ได้แนวทางการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของผู้รับบริการ รวมถึงแนวทางให้บริการปรึกษาผู้มีภาวะวิกฤตทางโทรศัพท์

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: ปรับใช้และเผยแพร่แนวทางให้บริการปรึกษาสำหรับหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย [Risk factors associated with suicide: A case-control study in Sukhothai province]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58:3-16.
2. วราภรณ์ ประทีปธำนันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี [Rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaophayayommarat hospital Suphanburi province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):90-103.
3. วฤณ ปฐมวิชัยวัฒน์. ประสบการณ์ทางจิตใจของนักจิตวิทยาให้การปรึกษาในการทำงานกับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย [Psychological experience of counseling psychologists working with high risk suicidal clients] [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
4. Gretchen AB, Cobi WI, Suzanne CD. Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. Prof Psychol Res Pr. 2011; 42: 543-9. doi:10.1037/a0026135.

5. Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julin L, Vella L, Catledge C, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med.* 2006;32:254-8. doi:10.1207/s15324796abm3203_12.
6. da Silva JAM, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015;37:171-82. doi:10.1590/2237-6089-2014-0026.
7. Dadfar M, Lester D. A study of callers to a telephone counselling service. *Illness Crisis & Loss.* 2019 Feb. doi:10.1177/1054137319833299.
8. ฆฤณ ฆนอมกิตติ. สมาริตันส์สายด่วนรับฟังเพื่อช่วยไม่ให้คนฆ่าตัวตาย [Samritan suicidal helpline how to prevent a suicidal] [อินเทอร์เน็ต]. นิตยสาร a day. กรุงเทพฯ: บจก. เดย์ โพเฮอร์ส. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พ.ย. 2562]. จาก: <https://adaymagazine.com/se-samaritans/>.
9. Tohid H. Robin Williams' suicide: a case study. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016;38:178-82. doi:10.1590/2237-6089-2015-0064.
10. Gtaser BC, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
11. Rossouw G, Rossouw G, Smythe E, Greener P. Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology.* 2011;11:1-12. doi:10.2989/IPJP.2011.11.1.4.1103.
12. นงพงา ลิ้มสุวรรณ, นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2550;52:1-6.
13. Aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ.* 2009;180:305-13. doi:10.1503/cmaj.080697.
14. Shyn SI, Hamilton SP. The genetics of major depression: moving beyond the monoamine hypothesis. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:125-40. doi:10.1016/j.psc.2009.10.004.
15. World health organization. International classification of diseases 10th revision (ICD-10). Malta: WHO; 1992.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
17. ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, สุชีรา ภักทรายุทธวรรตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร [Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;57:283-94.
18. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม, สุพร อภินันท์เวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช [The prevalence and associated factors of depression in teenage pregnancy at Siriraj hospital]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2557;59:195-205.
19. สุพัทธรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก [Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2560;62:359-78.
20. มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลป์กะ, ศศิวิมล บุณยะเรช, ไชณภา แก้วจันทรา. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง [A study of factors relating to depressive disorder among people who live in slum in Bangkok]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.* 2561;34:100-7.
21. Snyder CR. Handbook of hope theory, measures, and applications. California: Academic Press; 2000.
22. ดวงมณี จงรักษ์. ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น [Introduction to theory of counselling and psychotherapy]. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2556.

23. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Boston MA: Cengage Learning; 2017.
24. Haas LJ, Benedict JG, Kobos JC. Psychotherapy by telephone: risks and benefits for psychologists and consumers. Professional Psychology: Research and Practice. 1996;27:154–60. doi:10.1037/0735-7028.27.2.154.

แผนผังแนวทางการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในภาวะวิกฤต สายด่วนสุขภาพจิต 1323

