



การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่
เขตบริการสุขภาพที่ 7

The development of Suicide Prevention System and Management for people at risk of
suicide in pilot area, 7th Area Health Board

นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า

นางสิวลี เปาโรหิตย์

นางจิตภินันท์ บาสซอดติ

นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ

นางมณีนรัตน์ คงแสนคำ

นางชนิษฐา สนเท่ห์

165
6ก
0

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	004455
ปีที่	
เลขเรียกหนังสือ	ว. พ. 165
ว. 3269	2560
ว. 1	

'JVKK Library



004455

หนังสือที่... -- หนังสือที่...
 หนังสือที่... -- หนังสือที่...
 หนังสือที่... -- หนังสือที่...
 หนังสือที่...



การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่

เขตบริการสุขภาพที่ 7

The development of Suicide Prevention System and Management for people at risk of
suicide in pilot area, 7th Area Health Board

นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้

นางสิวลี เปาโรหิตย์

นางจิตภินันท์ บาสขอดดี

นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ

นางมณีนรัตน์ คงแสนคำ

นางชนิษฐา สันทะห์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่
เขตบริการสุขภาพที่ 7

The development of suicide prevention system and management for people at risk of
suicide in pilot area, 7th Area Health Board

นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเห้า
นางสิวลี เปาโรหิตย์
นางจิตภินันท์ บาสชอดติ
นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ
นางมณีนรัตน์ คงแสนคำ
นางชนิษฐา สนเทห์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เขตบริการสุขภาพที่ 7

วัสดุและวิธีการ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และมีความต้องการในการพัฒนาระบบช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน จำนวน 93 คนศึกษาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน 2560 เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ใช้คำเป็นร้อยละ และคำบรรยาย ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1. ศึกษาปัญหาและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ ระยะที่ 2. การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและระยะที่ 3. การนำระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้

ผลการศึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เกิดความตระหนักและมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วน มีการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้นใหม่ ที่มีการเชื่อมโยงบริการและข้อมูลในทุกระดับสถานบริการ จนสามารถเพิ่มการเข้าสู่บริการของผู้ที่เสี่ยงและยังสามารถติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้าสู่ระบบการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 100

คำสำคัญ พัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, เครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7

Abstract

Objective: To develop suicide prevention system and management for people at risk of suicide in Banphai Hospital network, 7thAreaHealth Board.

Material and methods

This study is action research whereby a purposive sampling in the area with high rate of suicide. This area needed the development of suicide prevention system and management for people at risk of suicide. Target group was the healthcare providers who took care of the suicide risk people in Banphai Hospital network. This network has 93 people, comprised of doctors and nurses. These doctors perform in Banphai Hospital; nurses perform in Sub-district Health Promoting Hospital, health volunteers and community leaders. This study was carried out between February and September, 2017. Data was collected by mixed methods. Data comprised quantitative data and qualitative data. The results of data are presented in percentage and description. There were 3 phases of study: phase 1, studying problems and situation of suicide in Amphur Banphai; phase 2, system development and management for suicide risk people; and phase 3, implementation following by the system and management for suicide risk people.

Result

Healthcare providers of Banphai Hospital network has self- awareness and correct knowledge of suicide prevention in all of the parts of network. There were system development and management for people at risk of suicide that could connect to services and data in every level of public health center. After accessibility to system and management for people at risk of suicide , 100% of people at risk of suicide could receive assistance and could be followed up by the guideline of the system.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2560 ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านที่ปรึกษา งานวิจัยหลายท่านดังต่อไปนี้

นพ. ญัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย และเป็นที่ปรึกษางานวิจัยอย่างดียิ่ง

นพ. ประยูร โกวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่ให้ความสำคัญในการสร้างระบบป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

พญ. กิตติยา ทองสุข แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้างานจิตเวชโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่มุ่งมั่นในการพัฒนาระบบการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ประสานงานความร่วมมือกับทุกภาค ส่วนในอำเภอบ้านไผ่ จนสามารถเกิดระบบการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอบ้านไผ่ ขึ้นมา

คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นายแพทย์ ศักรินทร์ แก้วเห้า

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย	4
3. ขอบเขตของการวิจัย	4
4. นิยามศัพท์เฉพาะ	5
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	6
2. ระบบบริการปฐมภูมิ	14
3. แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	15
4. มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	16
5. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีระบบกับการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแล รักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	19
6. แนวคิดด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	19
7. แนวคิดด้านเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม	21
8. แนวคิดด้านการสร้างเครือข่าย	24
9. แนวคิดด้านการถอดบทเรียน	27
10. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	30
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย	31
12. กรอบแนวคิดการวิจัย	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	34
1. รูปแบบงานวิจัย	35
2. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา	35
3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
4. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	35
5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	37
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	38
8. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	39
9. ระยะเวลาในการศึกษา	39

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	40
1. ผลการศึกษา	40
1.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1	40
1.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2	41
1.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3	47
2. อภิปรายผล	51
2.1 การศึกษาสถานการณ์ก่อนมีโครงการพัฒนาระบบการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย	51
2.2 ผลการศึกษาระบบการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการ ฆ่าตัวตายหลังการพัฒนาและทดลองใช้	53
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
1. ความมุ่งหมายของการวิจัย	56
2. สรุปผล	56
3. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	57
4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	58
บรรณานุกรม	59
สารบัญภาพ	
- รูปภาพที่ 1	31
- รูปภาพที่ 2	33
- รูปภาพที่ 3	34
- รูปภาพที่ 4	35
- รูปภาพที่ 5	47
- รูปภาพที่ 6	48
- รูปภาพที่ 7	49
สารบัญตาราง	
- ตารางที่ 1	41
- ตารางที่ 2	42
- ตารางที่ 3	43
- ตารางที่ 4	44
ภาคผนวก	66
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
- คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ	71
- ชุดการสอนสำหรับการอบรม	72

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งสำคัญต่อทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีผู้ฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยได้ประมาณการว่ามีกว่า 800,000 คนที่ตายจากการฆ่าตัวตายในแต่ละปี มีหนึ่งคนในทุก 40 วินาทีที่ฆ่าตัวตาย (WHO, 2016) ร้อยละ 60 ของผู้ฆ่าตัวตายอยู่ในแถบประเทศเอเชีย (Ghanbari, Malakouti, Nojomi, Alavi, & Khaleghparast, 2014)

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีแนวโน้มเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นจากปี 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.47 ต่อแสนประชากรสูงขึ้นจากปี 2557 ที่มีอัตราอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากรคิดโดยเฉลี่ยเดือนละ 350 คน หรือทุกๆ 2 ชั่วโมง มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าผู้หญิง 4 เท่า (ธรรณิทร์ กองสุขและคณะ, 2551) แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 - 2553 มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยภาวะวิกฤตที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์และภัยธรรมชาติต่างๆ (ชินทร์ลิมสนธิกุล, 2552) จากการศึกษาวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปี 2557 และ 2558 โดยการสุ่มตัวอย่าง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ ใน 14 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง พบว่า 1) ส่วนใหญ่ อายุ 30-50 ปี 2) มีอาชีพเป็นเกษตรกรและผู้ใช้แรงงาน ถึง ร้อยละ 70 3) เกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 23) เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ขณะที่ร้อยละ 3 มีการทำร้ายผู้อื่น 4) ใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด ร้อยละ 70 รองลงมา คือ กินสารเคมีโดยเฉพาะยาฆ่าแมลง ร้อยละ 20 และ ประมาณ ร้อยละ 10 ใช้อาวุธปืน 5) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัญหาความสัมพันธ์เป็นเรื่องสัมพันธ์ภรรยาในครอบครัวร้อยละ 47 สุราร้อยละ 26 ความรักร้อยละ 22 และปัญหาการเจ็บป่วย เป็นเรื่องโรคจิตร้อยละ 16 โรคเรื้อรังร้อยละ 15 และซึมเศร้าร้อยละ 9 (จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2558, <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=138778.0>)

การฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ถ้าผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินความเสี่ยง โดยการประเมินความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย การตรวจสภาพจิต ประวัติทางจิตสังคม การถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันสิ่งสำคัญพยาบาลจะต้องรู้สัญญาณเตือน และการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าและให้การบำบัดที่ดีจากระดับปฐมภูมิ (primary care) จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ (Son et al. 2005, Mann et al. 2005) การพัฒนาศักยภาพและความร่วมมือของแกนนำชุมชน ให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง โดยการคัดกรอง ประเมิน และติดตามให้การดูแล ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงทำให้ไม่มีการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มที่ได้รับการเฝ้าระวังปัจจัยสำคัญในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายคือการสนับสนุนในลักษณะภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยอาศัยองค์ความรู้และการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ (สมเกียรติ ชำนาญรักษ์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Malakouti และคณะ (2014) ที่ศึกษาเรื่องการผสมผสานโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในเครือข่ายการดูแลระดับปฐมภูมิ: การศึกษาทดลองในประเทศอิหร่านพบว่าการผสมผสานโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายกับเครือข่ายการดูแลสามารถช่วยเพิ่มสมรรถนะการเฝ้าระวังการซึมเศร้าและฆ่าตัวตายและส่งผลให้ลดจำนวนของการฆ่าตัวตายได้โดยเฉพาะพื้นที่ในชนบทนอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (WHO, 2014) มีการออกกฎหมายป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2007 ช่วยทำให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง โดยอัตราการฆ่าตัวตายลดลงต่ำกว่า 30,000 คนเป็นครั้งแรกในปี 2012 นโยบายในกฎหมายดังกล่าวนี้ได้สะท้อนให้เห็น

ความคิดว่ากิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายควรจะคำนึงถึงความซับซ้อนของปัจจัยการฆ่าตัวตายไม่ใช่แค่เพียงเน้นไปที่ความผิดปกติทางจิตเวช

การป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีผู้ที่ศึกษาถึงแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายไว้หลากหลาย ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดรักษา การเฝ้าระวัง ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีปัญหาซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 6 ระยะ ด้วยการศึกษานำร่องในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2542 ขยายไปยังจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ เป็นจำนวน 20 จังหวัดในปี พ.ศ.2544 เพิ่มเป็น 32 จังหวัดในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็น 33 จังหวัดในปี พ.ศ. 2546 ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชนรวมทั้งประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนช่วยเหลือเบื้องต้น(กรมสุขภาพจิต, 2546, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2554)

กุญแจสำคัญของการดำเนินงานในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย คือการผลักดันเชิงนโยบายสู่ตัวชี้วัดสุขภาพระดับชาติ โดยการเพิ่มความตระหนักรู้ของรัฐบาลและสาธารณะซึ่งสามารถส่งเสริมความตระหนักรู้ในระดับสาธารณะโดยศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โดยอาศัยกลยุทธ์ดังนี้ 1) เริ่มต้นระบบข้อมูลโดยระบบรายงาน รง. 506 S ระบบการบันทึกนี้จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2)การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ยกตัวอย่างเช่น DS 8, SU-9 3) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและพัฒนาโปรแกรมให้ความช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ CBT(Cognitive Behavioral Therapy)Satir's Model และการบำบัดครอบครัว Family Therapy4)การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในประเทศไทย 5)การให้บริการและป้องกันผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชน 6) จัดหางบประมาณสำหรับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการสร้างโปรแกรมสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่าย

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ/พยายามฆ่าตัวตายต่อ 1 แสนประชากรในปีงบประมาณ 2554-2559 ดังนี้ (www.suicidethai.com)

ปีงบประมาณ	ขอนแก่น	มหาสารคาม	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์
2554	3.45	3.08	3.86	3.08
2555	3.56	4.28	3.20	5.69
2556	3.04	5.04	2.60	5.30
2557	3.92	4.17	3.90	4.57
2558	6.25	5.40	4.21	5.69
2559	4.34	3.22	4.13	6.30

จากตารางพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตบริการสุขภาพที่ 7 แยกตามจังหวัด พบว่าในปีพ.ศ. 2558 เริ่มมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตได้ตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตายให้ต่ำกว่า 6.0 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 (กรมสุขภาพจิต, 2556) ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่สูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ จึงจำเป็นต้องป้องกันให้การช่วยเหลือและดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนดังนั้นในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง จึงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายลดลงเมื่อพิจารณาด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้มีการประมาณการว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทั่วประเทศมีประมาณ 10 ล้านคน แต่มีเพียงประมาณ 8 แสนคนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หรือคิดเป็นร้อยละ 8.0 เท่านั้นซึ่งถือว่าการเข้าถึงบริการที่ต่ำอย่างมาก

ปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การขาดความเอาใจจริงเอาใจ และความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ และปัญหาการติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เพียงพอ (เบญจมาศ พฤษักานนท์ และคณะ, 2556) และข้อมูลจากการนิเทศติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่าแต่ละสถานบริการมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของตนเองแต่ยังไม่เชื่อมโยงเป็นระบบ และขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้อง

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 6 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีประชากรมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นจังหวัดศูนย์ปฏิบัติการของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง เมืองขอนแก่นตั้งอยู่ในจุดที่ถนนมิตรภาพ (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2) และทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 12 (ถนนสายเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก) ตัดผ่าน ซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญอีกเส้นหนึ่งในการเดินทางจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางเข้าไปสู่ภาคเหนือตอนล่างที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และเดินทางเข้าสู่ประเทศลาวทางด้านทิศใต้ของลาว อาณาเขตทางทิศเหนือติดกับจังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดอุดรธานีทิศตะวันออกติดกับจังหวัดมหาสารคามและจังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศใต้ติดกับจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดนครราชสีมา ทิศตะวันตกติดกับจังหวัดชัยภูมิและจังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรเพศชาย จำนวน 890,486 คนและเพศหญิง จำนวน 915,424 คน รวม 1,805,910 มีทั้งหมด 26 อำเภอ 199 ตำบล 2,331 หมู่บ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) มีอัตราการฆ่าตัวตาย 4.34 ต่อแสนประชากร ประกอบด้วยเพศชาย 61 ราย และเพศหญิง 17 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

อำเภอบ้านไผ่ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดขอนแก่นห่างจากตัวจังหวัดขอนแก่นประมาณ 44 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 497.327 กิโลเมตร หรือ 308,954 ไร่ อำเภอบ้านไผ่มีอาณาเขตติดกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังต่อไปนี้ ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอบ้านแฮด ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอกุดรัง (จังหวัดมหาสารคาม) ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอเปือยน้อย อำเภอหนองสองห้อง และอำเภอโนนศิลา ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอมัญจาคีรีและอำเภอชนบท จำนวนประชากรอำเภอบ้านไผ่ รวม 109,904 คน ชาย 54,502 คน หญิง 55,402 คน จำนวนหลังคาเรือน 23,108 หลังคาเรือนจำนวนครอบครัว 28,032 ครอบครัว ประชากรอำเภอโนนศิลา รวม 26,261 คน ชาย 13,070 คน หญิง 13,091คน จำนวน 6,234 หลังคาเรือน จำนวนครอบครัว 10,088 ครอบครัว รวมทั้งสองอำเภอ บ้านไผ่-โนนศิลา จะมีประชากร รวม 136165,261 คน ชาย 67,572 คน หญิง 68,493คน จำนวนหลังคาเรือน จำนวน 29,334 หลังคาเรือน จำนวนครอบครัว 38,0120 ครอบครัว อำเภอบ้านไผ่แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 ตำบล 113 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่เทศบาล 2 แห่ง อบต. 9 แห่ง อำเภอโนนศิลา มีอาณาเขตติดต่อ ดังต่อไปนี้ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอบ้านไผ่ ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอหนองสองห้องและอำเภอพล ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอชนบท อำเภอโนนศิลาแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 5 ตำบล 46 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 5 แห่ง ได้แก่เทศบาล 1 แห่ง อบต. 4 แห่ง สถานบริการสาธารณสุข CUP บ้านไผ่ – โนนศิลา โรงพยาบาลบ้านไผ่ (โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลโนนศิลา (โรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 1 แห่ง ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ จำนวน 13 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนศิลา จำนวน 6 แห่ง

ระบบการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีการจัดคลินิกบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ คลินิกสุขภาพใจ ในวันจันทร์ รับให้บริการโรคลมชัก รับปรึกษาปัญหาซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และให้คำปรึกษาผู้ที่ปัญหาจิตเวช รวมทั้งออกตรวจในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว วันอังคารถึงวันพฤหัสบดีช่วยประเมินและให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง วันศุกร์ตรวจรักษาและจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคจิตเวช ในด้านงานบริการชุมชน มีการจัดตั้งคลินิกใน CUP โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โดยทีมจิตเวชชุมชน (ผู้รับผิดชอบพยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่ และ พยาบาล PG(Post Graduated) จิตเวช) มีแนวทางบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์ประจำคลินิกจิตเวช พยาบาลจิตเวช ดำเนินการ

ข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายของอำเภอบ้านไผ่ พบว่าในปี 2556 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย 22 ราย ปี 2557 จำนวน 25 ราย ปี 2558 จำนวน 19 ราย ปี 2559 จำนวน 32 ราย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2556 จำนวน 2 คน (1.43 ต่อแสนประชากร) ปี 2557 จำนวน 5 คน (3.08 ต่อแสนประชากร) ปี 2558 จำนวน 18 คน (14.9 ต่อแสนประชากร) ปี 2559 จำนวน 4 คน (3.32 ต่อแสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ปี 2556 จำนวน 1 ราย ปี 2557 จำนวน 1 ราย ปี 2558 จำนวน 2 ราย ปี 2559 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับบริการ ปี 2556 จำนวน 693 ราย ปี 2557 จำนวน 736 ราย ปี 2558 จำนวน 785 ราย ปี 2559 จำนวน 884 ราย ผู้ป่วยที่มารับบริการ ปี 2556 จำนวน 642 ราย ปี 2557 จำนวน 692 ราย ปี 2558 จำนวน 723 ราย ปี 2559 จำนวน 852 ราย ขาดยา/ไม่มารับยาต่อเนื่อง ปี 2556 จำนวน 51 ราย ปี 2557 จำนวน 44 ราย ปี 2558 จำนวน 62 ราย ปี 2559 จำนวน 36 ราย อาการทางจิตกำเริบ ปี 2558 จำนวน 37 ราย ปี 2559 จำนวน 28 ราย เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง ปี 2556 จำนวน 2 ราย ปี 2557 จำนวน 5 ราย ปี 2558 จำนวน 19 ราย ปี 2559 จำนวน 4 ราย

จากข้อมูลดังกล่าวคณะผู้วิจัยและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่และโอกาสพัฒนา โดยพัฒนาระบบบริการอย่างเชื่อมโยงทั้งระบบร่วมกับการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดระบบการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ เขตบริการสุขภาพที่ 7

วัตถุประสงค์รองของการวิจัย

- 2.1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
- 2.2. เพื่อศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่นาร่อง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และมีความต้องการในการพัฒนาระบบช่วยเหลือ และดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน 2560

4. นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนาาระบบการป้องกันและดูแลรักษา หมายถึงการปรับเปลี่ยนพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาที่มีอยู่เดิม

ระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมายถึง ขบวนการและขั้นตอนต่างๆในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายใต้กรอบแนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ทุติภูมิ (Secondary Prevention) และตติภูมิ (Tertiary Prevention)

การเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง การดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบร่วมไปกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างทันเวลาเพื่อให้สามารถนำไปใช้ป้องกันและควบคุมปัญหาการฆ่าตัวตายต่อไป

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมายถึงผู้ที่มีความคิดหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำลายชีวิตตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

เครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอบ้านไผ่ หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลบ้านไผ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม, แกนนำชุมชน และหรือผู้ปฏิบัติงานที่ถูกมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอบ้านไผ่

บุคลากรในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายอำเภอบ้านไผ่หมายถึง แพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.2 เกิดภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่

5.3 บุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่ มีความตระหนักและเข้าใจแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัย แนวคิด และทฤษฎีจากการศึกษาเอกสาร ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย
2. ระบบบริการปฐมภูมิ
3. แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
4. มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
5. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีระบบกับการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
6. แนวคิดด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
7. แนวคิดด้านเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม
8. แนวคิดด้านการสร้างเครือข่าย
9. แนวคิดด้านการดำเนินการถอดบทเรียน
10. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
12. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

ในทางจิตเวชศาสตร์มีศัพท์เรียกว่าsuicidalityหมายถึง ความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (แหวน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2554; Sadock , Sadock& Kaplan, 2007) ซึ่งเป็นคำที่ใช้อธิบายในขอบเขตของการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Silverman, 2006)นอกจากนี้ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกันมีศัพท์รวมเรียกว่า “พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempts)และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicidal) นอกจากนี้พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและเมื่อติดตามไประยะยาว ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ในที่สุด (เชิณขวัญ ฤชฌงค์ และคณะ, 2554) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำการฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรองมาแล้ว (WHO, 2014) วัณกร จำปาทอง (2554) ได้ให้ความหมายการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเอง ส่วนการทำร้ายตนเอง (Self - harm)หมายถึงการกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษหรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยภาวะดังกล่าวและมีอายุมากกว่า 10 ปี ควรถูกถามเกี่ยวกับความคิดและการวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

และถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามาโนช หล่อตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่มีแนวโน้มจะเกิดอันตรายต่อตนเองโดยไม่ถึงแก่ชีวิต มีหลักฐาน (เห็นชัดหรือไม่ก็ตาม) ว่าบุคคลนั้นๆ ได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจ ผลของการ suicidal attempts ผู้ป่วยนี้อาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2553) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่งซึ่งมีความขัดแย้งต่อบรรทัดฐานในสังคมของหลายประเทศ โดยเฉพาะบัพยัญญูในศาสนาต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่ไม่สมควรในการปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงจัดเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่ง Mc Laughlin (1993) พฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถบ่งบอกถึงความตั้งใจของการฆ่าตัวตายได้ 4 ระดับ คือ

1) ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal ideations) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือผู้ที่ถูกจิตแพทย์ลงความเห็นว่ามี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) การพยายามฆ่าตัวตายโดยการทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย (parasuicide) ซึ่งมี สาเหตุมาจากการทำให้ตนเองบาดเจ็บหรือกินยาที่แพทย์สั่งให้ตนเองเกินขนาดกว่าที่กำหนดไว้ 3) การ พยายามฆ่าตัวตายอย่างตั้งใจชัดเจน (suicidal attempts) วางแผนและลงมือกระทำ แต่ไม่ตาย 4) ฆ่าตัวตาย สำเร็จ (committed suicide หรือ completed suicidal)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการฆ่าตัวตาย หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลคิดลงมือกระทำให้ ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับอันตรายอย่างรุนแรงโดยขณะที่กระทำการนั้นผู้กระทำมีความรู้สึกตัวหรือ คาดหวังให้ตนเองถึงแก่ความตาย หากการกระทำนั้นๆ สำเร็จก็จะทำให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิตในที่สุดแต่ถ้าไม่ เสียชีวิตจะด้วยเหตุผลใดก็ตามถือว่าบุคคลนั้นพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Patient Groups at Risk)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมาหลายปี โดยใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างการทำสืบทายหลังเสียชีวิต (Psychological Autopsies) เวชระเบียน (Medical Record) และการสัมภาษณ์ญาติและเพื่อนพบว่า เป็นผู้ที่ เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากกว่า 90 % (Arsenault-Lapierre , Kim & Turecki ,2004, Bertolote & Fleischmann , 2002) ความผิดปกติที่พบที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายได้แก่อารมณ์ คือโรคอารมณ์ สองขั้วและโรคซึมเศร้า (Bostwick & Pankratz , 2000) การใช้สารเสพติด (Inskip , Harris & Barraclough , 1998) โรควิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Nock , Hwang , Sampson , et al., 2009; Nock , Hwang , Sampson , Kessler, 2010) และความผิดปกติทางจิต (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005) ทั้งนี้โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้าและโรคพิษสุรา เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ในสถานพยาบาล ทั่วไป (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าสองโรค ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและติดสารเสพติด (Rockville, 2009; Oquendo , Currier, Liu, Hasin , Grant & Blanco, 2010) ไกรสิทธิ์ นฤชิตพิชัย (2554) กล่าวว่า คนที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่คนที่มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาในชีวิตได้ไม่ดี คนที่เพิ่งประสบกับความผิดหวังล้มเหลว หรือการสูญเสียในชีวิตที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียคนรักคนใน ครอบครัวการล้มเหลวด้านการงานการเงินการเรียนทำให้เกิดอาการต่อต้านที่คนที่ต้องประสบกับการเจ็บป่วยด้วย โรคภัยเรื้อรังทางกาย เช่นโรคเอดส์โรคเมะเร็งคนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า รุนแรงมักแสดงออกให้สังเกตเห็นเป็นสัญญาณได้หลายอย่างเช่นคิดว่าตัวเองไร้ค่ามีแต่ความล้มเหลวทำอะไรไม่ สำเร็จรู้สึกท้อแท้รู้สึกท้อว่าตัวเองเป็นภาระไม่รู้จะอยู่ไปเพื่ออะไรคิดถึงคนที่ตายไปแล้ว สนใจข่าวการตายขาดความ สนใจในตัวเองปล่อยปละตัวเองไม่ดูแลตัวเองไม่กินข้าวไม่อาบน้ำ ไม่นอนชอบเก็บตัวตามลำพังแยกตัวจาก ครอบครัวและเพื่อนฝูงขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้างไม่รู้สนุกสนานกับสิ่งที่เคยชอบมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นดื่มเหล้า

จัดขับรเร็วพูดบ่นหรือเขียนข้อความเกี่ยวกับความคิอยากตายจัดการกับภาระสุดท้ายต่างๆเช่นทำพินัยกรรมกสมบัติส่วนตัวให้ผู้อื่นเป็นต้น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้อธิบายว่าผู้ที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ในข้อต่อไปนี้อาจจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) พูดถึงความตายหรือการฆ่าตัวตาย หรือบ่นว่าอยากตายไม่อยากเป็นภาระใครรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่าไม่รุจะอยู่เพื่อใคร

2) พูดหรือเขียนล้งเสีย

3) เคยพยายามฆ่าตัวตาย

4) นิสัยเปลี่ยนเป็นหงอยเหงา เคร้าซึม แยกตัวเองหมดอาลัยตายอยาก ร้องไห้บ่อยๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ มีความรู้สึกผิดและดูลูกตนเอง

5) ป่วยเป็นโรคจิต เช่นมีอาการพูแ่วว่ามีคนมาสั่งให้ไปตาย หลงผิดคิดว่จะมีคนมาฆ่าจึงอยากตายให้พันๆมีความคิดแปลกๆ ว่ถ้าตายแล้วจะช่วยเหลือไม่ให้โลกแตก เป็นต้น

6) ดิดสุราหรือยาเสพติด จนเลิกไม่ได้ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ

7) มีความทุกข์ทรมานจากโรคประจำตัวร้ายแรง โรคเรื้อรังและรักษาไม่หาย เช่นโรคเอดส์ มะเร็ง เป็นต้น

8) มีความพิการจากการสูญเสียอวัยวะสำคัญจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือเสียความสวยงาม

9) สูญเสียบุคคลหรือของรักที่มีความสำคัญต่อชีวิตการตายจาก หรือแยกจากในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

10) ถูกเร่งรัดหนี้สินจนหาทางออกไม่ได้สิ้นเนื้อประดาตัว หมดทางทามาหากิน

11) เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทรุนแรงบ่อยๆ ระหว่างคนในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

สวนีย์ เกี่ยวก้งแก้ว (2545) สรปูอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้หรือแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มาก ดังนี้

1) บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่างๆให้ผู้อื่นรู้โดยเชื่อว่าเกือบ 2 ใน 3 ได้พยายามสื่อสารความตั้งใจจะตายให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น รายงานหรือบอกวันทีตนเองจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่ “เธอคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับฉันอีกแล้ว”

2) ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า โดยเชื่อว่การคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มมีอาการซึมเศร้า ซึ่งบุคคลส่วนมากอาจคิดว่ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดสูงสุดในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาของตนเองและมีพลังที่จะฆ่าตัวเองได้ แต่ในความจริงแล้วผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลา จึงไม่ควรไว้วางใจ

3) บุคคลที่แยกตัวจากสังคมหรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง โดยพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ใน 6 ราย มีการท้งข้อความของการจะฆ่าตัวตายหรือวางแผนการฆ่าตัวตายเอาไว้

4) บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ฆ่าตัวตาย ตรวจพบว่ามีแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดถึงร้อยละ 90

5) ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนมากทั้งป่วยกายและป่วยทางจิตมักจะมีอาการต่างๆดีขึ้นแต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่างๆไม่ตัวอย่างรวดเร็ว และทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามการรักษาได้สูง ในช่วง 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

เบค สเตียร์ และราเนียร์ (Beck, Steer & Ranieri, 1988) อธิบายว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับแผนการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความตั้งใจนั้นๆ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาในชีวิตได้ไม่ดีเมื่อพบกับปัญหาชีวิต (ประสบกับความล้มเหลวหรือการสูญเสียในชีวิตที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียผู้ที่เป็นที่รักในครอบครัวหรือของมีค่าการล้มเหลวด้านการงานการเงินการเรียนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายเช่นโรคเอดส์ โรคมะเร็ง และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เป็นภาระแก่ตนเองและผู้อื่น ได้แก่ โรคจิตเภท โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง) ทำให้เกิดอาการท้อแท้ สิ้นหวัง และอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรงทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะมีเจตนาหรือไม่มีเจตนาลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย และจะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเมื่อมีประวัติการฆ่าตัวตาย หรือมีโรคทางจิตเวชร่วมกับการติดสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า

1.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.3.1 เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองมาก่อนพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการแสดงเจตนาว่าจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนอาจจะกระทำด้วยคำพูดหรือเขียนจดหมายลาตาย การกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดขึ้นภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรกผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำเลยประมาณร้อยละ 40 (WHO อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2548) องค์การอนามัยโลก (2013) รายงานว่าผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 10 - 20 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกสูงถึง 100 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมาจากการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2548) พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนไม่มากที่ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองลง ส่วนใหญ่มักทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจซึ่งถือเป็นวิธีการหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือผู้ทำร้ายตนเองโดยไม่เสียชีวิตมักเป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช กระทำอย่างหุนหันพลันแล่นโดยไม่ไดวางแผนไว้ล่วงหน้าใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรงทำในเวลาและสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาสช่วยเหลือ

1.3.2 การเจ็บป่วยจากโรคทางกาย บุคคลที่มีโรคทางกาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูงในกลุ่มโรค (1) คือโรคเรื้อรัง (2) การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หรือโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน และ(3) โรคที่ทำให้พิการ โรคดังกล่าวมักจะทำให้เกิดความเศร้าและเบื่อหน่ายชีวิต โดยเฉพาะถ้าคนๆ นั้นเคยเป็นคนที่แข็งแรง และช่วยตัวเองอยู่เสมอ (Varcarolis, 2002, สมภพ เรืองตระกูล, 2524) บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่เจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรคเช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการรักษา เหมือนเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะควบคุมชีวิตหรือความปรารถนาที่จะตายเพื่อลดความเจ็บปวด (Fontaine & Fletcher, 1999)

1.3.3 การเจ็บป่วยจากโรคทางจิตเวช จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และทำ Meta-analysis ของเทลเลอร์และคณะ (Taylor et al, 2015) พบว่า มีความชุกสูงในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยร้อยละ 66 จะมีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 49 มีการพยายามทำร้ายตนเอง และร้อยละ 18 มีการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีโรคร่วมทางจิตเวช มีปัญหาทางอารมณ์ การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ McClure และคณะ (2014) พบว่า

ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยจิตเวชมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 37 มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง ร้อยละ 27 มีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12 มีแผนฆ่าตัวตายและคิดที่จะทำตามแผนที่วางไว้ชัดเจน และจากการศึกษาของศุภรัตน์ เอกอัครวิน (2547) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำซึ่งเช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2548) ที่พบว่าการมีอาการโรคจิตมีโอกาสมากขึ้นที่จะมีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าที่ไม่มีอาการโรคจิตโดยเป็น 4.38 เท่าของผู้ป่วยในเพศหญิงและ 7.42 เท่าในเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายโรคทางจิตเวชกับความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายดังนี้

1) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคทางจิตเวชในกลุ่ม Depressive Disorders มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากอาการที่สำคัญ คืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือมีความรู้สึกผิด เป็นต้น โดยมีแนวคิดที่ว่าโรคซึมเศร้าเป็นผลจากสารเคมีในร่างกายผิดปกติโดยเฉพาะซีโรโทนิน (Fontaine & Fletcher, 1999) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าร้อยละ 20-35 (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2548) เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (Sadock & Sadock, 2007) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าหญิงที่มีการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีโอกาสที่จะคิดทำร้ายตัวเองซ้ำ 4.8 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548)

2) โรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 5 ในจำนวน 4000 คน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงโดยสัมพันธ์กับอาการทางจิตที่กำเริบ เช่น ความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอนหูแว่ว มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง (Sadock & Sadock as cited in Shives, 2005) นอกจากนี้ Palmer และคณะ (2005) ได้รายงานการศึกษาแบบ meta-analysis งานวิจัยที่ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 61 เรื่อง พบว่าความชุกชั่วชีวิตของการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 5.6 (95%CI 3.7%-8.5%) และโรคจิตเภทในระยะที่มีอาการครั้งแรกมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าโรคจิตอื่นๆ 2.7 เท่า

Fedszyn, et al (2010) ระบุว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการรักษาจะพบสูงสุด ใน 1 เดือนแรก หลังรักษาและ De Hert et al. (2001) ระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ 1) เพศชาย 2) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ 3) มีการแสดงอารมณ์มาก 4) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 5) มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว 6) มีการสูญเสียที่สำคัญภายในระยะเวลา 6 เดือน 7) ไม่ร่วมมือในการรักษา 8) มีอาการทางจิตในช่วงติดตามผล 9) กลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ มากกว่า 5 ครั้งต่อปี 10) มีความบกพร่องทางสติปัญญา

3) การติดสุรา (alcohol dependence) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียด อาจจะทำให้มีอาการซึมเศร้า หรือหงุดหงิดได้ง่าย และอาจจะรุนแรงจนเกิดความคิดที่ฆ่าตัวตายได้ ในผู้ที่คิดฆ่าตัวตายอยู่แล้ว การดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2548) และผู้ที่ดื่มสุรามักจะมีการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เพราะอารมณ์วู่วามควบคุมตัวเองไม่ได้ (WHO อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ที่ติดสุราจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณร้อยละ 20 (Shives, 2005) ผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีปัจจัยกดดันมานานมาก่อน ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

4) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) พบมากในกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องความต้องการความสนใจจากบุคคลอื่น จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial) จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปี ประมาณร้อยละ 10-15 (Shives, 2005) และพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมร่วมกับมีอาการซึมเศร้า จะมีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตาย สูงมากขึ้น ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) จะมีการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เมื่อได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้ความรุนแรง นอกจากนี้ บุคลิกภาพชอบแสดงตัว (extroversion) บุคลิกภาพวิตกกังวล (neurotism) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Duberstein as cited in Frisch & Frisch, 2002)

5) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) จากการศึกษาของ Costa et al. (2015) พบว่าผู้ป่วย โรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการตายจากการฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันมีการการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว กับปัจจัยเชื่อมโยงทั้งทางตรงและทางอ้อม พบความสัมพันธ์ดังนี้ 1) โรคอารมณ์สองขั้ว ในช่วง Depressive episode 2) พันธุกรรม ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมีปัญหาด้านอารมณ์ (Major affective disorder) พบยีนที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ Tryptophan hydroxylase 1 (TPH 1) และ Tryptophan hydroxylase 2 (TPH 2) 3) ยาและสารที่เกี่ยวข้อง พบว่ายาต้านเศร้า สามารถลดความเสี่ยงได้ 4) ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า cortisol ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่พยายามฆ่าตัวตายมีค่าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ตามข้อมูลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงระยะอารมณ์สงบ พบระดับความแตกต่างของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายและไม่ฆ่าตัวตายแตกต่างกันที่ $0.05 \mu\text{g/dl}$ 5) ปัจจัยด้านจิตใจ ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก และมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย 6) ปัจจัยด้านศาสนาและความเชื่อ ประเมินจาก RFLI (Reason For Living Inventory) เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาน้อย (low Religious Involvement (LRI)) กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนามาก (High Religious Involvement (HRI)) พบว่าที่เกี่ยวข้องกับศาสนามาก (HRI) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่า

1.3.4 เพศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายเป็น 3 เท่า ส่วนเพศชายจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Shives, 2005; Valfre, 2005)

1.3.5 กลุ่มอายุ การฆ่าตัวตายพบในทุกกลุ่มอายุ แต่พบแรงจูงใจในการทำร้ายตนเองอาจแตกต่างกัน และสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ อธิบายได้ดังนี้ (Valfre, 2005)

1) วัยเด็ก (children) การฆ่าตัวตายในเด็กเป็นผลจากครอบครัวมีความขัดแย้งหรือครอบครัวแตกแยก ครอบครัวมีปัญหาความรู้สึกไม่เป็นที่รัก หรือเกิดภาวะวิกฤติทำให้ภาวะซึมเศร้าตามมา การโดนแกล้งทำความเสียหายในโรงเรียน การสูญเสียบุคคลสำคัญและยังมีเหตุผลบางอย่างที่เด็กฆ่าตัวตายคือเพื่อหนีจากการถูกล่วงละเมิดทางร่างกายและเพศ

2) วัยรุ่น (adolescents) การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์หุนหันพลันแล่น ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ปัญหาทางเพศสัมพันธ์และปัญหาการติดสารเสพติด

3) วัยผู้ใหญ่ (adults) การฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบมากในบุคคลที่ไม่สามารถเผชิญแรงกดดันแบบผู้ใหญ่ ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งขาดแหล่งสนับสนุน ความยากจน ความอดอยาก การว่างงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในชีวิต ความโดดเดี่ยว การหย่าร้าง การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

4) วัยสูงอายุ (older adults) อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุสูงมากในหลายประเทศ การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุหลายคนที่เลือกการฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม (passive suicide) โดยปฏิเสธการกิน การดื่มหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.3.6 ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติของการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว (Stuart & Laraia, 2005) ญาติลำดับแรกของผู้ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 2.8 เท่า (McGuffin cited in Boyd, 2005)

1.3.7 ร่องรอยของบุคคลต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะมีการทิ้งร่องรอยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้ประมาณร้อยละ 80 (Shives, 2005) โดยสามารถแบ่งร่องรอยไว้ได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1) ร่องรอยจากคำพูดการฆ่าตัวตาย (verbal suicidal clues) ตัวอย่าง เช่น มีการพูดเกี่ยวกับความตาย การทำสัญญากับบุคคลสำคัญ “การถามเกี่ยวกับขนาดของยา”

2) ร่องรอยจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (behavioral suicidal clues) ตัวอย่างเช่น การเขียนบันทึกเกี่ยวกับความผิดหวังในความรัก การส่งข่าวความโกรธไปยังบุคคลสำคัญอื่น การให้สิ่งของแก่บุคคลอื่น การทำพินัยกรรม เป็นต้น

3) ร่องรอยจากภาวะการณ์การฆ่าตัวตาย (situational suicidal clues) ตัวอย่างเช่น การตายของคนรักโดยไม่ได้นึกคิดมาก่อน การหย่า ความล้มเหลวของงาน หรือบุคคลได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ร่องรอยของสถานการณ์ที่รุนแรงฉับพลันจะทำให้บุคคลมีความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายสูง

1.3.8 แรงจูงใจในการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีดังนี้ (Shives, 2005)

1) เป็นความปรารถนาหรือความนึกฝันที่จะเกิดใหม่ (a reunion wish or fantasy) จากบทความในหนังสือพิมพ์ การตายของผู้ชายสูงอายุ ซึ่งภรรยาเพิ่งเสียชีวิต เขาได้เขียนบันทึกถึงบุตรของเขา ว่าเขาไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยปราศจากภรรยาและเขามีความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตายว่าเขาจะได้อยู่ร่วมกับภรรยาอีกครั้ง

2) เป็นทางออกของบุคคลที่รู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่ง (a way to end one's feelings of hopelessness and helplessness) ความหวังเหมือนเป็นสิ่งที่จะเป็นไปได้เป็นการให้สัญญาตัวเองสำหรับอนาคต บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ความสิ้นหวังรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มีความเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีทางออก รวมทั้งการขาดที่พึ่งจะทำให้รู้สึกหมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3) เป็นการร้องขอความช่วยเหลือ (a cry for help) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางคนมีความหวังที่จะให้บุคคลใกล้ชิดหันมาสนใจตนเอง เพื่อจะได้รับความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงอายุ 49 ปี ประสบปัญหาทางการเงินมีการพยายามฆ่าตัวตาย โดยกินยานอนหลับเกินขนาด หวังว่าคู่รักจะมาให้ความสนใจในธุรกิจของเธอ จะมากู้คืนด้านการเงิน

4) เป็นการรักษาน้ำหน้าหรือปลดปล่อย (an attempt to “save face” or seek a release) บุคคลที่เคยมีความสามารถ ความสำเร็จและได้รับการยกย่องมาก่อน หากเกิดความล้มเหลวขึ้นอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายเพื่อรักษาน้ำหน้าหรือเพื่อบรรเทาความรับผิดชอบในความล้มเหลว เช่น นักธุรกิจที่ล้มละลายหาทางออกด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีความล้มเหลวในชีวิต

1.3.9 การเลี้ยงดู การปรับตัวเป็นผลจากการเลี้ยงดู เนื่องจากการเลี้ยงดูมีผลต่อความคิด ความรู้สึก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลซึ่งกันและกัน การเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะที่ต่างกัน เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัยบุคคลนั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นคนที่มองโลกตามความเป็นจริง มองมุมบวก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์

1.3.10 ความเจ็บปวด Shneidman(1993) ได้อธิบายว่าปัจจัย 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเจ็บปวด (pain) ความทุกข์ใจ (perturbation) และความกดดัน (presses) ซึ่งความเจ็บปวดมองในด้านจิตใจ รวมถึงการเจ็บปวดด้านร่างกายนั้นส่งผลต่อจิตใจ ส่วนความทุกข์ใจเป็นระดับของอารมณ์ที่เป็นผลตามมาจากการควบคุมแรงผลักดัน และความกดดันเป็นสิ่งเร้าให้รุนแรงขึ้น ซึ่งแรงกดดันของแต่ละบุคคลอาจจะมาจากภายในตัวเอง จากสังคม หรือหลายๆ สิ่งรวมกัน Shneidmanอธิบายว่าการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้น เมื่อเกิดความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ จากการไม่ได้รับการตอบสนอง มีระดับอารมณ์ความทุกข์ใจและความกดดันระดับสูง เป็นความเจ็บปวดของจิตใจที่ไม่สามารถต้านทานได้ ไม่สามารถทนทานได้ และไม่สามารถยอมรับได้

อย่างไรก็ตามแม้เราจะยังไม่สามารถสรุปได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่แท้จริงของการฆ่าตัวตาย แต่จากการศึกษาต่างๆ ก็พบคล้ายๆ กันว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมความแออัดของชุมชน วัฒนธรรม ศาสนา และชาติกำเนิด นอกจากนั้นยังขึ้นกับสภาพแวดล้อมในครอบครัว บุคลิกภาพ และสภาพจิตของคนๆ นั้นอีกด้วย(สุชาติ พหลภาคย์, 2555)

1.4 สัญญาณเตือนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย Suicide Warning Signsประกอบไปด้วย (McClure et al, 2014)

- 1) ความคิดฆ่าตัวตายความคิดด้านลบ ความปรารถนาที่จะตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย
- 2) พฤติกรรมทางอ้อม เช่น แกล้งทำประมาทเลินเล่อหรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความเสี่ยง; การแยกตัวเองจากครอบครัวเพื่อนและสังคม การนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป การเสพยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

ประกาศ อุครานันท์(2555) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมีหลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้ประสบวิกฤตเศรษฐกิจแม้กระทั่งประชาชนที่มีปัญหาทั่วๆ ไป กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาการเรียน ความรัก และความไม่สมหวังในชีวิตที่ต้องมาจบชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นการสูญเสียทรัพยากรของประเทศโดยไม่จำเป็น ปัญหาที่สามารถป้องกันได้ถ้าบุคคลรอบข้างจับสัญญาณเตือนภัยได้ทันทั่วทั้งที่และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับใด โดยพิจารณาจากประเด็นสำคัญดังนี้

- 1) สภาพอารมณ์และจิตใจมีอารมณ์ที่สำคัญคืออารมณ์ที่สิ้นหวัง (Hopeless) ไร้ที่พึ่ง (Helpless) และไร้คุณค่า (Worthless) ซึ่งปรากฏและสังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง แววตาน้ำเสียง และคำพูด ซึ่งสื่อความหมาย หมายถึง ความรู้สึกอยากตายเช่นอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์อยู่ไปทำไมอยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน
- 2) ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายว่ามีเหตุการณ์อะไรกดดัน เช่นการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรักหรือคู่สมรสปัญหาในครอบครัวปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้นการได้ทราบถึงปัจจัยกระตุ้นจะทำให้วางแผนการช่วยเหลือได้ตรงจุดมากขึ้น
- 3) การวางแผนฆ่าตัวตาย ได้มีการวางแผนหรือไม่อย่างไร เช่น การเขียนจดหมายสั่งลา ขอขมา สั่งเสีย เขียนพินัยกรรมเตรียมวิธีการฆ่าตัวตายและอุปกรณ์ หรือทำร้ายตัวเองมาก่อนหรือไม่

สร้อย บุญเฉย (2554) อธิบายว่า บุคคลที่มีสัญญาณเตือนดังต่อไปนี้ให้ระวังว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) พฤติกรรมสีหน้าเศร้าหมองเคลื่อนไหวช้าพูดน้อยเบื่ออาหารน้ำหนักลดพยายามทำร้ายตัวเองใช้สารเสพติดดื่มสุราไม่อยากทำงาน ไม่สนใจเรื่องเพศแก่ตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมนอนน้อยหรือมากเกินไป

- 2) ด้านความคิดและอารมณ์ มีความคิดอยากตายตำหนิโทษตัวเองคิดแต่เรื่องเก่าๆเกี่ยวกับปัญหาตัวเองซ้ำซากหาทางแก้ไขไม่ได้สับสนเกิดความเหงาเศร้าท้อแท้หมดหวังร้องไห้บ่อยๆโดยไม่มีสาเหตุรู้สึกผิด

และคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่าไถ่ถอนโดยไม่มีเหตุผลเดียวดายหรืออารมณ์ดีขึ้นจนผิดสังเกตจากที่เคยมีอารมณ์เศร้าเนื่องจากอาจคิดแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย

3) ด้านคำพูด พูดถึงความตายหรือวิธีการตาย พูดแบบท้อแท้หมดหวังการเป็นภาระของผู้อื่น สัมผัสกับคนใกล้ชิดเช่นฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่ฉันอยากหลับแล้วไม่ตื่นอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์อะไรมันจะเป็นภาระของผู้อื่นใครๆ คงอยากให้เขาตายไปเสียให้พ้นอยู่ไปชีวิตก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ผ่าฝืนของรักให้คนอื่นดูแลขอโอฬารกรรมเขียนจดหมายลาตายทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินสมบัติให้ผู้อื่นหรือเตรียมอุปกรณ์ที่สามารถปลดชีวิตตัวเองได้

ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล (2548) กล่าวว่าส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือนอะไรบางอย่างออกมาให้คนรอบข้าง เช่น พูดเปรยๆ ว่าไม่อยากอยู่ หรือครอบครัวจะดีกว่านี้ถ้าไม่มีตัวเองอยู่ ชีวิตนี้ไม่เหลืออะไรแล้ว หรือมีพฤติกรรมบางอย่างเช่น จี้อายมาเก็บไว้มากๆ จี้อารมณ์ร้ายที่ไม่จำเป็นต้องใช้มาเก็บไว้ เขียนจดหมายลาตาย หรือพูดทำนองเสี่ยงกับคนอื่น ๆ สัญญาณอันตรายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้

- 1) แยกตัว ไม่พูดกับใคร
- 2) มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายมาก่อน
- 3) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว
- 4) มีแผนฆ่าตัวตายที่แน่นอน โดยดูได้จากแจกจ่ายของรักของหวง พูดจาผ่าฝืนคนข้างหลัง จัดการงานหรือทรัพย์สินให้เรียบร้อย
- 5) เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง
- 6) ดิตเหล้าหรือยาเสพติด
- 7) ทรมานจากโรคจนต้องพึ่งยารักษาประจำ และนอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานานๆ
- 8) ชอบพูดเปรยๆ ว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- 9) ประสบปัญหาชีวิต เช่น ล้มละลาย สูญเสียคนรักกะทันหัน เป็นโรคเรื้อรัง พิกการจากอุบัติเหตุ

10) มีอารมณ์ขึ้นๆลงๆ ที่น่าระวังคือ เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้าม จากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานาน กลับดูสบายใจอย่างผิดหูผิดตา ช่วงนี้แสดงว่าเขารวบรวมความกล้าและตัดสินใจแน่นอนแล้วว่า จะฆ่าตัวตาย

2. ระบบบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยี และการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสมตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน (WHO 1978) ในส่วนประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึงสถานีนานามัย โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2542) หมายถึงระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การ

ป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะกาให้บริการ แบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตาม เกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแล ประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือ จัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข , 2545) ในปัจจุบันนี้หน่วยบริการปฐมภูมิได้ปรับเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

3. แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Prevention of mental disorders)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 3 ระดับ (พนม เกตุมาน, http://www.psyclin.co.th/new_page_79.htm) ดังนี้

3.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันระดับต้น ก่อนจะเกิดปัญหาหรือโรคทางจิตเวช เป็นการ ป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ เป้าหมายของการป้องกันระดับนี้คือ ลด incidence หรืออุบัติการณ์ของโรค ทางจิตเวช การป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยลดปัจจัยของการเกิดโรค ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) และเพิ่ม ปัจจัยป้องกันโรค (Protective factors) เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องในวัยเด็ก ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบ ต่อจิตใจ การป้องกันเน้นที่สาเหตุ ตัวอย่างเช่น

1) ป้องกันโรคทางร่างกายในแม่และเด็ก เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ การคลอด ป้องกันโรคที่ เกี่ยวข้องกับระบบประสาท การขาดสารอาหาร การป้องกันสารพิษ

2) ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง ตอบสนองความต้องการของเด็กวัยต่างๆตามวัย การฝึก ระเบียบวินัย รับผิดชอบต่อเลี้ยงดูเด็กที่อาจก่อให้เกิดปัญหา

3) ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ทั้งโครงสร้างของครอบครัวที่ดี มีความสัมพันธ์ดี การสื่อสารชัดเจน ให้กำลังใจ ไม่มีความแตกแยกแบ่งพรรคแบ่งพวก ซึ่งอาจทำให้การเลี้ยงดูไม่เหมือนกัน มี ทางออกที่ถูกต้องนุ่มนวลเมื่อมีความขัดแย้งกัน

4) โรงเรียน มีระบบการเรียนที่ดี ครูมีสุขภาพจิตดี ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างทัศนคติทางบวก ต่อการเรียน ค้นหาตนเองได้ว่ามีความชอบความถนัด หรือต้องการเรียนและมีอาชีพใดในอนาคต

5) การจัดสิ่งแวดล้อมสังคมที่ดี มีแบบอย่างที่ดี ไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม ปราศจากสารเสพติด สิ่งยั่วยุทางเพศ อบายมุข

6) การให้ความรู้แก่ประชาชน การป้องกันโรคทางกาย ส่งเสริมสุขภาพทางกาย การฝากครรภ์ ฯลฯ การเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้อง รู้จักการกระตุ้นพัฒนาการตามวัย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีคุณภาพ มีความ รักความอบอุ่นความผูกพัน

3.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

การป้องกันระดับทุติยภูมิหรือการป้องกันระดับที่สอง เป็นการป้องกันโรคที่เริ่มเกิดขึ้นแล้วไม่ให้เป็นยาวนาน เป็นการลดความชุกของโรค (prevalence) โดยการค้นหาผู้ที่เป็นโรคและรีบให้การรักษาโดยเร็ว (early diagnosis and prompt treatment) การรักษาอย่างรวดเร็ว ทำได้ง่ายกว่าและผลการรักษาดีกว่า ปล่อยเป็นแบบเรื้อรังที่จะรักษายาก การป้องกันระดับนี้จะทำได้โดยให้ความรู้แก่ชุมชนทุกระดับและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้รู้จักโรคทางจิตเวช และช่วยส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาโดยเร็ว

3.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

การป้องกันระดับที่สามนี้ จะเน้นการป้องกันการสูญเสียหน้าที่ (disability) หรือลด Impairment of function เพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมโดยเร็ว การป้องกันระดับนี้ทำโดยกิจกรรมฟื้นฟู (rehabilitation)

4. มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2558)

มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จะช่วยให้สถานบริการสาธารณสุขมี แนวทางการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไปในแนวทางเดียวกัน มี คุณภาพบริการ ที่เป็นระบบและครอบคลุมใกล้เคียงกัน ทั้งในด้านการบริหารจัดการ การให้บริการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต บุคลากรในกลุ่มวัยต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล การมีภาคี เครือข่ายเพื่อร่วมและสนับสนุน ดำเนินการ และการมีระบบสารสนเทศเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและ ประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งสิ่งสำคัญ คือ มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต นี้ จะนำไปสู่วิสัยทัศน์การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดว่า ภายในทศวรรษต่อไป คน ไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรง และทางอ้อมอย่างยั่งยืน

แนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วยแนวคิด ดังนี้

- แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
- กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)
- แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion)
- แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention)

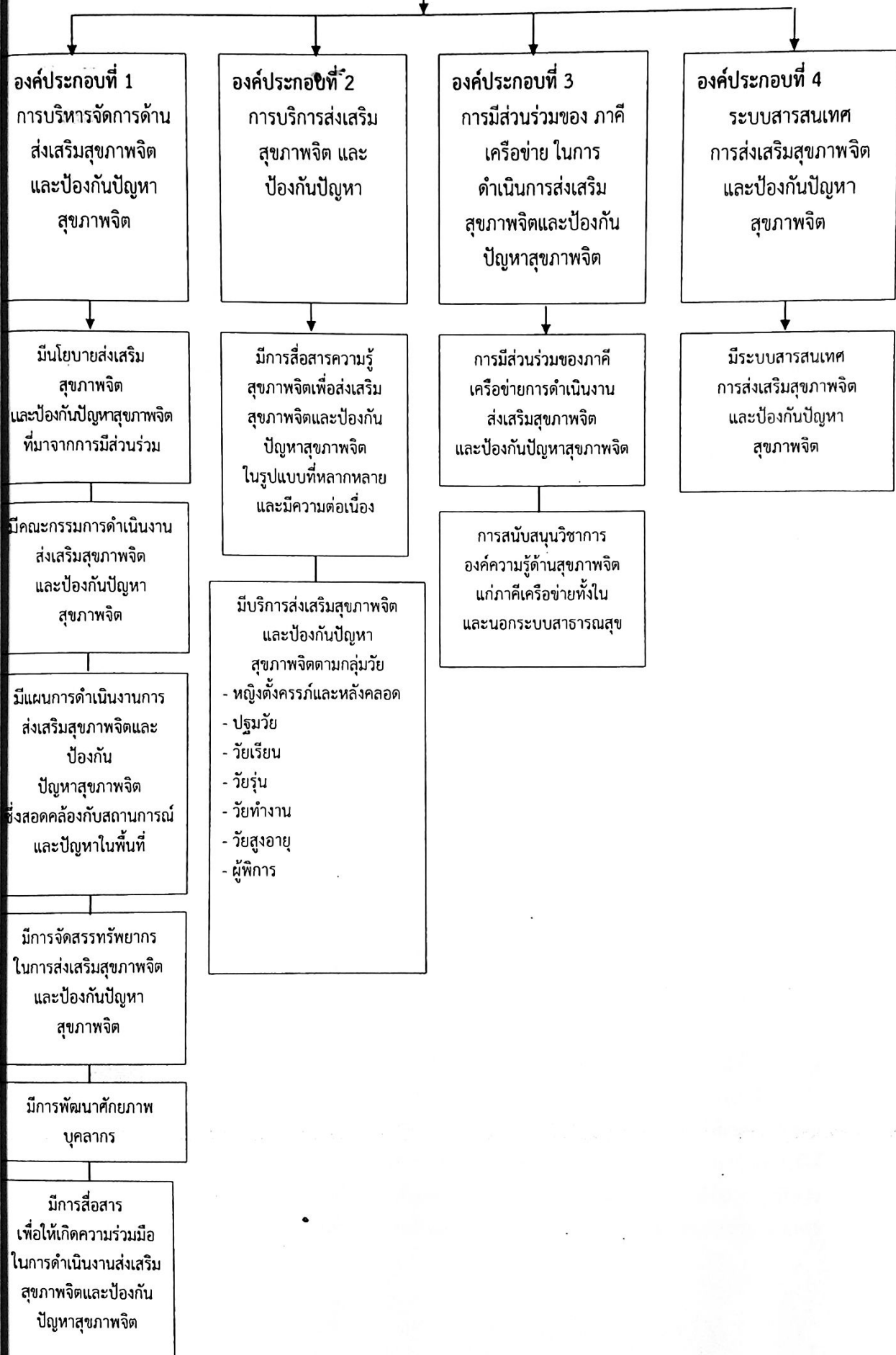
วัตถุประสงค์ของมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1. เป็นแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ชุมชน
 2. เป็นเครื่องมือประเมินตนเองและพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน
 3. เป็นแนวทางกลางสำหรับผู้ตรวจประเมินใช้ในการวางแผนการตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน
- กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (User)
1. ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลชุมชน
 2. ผู้สนับสนุนการพัฒนางานตามมาตรฐาน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสจ. สสอ. เป็นต้น

แนวทางการใช้มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1. โรงพยาบาลชุมชน เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน
2. โรงพยาบาลชุมชน ประเมินตนเองตามสถานการณ์จริงในปัจจุบันตามแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน
3. โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เช่น ศูนย์สุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ฯลฯ ร่วมวางแผนพัฒนางานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน
4. โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการตามแผน และประเมินตนเองหลังการพัฒนา
5. สรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายต่อไป
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเทียบเคียง

มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน



5. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีระบบกับการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีระบบ (System theory) ถูกนำมาใช้นานกว่า 70 ปี โดย Bertalanffy (1998 อ้างถึงใน เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533) กล่าวว่าสิ่งมีชีวิตในโลกนี้เป็นระบบเปิด ซึ่งเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ มีขอบการป้อนกลับระหว่างระบบภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา ตรงข้ามกับระบบปิดจะไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเลย ระบบเปิดที่มีการจัดการภายในที่ดี มีความเป็นระเบียบ มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในระบบสิ่งมีชีวิตหรือสังคม

เมื่อนำแนวคิดเชิงระบบมาประยุกต์กับการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้การทำงานนั้นสำเร็จบรรลุจุดมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่ฟาริดา ฮับราฮิม (2541) กล่าวว่าลักษณะของระบบเปิด มีความยืดหยุ่นและเคลื่อนไหว มีทิศทางและมีเป้าหมาย มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและมีการป้อนกลับ

ปัจจัยนำเข้า (input) ของระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ 1) ข้อมูลบริบทพื้นที่ 2) ข้อมูลบริบทด้านสาธารณสุขในพื้นที่ 3) ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ 4) ข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเองในพื้นที่ 5) เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

กระบวนการ (process) ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ประชุมบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อวิเคราะห์สภาพการและความต้องการ /วางแผนหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 2) การพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบคัดกรองเฝ้าระวังผู้ที่มีปัญหาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ SU-9 และ 8Q 3) การประเมินผลระบบโดยทีมผู้วิจัยและบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายอำเภอบ้านไผ่

ผลลัพธ์ (outcome) แสดงให้เห็นถึง 1) แนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแผนผังและกระบวนการป้องกันดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) การเข้าถึงบริการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) เครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอบ้านไผ่สามารถคัดกรอง ดูแล รักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งมีการป้อนกลับภายในระบบ ซึ่งทีมผู้วิจัยจะประเมินผล โดยการสังเกตซ้ำตั้งแต่ ปัจจัยนำเข้าจนถึงการประเมินผลลัพธ์ เพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6. แนวคิดด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

“การวิจัยเชิงปฏิบัติการ” ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกโดย Kurt Lewin นักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกัน เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1944 โดยมีแนวคิดสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ แนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของกลุ่มและแนวคิดด้านภาระหน้าที่ในการพัฒนาปรับปรุง ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการที่แตกต่างจากการวิจัยแบบอื่น คือ การวิจัยปฏิบัติการจะเน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผนอันเนื่องมาจากการวิจัย ซึ่งถือเป็นหน้าที่แรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในอันที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของยุทธวิธีในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเสมือนเป็นกิจกรรมกลุ่มความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Stephen Corey คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานพยายามศึกษาปัญหาจากงานโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อหาแนวทาง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและเพื่อประเมินผลการตัดสินใจ (Corey, 1953) สุกานต์ จันทวนิช (2542) กล่าวถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ว่าหมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดีเหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัยมาดำเนินการปฏิบัติ เพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางการปฏิบัติการแล้วนำผลมาปรับปรุงปฏิบัติการเพื่อนำไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้ การวิจัยชนิดนี้เอื้อต่อการเปลี่ยนแผนการ

ดำเนินงานเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้รูปแบบการวิจัยยืดหยุ่นได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเป็นแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ได้

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมงานผู้วิจัยมีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดีเหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัยมาดำเนินการปฏิบัติ เพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินความเหมาะสมในความเป็นจริงควบคุมแนวทางการปฏิบัติการแล้วนำผลมาปรับปรุงปฏิบัติการเพื่อนำไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้

Stephen Kemmis และ McTaggart (1990) ได้เสนอแนวความคิดของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในรูปแบบวงจรการวิจัย (Action Research Spirals) มีลักษณะดังนี้

1. การวางแผน สมาชิกในกลุ่มจะร่วมมือกันวางแผนการปฏิบัติซึ่งมีลักษณะที่ยืดหยุ่นมาก โดยคำนึงถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับสมาชิกทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการอภิปรายทั้งในด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรม

2. การปฏิบัติ นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะปฏิบัติตามแผนอย่างตั้งใจและควบคุมด้วยความระมัดระวังและมีการใช้ความคิดอย่างลึกซึ้งในการปฏิบัติ การปฏิบัติไม่ใช่เป็นเพียงพฤติกรรม แต่ยังรวมถึงกลวิธี (Strategic Action) และการนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)

3. การสังเกต ผู้สังเกตคือผู้วิจัยควรจะมีจุดมุ่งหมายในการสังเกตมีความยืดหยุ่น เปิดกว้างสำหรับสิ่งที่ไม่คาดคิดจะเกิดขึ้น สิ่งที่จะต้องสังเกต คือ กระบวนการแสดงของพฤติกรรมทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ผลที่ตามมาจากพฤติกรรมรวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น การสะท้อนตนเองอย่างลึกซึ้งจะเป็นพื้นฐานที่ดีของการสังเกตเพราะเป็นหนทางที่ยิ่งใหญ่นำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสะท้อนการปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ถูกวิจัยจะร่วมกันอภิปรายถึงสิ่งที่สังเกตได้จากกระบวนการปฏิบัติปัญหาที่เกิดขึ้น สิ่งเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรม การอภิปรายโอกาสหลากหลายของพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มจะนำไปสู่การให้ความหมายใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผน นอกจากนี้การสะท้อนการปฏิบัติมีลักษณะเป็นการประเมินผลด้วย กล่าวคือ ผู้วิจัยจะประเมินประสบการณ์ของตนเองตัดสินใจเกี่ยวกับผลที่ปรากฏขึ้น เพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขต่อไป

ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาทิ Crundy, Holter และ Schwartz Barcott, McKernan และ McCutcheon และ Jurg ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549) คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคหรือทฤษฎี หรือเชิงวิพากษ์ (Technical Action Research)

การที่ใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิคนั้นดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัยแต่ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุงการวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานช่วยกันกำหนดปัญหา ผลทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การวิจัยเชิง



ปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติโดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสำคัญ เป้าหมายสำคัญของนักวิจัยแบบ Practical Action Research คือเข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (กิตติพร ปัญญาภิบาล, 2549 ; อ้างอิงมาจาก McKernan, 1991)

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธการทั้งปวง (Emancipatory Action Research) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระโดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจารณ์ญาณส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้เข้าไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการ ของวิธีการประเภทนี้ คือ 1.คือทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา 2. คือเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถที่มียู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

7. แนวคิดด้านเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม

ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ได้มีการพัฒนาหรือคิดค้นวิธีการใหม่เพื่อนำมาใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิมอยู่เสมอ เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) จึงเป็นวิธีการสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชนแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยวิธีการพื้นฐานที่สำคัญ 3 วิธีการ ดังนี้ (วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ, 2551)

1. วิธีการถกปัญหา (Discussion (ORID) Method)

วิธีการถกปัญหา จะช่วยให้เรามีโครงสร้างสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่ม โดยเริ่มจากการตระหนักอย่างทั่วถึงใจทำงานได้อย่างไร กระบวนการคิดตามธรรมชาติจะเริ่มจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสก่อนเสนอ และกระทำเรื่อยไปจนถึงเกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

- 1.1 ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความเห็น
- 1.2 เป็นเวทีสำหรับการสนทนาที่รวมศูนย์
- 1.3 เปิดให้แสดงมุมมองหลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากัน
- 1.4 ทำให้เกิดความรู้แจ้งโดยองค์รวมของกลุ่มลึกซึ้งมากขึ้น
- 1.5 เป็นการลงมติความคิดและได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำ

การจัดโครงสร้างการถกปัญหากลุ่ม จะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญของหัวข้อ ประเด็นหรือประสบการณ์ร่วมกัน แม้ว่าจะมีเวลาอยู่อย่างจำกัด วิธีการถกปัญหาช่วยให้กลุ่มเข้าใจหัวข้อที่ถกเถียงในมุมมองที่ถูกต้อง จนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจ่างชัดในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่น่าพึงพอใจ แต่ยังช่วยทำให้เกิดความกลมเกลียวสิ่งที่ดีที่สุดก็คือวิธีการถกปัญหาจะช่วยให้สมาชิกทั้งหมดของกลุ่มได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างแท้จริง ดังนั้นการถกปัญหาจึงเป็นฐานสำหรับ

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ทิศนะความเห็นและแนวความคิดอย่างกว้างขวาง
2. ถกประเด็นที่ยุ่งยาก
3. ทบทวนไตร่ตรองเหตุการณ์และประสบการณ์สำคัญ
4. ทำความเข้าใจประเด็นและปัญหาให้มากขึ้น
5. ตัดสินเลือกแนวทางการปฏิบัติที่กลุ่มควรทำ

2. วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)

เป็นวิธีการอันเหมาะสมที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจน จนกลุ่มสามารถกลั่นกรองความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องร่วมกันที่นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีความคล้ายคลึงกับวิธีการที่เราจัดการกับภารกิจที่เราต้องทำให้เสร็จ ลุล่วงไปในการทำงานตามปกติในแต่ละวัน ดังนั้น สิ่งแรกที่จะต้องทำเมื่อแรกมาถึงที่ทำงาน ได้แก่ การทำบัญชีสิ่งที่หลายที่เรา “ต้องทำ” ซึ่งมักเป็นรายชื่อรวม ๆ ของงานทั้งสำคัญและไม่สำคัญ ขึ้นต่อไปก็จะเป็นการจัดเรียงรายชื่อใหม่ให้งานที่คล้ายคลึงกันอยู่รวมกัน เช่น การใช้โทรศัพท์ติดต่องานการเขียนบันทึกและจดหมาย การประชุมและการปรึกษาหารือการทำรายงานโครงการให้เสร็จเป็นต้น เมื่อสิ่งที่ “ต้องทำ” ในตอนแรกถูกจัดออกเป็นกลุ่มงานกว้าง ๆ เรียบร้อยแล้ว เราก็จะประเมินว่างานชิ้นไหนจะต้องดำเนินการก่อนตามความสำคัญ สำหรับวันนั้นเมื่อเราจัดลำดับงานตามความสำคัญก่อนหลังเสร็จแล้ว

การประชุมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่

1. ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม
2. นำเสนอความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้น
3. กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม
4. สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปสู่การปฏิบัติได้
5. เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่สร้างสรรค์ เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็น
6. สร้างจิตสำนึกในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่ม

ขั้นตอนวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์ ซึ่งจะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณา ส่วนวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มต้องประสบร่วมกัน การรับทราบเข้าใจทัศนคติที่หลากหลาย เห็นที่แตกต่างกันการกระทำร่วมกันที่ทุกคนต้องยอมรับแม้จะมีความเห็นหลากหลายเป็นต้น พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้คุณเตรียมตัวในการเอื้ออำนวยการประชุมให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. บริบท ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่มโดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคนจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้นการกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญ อธิบายให้รับทราบทั่วกันว่าการประชุมน่าจะทำให้อะไรที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือ ให้พูดถึงกระบวนการทำการประชุมว่าพวกเขาจะต้องมีส่วนร่วมอย่างไร และพูดถึงบทบาทของตัวท่านเองในท้ายที่สุด แจ้งให้ทุกคนทราบอย่างชัดเจนว่าทางกลุ่มมีเวลาในการปฏิบัติการกิจกรรมนี้ให้ลุล่วงร่วมกันนานเท่าใด จงจำไว้ว่าการกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วม เพื่อการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

3. ระดมสมอง กล่าวริเริ่มกระบวนการระดมสมองด้วยการตั้งคำถาม และควรการยกตัวอย่างให้เห็น 2-3 กรณีเพื่อเป็นการกระตุ้นจินตนาการของสมาชิกกลุ่มขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดความคิดเห็นของตน แบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มย่อยเหล่านี้ต้องมีขนาดเล็กพอที่จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่จริงจังและต้องหลากหลายพอที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างน่าพึงพอใจ จำนวนสูงสุดของกลุ่มย่อยน่าจะอยู่ที่ 10 คน

4. จัดหมวดหมู่ เป็นการช่วยจัดคัดแยกความคิดที่เลือกไว้โดยผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันทบทวนความคิดเห็นที่ติดอยู่บนกระดาษเรียบ ๆ และเร็ว ๆ จากนั้นขอให้กลุ่มช่วยจัดความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อคำถามรวมศูนย์อย่างใกล้ชิดเคียงกัน กระบวนการนี้เป็นขั้นตอนที่ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยามความสัมพันธ์ใหม่ ระหว่างความคิดที่ได้

ร่วมกันระดมออกมาจัดเป็นวิธีการที่ในการทำให้องค์กรเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกันและที่แตกแยกกัน และอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีความต้องการข้อมูลและความคิดในจุดใดอีก

5. การตั้งชื่อ เริ่มกระบวนการตั้งชื่อจากหมวดหมู่ที่มีจำนวนมากที่สุด เพราะแสดงว่าได้เกิดมีความคิดร่วมกันมากที่สุด

6. ไตร่ตรอง จบการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการทำการไตร่ตรองสั้น ๆ ในข้อความที่เห็นพ้องร่วมกัน การจบในแบบนี้อาจทำได้หลายวิธี เช่นท่านอาจขอให้กลุ่มจัดลำดับจำเป็นเร่งด่วนก่อน-หลัง ท่านอาจขอให้กลุ่มเชื่อมโยงชื่อหมวดหมู่เข้าด้วยกัน หรือแม้กระทั่งขอให้กลุ่มสร้างมิติความสัมพันธ์โดยวาดรูปภาพประกอบชื่อแต่ละชื่อ

ข้อดีของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. เปิดโอกาสแก่ผู้เข้าร่วมประชุมให้ได้เตรียมตัวเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ให้โอกาสในการประเมินค่าของวิชาชีพหรืออาชีพ
3. เปิดโอกาสให้เสนอสิ่งสำคัญและเรื่องราวใหม่ ๆ
4. ให้โอกาสในการเสนอปัญหาในหลายลักษณะ
5. ให้โอกาสแก่บุคคลทุกคนที่มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
6. ให้โอกาสสำหรับนักศึกษาและวิจัยอย่างมีใจจดใจจ่อในขอบเขตของความสนใจทางด้านวิชาชีพหรืออาชีพ

อาชีพ

7. เปิดโอกาสให้ได้รับเรื่องราวที่ถูกต้องจากผู้ชำนาญพิเศษ
8. ให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพแต่ละบุคคลโดยการอภิปรายแบบประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมกันอย่างแท้จริง

อย่างแท้จริง

9. ปลอ่ยให้กลุ่มกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะกระทำ

ข้อจำกัดของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. สิ่งอำนวยความสะดวกสบายพิเศษต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นสำหรับการประชุม
2. ระยะเวลาสำหรับการสำรวจปัญหาอย่างเต็มที่ มีระยะเวลาประมาณ 2 วัน ถึง 2 สัปดาห์
3. กลุ่มอาจจะยอมรับจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าของคณะกรรมการอำนวยการโดยปราศจากคำถามใด ๆ ทั้งสิ้น

3. วิธีการวางแผนปฏิบัติ (Action Planning Method)

วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เริ่มด้วยการใช้แนวทางที่ทำได้จริงมากที่สุดมาใช้ในการสร้างแผนปฏิบัติการ วิธีการนี้นำกลุ่มไปตามเส้นทาง ที่มุ่งตอบคำถามง่าย ๆ สามข้อ คือ “เราต้องการจะไปไหน” “เราอยู่ที่ไหน” และ “เราจะไปถึงที่นั่นได้อย่างไร” ในกรณีกลุ่มไม่มีความชัดเจนและไม่มีความรู้สึกร่วมกันว่ากลุ่มจะเดินทางไปทางไหนแม้สมาชิกแต่ละคนก็มักจะมีแนวความคิดที่แตกต่างเกี่ยวกับชัยชนะและความสำเร็จเช่นนี้แล้ว ก็จะมีผลต่อการแผนที่จะนำไปปฏิบัติจริง ๆ เมื่อใดที่แผนได้ถูกนำไปปฏิบัติก็อาจจะยังมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ

วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นกระบวนการ 7 ขั้นตอนที่จัดเตรียมกลุ่มให้สามารถเดินไปตามเส้นทางสู่การพัฒนาแผนที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและทำได้แน่นอน

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมพร้อมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการวางแผนปฏิบัติการให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. บริบท ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผย จากนั้นพูดถึงกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างไรและพูดถึงบทบาทของสมาชิก แจ้งให้ทุกคนทราบอย่างชัดเจนว่าทางกลุ่มมีเวลานานเท่าใดในการปฏิบัติการกิจครั้งนี้ให้ลุล่วงร่วมกัน

3. วงจรแห่งชัยชนะ ช่วยกลุ่มอธิบายความหมายของ “ชัยชนะ/ความสำเร็จ” ของกิจกรรมที่กำลัง

วางแผนกระทำคืออะไร เริ่มต้นด้วยการพากลุ่มทบทวนข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นแล้ว ขอให้สมาชิกจินตนาการถึงวันหลังจากที่ทำการกิจกรรมผ่านไปแล้วถามกลุ่มว่าพวกเขามองเห็นอะไร รู้สึกอะไร ได้อะไร คิดถึงอะไร ว่าผู้คนจะได้ประโยชน์จากกิจกรรมนั้นอย่างไร เมื่อกลุ่มตอบคำถามเหล่านั้นให้จดคำตอบทั้งหมดลงบนกระดาษเมื่อขั้นตอนนี้เสร็จ กลุ่มควรจะมีภาพกระตือรือร้นและตื่นตัวอย่างสูง ถ้าเหตุการณ์ไม่เป็นอย่างนี้ทางกลุ่มอาจจะประสบความสำเร็จยากลำบากในการทำส่วนที่เหลือของการปฏิบัติการ และอาจจะยิ่งประสบความสำเร็จยากลำบากมากยิ่งขึ้นที่จะเริ่มนำแผนที่ร่างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปปฏิบัติ

4. สภาพความเป็นจริงปัจจุบัน ขอให้กลุ่มใช้เวลาสักหนึ่งนาที่เพื่อทำรายชื่อสองสามสิ่งที่พวกเขาเห็นว่าเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของกลุ่มที่วางแผนซึ่งจะต้องนำมาพิจารณา จากนั้นขอให้พวกเขาทำรายชื่อที่คล้ายกันของผลดีที่จะได้รับที่สำคัญที่สุดสามสิ่ง และอันตรายที่จะต้องจัดการ ขอให้กลุ่มร่วมกันเสนอข้อมูลความเห็นในเชิงบวกและเชิงลบ และยอมให้มีการซักถามเพื่อจะได้มีการชี้แจงให้ชัดเจนขึ้น เมื่อทำการแลกเปลี่ยนเสร็จแล้วควรการถกสั้น ๆ ถึงผลที่จะตามมา

5. ข้อผูกมัด ใช้เวลาสั้นๆ ทบทวนหัวข้อหลักของรายชื่อ สภาพความเป็นจริงปัจจุบันของกลุ่ม จากนั้นกลุ่มเริ่มกล่าวแสดงความผูกมัดทุ่มเทที่จูนนำมาซึ่งความสำเร็จของกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้ ระงับอย่าปล่อยให้กลุ่มมีเวลาถอนคำพูดสิ่งที่พวกเขาได้เต็มใจที่จะทุ่มเทให้ในตอนแรก ในขณะนั้นขอให้กลุ่มช่วยให้เกิดเป็น “คำประกาศข้อผูกมัด” ที่เป็นหนึ่งเดียวเมื่อ “คำประกาศข้อผูกมัด” ได้ร่างขึ้นเรียบร้อยแล้วสิ่งที่จะเป็นประโยชน์และควรทำคือ ขอให้กลุ่มได้ร่วมลงนามเพื่อเป็น “สัญญา” ของกลุ่มที่มีต่อตนเอง

6. ปฏิทินและงานที่ได้รับมอบหมาย ให้สมาชิกจัดเรียงภารกิจตาม ลำดับเวลา นับจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จไปจนถึงวันที่กำหนดเริ่มทำการกิจกรรมแจ้งให้คณะทำงานทราบว่า พวกเขาสามารถรวมความคิดที่คล้ายคลึงกันได้อย่างเสรี เมื่อคณะทำงานทุกคณะได้ติดปฏิทินกิจกรรมของพวกเขาเสร็จแล้ว ให้ตัวแทนจากคณะทำงานแต่ละคณะกล่าวรายงาน เมื่อคณะทำงานทุกคณะได้รายงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว งานทั้งหมดต้องใส่ลงไปในปฏิทิน

7. การไตร่ตรอง หลังจากที่ทำปฏิทินได้ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วปล่อยให้กลุ่มพิจารณาปฏิทินอีกครั้งและถามความรู้สึกพวกเขาว่าจากการที่แผนได้ทำเสร็จแล้ว กิจกรรมที่ได้ตั้งใจไว้มีทางที่จะเป็นจริงได้หรือไม่ถึงตอนนี้อาจเป็นประโยชน์ที่จะทบทวนผลผลิตของวงจรแห่งชัยชนะและประเด็นท้าทายหลัก ๆ

8. แนวคิดด้านการสร้างเครือข่าย

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ได้กล่าวไว้และพอสรุปได้ว่า เครือข่ายเป็นรูปแบบการประสานงานของบุคคล กลุ่มคน องค์กร หรือหลาย ๆ องค์กรที่มีเป้าหมาย มีวิธีการดำเนินงานซึ่งบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรเหล่านี้ได้เข้ามาประสานกันอย่างเป็นระยะเวลาพอสมควร แม้อาจจะไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอแต่ก็มีการวางรากฐานเอาไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือกับกลุ่มอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถบอกไปได้ โดยการสร้างเครือข่ายนั้นอาจจะแสดงออกหรือพัฒนาแบบแนวดิ่งและเครือข่ายแบบแนวนอน นั่นคือเครือข่ายแบบแนวนอนจะมีลักษณะที่ฐานะและสถานภาพของคนในกลุ่มที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันการแลกเปลี่ยนทรัพยากรหรือบริการต่าง ๆ การช่วยเหลือเกื้อกูลถ้อยที่ถ้อยอาศัยในกรณีที่ไม่ซับซ้อนไม่ต้องมีตัวกลาง ในกรณีที่ซับซ้อนมากขึ้นมีหลายกลุ่มมากขึ้นจะมีแม่ข่ายหรือผู้นำเป็นตัวประสาน ส่วนเครือข่ายแบบแนวดิ่งสถานภาพและฐานะของคนในแต่ละลำดับชั้นจะเรียงจากสูงไปหาต่ำ ฝ่ายที่อยู่ในลำดับสูงจะมีฐานะเป็นผู้อุปถัมภ์ และผู้ที่อยู่ข้างล่างก็มีฐานะเป็นผู้ได้รับการอุปถัมภ์การแลกเปลี่ยนระหว่างชั้นมีลักษณะไม่เสมอภาคเท่าเทียมกัน

• เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2544) ได้ให้ความหมายเครือข่ายไว้ว่า “เครือข่าย” หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใด ๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือ

ข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบและเสรี

สรุปความหมายของเครือข่ายดังที่หลายท่านได้กล่าวมาข้างต้นนั้นพอจะเห็นได้ว่า เครือข่ายเป็นรูปแบบเทคนิค วิธีการเชื่อมโยงบุคคล กลุ่มคน องค์กรต่าง ๆ ให้มาทำงานร่วมกันโดยที่สมาชิกมีแนวคิดมีเป้าหมาย มีวิธีการ มีรูปแบบในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนมีการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายให้เหนียวแน่น โดยเครือข่ายอาจจะมีหลายลักษณะแตกต่างกันไป ซึ่ง เสรี พงศ์พิศ(2548) ได้เสนอไว้ว่าเครือข่ายมี 3 ลักษณะ ดังนี้ คือ

1. เครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ

เครือข่ายชนิดนี้มักเกิดจากการที่ผู้คนมีความคิดตรงกันทำงานคล้ายคลึงกันหรือประสบกับสภาพปัญหาเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ไปจนถึงร่วมกันแสวงหาทางเลือกใหม่ในการดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาที่ดีกว่า เครือข่ายเช่นนี้จะมีพลังสูง มีทั้งพลังทางปัญญาและพลังทางสังคมที่ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันทำงาน มักเกิดในชุมชนที่อยู่ในเขตภูมิศาสตร์เดียวกัน มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่คล้ายคลึงกันมารวมกันเป็นกลุ่มเป็นชมรมก่อน

2. เครือข่ายจัดตั้ง

เครือข่ายลักษณะนี้เกิดขึ้นโดยการจัดตั้งตามโครงสร้างหรือมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายและการดำเนินงานของภาครัฐ ที่อาศัยกลไกของรัฐซึ่งต้องการผลักดันให้เกิดรูปธรรมของงาน เครือข่ายประเภทนี้สมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายจะไม่มีพื้นฐานเหมือนเครือข่ายประเภทแรก คือ อาจจะไม่มีความต้องการ ความคิด ความเข้าใจที่ตรงกันมาก่อน การรวมตัวกันจึงเป็นลักษณะเพียงชั่วคราวเป็นการเฉพาะกิจ ไม่มีความต่อเนื่องและมักจะจางหายไปในที่สุด ยกเว้นเครือข่ายจะได้รับการขึ้นทะเบียนที่ดี มีการจัดการที่ดี มีแผนงานที่ชัดเจน มีความโปร่งใสกระจายอำนาจ จนสามารถสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายที่แท้จริงได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มจะยังคงรักษาสถานภาพเครือข่ายไว้ได้แต่แนวโน้มเครือข่ายก็มักจะลดขนาดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มก่อตั้ง

3. เครือข่ายเชื่อมประสานหรือเครือข่ายวิวัฒนาการ

เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของเครือข่ายที่ไม่ได้เป็นไปโดยธรรมชาติแต่แรกเริ่มและก็ได้ถูกจัดตั้งโดยตรง แต่จะเป็นไปในลักษณะของกระบวนการพัฒนาผสมผสานเชื่อมโยง ส่งเสริมจากบุคคลหรือองค์กรภายนอกให้บุคคล กลุ่มบุคคล องค์กรมารวมกันด้วยวัตถุประสงค์กว้าง ๆ สนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันไปก่อน ในระยะแรกอาจจะยังไม่มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ร่วมเฉพาะอย่างชัดเจนนัก หรือในอีกลักษณะหนึ่งอาจถูกจุดประกายความคิดจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับฟังหรือการได้เห็นเครือข่ายอื่น ๆ แล้วเกิดความคิดที่จะรวมตัวกัน สร้างพันธะสัญญา เป็นเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือพัฒนาดตนเอง เครือข่ายที่วุ่นวายนี้ แม้ว่าจะไม่ได้เกิดจากแรงกระตุ้นภายในโดยตรงแต่แรก แต่ถ้าหากสมาชิกมีความตั้งใจจริงที่เกิดจากจิตสำนึกที่ดีและได้รับการกระตุ้นที่เพียงพอ ก็สามารถร่วมกันกำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกแล้ว เครือข่ายนี้ก็จะสามารถพัฒนาตนเองต่อไปจนสร้างเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งเหมือนเครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติได้เช่นเดียวกัน ในการแยกหรือแบ่งประเภทของเครือข่าย นอกจากจะแยกตามลักษณะการเกิดของเครือข่าย คือเครือข่ายธรรมชาติ เครือข่ายจัดตั้ง และเครือข่ายวิวัฒนาการแล้ว ยังอาจจะแยกตามลักษณะหน้าที่ของเครือข่ายได้อีกเช่น เครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายการเรียนรู้

องค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างเครือข่าย

องค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างเครือข่ายประกอบด้วย ส่วนประกอบต่างๆ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้เสนอว่าองค์ประกอบของเครือข่ายนั้น ควรจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้มุมมองร่วมกัน (Common Perception) สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึก

คิดและการรับรู้ร่วมกันถึงเหตุผลการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ มีความเข้าใจในปัญหาและ มีสำนึกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีประสบการณ์ในปัญหาร่วมกัน มีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้นซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนของสมาชิก

2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common Vision) วิสัยทัศน์ร่วมเป็นการมองเห็นภาพของจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มการรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกันและการมีเป้าหมายที่จะไปด้วยกันจะช่วยทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งเกิดจากมุมมองความคิดที่แตกต่างลงไปได้ในทางตรงข้าม

3. การเกิดผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual Interests/Benefits) เครือข่ายเกิดจากที่สมาชิกแต่ละคนก็มีความต้องการของตนเอง แต่ความต้องการเหล่านั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ความจำกัณฑ์ทำให้เกิดการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วมที่มากเพียงพอจะดึงดูดใจให้รวมเป็นเครือข่าย ดังนั้นการรวมเป็นเครือข่ายจึงต้องตั้งอยู่บนฐานของผลประโยชน์ที่มีร่วมกันซึ่งผลประโยชน์ในที่นี้ครอบคลุมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน อาทิ เกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับโอกาสในความก้าวหน้า ความสุขความพึงพอใจ ฯลฯ

4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All Stakeholders participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในเครือข่าย ย่อมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง ดังนั้นสถานะของสมาชิกในเครือข่าย จึงควรเป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal Status) ในฐานะของ “หุ้นส่วน (Partner)” ของเครือข่าย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (Horizontal Relationship) ที่เท่าเทียมกัน แทนความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (Vertical Relationship)

5. การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary Relationship) องค์ประกอบที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ก็คือ การที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดยที่จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยเสริมจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายมากกว่าการไม่สร้างเครือข่ายแต่ต่างคนต่างอยู่

6. การพึ่งพิงอิงร่วมกัน (Interdependence) การจะทำให้เป้าหมายร่วมสำเร็จได้นั้นสมาชิกต่างจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างซึ่งกันและกันการจะทำให้สมาชิกหรือหุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันให้แน่นหนา จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกได้ว่า หากเอาหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล่มสลายไปได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงจำเป็นต้องการดำรงอยู่ของเครือข่าย ซึ่งการพึ่งพิงอิงร่วมกันนี้จะส่งผลทำให้สมาชิกต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ

7. การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) สมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน จากทั้งสองแนวความคิดที่เสนอมานี้ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของเครือข่ายนั้น ไม่ได้มีขอบเขตแน่นอนตายตัวว่าจะต้องมีอะไรมาน้อยแค่ไหน แต่ผู้ที่จะสร้างเครือข่ายสามารถกำหนดและเลือกส่วนประกอบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพและเป้าหมายของเครือข่ายนั้น ๆ โดยคำนึงว่าองค์ประกอบใดบ้างที่สำคัญหรือเป็นองค์ประกอบหลักที่จะต้องมีและอะไรบ้างเป็นองค์ประกอบรอง ซึ่งจะเป็นส่วนให้เครือข่ายทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนองค์ประกอบเสริมถ้ามีก็อาจจะทำให้เครือข่ายสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อาจจะมีหรือไม่มีก็ได้ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายทางสังคมหรือเครือข่ายการเรียนรู้ขององค์กรใดก็ตามควรจะเริ่มจากเป้าหมายว่าอยากเห็นอะไรที่เกิดจากเครือข่าย เพราะการเกิดเครือข่ายนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันจึงจะทำให้เครือข่ายทำหน้าที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่นการสร้างเครือข่ายในองค์กรธุรกิจถือว่าเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มในธุรกิจ ส่วนด้านการพัฒนาสังคมนั้นเครือข่ายเป็นสิ่งที่มียู่แล้วในวิถีชีวิตในวัฒนธรรม

ของชุมชน ดังนั้นการสร้างเครือข่ายในงานพัฒนาสังคมจึงต้องพยายามให้กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตการประกอบกิจกรรม และวัฒนธรรมของชุมชนการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาสังคม มีแนวโน้มที่จะเป็นการสร้างเครือข่ายแบบพึ่งพิงอิงแอบซึ่งกันและกันมากกว่าที่จะมีการแข่งขันกัน เพราะตัวแปรที่สำคัญที่สุดจะทำให้การสร้างเครือข่ายประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว คือความเต็มใจที่จะร่วมสร้างและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายหรือไม่ ความเต็มใจนี้ไม่ได้เกิดขึ้นโดยปราศจากที่มาแต่เป็นสิ่งที่ได้จากการเห็นประโยชน์ของการสร้างเครือข่ายที่จะมีต่อตนเองรวมทั้งความเชื่อและศรัทธาที่มีต่อกัน ซึ่งอาจจะต้องอาศัยเวลา การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมาก่อน หรือการมีเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน ดังนั้นความเต็มใจที่จะร่วมสร้างและเข้าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายจึงไม่ควรมองข้าม เพราะเครือข่ายที่ขับเคลื่อนโดยองค์กรนั้นส่วนมากจะเป็นเครือข่ายแบบจัดตั้งที่ต่างจากเครือข่ายที่เกิดโดยธรรมชาติ สมาชิกเครือข่ายจะผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมาแล้วระดับหนึ่ง

9. แนวคิดด้านการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน คือ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่าเราถอดบทเรียนก็เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

รูปแบบการถอดบทเรียนมี 2 รูปแบบ คือ

1. การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น เป็นการถอดบทเรียนที่เน้นเฉพาะกิจกรรมสำคัญของโครงการและสามารถนำผลการถอดบทเรียนจากกิจกรรมนั้นๆไปใช้ประโยชน์ในพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จในอนาคต (Best Practice)

2. การถอดบทเรียนทั้งโครงการ เป็นการถอดบทเรียนทั้งระบบโดยเริ่มตั้งแต่ความเป็นมาของโครงการ กระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการ

การถอดบทเรียนทั้ง 2 ลักษณะ ต้องใช้การวิเคราะห์เชิงลึก เช่น วิเคราะห์ด้วยSWOT เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ผลของการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนการถอดบทเรียน ขั้นตอนการถอดบทเรียนมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน
2. ขั้นตอนการถอดบทเรียน
3. ขั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน
4. ขั้นตอนติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน

1.1 สร้างทีมงานถอดบทเรียนที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริงประมาณ 3-6 คน พร้อมทั้งทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

1.2 เรียนรู้ทีมงานถอดบทเรียนโดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในทีมงาน เน้นการเคารพซึ่งกันและกันไว้วางใจซึ่งกันและกันและความเท่าเทียมกัน

1.3 วิเคราะห์โครงการ เพื่อให้ทีมงานมีความเข้าใจตรงกันในแต่ละหัวข้อในโครงการ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ กลุ่มเป้าหมายขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมในโครงการระยะเวลาในการดำเนินงานและงบประมาณ

1.4 กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วยดังนี้

1) หัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อ เป็นผู้ที่ทำให้การถอดบทเรียนดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

2) ผู้อำนวยการกองการ เป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้น จึงต้องมีทักษะในการตั้งคำถามที่ กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้วิเคราะห์สาเหตุของความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

3) ผู้จัดบันทึก เป็นผู้จัดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียนพร้อมทั้งเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่น่าสนใจตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ

4) ผู้ประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือให้ทีมงานถอดบทเรียนมีความสะดวกในการติดต่อระหว่างสมาชิกทีมงานถอดบทเรียนเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างดี รวมทั้งประสานความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน

1.5 จัดทำแผนภูมิโครงร่างกระบวนการถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) หัวข้อกิจกรรมที่ต้องการถอดบทเรียน
- 2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการถอดบทเรียน
- 3) เลือกวิธีการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 4) กำหนดขั้นตอนในการถอดบทเรียนตามลำดับก่อนหลัง
- 5) กำหนดประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน โดยเรียงลำดับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด
- 6) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการถอดบทเรียน พร้อมทั้งจัดทำเอกสารการถอดบทเรียน

1.6 เลือกเทคนิคการถอดบทเรียน ควรเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ทีมงานถอดบทเรียนและผู้ร่วมถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานและได้บทเรียนพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น เช่น เทคนิคการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review, AAR)

1.7 จัดทำปฏิทินการถอดบทเรียน เพื่อวางแผนการดำเนินการถอดบทเรียนของแต่ละกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยหัวข้อที่ควรปรากฏในปฏิทินการถอดบทเรียนได้แก่ ลำดับที่ของกิจกรรม ประเด็นกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมผู้รับผิดชอบกิจกรรม และวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม

2. ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ทีมงานควรแจ้งกำหนดการ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะดำเนินการถอดบทเรียนให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนทราบล่วงหน้า ในขั้นนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือการถอดบทเรียน และการบันทึกบทเรียน

2.1 การถอดบทเรียนมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนคือ

2.1.1 การสร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนมีความผ่อนคลายเป็นกันเอง ซึ่งอาจใช้เพลงหรือเกมในการละลายพฤติกรรม รวมทั้งผู้อำนวยการกองการควรชี้แจงถึงความเสมอภาคและสิทธิในการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมการถอดบทเรียน

2.1.2 การกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยกติกาควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

- 1) เป้าหมายการถอดบทเรียนคืออะไรมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร
- 2) วิธีการถอดบทเรียนใช้วิธีอะไร เช่น ใช้การระดมความคิดเห็นเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและไม่ได้เถียงหรือทะเลาะวิวาท
- 3) หน้าที่ของผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นอย่างไร เช่น ทุกคนให้ข้อเสนอแนะ ยอมรับความจริง และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น
- 4) ข้อพึงระวังในการถอดบทเรียนควรเป็นอย่างไร เช่น ไม่ตำหนิและไม่ประเมิณผลการปฏิบัติงาน

ของผู้ร่วมถอดบทเรียน

2.1.3 การจัดกิจกรรมอุ่นเครื่อง ผู้อำนวยการกระบวนกรชี้แจงให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สามารถทบทวนความทรงจำจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

2.1.4 การเข้าสู่ประเด็นสำคัญของการถอดบทเรียนเป็นขั้นตอนสำคัญในการสกัดความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียนโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) การเล่าประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน
- 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงานกับวิธีการปฏิบัติงานจริง

3) การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ทำได้เป็นอย่างดี

4) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น

5) การวิเคราะห์อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

6) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

7) ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

8) การประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

ทั้งนี้ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียนและจดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

2.2 การบันทึกบทเรียนประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

2.2.1 การเตรียมตัวก่อนบันทึกบทเรียน เป็นขั้นตอนที่ผู้จัดบันทึกควรเตรียมความพร้อมก่อนบันทึกบทเรียนใน 4 ประเด็น คือ

1) ศึกษารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน

2) ศึกษารายละเอียดการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกรอบแนวคิด ขั้นตอนการถอดบทเรียน และประเด็นคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน

3) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการถอดบทเรียนและ

4) เตรียมความพร้อมด้านทางด้านร่างกายจิตใจ

2.2.2 การบันทึกข้อมูลการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ต้องจดบันทึกระหว่างการถอดบทเรียน คือ

1) ข้อมูลขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน

2) ข้อมูลการเล่าเรื่อง การวิเคราะห์และการอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน

3) ข้อมูลบรรยากาศของระหว่างการถอดบทเรียน

2.2.3 การสรุปและรายงานการถอดบทเรียน ผู้จัดบันทึกต้องอ่านรายงานการถอดบทเรียนให้ที่ประชุมของผู้ร่วมถอดบทเรียนและทีมงาน การถอดบทเรียนได้รับทราบข้อมูลที่จัดบันทึกไว้ เพื่อให้มีการปรับแก้และเพิ่มเติมในข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยบทเรียนที่ถอดได้ต้องได้รับการสรุปให้เห็นอย่างน้อย 2 ประเด็น คือ

1) อะไรคือสิ่งที่ดีอยู่แล้วและควรทำต่อไปเพื่อกลับไปวางแผนพัฒนาลงมือทำ แล้วตามด้วยการวิจัยให้ก้าวหน้าต่อเนื่องเป็น D&R (Development and Research)

2) อะไรคือสิ่งที่ยังบกพร่องเป็นจุดอ่อน และควรจะปรับปรุงอย่างไรมีความรู้พอที่จะปรับปรุงหรือไม่ ถ้าไม่ควรทำวิจัยเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเป็นการวิจัยแล้วพัฒนาแบบ R&D (Research & Development) ทั้งนี้ D&R และ R&D ควรเป็นการวิจัยแบบ PAR (Participatory Action Research) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด

2.3 ขั้นตอนเขียนรายงานการถอดบทเรียนในขั้นตอนนี้ควรแบ่งเป็น 3 หัวข้อหลักดังนี้

2.3.1 ความเป็นมาของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน

2.3.2 การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ วิธีการทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียนกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนและปฏิทินการถอดบทเรียน

2.3.3 เนื้อเรื่องการดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดซึ่งครอบคลุม

- 1) ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน
- 2) วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน
- 3) เปรียบเทียบความแตกต่าง
- 4) สิ่งที่ได้ทำได้อย่างดีจากการปฏิบัติ
- 5) ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น
- 6) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน
- 7) ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- 8) ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
- 9) ประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

2.4 ขั้นตอนการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

ในขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญกับการนำบทเรียนที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงานไปใช้เพื่อให้การปฏิบัติงานต่อไปมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าทีมหรือผู้เกี่ยวข้องควรมีการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบว่าได้มีการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์หรือไม่เพียงไร เพราะอะไร

10. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล (สุภางศ์ จันทวนิช, 2537) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการวิจัยโดยเฉพาะในการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่ง มักไม่ใช้สถิติช่วยในการวิเคราะห์ หรือถ้าใช้สถิติก็ไม่ได้ถือว่าวิธีการทางสถิติเป็นวิธีวิเคราะห์หลักแต่จะถือเป็นข้อมูลเสริม ด้วยเหตุนี้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการวิจัย ผู้วิเคราะห์ข้อมูลควรมีความรู้ในเรื่องแนวคิด ทฤษฎีอย่างกว้างขวาง มีความเป็นสหวิทยาการอยู่ในตัวเอง สามารถสร้างข้อสรุปเป็นกรอบแนวคิดและเปลี่ยนแปลงแนวทางที่จะตีความหมายข้อมูลได้หลาย ๆ แบบ

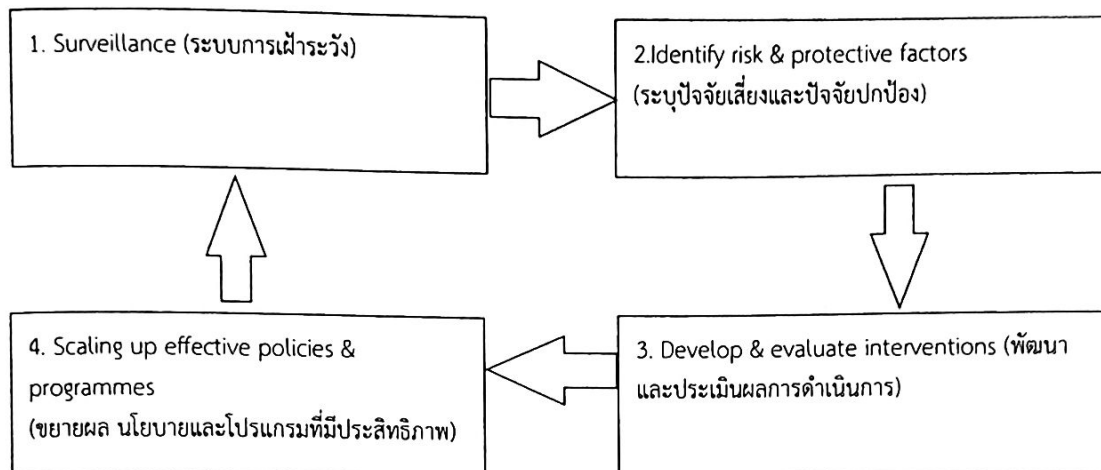
สำหรับเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง คือ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะเป็นข้อมูลแบบบรรยาย (Descriptive) ที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ แล้วจัดบันทึกไว้ ส่วนที่สอง คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายเช่นกัน แต่กระทำโดยการพยายามจะทำข้อมูลนั้นให้เป็นจำนวนที่นับได้และมักกระทำกับข้อมูลในเอกสารการวิจัย

แนวคิดหลักที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพคือ ตัวผู้วิจัยเอง เนื่องจากผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล บันทึกข้อมูลที่ได้ ซึ่งจะเป็นผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมดด้วยตนเองแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิเคราะห์ข้อมูลจะต้องมีความรอบรู้ในเรื่องแนวคิดทฤษฎีที่ต้องการศึกษาอย่างกว้างขวาง สามารถสร้างข้อสรุปเป็นกรอบแนวคิดและเปลี่ยนแปลงแนวทางที่จะตีความหมายข้อมูลได้หลาย ๆ แบบ และจะต้องอ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดในทุกขั้นตอนเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและสมบูรณ์ที่สุด ตลอดจนสามารถสรุปได้องค์ประกอบต่อมาที่สำคัญก็คือตัวข้อมูล เนื่องจากการวิเคราะห์ในเชิงนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มาว่ามีความหลากหลายและอึดอัดหรือไม่ หมายความว่าตัวข้อมูลนั้นสามารถอธิบายปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้เป็นอย่างดีครบถ้วนสมบูรณ์ สิ่งที่สำคัญของการวิเคราะห์เนื้อหา ก็คือ การวางระบบข้อมูลการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย และการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลกได้บันทึกไว้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ว่า : ความสำคัญที่ทั่วโลกควรเน้นย้ำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายคือยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO., 2014) ซึ่งเป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกได้บันทึกไว้ใน Mental Health Action Plan, 2013–2020 โดยสมาชิกองค์การอนามัยโลกมีคามั่นสัญญาต่อกันที่จะทำงานร่วมกันที่จะมีเป้าหมายในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย 10 % ในปี 2020 (WHO, 2013) และจากรายงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกในปี 2014 ระบุถึงความต้องการสำหรับแนวทางการเฝ้าระวังสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่นำเสนอในโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้นการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังและการประเมินเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองเป็นเนื้อหาหลักของการป้องกันการฆ่าตัวตายตามแบบจำลองทางด้านสาธารณสุข (Centers for Disease Control and Prevention, 2014, Crosby , Ortega , Melanson, 2011, WHO, 2014) ดังเช่นที่แสดงในภาพต่อไปนี้

รูปภาพที่ 1



นอกจากนี้ที่น่าสนใจคือระบบของการดูแลสำหรับผู้เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องมีการประสานประสานที่ต่อเนื่อง สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมืออาจเป็นประเด็นความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย, ความมั่นใจต่อระบบการให้ความช่วยเหลือ และการเข้าถึงระบบที่มีหลายขั้นตอนและผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการในระดับท้องถิ่นจึงควรพยายามขยายการให้บริการเพื่อจัดเตรียมการแก้ไขกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการเชื่อมต่อบริการให้มีการสอดคล้องประสานประสาน การเพิ่มความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกและบุคลากรโรงพยาบาลอื่นๆ หรือผู้วางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยซึ่งอาจจะช่วยให้มีการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น ด้วยระบบการติดตามที่ต่อเนื่องชัดเจนในผู้ที่เคยมีการฆ่าตัวตาย (Health and Human Services Agencies, 2010)

Beautrais et al (2007) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า 1) การฝึกฝนแพทย์ฝึกหัด (Medical practitioner) ใน primary care บำบัดรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย 2) การจำกัดวิธีการฆ่าตัวตาย ลดการเข้าถึงอาวุธปืน สารเคมี ยาฆ่าแมลง ไม่จ่ายยาจำนวนมาก 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ให้สามารถส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงได้ การลดตราใบ เพิ่มปัจจัยปกป้อง 4) การติดตามหลังจำหน่าย การบูรณาการการดูแลแบบเครือข่าย การช่วยให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง 5) การบำบัดด้วยยา 6) การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ CBT IPT DBT PST พบว่า

มีประสิทธิภาพในการลดการฆ่าตัวตาย 7) การให้ความรู้ให้สาธารณชนตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การเปลี่ยนทัศนคติ 8) การคัดกรองโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9) ศูนย์วิกฤตและให้คำปรึกษา Stevens et al. (2008) ศึกษาเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยใช้โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วยการสร้างความตระหนักต่อการฆ่าตัวตาย โปรแกรมสำหรับผู้ช่วยเหลือหรือการบำบัดในระยะวิกฤต ศูนย์บริการวิกฤต บริการสายด่วน และการสื่อสารให้ ความรู้ สำหรับสื่อเน้นการส่งเสริมความรับผิดชอบและทัศนคติต่อการรายงานข่าวการฆ่าตัวตาย และการศึกษา ของ Szumilas & Kutcher (2011) พบว่าโปรแกรมการอบรมการดูแลผู้อยู่ในภาวะวิกฤต (Crisis training program) ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น และพึงพอใจ สำหรับโปรแกรมการให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อการ ฆ่าตัวตายซ้ำ แต่การบำบัดโดยใช้วิธีการซักถามและให้ความรู้ (debriefing type intervention and education) เพิ่มคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในวัยรุ่นที่สูญเสียเพื่อนโปรแกรมช่วยเหลือหลังฆ่าตัว ตายสำหรับครอบครัว ได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองสำหรับผู้รอดชีวิตวัยผู้ใหญ่หรือผู้เป็นหม้าย โปรแกรมศูนย์วิกฤตโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา พบว่ามีประสิทธิภาพในระดับ ต่ำถึงปานกลาง

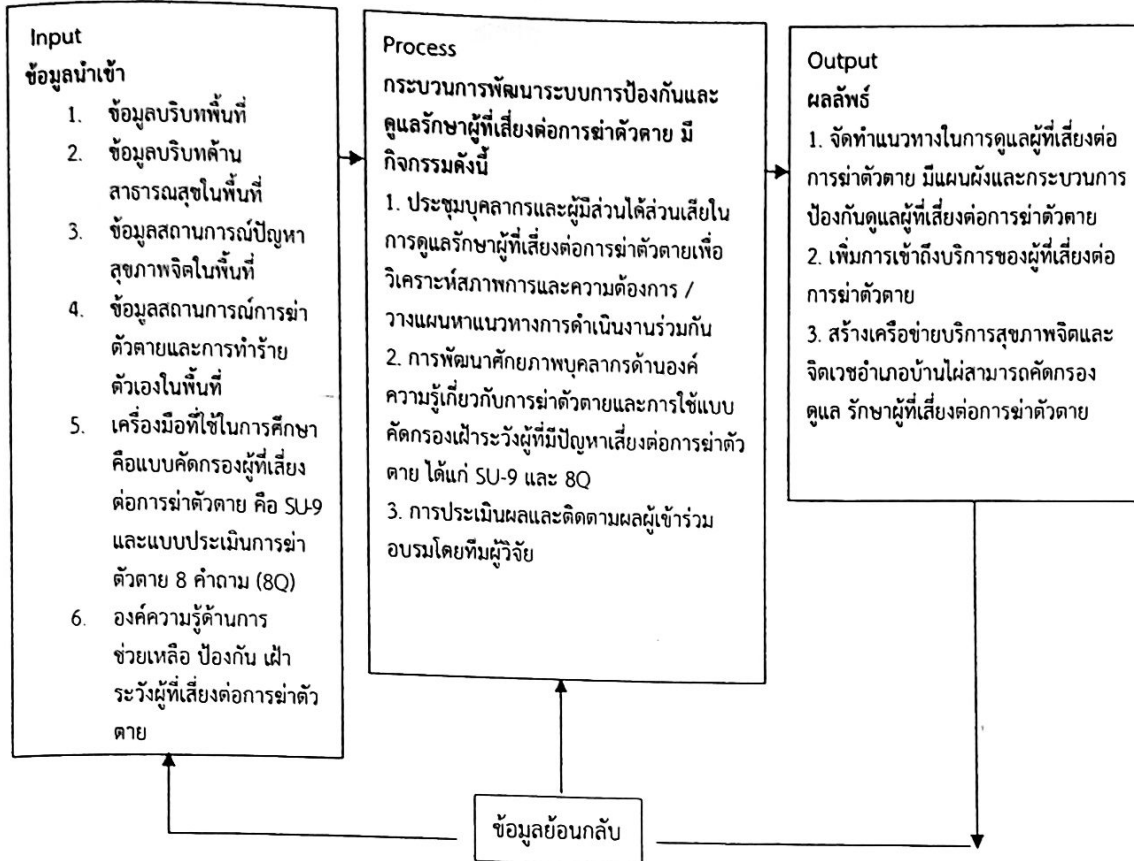
Abera et al (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้ การทำทนายและโอกาสที่เกิดขึ้นจากการบูรณาการ งานสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ :การสำรวจแบบตัดขวางในบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิทาง ตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศเอธิโอเปียเครื่องมือที่ใช้คือ 1) คำถามเชิงโครงสร้างซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับประวัติการฝึกอบรมในอดีต และประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิต ความรู้และทัศนคติที่มีต่อ การเจ็บป่วยทางจิต และการจัดการให้บริการด้านสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ2) การสัมภาษณ์เชิงลึกใน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิได้ผลลัพธ์คือ ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบำบัดปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทางด้านจิตเวช อาการแสดง และการรักษาดังนั้นการเติมเต็มความรู้ด้วยการอบรม ความรู้ด้านการบริการสุขภาพจิต การเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในงานสุขภาพจิต ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและป้องกัน การฆ่าตัวตายดังนี้

12.กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) ดังนี้

รูปภาพที่ 3



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative data collection) และคุณภาพ (Qualitative data collection)

2. พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา

พื้นที่นำร่องอำเภอบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 94,825 คน ประกอบด้วยเพศชาย 46,378 คน และเพศหญิง 48,447 คน มีผู้อยู่อาศัยจำนวน 23,108 ครัวเรือน และ 28,032 ครอบครัวยังตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดขอนแก่น ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 44 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 497.327 ตารางกิโลเมตร หรือ 303,954 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับเขตปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอบ้านแฮด
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอกุดรัง (จังหวัดมหาสารคาม)
- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอเปือยน้อย อำเภอหนองสองห้อง และอำเภอโนนศิลา
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอมัญจาคีรี และอำเภอชนบท

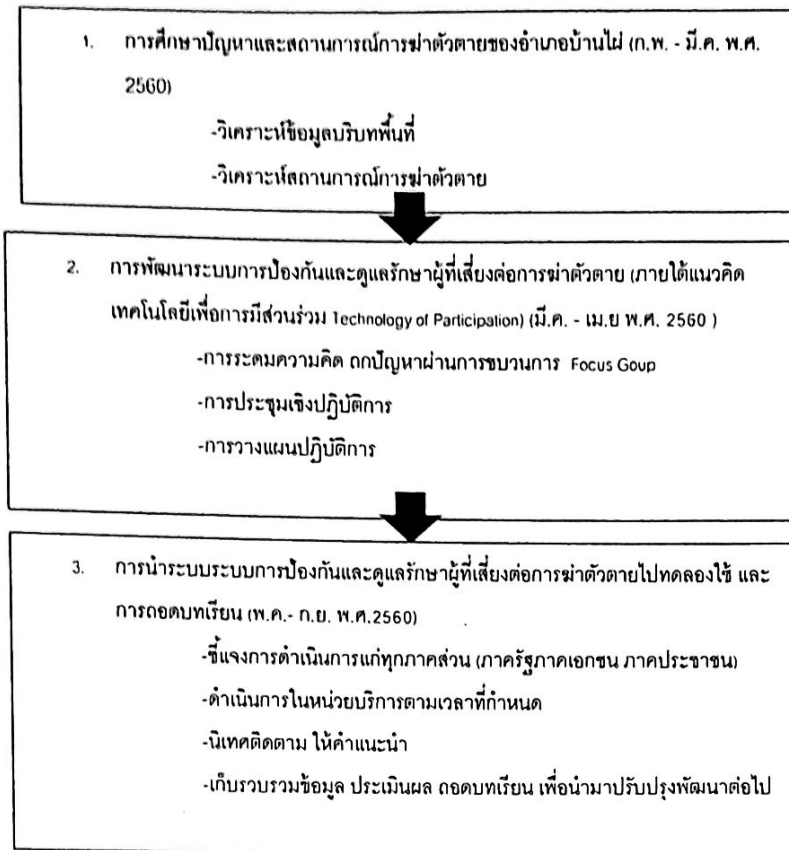
มีการแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 ตำบล 113 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่ เทศบาล 2 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่งที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และมีความต้องการในการพัฒนาระบบช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ มี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลบ้านไผ่ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน

4. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ตามรูปภาพที่ 4 ดังนี้



ระยะที่ 1. การศึกษาปัญหาและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่โดยศึกษาจากเอกสารต่างๆ และทีมวิจัยได้มีการประชุมร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ในวันที่ 23 มีนาคม 2560 ดังนี้

1.1 ศึกษาบริบทของอำเภอบ้านไผ่

1.2 ศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ (วิเคราะห์ข้อมูลที่นำมาจาก www.suicidethai.com , ระบบรายงาน 506-S, สรุปผลการตรวจราชการ , รายงานผลปฏิบัติการประจำปีของโรงพยาบาลบ้านไผ่)

ระยะที่ 2. การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พัฒนาภายใต้หลักแนวคิด เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ที่ประกอบด้วย วิธีการถกปัญหา วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ

2.1 จัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มแพทย์พยาบาล จำนวน 22 คน แบ่งออกเป็น

3 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน ในวันที่ 4 เดือนเมษายน พ.ศ.2560

ประเด็นคำถาม

2.1.1 ด้านนโยบายและการสื่อสารในการป้องกันและดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบ้านไผ่

2.1.2 แนวปฏิบัติ/ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบ้านไผ่

2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประเมินผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1.4 แนวทางการช่วยเหลือและการส่งต่อ

2.1.5 ความต้องการในการพัฒนา

2.2 จัดทำ Focus group ใน อ.ส.ม.และแกนนำชุมชน ในกลุ่มนี้ จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 8คน ในวันที่5 เดือนเมษายน พ.ศ.2560

2.2.1 ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อมีคนฆ่าตัวตายในชุมชน

2.2.2 ท่านให้ความช่วยเหลืออย่างไร

2.2.3 ลักษณะของคนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร

2.2.4 ท่านต้องการความรู้อะไรเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง

2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลบ้านไผ่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลโรงพยาบาลบ้านไผ่ และพยาบาล รพ.สต. จำนวน 22 คน เมื่อ วันที่ 20 เดือนเมษายน พ.ศ. 2560

2.4 จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 93 คน เป็นแพทย์และพยาบาล จำนวน 42 คน ในวันที่ 27 เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 อ.ส.ม.และแกนนำชุมชน จำนวน 51 คน ในวันที่ 28 เดือนเมษายน พ.ศ. 2560

2.4.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรับรู้สัญญาณเตือน การช่วยเหลือและการส่งต่อ การให้การปรึกษาเบื้องต้น

2.4.2 ความรู้การคัดกรองผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่เครื่องมือในการคัดกรองผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) เครื่องมือในการประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

2.5 การจัดทำแนวทางการป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยการนำองค์ความรู้ที่ได้รับ เทคโนโลยีที่มี ประชุมพิจารณากับผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับหน่วยบริการ ภายใต้คำแนะนำจากจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ

2.6 การวางแผนดำเนินการ การกำหนดพื้นที่และระยะเวลาดำเนินการ หลังจากได้ชุดแนวทางที่ครอบคลุมทุกระดับหน่วยบริการแล้ว ได้มีการประชุมกับเครือข่ายเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบ พื้นที่ดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ และ งบประมาณ ต่อไป

ระยะที่ 3. การนำระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้และการถอดบทเรียน

เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้แก่โรงพยาบาลบ้านไผ่ รพ.สต. ทั้ง 11แห่ง ได้นำระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้ ในช่วงเดือนพฤษภาคม -กันยายนพ.ศ. 2560

3.1 ประชุมชี้แจงให้ทีมผู้ดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ทราบแนวทางการปฏิบัติตามระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งผู้รับบริการจะต้องทราบขั้นตอนระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 นิเทศติดตามให้ทีมผู้ดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการดูแล เพื่อปรับปรุงแก้ไข

5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

5.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ สถานที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่ง

5.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสอบถามบุคคลในกลุ่มเพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดเห็น

ความเชื่อ หรือทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยคำถามจะถูกถามในรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์แบบต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสพูดคุยและแสดงความเห็นได้อย่างอิสระระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.3 แบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย SU-9 เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อ มี 3 องค์ประกอบคือ 1) เคยวางแผนและทำการฆ่าตัวตาย (Previous Attempted Suicide and Plan) 2) ปัจจัยความเครียด (Stressor) และ 3) การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Consumption) มีค่าความเที่ยงภายในข้อคำถาม (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.56 จุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไว ร้อยละ 75.0 ความจำเพาะ ร้อยละ 82.3 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 18.6 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 98.4 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 82.0

5.4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือประเมินการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (mild) มีค่าคะแนน ≤ 8 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate) มีค่าคะแนน 9 -16 คะแนน ระดับสูง (Severe) มีค่าคะแนน ≥ 17 คะแนน

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 1 และการศึกษาระยะที่ 2 ดังนี้

6.1 ทีมวิจัยมีการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการวิจัย ทีมวิจัยมีทั้งหมด 6 คน ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2560

6.2 คณะผู้วิจัยศึกษาจากรายงานแผนประจำปีของโรงพยาบาลบ้านไผ่ 2556-2559 รวม 4 ปี

6.3 คณะผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 22 คน ในวันที่ 23 มีนาคม 2560

6.4 สนทนากลุ่ม (Focus Group) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ 22 คน ในวันที่ 4 เมษายน 2560 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 24 คน ในวันที่ 5 เมษายน 2560

6.5 ประชุมจัดเตรียมองค์ความรู้ เครื่องมือการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย SU-9 และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q การให้การปรึกษาเบื้องต้นและองค์ความรู้การป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในวันที่ 20 เมษายน 2560

6.6 ดำเนินกิจกรรมการอบรมให้กับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 43 คน วันที่ 27 เมษายน 2560 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 50 คน วันที่ 28 เมษายน 2560

6.7 ประชุมประเมินผลหลังการนำระบบไปทดลองปฏิบัติ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากเอกสาร งานวิจัยหรือที่มีการศึกษาไว้ในประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายและข้อมูลภาคสนามที่ได้จากพื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัยโดยวิธีการสำรวจเบื้องต้น (Basic Survey) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focused Group) มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ให้แสดงถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้หลักการ Technology of Participation มีการประชุมวิเคราะห์

ทบทวน ติดตามระหว่างทีมผู้วิจัยและทีมผู้ปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อให้เกิดข้อสรุปผลของการดำเนินการและข้อควรปรับปรุงแก้ไข

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและข้อมูลเชิงคุณภาพ

8. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการและได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถตอบแบบสอบถาม ให้สัมภาษณ์ และให้ข้อมูลได้โดยอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการสุขภาพที่พึงได้รับตามสิทธิ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนการเขียนรายงานและเผยแพร่ผลการศึกษาแล้ว

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

9. ระยะเวลาในการศึกษา กุมภาพันธ์ - กันยายน 2560

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่นาร่องโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เขตบริการสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เป็นการเก็บข้อมูลในบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 93 คน โดยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตาราง ไขคำเป็นร้อยละ และคำบรรยาย ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้าตามลำดับดังนี้

1 ผลการศึกษา

1.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่

1.1.1 วิเคราะห์บริบท จากการศึกษาริบทของบ้านไผ่พบว่า อำเภอบ้านไผ่มีประชากรทั้งหมด 94,825 คน ประกอบด้วยเพศชาย 46,378 คน และเพศหญิง 48,447 คน มีผู้อยู่อาศัยจำนวน 23,108 ครัวเรือน และ 28,032 ครอบครัวยังมีการแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 10 ตำบล 113 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง ได้แก่ เทศบาล 2 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่ง การให้บริการในโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีงานบริการทางคลินิก มีการจัดตั้งคลินิกบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ คลินิกสุขภาพใจในวันจันทร์ รับให้บริการโรคซึมเศร้าและรับให้คำปรึกษาซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ วันอังคาร ถึงพฤหัสบดีให้คำปรึกษาผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตในเด็กตรวจโรคและตักผู้ป่วยใน โดยแพทย์และพยาบาล PG (Post graduated) จิตเวช (พยาบาลที่ได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือน) รวมทั้งประเมินปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases) และวันศุกร์ ลงตรวจรักษาและจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคจิตเวช ด้านงานบริการชุมชนของโรงพยาบาลนั้นมีบริการคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในเครือข่าย โดยผู้รับผิดชอบคือพยาบาลเวชปฏิบัติในพื้นที่กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากนี้ยังมีแนวทางการบริการฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชที่ย่างเข้าห้องฉุกเฉิน ก้าวร้าวรุนแรงโดยผู้รับผิดชอบหลักคือแพทย์ประจำคลินิกจิตเวช และพยาบาล PG จิตเวชจำนวน 2 คน

1.1.2 สภาพปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาทางด้านการฆ่าตัวตายของประชากรในชุมชนในปี 2556 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 22 คน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 คน คิดเป็นอัตรา 1.43 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 1 คน ปี 2557 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 คน คิดเป็นอัตรา 3.08 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 1 คน ปี 2558 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 19 คน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 18 คน คิดเป็นอัตรา 14.9 ต่อแสนประชากรจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 2 คน และในปี 2559 มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 32 คน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 คน คิดเป็นอัตรา 3.32 ต่อแสนประชากรและมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 12 คน

1.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.2.1 การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มแพทย์พยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของแพทย์และพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 59.09 รองลงมา 51 - 60 ปี ร้อยละ 22.72 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 90.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 45.00 รองลงมา ปริญญาโท ร้อยละ 40.00 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แพทย์และพยาบาลในการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) n = 20

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.00
หญิง	19	95.00
อายุ		
21-30 ปี	1	4.55
31-40 ปี	13	59.09
41-50 ปี	5	22.73
51-60 ปี	3	13.64
60 ปีขึ้นไป	-	-
ศาสนา		
พุทธ	20	100.00
อื่นๆ ระบุ...	-	0.00
การศึกษา		
ปริญญาตรี	9	45.00
ป.โท	8	40.00
เฉพาะทาง ระบุ...	3	15.00
ตำแหน่ง		
แพทย์	2	10.00
พยาบาล	18	90.00
อื่นๆ ...	-	0.00

1.2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์พยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของแพทย์และพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.23 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 42.86 รองลงมา 51 - 60 ปี ร้อยละ 26.19 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 90.48 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.86 รองลงมา ปริญญาโท ร้อยละ 40.48 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวต่า n = 42

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.37
หญิง	41	95.23
อายุ		
21-30 ปี	3	7.14
31-40 ปี	18	42.86
41-50 ปี	10	23.81
51-60 ปี	11	26.19
ศาสนา		
พุทธ	42	100.00
คริสต์	-	0.00
อิสลาม	-	0.00
อื่นๆ ระบุ...	-	0.00
การศึกษา		
ปริญญาตรี	18	42.86
ป.โท	17	40.48
เฉพาะทาง ระบุ...	7	16.67
ตำแหน่ง		
แพทย์	2	4.76
พยาบาล	38	90.48
อื่นๆ ...	2	4.76

1.2.3 การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่ม อ.ส.ม. และแกนนำชุมชน

ข้อมูลทั่วไปในกลุ่ม อ.ส.ม. และแกนนำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.90 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 59.09 รองลงมา 41 - 50 ปี ร้อยละ 22.73 สถานะภาพสมรสโสดอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.64 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 68.18 อาชีพเกษตรกร 36.36 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชน $n = 22$

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	9.09
หญิง	20	90.90
อายุ		
21-30 ปี	1	4.54
31-40 ปี	13	59.09
41-50 ปี	5	22.73
51-60 ปี	3	13.64
ศาสนา		
พุทธ	22	100.00
อื่นๆ ระบุ...	-	
สถานะภาพสมรส		
โสด	1	4.54
คู่อยู่ด้วยกัน	14	63.64
คู่แยกกันอยู่	3	13.64
หย่าร้าง	4	18.18
การศึกษา		
ประถมศึกษา	15	68.18
มัธยมศึกษา	5	22.73
ปวช./ ปวส. /อนุปริญญา	2	9.09
อาชีพ		
แม่บ้าน	5	22.73
รับจ้าง	6	27.27
เกษตรกร	8	36.36
ค้าขาย	3	13.64

1.2.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มอ.ส.ม.และแกนนำชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของอ.ส.ม. /แกนนำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.02 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 50.99 รองลงมา 41 - 50 ปี ร้อยละ 29.41 สถานะภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 43.14

รองลงมา คู่แยกกันอยู่ ร้อยละ 23.54 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 39.22 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.29 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย $n = 51$

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	9.80
หญิง	46	90.20
อายุ		
21-30 ปี	2	3.92
31-40 ปี	26	50.99
41-50 ปี	15	29.41
51-60 ปี	8	15.68
ศาสนา		
พุทธ	54	100.00
สถานะภาพสมรส		
โสด	1	1.96
คู่อยู่ด้วยกัน	22	43.14
คู่แยกกันอยู่	12	23.54
หย่าร้าง	8	15.68
หม้าย	8	15.68
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	3.92
ประถมศึกษา	20	39.22
มัธยมศึกษา	17	33.33
ปวช./ ปวส. /อนุปริญญา	11	21.57
ปริญญาตรี	1	1.96
อาชีพ		
แม่บ้าน	14	27.45
รับจ้าง	15	29.41
เกษตรกร	18	35.29
ค้าขาย	4	7.85

1.2.5 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำ Focus Group ในกลุ่มแพทย์และพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำ Focus Group

2.5.1 ด้านนโยบายและการสื่อสาร พบว่าเคยมีการประชุมเพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบรับทราบมาบ้าง โดยการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติเป็นภาพรวมโดยตรงจากผู้บังคับบัญชาผู้รับผิดชอบ แต่ในส่วนผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับมอบหมายงานสุขภาพจิต ทั้งในโรงพยาบาลบ้านไผ่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่ทราบนโยบายที่ชัดเจน

“รู้ว่ามีนโยบาย แต่ในรายละเอียดไม่ทราบแน่ชัด”

“มีการสื่อสารเฉพาะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต แต่หน่วยงานอื่น ๆ ไม่ทราบ”

2.5.2 แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลบ้านไผ่ เคยมีการจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นผังกระบวนการงาน (Flow Chart) แต่ยังไม่ชัดเจน ไม่ได้รับทราบโดยทั่วถึง ไม่ได้นำสู่การปฏิบัติ

2.5.3 เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าการคัดกรองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยังคงใช้เพียง 2Q ถามเกี่ยวกับความคิดทำร้ายตัวเองภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา ถ้าผลเป็นบวกจะส่งต่อคลินิกเพื่อให้พยาบาลจิตเวชประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ซึ่งในทางปฏิบัติเครื่องมือคัดกรองดังกล่าว ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทุกราย

“กรณีสงสัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช หรือโรคเรื้อรัง ใช้แบบประเมินเดียวกัน”

“มีการคัดกรอง ที่ OPD แต่คัดกรองไม่หมดทุกราย”

“ใน IPD มีการคัดกรองไม่ครบทุกรายเช่นกัน”

2.5.3 การดูแลช่วยเหลือและระบบการส่งต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจะส่งปรึกษาแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้การช่วยเหลือแบบประคับประคองทางจิตสังคมแนะนำผู้ดูแลเฝ้าระวังแล้วส่งต่อไปยังรพ.สต.ให้ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง กรณีมีความเสี่ยงสูงแพทย์อาจพิจารณารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่ตึกอายุรกรรมโดยจัดเตียงผู้ป่วยไว้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station)

“ไม่มีสถานที่ที่เอื้ออำนวยความสะดวก กรณีจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลจะให้อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และดูแลใกล้ชิด”

“ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเน้นการทำงานแบบประยุกต์ตามบริบท”

ในกรณีฉุกเฉิน วิกฤติเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย จะทำการช่วยเหลือเบื้องต้นและประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายก่อนจะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงจะส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.2.6 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำ Focus Group ในกลุ่ม อสม.และแกนนำชุมชน

1.2.6.1 ด้านความรู้สึกรู้สึกของอสม.และแกนนำชุมชนต่อเหตุการณ์ที่มีคนฆ่าตัวตายในชุมชน พบว่า อ.ส.ม.และแกนนำชุมชนรู้สึกสงสาร เห็นใจ และอยากให้กำลังใจและอยากช่วยเหลือ

“รู้สึกเสียใจ สงสาร อยากให้กำลังใจ”

“สงสัย และอยากรู้เหตุผล ทำไมถึงทำ”

“รู้สึกสงสาร อยากให้คำแนะนำอยากให้กำลังใจ พูดคุยซักถาม”

1.2.6.2 ด้านการให้ความช่วยเหลือในครอบครัวและหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าอ.ส.ม. และแกนนำชุมชนมีความสนใจในการช่วยเหลือ ผ่านวิธีการรับฟังปัญหา เรื่องทุกข์ใจ และให้กำลังใจ นอกจากนี้ยังชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของหมู่บ้าน เช่น การทำบุญตักบาตรในวันพระ เป็นต้น

“พูดคุยรับฟังปัญหา ถามปัญหาที่ที่เขาไม่สบายใจ”

“ให้กำลังใจ หาทางออกช่วยเขา ไม่ซ้ำเติม”

“ชวนเขาทำกิจกรรม อยู่เป็นเพื่อน ไม่ให้อยู่คนเดียว”

“เวลาพูดคุย พูดแต่เรื่องที่มีความสุข ไม่ตอกย้ำและไม่ขุดคุ้ยเรื่องเก่า ๆ”

“พูดคุยให้กำลังใจญาติ เพราะญาติเขาคิดมาก ต้องการกำลังใจ”

1.2.6.3 ด้านการรับรู้ของอ.ส.ม.และแกนนำชุมชนต่อลักษณะของคนที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าอ.ส.ม.และแกนนำชุมชน ใช้วิธีสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก และจากคำพูด

“ดูจากท่าทางการแสดงออกบางคนถือเชือก กำเชือกไว้นั่น ”

“ไม่ทราบ เพราะว่าจะคนที่ตายจริง ๆ เขาไม่มีอาการแสดง”

“บางครั้งดูที่ว่าเขาบ่นว่าอยากตาย”

1.2.6.4 ด้านองค์ความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าอ.ส.ม.และแกนนำชุมชนไม่มีความมั่นใจ ขาดองค์ความรู้ และอยากพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมและการแสดงออก สัญญาณเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น

“ความรู้ความเข้าใจในครอบครัวต่อการเจ็บป่วย”

“สัญญาณเตือน การสังเกตอาการต่าง ๆ”

“คำแนะนำในการพูดคุย”

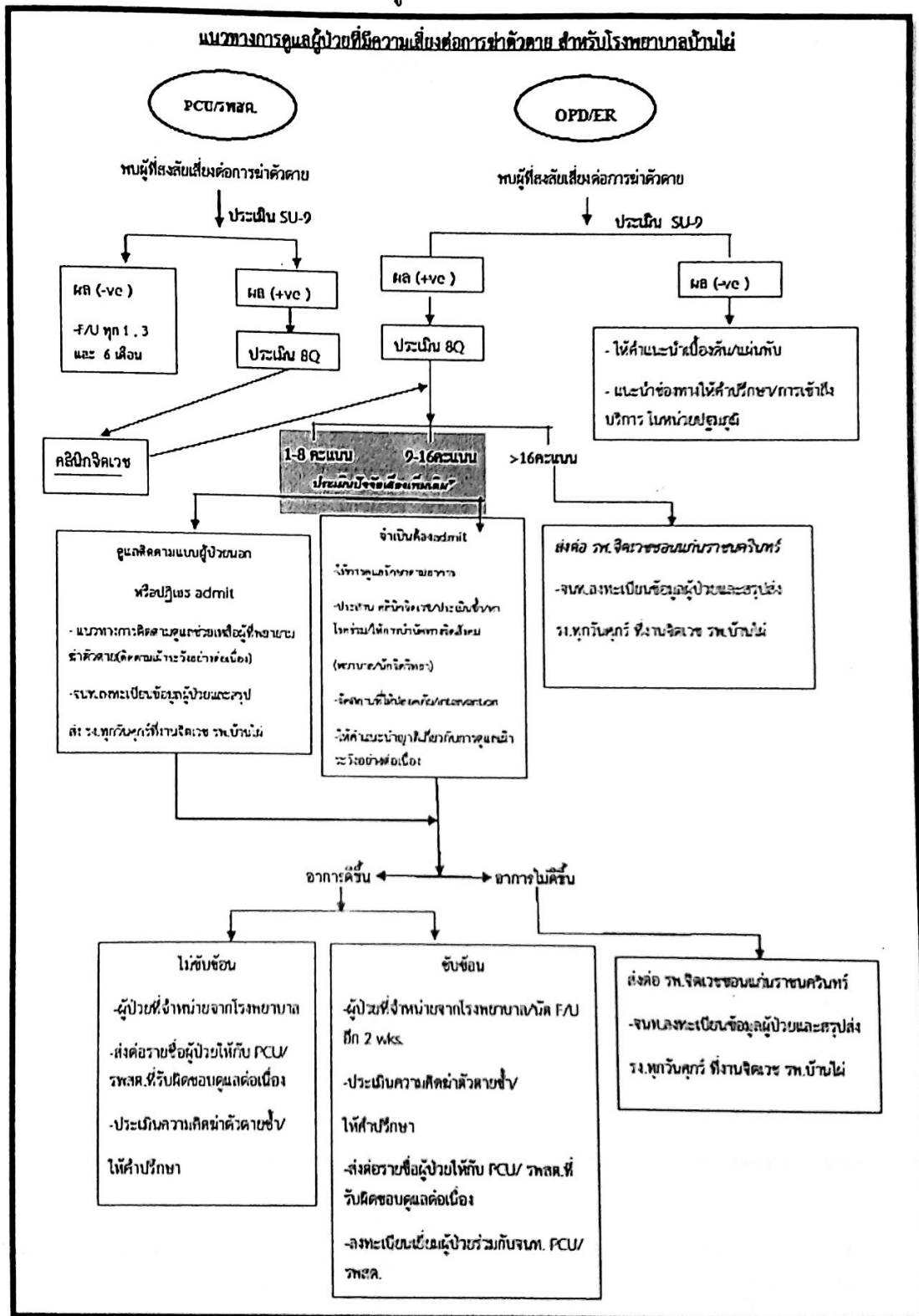
1.2.7 ความต้องการในการพัฒนา

1. เจ้าหน้าที่แพทย์/พยาบาลมีความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องของการรักษา สัญญาณเตือนแนวทางการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ การให้คำปรึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการติดตามเยี่ยม

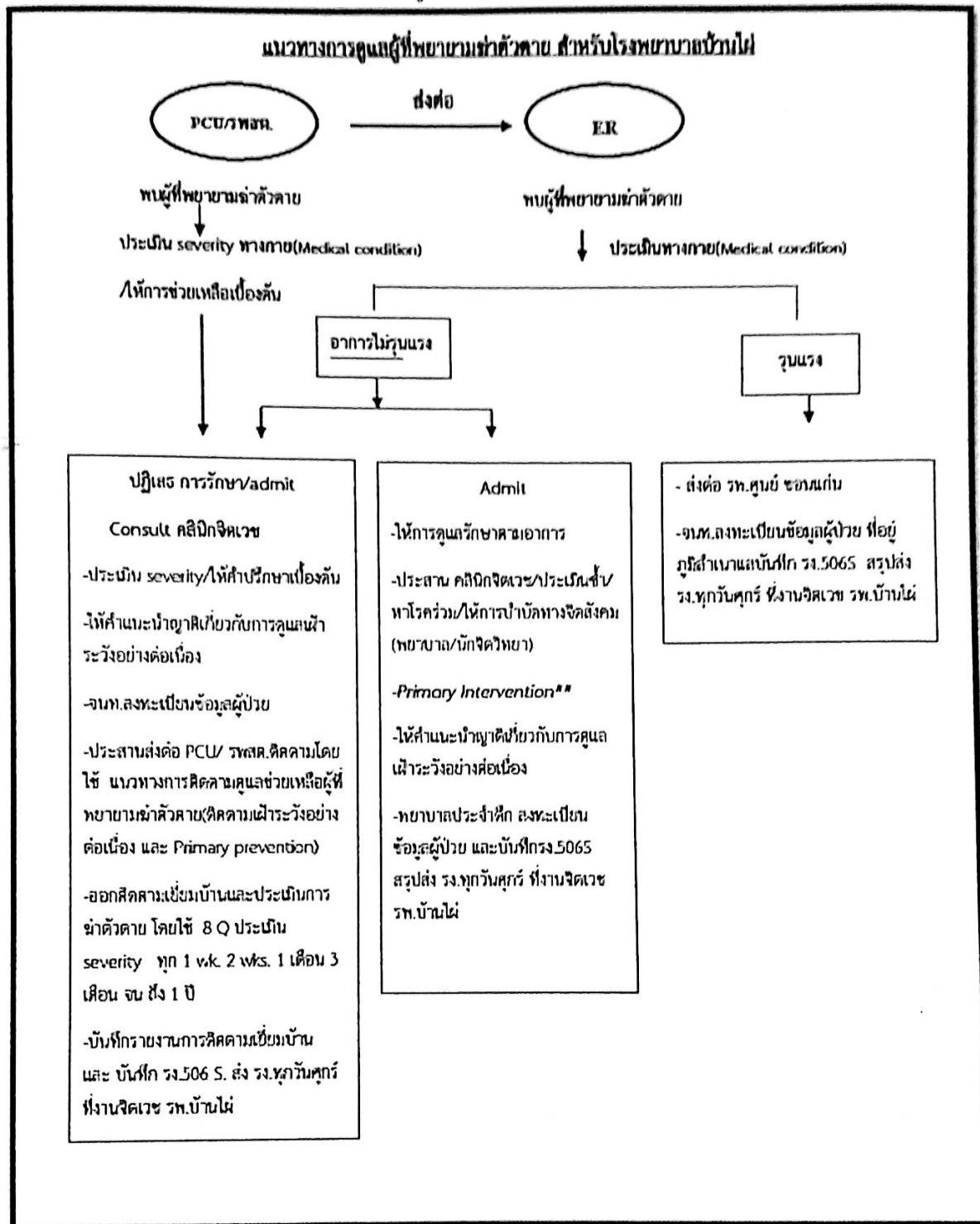
2. อสม.และแกนนำชุมชน มีความต้องการองค์ความรู้สัญญาณเตือน การช่วยเหลือเบื้องต้น การคัดกรอง เทคนิคการรับมือปัญหา (Coping Skill) และการติดตามเยี่ยม

1.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3 ผลการนำระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้
จัดทำแนวทางการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ขึ้นดังนี้

รูปภาพที่ 5

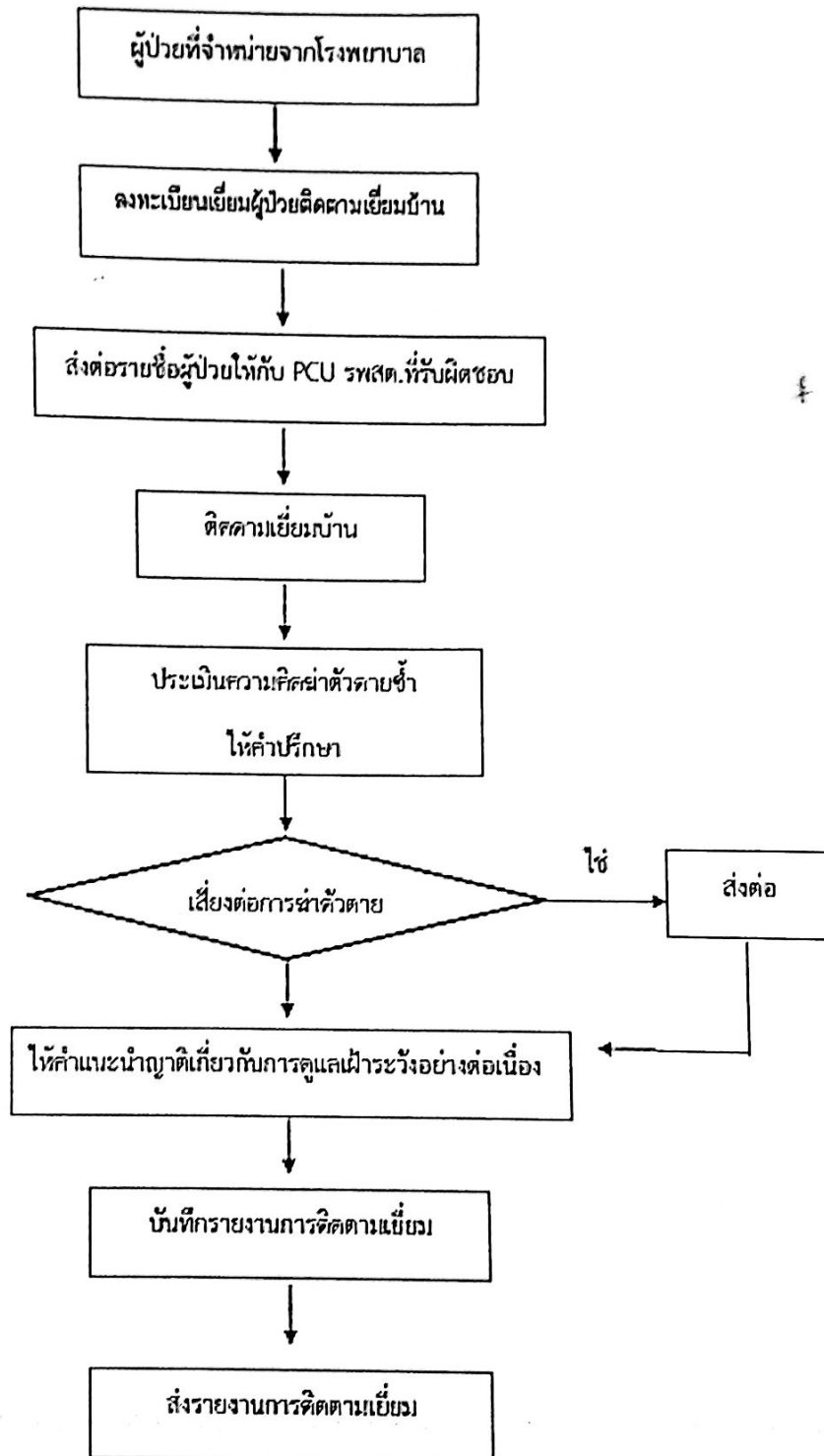


รูปภาพที่ 6



รูปภาพที่ 7

แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



ประเมินปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม*

1. Supporting System: พักอาศัยคนเดียว ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลได้ (สูงอายุ เปราะบาง ผู้พิการ)
2. Safety Environment: สิ่งอำนวยความสะดวกไม่เหมาะสมให้ทำร้ายตัวเองได้ง่าย เช่น ความกว้างในครอบครัว อาศัยในอาคารสูง
3. Access to Means: เข้าถึงอาวุธหรือวัตถุอันตรายได้ง่าย เช่น มีปืนที่ยังไม่เก็บไว้ในบ้าน มีวัตถุมีพิษที่ไม่จัดเก็บในบ้าน
4. Medical Condition: การเจ็บป่วยทางกายที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด วิกฤต
5. Individual: ผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย หรือดูแลตัวเองยังไม่ได้ เช่น การละเลย บาดเจ็บ รังวนวน
6. Mental Illness: อาการทางจิตเวชไม่สงบ กำเริบ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

Primary Intervention**

- จัดให้อุปกรณ์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง มีสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากหนทางที่จะทำร้ายตนเองได้
- ระหว่างที่รอรับการจัดให้อยู่ในที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ถ้าเป็นไปได้ควรอยู่ในห้องแยกต่างหากที่เงียบสงบ ควรมีเจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วยคอยดูแลและเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตทันที ถ้าเป็นไปได้
- ในกรณีที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือญาติผู้ป่วยคอยเฝ้าระวังพฤติกรรม ของผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงที่ยังมีความเสี่ยงในระยะใกล้
- ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองด้วยการดูแลที่เห็นเกียรติ เคารพและรักษาสีหน้าเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ใช้นามสกุลทุกคน
- ระวังความเสี่ยงการเกิดความเปราะบางทางอารมณ์ ที่มักพบร่วมกับการทำร้ายตัวเอง
- ผู้ดูแล/ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยอาจเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการ
- การประเมินทางจิตสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เป็นการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาทั้งป้อนเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบางประเด็นที่มีความเป็นส่วนตัวสูง
- ทำการบำบัด(พูดคุย)แบบปรับระดับสติปัญญาและความหมายของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลที่ตามมาจากการนำแนวทางการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ อธิบายได้ดังนี้

1) มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ที่ชัดเจนสามารถนำไปผลักดันและประกาศเป็นนโยบายด้านการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของเครือข่ายตามข้อเสนอแนะจาก focus group ที่ว่า “คิดว่าน่าจะเป็นระบบที่ยั่งยืนในการดูแลช่วยผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากเกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน”

2) ผู้เข้าร่วมโครงการโดยเฉพาะ อสม. มีความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง SU- 9 มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เพราะใช้เวลาน้อยและมีความชัดเจนในการคัดกรอง ถ้า SU- 9 ได้ผล Positive จะได้เข้ารับคำปรึกษาและส่งต่อแก่แพทย์ได้รวดเร็วขึ้นมีข้อมูลจากการถอดบทเรียนว่า

“ใช้แบบคัดกรอง SU- 9 แล้วทำงานง่ายขึ้นสะดวก รวดเร็ว”

“ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น”

3) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความมั่นใจในการนำองค์ความรู้ ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะในเรื่อง การดูแลรักษา สัญญาณเตือนการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ การให้คำปรึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้เทคนิคการรับมือปัญหา และการติดตามเยี่ยม

4) จากผลของการดำเนินการตามแนวทางการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ทำให้เกิดการค้นหา เฝ้าระวัง และระบบการเก็บและส่งต่อข้อมูลที่มากขึ้น โดยได้ข้อมูลหลังจากดำเนินการคือ มีผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและได้รับการดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางปฏิบัติ 60 คน มีผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการติดตามต่อเนื่องในชุมชนทุกคนจำนวน 30 คน มีผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 3 คน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 15 คน

2. อภิปรายผล

2.1 การศึกษาสถานการณ์ก่อนมีโครงการพัฒนาระบบการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่นำร่องเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เขตสุขภาพที่ 7 มีดังนี้

2.1.1 ด้านนโยบายและการสื่อสาร พบว่ามีระบบการเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบรับทราบร่วมกัน โดยการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติเป็นภาพรวมโดยตรงจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้รับผิดชอบ แต่ในส่วนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ทั้งในโรงพยาบาลบ้านไผ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ทราบนโยบายที่ชัดเจน “รู้ว่ามีนโยบาย แต่ในรายละเอียดไม่ทราบแน่ชัด” “มีการสื่อสารเฉพาะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต แต่หน่วยงานอื่น ๆ ไม่ทราบ” แสดงให้เห็นว่าผู้บังคับบัญชามีการสื่อสารโดยตรงกับผู้มีส่วนที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต แต่ในขณะเดียวกันบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตอาจไม่มีความพร้อมเพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริชัย ประเสริฐยศ วันดี สุทธิรังษี และ อนุมศรี อินทนนท์ (2015) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดด้านการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.1.2 มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ แต่ยังไม่ชัดเจน ไม่มีการทดลองใช้ หรือ ประชุมเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน

2.1.3 ด้านความต้องการพัฒนาองค์ความรู้ พบว่ามีความคล้ายกันทั้งบุคลากรสาธารณสุขและอสม. และแกนนำชุมชน โดย บุคลากรสาธารณสุข ต้องการพัฒนาในเรื่องของการรักษา สัญญาณเตือน การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ การให้คำปรึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เทคนิคการรับมือปัญหา

(Copping Skill) และการติดตามเยี่ยม ในขณะท้องสมและแกนนำชุมชน มีความต้องการองค์ความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชในบ้าน สัญญาณเตือน การสังเกตอาการต่างๆ ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรอง “อยู่ได้จึงได้ ว่าเขายากฆ่าตัวตาย” คำแนะนำในการพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช เบื้องต้น “เอ็ดจึงได้ จึงว่าให้คนไข้ได้เบาใจ สบายใจ บ่อยากฆ่าตัวตาย” และการติดตามเยี่ยมสอดคล้องกับการศึกษาขอการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร (อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต, 2556) พบว่าความต้องการบุคลากรในเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ คือมีความต้องการด้านการอบรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ความร่วมมือประสานงานของเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านร่วมกันเช่นเดียวกับการศึกษาของ Manjeet Singh Batia และ Rashamita Saha (2017) ที่ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Role of primary care in the management of schizophrenia) พบว่าบุคลากรในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิต้องการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวินิจฉัยให้ได้ว่าอาการแบบไหนคือผู้ป่วยจิตเภท แนวทางการเยี่ยมบ้านและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abera et al (2014) ที่ทำการศึกษารื่อง การรับรู้ ความท้าทายและโอกาสที่เกิดขึ้นจากการบูรณาการงานสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ จากการสำรวจแบบตัดขวางในบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศเอธิโอเปีย พบว่าความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบำบัดปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทางด้านจิตเวช อาการแสดง และการรักษา ดังนั้นการเติมเต็มความรู้ด้วยการอบรมความรู้ด้านการบริการสุขภาพจิต การเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในงานสุขภาพจิตของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1.4 ด้านอสม.และแกนนำชุมชน ได้มีการสอบถามความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่มีคนฆ่าตัวตายในชุมชน พบว่า อสม.และแกนนำชุมชนรู้สึกสงสาร สงสัย เห็นใจ และอยากให้กำลังใจ และอยากช่วยเหลือ “รู้สึกเสียใจ สงสาร และอยากช่วยเหลือ” “สงสัย และอยากรู้เหตุผล ทำไมถึงทำ” “รู้สึกสงสาร อยากให้คำแนะนำ อยากให้กำลังใจ พูดคุยซักถาม”

สำหรับการให้ความช่วยเหลือในครอบครัวและ/หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าอสม.และแกนนำชุมชนให้การช่วยเหลือโดยการรับฟังปัญหา เรื่องทุกข์ใจ และให้กำลังใจ “พูดคุย รับฟังปัญหา ตามปัญหาที่เขาไม่สบายใจ” “ให้กำลังใจ หาทางออกช่วยเหลือ ไม่ซ้ำเติม” “ชวนเขาทำกิจกรรม อยู่เป็นเพื่อน ไม่ให้อยู่คนเดียว” “เวลาพูดคุย พูดแต่เรื่องที่มีความสุข ไม่ตอกย้ำและไม่ขุดคุ้ยเรื่องเก่าๆ” “พูดคุยให้กำลังใจญาติ เพราะญาติเขาคิดมาก ต้องการกำลังใจ” นอกจากนี้ยังชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของหมู่บ้าน เช่น การทำบุญตักบาตรในวันพระ สรุปได้ว่าอสม.และแกนนำชุมชนมีความเอื้ออาทร ปรารถนาดีต่อครอบครัว และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการให้กำลังใจกัน ไปเยี่ยมเยียนพูดปลอบใจ ช่วยเหลือแก้ปัญหาเท่าที่จะทำได้ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จังหวัดเชียงราย (วงศ์พรรณ มาลารัตน์ และคณะ, 2557) ที่พบว่าคนในชุมชน ส่วนใหญ่ มีความเอื้ออาทร รักใคร่กัน มีการให้กำลังใจกัน ไปเยี่ยมเยียนพูดปลอบใจ ช่วยเหลือแก้ปัญหาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และคิดว่าควร มีมาตรการทางสังคมต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายทั้งทางตรงและทางอ้อม

สำหรับด้านการรับรู้ของ อสม.และแกนนำชุมชนต่อลักษณะของคนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าอสม.และแกนนำชุมชน สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก และจากคำพูด “ดูจากท่าทางการแสดงออก บางคนถือเชือก กำเชือกไว้นั่น” “บางครั้งดูที่เขาบ่นอยากตาย” แต่คงยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนในการสังเกตผู้ที่มีความเสี่ยงหรือต้องการฆ่าตัวตาย “ไม่ทราบ เพราะว่าคนที่ตายจริงๆ เขาไม่มีอาการแสดง”

2.2 ผลการศึกษาระบบการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังมีการพัฒนาและทดลองใช้

หลังจากที่ทีมผู้วิจัยได้นำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่นำร่อง โรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยให้ความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องคือ 1) เครื่องมือการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย SU-9 และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q 2) การให้การปรึกษาเบื้องต้นและองค์ความรู้การป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) พบว่า

2.2.1 มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นผังกระบวนการงาน (Flow Chart) ที่ชัดเจน ครอบคลุม 3 ขบวนการสำคัญคือ 1. การค้นหาและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Identification) 2. การประเมินระดับความเสี่ยงโดยการใช้เครื่องมือหรือโดยการซักประวัติทางจิตวิทยา (Assessment) 3. การวางแผนการรักษา (Plan of Management) ที่ประกอบด้วย การบำบัดรักษา การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช และการติดตามผู้ป่วยดังเช่นที่แสดงในแผนผังข้างต้น (รูปภาพที่ 5,6,7)

การมีแนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ที่ชัดเจน สามารถนำไปผลักดันและประกาศเป็นนโยบายขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตของเครือข่ายได้ อธิบายได้ว่าเครือข่ายที่เกิดขึ้นนี้เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งเครือข่ายชนิดนี้มักเกิดจากการที่ผู้คนมีความคิดที่คล้ายคลึงกันหรือประสบกับสภาพปัญหาเดียวกันมารวมตัวกัน (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2544, เสรี พงศ์พิศ, 2548) โดยเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานในโรงพยาบาล อสม. และญาติผู้ดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลเหล่านี้มารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ไปจนถึงร่วมกันระดมสมอง เพื่อแสวงหาทางเลือกใหม่ในการดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาที่ดีกว่า (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2544, เสรี พงศ์พิศ, 2548)

2.2.2 การคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย

(1) การค้นหาคัดกรองด้วย แบบคัดกรอง SU-9 ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ผ่านกระบวนการวิจัยพัฒนามีค่าความไวและความจำเพาะค่อนข้างสูง บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน หรือประชาชนทั่วไปสามารถนำไปใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จากการนำมาใช้พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง SU-9 ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเพราะใช้เวลาน้อยและมีความชัดเจนในการคัดกรองและอสม.มีความมั่นใจในการประเมินมากขึ้น หากการคัดกรอง SU-9 ได้ผล Positive จะมีขั้นตอนการส่งปรึกษาและส่งต่อตามแนวทางที่จัดทำขึ้น ดังเช่นที่ผู้เข้ารับการอบรมการใช้ SU-9 กล่าวว่า “ใช้แบบคัดกรอง SU-9 แล้วทำงานง่ายขึ้น สะดวกรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น” สมาชิก อสม. ของอำเภอบ้านไผ่ได้นำแบบคัดกรอง SU-9 ไปใช้ในการคัดกรองคนทั่วไปที่พบกับเหตุการณ์สูญเสีย เช่นน้ำท่วม งานถวายพระเพลิงพระบรมศพในหลวงรัชกาลที่ 9 กลุ่มผู้ที่พบปัญหาชีวิตเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้แอลกอฮอล์ และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ผู้ป่วยจิตเวช

(2) การใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยในแนวทางปฏิบัติได้ใช้ค่าคะแนนระดับความเสี่ยงที่ได้จากแบบประเมิน 8Q ในการวางแผนการดูแลรักษา จากการทดลองใช้แบบประเมิน 8 Q พบว่ามีผู้มีความเสี่ยงในระดับต่ำ (1-8 คะแนน) จำนวน 11 ราย เสี่ยงในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) จำนวน 3 ราย และความเสี่ยงในระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 8 ราย

ในการใช้แบบคัดกรองยังมีอุปสรรค เช่นในหอผู้ป่วยใน ที่มีภาระงานมากทำให้บุคลากรมองว่าการทำแบบประเมินเป็นการเพิ่มภาระงาน จึงทำให้มีการใช้ SU-9 และ 8Q น้อย เช่นเดียวกับที่พบในข้อมูลการตรวจราชการของสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (2561) ที่พบอุปสรรคของการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช คือพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนต้องปฏิบัติงานการรักษายาบาลผู้ป่วยทั่วไป และงานในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถทุ่มเทให้กับด้านจิตเวชได้อย่างเต็มที่

2.2.3 การพัฒนาและประเมินผลการดำเนินการ พบว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีการค้นหาคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้น หากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะมีการส่งปรึกษาแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีการช่วยเหลือแบบประคับประคองทางจิตสังคม ให้คำแนะนำผู้ดูแลเฝ้าระวังและมีการส่งต่อข้อมูลแก่ รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนในกรณีผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแพทย์จะพิจารณารับไว้รักษาที่ตึกอายุรกรรมโดยจัดเตียงผู้ป่วยไว้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station) ตามข้อเสนอแนะว่า “ไม่มีสถานที่ที่เอื้ออำนวยความสะดวก กรณีจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลจะให้อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและดูแลใกล้ชิด” “ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเน้นการทำงานแบบประยุกต์ตามบริบท ” ในกรณีฉุกเฉิน วิกฤตเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย จะทำการช่วยเหลือเบื้องต้นและประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายจะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายจะส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการติดตาม เนื่องจากผู้ป่วยที่มานอกเวลาไม่ได้เข้าระบบการบันทึกและส่งต่อพยาบาลจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน รพ.สต. ไม่ยอมเข้ามาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต.และโรงพยาบาลบ้านไผ่ยังต้องพัฒนาในกรณีที่ผู้ป่วยที่ขาดคนรอบข้างดูแล เห็นความสำคัญพามาติดตามการรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลเกษตรวิสัย พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิต คือผู้รับผิดชอบงานมีหน้าที่หลายบทบาท การบริการไม่เพียงพอกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (อดุลย์ ราชณรงค์, อาภรณ์ ถนัดคำ, ราตรี ศรีหนา, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของระพีพร สุภาพัญญกุล (2552) ที่พบว่าอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนคือการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนไม่สามารถกระทำได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ และหน่วยงานในชุมชน ยังไม่สามารถให้การดูแลที่ต่อเนื่องได้อย่างสมบูรณ์

2.2.4 การเผยแพร่และการติดตามประเมินผล

จากการทำ Focus group บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีข้อเสนอแนะว่าการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลบ้านไผ่มาสู่การปฏิบัตินั้น ควรมีการอบรม ทบทวนเรียนรู้ซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญและทักษะเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้ และอยากให้ทีมผู้เชี่ยวชาญที่ประกอบไปด้วยจิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวชลงไปให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแก่บุคลากรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น

แนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วยส่วนสำคัญ

3 ขบวนการคือ 1. การค้นหาและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Identification) 2. การประเมินระดับความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือหรือการซักประวัติทางจิตวิทยา (Assessment) 3. การวางแผนการรักษา (Plan of Management) ที่ประกอบด้วย การบำบัดรักษา การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช และการติดตามผู้ป่วยนั้น จัดทำขึ้นภายใต้หลักแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขสากล ตามแนวทางข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ

Beautrais และคณะ (Beautrais et al., 2007) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศนิวซีแลนด์มีดังนี้ 1) การฝึกฝนแพทย์ฝึกหัด (Medical practitioner) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า 2) การจำกัดวิธีการฆ่าตัวตาย ลดการเข้าถึงอาวุธปืน สารเคมี ยาฆ่าแมลง 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ให้สามารถส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงได้ 4) การติดตามหลังจำหน่าย การบูรณาการการดูแลแบบเครือข่ายในการช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการต่อเนื่อง 5) การบำบัดด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะ Cognitive Interpersonal therapy และ Problem solving therapy ที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการฆ่าตัวตาย

7) การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 8) การคัดกรองและรักษาโรคซึมเศร้าและการค้นหา คัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9) การจัดตั้งศูนย์วิกฤต และศูนย์ให้คำปรึกษา

ผลการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2561 หลังจากได้เริ่มใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการ และได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องตามแนวทางปฏิบัติฯ 100% ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหมดพบผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย 21 คน พบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 5 คน และในขณะเดียวกันมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 คน โดยทั้ง 3 คนที่เสียชีวิตนั้นไม่ได้ เข้าสู่การดูแลตามแนวทางปฏิบัติฯ เพราะเป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่นอกเขต อ.บ้านไผ่ แต่กลับมาฆ่าตัวตายที่ อ.บ้านไผ่

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

- 1 ความมุ่งหมายของการวิจัย
- 2 สรุปผล
- 3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- 4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

- 1.1 เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เขตบริการสุขภาพที่ 7
- 1.2 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
- 1.3 เพื่อศึกษาระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research เพื่อเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และมีความต้องการในการพัฒนาระบบช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านไผ่ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน / แกนนำชุมชน จำนวน 93 คนในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน 2560 เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ใช้ค่าเป็นร้อยละ และคำบรรยาย

จากการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยสรุปผลตามความมุ่งหมายดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1.การศึกษาปัญหาและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในอำเภอบ้านไผ่ พบว่าปี พ.ศ. 2556 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 1.43 ในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 3.08 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 14.9 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 2 คน และในปี พ.ศ. 2559 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 3.32 ต่อแสนประชากร ซึ่งเครือข่ายอำเภอบ้านไผ่รับรู้ปัญหาและมีความต้องการที่จะพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1) ด้านนโยบายและการสื่อสาร พบว่ามีระบบการเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีการสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบรับทราบร่วมกัน แต่ในส่วนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ทั้งในโรงพยาบาลบ้านไผ่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ทราบนโยบายที่ชัดเจน 2) แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ มีแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นผังกระบวนการ (Flow Chart) แต่ยังไม่ชัดเจน 3) เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าการคัดกรองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้เครื่องมือ 2Q ซักถาม หากผลเป็นบวกจะส่งต่อคลินิกเพื่อให้พยาบาลจิตเวชประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และตามด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ซึ่งเครื่องมือ 2Q นั้นไม่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้การค้นหาคัดกรองไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร 4) การดูแลช่วยเหลือและระบบการส่งต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัว

ตาย พบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ยังคงเน้นไปที่ภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ไม่มีการซักถามคัดกรองประเด็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่น ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตายโดยตรง บุคลากรยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการค้นหา คัดกรอง ประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาระยะที่ 2. การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 ได้จัดทำแนวทางในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชุดใหม่ขึ้นซึ่งประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 3 ขบวนการคือ 1. การค้นหาและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Identification) 2. การประเมินระดับความเสี่ยงโดยการใช้เครื่องมือหรือโดยการซักประวัติทางจิตวิทยา (Assessment) 3. การวางแผนการรักษา (Plan of Management) ที่ประกอบด้วย การบำบัดรักษา การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช และการติดตามผู้ป่วยทำให้เกิดการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่แผนก ชุมชน แผนกผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยใน โดยมีเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU -9) ในกลุ่มเสี่ยง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยง (+ve) จะประเมินด้วย แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ตามมา เพื่อดูระดับของความรุนแรงและวางแผนการดูแลรักษาตามระดับความเสี่ยงระดับ mild (1 - 8 คะแนน) พิจารณารับไว้รักษา แต่ถ้าปฏิเสธการอยู่รักษาใช้แนวทางติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง) ระดับ moderate (9 - 16 คะแนน) จำเป็นต้องรับไว้รักษา ให้การรักษาตามอาการ ประสานคลินิกจิตเวช ประเมินซ้ำ หากโรคร่วม ให้การบำบัดทางจิตสังคม (โดยพยาบาลหรือนักจิตวิทยา) จัดหาสถานที่ที่ปลอดภัย ให้การช่วยเหลือรักษาและให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลเฝ้าระวังอย่างระดับ Severe (≥ 16 คะแนน) ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยอาการดีไม่ซับซ้อนส่งต่อ PCU/รพ.สต.ที่รับผิดชอบดูแลต่อเนื่องและประเมินซ้ำ ผู้ป่วยอาการซับซ้อน หลังจำหน่าย นัด F/U 2 สัปดาห์ ประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำและให้คำปรึกษาส่งต่อ PCU/รพ.สต.ที่รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง กรณีอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.2 แนวทางในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับ รพ.สต. ถึง โรงพยาบาลบ้านไผ่ เมื่อเจ้าหน้าที่รพ.สต.พบผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU -9) หากพบว่ามีความเสี่ยง (+ve) เจ้าหน้าที่จะประเมินระดับความรุนแรงด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) จากนั้นส่งต่อไปยังคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านไผ่

การศึกษาระยะที่ 3. การนำระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้

3.1 ได้แผนผัง/กระบวนการในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 เกิดการมีส่วนร่วม จากการร่วมคิด ร่วมทำ ส่งผลให้ระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อเนื่องยั่งยืน

3.3 เกิดระบบฐานข้อมูลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ มีระบบการส่งต่อข้อมูลและเฝ้าระวังในทุกระดับ

5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แสดงถึงขั้นตอนและแนวคิดในการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่ระดับอำเภอ

2) สามารถนำข้อมูลเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของระบบบริการด้านการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การตระหนักและรับรู้ที่มีต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ มาวางแผนพัฒนาระบบบริการได้

3) งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การสร้างความตระหนักและองค์ความรู้ ที่ถูกต้องต่อทุกภาคส่วน การอบรมความรู้วิชาการแก่บุคลากร สามารถนำไปสร้างระบบดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพได้

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการขยายผลโดยนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่ที่ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอที่มีบริบทของพื้นที่แตกต่างกับอำเภอบ้านไผ่โดยที่ยังไม่มีระบบการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือระบบการดูแลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้บริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คอมฟอร์ม ขอนแก่น; 2546.
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานระบดวิทยาสุขภาพจิต.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี; 2556.
- กาญจนา แก้วเทพ. เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สภาคาทอเล็กแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา; 2538.
- กิตติพร ปัญญาภิญโญผล. การวิจัยปฏิบัติการ : แนวทางสำหรับครู: บริษัท นันทไฟฟ้พันธ์พริ้นติ้ง จำกัด; 2549.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา; 2543
- กุลประภัสสร โกละกะ. คู่มือการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร: กรมการพัฒนาชุมชน;2550.
- ไกรสิทธิ์ นฤชัตพิชัย. การฆ่าตัวตาย ความสูญเสียที่ป้องกัน: โรงพยาบาลมหารมย์: กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. ปกิดกะ การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.2552; 17(1): 52.
- เชิษฐวิญ ภูษณงค์, วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ, คัคณางค์ โตสงวน,กัลยา ตีระวัฒนานนท์, ทรงยศ พิลาสันต์ และคณะ.การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด; 2554.
- ณัฐกร จำปาทอง. mHGap Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2554.
- ทวี ตั้งเสรี. การศึกษาพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพมหานคร; 2547.
- ธณินทร์ กองสุขและคณะ.ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย:การศึกษาาระดับชาติ ปี 2551. เอกสารระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทย.อุบลราชธานี: รพ.พระศรีมหาโพธิ์; 2551.
- เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดชดวงทิพย์ศิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. การสำรวจระบดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วชิร หัตถพนม, ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย, ไพลิน ปรัชญคุปต์, การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ี่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนนวนาวิทยา; 2555.
- ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล. สัญญาณอันตรายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: คู่มือการสอบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตาย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2548.

- ประเวช คันติพัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. มาต้วตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2541.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์. ปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาล รามาธิบดี กรุงเทพมหานคร; 2553.
- พนม เกตุมาน. จิตเวชศาสตร์ชุมชน ในเด็กและวัยรุ่น. [Available from: http://www.psyclin.co.th/new_page_79.htm].
- พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, บรรณาธิการ. การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
- ฟาริดา อิบราฮิม. นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- มานิช หล่อตระกูล. การช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2547. [Available from: <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=836>].
- มานิช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2553.
- ระพีพร สุภาปัญญากุล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
- เรจินดรา ตัญยง. ประเด็นหลัก 3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดแพร่. [Available from: <https://www.pro.moph.go.th/evaluation/images/2.3.4.pdf>]
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2554: สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป. 2554.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. 2558. Available from: <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=138778.0>.
- วงศ์พรรณ มลารัตน์, อรทัย เจริญดำรง, ชัญญา ลอมศรี, ศรัณญา พรหมเสนา, สุรินทร์ อิวปา, กันต์กร กาใจ. รายงานการศึกษา ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จังหวัดเชียงราย. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10. กรมสุขภาพจิต; 2557.
- วิรัตน์ ปานศิลาและคณะ. เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี : Technology Of Participation [Available from: <https://www.slideshare.net/animatekyo2010/technology-of-participationtop>].
- ศุภรัตน์ เอกอัครวิน. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547; 12(1): 40 -49.
- สมภพ เรืองตระกูล. การรักษาผู้ป่วยฆ่าตัวตาย คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2524.
- สมเกียรติ ชำนาญรักษ์. การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16(5): 747-58.

- ลีรานีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธิรังษี, ณอมศรี อินทนนท์. ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558; 35(1): 101-117.
- เสรี พงศ์พิศ. เครือข่าย: ยุทธวิธีเพื่อประชาคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์; 2548.
- สุชาติ พหลภาคย์. ขั้นตอนการตอบสนองต่อการสูญเสีย: ความรู้สึกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม 2) รูปแบบและขบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทในพื้นที่ต่างๆ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2542.
- สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
- สุรีย์ บุญเฉย. รู้ได้อย่างไรว่าบุคคลใกล้ตัวเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. 1667 สายด่วนสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2545.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร; 2560.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ[อินเทอร์เน็ต]. 2559.
Available from https://www.msociety.go.th/article_attach/18956/20527.pdf
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขาวท, และคณะ. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2554.
- อดุลย์ ราชณูวงศ์, อาภรณ์ ถนัดคำ, ราตรี ศรีหนา. การพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลเกษตรวิสัย. ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. [Available from: <http://203.157.184.6/Newaumpher/fileupload/13154psychiatry.pdf>].
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, จริยา พิชัยคำ และคณะ. ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปีการศึกษา พ.ศ. 2547. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2548.
- อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโด. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่าย ผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล. 2556; 40(1): 67-83.
- เอี่ยมพร ทองกระจाय. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง: แนวคิดนโยบายและยุทธวิธีเพื่อการ พัฒนาสาธารณสุข ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์นโยบาย สาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล.

- Arsenault – Lapierre G, Kim C, Turecki G, Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta - analysis. *BMC Psychiatry*. 2004; 4(37): 1-11.
- Abera M, Tesfaye M, Belachew T, Hanlon C. Perceived challenges and opportunities arising from integration of mental health into primary care: a cross-sectional survey of primary health care workers in south-west Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2014;14:113.
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *NZMJ*. 2007;120(1251):13.
- Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: Psychosometric Properties of self-report version. *J Clin Psychiatry*, 1988; 44(4): 499–505.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002; 7: 6-8.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 1925–32.
- Boyd AM. *Psychiatric nursing: contemporary practice*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Carr W, Kemmis S. *BECOMING CRITICAL: EDUCATION, KNOWLEDGE AND ACTION RESEARCH*. London: Falmer; 1986.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). WISQARS: Web-based injury statistics query and reporting system.[Internet].2014 [Cited 2017 Sep 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
- Corey, SM. *Action Research To Improve School Practices*. New York: Bureau of Publications; 1953.
- Costa LdaS, Alenca AP, Neto PJ, dos Santos Mdo S, da Silva CG, Pinheiro Sde F, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review.*J Affect Disord*, 2015; 170: 237 – 54.
- Crosby AE, Ortega L, Melanson C. *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta,GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*. 2001; 47(2–3):127–34. [PubMed: 11278129].
- Dick B, Sringer E, Huxham C. Theory in action research. *Action Research*. 2009; 7(1): 5-12.
- Fedyszyn IE, Robinson J, Matyas T, Harris MG, Paxton SJ. Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. *Psychiatry Res*. 2010; 175:98–103.

- Fontaine KL, Fletcher JS. Mental health nursing. Sydney: Addison Wesley; 1999.
- Frisch CN, Frisch EL. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Albany: Delma Thomson Learning; 2002.
- Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S, Suicide prevention Intervention and follow up services: a literature review. *Jokull Journal*. 2014; 64(5), :173 – 83.
- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998; 172: 35-7.
- Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1990.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, And comorbidity of 12- month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62(6):617 – 27.
- Malakouti SK, Nojomi M, Poshtmashadi M, Shooshtari MH, et al. Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29: 1-13.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064–74.
- Manjeet SB, Rashmita S. Role of primary care in the management of schizophrenia. *Indian J Med Res*. 2017; 146: 5-7.
- McClure EA, Sonne SC, Winhusen T, Carroll KM, Ghitza UE, McRae-Clark AL, Gray KM. Achieving cannabis cessation — Evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT): Design and implementation of a multi-site, randomized controlled study in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. *Contemporary Clinical Trials*. 2014; 39(2):211–223. [PubMed: 25179587].
- McClure, JR., Criqui, MH., Macera, CA., Ji, M., Neivergelt, CM. & Zisook, S. Prevalence of suicidal ideation and other suicide warning signs in veterans attending an urgent care psychiatric clinic. *Compr Psychiatry*. 2015; 60: 149-55.
- McLaughlin C. Suicidal behavior. *British Journal of Nursing*. 1993; 2(22): 1103 – 05.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A., et al. Cross-National prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(2):98-105.
- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity survey replication, *Mol Psychiatry*, 2010; 15: 868- 76.

- Oquendo MA, Currier D, Liu SM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased Risk for Suicidal Behavior in comorbid Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 2010;71(7): 902–9.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry*, 2005; 62(3): 247 – 53.
- Rockville, MD. Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 49. U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment; 2009.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry (10th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Shives, RL. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams& Wilkins; 2005.
- Shneidman E. Suicide as psychach: a clinical approach to self- destructive behavior. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1993.
- Silverman MM. The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(5):519-32.
- Stevens M, Bond L, Pryce C, Roberts H, Platt S. Prevention of suicide and suicidal behavior in adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*. 2008.
- Stuart WG, Lararia LM. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2005.
- Sun FK, Long A, Boore J, Tsao LI. Nursing people who are suicidal on psychiatric wards in Taiwan: action/interaction strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005; 12: 275–82.
- Szumilas, M., & Kutcher, S. Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 2011; 102(1), 18–29.
- Taylor LC, Stewart R, Ogden J, Broadbent J, Pasupathy D, Howard LM. The characteristics and health needs of pregnant women with schizophrenia compared with bipolar disorder and affective psychoses. *BMC Psychiatry* 2015; 15(88): 1-10.
- Varcarolis EM. Foundations of mental health nursing clinical approach. 4th ed. Philadelphia: W.B. Sounder Co; 2002.
- Velfre MM. Foundations of mental health care. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2005.
- World Health Organization. Suicide prevention (SUPE) .[Internet]. 2013[Cited 2017 Oct 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide

World Health Organization (Switzerland). Preventing Suicide: A global imperative. Geneva, 2014 [Cited 2017 Oct 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=B5BADE1067020688F1543437E0F91EED?sequence=1

World Health Organization. Suicide Data. [Internet]. 2016[Cited 2017 Sep 15]. [Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/].

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
2. แบบสอบถามสำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน
3. แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย (SU-9)
4. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ
ชุดการสอนสำหรับการอบรม

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สำหรับอบรม แพทย์ พยาบาล
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สำหรับอบรม อสม. ตัวแทนชุมชน
3. องค์ความรู้เรื่อง Coping skill and Problem solving skill สำหรับ แพทย์ พยาบาล

แบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ชื่อ..... สกุล.....
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. เพศ

☐ 1. ชาย	☐ 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
4. อายุ

☐ 1. 21-30 ปี	☐ 2. 31-40 ปี
☐ 3. 41-50 ปี	☐ 4. 51-60 ปี
☐ 5. 60 ปีขึ้นไป	
5. ศาสนา

☐ 1. พุทธ	☐ 2. คริสต์
☐ 3. อิสลาม	☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
6. การศึกษา (บุคลากรสาธารณสุข)

☐ 1. อนุปริญญา	☐ 2. ปริญญาตรี
☐ 3. ปริญญาโท	☐ 4. เฉพาะทาง ระบุ.....
7. ตำแหน่ง (เฉพาะบุคลากรสาธารณสุข)

☐ 1. แพทย์	☐ 2. พยาบาล
☐ 3. อื่นๆ	

แบบสอบถามสำหรับ อสม. และแกนนำชุมชน

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ชื่อ..... สกุล.....

2. ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

3. เพศ

☐ 1. ชาย☐ 2. หญิง

4. อายุ

☐ 1. 21-30 ปี☐ 2. 31-40 ปี☐ 3. 41-50 ปี☐ 4. 51-60 ปี☐ 5. 60 ปีขึ้นไป

5. ศาสนา

☐ 1. พุทธ☐ 2. คริสต์☐ 3. อิสลาม☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน☐ 3. คู่แยกกันอยู่☐ 4. หย่าร้าง☐ 5. หม้าย

7. การศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ☐ 2. ประถมศึกษา☐ 3. มัธยมศึกษา☐ 4. ปวช. ปวส. อนุปริญญา☐ 5.ปริญญาตรี☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

8. อาชีพ

☐ 1. ว่างงาน☐ 2. รับจ้าง☐ 3. เกษตรกรรม☐ 4. ค้าขาย☐ 5. รับราชการ☐ 6. รัฐวิสาหกิจ☐ 7. นักเรียน นักศึกษา☐ 8. อื่นๆ ระบุ

แบบคัดกรองและประเมินการฆ่าตัวตาย

ขอแนะนำ ให้ผู้ป่วยประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ
แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย (SU-9)

ลำดับที่	รายการ	มี	ไม่มี
1.	ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านดื่มสุรานั้นเพื่อลดความทุกข์ใจ		
2.	ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (คนรัก สุขภาพ ทรัพย์สินเงินทอง ชื่อเสียง หน้าที่การงาน การเรียน ฯลฯ)		
3.	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทุกข์ทรมานกับโรคภัยแรงหรือโรคเรื้อรัง		
4.	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเป็นทุกข์อย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป		
5.	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการวางแผนถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่ามีให้ระบุวิธีการ.....)		
6.	ท่านได้เขียนจดหมายสั่งลา หรือบอกให้คนใกล้ชิดทราบถึงความคิดฆ่าตัวตาย		
7.	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		
8.	ขณะนี้ท่านกำลังคิดฆ่าตัวตาย		
9.	ท่านคิดจะลงมือฆ่าตัวตายโดยไม่บอกให้ใครทราบ		
รวม			

ถ้าพบ “มี” เพียง 1 ข้อ ถือเป็นกลุ่ม เสี่ยง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ ที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้	ไม่ใช่	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่า "คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย" ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกใหม่ว่าจะจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	6
		ได้	ไม่ได้
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน			
รวม			

☐ 0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า☐ 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย☐ 9-16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง☐ ≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

หมายเหตุ มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ
(สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านไผ่/รพ.สต.)

ชื่อโครงการ การพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่นาร่อง,
โรงพยาบาลบ้านไผ่,เขตสุขภาพที่ 7

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ).....
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย (ชื่อ).....ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจ
ดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น และบอกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุป
ผลการวิจัยหรือการเปิดเผยต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ หรือรู้สึกอึดอัดในการร่วมประชุมกลุ่ม หรือการสัมภาษณ์
รายบุคคล ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องตอบคำถามใด ๆ ที่ไม่อยากจะตอบ และสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที และ
ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63538 คุณจิตภินันท์ บาสชอตติ

โดยบุคลากรที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือนายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ
ความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

องค์ความรู้ด้านการฆ่าตัวตายกับการช่วยเหลือ สำหรับอบรม แพทย์ พยาบาล



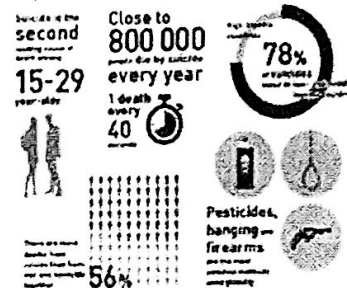
"Suicide is in itself not a disease, nor necessarily the manifestation of a disease, but mental disorders are a major factor associated with suicide"

Terminology

- ☛ Suicide : การฆ่าตัวตาย
 - ☛ การกระทำของบุคคลที่เจตนาฆ่าตนเอง
- ☛ Suicide Ideation : ความคิดฆ่าตัวตาย
 - ☛ ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ผ่านหรือไม่
- ☛ Self Injurious Behavior / Intention Self Harm : การทำร้ายตัวเอง
 - ☛ การทำอันตรายต่อร่างกายโดยไม่เจตนาฆ่าตัวตาย
- ☛ Suicide Attempt : การพยายามฆ่าตัวตาย
 - ☛ การกระทำที่ตนเองได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยเจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ
- ☛ Non-suicidal Self-injury (NSSI) : การทำร้ายตัวเองโดยไม่เจตนาฆ่าตัวตาย
 - ☛ การทำร้ายตัวเองโดยไม่เจตนาฆ่าตัวตาย

World Suicide Situation

Suicide: facts and figures



Etiology

☛ Sociological Factors

☛ Durkheim's theory

1. การฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก (Altruistic Suicide)

บุคคลมีความผูกพันกับกลุ่มที่เข้มงวดและมีความเชื่อที่เคร่งครัดเกี่ยวกับหน้าที่ของตน (Notion) ของกลุ่มและมีความเชื่อที่เคร่งครัดเกี่ยวกับหน้าที่ของตน โดยที่บุคคลนั้นจะยอมเสียสละชีวิตของตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น

2. การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (Egoistic Suicide)

บุคคลขาดความผูกพันกับกลุ่ม ไม่มีความผูกพันกับผู้อื่นและไม่มีความผูกพันกับตนเอง บุคคลนี้มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมายและไม่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตายโดยที่ไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน

3. การฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน (Anomic Suicide)

เมื่อบรรทัดฐานของสังคมเปลี่ยนแปลงไป บุคคลจะประสบกับความสับสนและขาดความมั่นคงทางจิตใจ บุคคลนี้จะขาดความรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและไม่มีความสำคัญ ทำให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตายโดยที่ไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน

☛ Psychology Theory

☛ Freud's theory

เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างความรู้สึกเกลียดชัง (Antipathy) ต่อ Love and Hate to object

ความรู้สึกเกลียดชังจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก เช่น ความขัดแย้งกับผู้อื่น ความขัดแย้งกับตนเอง ความขัดแย้งกับสังคม ความขัดแย้งกับศาสนา ความขัดแย้งกับวัฒนธรรม ความขัดแย้งกับค่านิยม ความขัดแย้งกับหน้าที่ ความขัดแย้งกับความรัก ความขัดแย้งกับชีวิต ความขัดแย้งกับอนาคต ความขัดแย้งกับทุกสิ่งทุกอย่าง

☛ Self psychology

การฆ่าตัวตายเกิดจากความไม่มั่นคงของจิตใจ (Narcissistic) ที่คนมีความเห็นแก่ตัวสูงเกินไป ไม่สามารถเข้าใจผู้อื่น ไม่สามารถเข้าใจตนเอง ไม่สามารถเข้าใจชีวิต ไม่สามารถเข้าใจอนาคต ไม่สามารถเข้าใจทุกสิ่งทุกอย่าง

๖ Karl Menninger

มองว่าความโกรธเป็นพลังประกอบสำคัญของการฆ่าตัวตายที่ผลักดันกับทำ
าเป็นการต้องการกำจัดสิ่งกีดขวางที่รบกวนตนเอง Murder to the 100 degree
และอธิบายถึงแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายว่าเป็นผลรวมของ การฆ่าใจ (The wish
to die) ความกลัวใจที่กลัวจะตาย (The wish to live) และ ภัยที่คุกคาม
ความสูญเสีย คือ การถูกทำลาย (The wish to die threat)

๖ Cognitive Theory

Beck มองว่า ความรู้สึกสิ้นหวัง (helplessness) เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย
เมื่อความรู้สึกสิ้นหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บุคคลนั้นอาจเลือกในการฆ่าตัวตายเป็นการออกผล
การตามแก้ปัญหาของตนเองที่ไม่ได้ผล

๖ Biological Theory

- ๖ พยาการลดลงของระดับสารสื่อประสาทชนิด serotonin ในคนฆ่า
- ๖ พยาการลดลงของระดับ 5-HIAA ใน Brainstem และ Frontal cortex

๖ Genetic Theory

- ๖ พยาความผิดปกติของ Serotonergic Abnormality Gene ในคนฆ่าตัวตาย
- ๖ พยาความผิดปกติของ ยีนแม่เหล็กในการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญ

8

Strategy in Suicide Prevention

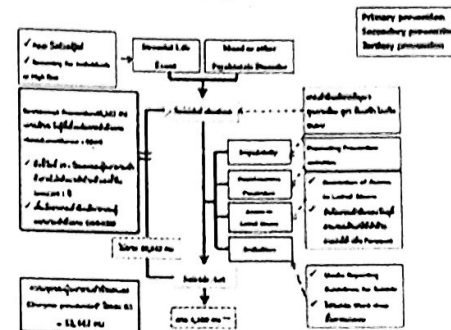
๖ The Primary/Secondary/Tertiary prevention model

- ๖ Primary: Reducing risk factors & strengthening the protective factors.
 - ๖ Intervention: suicide awareness, Skill training, Restriction to lethal
- ๖ Secondary: Early detection and treatment
 - ๖ Intervention: screening techniques, Gate keeper training
- ๖ Tertiary: Rehabilitation to reduce relapse rate and deterioration.
 - ๖ Intervention: continuity of care

๖ The Universal/Selective/Indicated prevention model

- ๖ Universal: Everyone
- ๖ Selective: Target group with increased risk of suicide
- ๖ Indicated: Persons with significant risk of suicide

Strategy for Suicide Prevention in Thailand



ขบวนการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ

๖ ด้านสังคม (Social and Community Intervention)

- ๖ การสร้างความตระหนักแก่ภาคประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ
- ๖ การจำกัดการเข้าถึงวัตถุอันตราย
- ๖ การควบคุมการนำเสนอข่าวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
- ๖ การเพิ่มจำนวนและประสิทธิภาพ อาสาสมัครเฝ้าระวัง (Gate Keeper)
- ๖ การฝึกอบรมความรู้บุคลากรสาธารณสุข
- ๖ การทำงานชุมชนในชุมชน เฝ้าระวังและช่วยเหลือ

๖ ด้านบุคคล (Individual Intervention)

- ๖ การเพิ่มการใช้บริการปรึกษาทางจิตเวชโดยเฉพาะ ไลน์และเว็บไซต์
- ๖ การพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจและการจัดการปัญหา Coping skill, Problem skill, Enhancing Self-esteem

แนวคิดสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแล
เฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในพื้นที่รับผิดชอบ

BQ-Questionnaire

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบสอบถาม BQ (Beck Depression Inventory) ซึ่งเป็นการวัดระดับความเศร้าโศกและความคิดถึงชีวิต

Item	Yes	No
1. I am sad most of the time		
2. I feel like crying		
3. I have lost interest in my usual activities		
4. I feel tired all the time		
5. I feel like I am a failure		
6. I feel like I am a burden to others		
7. I feel like I am worthless		
8. I feel like I am a disappointment to others		
9. I feel like I am a failure in my life		
10. I feel like I am a burden to others		
11. I feel like I am worthless		
12. I feel like I am a disappointment to others		
13. I feel like I am a failure in my life		
14. I feel like I am a burden to others		
15. I feel like I am worthless		
16. I feel like I am a disappointment to others		
17. I feel like I am a failure in my life		
18. I feel like I am a burden to others		
19. I feel like I am worthless		
20. I feel like I am a disappointment to others		

Psychiatric Assessment (Interview Assessment)

1. Current presentation of suicidality

- Suicidal or Self-harming thoughts, Plans, Behaviors, and Intent
- Specific methods considered for suicide
- Evidence of Hopelessness, Impulsiveness, Anhedonia, Panic attacks, or Anxiety
- Reasons for living and Plans for the future
- Alcohol or other substance use associated with the current presentation
- Thoughts, plans, or intentions of violence toward others

2. Psychiatric illnesses

3. History (Suicide behaviors, Family)

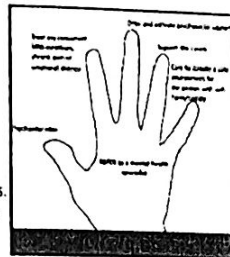
4. Psychosocial situation

5. Individual strengths and vulnerabilities

Plan of Action

The KEY of Management

1. Ensure the person does not have access to means.
2. Support the carers.
3. Activate Psychosocial support
4. Focus on protective factors
5. Psychoeducation
6. Important to treat any underlying MNS* condition, chronic pain and emotional distress.
7. As self-harm/suicide is always serious, refer the person to a mental health specialist when available and consult them regarding next steps.



*MNS: Mental, Neurological, Substance use
Adapted from IHA mhgap

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น แผนฉุกเฉินผู้ป่วยนอก

- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองด้วยการดูแลที่ใกล้ชิด เคารพและรักษาสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเช่นเดียวกับคนทุกคน
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวถ้ายังไม่มีความพร้อมที่ปลอดภัยจนสามารถที่จะทำเรื่องต่อได้
- ระหว่างที่รอ ควรจัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลได้พักผ่อนหลับนอน ถ้าเป็นไปได้ควรอยู่ในห้องแยกต่างหากที่มีเสียงเบา ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยที่มีความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลรักษาที่ชัดเจน
- ในกรณีที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ ควรจัดทีมดูแลรักษา เพื่อประเมินผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยที่มีความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ระมัดระวังการกระทำ คำพูด คำเตือน ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในทางตรงกัน
- ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่าเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลาในกรณีที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วย

Adapted from IHA mhgap

- การประเมินทางจิตวิทยาควรสังเกตแบบผิวเผินระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงงานประเด็นที่มีความเป็นส่วนตัวสูง
- ควรพูดคุย ให้คำแนะนำเพื่อปรับประจักษ์ใจและอารมณ์ของญาติหรือผู้ได้รับผลกระทบ
- โดยทั่วไป ไม่แนะนำให้รับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหากทำไม่ได้มีแผนจิตเวชกรณีเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองหรือมีความเสี่ยงต่อตนเอง แต่สำหรับในกรณีที่มีความจำเป็นสูงจริงๆ (เช่น ญาติไม่สนใจหรือขาดการดูแล) หรือกรณีที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น ญาติไม่สนใจหรือขาดการดูแล) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองซ้ำ โดยอาจอาศัยญาติผู้ป่วยในการช่วยดูแลผู้ป่วยได้

Adapted from IHA mhgap

- การผูกมัด (Restraint) ปกติแล้วผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลหรือมีความเสี่ยงต่อตนเองหรือผู้อื่นควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม การผูกมัดควรใช้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น และควรใช้ด้วยความระมัดระวัง การผูกมัดควรใช้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น และควรใช้ด้วยความระมัดระวัง การผูกมัดควรใช้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น และควรใช้ด้วยความระมัดระวัง

Adapted from IHA mhgap

องค์ความรู้ด้านการฆ่าตัวตายกับการช่วยเหลือ สำหรับอบรม อสม. และ ญาติ

องค์ความรู้การฆ่าตัวตาย

โดย นพ. ศักรินทร์ แก้วมณี
รองผู้อำนวยการเครือข่ายสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
Page 1

ความหมาย

การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง ผู้กระทำการคิดสิ่งที่จะจบชีวิตตนเองจริงและกระทำสำเร็จ

การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่คิดแต่ไม่เกิดขึ้นจนครบสองเงื่อนไขโดยไม่จบชีวิต บุคคลนั้นๆ ได้คิดสิ่งหรือหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนเข้ามาเห็น หรือเปลี่ยน mind ของ suicide attempt จึงอาจหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้

การฆ่าตัวตายมีความสำคัญในแง่เศรษฐกิจจากต้นทุนค่าเสียโอกาสหรือการเสียชีวิต การรบกวนแก่การบริการสาธารณสุข และผลกระทบต่อทางจิตใจที่มีต่อญาติหรือผู้ใกล้ชิด ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีค่าใช้จ่ายต่อคน สูงสุด 37,700 บาท ซึ่งเป็นอันดับ 4 รองค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ (จุฑาธิ มรรตยธรรมา ๒๕๕๖, ๖๕๔๑)

- ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคิดเป็น 3-12 เท่าของประชากรทั่วไป (จุฑาธิ มรรตยธรรมา ๖๕๔๑)

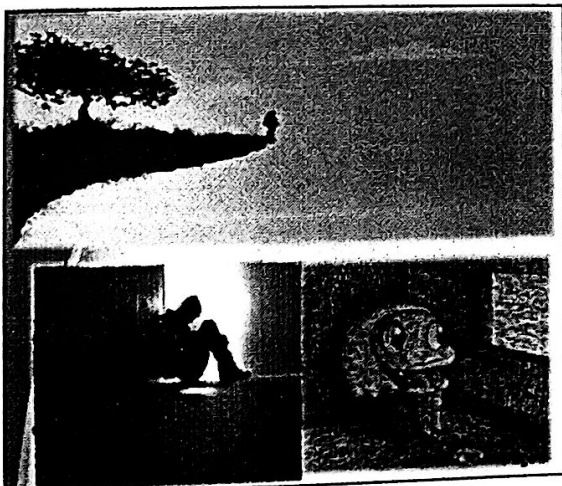
Page 3

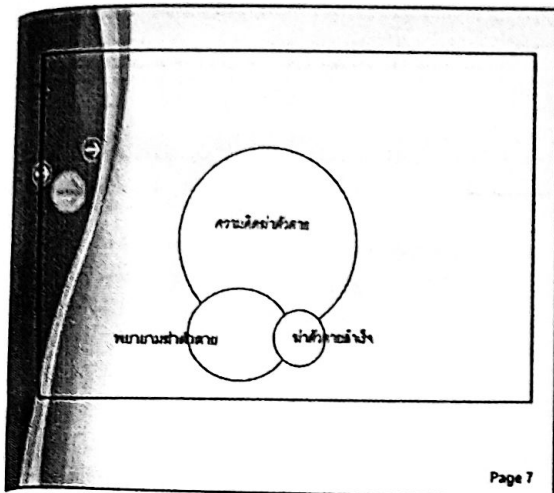
สาเหตุ

การตัดสินใจฆ่าตัวตายของคนคนหนึ่งเป็นผลมาจากหลายสาเหตุ รวมทั้งมีได้เกิดขึ้นจากสาเหตุเดียวหรือไม่โดยเฉพะและสาเหตุที่พบมากที่สุดล้วนมีผลมาจาก

- ชาติเชื้อในตนเอง : พันธุกรรม โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคที่บิดเบือนการรับรู้
- จิตวิทยาและสังคมวิทยา : ทุพพิกาล ก้าวร้าว บุคลิกภาพผิดปกติ ผิดหวัง แต่ปัญหาพื้นฐานในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน หนี้สิน ปัญหาครอบครัว ผิดหวัง

Page 4





ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ
2. มีความตั้งใจจะฆ่าตัวตายชัดเจน
 - 2.1 ทำในสถานที่หรือในเวลาที่เหมาะสมหรือพบเห็นหรือช่วยเหลือ
 - 2.2 เตรียมการหรือเก็บปืนหรือวัตถุอันตราย หรือตุล็ดหรือความตาย หรือบ่อนทำลายไม่มากเป็นกระโหลก วัตถุอันตรายไว้
 - 2.3 เตรียมการหรือฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยานยนต์ไว้ หรืออุปกรณ์เพื่อลอบสังหารกับกรรมชนฆ่าตัวตาย
 - 2.4 มีวิธีการที่รุนแรงที่จะฆ่าตัวตาย

ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน
4. เป็นโรคทางกาย โรคเรื้อรัง โรคทางกายระยะสุดท้าย และโรคที่ไม่ได้ให้ความเจ็บปวดทรมาน
5. โรคทางจิตเวช
 - โรคซึมเศร้า (major depressive disorder)
 - โรคจิต (Psychosis)
 - ผู้ติดสุรา (Alcoholism)
 - บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)

Page 9

ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6. มีความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังต้องพึ่งยา รักษาเป็นประจำ และนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลานาน
7. ประสบปัญหาชีวิต เช่น สัมผัสหลาย สูญเสียคนรัก กระทั่งเป็นโรคเรื้อรัง พิจารณาจากอุบัติเหตุ

Page 10

แนวโน้มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประวัติพยายาม ฆ่าตัวตายมาก่อน และการกระทำครั้ง 2 มีประวัติฆ่าตัวตายใน 90 วันหลังจากการพบแพทย์และอาจมี พบว่า ผู้ป่วยบางรายหรือบางรายที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีงานทำ

สภาพทางจิตเวช ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้า ร่องรอยเป็นผู้ป่วยป่วย พยายาม ลอบสังหารผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย แต่ไม่พบหรือพบแล้วมีความเสี่ยงสูงในครอบครัว คนที่อยู่คนเดียวโดยไม่ถูกดูแล

Page 11

แนวโน้มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

อัตราฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท 3 : 1 อายุ การฆ่าตัวตายพบในคนหนุ่มสาวประมาณ 20-49 ปี

ประวัติครอบครัว ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัวหรือฆ่าตัวตาย จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่พบประวัติการฆ่าตัวตาย

การลดลงของยาฆ่าตัวตาย หรือใช้ยาไม่ครบถ้วนหรือไม่กินยา หรือกินยาไม่ถูกต้อง โดยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ อาจเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย

Page 12

แนวโน้มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยต่อไปมีโลกเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง คือ
เพิ่งได้รับการผ่าตัดใหญ่ มีความเจ็บปวดรบกวนจากโรค
หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคทางกาย



Page 13

สัญญาณเตือนอันตรายของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตาย
สำเร็จ

เขียน ขุดหลุมการตาย หรือพูดในสิ่งน่ากลัวเหมือนแต่ก่อน เช่น เบื่อชีวิต หรืออยากตาย ไม่อยาก
มีชีวิตอยู่

มีแผนการฆ่าตัวตาย มีการแจกจ่ายสิ่งที่เป็นของรักของหวง ขุดหลุมฝังศพ หรือหาอาวุธที่ตน
ต้องการเพื่อฆ่าตัวตาย

Page 14

สัญญาณเตือนอันตรายของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มีอาการซึมเศร้า ลงๆ ที่ควรระวังเป็นพิเศษคือ อาการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ เช่น จาก
เศร้า หรือหงุดหงิดมานาน กลับเป็นอารมณ์ดี จะมองข้ามผิดปกติ

อาการอื่นเช่น อดนอน อดกินอาหาร สูญเสียความสนใจในกิจกรรม

มีอาการโรคจิต เช่น หลงผิด หรือเชื่อผิดๆเกี่ยวกับความตาย มีประสาทหลอน เช่น มีภาพ
หลอน หรือผู้ตาย เบื่อหน่ายไม่ฆ่าตัวตาย หรือจะฆ่าตัวตาย

Page 15

การบำบัดรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Page 16

การบำบัดรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การบำบัดรักษา

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยไฟฟ้า

การบำบัดรักษา
ทางจิตสังคม

Page 17

สวัสดีครับ....

Page 18

COPING SKILL & PROBLEM SOLVING SKILL

นพ. ศักรินทร์ แก้วเก๋า

Coping Skill

- ▣ Coping skills or Coping Strategies ทักษะการรับมือปัญหา
- ▣ The conscious effort to reduce stress.
- ▣ Capacity to cope is the capacity to respond to, and to recover from stressful events
- ▣ Coping skills develop from infancy and are learnt by watching others and trial and error. The effectiveness of coping strategies in reducing distress is dependent on the strategies used and the self-belief that one can cope
- ▣ To 'Cope' implies much less control over a situation than to 'manage'

Core Concept

Problem-focused vs. Emotion-focused coping by Folkman and Lazarus

- ▣ Problem-focused strategies try to deal with the cause of their problem. They do this by finding out information on the problem and learning new skills to manage the problem. Problem-focused coping is aimed at changing or eliminating the source of the stress. The three problem-focused coping strategies are: *taking control, information seeking, and evaluating the pros and cons.*
- ▣ Emotion-focused strategies involve: * Releasing pent-up emotions, distracting oneself, managing hostile feelings, meditating, and using systematic relaxation techniques. Emotion-focused coping "is oriented toward managing the emotions that accompany the perception of stress". The five emotion-focused coping strategies are: *Disclaiming, Escape-Avoidance, Accepting responsibility or blame, Exercising self-control, and Positive reappraisal.* Emotion-focused coping is a mechanism to alleviate distress by minimizing, reducing, or preventing, the emotional components of a stressor.

- ▣ Coping strategies include:
 - ✓ Conflict resolution
 - ✓ Anger management
 - ✓ Stress and anxiety management
 - ✓ Financial planning
 - ✓ Self-care
 - ✓ Communication
 - ✓ Mindfulness (e.g., being present or living in the moment)
 - ✓ Career guidance
 - ✓ Assertiveness
 - ✓ Relationship building
 - ✓ Relaxation

Problem Solving Skill

- ▣ It is always helpful to think that you can solve your problems.
- ▣ First, make a list of all the problems you are dealing with in your life.
- ▣ Second, make a list of all the solutions you can think of to those problems. You can ask someone you trust to help you with this. Dealing with 1 or 2 small problems can help to put an end to immediate feelings of suicide.
- ▣ Once you are thinking more clearly, you can tackle other bigger problems.