



รายงานการวิจัย เรื่อง

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย

Development of innovation for suicide problem
solving during pandemic COVID-19 of Thailand

นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง
ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย
กรมสุขภาพจิต

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

จัดพิมพ์ปี พ.ศ.2566

รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย

ผู้วิจัย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง

จัดทำโดย สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2566

สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ISBN (e-book) 978-974-296-982-0

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จากบุคคลหลายท่านจากหลากหลายหน่วยงาน ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณที่ปรึกษางานวิจัยที่ให้ความเมตตากรุณา ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จนกระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัดน่าน ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บงานวิจัย รวมถึงผู้บริหารภาครัฐ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับบริการ ผู้เปราะบาง คนตกงาน และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ทั้งนี้ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2564 และขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ จนสามารถดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามความตั้งใจ

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก โดยประเทศไทยได้คาดการณ์ว่า ผลกระทบนี้จะส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.99 หรืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คน ต่อแสนประชากร (มรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน พ.ศ. 2562 – 2563) โดยผลกระทบส่วนใหญ่คือ ด้านสังคมเศรษฐกิจ จากมาตรการปิดสถานประกอบการ ตลาด ร้านค้า และการท่องเที่ยว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุม 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 โครงการย่อย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ โครงการที่ 1 และ 2 ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โครงการที่ 3 ใช้การวิจัยนโยบายสู่การปฏิบัติ โครงการที่ 4 ใช้การวิจัยและการพัฒนา ส่วนโครงการที่ 5 ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี วิเคราะห์สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้ง 5 โครงการ มีทั้งหมด 7,257 คน จากโครงการที่ 1 - 5 จำนวน 1427, 1617, 2037, 1426 และ 750 คนตามลำดับ แบ่งเป็น 9 กลุ่ม คือ ประชาชนทั่วไป 2,113 คน (ร้อยละ 29.12), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 164 คน (ร้อยละ 2.26) ผู้บริหาร 115 คน (ร้อยละ 1.58), บุคลากรสาธารณสุข 2,528 คน (ร้อยละ 34.84), กลุ่มเปราะบาง 849 คน (ร้อยละ 11.70), กลุ่มคนตกงาน 380 คน (ร้อยละ 5.24), ญาติผู้ดูแล 752 คน (ร้อยละ 10.36), ผู้นำชุมชน 319 คน (ร้อยละ 4.40), และบุคลากรสังกัดอื่นๆ 37 คน (ร้อยละ 0.51) ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการระบาดโควิด-19 จากการขาดรายได้มากที่สุดแต่ได้รับการช่วยเหลือด้านรายได้จากการให้กู้ดอกเบี้ยต่ำกว่าปกติและพักชำระหนี้จากธนาคารมากที่สุด อสม. เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงในชุมชนผ่านเพื่อนบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 64)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าประชาชนขาดความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและการตระหนักถึงสัญญาณเตือน มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมประชาชนทั่วไปว่าการฆ่าตัวตายจะไม่มีสัญญาณเตือน คนฆ่าตัวตายเป็นคนอ่อนแอ การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนตัวแต่ละบุคคล เป็นต้น การมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีน้อย โครงการที่ 1 ได้กระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และกระตุ้นให้ผู้บริหารจัดการตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดเพื่อผลักดันนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่ผ่านกลไก พชอ. ส่วนกลุ่มตกงานยังขาดความรู้ด้านสิทธิประโยชน์ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข

ช่องว่างของระบบการดูแลกลุ่มเปราะบาง คือขาดการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข ขาดการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในชุมชนและเครือข่าย ศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้มีปัญหา การฆ่าตัวตายไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุม จุดแข็งเหตุไม่ชัดเจน และไม่ทันต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินในผู้ที่ กำลังจะฆ่าตัวตาย กระบวนการสอบสวนโรคกรณีที่ฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่ชัดเจน โครงการที่ 2 ได้ดำเนินการปิด ช่องว่างต่าง ๆ จนเกิดรูปแบบการดูแลที่ถ่ายทอดไปยังพื้นที่และหลักสูตรเพิ่มพูนศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการสอบสวนโรค โครงการที่ 3 ได้ขยายโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนด้วยตนเอง ผ่าน 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การเผยแพร่นโยบายและ สร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง 2) การสร้างผู้นำ 3) การฝึกอบรมและการให้คำปรึกษา 4) การกำกับติดตาม และประเมินผล 5) การประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ผลดำเนินการมีบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมนี้ 3,950 คน ครอบคลุมพื้นที่ 380 อำเภอ ใน 25 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 95.27 และชุมชนที่นำโปรแกรมไปใช้ มีความยืดหยุ่นในการรับมือกับสถานการณ์โควิดเพิ่มขึ้น ประชาชนมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง เมื่อเทียบกับชุมชนที่ไม่ได้รับโปรแกรมนี้ อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติจากแบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง 506s เป็นการบันทึกข้อมูลรายงานผ่านระบบออนไลน์ ข้อมูลยังขาดการเชื่อมต่อในระดับพื้นที่ ทำให้ระบบ ข้อมูลการฆ่าตัวตายของพื้นที่ไม่เป็นปัจจุบัน โครงการที่ 4 จึงได้พัฒนาเครื่องมือทางคอมพิวเตอร์ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลในรูปแบบ Mobile Application ชื่อ SRA ขึ้น เพื่อให้การบันทึกข้อมูลแต่ละระดับสถานบริการสามารถ ส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชในเขตสุขภาพได้ นอกจากนี้ Mobile Application “SRA” จะมีการประมวลผลข้อมูลสำหรับการติดตามเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดูแลช่วยเหลือ จนปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ อีกทั้งได้มีการพัฒนาให้แต่ละหน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบ การสอบสวนสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย ยืนยันสาเหตุ ช่วยยกระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลระดับประเทศ

ส่วนการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบว่าการกำหนดนโยบายการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย ยังไม่เน้นหรือไม่จำเพาะต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นภาพรวม ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย จากการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิดปลายปี 2562 มีอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จึงมีการปรับแผนยุทธศาสตร์ชาติที่กำหนดนโยบายป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นรูปธรรม ชัดเจนขึ้น และดำเนินการในปี 2564 - 2565 ซึ่งจากการติดตามประเมินผล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขได้รับการ พัฒนาศักยภาพในเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข เพิ่มขึ้นในการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงและส่งต่อ การจัดการบริการด้านสุขภาพจิตเป็นสัดส่วน (มีพื้นที่เฉพาะ กำหนด บทบาทหน้าที่ของบุคลากร) ชัดเจนเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาบุคลากรนอกระบบสาธารณสุข (จิตอาสา) ช่วยในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้บริหารระดับจังหวัดยังมีบทบาทในการผลักดันและดำเนินงาน ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่น้อย อัตราการฆ่าตัวตายของบุคลากรสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับ ความ ต้องการของผู้รับบริการ ตั้งแต่ปี 2560 - 2565 และยังมีประชาชนบางส่วนที่ค้นหายาก และเข้าถึงระบบบริการ

นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากโครงการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการพัฒนาความร่วมมือการป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายระหว่างภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดภายใต้คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด 2) รูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายพร้อมหลักสูตร การฝึกอบรมทักษะเพื่อการบำบัด และแนวทางสอบสวนการฆ่าตัวตาย 3) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจ ในชุมชนพร้อมคู่มือดำเนินการ 4) โปรแกรมประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบนมือถือ (Suicidality and Risk Assessment: SRA mobile application) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

5. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่

5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับกรมสุขภาพจิต

1. ควรกำหนดแผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติผ่านกลไกความร่วมมือระดับกระทรวงต่าง ๆ ภายใต้ พรบ.สุขภาพจิต (คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ)
2. สร้างพัฒนา และสนับสนุนองค์ความรู้ (แนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร คู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ วิจัย) ในการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. ผลักดันให้มีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
4. ผลักดันให้มีการเพิ่มงบประมาณที่เพียงพอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย และสะท้อนข้อมูลให้กับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

สำหรับองค์กรเครือข่าย (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม)

1. ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหาในระดับพื้นที่ พร้อมสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
2. สนับสนุนให้หน่วยงานเกิดกิจกรรมคัดกรอง ช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสถานประกอบการ สถานศึกษา และชุมชน
3. ควบคุมและเฝ้าระวังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น ตึกสูง สะพาน อาคาร / สถานที่รกร้าง ที่จอดรถ รวมถึงการเข้าถึงอาวุธและสารเคมีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

สำหรับสื่อมวลชน / social media influencers

1. ควบคุม กำกับ ด้านการนำเสนอข่าวที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการเลียนแบบและ ลดผลกระทบจากการรับข่าว รวมทั้งการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. ส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และรับแจ้งเหตุ กรณี มีผู้ส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
3. ผลิตสื่อที่สร้างสรรค์เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อผู้ฆ่าตัวตาย
4. ไม่ผลิต ไม่ส่งต่อ สื่อที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสังคม

สำหรับสถาบันการศึกษา

1. ส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย แก่นักเรียน นักศึกษา และแกนนำนักเรียนหรือนักศึกษาเพื่อช่วยสอดส่อง คัดกรอง ใส่ใจ และส่งต่อให้หน่วยบริการสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบการคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและการส่งต่อให้หน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับ ครู ผู้ปกครอง และจิตอาสา
3. พัฒนาศักยภาพครูแนะแนว ครูที่ปรึกษา ครูฝ่ายกิจการนักเรียน ในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร

1. ส่งเสริม สนับสนุน ความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และรับแจ้งเหตุ กรณีมีผู้ส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้น แก่ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานคร และระบบส่งต่อในโรงพยาบาลเครือข่ายของสังกัดกรุงเทพมหานคร
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการป้องกันการฆ่าตัวตายเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

สำหรับหน่วยบริการด้านสาธารณสุข

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านหน้าทั้งภายในและภายนอกกระบวนการสาธารณสุข ให้มีความรู้ในการคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย จากแหล่งรายงานที่ได้จากการสอบสวนโรครณี การฆ่าตัวตายและแหล่งข้อมูลที่มาจากการรายงานของจังหวัดและ อำเภอ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ การฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริง เป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ในการบริหารจัดการแก้ปัญหาในพื้นที่
3. ติดตามผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกผลการติดตามเป็นระยะตามแนวทางที่กำหนด
4. ศึกษาการนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิตตามผลการวิจัยของโครงการไปใช้ เพื่อดูประสิทธิผลของแนวทาง ฯ
5. ส่งเสริมสนับสนุนการนำ Mobile Application “SRA” ที่พัฒนาขึ้นจากโครงการนี้ไปใช้ในระบบบริการ

สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

1. มีการประชุมนำเสนอข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย หรือกรณีศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง เพื่อเรียนรู้และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม
2. สนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแก่ประชาชน รวมทั้งวัดชี้แจงในชุมชน
3. สนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ เพื่อให้เห็นกลุ่มเป้าหมาย และปัจจัยเสี่ยงของคนในพื้นที่ได้ชัดเจน รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนดำเนินการป้องกันในพื้นที่

สำหรับสถานศึกษา สถานประกอบการ

1. นำโปรแกรมวัดชี้แจงไปใช้ในสถานศึกษาและสถานประกอบการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในองค์กร และดูแลสุขภาพจิตของคนในองค์กรให้มีความพร้อมรับมือกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในอนาคต
2. มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแก่คนในองค์กร ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

สำหรับองค์กรศาสนา

1. บูรณาการการให้ความรอบรู้ด้านศาสนากับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้มีความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิต คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งให้คำปรึกษาที่เชื่อมโยงกับหลักศาสนา

สำหรับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

1. ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัดชี้แจงในชุมชนเป็นโปรแกรมพื้นฐานสำหรับทุก ๆ ชุมชน
2. สนับสนุนงบประมาณการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่

3. รับนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายและถ่ายทอดลงพื้นที่สู่การปฏิบัติโดยผ่านการรับรู้สถานการณ์การฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงของคนในพื้นที่จากข้อมูลสะท้อนกลับของระบบรายงานการฆ่าตัวตายของจังหวัด

สำหรับกระทรวงวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

1. ส่งเสริมและสนับสนุนทุนวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนทั่วไป

1. เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย
2. พัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ รวมถึงทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลใกล้ชิดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เรียนรู้การคัดกรองสุขภาพจิตด้วยตนเอง ผ่าน Mental Health check in และการติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งจากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ หรือเรียนรู้ด้วยตนเอง
3. รู้เท่าทันสื่อ วิเคราะห์ วิวิจารณ์ ไม่หลงเชื่อ ไม่คล้อยตาม ไม่เลียนแบบ และเลือกรับสื่อที่เชื่อถือได้
4. สอดส่อง มองหา ใส่ใจ รับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุข
5. ร่วมกันรณรงค์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

5.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำวิจัยด้านการติดตามและประเมินผลการใช้นวัตกรรมในระยะยาว
2. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบที่ประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ร่วมกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างนวัตกรรมกับบริบทของพื้นที่การศึกษา
3. ทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายกับต่างประเทศ ความแตกต่างระหว่างมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเพื่อพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในอนาคต เพื่อวางแผนจัดทำนวัตกรรมรองรับ

บทคัดย่อ

ปัญหา: การระบาดใหญ่ทั่วโลกของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่ระบาดในไทยเมื่อปี พ.ศ. 2562 ส่งผลต่อมาตรการกักกันโรคและปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เสียหายรุนแรง ประเมินการจะมีคนว่างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 หรือ 8 ล้านคน คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 0.99 หรืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คนต่อแสนประชากร จึงจำเป็นต้องพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนานวัตกรรมแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุม 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

วิธีการศึกษา: มี 5 โครงการย่อย โครงการที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง โครงการที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทั้งสองเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participation action research) โครงการที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 เป็นงานวิจัยและพัฒนา (research and development) โครงการที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะใช้วิธีวิจัยนโยบายสู่การปฏิบัติ โครงการที่ 5 การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 ใช้วิจัยแบบผสมวิธี โดยกรอบ CIPP model

ผลการศึกษา: จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 7,257 คน พบว่า ผู้บริหารตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายน้อย การดำเนินงานผ่านองค์กรเครือข่ายน้อย ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายน้อย ไม่เข้าถึงระบบบริการ ระบบบริการตั้งรับและไม่เชื่อมโยงกับเครือข่ายและชุมชน ขาดการคัดกรองฆ่าตัวตาย จุดแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการติดตามยังไม่ชัดเจน ระบบฐานข้อมูลรายงานมีหลายฐานข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกัน ขาดข้อมูลของกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดนวัตกรรมจากโครงการวิจัย ดังนี้ 1) แนวทางพัฒนาความร่วมมือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 2) รูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 3) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4) Mobile application SRA ใช้ประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ: การป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นยุทธศาสตร์ชาติอย่างต่อเนื่อง ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยมีระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายจังหวัด ชี้นำ กำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ สนับสนุนทรัพยากรดำเนินการ ประเมินประสิทธิผลแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย และขยายผล ส่งเสริมโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชน และการวิจัยให้มากขึ้น

คำสำคัญ: นวัตกรรม, ปัญหาการฆ่าตัวตาย, การระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทย

Abstract

Problems: The global pandemic of coronavirus disease 2019 spread to Thailand in 2019, resulting in the quarantine policy damaging the society and economy. It is estimated that there will be 1% increase of the unemployed (8 million people) losing their jobs. This correlated with a 0.99% increase in suicide rates, or a suicide rate of more than 8 people per 100,000 population. Therefore, it is necessary to develop innovations to solve the suicide problem during the COVID-19 outbreak in Thailand.

Objectives: To develop the innovation as a solution to prevent suicide in 25 provinces, all 4 parts of Thailand

Methods: There are 5 research programs with different methodologies. 1st: Development of multi-sectorial collaboration for universal and selective suicide prevention. 2nd: Development of model for vulnerable people with suicidal behavior, using Participation Action Researches (PAR). 4th: Development of application for screening and assessment suicidality include re-design suicide surveillance system during pandemic COVID-19, being research and development research. 3rd: Program of enhancing community mental health vaccine during the COVID-19 outbreak for suicide prevention, using implementation study design. 5th: Evaluation Research in National Suicide Prevention program between 2017 - 2020 and 2021 - 2011, using the mixed method model, CIPP framework.

Results: From 5,257 population in this study, the finding was low suicide awareness both in policy maker and public, few multisectoral collaboration, low suicide literacy in public and poor access to suicide care, suicide in health service was not integrated with community and network, low coverage of community suicide screening, on-scene suicide care and follow-up. Database and report need to be integrated. The innovation was (1) the multisectoral collaborative guideline between provincial level under the subcommittee for national mental health commission, under the mental health act 2007. (2) the care map for suicide care in vulnerable group with suicidality (3) community mental health vaccine program (4) mobile application SRA for screening suicide risk and management for health personal.

Recommendations: Suicide prevention policy should be a national strategy for long term action by strengthening collaboration across all sectors through the provincial committee under the National Mental Health Commission from the Mental Health Act to transmit suicide prevention policies to committees at each level. Integrating and reflecting suicide data from database system for the successful implementation.

Key words: Innovation, Suicide problem, Pandemic COVID-19, Thailand

สารบัญเรื่อง

เนื้อหา	หน้า
ก. ส่วนประกอบตอนต้น	
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ช
สารบัญเรื่อง	ฅ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในการวิจัย	ฏ
ภาพรวมแผนงานวิจัย	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	4
รายละเอียดความเชื่อมโยงระหว่างโครงการวิจัยย่อย	4
สรุปผลการวิจัย	6
อภิปรายและข้อเสนอแนะ	32
ประโยชน์ที่ได้รับ	36
หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	37
บรรณานุกรม	38
ข. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ของแต่ละโครงการย่อย	
โครงการย่อยที่ 1	40
โครงการย่อยที่ 2	71
โครงการย่อยที่ 3	88
โครงการย่อยที่ 4	103
โครงการย่อยที่ 5	114
ภาคผนวก	
สรุปผลงานวิจัยสำหรับประชาสัมพันธ์	124
สรุปผลงานวิจัย (5 บรรทัด)	126
สรุปงานวิจัยในรูปแบบ Infographic	127
แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	128
ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ	
ค. ส่วนประกอบตอนท้าย	139

สารบัญตาราง

เนื้อหา	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปลักษณะตัวอย่าง ผลการวิจัย/นวัตกรรม ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย	6
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2564 - 2565	13
ตารางที่ 3 โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพของประเทศไทยที่มีอัตรา การฆ่าตัวตายสูง	28
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษาใน 4 จังหวัดน่าน	44
ตารางที่ 5 ผลการศึกษาการวางแผนดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าทั้ง 4 จังหวัดน่าน	52
ตารางที่ 6 ผลการประเมินจากการนิเทศงานใน 4 จังหวัดน่าน	57
ตารางที่ 7 แสดงอัตราการทำตัวตายต่อแสนประชากรของ 4 จังหวัดน่าน 4 ภาคของประเทศไทย	65

สารบัญภาพ

เนื้อหา	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ผังความเชื่อมโยงระหว่างโครงการย่อยทั้ง 5 โครงการ	4
ภาพที่ 2 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีพ.ศ. 2561 - 2564 เปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรและฐานข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน	8
ภาพที่ 3 แสดงอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกตามเขตสุขภาพระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2565	9
ภาพที่ 4 แสดงจำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 4 จังหวัดนาร่องระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2565	10
ภาพที่ 5 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 21 จังหวัดที่ศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2565	10
ภาพที่ 6 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 52 จังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่ทำการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2565	11
ภาพที่ 7 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 52 จังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่ทำการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 -2565	12
ภาพที่ 8 แสดงวิธีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2564	12
ภาพที่ 9 รูปแบบคณะขับเคลื่อนที่เป็นองค์กรเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	16
ภาพที่ 10 แสดงแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	18
ภาพที่ 11 Flowchart แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในแต่ละระดับของสถานพยาบาล	19
ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	20
ภาพที่ 13 ก้าวต่อไปสำหรับการพัฒนางานด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการแพร่ระบาดของของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย	35
ภาพที่ 14 รูปแบบการดำเนินงานในจังหวัดนาร่อง แผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด	51
ภาพที่ 15 เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564-2565 ของ 4 จังหวัดนาร่อง 4 ภาคของประเทศไทย	65
ภาพที่ 16 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย	79
ภาพที่ 17 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	80
ภาพที่ 18 Core Intervention Package: E-Learning	80
ภาพที่ 19 คู่มือการใช้ประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	81
ภาพที่ 20 รูปแบบการวิจัยแบบ Multiphase Research Design (Mixed-methods)	93
ภาพที่ 21 แสดงหลักการสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน	94

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในการวิจัย

1. การระบาดฯ หมายถึง การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 หรือการระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. แผนการฟื้นฟูจิตใจ หมายถึง แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมสุขภาพจิต
3. แอปพลิเคชัน mental health check in หมายถึง แอปพลิเคชันที่ใช้คัดกรองภาวะเครียด เหนื่อยล้าหมดไฟ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ด้วยตัวเอง
4. อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. วัคซีนใจหรือภูมิคุ้มกันทางใจ หมายถึง 4 ความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องการในยามวิกฤติ นั่นคือ ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และความเข้าใจ ให้โอกาส
6. วัคซีนใจในชุมชน หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมใดใดในชุมชนที่ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและร่วมกันฝ่าฟันวิกฤติในครั้งนี้ไปได้ โดยการดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วมดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างตัวย่อเพื่ออธิบายแนวทางขึ้น โดยใช้ “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้โอกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ “4 สร้าง 2 ใช้”
7. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย <https://suicide.dmh.go.th/> เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น ภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีภารกิจรวบรวมข้อมูลรายงานการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของคนไทยจากแหล่งข้อมูลที่มี จากนั้น วิเคราะห์ ประมวลผล สังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แจ้งเตือนไปยังพื้นที่ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
8. รง 506s หมายถึง แบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ และไม่สำเร็จ โดยจะมีการจัดเก็บข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสาเหตุการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกายและจิตเวช การใช้สารเสพติด สุรา ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาเศรษฐกิจ และผลกระทบจากการแพร่ระบาดโควิด 19
9. หลักการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยงเข้าระบบการดูแล)
10. ฐานข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จร่วม 3 ฐาน ได้แก่ 1.ข้อมูล มรณบัตร (มบ.) 2.ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีเสียชีวิต (รง 506s) 3.ข้อมูลรายงานการรับรองการตาย ทร.4/1
11. ทร.4/1 คือ แบบฟอร์มรับรองการตายในสถานพยาบาล “หนังสือรับรองการตาย” หรือเรียกย่อ ๆ ว่า ทร.4/1 แบบฟอร์ม ทร. 4/1 ตอนที่ 1 นี้ ใช้สำหรับแพทย์กรอกเมื่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
12. การสอบสวนการฆ่าตัวตาย คือ การใช้กระบวนการสอบสวนโรค ในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย

13. 4 เสาเราไม่ทิ้งกัน คือนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล) ที่ถูกจัดให้เป็นปัญหาเร่งด่วนและสำคัญของจังหวัด โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและเกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยเครื่องมือ “4 เสา” ประกอบด้วย เสาที่ 1: ระบบข้อมูล เสาที่ 2: ระบบดักจับ เสาที่ 3: ระบบป้องกันและบำบัด เสาที่ 4: ระบบบริหารจัดการเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นให้เกิดการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีความสุข คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในจังหวัด มีการติดตามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ในปัจจุบันมีการขยายต้นแบบนำไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ของภาคเหนือตอนบน
14. แบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) คือแบบประเมินที่ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ที่มีความไวแม่นยำตรงและความจำเพาะสูงต่อการใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ใช้สำหรับการคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ใช้โดยอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ขึ้นไป โดยมีผลบวกคือ มีคะแนนมากกว่า 1 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า
 - แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ใช้สำหรับประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า รวมทั้งใช้สำหรับติดตามและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ใช้โดยพยาบาลหรือแพทย์ที่ รพ.สต. PCU ขึ้นไป โดยแบ่งระดับเป็น ปกติ (คะแนน 0 - น้อยกว่า 7) ระดับน้อย (คะแนน 7 - 12) ระดับปานกลาง (คะแนน 13 - 18) และระดับมาก (คะแนน 19 ขึ้นไป) เพื่อบอกระดับความรุนแรงของโรคและการให้ความช่วยเหลือ
- โดยทั่วไป เมื่อพบว่าแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนระดับมากกว่า 7 จะถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ที่เรียกว่า 8Q ต่อไป

ภาพรวมแผนงานวิจัย

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหา

องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าในปี 2020 จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเฉลี่ย 10.6 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2018) ในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2011 และ 2017 คือ 12.0 และ 14.4 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นว่า มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (World mental health atlas, 2011) (world mental health atlas, 2017) โดยประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จัดอยู่ในลำดับที่ 32 เทียบกับประเทศอื่นในโลก สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ที่ใช้ฐานข้อมูลจากใบมรณบัตรนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2562 จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.03, 6.32, 6.64 ตามลำดับ (แหล่งข้อมูล : ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย) เมื่อจำแนกเป็นรายเดือน พบว่าตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตาย จากปัญหาการปรับตัวของคนไทยต่อปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาโรคจิตเวช และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สุราและสารเสพติด และเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เป็นต้น

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ยกระดับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็น “ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)” ผลจากมาตรการกักกันโรคและการ lockdown กระทบต่อเกือบทุกระบบของประเทศ โดยเฉพาะระบบสังคมและเศรษฐกิจมีการชะลอตัวเสียหายอย่างรุนแรงมีการเปรียบเทียบว่าคล้ายกับวิกฤติเศรษฐกิจใหญ่ในช่วง พ.ศ. 2551-2552 (OECD economics department, 2020) มีการเปรียบเทียบว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบจากปัญหาของเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการตกงาน (Chang et al, 2009) ซึ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ของสหรัฐอเมริกา พบว่าผลกระทบการระบาดของ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตลาดแรงงานจะหดตัวลงร้อยละ 1 จากภาวะเศรษฐกิจถดถอย และการว่างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 สอดคล้องกับข้อมูลประมาณการทางเศรษฐกิจในประเทศไทยจะมีคนตกงาน 8 ล้านคน (ข่าวจากผู้จัดการธนาการโลก พ.ศ.2563) ในช่วงการระบาดโควิด-19 และคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ร้อยละ 0.99 (95% CI: 0.60-1.38, $p < 0.0001$) (จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563) โดยจะมีรูปแบบคล้ายคลึงกับวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง ในปี พ.ศ. 2541 - 2542 ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย และคาดว่าจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คนต่อแสนประชากร และจำนวนการฆ่าตัวตายยังคงตัวในช่วง 1 ปีหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการเฝ้าระวังและให้การดูแลสุขภาพจิตในทุกกระดับ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ศาสตราจารย์ Paul Yip Siu-fai ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตาย (Center for Suicide Research and Prevention) มหาวิทยาลัยฮ่องกง กล่าวว่าโรคระบาดโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อคนฆ่าตัวตายสูง ซึ่งหนึ่งในนั้นคือกลุ่มเสี่ยงที่เป็นคนทำงานที่ต้องทำงานหรือว่างงานเพราะประสบปัญหาหนี้ด้านการเงิน รวมถึงคนสูงอายุที่ต้องถูกให้อยู่ในพื้นที่จำกัด แม้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะลดลงหรือมาตรการ ล็อกดาวน์ ถูกยกเลิกแล้ว ผลกระทบต่อสุขภาพจิตอาจไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงสั้นๆ แต่ดำรงอยู่ไปอีกระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจยาวนานมากกว่า 3-6 เดือน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต อาจมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความเครียดที่กำลังประสบปัญหาอยู่ ครอบคลุมไปถึงผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอาจกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ อีกการศึกษาจากสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์ของความคิดฆ่าตัวตายมีสูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าการระบาด คิดเป็นร้อยละ 10.7 เทียบกับ 4.3 (CDC, 2019) ส่วนการศึกษาจากประเทศอังกฤษ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของความคิดทำร้ายตนเองและการเกิด physical abuse ในเพศหญิงวัยรุ่น และกลุ่มที่มีปัญหาถูกเลิกจ้าง กลุ่มผู้พิการ ผู้มีโรคประจำตัวทางกายและผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในกลุ่มนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 14.5 ที่มาพบกับบุคลากรด้านสุขภาพจิต แต่ส่วนใหญ่จะใช้บริการปรึกษากับญาติหรือเพื่อนมากกว่าการใช้บริการจากบุคลากรสาธารณสุข

ในช่วงที่มีการระบาดฯ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยดำเนินงานดังนี้ 1) บูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย 2) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Surveillance) ในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดฯ โดยใช้แอปพลิเคชัน mental health check in คัดกรองภาวะเครียด เหนื่อยล้า หดเหี่ยว ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกสำรวจเยี่ยมบ้านใช้แอปพลิเคชันดังกล่าว ตลอดจนมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์/ ออนไลน์ 3) การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการระบาดฯ ดังกล่าวข้างต้น รวมถึง ผู้ติดสุรา/สารเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต 4) การฟื้นฟูจิตใจผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยมุ่งเน้นการใช้ "วัคซีนใจ"ระดับบุคคล ให้ประชาชนมีศักยภาพเต็มเปี่ยมด้วยพลัง มีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) "วัคซีนใจ"ระดับครอบครัว มุ่งเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ในระดับครอบครัว เพิ่มศักยภาพของครอบครัว ส่วนระดับชุมชน องค์กร มุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันในระดับชุมชน/องค์กร เพื่อให้คนในชุมชน/องค์กรร่วมมือร่วมใจกันรับมือและก้าวผ่านวิกฤตการแพร่ระบาดไปด้วยกันอย่างเข้มแข็ง ด้วยการทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน ในชุมชนด้วยการสร้าง "วัคซีนใจในชุมชน" เพื่อลดผลกระทบ ทางจิตใจจากการแพร่ระบาด

สำหรับการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีการดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ.2544 เป็นต้นมา โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หมายหมายให้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตั้งศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยดำเนินงานดังนี้ 1) สร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนารายงาน รง 506s เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัญหาสุขภาพกายและ จิตเวช การใช้สารเสพติด สุรา ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาเศรษฐกิจ และไม่มียานพาหนะ 3) พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีศักยภาพในการดูแลผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตายและสามารถลงข้อมูลในรายงาน รง 506s จนในปี พ.ศ.2547 ขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ และเริ่มจัดเก็บระบบรายงานการพยายามทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จ 4) พัฒนาระบบบริการและองค์ความรู้เทคโนโลยี รวมถึงเครื่องมือและทำแผนผังแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นแบบ Stepped Care มีระบบส่งต่อสถานบริการปฐมภูมิและเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน

กำหนดการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ผลการดำเนินการดังกล่าวช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลง แต่ในปี พ.ศ. 2550 เกิดวิกฤตการณ์เศรษฐกิจใหม่ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ก้าวสู่ความเป็นเลิศด้านป้องกันการฆ่าตัวตายนั่นขยายผลการช่วยเหลือนี้ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง มีการอบรมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. สถานศึกษา จนถึงปี พ.ศ. 2556 เป็นยุคแห่งนวัตกรรมและดิจิทัล ได้มีการออกแบบเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้ใช้ผ่านอุปกรณ์มือถือได้ง่าย และผ่านเว็บไซต์ www.suicidethai.com จากการรายงานปี พ.ศ. 2562 - 2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่าระบบนี้น่าจะมีช่องว่างในระบบการดูแล รักษา ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง กระบวนการรักษาในระยะเฉียบพลันระยะต่อเนื่อง การติดตามหลังจำหน่าย ตลอดจนการดูแลครอบครัว ที่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จซึ่งมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยด้วยความร่วมมือของกรมสุขภาพจิต ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จึงอยากศึกษาและพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นระดับชาติ ปี พ.ศ. 2564 - 2565 ในพื้นที่ 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปี โดยเริ่มดำเนินการใน 4 จังหวัดนำร่องซึ่งกระจายอยู่ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย แล้วขยายผลไป 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ด้วยเกณฑ์การคัดเลือก 4 จังหวัดนำร่อง (จังหวัดลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช) ดังนี้ 1) เป็นพื้นที่จังหวัดที่มีข้อมูลลงชี้ถึงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน แต่ยังคงมีอัตรา การฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2562) และหรือ ปี พ.ศ. 2562 มีอัตรา การฆ่าตัวตายเป็นมากกว่า 8 ต่อประชากรแสนคน 2) บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี หลังจากดำเนินการใน 4 จังหวัดนำร่อง แล้วนำไปขยายผลต่อไป 21 จังหวัด โดยใช้โมเดลเดียวกันกับ 4 จังหวัดนำร่อง เพื่อควบคุมแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในระดับจังหวัดลดลงร้อยละ 10 จาก ปี 2563 หรือต่ำกว่า 8 ต่อแสนประชากร กล่าวอีกนัยคือ สามารถช่วยชีวิตคนจากการฆ่าตัวตายเป็นได้ประมาณ 100 คน จาก 25 จังหวัดที่มีอัตรา การฆ่าตัวตายสูง คณะผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย โดยเริ่มดำเนินงานจากสิ่งที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบันด้วยการวิเคราะห์หาช่องว่างของการดำเนินการปรับปรุงจนได้รูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายระดับจังหวัด ในการวางแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขยายการเสริมสร้างวัคซีนใจลงในชุมชน พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่บุคลากรสามารถใช้ติดตามผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นระดับชาติ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ครอบคลุม เชื่อมโยง ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้ประชาชน และลดความสูญเสีย ของประเทศจากปัญหาการฆ่าตัวตาย

2. วัตถุประสงค์ของแผนงานวิจัย

เพื่อพัฒนานวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

3. รายละเอียดความเชื่อมโยงระหว่างโครงการวิจัยย่อย (อาจมีแผนภูมิประกอบ)

ภายใต้แผนงานวิจัย การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย ประกอบด้วย โครงการย่อย 5 โครงการ ดังนี้

โครงการวิจัยย่อยที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

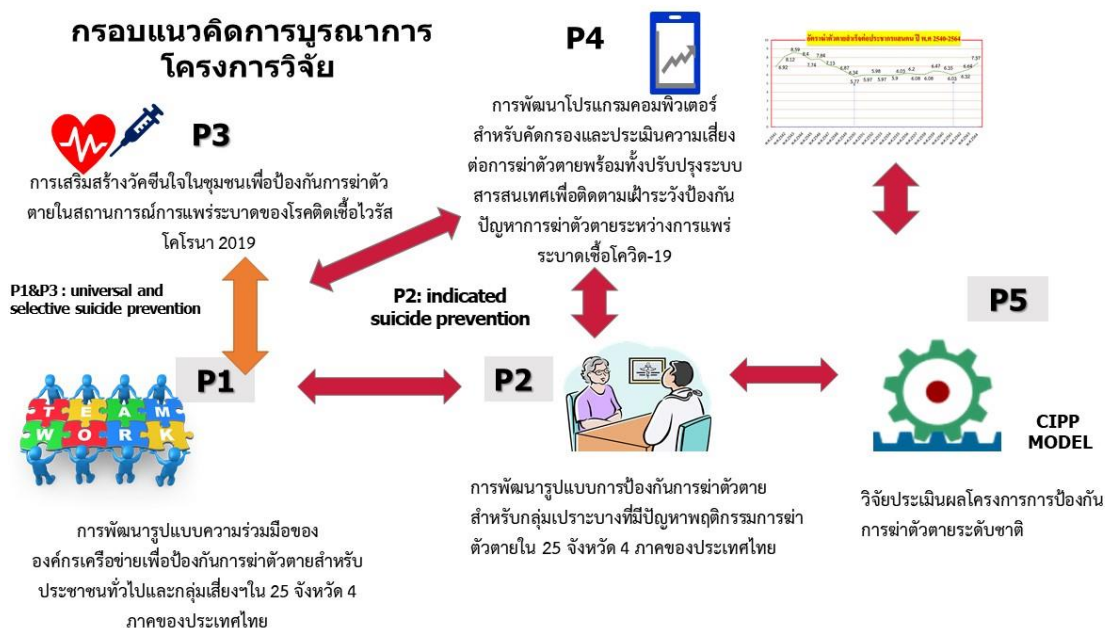
โครงการวิจัยย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

โครงการวิจัยย่อยที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โครงการวิจัยย่อยที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

โครงการวิจัยย่อยที่ 5 การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

โครงการวิจัยย่อย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน ดังนี้ โครงการวิจัยที่ 1 และ 2 ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) โครงการวิจัยที่ 3 ใช้การวิจัยเพื่อ นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) โดยใช้กรอบแนวคิดของ RE-AIM Framework โครงการวิจัยที่ 4 ใช้รูปแบบการวิจัยและการพัฒนา (Research & Development) ส่วนโครงการวิจัยที่ 5 ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบลู่เข้า (Convergent Design) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน โดยใช้ CIPP model โดยมีกรอบแนวคิด ผังความเชื่อมโยงระหว่างโครงการย่อยทั้ง 5 โครงการ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ผังความเชื่อมโยงระหว่างโครงการย่อยทั้ง 5 โครงการ

หมายเหตุ อักษร P ตามด้วยตัวเลข จะหมายถึงโครงการย่อยและลำดับของโครงการตามลำดับ

จากภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ผังความเชื่อมโยงระหว่าง 5 โครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนการวิจัย การพัฒนานวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทยที่มี การทำงานเชื่อมโยงกัน ดังเช่น โครงการวิจัยที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ที่เป็น กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานระดับจังหวัด เนื่องจากคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอาจต้องเผชิญปัญหาจากหลาย ปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาก็ไม่สามารถทำได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องดำเนินการ ควบคู่กันไปในรูปแบบเครือข่ายในระดับพื้นที่ ร่วมกับโครงการวิจัยที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนฯ ที่เน้น การพัฒนาศักยภาพและทักษะต่าง ๆ ของประชาชนให้มีความยืดหยุ่น มีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ในระดับบุคคล ส่วนระดับชุมชนใช้วัคซีนใจในชุมชน จากหลักการ “4 สร้าง 2 ใช้” 4 สร้าง (สร้างความปลอดภัย สร้างความสงบ สร้างความหวัง สร้างความเข้าใจและให้โอกาส) 2 ใช้ (ใช้ศักยภาพชุมชน และใช้สายสัมพันธ์ ในชุมชน) ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

โครงการวิจัยที่ 1 และ 3 เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบครอบคลุม (universal suicide prevention) เน้นการป้องกันในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัส โควิด-19 เช่น สถานประกอบการถูกปิดกิจการ เลิกจ้าง ตกงาน ไม่มีรายได้ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่วนกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังทั้งทางกายและ ทางจิตเวช คนดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด คนพิการ ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ครอบครัวที่มีความรุนแรง เป็นกลุ่มที่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงที่ทันทั่วถึง จึงมีความสำคัญในการคัดกรอง กลุ่มเปราะบาง เหล่านี้และส่งต่อให้เข้าถึงระบบบริการได้รวดเร็วมากขึ้น

ดังนั้น โครงการวิจัยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหา พฤติกรรมการฆ่าตัวตายฯ ตั้งแต่คัดกรองเบื้องต้นจากบุคลากรด่านหน้าเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ใช้หลักการ ปฐมพยาบาลทางใจ 3 ส. (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยงเข้าระบบการดูแล) พัฒนาแนวทางการดูแล ระยะสั้น ระยะยาว และการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับของสถานบริการสามารถ ให้การดูแลรักษาแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจได้ โดยเชื่อมโยงกับโครงการวิจัยที่ 4 การพัฒนาโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฯ ซึ่งพัฒนานวัตกรรม Suicidality and Risk Assessment: mobile application SRA โดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย กับผู้ใช้งานในระบบ บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 25 จังหวัด ทำการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์ ที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภายหลังจากการประมวลผลข้อมูล จะเลือกกิจกรรม รูปแบบการดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทปัญหาของผู้รับบริการ รวมทั้งยังคงเป็นข้อมูลนำเข้า สำหรับการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่องและให้การดูแลได้อย่างทันการณ์ จากนั้น ระบบจะทำการเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลภาพรวม ทั้งในระดับพื้นที่ ภูมิภาค และประเทศ ทำให้ระบบฐานข้อมูล การฆ่าตัวตาย มีคุณภาพ ถูกต้อง ทันสมัย และรวดเร็ว มีความครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย เอื้อประโยชน์ต่อการวางแผนระดับนโยบาย โดยเฉพาะ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อ การบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด จะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้วางแผนและ ประเมินผลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ เพื่อส่งเสริมความน่าเชื่อถือของระบบฐานข้อมูล ให้ถูกต้อง แม่นยำ ผู้จัดเก็บข้อมูลและบันทึกรายงาน (ทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย ประจำจังหวัดและอำเภอ) จะได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เสริมความมั่นใจในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย จึงเห็นได้ว่า นวัตกรรมจากโครงการ วิจัยทั้ง 4 โครงการนี้ จะส่งผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบางให้ได้รับการประเมิน ความเสี่ยง การดูแล การติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดหลุดออกจากระบบดูแลเฝ้าระวัง ความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตายของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาสอบทานข้อมูลร่วมกับโครงการวิจัยที่ 5 การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 กับปี พ.ศ. 2564 - 2565 เพื่อกำกับทิศทางของการดำเนินงานให้ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติต่อไป

4. สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้ง 5 โครงการ มีทั้งหมด 7,257 คน จากโครงการวิจัยที่ 1 จำนวน 1,427 คน โครงการที่ 2 จำนวน 1,617 คน โครงการที่ 3 จำนวน 2,037 คน โครงการที่ 4 จำนวน 1,426 คน และโครงการที่ 5 จำนวน 750 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมี 9 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป 2,113 คน (ร้อยละ 29.12), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 164 คน (ร้อยละ 2.26) ผู้บริหาร 115 (ร้อยละ 1.58), บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,528 คน (ร้อยละ 34.84), กลุ่มเปราะบาง จำนวน 849 คน (ร้อยละ 11.70), กลุ่มคนตกงาน จำนวน 380 คน (ร้อยละ 5.24), ญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง/ผู้รับบริการ จำนวน 752 คน (ร้อยละ 10.36), ผู้นำชุมชน จำนวน 319 คน (ร้อยละ 4.40), และบุคลากรสังกัดอื่นๆ 37 คน (ร้อยละ 0.51) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบในช่วงการระบาดโควิด-19 เรื่องการขาดรายได้มากที่สุดทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง โดยได้รับการช่วยเหลือด้านรายได้จากการให้กู้ยืมเงินต่ำกว่าปกติ และพักชำระหนี้จากธนาคารมากที่สุด ในขณะที่กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่รับรู้ถึงกลุ่มเสี่ยงในชุมชนผ่านการรับข่าวจากเพื่อนบ้านใกล้เคียงมากที่สุด (ร้อยละ 64) แต่อย่างไรก็ตามผลการสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังพบว่ามีช่องว่างเรื่องความรู้ในการสังเกตสัญญาณเตือน มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากรทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป เช่น การฆ่าตัวตายจะไม่มีสัญญาณเตือน คนฆ่าตัวตายเป็นคนอ่อนแอ เรื่องการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล เป็นต้น

ตารางที่ 1 สรุปกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย/นวัตกรรม ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย/นวัตกรรม*	ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย
1. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย	กลุ่มตัวอย่าง 1,427 คน แบ่งเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้บริหารระดับจังหวัด 2. บุคลากรเครือข่ายในระบบสาธารณสุข 3. บุคลากรนอกเครือข่ายสาธารณสุข 4. อสม. 5. ผู้นำชุมชน 6. ประชาชนทั่วไป 7. กลุ่มตกงาน	- รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด - แนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	1. ผู้บริหารระดับจังหวัด 2. เครือข่ายหลากหลายวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 3. บุคลากรในและนอกระบบบริการสาธารณสุข 4. อสม. ผู้นำและแกนนำชุมชน

โครงการวิจัยที่	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย/นวัตกรรม*	ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย
2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย	กลุ่มตัวอย่าง 1,617 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มเปราะบางที่มารับบริการด้วยปัญหาฆ่าตัวตาย 2. กลุ่มญาติผู้ดูแล 3. ประชาชนทั่วไป 4. อสม. 5. บุคลากรในระบบสาธารณสุข	- หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข - คู่มือการใช้ประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทย	1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการแต่ละระดับ 2. อสม. 3. ประชาชนกลุ่มเปราะบางและญาติ
3. การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มตัวอย่าง 2,037 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. ผู้นำชุมชน 3. ประชาชนที่ได้รับผลกระทบโควิด	- โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนพร้อมหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือสำหรับผู้นำกระบวนการในชุมชน	1. ผู้บริหารและบุคลากรกรมสุขภาพจิต 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3. ผู้นำชุมชน 4. ประชาชน
4. การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19	กลุ่มตัวอย่าง 1,426 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์จากหน่วยบริการในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	- ข้อค้นพบจากการบูรณาการ 3 ฐาน จากระบบบันทึกรายงานการฆ่าตัวตายระดับประเทศ - mobile application “SRA”	1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการแต่ละระดับ 2. ผู้มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสมาชิกในครอบครัวญาติผู้ดูแล ผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายและชุมชน 3. บุคลากรสังกัดกระทรวงมหาดไทยผู้ทำหน้าที่ในการลงสาเหตุการเสียชีวิตการฆ่าตัวตาย

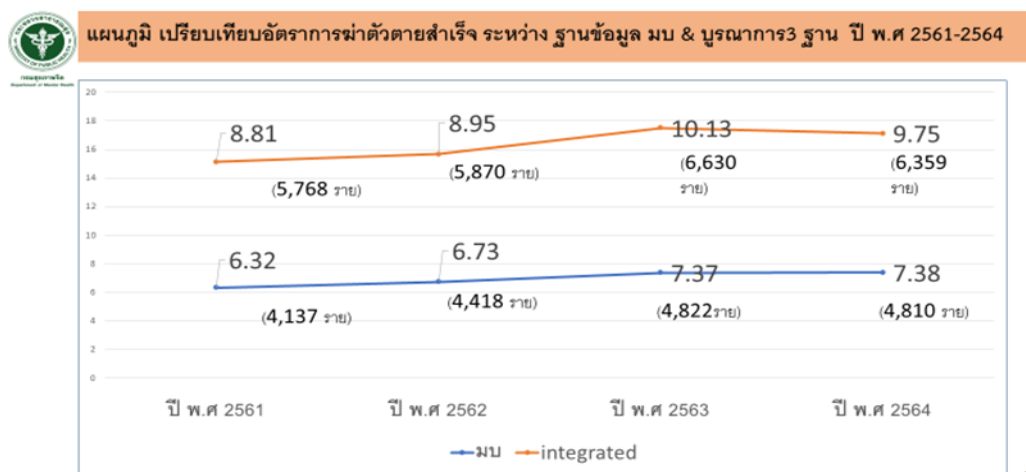
โครงการวิจัยที่	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย/นวัตกรรม*	ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัย
5. การวิจัยประเมินผลเกี่ยวกับโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 750 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2. บุคลากรสาธารณสุข 3. บุคลากรนอกสาธารณสุข 4. ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 5.ญาติและผู้ดูแลหลัก	ข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ	1. ผู้บริหาร 2. ผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชน 3. เครือข่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

*ดูรายละเอียดผลการวิจัย/นวัตกรรมด้านล่าง

ผลการวิจัยของแผนงานวิจัยการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

4.1 ประเด็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

4.1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี พ.ศ. 2561 - 2564 เปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตร (มบ) และฐานข้อมูลจากบูรณาการ 3 ฐาน (มบ. ทร 4/1 และ รง 506s กรณีเสียชีวิต)



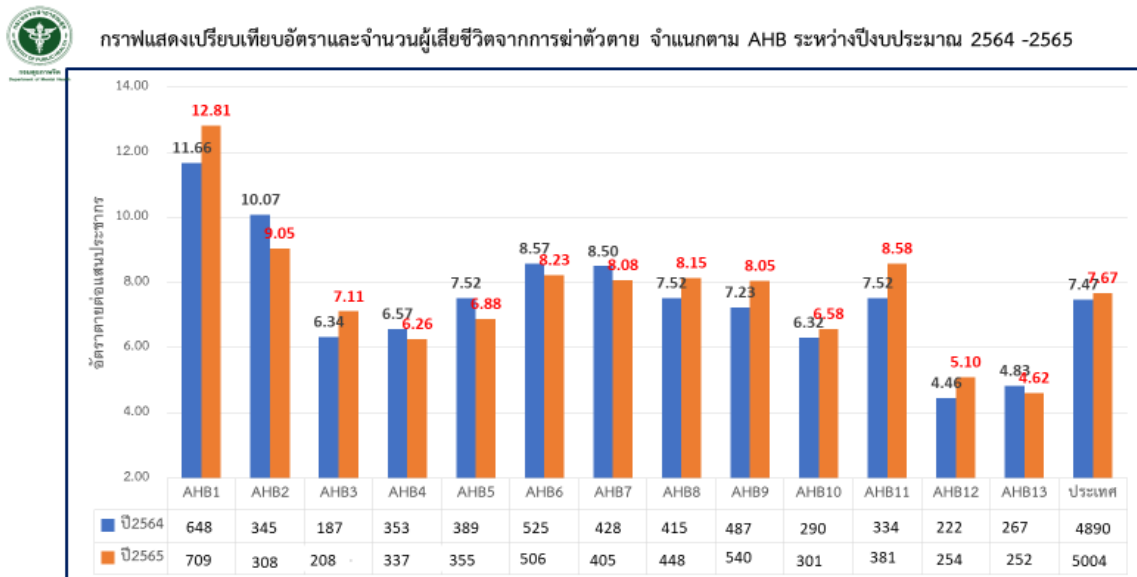
แหล่งที่มา กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565



ภาพที่ 2 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปี พ.ศ. 2561 - 2564
เปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลมรณบัตรและฐานข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน

จากภาพที่ 2 แสดงอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จที่แตกต่างกัน จากฐานข้อมูลเดียว: มรณบัตร (มบ.) และฐานข้อมูลรวม 3 ฐาน (ได้แก่ ข้อมูลมรณบัตร ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีเสียชีวิต รง 506s และข้อมูลรายงานการรับรองการตาย ทร.4/1) จะพบว่าอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีความใกล้เคียงกัน ไม่ตรงตามที่คาดการณ์ไว้ว่าจะเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

4.1.2 อัตราและจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิตจากแหล่งข้อมูล ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข)



แหล่งที่มา ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565

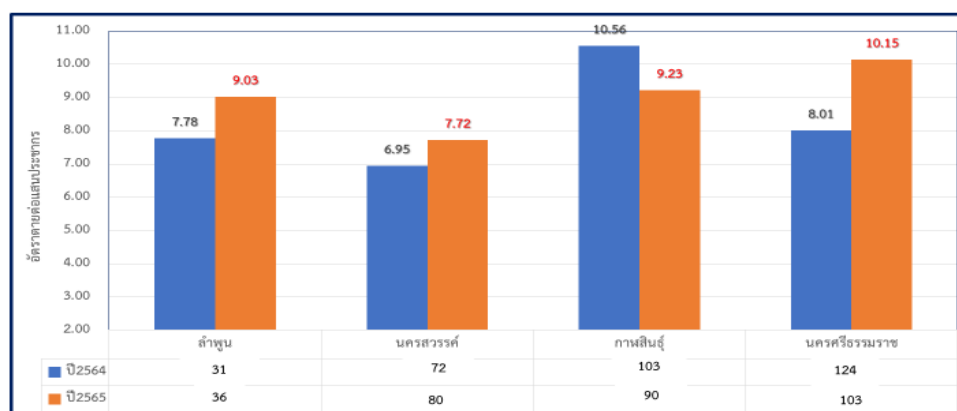
ภาพที่ 3 แสดงอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกตามเขตสุขภาพ ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565

จากภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร จำแนกตามเขตสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่ามี เขตสุขภาพจำนวน 7 เขตสุขภาพ ที่มีจำนวนและอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และภาพรวมของประเทศก็มีการขยับสูงขึ้นเช่นกัน แสดงถึงแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น

4.1.3 อัตราและจำนวนผู้ฆ่าตัวตายช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ของ 4 จังหวัดนำร่อง (จาก มรณบัตร)



กราฟแสดงเปรียบเทียบอัตราและจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ระหว่าง 4 จังหวัดนำร่องปีงบประมาณ 2564 - 2565

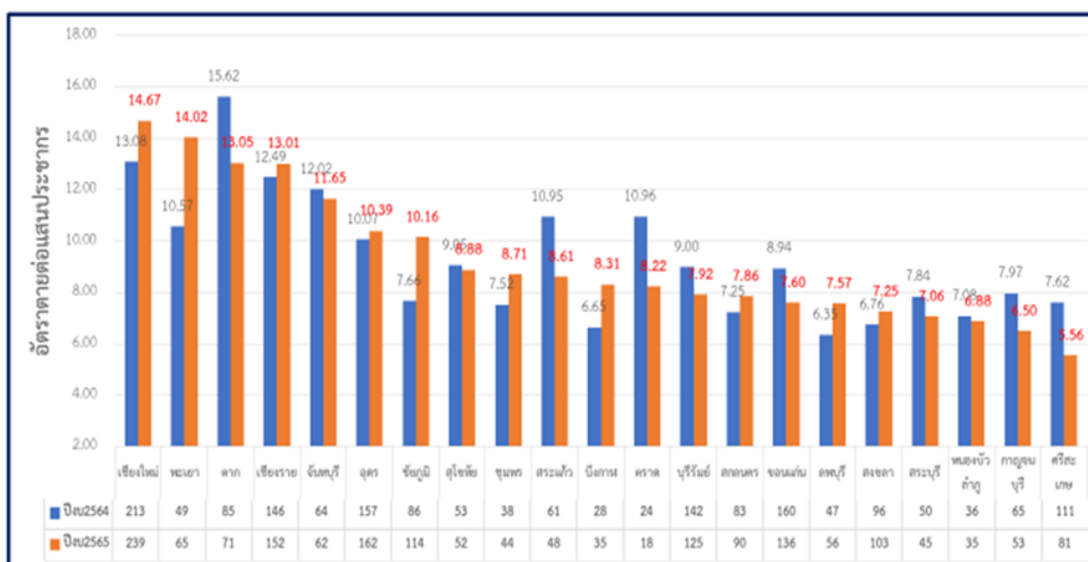


แหล่งที่มา: ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565

ภาพที่ 4 แสดงจำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 4 จังหวัดนำร่อง ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565

จากภาพที่ 4 อัตราฆ่าตัวตายใน 4 จังหวัดนำร่องเปรียบเทียบช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบว่า อัตราฆ่าตัวตายใน 3 จังหวัดเพิ่มขึ้น มีเพียงจังหวัดเดียวคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อัตราฆ่าตัวตายลดลงเพียงเล็กน้อย

4.1.4 อัตราและจำนวนผู้ฆ่าตัวตายช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ของ 21 จังหวัดที่ศึกษา (จากมรณบัตร)

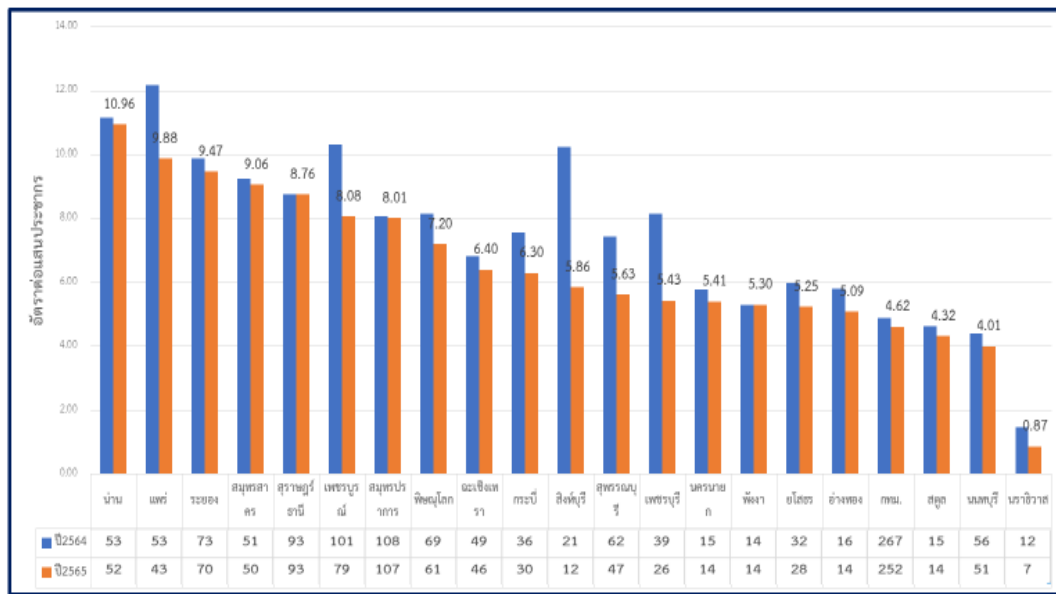


แหล่งที่มา: ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565

ภาพที่ 5 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 21 จังหวัดที่ศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565

จากภาพที่ 5 อัตราฆ่าตัวตายในพื้นที่ศึกษา 21 จังหวัด (จาก 25 จังหวัดรวม 4 จังหวัดน่าน) พบว่า อัตราฆ่าตัวตาย ในปีงบประมาณ 2565 11 จังหวัดไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่พบว่าเพิ่มขึ้นใน 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา เชียงราย อุดรธานี ชัยภูมิ ชุมพร บึงกาฬ สกลนคร ลพบุรี สระบุรี สงขลา และเพียง 9 จังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายต่ำกว่า 8 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2565 ได้แก่ บุรีรัมย์ สกลนคร ขอนแก่น ลพบุรี สงขลา สระบุรี นอนบวาลำภู กาญจนบุรี และศรีสะเกษ

4.1.5 อัตราและจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบว่า ลดลง ในพื้นที่ 52 จังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่ทำการการศึกษา (จาก มรณบัตร)



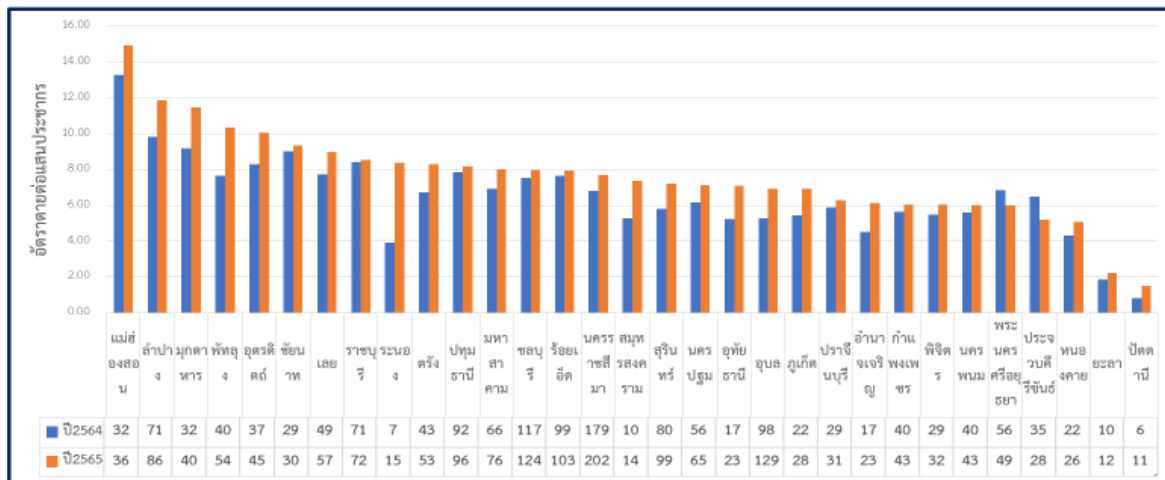
แหล่งที่มา: ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565

ภาพที่ 6 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 52 จังหวัด ที่อยู่นอกพื้นที่ทำการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2565

จากภาพที่ 6 จำนวนและอัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ใน 52 จังหวัด เรียงลำดับ อัตราฆ่าตัวตายสูงสุดไปต่ำสุด พบว่ามี 21 จังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2565 ลดลงจากปีงบประมาณ 2564 และกระจายไปทุกภูมิภาค ส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคกลาง

4.1.6 อัตราและจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบว่าเพิ่มขึ้น ในพื้นที่ 52 จังหวัดที่อยู่นอกพื้นที่ทำการศึกษา (จาก มรณบัตร)

กราฟแสดงเปรียบเทียบอัตราและจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ระหว่าง 52 จังหวัด (เพิ่มขึ้น) ปีงบประมาณ 2564 -2565



แหล่งที่มา: บมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธค 2565

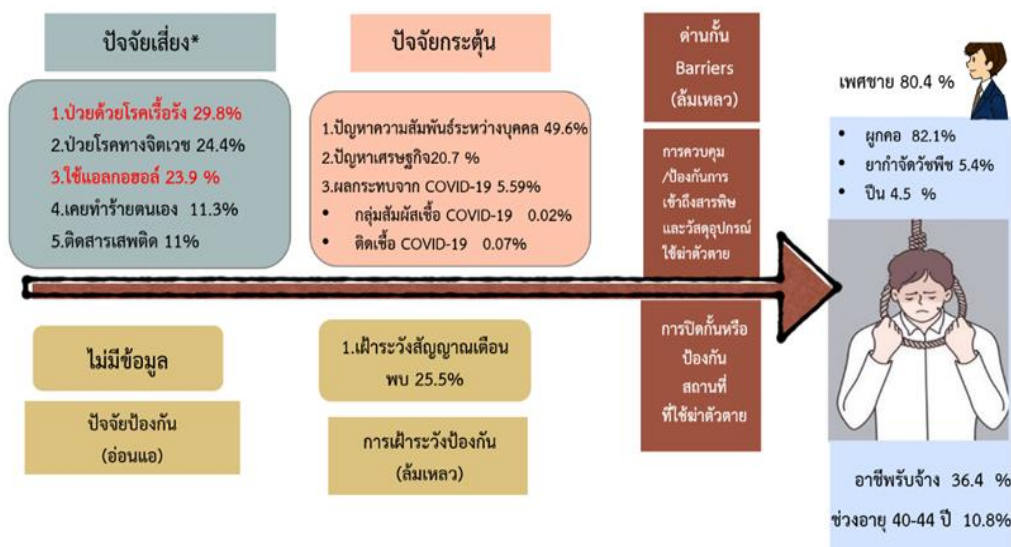
ภาพที่ 7 แสดงจำนวนและอัตราตายฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จำแนกตาม 52 จังหวัด ที่อยู่นอกพื้นที่ทำการศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2564 -2565

จากภาพที่ 7 จำนวนและอัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ใน 52 จังหวัด เรียงลำดับ อัตราฆ่าตัวตายสูงที่สุดไปต่ำสุด พบว่ามี 31 จังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2565 เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2564 กระจายไปทุกภูมิภาค ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง (12 จังหวัด)

4.2 ประเด็นฐานข้อมูลจากรายงาน รง 506s

4.2.1 ฐานข้อมูลจากรายงาน รง 506s ปีงบประมาณ 2564 จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการที่ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2564



*บางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นมากกว่าหนึ่งปัจจัย แหล่งข้อมูล : รง 506S V.10 ต.ค.63-ก.ย.64 N=4505

ภาพที่ 8 แสดงวิธีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2564

จากภาพที่ 8 ข้อมูลจากรายงาน รง 506s กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564)

พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.4 ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.4 วิธีการที่ใช้เป็นการผูกคอ ร้อยละ 82.1 รองลงมาคือ ใช้ยาฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.4 และใช้ปืน ร้อยละ 4.5 โดยก่อนเสียชีวิตพบสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เพียงร้อยละ 25.5 บ่งบอกถึงระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายล้มเหลว

4.2.2 จากฐานข้อมูลจากรายงาน รง 506s ปีงบประมาณ 2564 - 2565 มาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2564 - 2565

ปัจจัย	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565
ความสัมพันธ์	49.6	48.3
ติดสุรา	23.9	21.0
ติดสารเสพติด	11.0	10.4
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย	29.3	30.4
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางจิต	24.4	24.4
เศรษฐกิจ	20.7	22.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 คือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ รองลงมาคือ ปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย และทางจิต

ส่วนปัจจัยในปีงบประมาณ 2565 ที่มีสัดส่วนของปัญหาลดลงจากปีงบประมาณ 2564 ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ติดสุรา และติดสารเสพติด ส่วนสัดส่วนของปัจจัยปัญหาที่พบว่าเพิ่มขึ้น คือ ปัญหาเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและทางจิต ตามลำดับ

4.3 ประเด็นช่องว่างจากข้อค้นพบจากงานวิจัย

4.3.1 ประเด็นช่องว่างจากข้อค้นพบในช่วงวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระบบดูแลการป้องกันการฆ่าตัวตายใน 4 จังหวัดน่าน ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารในและนอกระบบสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มตงงาน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป อาศัยอยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง พักอาศัยร่วมกับ คู่สมรส/ลูกและพ่อแม่ พบปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ กลุ่มตงงาน และประชาชนทั่วไป เช่น การดื่มสุรา พบว่าจังหวัดลำพูนมีจำนวนผู้ดื่มสุราเป็นประจำมากกว่าอีก 3 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยา ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว พบการประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจในกลุ่มเปราะบางและประชาชน โครงการที่ได้รับสวัสดิการภาครัฐมากที่สุด คือ โครงการคนละครึ่ง ช่องว่างจากข้อค้นพบจากงานวิจัย มีดังนี้

1. ความรอบรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไป ผู้ตงงาน ผู้รับบริการและญาติ ยังมีน้อย และมีอคติ ไม่ได้ตระหนักถึงสัญญาณเตือน จำเป็นต้องมีการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ด้านการฆ่าตัวตาย ให้กับประชาชน กลุ่มตงงานและผู้รับบริการ รวมถึงผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าว โดยเฉพาะในเรื่องคนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนอ่อนแอ คนหนีปัญหา คนฆ่าตัวตายไม่บอกใครล่วงหน้าและการถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังมีน้อย เครือข่ายภาคส่วนต่างๆยังขาดข้อมูล อีกทั้งนโยบายและแนวทางการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่ชัดเจน ยกเว้น จังหวัดลำพูนซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากผู้ว่าราชการจังหวัด เห็นความสำคัญของ อัตราการฆ่าตัวตายที่สูง ติดอันดับของประเทศมาหลายปีและมีนโยบายชัดเจนที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตาย โดยใช้ หลักการ “สี่เสาเราไม่ทิ้งกัน” ส่วนจังหวัดที่เหลืออีก 3 จังหวัดยังไม่มีคณะกรรมการระดับจังหวัดที่จะดำเนินการ เจริญนโยบายในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด ที่ได้รับคำสั่งมาจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

3. การเข้าถึงอาวรุที่ใชฆ่าตัวตายมีความสะดวกและเข้าถึงง่ายมาก ได้แก่ มีดหรือของมีคมต่างๆ น้ำยา เคมี ยาแก้ปวด เชือก เตาถ่าน จะมีอยู่ในห้องต่างๆ ภายในบ้านมากกว่าอยู่ในที่มิดชิด

4. ระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด กลุ่มผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ประสบความสูญเสียจากการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ กลุ่มวัยทำงานที่ตงงาน กลุ่มที่มีความรุนแรงในครอบครัว บุคลากร สาธารณสุขที่อยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ยังไม่มีความชัดเจนในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แม้ว่า จะมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) 9 คำถาม (9Q) ซึ่งต้องได้ผลการประเมินเป็นบวก ก่อน จึงจะสามารถประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายภายหลัง ทำให้กลุ่มเปราะบางเหล่านี้ ถูกมองข้าม และเข้าไม่ถึง ระบบบริการ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคัดกรอง และดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย รวมทั้งขาดการบูรณาการข้อมูลการฆ่าตัวตายที่เชื่อมโยงเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขและ หน่วยงานที่ให้การดูแลด้านเศรษฐกิจสังคมร่วมกัน

5. ระบบการส่งต่อและระบบบริการภาวะฉุกเฉิน สำหรับผู้พยายามทำร้ายตนเอง ยังมีปัญหา ซึ่งอาจ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้พยายามทำร้ายตนเอง เข้าถึงบริการได้ไม่ทันเวลา เพราะระบบส่งต่อไม่มี guideline ที่ชัดเจน รวมทั้งขาดจุดแจ้งเหตุที่ชัดเจน ทำให้ทีมกู้วิกฤต (Suicide Rescue) ไม่สามารถลงพื้นที่ช่วยเหลือและ ส่งต่อได้ทันเวลา นอกจากนี้ระบบการเข้าถึงบริการ สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายยังเป็นลักษณะตั้งรับใน โรงพยาบาลมากกว่า ขาดการเชื่อมโยงเชิงรุกจากเครือข่ายภายนอกระบบสาธารณสุข การดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่ต่อเนื่องและมีการติดตามเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่เกิน 1 เดือน เป็นเหตุให้การป้องกันการฆ่าตัวตายช้าไม่เกิดผล

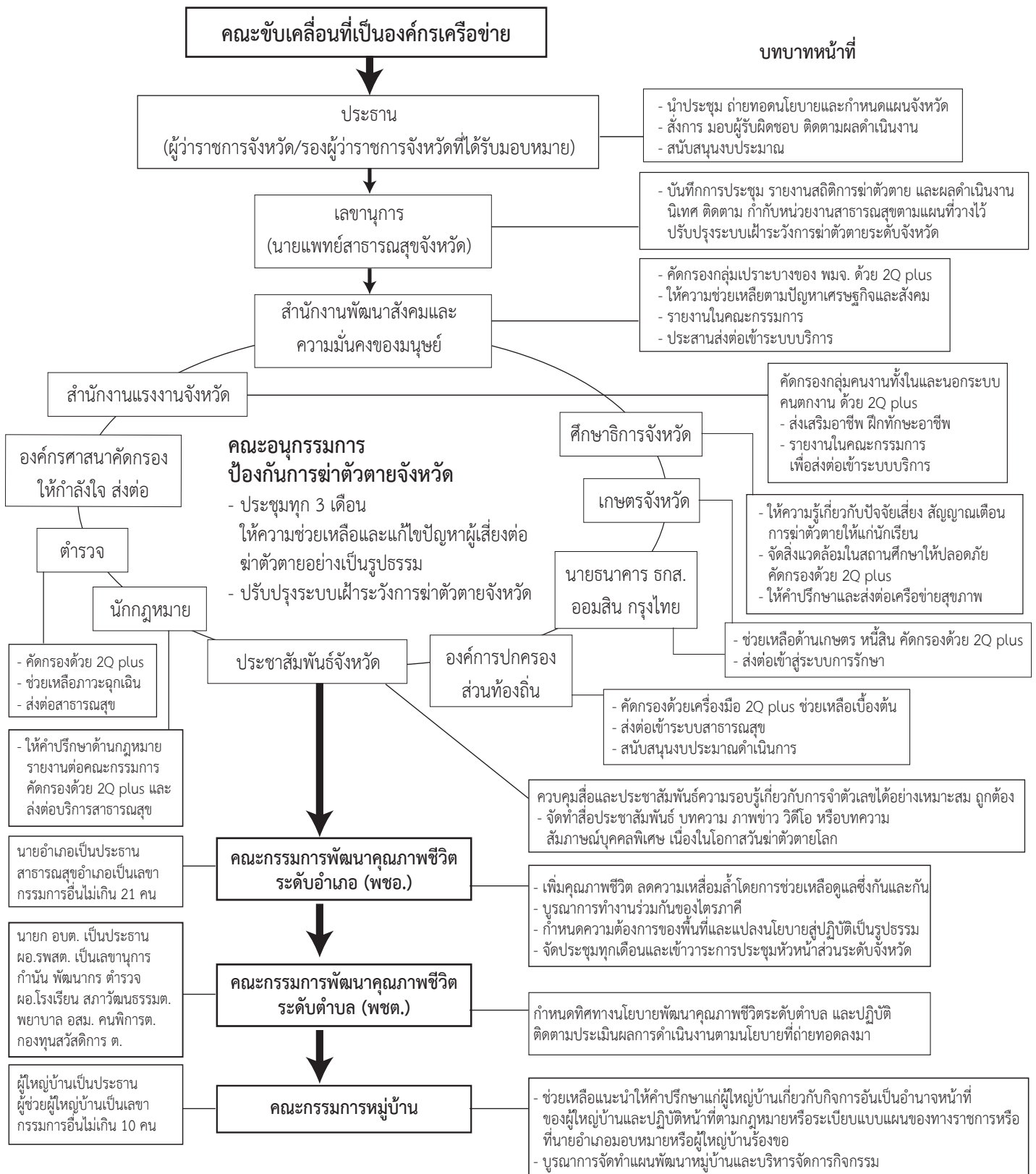
6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ยังมี ความจำเป็น เนื่องจากแต่เดิมใช้รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น (basic support) ไม่มีหลักสูตรที่เป็นแกนกลาง ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง (core intervention package for suicide prevention) เช่น CBT for Suicide, หลักสูตรการรับฟังเชิงลึก (deep listening), PST (problem solving therapy), Grief Therapy และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุม พื้นที่เป้าหมาย

7. ภาระงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิตล้นมือ เนื่องจากต้องทำงานหลายด้าน อีกทั้งงบประมาณ ในการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีจำกัด

4.3.2 ช่องว่างจากการบูรณาการฐานข้อมูลของรายงานการฆ่าตัวตาย พบว่าในประเทศไทย มีฐานข้อมูลจัดเก็บสถิติรายงานการฆ่าตัวตายที่หลากหลายแหล่งข้อมูล ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของหน่วยงานที่จัดเก็บ มีความแตกต่างในการให้คำนิยามของการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่แท้จริง รวมไปถึงระยะเวลาการลงบันทึกข้อมูล รายละเอียดของข้อมูลที่จัดเก็บ บุคลากรผู้ทำหน้าที่จัดเก็บข้อมูล และจัดทำสรุปรายงานต่างมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน หากจะบูรณาการข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก 3 ฐานข้อมูล จะต้องมีการออกแบบวิธีการที่สามารถแก้ไขจุดด้อยของแต่ละฐานข้อมูลไปพร้อมๆกัน โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าจะมีการบูรณาการฐานข้อมูลจากทั้ง 3 ฐาน ก็เพียงจะสะท้อนขนาดของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น แต่ยังคงไม่ครอบคลุมภาพการฆ่าตัวตายที่เป็นจริงทั้งหมด จากการทบทวนศึกษาเพิ่มเติมยังพบว่า มีแหล่งข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น ข้อมูลจากมูลนิธิกู้ภัย ข้อมูลจากการชันสูตรพลิกศพ เป็นต้น จึงยากต่อการจะนำมาอนุมานเปรียบเทียบกับตัวเลขจากการประมาณการ โดยองค์การอนามัยโลกได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้นระบบบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดควรเป็น Active surveillance รวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบันทึกข้อมูลในรูปแบบ real-time มากขึ้น ซึ่งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เมื่อสอบสวนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ให้บันทึกลงในแบบฟอร์มรายงานการสอบสวนโรค ส่งไปยังทีมสุขภาพจิตระดับอำเภอและระดับจังหวัดตามลำดับ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายได้ทันเวลา เมื่อระดับจังหวัดได้รับข้อมูล จะมีการวิเคราะห์และแปลผลโดยทีมของจังหวัดร่วมกับทีมศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ เพื่อให้เห็นถึงเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน ทั้งปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด้านกันและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน ทีมร่วมกันเลือกมาตรการควบคุมป้องกันให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงโดยพิจารณาจากเหตุและปัจจัยในแต่ละcaseและแต่ละพื้นที่ รวมถึงประสิทธิภาพและข้อจำกัดของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกิดเหตุ

4.4 ประเด็นรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกัน การฆ่าตัวตายในพื้นที่



ภาพที่ 9 รูปแบบคณะขับเคลื่อนที่เป็นองค์กรเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานใน 4 จังหวัดนำร่อง มาพัฒนาเป็นรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (ฉบับร่าง) แล้วนำเสนอให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนข้อเสนอแนะในการประชุม Steering committee เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2564 แล้วนำไปปรับปรุง และนำมาทวนสอบเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น โดยคณะกรรมการ suicide task force ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ที่สังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 13 เขตสุขภาพ และตัวแทนศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 3 7 และ 11 รวมถึงผู้รับผิดชอบงานป้องกันการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง เพื่อวางแผนทางการขับเคลื่อน และขยายผลใน 21 จังหวัด

รูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด มีแนวทางในการบริหารจัดการโดยยึดหลัก 4 ก. ดังนี้

1. ก 1 กรรมการ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (พขอ.) ระดับตำบล (พขต.) ระดับชุมชน (ชช.) โดยความร่วมมือทั้งภาครัฐ และเอกชนในรูปแบบภาคีเครือข่าย
2. ก 2 กองทุน มีการจัดหา จัดสรรทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น งบประมาณสนับสนุนจาก อปท. NGOs ฯลฯ
3. ก 3 กิจกรรม ประกาศเป็นนโยบายและกำหนดแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดโดยการนำข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตายของจังหวัดมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (Data Driven)
4. ก 4 เกาะติด มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัด ระบบติดตามประเมินผลและประชุม ติดตามรายงานอย่างสม่ำเสมอ

โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่าน พขอ. พขต. และชุมชน ทั้งนี้ คณะกรรมการระดับจังหวัดควรเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานที่มีเครือข่ายหลากหลายวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ว่าราชการหรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงาน/เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ธนาการการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาการออมสิน ผู้พิพากษาสมทบ นักกฎหมาย ทนายความ นักการธนาคาร ฯลฯ โดยมี ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เลขานุการ โดยทั่วไปคณะกรรมการระดับจังหวัดจะเป็นชุดเดียวกันกับคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แต่ในบางจังหวัดอาจจะมีคณะกรรมการที่แต่งตั้งมาโดยเฉพาะ อาทิ จังหวัดลำพูน ซึ่งคณะกรรมการระดับจังหวัดควรกระบวนการทำงาน ดังนี้

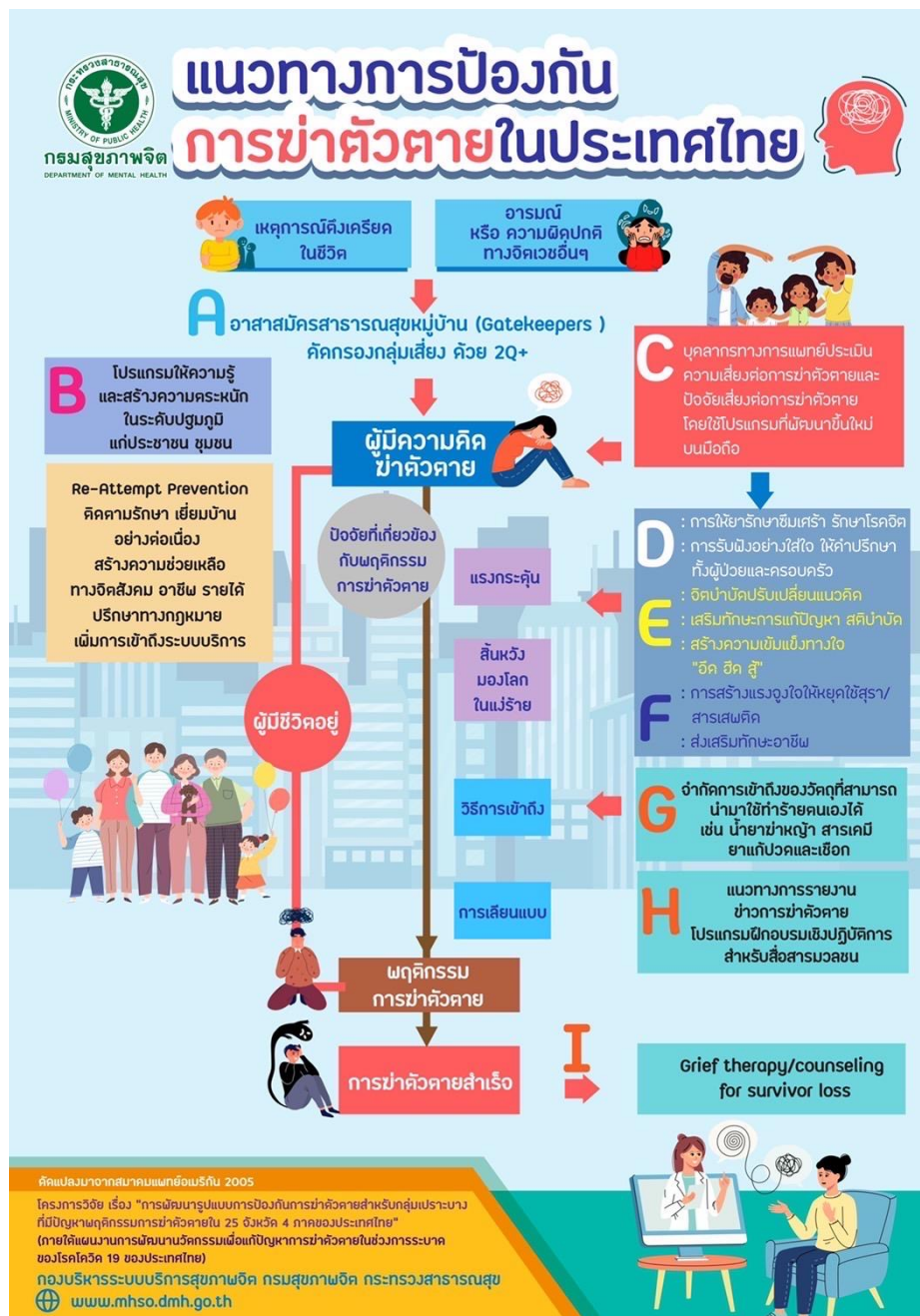
1. มีการประชุมอย่างสม่ำเสมออาจจะเป็น 1 - 2 เดือน/ครั้ง หรือรายไตรมาส
2. กำหนดวาระเพื่อพิจารณาว่าด้วยการให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้นแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่กำหนดไว้เป็นวาระประจำ
3. เลขานุการ นำเสนอ Case ที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือนจากการสอบสวนโรคในรายที่มีปัจจัยกระตุ้นมาจากสาเหตุอื่น ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหาทางกฎหมาย ปัญหาตกราง ปัญหาการฟ้องร้อง ปัญหาภัยพิบัติ ไม่ได้รับสิทธิการช่วยเหลือจากการตกราง เป็นต้น
4. คณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นในแต่ละรายอย่างเป็นรูปธรรม

5. ในการประชุมแต่ละครั้ง กำหนดให้มีวาระของการติดตามผลการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อติดตามผลการช่วยเหลือที่ได้วางแผนในครั้งที่ผ่านมา

6. มีการนำเสนอข้อมูลภาพรวมการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย ของจังหวัด (จากรายงาน รง 506s /การสอบสวนโรค/ มรณบัตร) มาวิเคราะห์ให้เห็น เหตุปัจจัยร่วมของการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่ แล้วกำหนดมาตรการแก้ไขที่เฉพาะเจาะจงต่อปัจจัยกระตุ้นร่วม ปัจจัยเสี่ยงร่วม ปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ และ สร้างต้านกัน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย รวมทั้งปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัด

7. มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน

4.5 ประเด็นรูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย



ภาพที่ 10 แสดงแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เมื่อทีมผู้วิจัยได้นำ รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow มาพัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำมาสู่รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ซึ่งถูกพัฒนาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องที่นำไปขยายผลใน 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของประเทศไทยต่อไป โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่เส้นทางการดูแลดังนี้

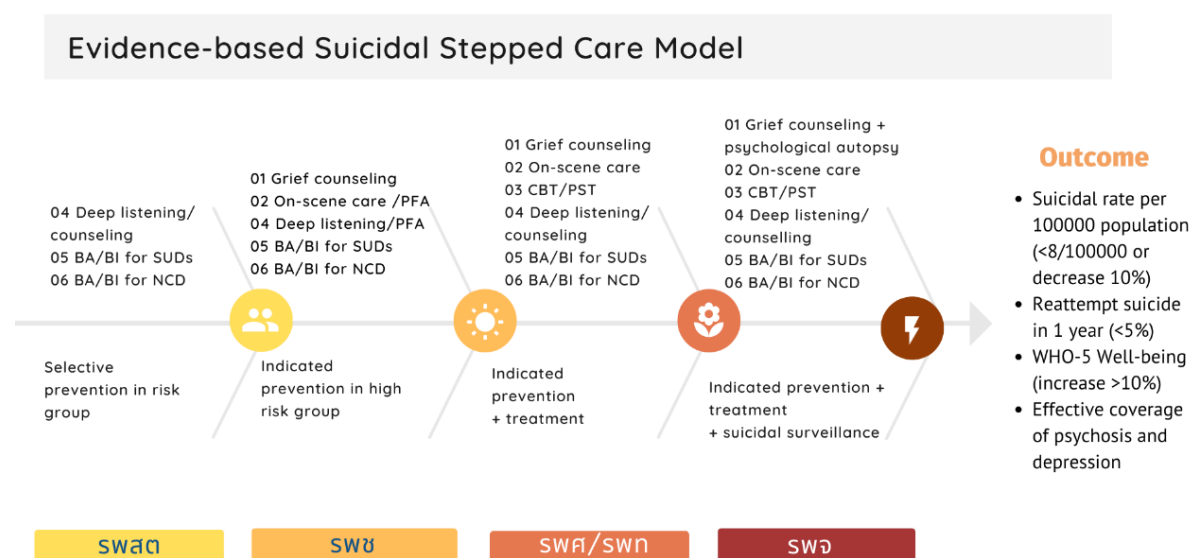
1. ระดับชุมชน : อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรด่านหน้า (gatekeeper) ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบประเมินที่เพิ่มข้อคำถามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงไปด้วย (2Q plus) ใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้และความตระหนักแก่ประชาชน และชุมชนในระดับปฐมภูมิ

2. ระดับหน่วยบริการสุขภาพ : บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้โปรแกรมออนไลน์เพื่อประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดูแลป้องกันการฆ่าตัวตาย การรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านยาและจิตสังคมบำบัด ได้แก่ ยา การรับฟังอย่างใส่ใจ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดการปรับเปลี่ยนแนวคิด เสริมทักษะการแก้ปัญหา สติบำบัด การสร้างแรงจูงใจหยุดสุรา ยาเสพติด และการเสริมพลังสุขภาพจิต ได้ตามระดับศักยภาพของหน่วยบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลญาติเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งมีการให้การบำบัดดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามศักยภาพของหน่วยบริการ ดังนี้

- 1) รพสต. เฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง : deep listening
- 2) รพช. ดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย : BA/ BI
- 3) รพท./รพศ. ดูแล บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : CBT , PST
- 4) รพจ. ดูแลบำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ: Grief counseling และ Psycho-autopsy

3. การจำกัดการเข้าถึงของวัตถุที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเอง ได้แก่ ยาฆ่าหญ้า สารเคมี ยาแก้ปวด และเชือก

4. แนวทางการรายงานข่าวการฆ่าตัวตายและโปรแกรมฝึกทักษะของสื่อมวลชน



กบวส @ 18 เมษายน 2565

ภาพที่ 11 Flowchart แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในแต่ละระดับของสถานพยาบาล

4.6 ประเด็นการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

จากสถานการณ์โควิด-19 แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชุมชนจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว โดยมุ่งเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการจัดกิจกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่าย ๆ ในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตเพื่อให้ชุมชนสามารถนำศักยภาพที่ตนเองมีมาใช้ในการดูแลกันละกันชุมชนทั้งทางกาย ใจ และสังคม

กรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน มีหลักการสำคัญ (Core principles) มี 4 ประการ คือ 1) ส่งเสริมความต้องการทางจิตใจ 5 ประการ (5 Psychological needs) คือ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหา ร่วมกันส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) 2) ยกกระตือรือร้นการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 3) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Participation) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing)



ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ภาพที่ 12 แสดงกรอบแนวคิดโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (4 Core principles of the community mental health vaccine program) โปรแกรมนี้ใช้คำเปรียบเทียบกับให้ง่ายต่อการอธิบายคนในชุมชน โดยคำว่าภูมิคุ้มกันทางใจ หมายถึง 4 ความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องการในยามวิกฤติ นั่นคือ ความรู้สึกปลอดภัย ความสงบ ความหวัง และความเข้าใจ ให้โอกาส และคำว่า วัคซีนใจในชุมชน หมายถึง มาตรการหรือ

กิจกรรมใดใดในชุมชนที่มาร่วมกันเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและร่วมกันฝ่าฟันวิกฤตในครั้งนี้ไปได้ โดยการดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วมดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างตัวอ่อนเพื่ออธิบายแนวทางขึ้น โดยใช้ “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้ออกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ 4 สร้าง 2 ใช้

กระบวนการของการเสริมสร้างวัคซีนใจแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนสำคัญที่ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมในชุมชนร่วมกับเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) สร้างชุมชนรอบรู้ เกี่ยวกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 2) ทบทวนชุมชน 3) สร้างแผนปฏิบัติการในชุมชน 4) ติดตามและประเมินผล 5) สรุปบทเรียนจากแผนปฏิบัติการ โดยแผนที่เกิดขึ้นและกิจกรรมที่บรรจุในแผนชุมชนจะเป็นกิจกรรมที่ได้รับการสร้างสรรค์มาจากศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน รวมถึงเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการดูแลคนในชุมชนครบทุกองค์ประกอบความต้องการของมนุษย์ในภาวะวิกฤติซึ่งจะช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตได้ในอนาคต

4.7 ประเด็นการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

เพื่อการก้าวทันและนำประโยชน์ของเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในปัจจุบันให้เป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้รับการดูแลช่วยเหลือไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ โดยจะต้องคำนึงถึงข้อกำหนดที่ระบุในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ที่เน้นย้ำการรักษาสีที่พึงมีแก่เจ้าของข้อมูล รวมไปถึงประเด็นของการแก้ไขช่องว่างของระบบสารสนเทศการฆ่าตัวตายให้มีความน่าเชื่อถือ เกิดความเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในรูปแบบ Mobile Application “SRA” สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้ง 32 ตัวแปร ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคจิต และปัญหาการใช้สารเสพติด เมื่อมีการบันทึกข้อมูลที่สามารถแปลผล ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในมิติสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ การส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างข้ามเขตพื้นที่ สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายเชิงรุกและ ได้มาซึ่งชุดที่มีความพร้อมที่จะเชื่อมโยง แลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ด้วย Personal ID ทำให้เกิดการบูรณาการฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ กับแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ประกอบด้วย แฟ้มข้อมูลสุขภาพ (43 แฟ้ม) จากสถานพยาบาล รพ.สต. รพช. รพท. และ รพศ. และหรือแหล่งข้อมูลที่พื้นที่พัฒนาขึ้นมาใช้เฉพาะพื้นที่ เป็นต้น ภายหลังจากการประมวลผลข้อมูลดังกล่าว จะถูกสะท้อนกลับไปยังบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและบริหารในพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผน การช่วยเหลือและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยประกอบในการตัดสินใจถึงแผนงานที่เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศมีข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เป็นจริง และสามารถนำไปเทียบเคียงกับสถิติฆ่าตัวตายในต่างประเทศได้ และสนับสนุนการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ คณะผู้บริหารของหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการ และขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น

4.8 ประเด็นข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

ข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. ความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของประชาชนในอดีต 3 ปีก่อน (ปีพ.ศ. 2560-2563) ยังน้อยอยู่ แต่ปีพ.ศ. 2564-2565 มีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันทั้งผู้รับบริการและญาติ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

2. ระบบบริการ ยังมีปัญหาเรื่องการขาดอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุข (ปีพ.ศ. 2560-2563) และส่วนเทคโนโลยีมีความทันสมัยมากขึ้น (ปีพ.ศ. 2564-2565) มีการแบ่งสัดส่วนบริการสุขภาพจิตออกมาอย่างชัดเจน และมีเจ้าหน้าที่ให้บริการได้อย่างเหมาะสม

3. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ศึกษา แบ่งเป็น

3.1 ในระบบสาธารณสุข พบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 2 รูปแบบ

- เน้นการเข้าถึงระบบบริการอย่างครอบคลุม บูรณาการเข้ากับเครือข่ายนอกสาธารณสุข
- เน้นการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางผ่าน gate keeper และกลไกต่าง ๆ

3.2 นอกเหนือจากสาธารณสุข มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

4.1 ผู้บริหาร ควรกำหนดแผนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระยะยาวและต่อเนื่อง 10 ปี บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม กระตุ้น ผลักดันและสร้างเสริม ความรอบรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและสัญญาณเตือนแก่ประชาชน สนับสนุนภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง รวมถึงกระตุ้นให้วงการสื่อต่างๆในสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชน เข้าร่วมทำกิจกรรมในโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ควรจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมกับการให้บริการ

4.2 ผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา ในแต่ละท้องถิ่น เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

4.9 ประเด็นข้อจำกัดของแผนงานวิจัย

4.9.1 ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และนโยบายของ social distancing จากการควบคุม ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งไม่สามารถใช้วิธีการเก็บข้อมูลรูปแบบเดิมเพราะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัครตามที่กำหนดไว้ไม่ได้ต้องลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลงและสัมภาษณ์ผ่านช่องทางไกลทดแทนการสัมภาษณ์ที่ต้องเชิญหน้าและสนทนากลุ่ม

4.9.2 ระยะเวลาในการศึกษามีจำกัด เนื่องจากเป็นแผนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทั่วโลก เจริญระบบทั้งภาคส่วนทั้งในและนอกเหนือจากสาธารณสุข ร่วมกับการพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญา ที่ต้องพัฒนาต้นแบบวัดผลและขยายผลการดำเนินการไปใน 25 จังหวัดอีกทั้งต้องประเมินผลลัพธ์ในปัญหาฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาพหุปัจจัยที่มีความซับซ้อนสูง และต้องใช้เวลาในการดำเนินการยาวต่อเนื่องหลายปีจึงจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลลัพธ์จากโครงการได้ชัดเจน

4.9.3 พื้นที่ในแต่ละจังหวัดมีบริบท ความเชื่อ การปฏิบัติแตกต่างกัน จึงมีผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แตกต่าง ทำให้ยากที่จะรวบรวมผลวิจัยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายนี้ให้ออกมาในระยะเวลาสั้นๆ

4.9.4 พื้นที่การศึกษาไม่ได้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งเป็นชุมชนเมืองและมีประชากรหนาแน่น มีความหลากหลายของบริบทวัฒนธรรม และระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงกลุ่มประชากรแฝงที่อพยพมาจากภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อประกอบอาชีพ จึงไม่ได้สะท้อนปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจ ท่องเที่ยว สถานบริการและอุตสาหกรรม

4.9.5 มีข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มชนชั้นกลางหรือ ผู้ประกอบธุรกิจระดับเล็กและปานกลาง (SME) นักศึกษาในมหาวิทยาลัย กลุ่มแรงงานที่กลับภูมิลำเนา ที่ได้รับผลกระทบจากแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ต้องปิดกิจการถูกเลิกจ้าง ขาดรายได้ สถาบันการศึกษาที่ต้องหยุดการเรียนการสอน กลุ่ม LGBT ที่ทำงานบริการในสถานเริงรมย์และขายบริการซึ่งต้องปิดตัวลงเป็นระยะเวลานาน

4.9.6 ทศนคติและการตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารระดับจังหวัดมีความสำคัญต่อการวางแผนและสนับสนุนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงผู้ปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจิตที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

5. อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบประเด็นในการอภิปรายดังนี้

5.1 ช่องว่างของการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

5.1.1 นวัตกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทย การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อย มองเป็นเรื่องปัจเจกชนมากกว่าปัญหาสังคม อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อคนที่ฆ่าตัวตายว่าอ่อนแอ ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่กล้าแสดงตนออกมา จากข้อมูลของการวิเคราะห์สถานการณ์และการนิเทศ พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัดได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก อีกทั้งชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง จึงมีความต้องการให้เพิ่มเรื่องการตระหนักรู้ของปัญหาฆ่าตัวตาย โดยผู้บริหารระดับจังหวัดและองค์กรเครือข่าย ตัวอย่างเช่น ลำพูนมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดสร้างความตระหนักในระดับผู้บริหาร และผลักดันลงสู่ชุมชน ผ่านการทำงานในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนทำให้ทุกองค์กรในจังหวัดลำพูนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

5.1.2 ระบบการคัดกรองเดิมยังใช้แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ คือ เริ่มจาก 2Q ตามด้วย 9Q หากมากกว่า 7 คะแนนจึงจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้มีผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเองไม่ได้ถูกซักถาม และไม่ได้เข้าถึงระบบการช่วยเหลือ ดังนั้น เพื่อให้การคัดกรองครอบคลุมไปถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง โครงการวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบคัดกรองในชุมชน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนทั่วไป ให้สม.ใช้เครื่องมือคัดกรอง 2Q plus ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพิ่มทักษะการฟังอย่างใส่ใจ และสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการได้ นอกจากนี้ยังมีศูนย์แจ้งเหตุซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดรับแจ้งเหตุการณ์กรณีที่มีผู้ป่วย หรือ อสม. พบสัญญาณเตือนตามบริบทของจังหวัด เช่น นาคาพิทักษ์, 1669 , Hope task force , 191 ฯลฯ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและทีมช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

5.1.3 ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้องเห็นได้จากกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายหากประสบกับวิกฤตในชีวิต มีความเห็นว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจริง ๆ จะไม่บอกคนอื่น การถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะเป็นการชี้นำและกระตุ้นให้เกิดการทำมากขึ้น และไม่แน่ใจว่าควรถามและเอาใจใส่ผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือไม่ จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้มีความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนผ่านสื่อมวลชน สื่อ social media และการฝึกอบรมผู้นำชุมชน อสม. และจัดนิทรรศการในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก คาดหวังว่าประชาชน อสม. เมื่อมีความรอบรู้จะกล้าถามคำถามง่าย ๆ และตรง ๆ เช่น เคยทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่ คุณมีความคิดถึงขั้นที่อยากจะทำร้ายตนเองหรือเปล่า เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อระบบบริการ นำไปสู่การบรรจุใน care plan ในโครงการวิจัยที่ 2

5.1.4 การเข้าถึงความช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อระบบบริการสุขภาพยังมีน้อย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเองไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ต้องให้การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (Psychological First Aid: PFA) เดิมหลังจากคัดกรองด้วย 2 คำถามแล้ว รับส่งต่อ แม้ว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น เฝ้าระวังติดตามและส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วก็ตาม

5.1.5 ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลฝ่ายกายกับโรงพยาบาลจิตเวช ยังมีปัญหาเนื่องจากแพทย์ทั่วไปขาดความรู้ ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลจิตเวชก็มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยทางกาย และจำนวนเตียงจำกัดในช่วงระบาดของ COVID-19

5.1.6 ระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทุกพื้นที่ขาดแนวทางที่ชัดเจนในกลุ่มเสี่ยงน้อยและปานกลาง จากข้อจำกัดด้านภาระงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 และความรู้ความเข้าใจในแนวทางการติดตามที่ได้กำหนดไว้ คือ มีการติดตามในระยะแรกโดยเจ้าหน้าที่รพสต. และเครือข่าย อสม. แต่ยังไม่มีการติดตามปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงเกิดการพัฒนาองค์กรเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้านสังคมและเศรษฐกิจตามโครงการย่อยที่ 1 เพื่อให้มีเครือข่ายความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อลงติดตามในชุมชน

5.1.7 ความน่าเชื่อถือของระบบรายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายยังมีปัญหา เช่น ฐานข้อมูลจากหลายแหล่ง ซึ่งแสดงจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ตรงกัน เนื่องจากเงื่อนไขในการสรุปผล วิธีการเก็บ ความมั่นใจในการสรุปผลของเจ้าหน้าที่ผู้รายงาน และเหตุผลอื่น ๆ ในการที่จะไม่บันทึกการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย เช่น ฆ่าตัวตายจากการกินยาฆ่าหญ้าแล้วไม่ได้ตายทันทีที่ได้รับการสรุปการตายเป็นการเจ็บป่วยอย่างอื่น หรือการทำประกันชีวิต/มีผลประโยชน์อื่นที่จะได้รับหลังจากการเสียชีวิต ฯลฯ ความกังวลของแพทย์ที่จะต้องยุ่งเกี่ยวในแง่กฎหมาย อีกทั้งขาดการสอบสวนการฆ่าตัวตายในเชิงระบาดวิทยา เพื่อยืนยันว่าเป็นการฆ่าตัวตายและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีข้อมูลจำนวนผู้ฆ่าตัวตายไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือที่มีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนั้น โครงการย่อยที่ 4 จึงได้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 ลดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายซ้ำ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของระบบฐานข้อมูลฆ่าตัวตายของประเทศ (โครงการวิจัยที่ 4)

5.1.8 บุคลากรด้านสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้นในช่วงระบอบของ COVID-19 จนเกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ การศึกษาวิจัยนี้จึงสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์และเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตทุกสาขาวิชาชีพ เพิ่มขวัญกำลังใจในด้านสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในสายงาน (โครงการวิจัยที่ 2)

5.1.9 การทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นงานที่มีคุณค่าแต่ไม่มีมูลค่า จึงควรที่จะศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการดูแล (Unit cost) รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเพื่อนำมาประกอบการคำนวณภาระงานสิทธิประโยชน์และค่าตอบแทน (On-top Service Fee) สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย (โครงการวิจัยที่ 2)

5.2 โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการศึกษานี้ ได้แก่

5.2.1 การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชุมชน (Universal Prevention)

- การเพิ่มความตระหนักรู้แก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการคืนข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายในพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น เพศ อาชีพ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด้านอื่น ๆ พร้อมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย เช่น การสร้างรั้วป้องกันบนตึกสูง มีระบบเฝ้าระวังติดกล้องบนสะพานสูง ออกกฎหมายเพื่อห้ามจำหน่ายยาฆ่าแมลงและศัตรูพืช เช่น พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และจำกัดปริมาณการใช้ไกลโฟเซต \

- เพิ่มความตระหนักรู้การฆ่าตัวตายแก่ประชาชน ผ่านการจัดนิทรรศการและเวทีเสวนาในวันฆ่าตัวตายโลก วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2564 และ 2565 โดยมีความร่วมมือจากสื่อมวลชน ในการนำเสนอที่เหมาะสมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เพิ่มการตระหนักรู้ปัญหาการฆ่าตัวตายและผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ประชาชน รวมถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เพื่อลดอคติและความเชื่อที่ผิด

- สร้างรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้และร่วมมือวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มตักงาน ไม่มีรายได้ กลุ่มแรงงาน กลุ่มเปราะบาง ครอบครัว การช่วยเหลือทางกาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ

- พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จัดทำเป็นคู่มือเผยแพร่บน website และเอกสารส่งไปยังหน่วยงานทั้งในและนอกสาธารณสุข

5.2.2 การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง (selective and indicated intervention) ซึ่งประกอบด้วย

- การคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Qplus ใช้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (gatekeeper) พร้อมทั้งให้การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา

- การประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือ mobile application SRA ใช้โดยบุคลากรสาธารณสุข พร้อมทั้งให้การดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉินทางกายทางจิต และเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมง

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะสั้น และระยะยาวจากการติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ (care plan) ในสถานบริการทุกระดับ

- เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด โดยเพิ่มทักษะการประเมินและดูแลทางจิตสังคม เช่น problem solving therapy, CBT for suicide, mindfulness-based cognitive therapy, brief intervention, grief therapy, group therapy for survivor loss

- ปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการและการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ
- เพิ่มระบบการให้คำปรึกษาผ่านสื่อทางไกลในระหว่างหน่วยบริการ
- พัฒนาจุดแจ้งเหตุสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะวิกฤติ คัดฆ่าตัวตายผ่าน เบอร์โทร 1669

191 hope taskforce

5.2.3 การป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือประสบความสูญเสียจากคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (post-vention)

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ที่สูญเสียจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียนที่เห็นเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย โดยบุคลากรนั้นสามารถคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและให้การเยียวยาภาวะเศร้าโศก รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง หรือ ประสานกับองค์กรเครือข่ายเพื่อให้การช่วยเหลือ ด้านอาชีพ เศรษฐกิจและสังคม

5.3 กลไกที่ใช้ในการบริหารจัดการสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ยึดหลักการ 4 อย่าง โดยเริ่มต้นจาก

1. ใช้ฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของพื้นที่ (ระดับจังหวัดและอำเภอ) ที่รวบรวมเป็นประจำ และวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเข้าไปประชากรกลุ่มเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง
2. จัดระบบคัดกรองเชิงรุกเพื่อนำกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต
3. จัดระบบบริการในสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพทั้งทางกาย-จิต-สังคม พร้อมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. ใช้กลไกคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัดถ่ายทอดสู่องค์กรเครือข่าย ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ผ่านกิจกรรมต่างๆ มีงบประมาณสนับสนุน และมีการนิเทศ กำกับ ติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกว่า “การฆ่าตัวตายป้องกันได้” มี 3 ระดับ คือ 1) ป้องกันสำหรับประชากรทั่วไป (universal prevention) ให้สามารถดูแลตนเองและคนอื่นๆ โดยพัฒนาเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ตระหนักรู้ด้านความเสี่ยงและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย สามารถสอดส่อง ใส่ใจคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อส่งต่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้รวดเร็ว ลดการใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ และลดการเข้าถึงอาวุธที่ใช้ทำร้ายตนเอง รวมทั้งการแนะนำให้สื่อสารมวลชน รู้จักวิธีรายงานข่าวสารการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมต่อสังคม 2) ป้องกันสำหรับกลุ่มเสี่ยง (selective prevention) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีทั้งด้านบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เยาวชน ผู้สูงอายุ คนป่วยเรื้อรัง คนว่างงาน ยากจน กลุ่มประชาชนชายขอบและด้อยโอกาสทางสังคม และผู้ที่สูญเสียญาติจากการฆ่าตัวตาย วิธีการป้องกันระดับนี้โดยการพัฒนากะตาะบุคลากรด่านหน้า (gatekeeper) ที่มีโอกาสพบเจอหรือทำงานกับบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ให้สามารถช่วยเหลือ ดูแลปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น ส่งต่อเข้าระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต หรือระบบบริการสาธารณสุข หรือองค์กรเครือข่ายที่มีสหสาขาวิชาชีพให้การช่วยเหลือด้านอาชีพ สงเคราะห์รายได้ หรือปรึกษาด้านการเงินและกฎหมาย 3) ป้องกันสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีความคิดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (indicated prevention) วิธีการป้องกันระดับนี้โดยพัฒนาระบบคัดกรองประเมินปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วินิจฉัยและรักษาโรคทั้งทางกายและจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับ

ความคิดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มพูนและพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดูแลรักษา กลุ่มเปราะบางแบบองค์รวม ปรับปรุงระบบส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ และระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในอนาคต รวมถึงส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การปรับตัวต่อสังคมที่วุ่นวาย เศรษฐกิจตกต่ำและ การเชื่อมโยงวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนามาช่วยการจัดการปัญหาต่างๆในทิศทางบวกต่อ สุขภาพจิต

เมื่อเทียบกับโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (ดูตารางที่ 3) พบว่ามีความใกล้เคียงและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะประเทศไทยเน้นใช้หลักการชุมชน เป็นฐาน และอิงแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต เช่นเดียวกับประเทศเกาหลีใต้ สิงคโปร์ มาเลเซีย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจนี้ต่างจากการศึกษาอื่น คือ การพัฒนาการคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Qplus ใช้โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (gatekeeper) พร้อมทั้งให้การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบ การรักษา การประเมินความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือ SRA mobile application ใช้โดยบุคลากรสาธารณสุข พร้อมทั้งให้การดูแล รักษาในภาวะฉุกเฉินทางกายทางจิต และเฝ้าระวังการทำร้าย ตนเองอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมง และติดตามต่อเนื่องได้ สิ่งที่น่าสนใจในการศึกษานี้คือ การส่งเสริมป้องกันการ ฆ่าตัวตายในเด็กนักเรียน และวัยรุ่นที่มีการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งควรมีการทำวิจัยเรื่องนี้ในอนาคต

ตารางที่ 3 โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพของประเทศไทยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

ประเทศ	การป้องกัน (Universal suicide prevention)	การรักษา (Intervention or selective and indicated suicide prevention)	การติดตามต่อเนื่อง (Postvention or tertiary suicide prevention)
ญี่ปุ่น	1. เพิ่มการตระหนักรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชน คนทำงานในสถานประกอบการ นักเรียนนักศึกษา ผ่านโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผ่านโปรแกรมการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต 3. เพิ่มบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ชุมชน 4. เพิ่มการสื่อสารด้านสุขภาพผ่านสื่อสาธารณะและเทคโนโลยีสารสนเทศ 5. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชน 6. กำหนดนโยบายทางสังคม ด้านการช่วยเหลือแรงงานที่ถูกละเมิด หรือผู้ว่างงาน 7. ส่งเสริมงานวิจัยด้านการฆ่าตัวตายและสุขภาพจิต สนับสนุนองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น สายด่วนก๊อปปี้ จุดแจ้งเหตุเกี่ยวกับคนที่เสี่ยงฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย	1. เพิ่มการคัดกรองและรักษาการซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่นๆ 2. ปรับปรุงการดูแลภาวะฉุกเฉินในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวช 3. ปรับปรุงการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคทางกาย 4. ปรับปรุงการดูแล จัดการผู้มีปัญหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด 5. เสริมความแข็งแรงของการช่วยเหลือภาวะวิกฤตในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 6. ลดการเข้าถึงอาวุธหรืออุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย	1. ให้คำปรึกษาและกำลังใจแก่ครอบครัวและเพื่อนของคนไข้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2. ป้องกันการฆ่าตัวตายหมู่ หรือเลียนแบบ

ประเทศ	การป้องกัน (Universal suicide prevention)	การรักษา (Intervention or selective and indicated suicide prevention)	การติดตามต่อเนื่อง (Postvention or tertiary suicide prevention)
เกาหลี	- ตั้งกฎหมายป้องกันการฆ่าตัวตาย (suicide prevention law) - ส่งเสริมสุขภาพจิตและโปรแกรมเพิ่มความสุจริตจากคำขอขอบคุณ - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปรึกษาในวัยเด็ก แก่เยาวชน และคนสูงอายุ - เพิ่มการตระหนักรู้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย และการป้องกันการฆ่าตัวตายแก่นักเรียน gatekeeper ในกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพศชายชอบ (sexual minority) - ส่งเสริมงานวิจัยด้านการฆ่าตัวตายและระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย - กำกับติดตามสื่อสาธารณะด้านการฆ่าตัวตายให้ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้	- ฝึกอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและบุคลากรด้านสุขภาพจิต ให้ตระหนักรู้และตอบสนองสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย - คัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนทั่วไป (universal screening for depression) และรักษาอย่างเข้มข้น - คัดกรองความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง - จำกัดการเข้าถึงอาวุธหรืออุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย - ให้การดูแลรักษาตามสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงสูง - ตั้ง Task force team for suicide prevention มีหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่แผนพบ เอกสารให้ความรู้ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขทุกปี และจัดระบบจัดการผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ห้องตรวจฉุกเฉิน จัดประชุมวิชาการประจำปี ประสานกับองค์กรอื่นๆ เช่น สมาคมแพทย์ เป็นต้น - จัดทำคู่มือ การจัดการภาวะวิกฤติฆ่าตัวตายในคนสูงอายุ - ฝึกอบรมโปรแกรมการจัดการรายกรณีระดับเตรียมเหตุของ - จัดทำคู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินทางกาย การประเมินความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือทางจิตใจในภาวะวิกฤติ และการส่งต่อสถาบันทางการแพทย์ - เพิ่มบริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์	การเยียวยาทางด้านอารมณ์ เครือข่ายและให้กำลังใจแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ดูแล ยุติมิตร ครอบครัว มีทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม

ประเทศ	การป้องกัน (Universal suicide prevention)	การรักษา (Intervention or selective and indicated suicide prevention)	การติดตามต่อเนื่อง (Postvention or tertiary suicide prevention)
สิงคโปร์ ดำเนินงาน ภายใต้ องค์กร SOS (Samaritans of Singapore) ก่อตั้งมาตั้งแต่ ปี คศ 1969, 53 ปี	1. ใช้ความร่วมมือจากองค์กรเครือข่ายทั้งหน่วยงานด้านบริการสุขภาพ และหน่วยงานบริการสังคม ตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับชุมชน ภาครัฐและเอกชน ดูแลเด็กและเยาวชนที่มีปัจจัยเสี่ยง 2. ศึกษาความต้องการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อป้องกัน การฆ่าตัวตาย ได้ 5 ประเด็น คือ ให้เกียรติผู้สูญเสีย ส่งเสริม สุขภาพจิตระดับบุคคล ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพตามความจำเป็น แต่ละคน และสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว ศึกษาปัจจัยเสี่ยง ต่อฆ่าตัวตาย เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาจิตใจ ประสบปัญหา ชีวิตก่อให้เกิดความเครียด ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม 3. เริ่มจากสร้างการตระหนักรู้โดยประชาชนผ่านองค์กรต่างๆ จนถึงประชาชนในชุมชน Advocacy 4. Prevention ฝึกอบรมให้ความรู้สร้างเสริมสุขภาพจิต จัดการความเครียด สร้าง mental resilience แก่เยาวชน คนทำงานในสถานประกอบการ และผู้สูญเสียโดยเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 50 ปี 5. Support เพิ่มหน่วยบริการด้านสังคมและสุขภาพจิตในชุมชน ทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรเครือข่าย (multi-agency group) ช่วยเหลือเด็ก วัยรุ่น ครอบครัว คนสูงอายุ และคนดูแลผู้ป่วย (At-risk group) 6. บริการสายด่วน 24 ชั่วโมง 7. ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Email) ติดต่อยุติเมตริจิต ลดอคติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ 8. ส่งเสริมงานวิจัย 9. ใช้ชุมชนเป็นฐานบริการเชิงรุกโดยองค์กร Agency of Integrated Care (AIC) สร้าง community outreach team	1. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือภาวะวิกฤติ Crisis intervention 2. Early identification โดยคัดกรองและเชิญชวนให้เข้ารับ การช่วยเหลือ 3. บริการผู้เชี่ยวชาญ 4. ให้คำปรึกษารายกรณีศึกษา	ให้การเยียวยาภาวะเศร้าโศกเชิงรุก ในชุมชนแก่ครอบครัวและเพื่อน ของคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ Suicide Survivors (LOSS)

ประเทศ	การป้องกัน (Universal suicide prevention)	การรักษา (Intervention or selective and indicated suicide prevention)	การติดตามต่อเนื่อง (Postvention or tertiary suicide prevention)
มาเลเซีย	1. สร้างการตระหนักรู้ 2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น ลดการเข้าถึงอาวุธหรืออุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย เฝ้าระวังตำแหน่งที่มีการฆ่าตัวตายเช่น ตึกสูง สะพาน เป็นต้น 3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง 4. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5. ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ มีแนวทางจัดการตามระดับความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายที่ชัดเจน	1. มีทีม Suicide acute response team (sart) ให้การช่วยเหลือแบบเฉียบพลัน ณ จุดเกิดเหตุ 2. มีแผนปฏิบัติการช่วยเหลือภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ 3. มีการนำแผนการรักษา (care plan) มาใช้	1. การเยียวยาทางด้านอารมณ์เศร้าโศกและให้กำลังใจแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากคนที่มีฆ่าตัวตายสำเร็จ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ดูแลญาติมิตรคู่สมรส ครอบครัว 2. ให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้สูญเสียที่มีความเสี่ยงสูง 3. เชื่อมโยงกับกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเยียวยาและฟื้นคืนสติ Appropriate memorial activities eg. Religious memorial services, Islamic “tahlil” 4. Reinforcement of prevention strategies.

ข้อเสนอแนะ

จากการนำนวัตกรรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยสามารถสรุปข้อเสนอแนะที่เกิดจากการพัฒนานวัตกรรมแก้ไขการฆ่าตัวตายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถแบ่งระดับของข้อเสนอแนะออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนทั่วไป และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับกรมสุขภาพจิต

1. ควรกำหนดแผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติผ่านกลไกความร่วมมือระดับกระทรวงต่าง ๆ ภายใต้พรบ.สุขภาพจิต (คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ)
2. พัฒนา สร้างและสนับสนุนองค์ความรู้ (แนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร คู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์วิจัย) ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. ผลักดันให้มีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
4. ผลักดันให้มีการเพิ่มงบประมาณที่เพียงพอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย และสะท้อนข้อมูลให้กับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

สำหรับองค์กรเครือข่าย (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม)

1. ร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ พร้อมสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
2. สนับสนุนให้หน่วยงานเกิดกิจกรรมคัดกรอง ช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสถานประกอบการ สถานศึกษา และชุมชน
3. ควบคุมและเฝ้าระวังสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น ตึกสูง สะพาน อาคาร / สถานที่รกร้าง ที่จอดรถ รวมถึงการเข้าถึงอาวุธและสารเคมีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

สำหรับสื่อมวลชน / social media influencers

1. ควบคุม กำกับ ด้านการนำเสนอข่าวที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการเลียนแบบและลดผลกระทบจากการรับข่าว รวมทั้งการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
2. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และรับแจ้งเหตุ กรณีมีผู้ส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
3. ผลิตสื่อที่สร้างสรรค์เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อผู้ฆ่าตัวตาย
4. ไม่ผลิต ไม่ส่งต่อ สื่อที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสังคม

สำหรับสถาบันการศึกษา

1. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย แก่นักเรียนนักศึกษา และแกนนำนักเรียนหรือนักศึกษาเพื่อช่วยสอดส่อง คัดกรอง ใส่ใจ และส่งต่อให้หน่วยบริการ
2. พัฒนาระบบการคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและการส่งต่อให้หน่วยบริการสาธารณสุข แก่ครู ผู้ปกครอง และจิตอาสา
3. พัฒนาศักยภาพครูแนะแนว ครูที่ปรึกษา ครูฝ่ายกิจการนักเรียน ในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร

1. ส่งเสริม สนับสนุน ความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และรับแจ้งเหตุกรณีมีผู้ส่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้น แก่ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานคร และระบบส่งต่อในโรงพยาบาลเครือข่ายของสังกัดกรุงเทพมหานคร
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการป้องกันการฆ่าตัวตายเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

สำหรับหน่วยบริการด้านสาธารณสุข

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านหน้าทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ให้มีความรู้ในการคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข
2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย จากการสอบสวนโรคและระบบรายงานระดับจังหวัด และอำเภอ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงเป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ในการบริหารจัดการแก้ปัญหาในพื้นที่
3. ติดตามผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกผลการติดตามเป็นระยะตามแนวทางที่กำหนด
4. ศึกษาการนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ตามผลการวิจัยของโครงการไปใช้ เพื่อดูประสิทธิผลของแนวทาง ฯ
5. ส่งเสริมสนับสนุนการนำ mobile application SRA ที่พัฒนาขึ้นจากโครงการนี้ไปใช้ในระบบบริการ

สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

1. มีการประชุมนำเสนอข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย หรือกรณีศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง เพื่อเรียนรู้และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม
2. สนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแก่ประชาชน รวมทั้งชักชวนใจในชุมชน
3. สนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ เพื่อให้เห็นกลุ่มเป้าหมาย และปัจจัยเสี่ยงของคนในพื้นที่ได้ชัดเจน รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนดำเนินการป้องกันในพื้นที่

สำหรับสถานศึกษา สถานประกอบการ

1. นำโปรแกรมวัคซีนใจไปใช้ในสถานศึกษาและสถานประกอบการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในองค์กร และดูแลสุขภาพจิตของคนในองค์กรให้มีความพร้อมรับมือกับภาวะวิกฤตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
2. มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแก่คนในองค์กร ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ

สำหรับองค์กรศาสนา

1. บูรณาการการให้ความรอบรู้ด้านศาสนากับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้มีความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิต คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งให้คำปรึกษาที่เชื่อมโยงกับหลักศาสนา

สำหรับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

1. ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมพื้นฐานสำหรับทุก ๆ ชุมชน

2. สนับสนุนงบประมาณการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่

3. รับนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายและถ่ายทอดลงพื้นที่สู่การปฏิบัติโดยผ่านการรับรู้สถานการณ์การฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงของคนในพื้นที่จากข้อมูลสะท้อนกลับของระบบรายงานการฆ่าตัวตายของจังหวัด

สำหรับกระทรวงวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

ส่งเสริมและสนับสนุนทุนวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนทั่วไป

1. เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย

2. พัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ รวมถึงทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลบุคคลใกล้ชิดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เรียนรู้การคัดกรองสุขภาพจิตด้วยตนเอง ผ่าน Mental Health check in และการติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งจากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือหรือเรียนรู้ด้วยตนเอง

3. รู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ วิวิจารณ์ ไม่หลงเชื่อ ไม่คล้อยตาม ไม่เลียนแบบ เลือกรับสื่อที่เชื่อถือได้

4. สอดส่อง มองหา ใส่ใจ รับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุข

5. ร่วมกันรณรงค์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

1. ทำวิจัยด้านการติดตามและประเมินผลการใช้นวัตกรรมในระยะยาว

2. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบที่ประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการประยุกต์ใช้ร่วมกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างนวัตกรรมกับบริบทในพื้นที่การศึกษา

3. ทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายกับต่างประเทศ ความแตกต่างระหว่างมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยกับต่างประเทศ พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเพื่อพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในอนาคต เพื่อวางแผนจัดทำนวัตกรรมรองรับ



ภาพที่ 13 ก้าวต่อไปสำหรับการพัฒนางานด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. กลุ่มผู้ทำงานมีระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและแนวทางการขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เจ้าของกิจการ (โรงงาน) เป็นต้น
2. ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีแนวทางการดูแลในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ โดยมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลทุกระดับและในชุมชน
3. บุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พร้อมหลักสูตรการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นในแต่ละระดับของสถานบริการทางสุขภาพ ร่วมกันมีคู่มือในการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อในเขตสุขภาพ ทำให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็ว ไร้รอยต่อและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เกิดการเพิ่มคุณภาพในการดูแล รักษา กลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
4. นักวิจัย ได้เห็นช่องว่างในการดูแลรักษากลุ่มเปราะบาง สามารถทำวิจัยได้ลึกขึ้น รวมถึงการวิจัยต้นทุนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย
5. ระดับชุมชน มีระบบคัดกรองและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในพื้นที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยในการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถูกต้อง
6. องค์ความรู้จากโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เป็นการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการดำเนินงานจากระดับ “บุคคล” ไปสู่ “ชุมชน” และการมุ่งเน้นการบูรณาการ งานในระดับชุมชน ทั่วทั้งกาย ใจ สังคม ที่ชุมชนสามารถนำไปใช้ได้ในอนาคต เมื่อเกิดวิกฤตต่างๆ
7. ระดับนโยบาย ผู้บริหารมีแนวทางในการบริหารและขับเคลื่อน การดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสูง รวมถึงได้เห็นกระบวนการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการและขับเคลื่อนนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนและเหมาะสม มีองค์ความรู้ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและการขยายผลนโยบายสุขภาพจิตในระดับประเทศ

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ ประกอบด้วยองค์กรใน 3 ระดับ ดังนี้

1. องค์กรระดับนโยบาย ได้แก่ 1) รัฐบาล 2) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3) หน่วยงานสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 4) หน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงาน 5) หน่วยงานสังกัดสำนักงานประกันสังคม 6) หน่วยงานสังกัดกรมประชาสัมพันธ์ 7) หน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทย 8) หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต 9) หน่วยงานสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 10) หน่วยงานสังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนา 11) หน่วยงานสังกัดหอการค้า 12) หน่วยงานสังกัดธนาคารแห่งประเทศไทย 13) หน่วยงานสังกัดกระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น

2. องค์กรระดับจังหวัด ได้แก่ 1) ส่วนราชการจังหวัด 2) สาธารณสุขจังหวัด 3) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 4) แรงงานจังหวัด 5) สำนักงานประกันสังคม 6) ประชาสัมพันธ์จังหวัด 7) องค์การบริหารส่วนจังหวัด 8) เทศมนตรี 9) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 10) คณะสงฆ์จังหวัด 11) หอการค้าจังหวัด 12) ธนาคารกรุงไทย 13) ธนาคารออมสิน 14) ธนาคารเกษตรและสหกรณ์ 15) ศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ดูแลจังหวัด 16) คลังจังหวัด 17) สำนักงานพาณิชย์จังหวัด 18) โรงพยาบาลจิตเวชที่ดูแลจังหวัด 19) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในจังหวัด 20) NGO 21) ภาควิชาเครือข่ายอื่นๆ เป็นต้น

3. องค์กรระดับชุมชน ได้แก่ 1) ชมรมระดับหมู่บ้าน 2) องค์การบริหารส่วนตำบล 3) วัด สถานปฏิบัติธรรม 4) โรงเรียน 5) หอกระจายข่าว 6) ร้านค้า เป็นต้น

บรรณานุกรม

(มรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน พ.ศ. 2562 – 2563)

(WHO, 2018)

World Health Organization. (2018). National suicide prevention strategies: progress, example and indicators. Geneva; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved 25 February 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>

WHO (2011). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/

WHO (2017). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2017/en/

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย)

Economics Department, OECD, 2020. Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity [WWW Document]. New OECD Outlook Glob. Econ URL.https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=126_126496evgsi2gmqj&title=Evaluating_the_initial_impact_of_COVID-19_containment_measures_on_economic_activity accessed 4.14.20.

Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J.A.C., Lu, T.-H., Cheng, A.T.A., 2009. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc. Sci. Med. 68, 1322–1331. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>

(ข่าวจากผู้จัดการธนาคารโลก พ.ศ.2563)

(จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย พ.ศ.2562 - 2563)

(CDC, 2019)

ป.
ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง
ของแต่ละโครงการย่อย

โครงการย่อยที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

1. บทคัดย่อ

ปัญหา: การแพร่ระบาดของโรค COVID- 19 ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ตกงานและไม่มีรายได้ แม้รัฐบาลจะให้การช่วยเหลือผ่านสวัสดิการภาครัฐ แต่ประชาชนยังมีความทุกข์ และใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก นอกจากนี้ ในแต่ละจังหวัดยังไม่มีรูปแบบการร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและผู้ตกงานที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: 1) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ตกงาน 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ ปัญหาและสถานการณ์ ระยะที่ 2 สะท้อนผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายฯ ใน 4 จังหวัดนำร่อง คือ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ระยะที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบ ความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ระยะที่ 4 กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนใน 21 จังหวัด ระยะที่ 5 ติดตาม เสริมพลังและประเมินผล

ผลการศึกษา: พบว่าการตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อย กลุ่มผู้ตกงาน ไม่ได้รับค่าชดเชยจากการถูกเลิกจ้าง แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด เสนอให้ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย แก่นนำชุมชน อสม. ประชาชน 3) การคืนข้อมูลให้ชุมชนรับรู้สภาพปัญหา 4) ติดตามประเมินผล อัตราฆ่าตัวตายใน 4 จังหวัดนำร่องเปรียบเทียบกับช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564- 2565 มีเพียงจังหวัดกาฬสินธุ์จังหวัดเดียวที่ อัตราการฆ่าตัวตายลดลงจาก 10.65 เป็น 9.23 ต่อแสนประชากร

ข้อเสนอแนะ: 1) ติดตามผลจากนวัตกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง 2) กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติไม่ต่ำกว่า 10 ปี 3) สนับสนุนและพัฒนาความรู้เชิงวิชาการ การจัดการข้อมูลและจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย โดยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน 4) แต่งตั้งคณะขับเคลื่อนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ภายใต้คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 เพื่อให้การตอบสนองต่อปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการฆ่าตัวตาย

The project 1: Development of Multi-sectoral Collaboration for Universal and Selective Suicide Prevention in 4 Provinces, 4 Regions of Thailand

Problems: Pandemic of COVID-19 affected the public and vulnerable groups especially unemployed. Although the government provided public welfare but people still suffer and suicide. In addition, in each province there is no clear form of multisectoral collaboration for suicide prevention in the general public and the unemployed.

Objectives: 1) To develop multisectoral collaboration model for suicide prevention among the general population and the unemployed; 2) To develop suicide prevention guidelines for unemployed people with risk of suicide

Methods: A Participation Action Research model was developed in this study divided to 5 stages: 1st stage situational analysis. 2nd stage reflected the results of situational analysis and developed provincial multisectoral collaboration model in 4 pilot provinces. 3rd stage improved multisectoral collaboration model. 4th stage encouraged and promoted mechanisms to drive provincial multisectoral collaboration in 21 provinces. 5th stage monitoring, empowerment, and evaluation the result of this study.

Results: The study found that the awareness of the suicidal problem among provincial executives and communities is still low. Most of the unemployed did not received unemployed compensation. The provincial action plan for suicide prevention was found that 1) Create multisectoral collaboration both public and private sectors. 2) Capacity building of network personnel, community leaders, public health volunteers, people. 3) reflection of information to the community. and 4) Monitoring and evaluation. The results found that the suicide rates decreased only in Kalasin province.

Recommendations: 1) Continuously monitor the effects of suicide prevention innovations. 2) Establish a national suicide prevention strategy for at least 10 years. 3) Support and develop academic knowledge data management and allocating the necessary budget and resources in cooperation with all sectors. 4) Established under the Coordinating Subcommittee for Law Enforcement Mental Health Act 2008 for effective and timely response to the problem.

Key words: Multisectoral Collaboration, Universal and Selective Suicide Prevention

2. ภาพรวมโครงการย่อย

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ กลุ่มผู้ตกงานและไม่มีรายได้ ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังจากสภาพเศรษฐกิจ สังคมตกต่ำ ต้องปรับตัวกับวิถี (new normal) แม้ว่ารัฐบาลจะให้การช่วยเหลือผ่านสวัสดิการภาครัฐ แต่ประชาชนยังมีความทุกข์และใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก องค์กรเครือข่ายในพื้นที่ยังไม่มีรูปแบบการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ตกงาน ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปในกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ตกงานในช่วง COVID-19

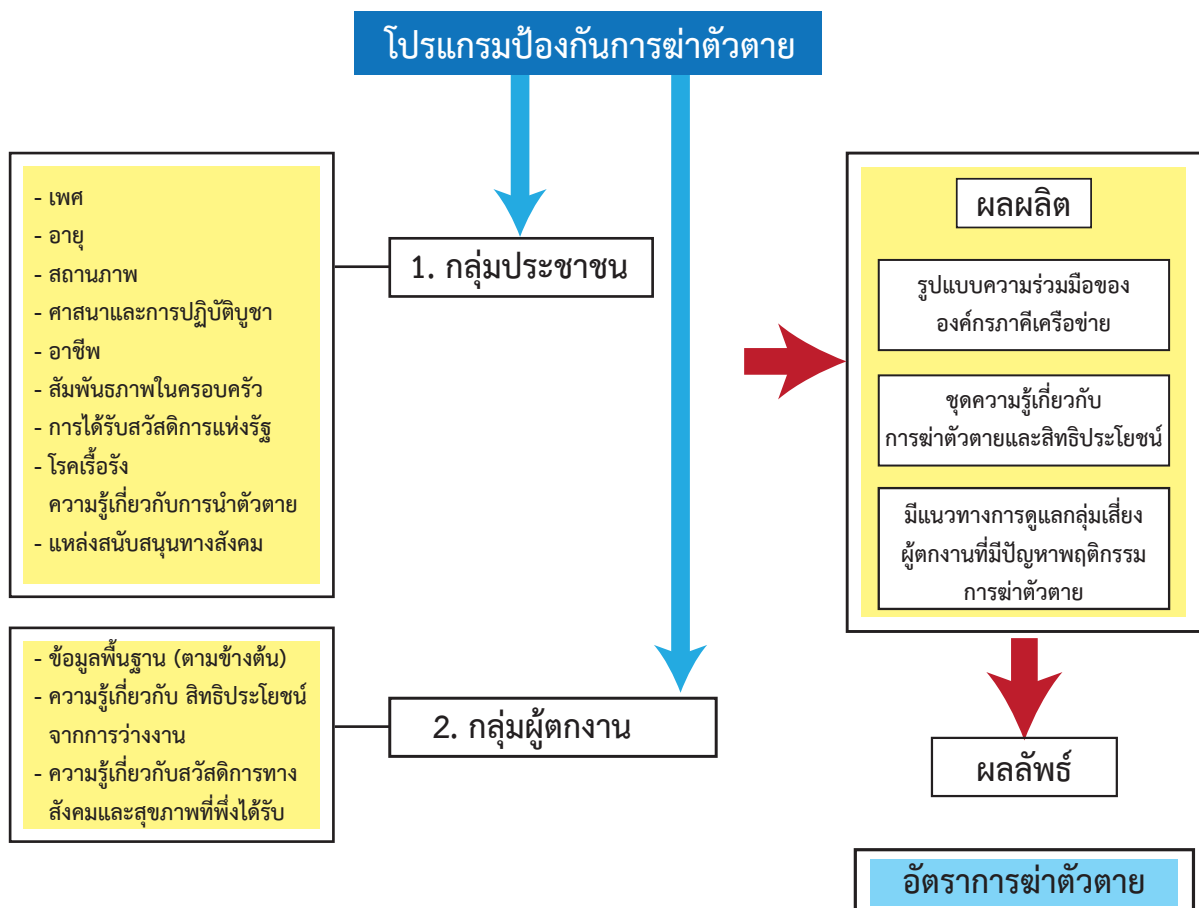
3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากบทความขององค์การอนามัยโลก (WHO,2018) ที่กล่าวถึงยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาต้องเน้นความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ไม่เพียงแต่กระทรวงสาธารณสุข แต่หมายรวมถึงกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาความมั่นคงในมนุษย์ กระทรวงเกษตร กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย นักกฎหมาย นักการเมือง และนักประชาสัมพันธ์ ตัวอย่างที่รายงานความสำเร็จคือประเทศภูฏาน รัฐบาลของประเทศภูฏานได้ร่างแผนยุทธศาสตร์ในปี 2558 ในรูปแบบบูรณาการด้านสุขภาพจิตผ่านสถานบริการปฐมภูมิ ป้องกันความรุนแรงในครัวเรือน และยุทธศาสตร์การลดปัญหาผู้ใช้สุราและสารเสพติด มีการคัดกรองสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งอยู่ในเวชปฏิบัติทั่วไป และศูนย์ฟื้นฟูเป็นส่วนใหญ่ ตามด้วยยุทธศาสตร์ให้ประชาชนทุกคนสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็น ยุทธศาสตร์ของประเทศภูฏานใช้เวลาตั้งแต่ ปี 2558 – 2560 โดยมีเป้าหมายคือป้องกันการฆ่าตัวตายทุกวัย โดยส่งเสริมให้มีผู้นำและความร่วมมือจากองค์กรเครือข่ายต่างๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย สร้างความแข็งแกร่งให้กับองค์กรเหล่านั้นโดยใช้แผนปฏิบัติการการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะวิกฤติ ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(รวมถึงความคิดฆ่าตัวตาย มีประวัติการฆ่าตัวตาย) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรด้านหน้า ให้มีความสามารถในการคัดกรองการฆ่าตัวตาย ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง (Community resilience) และมีการช่วยเหลือกันและกันในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับโรงเรียน และหน่วยงานอื่นๆ พัฒนฐานข้อมูลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อนำมาวางแผนและสร้างโปรแกรมใหม่ๆ ยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการทำเป็น 3 ระดับ ได้แก่ universal selected and indicated suicide prevention โดยรัฐบาลของประเทศภูฏานได้ทำยุทธศาสตร์ที่ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ทั้งประเทศ แต่ละกิจกรรมของยุทธศาสตร์เน้นประสิทธิภาพความเป็นไปได้ ประโยชน์ของสาธารณสุข และการยอมรับในเชิงวัฒนธรรมมีการจัดตั้ง steering committee for national suicide prevention ซึ่งมีองค์ประกอบของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ตามยุทธศาสตร์และแผนงาน คณะกรรมการฯ มีการประชุมทุก 6 เดือน เพื่อรายงานความก้าวหน้า และทำหน้าที่ต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในระยะเริ่มต้นการนำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายไปใช้ระดับอำเภอและท้องถิ่น จำนวน 20 อำเภอ โดยมีหน่วยงานของรัฐบาลช่วยสนับสนุนและบริหารจัดการด้านงบประมาณ คณะกรรมการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ ท้องถิ่น มีบทบาทให้การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เกิดในชุมชน

จัดระบบการติดตามและประมวลผลโดยผู้มีส่วนร่วมทั้งหลายจะต้องนำเสนอรายงานทุก 6 เดือน ในรูปแบบรายงานมาตรฐาน ผลการดำเนินงานจากกระบวนการทั้งหมด ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศถูกลดลง เห็นได้จากรายงานที่รวบรวมผ่านระบบการลงทะเบียนการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายระดับชาติ และนำเสนอเป็นรายงานประจำปี

ในภาวะวิกฤติการระบาดของโควิด-19 ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงได้รับผลกระทบอย่างมากเกิดความเครียดเรื้อรังจากสภาพเศรษฐกิจ สังคมตกต่ำ ต้องปรับตัวกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal) แม้ว่ารัฐบาลจะให้การช่วยเหลือผ่านสวัสดิการภาครัฐ แต่ประชาชนยังมีความทุกข์และใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก องค์กรเครือข่ายในพื้นที่ซึ่งไม่มีรูปแบบการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงคือผู้ตกงาน ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปในกลุ่มเสี่ยงคือผู้ตกงานในช่วง COVID-19

กรอบแนวคิดการวิจัย



4. ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) แบ่งเป็น 5 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พื้นที่ที่ทำการศึกษาคือเป็นจังหวัดที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2562) และหรือปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 8 ต่อประชากรแสนคนและบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี จึงได้จังหวัดน่าน 4 จังหวัด คือ จังหวัดลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ และจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 7 กลุ่ม โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารที่ทำในองค์กรระดับจังหวัด บุคลากรเครือข่ายในสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามในกลุ่ม ประชาชนทั่วไป ผู้ตงาน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้น 1,457 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษาใน 4 จังหวัดน่าน

ลำดับ	ภาค	จังหวัด	ผู้บริหาร	บุคลากร เครือข่าย ในสร.	บุคลากร เครือข่าย นอก สร.	อสม.	ผู้นำ ชุมชน	ประชาชน ทั่วไป	กลุ่ม ผู้ตงาน	รวม
1	เหนือ	ลำพูน	17	10	0	25	25	200	100	377
2	กลาง	นครสวรรค์	15	9	0	12	20	164	80	300
3	อีสาน	กาฬสินธุ์	18	9	7	25	25	197	100	381
4	ใต้	นครศรีธรรมราช	14	10	6	15	25	199	100	369
รวม			64	38	13	77	95	760	380	1,427

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับประชาชนทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเข้าใจเกี่ยวกับวัชชีนจิตใจการเข้าถึงสวัสดิการภาครัฐ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเมื่อมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผลกระทบจากคนในครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย ด้านจิตใจ ด้านการเงิน การทำงาน การเข้าสังคม และชุมชนการเข้าถึงอาวุธหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากสื่อสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย หรือเผยแพร่เกี่ยวกับเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย ข้อรังเกียจของชุมชนต่อการฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจต่อสวัสดิการที่ได้รับ

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ตงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล สภาพครอบครัว และเศรษฐกิจของผู้ตงาน ระยะเวลาการตงาน ผลกระทบที่เกิดจากการตงาน การใช้สุราและสารเสพติดในผู้ตงานความรู้และทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเข้าใจเกี่ยวกับวัชชีนจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับ สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับการตงาน การเข้าถึงสวัสดิการภาครัฐ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเมื่อมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการเข้าถึงอาวุธหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากสื่อสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย หรือเผยแพร่เกี่ยวกับเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย ข้อรังเกียจของชุมชนต่อการฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจต่อสวัสดิการที่ได้รับ

3. กรอบประเด็นในการการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร เกี่ยวกับนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย บทบาทและหน้าที่ของแต่ละองค์กรในงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

4. กรอบประเด็นในการการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับบุคลากร รพ.สต. เกี่ยวกับการบูรณาการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ระบบการเข้าถึงกลุ่มผู้ตกงาน การคัดกรองและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ การลงทะเบียน รง.506S ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

5. กรอบประเด็นในการสนทนาแบบกลุ่มสำหรับบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงและการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบูรณาการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน การช่วยเหลือเบื้องต้น ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

6. แบบสอบถามสำหรับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้เครื่องมือ Application บนมือถือหรือเครื่องมือ Mental Health Check In การบูรณาการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน การช่วยเหลือเบื้องต้น ความต้องการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่จะให้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การติดตามดูแลต่อเนื่องการส่งต่อ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

7. แบบสอบถามสำหรับผู้นำชุมชน เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ การเข้าถึงผู้ตกงาน การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบูรณาการกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ความเข้าใจในหลักการสร้างวัคซีนใจ ในชุมชน (4 สร้าง 2 ใช้) การช่วยเหลือผู้ตกงานที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเบื้องต้น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเสริมสร้างรายได้เพื่อช่วยเหลือกันในชุมชน ความต้องการการช่วยเหลือปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจะมีการถอดเทปและรวบรวมตรรกะนิคคำแล้วสังเคราะห์เป็นกลุ่มหัวเรื่อง เชื่อมโยงตามกรอบแนวคิดที่วางไว้ กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาจะกระทำโดยทีมวิจัยเชิงคุณภาพประชุม พิจารณาร่วมกันใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทีมวิจัยที่มีความชำนาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการประชุมทีมวิจัยเป็นระยะๆ

ระยะที่ 2 จัดเวทีสะท้อนผลการศึกษาและพัฒนาารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง คณะผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อสะท้อนข้อมูลที่ให้แก่เครือข่ายบุคลากรทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 จังหวัดนำร่อง (ลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ นครศรีธรรมราช) โดยใช้รูปแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of Participation: TOP Model) ประกอบด้วยเทคนิคพื้นฐาน 3 เทคนิค ได้แก่ การถกปัญหา (discussion) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) และการวางแผนปฏิบัติการ (action planning) เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายและจัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (ฉบับร่าง) รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 3 การทดลองและปรับปรุง นำรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายและแนวทางปฏิบัติ สำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฉบับร่าง) มาให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ ทบทวน และให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงก่อนนำไปสื่อสารสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 4 กระตุ้นส่งเสริมให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนใน 21 จังหวัด โดยการจัดสรรงบประมาณ ในการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานในคณะกรรมการระดับจังหวัดผ่านกลไกของการประชุมคณะอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการ ฆ่าตัวตายระดับเขต (Suicide Prevention Taskforce) ของกรมสุขภาพจิตและผู้รับผิดชอบงานด้าน สุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัด

ระยะที่ 5 ติดตาม ประเมินผล และเสริมพลัง โดยใช้ CIPP Model เพื่อคูบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ทำงานและผลลัพธ์การทำงานที่ส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายใน 4 จังหวัดนำร่องและ 21 จังหวัด เป้าหมายเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการพัฒนา

5. ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พบว่าการรับรู้ของผู้บริหารผู้บริหารรับรู้เกี่ยวกับสถิติการฆ่าตัวตายของจังหวัดสูงเป็นลำดับ ต้นๆ ของประเทศและเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข แต่จากการรับรู้สถานการณ์การระบาดของ โรคโควิดไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงที่นำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายมีสูงอยู่เดิม อาจจะมีส่วนทำให้เพิ่มขึ้นแต่ไม่มาก เนื่องจากมีจำนวนผู้ตกงานเพิ่มขึ้น สภาวะเศรษฐกิจและสังคมตกต่ำ กลุ่มตกงาน ร้อยละ 72.57 ไม่ได้รับค่าชดเชยจากการถูกเลิกจ้าง เนื่องจากไม่รู้สิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงได้รับ ร้อยละ 43.44 มีการรับรู้แต่ไม่ได้รับการชดเชย ส่วนการได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ 3 ใน 4 ของจังหวัดได้รับสวัสดิการ จากโครงการราชนະ และ 1 ใน 4 ของจังหวัดได้รับจากโครงการคนละครึ่ง เฟส 2 ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ ที่ได้รับ : จังหวัดลำพูนและนครศรีธรรมราช พอใจในสวัสดิการที่ได้รับ ส่วนนครสวรรค์และกาฬสินธุ์ รู้สึกเฉยๆ กับสวัสดิการแห่งรัฐที่ได้รับ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ: ส่วนใหญ่ได้รับเงินกู้จากธนาคารในอัตราดอกเบี้ยต่ำกว่า ปกติ/การพักชำระหนี้ รองลงมาได้รับการช่วยเหลือจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และการเปิดตลาดขายสินค้าอุปโภค/บริโภค ตามแหล่งที่หน่วยราชการอนุญาตให้ขายได้เป็นครั้งคราว เช่น ถนนคนเดิน เปิดท้ายขายของ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระบบดูแลการป้องกันการฆ่าตัวตายใน 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง นับถือศาสนา พุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป มีการประสบปัญหา การเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจในกลุ่มนี้ ได้รับสวัสดิการภาครัฐมากที่สุด คือ โครงการคนละครึ่ง ช่องว่างสำคัญจาก ที่พบจากการศึกษา มีดังนี้

1. ความรอบรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไป ผู้ตกงาน ยังมีน้อย และมีอคติ ไม่ได้ตระหนักถึงสัญญาณเตือน มีทัศนคติว่า คนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนอ่อนแอ หนีปัญหา คนฆ่าตัวตายไม่บอกใคร และการถามเกี่ยวกับการตายเป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย

2. ความตระหนักและมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังมีน้อย เครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ขาดข้อมูล รวมทั้งนโยบาย และแนวทางการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่ชัดเจน ยกเว้น จังหวัดลำพูนซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาระยะเวลาหนึ่งเนื่องจากผู้ว่าราชการจังหวัดเห็นความสำคัญของ

อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงติดอันดับของประเทศมาหลายปีและมีนโยบายชัดเจนที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักการ “สี่เสาเราไม่ทิ้งกัน” ส่วนจังหวัดที่เหลืออีก 3 จังหวัดยังไม่มีคณะกรรมการระดับจังหวัดที่จะดำเนินการเชิงนโยบายการป้องกันฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่สำนักงานสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบติดตามตัวชีวิตที่ได้รับคำสั่งมาจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

3. การเข้าถึงอาวุธฆ่าตัวตายมีความสะดวกและง่ายมาก ได้แก่ ขงมีคม น้ำยาเคมี ยาแก้ปวด เชือก เตาถ่าน จะมีอยู่ในห้องต่างๆ ภายในบ้านมากกว่าอยู่ในที่มิดชิด



ระยะที่ 2 การสะท้อนข้อมูลและพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดใช้รูปแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of Participation: TOP Model) เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

ผลการศึกษาจุดอ่อน/ข้อจำกัด และจุดแข็ง/ข้อดี การมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของคนในชุมชน (แผนปฏิบัติการ) ประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายและการวิเคราะห์แผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด จำแนกตาม 4 จังหวัด 4 ภาค ดังนี้

1. ภาคเหนือ (ลำพูน) วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2565

จุดแข็ง/ข้อดีของจังหวัดลำพูนเกิดจากผู้นำหรือผู้บริหารของจังหวัดให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายขององค์กร โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดลำพูน ความเข้มแข็งและร่วมมือของเครือข่าย ความทุ่มเทของคณะทำงาน ความร่วมมือในชุมชน รวมถึงบริบทของจังหวัดเป็นเมืองบุญ และคนมีจิตใจดีเป็นคนใจบุญ และไม่ทอดทิ้งกัน

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด การดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาโควิดมีความเร่งด่วนต้องดำเนินการก่อน ปัญหาการฆ่าตัวตายยังถูกมองไม่เห็นว่าเป็นเรื่องใหญ่หรือเรื่องด่วน ความไม่เข้าใจถึงปัญหา ทำให้ขาดความร่วมมือและขาดงบประมาณ ด้านปัจจัยด้านบุคคลยังขาดความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหา ไม่เข้าใจวิธีการ มีภาระงานมาก เวลาของผู้มีส่วนร่วมน้อย การมีอคติ และมีภาวะหมดไฟ ปัจจัยด้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและญาติรู้สึกอับอาย กลัวคนดูถูก ทำให้ขาดความร่วมมือและทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

ผลการระดมความคิดของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ มีการรับรู้ทางออกของปัญหา มีวิธีรับมือกับปัญหา สามารถแก้ไขได้ถูกต้อง หลากหลาย ต้นเหตุปัญหาได้รับการแก้ไข มีแนวทางที่ดีที่ทำให้ประชาชนมีความสุข สุขภาพจิตดี มีทางออกของชีวิต ได้ที่พึ่งทางใจ การฆ่าตัวตายลดลง/ไม่อยากฆ่าตัวตายประชาชนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชนมีความสุข

ผลการวิเคราะห์แผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดลำพูนโดยสมาชิกกลุ่ม พบว่าแผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 สำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นแผนงานระดับจังหวัดที่เกิดจากการระดมความคิด ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจกรรม เป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน แผนงานมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ลงมือทำได้ สามารถนำไปประยุกต์ในพื้นที่ได้ โดยการนำเรียนผู้บริหาร ประชาสัมพันธ์ สร้างภาคีเครือข่าย นำไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ ดำเนินการตามแผน โดยประสานความร่วมมือ ทุกคน ทีม เครือข่าย ให้ความร่วมมือทำตามแผน ด้วยความทุ่มเทและตั้งใจ

การพัฒนาแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่ม เสี่ยงแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดของจังหวัด ลำพูน
วันที่ 20-21 มกราคม 2565



2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กาฬสินธุ์) วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2565

จุดแข็ง/ข้อดี ผู้นำของจังหวัดกาฬสินธุ์ มีนโยบายนำแล้ว ฝ่ายปกครองสาธารณสุข ตำรวจ ร่วมงานกันแล้ว งบประมาณ แม่ข่าย รพ.กาฬสินธุ์ เครือข่ายเข้มแข็ง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ทำงานตามระบบ มีเป้าหมายที่แน่นอนและมองเห็นประโยชน์ของส่วนรวมเป็นหลัก กำหนดเป็น KPI ที่ต้องติดตาม คนทำงานสุขภาพจิต จิตใจเข้มแข็ง นักสู้ คนทำงานจริง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.เข้มแข็ง ดำเนินชีวิตวิถีพุทธ พื้นที่และคนในชุมชนสอดส่องช่วยเหลือกัน/มี อพม. อสม. แต่ละตำบล คนกาฬสินธุ์พื้นฐานมีความห่วงใย ทีมสาธารณสุข อีดี อีดี สู้ ความเอื้อเฟื้อของสังคมอีสาน มีพระนักเทศน์ และมีโครงการกาฬสินธุ์ Happiness

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด ผู้บริหารไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ผู้นำไม่เข้มแข็ง การให้ความสำคัญของปัญหา ไม่ได้มองว่าสำคัญกับตัวเอง มันไม่ใช่ปัญหาของฉัน งบประมาณขาด ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สาธารณสุขเริ่ม สาธารณสุขทำเอง ความเบื่อหน่าย ขาดนักจิตวิทยา ความร่วมมือของประชาชน ขาดทักษะการสื่อสาร ขาดความต่อเนื่อง คนป่วยไม่ยอมรับการรักษา ไม่รับการช่วยเหลือ คนใกล้ชิดไม่ค่อยเชื่อว่าเขาจะฆ่าตัวตายแม้ว่าจะส่งสัญญาณแล้ว ความกลัว/ไม่เข้าใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด และปัญหาทางเศรษฐกิจแต่ละครัวเรือน

ผลการระดมความคิดของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ มีคณะทำงานเยียวยาประชาชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย มีสุขภาพจิตดี คัดกรองความเสี่ยงได้เร็ว คลอบคลุม ประชาชนมีความรอบรู้ การเข้าถึงบริการมากขึ้น สุขภาพใจแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันทางใจ ประชาชนมีการฆ่าตัวตายลดลง/ไม่มี มีความสุข มีคุณภาพชีวิต ครอบครัวอบอุ่น ลดความทุกข์ของญาติผู้ฆ่าตัวตาย

การพัฒนาแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดของ จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่ 15 มีนาคม 2565



3. ภาคกลาง (นครสวรรค์) วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565

จุดแข็ง/ข้อดี ผู้ว่าราชการจังหวัดเริ่มเห็นความสำคัญงานสุขภาพจิต ผู้บริหารสนับสนุนการแก้ไข ปัญหา ผู้นำมีความมุ่งมั่น ความตั้งใจ มีหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญตั้งอยู่ มีหน่วยงานที่มีคุณภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความตั้งใจในการแก้ปัญหา คนมีคุณภาพ คิดบวก พยาบาลเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานมีประสบการณ์ รับงานมานาน เจ้าหน้าที่มีความอดทน มีหัวใจผู้ปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจ มุ่งมั่นให้งานสำเร็จ มีเป้าหมาย ชัดเจน การร่วมมือ ความร่วมมือของหน่วยงานและตัวแทนชุมชน ความมุ่งมั่นของภาคี ความอยากช่วยเหลือ กัดไม่ปล่อย แรงกาย แรงใจ สามัคคี

จุดอ่อนหรือข้อจำกัด นโยบายจากผู้ใหญ่ไม่ชัดเจน ทั้งระดับหัวหน้า ทุกภาคส่วน และประชาชน ไม่เห็นความสำคัญของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น การไม่ตระหนักและมองเห็นความสำคัญของปัญหาต่างกัน ระบบ งานราชการมักทำแบบแยกส่วน คือ ทำใครทำมัน ทำไม่ต่อเนื่อง ไม่ทำจริงจัง ไม่มีหน่วยงานเริ่ม การโยนงาน/ หน้าที่ งบประมาณจำกัดและถูกลดลง มีข้อจำกัดของบุคลากร คือ ปริมาณงานมีมากแต่ผู้ปฏิบัติมีน้อย ทักษะคิดลบบ ความไม่ร่วมมือ บางครั้งเราพยายามฝ่ายเดียว โควิดกำลังระบาด เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลา ขาดข้อมูลปัญหาของ ประชาชนที่แท้จริง และมีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผลการระดมความคิดของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ ประชาชนมีชีวิตที่ดีขึ้น สุขภาพจิตดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี Happy life มีความสุขเพิ่มขึ้น ทุกข์น้อยลง ชุมชน มีความสุข ประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ ประชาชนได้ความรู้ ทันเหตุการณ์ มีแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ลดการสูญเสียในชุมชนจากการฆ่าตัวตายลดลง อัตราการฆ่าตัวตายลดลงเหลือน้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเป็นการลดปัญหาทางสังคมหลายทาง และทำให้เศรษฐกิจดีขึ้น

การพัฒนาแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดของจังหวัดนครสวรรค์
วันที่ 31 มีนาคม 2565



4. ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช) วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2565

จุดแข็ง/ข้อดี ผู้นำมีความจริงจัง องค์กรมีความหนักแน่น หลายหน่วยงานมีความตื่นตัวการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เครือข่ายเห็นความสำคัญ เครือข่ายในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่ครอบคลุม ทั้งภาครัฐ และเอกชน มีเครือข่ายถึงระดับชุมชน เครือข่ายเข้มแข็ง (อสม.,อบจ.,สสจ.) ผลักดันให้อปท.ทุกแห่งเป็นหลักในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เครือข่ายมีความมุ่งมั่นและตั้งใจ มีความตั้งใจ/มานะ สังคมมีความสามัคคี เศรษฐกิจดี ประชาชนมีธรรมะ จังหวัดเป็นแหล่งธรรมะ วัฒนธรรม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ประชาชนมีจิตใจพร้อมช่วยเหลือ ประชาชนพร้อมที่จะให้ข้อมูลและความร่วมมือ ครอบครัวมีความผูกพัน จุดอ่อนหรือข้อจำกัด วิสัยทัศน์ของผู้บริหารบางท่านยังไม่เห็นความสำคัญ หน่วยงานยังไม่จริงจัง ขาดความร่วมมืออย่างจริงจัง งบประมาณมีข้อจำกัด ระเบียบราชการทำให้มีข้อจำกัด หน่วยงานแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบอาจจะไม่มีเวลามาทำงานเรื่องการฆ่าตัวตาย การประสานงานและการสร้างการรับรู้ข้อจำกัด ข้อมูลยังไม่ชัดเจน การเข้าถึงผู้ประสบปัญหาที่มีข้อจำกัด ประชาชนบางคนยังเพิกเฉยต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประชาชนไม่กล้าพูดและให้ข้อมูลที่แท้จริง ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ อุปนิสัยของแต่ละบุคคลเป็นข้อจำกัด การฆ่าตัวตาย ประชาชนต้องทำงาน ไม่มีเวลาไปดูแลคนอื่น และพื้นที่ห่างไกล

ผลการระดมความคิดของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ ประชาชนมีความเครียดลดลง ส่งผลให้การฆ่าตัวตายลดลง ประชาชนเกิดความเครียดน้อยลง ลดการสูญเสีย ประชาชนนครศรีธรรมราชฆ่าตัวตายลดลง ลดจำนวนคนฆ่าตัวตาย กลุ่มคนฆ่าตัวตายลดลง ประชาชนเข้มแข็งขึ้น ประชาชนมีความสุข ประชาชนอยู่ดี-มีสุข ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนมีงานทำ

การพัฒนาารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย
เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมระดับจังหวัดของ จังหวัดนครศรีธรรมราช
วันที่ 28 มกราคม 2565



รูปแบบการดำเนินงาน พบว่ามีจังหวัดลำพูนเพียงจังหวัดเดียวที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ส่วนจังหวัดที่เหลือดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานทั้ง 2 รูปแบบ คือ จังหวัดลำพูนเป็นการสั่งการจากบนลงล่าง และอีก 3 จังหวัดที่เหลือเป็นการดำเนินการโดยพื้นที่แล้วผลักดันนโยบายสู่เบื้องบน ความถี่ของการประชุม (case conference) คือทุก 1, 3 และ 6 เดือน แหล่งข้อมูลที่ใช้ดำเนินงาน ได้แก่ รง 506s ไลน์กลุ่ม เฟสบุ๊ก HDC และงบประมาณได้รับการสนับสนุนจาก PM งบประมาณจังหวัด งบประมาณส่งเสริมและป้องกันโรคของเขตสุขภาพ เป็นต้น



รูปแบบการดำเนินงานในจังหวัดน่าน



รูปแบบ	ลำพูน	กาฬสินธุ์	นครสวรรค์	นครราชสีมา
คณะกรรมการ/องค์ประกอบ	คณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน	คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน	คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ซึ่งประกอบด้วย พมจ. อบต. อบจ. กษาด/พชอ.	คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
กลไกการขับเคลื่อน-ความถี่ของการประชุม	- คณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด/พชอ./พชด./พชม./ - ประชุมทุก 3 เดือน	- พชอ. - ประชุมทุก 6 เดือน	- พชอ. - ประชุมทุก 1 เดือน	- พชอ. - ประชุมทุก 6 เดือน
แหล่งข้อมูล	- รจ.506s - ไลน์กลุ่ม - เฟสบุ๊ก - MCHI	- รจ.506s - ไลน์กลุ่ม - เฟสบุ๊ก - HDC	- รจ.506s - ไลน์กลุ่ม - เฟสบุ๊ก - HDC	- รจ.506s - ไลน์กลุ่ม - เฟสบุ๊ก - HDC
งบประมาณ	1.งบพัฒนาจังหวัดสาขาน 2.งบส่งเสริมและป้องกันโรคของเขตสุขภาพ 3.กองทุนการปกครองส่วนท้องถิ่น/กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล	งบประมาณจาก PM	งบประมาณจาก PM	งบประมาณจาก PM

ภาพที่ 14 รูปแบบการดำเนินงานในจังหวัดน่าน แผนป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

ผลการศึกษา การวางแผนดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าทั้ง 4 จังหวัดน่าน มีการวางแผนการดูแลและกิจกรรมที่ต้องการดำเนินการคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) การสร้างภาคีเครือข่ายและผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ 2) การให้ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรเครือข่าย แก่นนำชุมชน อสม. ประชาชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายเกี่ยวกับสัญญาณเตือน ความเสี่ยง การค้นหา/คัดกรอง ฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น 3) การคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน เพื่อการรับรู้ผลกระทบสภาพปัญหา และหาเป้าหมายปัญหา 4) ติดตามประเมินผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หาวิธีแก้ไข/ปฏิบัติงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน และ 5) อื่นๆ เช่น เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ ช่องทางการส่งข้อมูลที่ง่าย (Application หรือ Hotline) การพัฒนาอาชีพ และการสร้างรายได้

ตารางที่ 5 ผลการศึกษาการวางแผนดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าทั้ง 4 จังหวัดนำร่อง

ลำดับ	ลำพูน	กาฬสินธุ์	นครสวรรค์	นครศรีธรรมราช
1	สร้างภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	สร้างเครือข่ายภาครัฐ เอกชน ประชาชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่	ผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อ	สร้างการรับรู้ วิธีการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านช่องทางออนไลน์ Mental Health Check in (ตรวจเช็คสุขภาพใจ) ผ่านแกนนำชุมชน เครือข่าย ใน รพท., รพ.สต., รร.
2	คืนข้อมูลสู่ชุมชน และหาเป้าหมายปัญหา	การให้ความรู้ เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ความเสี่ยง การป้องกันการฆ่าตัวตาย (สร้างภูมิคุ้มกัน) ผลกระทบ การรับรู้สภาพปัญหา	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อประชาชนเกิดความตระหนัก เกิดทักษะในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความร่วมมือของเครือข่าย การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับประชาชน การวางแผน จัดกิจกรรมให้ความรู้ พัฒนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และติดตาม ประเมินผล
3	สร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือน การสังเกตตัวเองและคนรอบข้าง (2Q) และนำเข้ากระบวนการช่วยเหลือของเครือข่ายฯ	ค้นหา/คัดกรอง เฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงให้เข้าถึงบริการที่มากขึ้น	พัฒนาศักยภาพให้บุคลากร และเครือข่าย เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากร เครือข่าย แกนนำชุมชน อสม. ประชาชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	พัฒนาอาชีพ และเพิ่มรายได้
4	ติดตามประเมินผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หาวิธีแก้ไข/ปฏิบัติงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน	สร้างช่องทางการเข้าถึง บริการ เพื่อมีช่องทางส่งข้อมูลง่าย (Application หรือ Hotline)	การเฝ้าระวังและค้นหา กลุ่มเสี่ยง มีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง	สร้างเครือข่าย คณะกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับจังหวัด คณะทำงาน อาสาสมัคร ด้านสุขภาพจิต และภาคีเครือข่าย
5	เวทีประชาคม เพื่อสร้างความเข้าใจและมีส่วนร่วม การแก้ไขป้องกันการฆ่าตัวตาย	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างองค์กร และนอกองค์กร	คืนข้อมูลสถานการณ์ การฆ่าตัวตายเพื่อให้ชุมชน รับทราบปัญหาสถานการณ์ การฆ่าตัวตาย	
6	จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัด			

พบว่าทั้ง 4 จังหวัด มีการวางแผนการดำเนินการคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) การสร้างภาคีเครือข่าย และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน 2) การให้ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรเครือข่าย แก่นำชุมชน อสม. ประชาชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายเกี่ยวกับ สัญญาณเตือน ความเสี่ยง การค้นหา/คัดกรอง เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น 3) การคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน เพื่อการรับรู้ผลกระทบ สภาพปัญหา และหาเป้าหมายปัญหา 4) ติดตามประเมินผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หาวิธีแก้ไข/ปฏิบัติงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน และ 5) อื่นๆ เช่น เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ ช่องทางการส่งข้อมูลที่ง่าย (Application หรือ Hotline) การพัฒนาอาชีพ และการสร้างรายได้

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มีขั้นตอนการดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตกงานที่ไม่มีรายได้ ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID 19) ที่เกิดขึ้นโดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ตกงานด้วยแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม 2) แรงงานจังหวัด 3) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 4) ประธานหอการค้าจังหวัด 5) ผู้อำนวยการสำนักงานพาณิชย์จังหวัด ใน 4 จังหวัดน่าน ร่อง ได้แก่ ลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 17 คน

2. นำคู่มือความรู้สำหรับบุคลากรด้านหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้พัฒนา และจัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรด้านหน้าของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นคู่มือประกอบการดำเนินงาน และผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาตามข้อ 1.1 มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ดำเนินการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ออกแบบโครงสร้างเนื้อหาของแนวทางการปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 1) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ตกงานและไม่มีรายได้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) ตัวอย่างสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ควรรู้ โดยการนำผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและคู่มือความรู้สำหรับบุคลากรด้านหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มาเป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการพัฒนาเพื่อพัฒนาเป็นร่างแนวทางการปฏิบัติ โดยคณะทำงานจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฉบับร่าง)



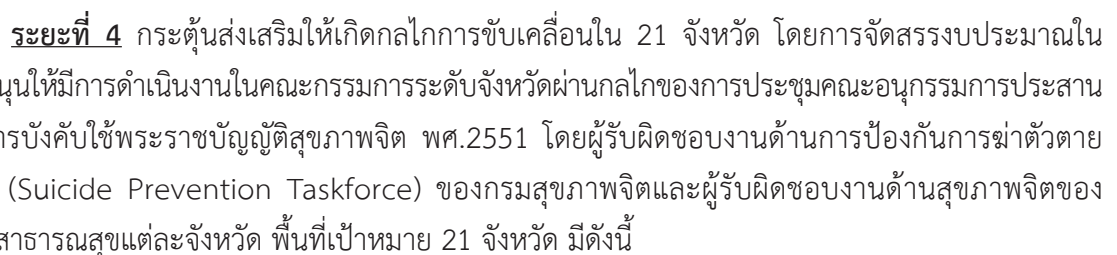
ระยะที่ 3 การทดลองและปรับปรุง นำร่างรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายให้คณะกรรมการระดับจังหวัดของจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมทบทวนและให้ข้อเสนอแนะ



นำแนวทางการปฏิบัติฯ ฉบับร่างให้ คณะทำงานทบทวนแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอันประกอบด้วยบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ตกงานและไม่มีรายได้ทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข ทบทวนความถูกต้อง สมบูรณ์ และเหมาะสม รวมถึงให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ



ปรับปรุงรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการช่วยเหลือผู้ตกงานที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปจัดพิมพ์เผยแพร่ เพื่อให้มีการนำไปใช้ประกอบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด



1. ภาคเหนือ ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ตาก สุโขทัย
2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี บึงกาฬ หนองบัวลำภู
ชัยภูมิ ศรีสะเกษ สกลนคร บุรีรัมย์

3. ภาคกลาง ประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี จันทบุรี ตราด สระแก้ว ลพบุรี สระบุรี

4. ภาคใต้ ประกอบด้วย 2 จังหวัด ได้แก่ สงขลา ชุมพร

การกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนใน 21 จังหวัดดำเนินการโดย

1. นำเสนอรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของ 4 จังหวัดนำร่องให้แก่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด 21 จังหวัดที่ร่วมโครงการ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบท
ของแต่ละจังหวัด

2. ผลักดันให้มีการขับเคลื่อนของเครือข่ายป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการ
ประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินงาน
ที่เป็นรูปธรรมโดยการสนับสนุนงบประมาณผ่านคณะกรรมการ Suicidal Task Force ในโรงพยาบาลจิตเวชของ
กรมสุขภาพจิต

3. วางแผนการติดตามประเมินผล เพื่อดูกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์การทำงานที่ส่งผลต่อ
อัตราการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบจำลองการประเมินผลตาม CIPP Model (รายละเอียดดังผลการศึกษาในระยะที่ 5)
ดำเนินการใน 2 รูปแบบ คือ

1) การติดตามประเมินผลในพื้นที่ (on site) จำนวน 15 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีภูมิลำเนา
ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

2) การติดตามประเมินผลทางไลน์ (online) จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีภูมิลำเนา
ในภาคกลาง

ระยะที่ 5 การประเมินผล (ระยะเวลาในการการศึกษา 2 เดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565)

เป็นการศึกษาประเมินผลเพื่อดูกระบวนการทำงานและผลลัพธ์การทำงานที่ส่งผลต่ออัตราการ
ฆ่าตัวตายตามแบบจำลองการประเมินผลซีบีพี (CIPP Model) ประกอบด้วยการประเมินด้านบริบทหรือสภาวะ
แวดล้อม (Context Evaluation: C) เพื่อประเมินบริบทภาพรวมของจังหวัด(ภูมิศาสตร์/ประชากรศาสตร์)
สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และทิศทางนโยบายการประเมินปัจจัย
นำเข้า (Input Evaluation: I) เพื่อประเมินองค์ประกอบของคณะกรรมการเครือข่ายหลากหลายวิชาชีพ
ระดับจังหวัด งบประมาณสนับสนุน และเทคโนโลยี/แผนงานที่สนับสนุน การประเมินกระบวนการ (Process
Evaluation: P) เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดหรือไม่ ส่วนใดที่ไม่ได้
ดำเนินการ และมีกิจกรรมเพิ่มเติมจากรูปแบบที่กำหนดหรือไม่ อย่างไร และการประเมินผลผลิต (Product
Evaluation: P) เพื่อประเมินผลผลิต (Output) เกี่ยวกับจำนวนรายของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ/
ดูแล และจำนวนรายของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตามผลการช่วยเหลือ การประเมินผลลัพธ์ (Outcome)
เกี่ยวกับร้อยละของความสำเร็จในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับเป้าหมาย
ที่ตั้งไว้ คือ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง 10% ผลกระทบ (Impact) เกี่ยวกับอัตราการฆ่าตัวตายลดลง รวมถึง
การศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ดังนี้

5.1 การประเมินจากการนิเทศงาน 4 จังหวัดนำร่อง 4 ภาคของประเทศไทย

การประเมินจากการนิเทศงาน 4 จังหวัดนำร่อง 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์
กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช มีรายละเอียดดังนี้

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
	ปัจจัยกระตุ้น: ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 67.56 (น้อยใจถูกดูต่ำ นินทา จนอับอาย ผิดหวังความรัก หึงหวง ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความสัมพันธ์ ในที่ทำงาน) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 30.13 (ตกงาน ยากจน มีหนี้สิน) มีอาการซึมเศร้าในขณะ ทำรายงาน ร้อยละ 28.7 และ ด้านโควิด-19 ร้อยละ 19.17 3. บุคลากร สส.ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ 5 คน พยาบาลจิตเวช 30 คน นักจิตวิทยา 7 คน เภสัชกร 6 คน - ไม่มี ward จิตเวช 4. ทิศทางนโยบาย ผู้ว่าราชการจังหวัด และ สสจ. มีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัดว่ามีอัตราสูงที่สุดในประเทศ และเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน	3.2 กระบวนการถอดบทเรียน เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับเครือข่าย จังหวัดลำพูน 3.3 การสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิต จากการทำร้ายตนเอง (Psycho Autopsy) 3.4 แผนการดูแลรายบุคคลกลุ่ม เปราะบางที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Individual Care Plan)	2.3 การพัฒนาศักยภาพ Gate Keeper ด้านการค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง ทางสังคม และเศรษฐกิจ การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อเข้ารับบริการที่มีประสิทธิภาพ 2.4 บูรณาการร่วมกับองค์กรภาคี เครือข่ายภายใต้โครงการบูรณาการ พัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน 2.5 ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายสู่ระบบสุขภาพอำเภอ ผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3. พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในสถานพยาบาล บูรณาการร่วมกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน Outcome: ช่วยได้ 217 เคส/ช่วยไม่ได้ 36 เคส Impact: เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ คือ ปี 2564 และ 2565 พบว่าเพิ่มขึ้นจากอัตรา 7.78 เป็น 9.03 ต่อแสนประชากร (เพิ่มขึ้น 1.25 จากปี 2564) แต่ก็ยังมากเกินเป้าหมายของประเทศไทย คือ 8.0 ต่อแสนประชากร

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
กาฬสินธุ์	1. ภูมิศาสตร์/ประชากรศาสตร์ มีที่ตั้งอยู่ตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวน 18 อำเภอ ประชากร 806,963 คน เพศชาย 397,841 คน เพศหญิง 409,122 คน 2. สถานการณ์การฆ่าตัวตาย 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2564 คือ 10.56 ต่อแสนประชากร 2.2 อัตราพยายามฆ่าตัวตายก่อน ดำเนินการ คือ 18.52 2.3 เหตุปัจจัยตาม รง 506s ตาม TK model ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง: โรคทางจิตเวช ร้อยละ 45.92 (โรคจิต ร้อยละ 82.22 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 43.24 โรคติดสุรา และสารเสพติด ร้อยละ 16.22) และ โรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 21.43	1. คณะกรรมการเครือข่ายหลากหลายวิชาชีพระดับจังหวัด คณะกรรมการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างมีส่วนร่วม โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และประธานความร่วมมือกับ คณะกรรมการด้านความมั่นคง และ ส่วนราชการอื่นๆ 2. งบประมาณสนับสนุน 2.1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 2.2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จาก PM 3. เทคโนโลยี/แผนงานที่สนับสนุน	1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงานป้องกันแก้ไข ปัญหาการ ฆ่าตัวตาย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “กาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างมีส่วน ร่วม โดยได้กำหนดให้ปัญหา การฆ่าตัวตายเป็นนโยบายระดับ จังหวัด และนำเข้าไปประชุมของ กองอำนาจการรักษาความมั่นคง ภายในราชอาณาจักร (กอ.รมน.) และศูนย์อำนวยความสะดวก และประสานงาน และ ประสานยาเสพติด (ศอ.ปส.) ผู้บริหารทุกระดับ 2. กระบวนการดำเนินงาน โดยมี การนำเข้าสู่การประชุม คณะกรรมการความมั่นคงในระดับ จังหวัด ดังนี้ 2.1 กำหนดนโยบายระดับจังหวัด และจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างมีส่วน ร่วม	Output: ในส่วนที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ประกอบด้วย 1) การประชุมคณะกรรมการด้าน ความมั่นคง 2) การประชุมศูนย์ อำนาจการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด (ศอ.ปส.) และได้ดำเนินที่ ประชุมไปปฏิบัติระดับอำเภอ ปัญหาอุปสรรค คือ การส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้เข้าถึง ประชาชนทั่วไป การจัด ลำดับความ สำคัญของปัญหา และทัศนคติต่อ การฆ่าตัวตายของประชาชน และ ผู้บริหารทุกระดับ แนวทางแก้ไข คือ ประชาสัมพันธ์ สายด่วน 1323 เพื่อสามารถเข้าถึง ประชาชนผู้มีความคิดในการฆ่าตัวตาย มีช่องทางการส่งต่อข้อมูลทีมช่วยเหลือ พื้นที่ กรณีเหตุการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วน และการสร้าง ความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน แก่ประชาชนทั่วไป

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
กาฬสินธุ์	ปัจจัยกระตุ้น: พืชจากสารเสพติด/สุรา โดยมีอาการมีเมามาสุราหรือยาเสพติด ขณะทำร้ายตนเอง ร้อยละ 31.63 ประสบปัญหาชีวิต อับจนหนทาง และเหตุการณ์วิกฤติด้านความสัมพันธ์จน รู้สึกพ่ายแพ้ ล้มเหลว ร้อยละ 28.57 (โดยอาจมีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยกระตุ้น มากกว่า 1 ข้อ) 3. บุคลากร สธ. ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ 4 คน พยาบาลจิตเวช 20 คน นักจิตวิทยา 3 คน - มีหอผู้ป่วย (ward) จิตเวช ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 4. ทิศทางนโยบาย มีการกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นนโยบายระดับจังหวัดและให้จัดตั้ง คณะกรรมการดำเนินงานแก้ไขปัญห การฆ่าตัวตายอย่างมีส่วนร่วม		2.2 พัฒนาทีมสอบสวนโรคตามหลักระบาดวิทยา 2.3 การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง (ผู้พยายามฆ่าตัวตาย/กลุ่มเปราะบางทางสังคม/ กลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน) ดูแลด้วยระบบครู หมอ พ่อแม่ 2.4 การจัดกรณีเฝ้าระวังเหตุการณ์ หรือพบสัญญาณเตือน โดยมีจุดแจ้งเหตุการณ์การฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือดูแลและส่งต่อ 2.5 เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตเวชตื่นใจในชุมชน ในการบูรณาการเชื่อมโยงระบบการดูแล 3 หมอในระดับชุมชน ระดับ รพ.สต. และระดับ รพช.	Outcome: ช่วยได้ 269 เคส/ช่วยไม่ได้ 90 เคส Impact: เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ คือ ปี 2564 และ 2565 พบว่าลดลงจากอัตรา 10.56 เป็น 9.23 ต่อแสนประชากร (ลดลง 1.33 จากปี 2564) และมากกว่าเป้าหมายของประเทศไทย คือ 8.0 ต่อแสนประชากร

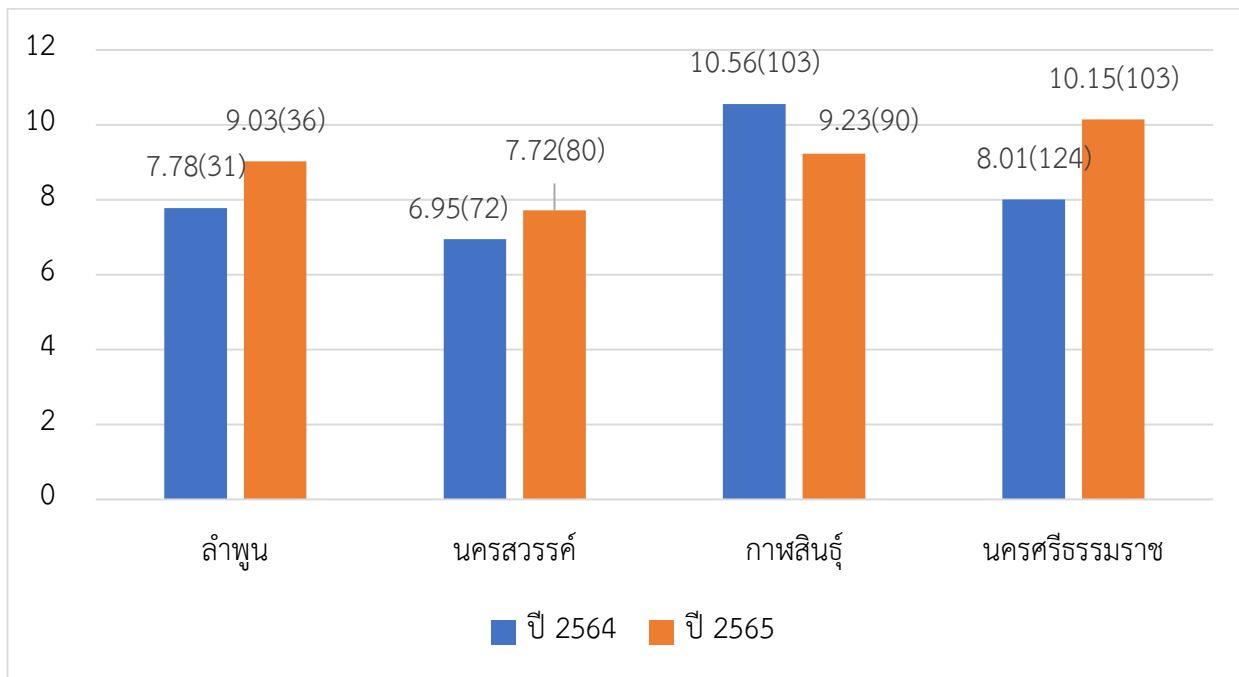
จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
นครสวรรค์	1. ภูมิศาสตร์/ประชากรศาสตร์ ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะสมแก่การเกษตร มีจำนวน 15 อำเภอ ประชากรทั้งหมด จังหวัดนครสวรรค์ มีประชากรทั้งหมด 1,035,028 คน 2. สถานการณ์การฆ่าตัวตาย 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดนครสวรรค์ในปี 2564 คือ 6.95 ต่อแสนประชากร 2.2 อัตราพยายามฆ่าก่อนดำเนินการ คือ 45.45 2.3 เหตุปัจจัยตาม รง 506s ตาม TK model ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง: โรคทางจิต ร้อยละ 60.98 ปัจจัยกระตุ้น: ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 39.02 (ถูกดูต่ำ น้อยใจ ผิดหวัง ความรัก หึงหวง ทะเลาะกับคนใกล้ชิด) และอื่นๆ เช่น ผู้ชราภาพไม่มีคนดูแล ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา สุรายาเสพติด และปัญหาเศรษฐกิจ	1. คณะกรรมการเครือข่ายหลากหลายวิชาชีพระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนงานป้องกันและการฆ่าตัวตาย โดยคณะกรรมการประสานงานเพื่อ การบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ซึ่งเน้นการส่งเสริมการป้องกันในทุกกลุ่มวัย และพัฒนากฎระเบียบการดำเนินงานระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย พมจ. อบจ. กษชด เป็นต้น 2. งบประมาณสนับสนุน 2.1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์ 2.2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จาก PM 3. เทคโนโลยี/แผนงานที่สนับสนุน	1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พมจ. อบจ. กษชด 2.2 กระบวนการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย โดยคณะทำงานจิตทุกกลุ่มวัย โดยคณะทำงาน Service Plan ดังนี้ 2.1 นำสถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดเข้าวาระการประชุมของ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว พรบ.คุ้มครองเด็ก พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและดูแลต่อเนื่อง	Output: มีการนำวาระการป้องกัน การฆ่าตัวตายเข้าร่วมประชุม พรบ. ที่เกี่ยวข้อง 2 ครั้ง มติที่ประชุมรับทราบ ปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ผ่านที่ประชุมคณะผู้บริหาร (จังหวัด/ กวป./ไลน์กลุ่ม) ปัญหาอุปสรรค คือ พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จพบในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น - การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา และการสอบสวนโรคเชิงลึก ยังทำได้ ไม่ครอบคลุมทุกราย - การคัดกรอง/การประเมินปัญหาสุขภาพจิตยังไม่ครอบคลุม แนวทางแก้ไข คือ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามในกลุ่ม โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน-เตียง กลุ่มเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
นครสวรรค์	3. บุคลากร สธ. ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยจิตแพทย์ 13 คน พยาบาลจิตเวช 72 คน นักจิตวิทยา 9 คน เภสัชกร 19 คน - โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชชนกนรินทร์ให้บริการครอบคลุม 5 จังหวัด 4. ทิศทางนโยบาย สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ได้ชี้แจงนโยบายการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายให้กับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และแนะนำ		2.2 สร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดย - สอดส่องมองหา ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง - ใส่ใจรับฟัง ดูแลจิตใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้ความรู้ รับฟังปัญหา แนะนำให้กำลังใจ - ส่งต่อเชื่อมโยงช่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ให้ความสำคัญ การกักกันยา การปฏิบัติตัว ประสานงานเจ้าหน้าที่ส่งต่อ และติดตาม 2.3 พัฒนาศักยภาพครู ก เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ด้วยกิจกรรมสุข 5 มิติ 2.4 สร้างความรู้ให้ประชาชน สัณญาณเตือน และวิธีเสริมสร้างพลังบวก 2.5 พัฒนาศักยภาพในและนอกระบบสาธารณสุข และวางแผนพัฒนาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	- เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข เช่น กระทรวงแรงงาน และ พม. - จัดตั้งทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด/เขตที่ชัดเจน - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย Outcome: ช่วยได้ 525 เคส/ช่วยไม่ได้ 80 เคส Impact: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างก่อนและหลังดำเนินโครงการ คือ ปี 2564 และ 2565 พบว่าเพิ่มขึ้นจากอัตรา 6.95 เป็น 7.72 ต่อแสนประชากร (เพิ่มขึ้น 0.77 จากปี 2564) และต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศไทย คือ 8.0 ต่อแสนประชากร

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
นครศรีธรรมราช	1. ภูมิศาสตร์/ประชากรศาสตร์ เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางตอนกลางของภาคใต้ มีจำนวน 23 อำเภอ ประชากร 1,549,344 คน เพศชาย 764,471 คน เพศหญิง 784,873 คน 2. สถานการณ์การฆ่าตัวตาย 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี 2564 คือ 8.01 ต่อแสนประชากร 2.2 อัตราพยายามฆ่าตัวตายก่อนดำเนินการ คือ 16.00 2.3 เหตุปัจจัยตาม รง 506s ตาม TK model ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง: มีโรคทางกาย ร้อยละ 26.00 และโรคทางจิต ร้อยละ 16.00	1. คณะกรรมการเครือข่ายหลากหลายวิชาชีพระดับจังหวัด ประกอบด้วย คณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดยบูรณาการร่วมกับ พชอ. 2. งบประมาณสนับสนุน 2.1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 2.2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก PM 3. เทคโนโลยี/แผนงานที่สนับสนุน	1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการ และมีการจัดการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายตาม 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1.1 กำหนดเป็นนโยบายจังหวัด จังหวัด บุรณการร่วมกับ พชอ. 1.2 มีคณะกรรมการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ที่เชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด 1.4 พัฒนาระบบข้อมูลชัดเจน/ถูกต้อง/ทันเวลา 1.5 สร้างเครือข่ายทั้งในและนอก ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน 2. กระบวนการดำเนินงาน	Output: การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้างต้นทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง มีการรณรงค์ การค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการประเมินสุขภาพจิต สร้างแกนนำชุมชนให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต การทำ Active Screening และการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน ปัญหาอุปสรรค คือ ระบบการคัดกรอง/เฝ้าระวังไม่ครอบคลุม ประชาชน/ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ระบบข้อมูล /การวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย

จังหวัด	บริบท	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์
นครศรีธรรมราช	ปัจจัยกระตุ้น: ปัญหาความล้มพันธ์ ร้อยละ 52.00 (ทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจถูกดูต่ำ ผิดหวังความรัก หึงหวง) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 9.6 (หนี้สิน ยากจน) และปัจจัยที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ร้อยละ 6.40 3. บุคลากร สธ. ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ 8 คน พยาบาลจิตเวช 50 คน นักจิตวิทยา 5 คน - มี ward จิตเวช 1 ward จำนวน 10 เตียง 4. ทิศทางนโยบาย ผู้ว่าราชการจังหวัด และ สสจ. มีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และได้กำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นนโยบายของจังหวัด และให้จัดตั้งคณะกรรมการทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ		2.1 การเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง (เปราะบาง ผู้ตกงาน ผู้ป่วยเรื้อรังทางกายและทางจิต) คัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Q 9Q และ Mental Health Check in ถ้าพบว่ามี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะประเมิน ด้วย 8Q และช่วยเหลือนำมากระดับ ความรุนแรง 2.2 การเฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตายในกลุ่มที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการอบรมญาติ/ผู้ดูแล เพื่อสังเกตสัญญาณเตือน และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้นมี การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดย รพสต. ร่วมกับ รพช. และเครือข่าย ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน	แนวทางแก้ไข คือ ค้นหา ประเมิน คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายในสถานบริการและชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ทักษะ การแก้ปัญหา สัญญาณเตือน และการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน การสืบสวนสาเหตุการตายและบูรณาการงานเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายใน คณะกรรมการ พชอ. Outcome: ช่วยได้ 500 เคส/ช่วย ไม่ได้ 103 เคส Impact: เปรียบเทียบอัตราการ ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างก่อนและหลัง ดำเนินการ คือ ปี 2564 และ 2565 พบว่าเพิ่มขึ้นจากอัตรา 8.01 เป็น 10.15 ต่อแสนประชากร (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.14 จากปี 2564) และ มากกว่าเป้าหมายของประเทศไทย คือ 8.0 ต่อแสนประชากร

ภาพที่ 15 เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564-2565 ของ 4 จังหวัดนำร่อง 4 ภาคของประเทศไทย



ตารางที่ 7 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรของ 4 จังหวัดนำร่อง 4 ภาคของประเทศไทย

จังหวัด	ปี 2564	ปี 2565	อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	หมายเหตุ
ลำพูน	7.78	9.03	+1.25	สูงกว่า (8 :แสนประชากร)
นครสวรรค์	6.95	7.72	+0.77	ต่ำกว่า (8 :แสนประชากร)
กาฬสินธุ์	10.56	9.23	-1.33**	สูงกว่า (8 :แสนประชากร)
นครศรีธรรมราช	8.01	10.15	+2.14	สูงกว่า (8 :แสนประชากร)
เฉลี่ย	8.32	9.03		

หมายเหตุ : + หมายถึง อัตราเพิ่มขึ้น, - หมายถึง อัตราลดลง

6. อภิปรายและวิจารณ์ผล

จากเดิมปัญหาการฆ่าตัวตายจะอยู่ภายใต้การดูแล การบริหารจัดการเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุข จึงพบว่า การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในระบบบริการสาธารณสุขครบทุกจังหวัด แต่อาจจะมีรูปแบบและกลไกการขับเคลื่อนที่ที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ดังนี้

ระดับอำเภอ ทั้งในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านและ 21 จังหวัดที่ศึกษาต่างก็มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)เป็นแกนหลักสำคัญของการขับเคลื่อนงานระบบบริการสุขภาพ โครงสร้างส่วนใหญ่จะประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานและมีตัวแทนหน่วยงานภายในและภายนอกระบบสาธารณสุข อาทิเช่น เกษตรอำเภอ ตำรวจ ครู กำนัน อปท.นักพัฒนาชุมชน ฯลฯ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอมียุทธศาสตร์ที่เป็นหนึ่งในคณะกรรมการและ/หรือเลขานุการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งในการดำเนินงานของ พขอ. นี้ ประกอบไปด้วย ทศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย บทบาทหน้าที่ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในฐานะเจ้าของปัญหา การสื่อสาร ระบบการประสานงาน และการติดตามที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมไปถึงการนำเอาเครื่องมือ เทคโนโลยี สารสนเทศมาใช้ในการค้นหา คัดกรอง ประชากรกลุ่มเสี่ยงชุมชนได้อย่างครอบคลุมภายใต้ข้อจำกัดของการแพร่ระบาด COVID-19 สำหรับกิจกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและการสร้างความมีส่วนร่วมของเครือข่ายหลากหลายอาชีพแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยและสาเหตุที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ ตัวอย่าง เช่น กรณี ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีก่อความรุนแรงต่อตนเองทำให้เกิดการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างภาคีเครือข่ายจากฝ่ายปกครองตำรวจ และสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ จัดทำโครงการ“พขอ.เก้าเลี้ยว เข้มแข็ง ร่วมใจ” สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น รูปแบบการทำงานที่เกิดขึ้นจะเป็นความร่วมมือระหว่าง ครู ตำรวจ บุคลากรสาธารณสุขภายใต้โครงการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอระโนด และอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา กรณีปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจากปัญหา ยาเสพติดรูปแบบการทำงานที่เกิดขึ้นจะเป็นความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชน อสม. พชต.และบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอจัดทำ โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อ.นาโพธิ์ จ.บุรีรัมย์

อาจสรุปได้ว่า กระบวนการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ในระดับชุมชน จะอยู่ภายใต้คณะกรรมการ พขอ. เป็นหลัก ประเด็นและรูปแบบความร่วมมือในการดำเนินงาน จะขึ้นอยู่กับความรู้ถึงปัญหาสาเหตุ ปัจจัย และการเห็นความสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังของคณะกรรมการในฐานะเจ้าของปัญหา โดยเฉพาะถ้าคณะกรรมการนั้น เป็นผู้ที่มิถุนีลำนานอาศัยอยู่ในชุมชน ยิ่งจะส่งผลต่อการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ระดับจังหวัด จากเดิมในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านและ 21 จังหวัดที่ศึกษา พบว่ามีเพียงจังหวัดลำพูนเท่านั้นที่มีคณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่ชัดเจนซึ่งได้มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด ในปีพ.ศ.2564 มีผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน เป็นประธานทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระที่สำคัญของจังหวัด ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนงานแบบมีส่วนร่วมของ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมพร้อมกันทุกภาคส่วน มีความโดดเด่นด้านการขับเคลื่อนในมิติสังคมและวัฒนธรรมโดยให้ผู้นำทางศาสนา ราษฎรชาวบ้าน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา น้อมนำความเชื่อและความศรัทธาทางพุทธศาสนา มาช่วยเสริมสร้างปัจจัยปกป้องให้กับคนในสังคม สำหรับมิติทางสื่อสังคมออนไลน์ได้มีการสนับสนุนให้ social

influencer เป็นแบบอย่างของการมีจิตอาสาช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้มีปัญหาฆ่าตัวตายภายใต้ คำขวัญที่กล่าวว่า “คนลำพูนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และรูปแบบของการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ได้ความครอบคลุมในทุกมิติของการ ค้นหา คัดกรอง ดูแล ช่วยเหลือและการส่งต่อผ่านความร่วมมือทุกภาคส่วนในเชื้อ สี่เสาเราไม่ทิ้งกัน (4 Pillars) ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวนี้มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวถึงหลักสำคัญของการจัดกิจกรรมต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอันได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การสร้างความรอบรู้และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การพัฒนาศักยภาพ การบริหารจัดการด้านการเงิน และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผล(WHO, 2021)

สำหรับจังหวัดอื่น ๆ พบว่า การดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดอยู่ภายใต้ การดูแลของสำนักงานสสจ.เป็นหลักซึ่งมีเป้าหมาย และบทบาทหน้าที่เป็นของบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด และดำเนินการภายใต้ทรัพยากร งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และการให้ความสำคัญของผู้บริหารทำให้รูปแบบ ของกิจกรรมเน้นหนักไปที่การจัดระบบบริการสุขภาพเชิงรับมากกว่าเชิงรุกประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการ ฆ่าตัวตายให้กับประชาชนเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่องบางจังหวัดกิจกรรมเพื่อการดำเนินงานจะไม่ได้ให้ความสำคัญ และการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ขาดการถ่ายทอด สื่อสารข้อมูล สถานการณ์ระหว่างภาคีเครือข่ายนอกระบบเป็นผลให้กิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง

ดังนั้น เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการสะท้อนข้อมูลและพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย ในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง คณะผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่ได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานใน 4 จังหวัดมา ขยายผลให้กับ 21 จังหวัดควบคู่ไปกับการที่กรมสุขภาพจิตผลักดันในเชิงนโยบายระดับประเทศให้คณะกรรมการ ขับเคลื่อนภายใต้พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัดทุกจังหวัดบรรจุวาระการป้องกันแก้ไขปัญหาราหตัวตาย เป็นหนึ่งในวาระสำคัญของการดำเนินงานและเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดของการประเมินผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับ จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อการขับเคลื่อนจากโครงการวิจัยที่ 1 เพื่อเสริมสร้างความรู้ และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การดำเนินงานจาก 4 จังหวัดนำร่องและกำหนดให้หน่วยบริการสุขภาพจิตพี่เลี้ยงของแต่ละเขต สุขภาพทำหน้าที่ให้การปรึกษา นิเทศติดตาม ช่วยเหลือทางด้านความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นในการดูแลช่วย เหลือประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดนั้น ๆ แต่ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยจึงเพียงพบว่าแต่ละ จังหวัดบรรจุเป้าหมายระยะสั้นที่กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจและ/หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบ การดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบพหุภาคี จัดให้มีเวทีในการหารือกำหนดแผนปฏิบัติการระดับ จังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การแบ่งปันทรัพยากรระหว่างหน่วยงานและตัวชี้วัด ของจังหวัดที่ใช้วัดผลของการดำเนินงานในคณะกรรมการดังกล่าว

7. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

7.1 สรุปผลการวิจัย

ลักษณะปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 25 จังหวัดศึกษา พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาชีพรับจ้าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ โรคเรื้อรังทางกาย โรคทางจิตเวช ปัญหาการดื่มสุรา มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย และติดสารเสพติด ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ มีปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาเศรษฐกิจ (ระบบรายงาน รง.506s, 2565) ซึ่งบางรายมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยในลักษณะพหุปัจจัย และพบปัญหาความยากจนและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยกำหนดอันดับแรกที่น่าสู่ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องไปกับแนวคิดทางสังคมวิทยาเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมในสังคม เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim, 1951) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อบุคคลอย่างมาก การฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องมือสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยแวดล้อม เช่น เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สภาพสังคม กล่าวคือ สังคมใดที่มีการใช้ความรุนแรงมีการฆาตกรรม และการฆ่าตัวตายสูงนั้น ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นมักไม่ดี จึงพบว่าการฆ่าตัวตายสูงในชนกลุ่มน้อยที่มีสภาพการดำเนินชีวิตและสภาพสังคมที่ไม่มั่นคง นอกจากนี้ การฆ่าตัวตายยังสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของบุคคลในสังคม (Wilson & Kneisl, 1996)

การฆ่าตัวตาย จึงไม่ใช่ปัจจัยที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรค แต่เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวพันของปัจจัยที่หลากหลาย การแก้ไขปัญหาก็ควรมุ่งประเด็นให้มีความครอบคลุม ณ จุดเริ่มต้น คือ การป้องกัน จนถึงจุดที่มีการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ รักษาและฟื้นฟูจิตใจ ในชุมชน อีกทั้งต้องเป็นการดำเนินงานในยุทธศาสตร์และความร่วมมือของทุกภาคส่วนร่วมมือและแก้ไขปัญหาไปอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (2021) ได้ระบุกลยุทธ์การป้องกัน ไว้คู่มือการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ถึงความสำคัญที่ รัฐบาลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้หลัก LIVE LIFE หนึ่งในหกกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ซึ่งจะมิบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมต่อการช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน การแบ่งปันความรู้-ทรัพยากร การแลกเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน บทเรียนที่ได้ การแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและการประเมินผลเพื่อขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ดี ต่อการแก้ไขปัญหามาฆ่าตัวตายประเทศไทย ในยุคปัจจุบัน เนื่องจากผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชาชนส่วนหนึ่ง กลายเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม การมุ่งแก้ไขสาเหตุปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียว จะไม่สามารถประสบผลสำเร็จและยั่งยืนได้ อาจเพียงแต่ทำให้ปัญหาที่มีอยู่สงบน้อยลงแต่จะกลับมาทวีความรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นไปจากเดิม

อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยพบว่าข้อจำกัดของระยะเวลาไม่เพียงพอต่อการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของความร่วมมือภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกสาธารณสุข ทั้ง 25 จังหวัด เนื่องจากภาพรวมส่วนใหญ่ของแต่ละจังหวัดอยู่ในช่วงการเริ่มต้นการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานเฉพาะกิจด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างเป็นทางการ ถึงแม้ว่า จังหวัดจะอยู่ในช่วงของการจัดตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหามาฆ่าตัวตายจึงอยู่ภายใต้ความดูแลของคณะอนุกรรมการ พบ สุขภาพจิตระดับจังหวัด ดังนั้นข้อค้นพบที่ได้ต่อรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายภาคีเครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มาจากการเรียนรู้และค้นคว้าในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง โดยเฉพาะจังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นเพียงจังหวัดเดียว

ที่มีคณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอครบทุกอำเภอที่ชัดเจน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน เป็นประธานทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานของ คณะกรรมการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระที่สำคัญของจังหวัด ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนงานแบบมีส่วนร่วมของ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมพร้อมกันทุกภาคส่วน สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ปาน กิม (ปี 2540) ที่พบว่าความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้อง การที่มี ผู้นำมีความสามารถในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และความสามารถในการประสานเชื่อมโยงกับองค์กรเครือข่าย จะเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ จังหวัดลำพูน ได้มีการขับเคลื่อนในมิติสังคมและวัฒนธรรมโดยให้ผู้นำทางด้านศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา น้อมนำความเชื่อและความศรัทธาทางพุทธศาสนามาช่วยเสริมสร้างปัจจัย ปกป้องให้กับคนในสังคม สำหรับมิติทางสื่อสังคมออนไลน์ได้มีการสนับสนุนให้ social influencer เป็นแบบอย่าง ของการมีจิตอาสาช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้มีปัญหาฆ่าตัวตายภายใต้ คำขวัญที่กล่าวว่า “คนลำพูนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และรูปแบบของการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ได้ความครอบคลุมในทุกมิติของการค้นหา คัดกรอง ดูแลช่วยเหลือและการส่งต่อผ่านความร่วมมือทุกภาคส่วน และกำหนด ชื่อว่า ยุทธศาสตร์ สี่เสาเราไม่ทิ้งกัน (4 Pillars) เป็นผลให้ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรูปแบบ การมีส่วนร่วมทางการศึกษาที่มีประสิทธิภาพของ Wright and Stegeline (2003) ที่เสนอว่า การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมใน ผลประโยชน์ทั้งทางด้านวัตถุ สังคม และส่วนบุคคล ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอันส่งผลให้ การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพ

สำหรับ 21 จังหวัดที่ศึกษา ผลงานวิจัย สะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่าย ได้ตระหนักและให้ความสำคัญ ต่อการพัฒนาตนเอง ภายหลังจากที่ได้รับเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน ซึ่งรูปแบบของกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานใน 21 จังหวัด จะเป็นการนำความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) และความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) ถอดองค์ความรู้ (Knowledge Decodification) ตลอดจนต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้เพื่อสร้างและใช้ในการทำงาน อันจะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการทำงานที่ดีขึ้น ตลอดจนนำ องค์ความรู้มาเป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรต่อไป ดังจะเห็นได้จากภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเรียนรู้ แต่ละ จังหวัดได้มีการกำหนดแผนงานระดับจังหวัดที่มาจากการระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง แม้ว่า บุคลากรสาธารณสุขยังคงเป็นผู้มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนและเชื่อมโยงประสานการทำงาน

ดังนั้น การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จึงต้องมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้วยการจัดการ ความรู้ ที่สอดคล้องกับบริบท ทางสังคมและวัฒนธรรม สร้างความตระหนักในการเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน การได้รับข้อมูลที่แท้จริงของปัญหา เสริมสร้างความรู้ให้บุคลากรภาคีเครือข่ายมีสมรรถนะในระดับผู้รู้จริง เน้นย้ำ ถึงความสำคัญกับแนวคิดการมีส่วนร่วมและความเป็นหุ้นส่วนในทุกด้าน มากกว่าการทำงานอย่างโดดเดี่ยว ร่วมกันรักษาความสัมพันธ์ที่ดี เสริมสร้างความเข้มแข็ง ประสานสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการทำงานในสถานการณ์ที่มีชัย ด้วยกันทุกฝ่าย จึงกล่าวได้ว่า กลยุทธ์ที่ค้นพบจากการศึกษา ยังคงมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) ตามทฤษฎีการมีส่วนร่วม จะเริ่มต้นตั้งแต่การวางนโยบายและแผนงาน การร่วมตัดสินใจ การร่วมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล

7.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีโครงการวิจัยเพื่อติดตามผลจากนวัตกรรมหรือรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราฆ่าตัวตาย เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. นโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อเนื่อง สม่่าเสมอระยะยาวไม่ต่ำกว่า 10 ปี เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกภาคส่วน เพราะปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ไม่ใช่สาเหตุจากสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาเชิงสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายและทำงานร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างยั่งยืน

3. บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้เชิงวิชาการ และการบริหารจัดการด้านข้อมูล สามารถถ่ายทอดนโยบาย ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินการในพื้นที่

4. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมาย พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ซึ่งมีการประชุมปีละ 2 ครั้งอาจจะไม่เพียงพอต่อการตอบสนองกับสภาพปัญหา ควรมีการแต่งตั้งคณะขับเคลื่อนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการฯ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ และคณะทำงานดังกล่าวควรมีความถี่ในการประชุมอย่างน้อยทุกไตรมาส

8. บรรณานุกรม

ปาน กิม.2540.การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ทางการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน.

วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2563). แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย.ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อนุพงษ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 3-16.

Gabriele G. et al. (2020). COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. International journal of Environmental Research and Public Health, 17, 1-22.

โครงการย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

1. บทคัดย่อ

ปัญหา: การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต จากปัญหาด้านสุขภาพสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ภาวะเครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนช่องว่างของระบบการให้บริการรักษา ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของกลุ่มเปราะบางที่มารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) โดยระยะที่ 1 คือ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเปราะบางที่มารับบริการ กลุ่มญาติ ผู้ดูแล กลุ่มประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระยะที่ 3 ประเมินและขยายการดำเนินการจาก 4 จังหวัดไปยัง 21 จังหวัด ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินการตามแนวทางใน 25 จังหวัด

ผลการศึกษา: ระยะที่ 1 พบว่าในชุมชนมีการเข้าถึงอาวุธทำร้ายตนเองได้ง่าย ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง 4 จังหวัดน่าน (ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช) พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดการรอบรู้เรื่องสัญญาณเตือน การคัดกรองและติดตามคนที่พยายามฆ่าตัวตายกับชุมชน ระยะที่ 2 มีการพัฒนาและอบรมบุคลากรตาม core package intervention และพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในระยะที่ 3 มีการประเมินผลลัพธ์และขยายผลจาก 4 จังหวัดไปสู่ 21 จังหวัด ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ทั้ง 25 จังหวัด ผู้วิจัยได้รูปแบบและแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายร่วมกับภาวะซึมเศร้า จุดแข็งเหตุและที่มกัวิกฤต หลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการติดตามต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ: ลดปัจจัยเสี่ยงโดยมาตรการจำกัดการเข้าถึงอาวุธ เพิ่มปัจจัยปกป้องโดยปรับทัศนคติและความรู้ด้านสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เพิ่มมาตรการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน มีจุดแข็งเหตุและที่มกัวิกฤตพื้นที่ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายรวมทั้งติดตามต่อเนื่องร่วมกับชุมชน ผ่านภาคีเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งการทำงานโดยใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการดูแลในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตาย, คิดฆ่าตัวตาย, วางแผนฆ่าตัวตาย, พยายามฆ่าตัวตาย, ฆ่าตัวตายสำเร็จ

The project 2: Development of Model for Vulnerable People with Suicidal Behavior (Indicated Suicide Prevention Model) in 25 Provinces, 4 Regions of Thailand

Problems: COVID-19 outbreak has a tremendous impact on physical, mental and social wellbeing for people in Thailand, leading to mental health problems and increasing suicide rate. This research was conducted to identify and develop the suicide care mode for the vulnerable with suicidal behavior

Objective: To develop the suicidal prevention care model for vulnerable people with suicidality receiving psychosocial care in health service facilities in 25 high suicidal provinces in Thailand

Methods: The study use the model of Participation Action Research in 4 following stages : 1st stage was situational analysis of suicide prevention in the attitude, knowledge, service perception in 4-pilot provincial areas in following groups : administrators, service providers, health volunteers, vulnerable groups and their relatives and general population. We use the questionnaires and in-depth interview in collecting data. 2nd stage was development of suicide prevention model and core intervention training package. 3rd stage was the implementation of model in 4 pilot areas and in 21 following provinces. 4th stage was to evaluate the study outcome over 25 provinces.

Results: The main finding in situation analysis was that people find that the access to suicide means were very easy to reach, the attitude of suicide prevention still has to be addressed in early warning sign, correcting attitudes about suicide and community suicide screening as well as follow-up. The other results were the development and training the core package intervention can strengthen the capacity of care providers, the comprehensive care model based on building a bridge between health and non-health collaboration were deployed.

Recommendations: The recommendation is to limit access to suicide tools, strengthen suicide literacy on warning sign, community screen for suicidal idea, a suicide rescue with the capacity building on intervention training, collaboration between health and non-health network.

Key words: Indicated suicide prevention model, vulnerable group, suicidal idea, suicidal behavior, suicidal plan, suicidal attempt, commit suicide

2. ภาพรวมโครงการย่อย

ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในอันดับที่ 32 เทียบกับประเทศในโลก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นปี 2563 มีสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) กระทบต่อเกือบทุกระบบของประเทศ โดยคาดว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจจะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการรายงานปี 2562-2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่าระบบนี้น่าจะมีช่องว่างในระบบการดูแลรักษา ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากศึกษาและพัฒนาแนวทางที่เป็นมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เข้าใจบริบทกระบวนการในการดำเนินงานในสถานพยาบาลทุกระดับ ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้คือ ได้ข้อมูลรอบด้านเกี่ยวกับช่องว่างของระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการดูแลช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลทุกระดับและชุมชน

3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็น “ภาวะการณ์ระบาดใหญ่ทั่วโลก(pandemic)” ผลจากมาตรการกักกันโรคและการ lockdown กระทบต่อเกือบทุกระบบของประเทศ โดยเฉพาะระบบสังคมและเศรษฐกิจมีการชะลอตัวเสียหายอย่างรุนแรง มีการเปรียบเทียบว่าคล้ายกับวิกฤติเศรษฐกิจใหญ่ในช่วง พ.ศ. 2551-2552 (OECD economics department, 2020) มีการเปรียบเทียบว่าการฆ่าตัวตายจะมีผลกระทบจากปัญหาของเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการตกงาน (Chang et al, 2009) การศึกษาจากสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์ของความคิดฆ่าตัวตายเป็นสูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าการระบาด คิดเป็นร้อยละ 10.7 เทียบกับ 4.3 (CDC, 2019.) และพบว่าการเพิ่มขึ้นของ ความคิดทำร้ายตนเองและการเกิด physical abuse พบในเพศหญิงวัยรุ่น และกลุ่มที่มีปัญหาการเลิกจ้าง กลุ่มพิการกลุ่มโรคประจำตัวทางกายและจิตเวชเรื้อรัง

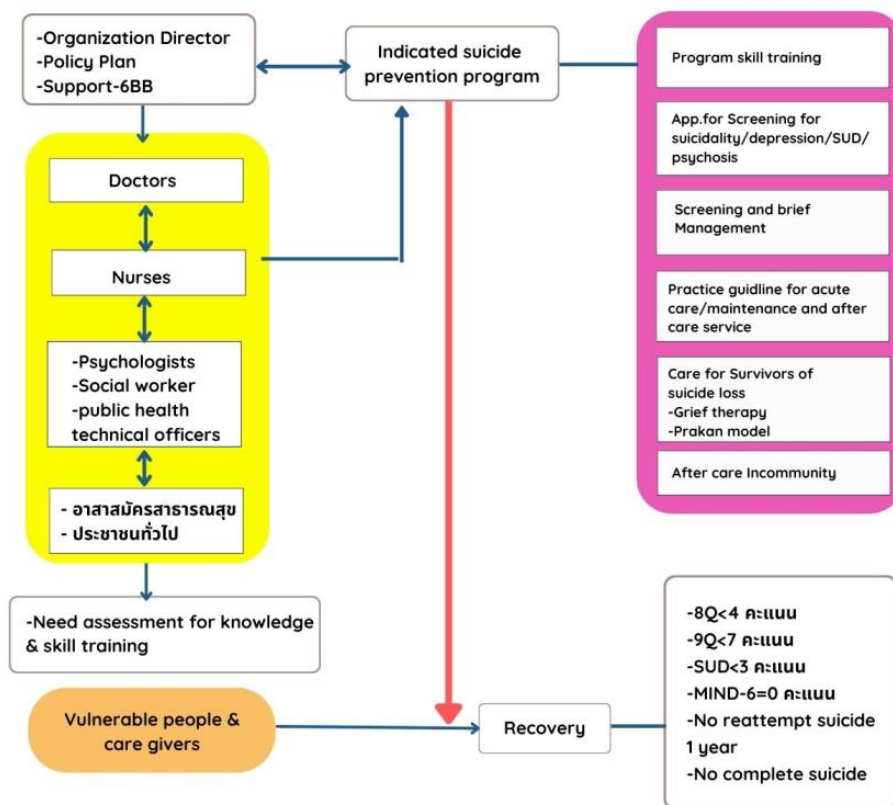
สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2561, 2562, 2563 จะมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 6.32, 6.64, 7.35 (ข้อมูลจากศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายแห่งชาติ) โดยเฉพาะเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นของ โรคโควิด-19 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

องค์การอนามัยโลกให้แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายว่า “การฆ่าตัวตายป้องกันได้” โดยมียุทธศาสตร์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicide prevention strategies) ที่แนะนำให้กับประเทศต่างๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ (1) ยุทธศาสตร์ป้องกันสำหรับประชากรทั่วไป (Universal prevention) คือ การป้องกันในกลุ่มประชากรทั่วไปเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและคนอื่นๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ลดการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์ และลดการเข้าถึงอาวุธที่ใช้ทำร้ายตนเอง รวมทั้งการแนะนำให้สื่อรู้จักวิธีการงาน สังคม (2) ยุทธศาสตร์การป้องกันในกลุ่มเปราะบาง (selective prevention) เจาะจงเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย ต่อภาวะวิกฤต กลุ่มชายขอบและ ด้อยโอกาสทางสังคม และผู้ที่สูญเสียญาติจากการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาทักษะบุคลากรด่านหน้า (gatekeeper) ที่ต้องพบเจอหรือทำงานกับบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวให้สามารถช่วยเหลือ ดูแล ส่งต่อ

กลุ่มเปราะบางสู่บริการสายด่วนสุขภาพจิต หรือระบบบริการสาธารณสุข (3) ยุทธศาสตร์การป้องกันในกลุ่มเปราะบางที่มีความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (indicated prevention) ได้แก่ การค้นหาวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้มีความคิดทำร้ายตนเอง การส่งต่อและติดตามต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมปัจจัยปกป้องต่อการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การเสริมทักษะด้านสังคมและกลไกการจัดการด้านบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต

ถึงแม้ประเทศไทยมีระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังพบปัญหาที่สูงขึ้นต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าระบบนี้น่าจะมีช่องว่างในระบบการดูแล รักษา ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากศึกษาและพัฒนาแนวทางที่เป็นมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย



4. ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) โดย **ระยะที่ 1** วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมความก้าวร้าว โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองสำหรับประชาชนทั่วไป 400 คน กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมความก้าวร้าว 487 คน กลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง 486 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 87 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้บริหารในระบบสาธารณสุข 35 คน การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ 122 คน **ระยะที่ 2** การพัฒนาแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดำเนินการร่วมกันกับโครงการย่อยที่ 1 โดยการจัดเวทีสะท้อนผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และจัดเวทีเพื่อสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมแบบ TOP (Technology Of Participation) เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลกลุ่มผู้เปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมความก้าวร้าวของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ทบทวนข้อมูลความต้องการการพัฒนาศักยภาพจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 1 จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในกรมสุขภาพจิต พัฒนาชุดหลักฐานการฝึกอบรมและคู่มือ (core intervention package) ในการบำบัดข้างต้นเพื่อฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข ในแต่ละระดับ และดำเนินการฝึกอบรมตามหลักฐานชุด core package intervention ทั้งในพื้นที่และระบบสื่อสารทางไกล รวมทั้งมีการติดตั้งไว้ใน e-learning platform ของกรมสุขภาพจิต **ระยะที่ 3** การขยายผลแนวทางฯ การดำเนินการ ที่ดำเนินการเป็นรูปแบบชัดเจนไปยังอีก 21 จังหวัด จากการทบทวนผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มีข้อค้นพบว่าปัจจัยสำคัญต่อการแก้ไขปัญหามหาความก้าวร้าว คือ การคัดกรองด้วยข้อคำถามความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มเติมจากซึมเศร้า (2Q PLUS) ในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤตสำหรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว จึงกำหนดให้เนื้อหาสำหรับการประเมินกระบวนการสำหรับพื้นที่ทำการวิจัย นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนมาทดลองใช้ในพื้นที่น่าน 4 แห่ง และปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ เมื่อได้โปรแกรมที่สมบูรณ์จาก 4 จังหวัดนำไปขยายผลในอีก 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง **ระยะที่ 4** ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นใน 25 จังหวัด โดยการประชุมสรุปผลการดำเนินการ โดยเป็นการเยี่ยมชมติดตามเพื่อให้คำปรึกษาและประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ อัตราการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดตั้งให้มีจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤต การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมการช่วยเหลือ อัตราการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรในเครือข่ายที่เข้ารับการอบรม อัตราการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดลดลงร้อยละ 10 ของอัตราการฆ่าตัวตายของปีที่ผ่านมา (ของปี 2563) รวมทั้งการนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจ

5. ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งแบ่ง 4 กลุ่ม ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านอง ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช มีดังนี้

1) กลุ่มเปราะบาง 487 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน อยู่ในช่วงวัยกลางคนศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป และอาศัยชนบทห่างไกลตัวเมือง พักอาศัยร่วมกับคู่สมรส/ลูกและพ่อแม่ จังหวัดกาฬสินธุ์มีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิมมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดลำพูนมีสัดส่วนประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจมากที่สุด เรื่องโรคประจำตัวต้องรับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มี ความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา แต่จังหวัดลำพูนที่พบว่าดื่มเกือบทุกวัน ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด การได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าร่วมสวัสดิการของรัฐคือโครงการคนละครึ่ง และเราชนะ

2) กลุ่มญาติผู้ดูแล 486 คน สถานะด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สภาพถิ่นที่อยู่ เหมือนกันกับกลุ่มเปราะบาง พักอาศัยร่วมกับคู่สมรส/ลูกและพ่อแม่ จังหวัดกาฬสินธุ์มีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิม มากที่สุด จังหวัดลำพูนประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจ ส่วนโรคประจำตัวที่ต้อง รับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา การได้รับ สวัสดิการแห่งรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง

3) กลุ่มประชาชนทั่วไป 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา สถานะถิ่นที่อยู่ปัจจุบัน อยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา รับจ้างทั่วไป ยังพบว่าประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจในจังหวัดนครสวรรค์

ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่สมรส ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐมากที่สุดคือโครงการคนละครึ่ง ไม่ได้รับ สวัสดิการใดเลยเพียงร้อยละ 2.5

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง 4 จังหวัดน่านองทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า จังหวัดลำพูนมีความตระหนัก เฝ้าระวัง ติดตามในคนที่พยายามฆ่าตัวตายมาก และมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง ส่วนจังหวัดที่ควรสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการฆ่าตัวตายในพื้นที่ คือ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ซึ่งจำเป็นต้องให้ความรู้ในเรื่องนี้กับ กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 จังหวัด น่านอง มีทัศนคติด้านบวกที่เหมือนกันคือ การฆ่าตัวตายเป็นบาป นั้นแสดงว่าศาสนาช่วยจรรโลงจิตใจ เป็นที่พึ่ง ทางใจให้กับทุกกลุ่มเป้าหมายได้ ส่วนทัศนคติด้านลบคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา/คนฆ่าตัวตาย ไม่บอกใคร และ การถามอย่างเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนและผู้ดูแลที่เห็นด้วย มากกว่า จำเป็นต้องมีการสื่อสารในประชาชนและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าว ในเรื่องการเข้าถึงอาวูทั้ง 3 กลุ่ม รายงานว่าของมีคม น้ำยาเคมี ยาแก้ปวด เชือก เตาถ่าน จะมีอยู่ในห้องต่างๆ ภายในบ้านมากกว่าอยู่ในที่มิดชิด และความสะดวกในการเข้าถึงอาวูของทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับง่ายมากถึง ง่าย

4) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 87 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 47.08-50.00 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป มีความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าตนเองมีบทบาทเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ต้องสำรวจความเสี่ยงฆ่าตัวตายตายของคนในหมู่บ้าน จะคัดกรองเพียง 2Q อาการซึมเศร้าเท่านั้น หากคนในหมู่บ้านบ่นว่ามีความทุกข์ใจมากถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย แหล่งช่วยเหลือที่สำคัญคือครอบครัวและวัด รองมาคือคลินิก เนื่องจากการไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ยาก ไม่สะดวก

ข้อค้นพบจากการสะท้อนข้อมูลระยะที่ 1 พบว่า 1) ระบบการคัดกรอง จังหวัดลำพูนมีการทำ 2Qplus ด้วยตัวเอง มีการคัดกรองโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับอาสาสมัครสาธารณสุขและไม่ได้ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในกลุ่มยาเสพติด ไม่ได้ประเมิน 8Q ซึมเศร้า กลุ่มผู้ที่ตกงานไม่ได้ประเมินทุกราย ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายไม่ได้ประเมินทุกราย เป็นการประเมินเสร็จแล้วไปลง รง 506 ไม่ได้บันทึกโดยทันที โรคทางกายยังไม่มีมีการคัดกรอง suicide 2) ระบบการเข้าถึงบริการการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการเชื่อมโยงเครือข่ายมาถึงหน่วยบริการ ผู้มีภาวะฉุกเฉินที่พยายามทำร้ายตนเองเข้าถึงบริการไม่ได้ทันเวลา ระบบส่งต่อมีปัญหา ไม่มี guideline ที่ชัดเจน พื้นที่มีการดูแลเรื่องจิตสังคมเบื้องต้น เช่น ภาพสนธิ์ ส่งทีมสุขภาพจิตดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านแต่ไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นจึงพบว่าระบบจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤติ (suicide rescue) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน เป็นประเด็นสำคัญ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้ที่ดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น ไม่มี core intervention ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายได้แก่ พื้นที่มีแค่ basic support ยังมีความต้องการหลักสูตรการรับฟังเชิงลึก (deep listening) ยังไม่มีการรักษาด้วย CBT Suicide รวมทั้งการเผยแพร่ Prakarn Model ซึ่งเป็นการดูแลญาติผู้สูญเสียจากการฆ่าตัวตายในทางภาคเหนือ ยังไม่ได้ขยายผลไปภาคอื่น เนื่องจากผู้ดูแลในระบบมีความต้องการการพัฒนาทักษะ ผู้วิจัยจึงชุดการพัฒนาทักษะ (core package intervention) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางขึ้น

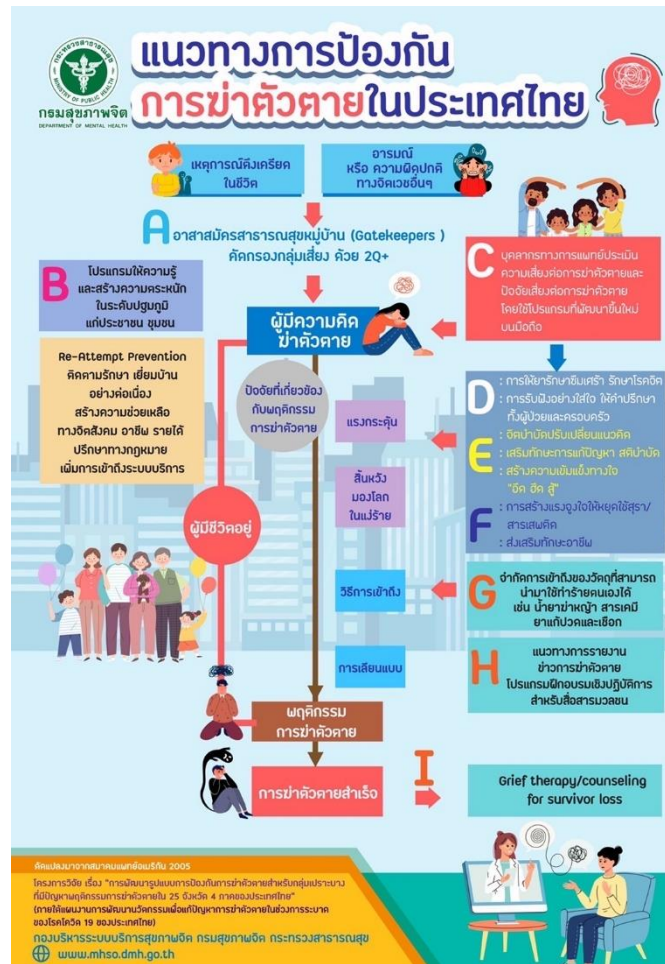
ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษากลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ พบว่า Core Intervention Package หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีทั้งหมด 15 หลักสูตร และมีการอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ จำนวน 8 หลักสูตร ทั้งนี้การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core package Intervention สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (360 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขเข้าถึงการฝึกอบรม 66% ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 78.9% ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 57.9% และบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าถึงการฝึกอบรมพึงพอใจ 95% นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเผยแพร่ Program Training: Package Core Intervention ทางเว็บไซต์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต www.mhso.dmh.go.th สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่สนใจเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) ซึ่งมียอดการเข้าถึง 198 ราย แบ่งเป็น หลักสูตร CBT-suicide 107 ราย MBTC 70 ราย และ Prakarn Model 21 ราย

ระยะที่ 3 และ 4 การขยายผลแนวทางฯ การดำเนินการ ที่ดำเนินการเป็นรูปแบบชัดเจนไปยังอีก 1 จังหวัด และนิเทศงาน กำกับติดตามการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ใน 25 จังหวัด คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายของ 4 จังหวัดนำร่องด้วยกระบวนการ การศึกษา ทบทวน และถอดบทเรียน จากโครงการต้นแบบ best practice การป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น จังหวัดลำพูน คือ “4 Pillar Pillar เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล)” จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ “ฮักแพง แบ่งปัน” และ “นาคาพิทักษ์” จังหวัดนครสวรรค์ คือ “นครสวรรค์...ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และ จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ “Set zero...” จึงนำมาสู่การได้ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย” Suicidal Care Workflow โดยผ่านการพิจารณา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการดำเนินงาน รวมถึงมีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่เพื่อขยายผลไปยัง 21 จังหวัดทั่วประเทศต่อไป เมื่อทีมผู้วิจัยได้นำแนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow มาพัฒนา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัด นำร่อง จนกระทั่งตกผลึกเป็นโมเดล ที่เรียกว่า “แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” ที่นำไปขยายผลใน 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของ ประเทศไทยต่อไป

จากการนิเทศลงพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้ผลสรุปว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร มีการลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ใน 3 จังหวัดได้แก่ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ยกเว้น จังหวัดลำพูนที่มีเพิ่มขึ้น ส่วนร้อยละของการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น พบว่า ทั้งสามจังหวัดข้างต้น มีร้อยละของ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 15.34, 11.38, 33.78 ตามลำดับ ส่วนลำพูน มีร้อยละเพิ่มซึ่งส่วนใหญ่การกระจายตัวของพื้นที่แต่ละจังหวัดจะมีรูปแบบแตกต่างกัน ส่วนใหญ่อำเภอเสี่ยงสูง จะเป็นพื้นที่อำเภอเดิมทุกปี สำหรับร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าจังหวัด กาฬสินธุ์ ลำพูน เป็นจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายซ้ำน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด รองลงมาเป็นจังหวัด นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ ซึ่งมีความไม่แตกต่างกันมาก อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจากเครือข่ายภาคสาธารณสุข จึงสามารถอธิบายได้ถึงอัตราการฆ่าตัวตาย ซ้ำน้อยลง ส่วนการเข้าถึงบริการนั้น พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ได้รับการเข้าถึงบริการจากการ คัดกรองมากที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลการเข้าถึงบริการ และยังขาดฐานข้อมูล ที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถสรุปผลการเข้าถึงบริการได้ ซึ่งอาจจะอธิบายถึงความไม่เชื่อมโยงของการลงบันทึก และการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข



ภาพที่ 16 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย



ภาพที่ 17 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย



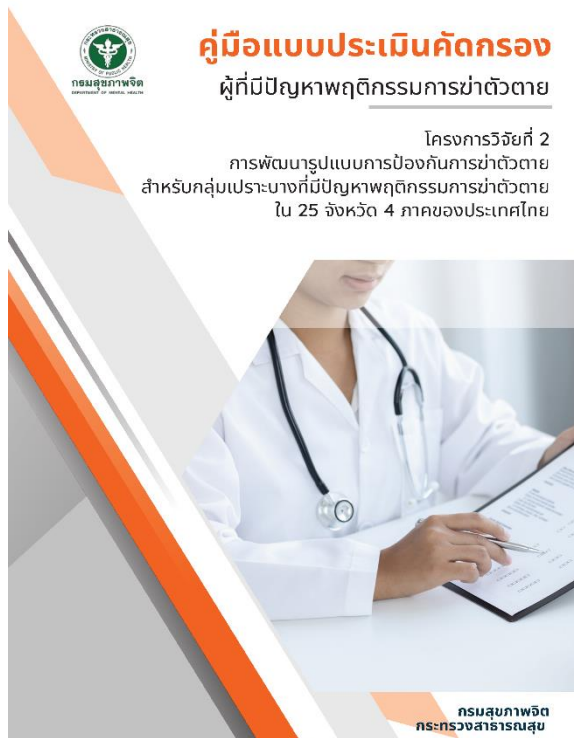
คู่มือหลักสูตรการฝึกอบรม

เพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

www.mhso.dmh.go.th

ภาพที่ 18 Core Intervention Package: E-Learning


www.mhso.dmh.go.th

ภาพที่ 19 คู่มือการใช้ประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเปราะบางในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564 - 2565

กลุ่มเปราะบาง	2564	2565
ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติด	36.5	37.3
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย NCDs	30.1	30.8
กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย	13,661	14,203
ผู้ป่วยโควิด และญาติผู้เสียชีวิต	4.3	15.84
ผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ/วัยทำงานที่ตกงาน	28.2	28.8
ผู้สูงอายุและผู้พิการ	21.5	23.8
ผู้ที่เผชิญสภาวะความรุนแรงในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19	0.7	1.2
บุคลากรสาธารณสุขที่ Burn out	34.0	18.25

หมายเหตุ: ใน 1 คนสามารถมีปัจจัยได้มากกว่า 1 ปัจจัย

ที่มา: ระบบรายงานการเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง รง 506 S v.10 ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2565 และข้อมูลจาก mental health check in

ทีมผู้วิจัยได้สุ่มแบบประเมินผ่าน google form ไปยังบุคลากรสาธารณสุข ทั้ง 359 คน ซึ่งแต่ละคนกระจายไปแต่ละอำเภอ (1:1) รวมเป็น 359 อำเภอ (ใน 25 จังหวัด) มีการตอบกลับมาทั้งหมด 236 คน (คิดเป็นอัตราการตอบรับ ร้อยละ 65.7) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าพื้นที่ที่มีการนำแนวทางไปใช้มีเพียง 179 อำเภอจาก 236 อำเภอ (คิดเป็นอัตราการใช้แนวทาง ร้อยละ 75.8 ของผู้ตอบแบบสอบถามหรือคิดเป็นอัตราการใช้แนวทาง ร้อยละ 49.8 ของอำเภอทั้งหมด)

ในพื้นที่นำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ ได้วิเคราะห์แนวทางในแต่ละขั้นตอนว่าสามารถนำไปใช้ได้ดีเพียงใด พบว่า การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย 2Qplus โดย อสม. ทำได้ร้อยละ 63.1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน ทำได้เพียง ร้อยละ 53.1 การใช้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นใหม่บนมือถือ โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำได้เพียง ร้อยละ 40.8 แพทย์มีการให้ยารักษาซึมเศร้า รักษาโรคจิต/การรับฟังอย่างใส่ใจ ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำได้สูงถึงร้อยละ 69.8 ทีมสุขภาพจิตมีการทำจิตบำบัดปรับเปลี่ยนแนวคิด/เสริมทักษะการแก้ปัญหา สติบำบัด ทำได้เพียง ร้อยละ 53.6 บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สร้างความเข้มแข็งทางใจ อีดี ฮีต สู้/การสร้างแรงจูงใจให้หยุดใช้สุรา/สารเสพติด, ส่งเสริมทักษะอาชีพ ทำได้เพียงร้อยละ 54.2 การจำกัดการเข้าถึงของวัตถุที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น น้ำยาฆ่าหญ้า สารเคมี ยาแก้ปวด และเชือก ทำได้เพียงร้อยละ 31.8 แนวทางการรายงานข่าวฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสื่อมวลชน ทำได้เพียงร้อยละ 33.0 และการเยียวยาผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต โดยใช้โปรแกรม Grief therapy /counseling for survivor loss/ Prakarn model ทำได้เพียงร้อยละ 35.2 ส่วนขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทีม อสม. ทุกเดือนที่ 1 2 3 6 9 12 รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ไม่ได้มีการเน้นและประเมินในแบบสอบถาม จึงไม่มีผลลัพธ์

6. อภิปรายและวิจารณ์ผล

สิ่งที่นำไปตามสมมติฐาน

1. มีระบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ 2Qplus และประเมินด้วย 8Q ในหน่วยบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังมีการบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายใน รง 506s แต่ไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่มีในงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงที่บันทึกใน รง 506s พบว่ามีตัวแปรแต่ลงข้อมูลไม่ครบถ้วน เนื่องจากการคัดกรองมีความสำคัญตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (2014) และข้อมูลจากการศึกษาด้านทัศนคติอื่นๆ
2. มีแนวทางการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลแต่เป็นบางแห่ง มีความหลากหลายในวิธีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล และการใช้ยา พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่เพียงพอ การดูแลด้านจิตสังคมยังมีน้อยเนื่องจากบุคลากรมีการเปลี่ยนงาน คนที่เข้ามาทำงานใหม่ขาดความรู้และทักษะในการทำจิตสังคมบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน แต่ไม่สม่ำเสมอและไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ให้ อสม. เป็นผู้ติดตามเพียงสอดส่องว่ามีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำหรือไม่ โดยไม่มีการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ทั้งนี้ อสม. ขาดการเพิ่มพูนศักยภาพด้านการรับฟังอย่างใส่ใจ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการดูแลให้ยาในผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้จิตสังคมบำบัด และติดตามต่อเนื่องในพื้นที่ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากผู้ดูแลพบว่า การได้รับการติดตามต่อเนื่องยังน้อย พบว่าปัญหาที่ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องเป็นเพราะการขาดบุคลากรและแนวทางในการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนที่ยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน

4. มีการใช้แนวทาง care map ในพื้นที่แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีแผนบูรณาการในพื้นที่อยู่แล้ว

5. แนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงในหลายพื้นที่ ซึ่งอธิบายจากการมีระบบการดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เฝ้าระวังและจริงจัง จากการดำเนินการตามกรอบการวิจัย ด้านการพัฒนาบุคลากร การใช้ข้อมูลเฝ้าระวังระดับจังหวัดและมีการสอบสวนโรคที่ข้อมูลสะท้อนกลับไปในภาคส่วนที่ดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการอธิบายว่ามีการให้การดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขและชุมชน อย่างไรก็ตามยังพบว่าหลายพื้นที่ยังไม่ได้เชื่อมโยงกับภาคส่วนนอกระบบสาธารณสุข หรือจัดการประชุมอนุกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพัฒนาแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ ระยะเวลาของการวิจัยที่สั้นเกินไป ไม่สามารถสรุปว่ารูปแบบจากงานวิจัยนี้เป็นสาเหตุโดยตรงในการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

1. ยังไม่มีระบบและแนวทาง Suicidal rescue ไม่มีศูนย์แจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤติเพื่อช่วยเหลือคนที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ชัดเจน ยกเว้น จังหวัดลำพูน ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมและสมมติฐานที่ควรต้องมีรูปแบบในการดูแลประเด็นของการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ

2. ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ทุกอย่างรวมศูนย์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และไม่มีการสะท้อนข้อมูลคืนให้พื้นที่ การลงทะเบียน รง 506s มีความยุ่งยาก อีกทั้งภาระงานล้นมือในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่มุ่งเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม บุคลากรต้องเร่งระดมฉีดวัคซีนโควิด ทำให้ลงทะเบียนล่าช้า บางครั้งข้อมูลก็สูญหายหรือไม่ครบถ้วน

3. ระบบการติดตามมีแต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีความต่อเนื่อง ติดตาม 1-2 ครั้งเท่านั้น โดย อสม. ไม่มีที่ไหนติดตามนานถึง 1 ปี เนื่องจากภาระงาน ความไม่ชัดเจนของแนวทาง

4. การดูแลด้านจิตสังคมโดยรวมมีมือกับภาคประชาสังคมอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มเปราะบางยังมีน้อย เนื่องจากนโยบายถ่ายทอดไปยังจังหวัดยังไม่ชัดเจน ขาดผู้นำระดับจังหวัดที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการฆ่าตัวตาย

5. มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขไปในทิศทางเดียวกัน เกี่ยวกับระบบการให้บริการ และอัตรากำลังมีน้อย แม้องค์ความรู้ในการดูแลจะช่วยให้การทำงานดีขึ้นแต่ยังขาดหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมทั้งไม่ได้ส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทั้งที่งานนั้นมีความยากและซับซ้อน ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

6. กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มเปราะบาง ขาดความรู้ การตระหนักรู้ถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และขาดช่องทางการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อเห็นสัญญาณฆ่าตัวตาย

7. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,617 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อย มองเป็นเรื่องปัจเจกชนมากกว่าปัญหาสังคม อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อคนที่ฆ่าตัวตายว่าอ่อนแอ ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่กล้าแสดงตนออกมาจากข้อมูลของการวิเคราะห์สถานการณ์และการนิเทศ พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัด ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก อีกทั้งชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง จึงมีความต้องการให้เพิ่มเรื่องการตระหนักรู้ของปัญหาฆ่าตัวตาย โดยผู้บริหารระดับจังหวัดและองค์กรเครือข่าย ตัวอย่างเช่น ลำพูนมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด สร้างความตระหนักในระดับผู้บริหาร และผลักดันลงสู่ชุมชน ผ่านการทำงานในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนทำให้ทุกองค์กรในจังหวัดลำพูนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

2. ระบบการคัดกรองเดิมยังใช้แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ คือ เริ่มจาก 2Q ตามด้วย 9Q หากมากกว่า 7 คะแนนจึงจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเองไม่ได้ถูกซักถาม และไม่ได้เข้าถึงระบบการช่วยเหลือ ดังนั้น เพื่อให้การคัดกรองครอบคลุมไปถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง โครงการวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบคัดกรองที่ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนทั่วไป ให้สวม.ใช้เครื่องมือคัดกรอง 2Q+ ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มทักษะการฟังอย่างใส่ใจ และสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการได้ นอกจากนี้ยังมีศูนย์แจ้งเหตุซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดรับแจ้งเหตุการณ์กรณีผู้ป่วย หรือ อสม. พบสัญญาณเตือนตามบริบทของจังหวัด เช่น นาคาพิทักษ์, 1669, Hope task force, 191 ฯลฯ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและทีมช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

3. ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้องเห็นได้จากกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายหากประสบกับวิกฤติในชีวิต มีความเห็นว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจริง ๆ จะไม่บอกคนอื่น การถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะเป็นการชี้นำและกระตุ้นให้เกิดการทำมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้มีความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชน ให้กล้าถามคำถามง่าย ๆ เช่น เคยทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่ คุณมีความคิดถึงขั้นที่อยากจะทำร้ายตนเองหรือเปล่า เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อระบบบริการ จึงนำไปสู่การบรรจุใน care plan ในโครงการวิจัย

4. การเข้าถึงความช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อระบบบริการสุขภาพยังมีน้อย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเองไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ต้องให้ การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (Psychological First Aid: PFA) หลังจากคัดกรองด้วย 2 คำถามแล้ว รีบส่งต่อ แม้ว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น เฝ้าระวังติดตามและส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วก็ตาม

5. ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลฝ่ายกายกับโรงพยาบาลจิตเวช ยังมีปัญหาเนื่องจากแพทย์ทั่วไปขาดความรู้ ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลจิตเวชก็มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยทางกาย และจำนวนเตียงจำกัดในช่วงระบาดของ COVID-19

6. ระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทุกพื้นที่ขาดแนวทางที่ชัดเจนในกลุ่มเสี่ยง จากข้อจำกัดด้านภาระงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 และความรู้ความเข้าใจในแนวทางการติดตามที่ได้กำหนดไว้ คือ มีการติดตามในระยะแรกโดยเจ้าหน้าที่รพสต. และเครือข่าย อสม. แต่ยังไม่มีการติดตามปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงเกิดการพัฒนาองค์กรเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้านสังคมและเศรษฐกิจตามโครงการย่อยที่ 1 เพื่อให้มีเครือข่ายความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อลงติดตามในชุมชน

7. บุคลากรด้านสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้นในช่วงระบาดของ COVID-19 จนเกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ การศึกษาวิจัยนี้จึงสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์และเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตทุกสาขาวิชาชีพ เพิ่มขวัญกำลังใจในด้านสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในสายงาน

8. การทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นงานที่มีคุณค่าแต่ไม่มีมูลค่า จึงควรที่จะศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการดูแล (Unit cost) รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเพื่อนำมาประกอบการคำนวณภาระงานสิทธิประโยชน์และค่าตอบแทน (On-top Service Fee) สำหรับระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. นโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ระยะยาวไม่ต่ำกว่า 10 ปี เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกภาคส่วน เพราะปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ไม่ใช่สาเหตุจากสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาเชิงสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ต้องกำหนดเป้าหมายและทำงานร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างยั่งยืน

2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือดูแลระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข โดยมีการใช้ข้อมูลในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ในการดำเนินงาน

3. บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้เชิงวิชาการ และการบริหารจัดการด้านข้อมูล สามารถถ่ายทอดนโยบาย ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินการในพื้นที่

4. ศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต ควรมีบทบาทที่เล็งเห็นความร่วมมือ สื่อสารผ่านการประชุมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือในด้านวิชาการ ได้แก่ สื่อความรู้ การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะด้านต่างๆ แก่บุคลากรในพื้นที่

5. ควรนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้จากโครงการวิจัยนี้ไปกำหนดเป็นมาตรการดำเนินงานและใช้ในการกำกับติดตามการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกด้วยสามคำถามที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤตสำหรับให้การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ปรับปรุงให้มีการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการโดยเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การพัฒนาการปฐมพยาบาลทางใจและการรับฟังเชิงลึกสำหรับเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข

6. การพัฒนาด้านการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนและชุมชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (suicide literacy)
7. เพิ่มอัตรากำลังใจและทำแผนความก้าวหน้าของบุคลากรดูแลด้านสุขภาพจิตเพื่อให้รองรับกับปัญหาเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งการขยายผลการใช้นวัตกรรมระบบดิจิทัลในโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม
8. ส่งเสริมให้มีการนำนวัตกรรมและองค์ความรู้จากการวิจัยนี้ไปใช้ในพื้นที่ ภายใต้การสนับสนุนของกรมสุขภาพจิต รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าของนวัตกรรมในระยะยาว

ข้อจำกัดการศึกษา

1. ระยะเวลาในการทำการศึกษากำหนด เนื่องจากเป็นแผนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาไกลเชิงระบบทั้งภาคส่วนในและนอกระบบสาธารณสุข ร่วมกับการพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาที่ต้องมีการพัฒนาต้นแบบ วัดผลและขยายผลการดำเนินการไปใน 25 จังหวัด รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ในปัญหาฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนสูง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่ไม่ชัดเจน ควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวหลายปี เพื่อให้การเห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบดังกล่าว
2. พื้นที่ในแต่ละจังหวัดมีบริบท ความเชื่อ การปฏิบัติแตกต่างกัน จึงมีผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน ทำให้ยากที่จะรวบรวมผลวิจัยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายนี้ให้ออกมาในระยะเวลาสั้นๆ รวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในชุมชนกรุงเทพมหานคร ทำให้บริบทของความเป็นเมืองอาจไม่สะท้อนในงานวิจัยนี้
3. การดำเนินการวิจัย ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และนโยบายของ social distancing จากการควบคุมโด่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัคร ตามที่กำหนดไว้ และวิธีการเก็บข้อมูล ไม่สามารถทำได้ในรูปแบบเดิม ส่งผลต่อการลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลงและใช้สื่อทางไกลในการสัมภาษณ์ทดแทน

8. บรรณานุกรม

1. เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 44 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2542 , หน้า 329-343.
2. ทวีชัย อย่างเจริญ. ผลการประเมินความรู้และทัศนคติ จากโครงการสร้างความตระหนักให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย: อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารสวนปรง, ปีที่ 23, ฉบับที่ 1, มกราคม – เมษายน 2550, หน้า 34.
3. ศักกรินทร์ แก้วเฮ้า. สองทศวรรษโครงการการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563; 1(1) 1-8.
4. อรพิน ยอดกลาง และคณะ. โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand) ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย : เรื่องสังคมไทยไร้ความรุนแรง. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2563.
5. WHO World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, example and indicators. Geneva: 2018; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. WHO (2011). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
7. WHO (2017). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2017/en/
8. Economics Department, OECD, 2020. Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity [WWW Document]. New OECD Outlook Glob. Econ URL. https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=126_126496evgsi2gmoqj&title=Evaluating_the_initial_impact_of_COVID-19_containment_measures_on_economic_activity accessed 4.14.20.
9. Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J.A.C., Lu, T.-H., Cheng, A.T.A., 2009. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc. Sci. Med. 68, 1322–1331. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>
10. CDC, National Center for Health Statistics. Early release of selected mental health estimates based on data from the January–June 2019 National Health Interview Survey. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/ERmentalhealth-508.pdf>
11. World Health Organization 2014. Preventing suicide: a global imperative, 2014. ISBN 978-92-4-156477-9.
12. World Health Organization 2021. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries, 2021. ISBN 978-92-4-002662-9.

โครงการย่อยที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. บทคัดย่อ

ปัญหา: ความต้องการการดูแลสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ในขณะที่การดำเนินงานที่เน้นการดูแลรักษารายบุคคลและการดำเนินงานแบบ Top down ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างทันที่ จึงมีการนำแนวคิดของการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางจิตสังคมในระดับชุมชนเข้ามาใช้

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ประเมินผล และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่ถูกเลือกมาเพื่อเป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2564-2565 ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร รวมถึงเพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยเทคนิคการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) มีกระบวนการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมุ่งแก้ปัญหาเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยใช้การออกแบบลักษณะของการวิจัยหลายระยะ (Multiphase Research Design) แบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์และประเมินผลโปรแกรมนี้นี้ในพื้นที่จริง ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย และระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลโปรแกรมนี้นี้เมื่อถูกขยายผลไปใน 25 จังหวัด โดยกรอบแนวคิด RE-AIM

ผลการศึกษา: การศึกษาสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความความยืดหยุ่นของชุมชน การลดปัญหาสุขภาพจิต และการเพิ่มคุณภาพชีวิต หากแต่พื้นที่ในการศึกษามีขอบเขตกว้างเกินไปทำให้ไม่สามารถศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในแต่ละบริบทได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาว ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินงานการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคตหากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย

คำสำคัญ: การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสังคม, การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน, ความยืดหยุ่นในชุมชน, ความเข้มแข็งทางใจ, โควิด-19, การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

The project 3: Program of Enhancing Community Mental Health Vaccine During the COVID-19 Outbreak

Problems: The COVID-19 outbreak increase the need of mental health and psychological support while individual support and top-down mental health policy cannot meet these needs. It is important to develop a community-based mental health and psychological support program (the Community Mental Health Vaccine Program) and disseminate it in this crisis.

Objectives: This study aims to develop a community-based mental health and psychological support program and to evaluate the program before planning for scaling up. Moreover, this study examines the implementation and scaling up at the national level during the crisis. Lastly, this study evaluates the program at scale by using RE-AIM framework.

Methods: This study use the Implementation Research by technique Mixed Methods which emphasize the pragmatism perspective. It aims to overcome the implementation challenges in real world setting. To achieve the objectives of the study, we use the multiphase research design containing 3 phases including: phase 1 development of the community mental health vaccine program; phase 2: Implementation and scaling up; Evaluation by using RE-AIM framework.

Results: The results suggest that the program effectively improve community resilience, mental health, and well-being among people.

Recommendations: Therefore, the research should conduct qualitative research to explore the supportive factors of the successful implementation and follow up the long-term outcomes. Moreover, the related organizations that are responsible for improving well-being of people should collaborate in this program for the further crisis.

Key words: Mental health and psychosocial supports, Community participation, Community Resilience, Resilience, COVID-19, Community Mental Health Immunity

2. ภาพรวมโครงการย่อย

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามหลักการของการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคม (Mental health and psychosocial supports: MHPSS) เป็นสิ่งจำเป็นภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ซึ่งประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตเป็นวงกว้าง และกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตจึงได้มีการพัฒนาหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนซึ่งใช้แนวคิดของดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนจิตสังคมขึ้น เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคล ไปสู่ชุมชน แต่การดำเนินงานในปี 2563 ทำให้เห็นช่องว่างของการดำเนินงานทั้งความชัดเจนของตัวแนวทางและวิธีการนำไปปฏิบัติในชุมชนให้มีประสิทธิภาพจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป้าหมายสำคัญของแนวทางนี้คือการมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและร่วมกันฝ่าฟันวิกฤตในครั้งนี้ไปได้ โดยการดึงศักยภาพของชุมชนมาร่วมดำเนินการดูแลซึ่งกันและกัน องค์ประกอบของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนประยุกต์ใช้องค์ประกอบตามการทบทวนวรรณกรรมของ Hobfoll และคณะ (2007) และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ปัญหาโควิด-19 โดยผู้เชี่ยวชาญของกรมสุขภาพจิต เปลี่ยนภาษาจากการแปลโดยตรง ในคำภาษาอังกฤษให้เป็นคำที่เข้าใจง่าย และสื่อสารได้ง่ายในกลุ่มประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย “4 สร้าง” คือ การเสริมสร้างความรู้สึกลดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกลงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจให้โอกาส (Connectedness) ร่วมกับการใช้ 2 กลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้างดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของแนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คือ 4 สร้าง 2 ใช้

ในต้นปี 2563 ก่อนจะมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนฉบับสมบูรณ์ในงานวิจัยนี้ กรมสุขภาพจิตได้ประกาศใช้แนวทางการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ผ่านขั้นตอนการปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความถูกต้องของแนวทางและมีการนำไปทดลองใช้ทั่วประเทศในทุกจังหวัดเกิดเป็นชุมชนต้นแบบในทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย แต่ยังไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำหลักการการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคมในชุมชนภายใต้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 (โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน) ให้สมบูรณ์ และประเมินผลโปรแกรมนี้นในพื้นที่จริง จากนั้นจึงพัฒนาแนวทางสนับสนุนการขยายผลโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย

3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)

คำจำกัดความของการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม

คำว่า “การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS)” เป็นคำที่ใช้ในแนวทางสำหรับ MHPSS ในสถานการณ์ฉุกเฉินของคณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter Agency Standing Committee; IASC) หมายถึง “การช่วยเหลือใด ๆ จากท้องถิ่นหรือจากภายนอกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทางใจ (psychological well-being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต” ระบบการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมทั่วโลกใช้คำว่า MHPSS เพื่อรวบรวมผู้ทำงานหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับเหตุฉุกเฉิน (อย่างเช่น ในเหตุการณ์ระบาด COVID-19) ประกอบด้วย ผู้ทำงานด้านชีววิทยา หรือด้านสังคมวัฒนธรรมในหน่วยงานสุขภาพ สังคม การศึกษา และชุมชน รวมทั้ง “เน้นย้ำความจำเป็นของวิธีการหลากหลายที่เสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม”¹

แนวทางของ IASC

แนวทาง IASC สำหรับ MHPSS ในสถานการณ์ฉุกเฉินแนะนำให้มาตรการหลากหลายระดับบูรณาการอยู่ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำงานเพื่อรับมือกับการระบาดนี้ ระดับของมาตรการเหล่านี้สอดคล้องกับกรอบความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ตั้งแต่บริการขั้นพื้นฐานที่คำนึงถึงสังคมวัฒนธรรม จนถึงการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ที่มีความรุนแรงมาก หลักสำคัญคือ: ไม่เป็นอันตราย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม ใช้แนวทางมีส่วนร่วม พัฒนากายใต้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ ใช้มาตรการหลายระดับ และทำงานด้วยระบบช่วยเหลือกันแบบบูรณาการ การประเมินการดำเนินการตามแนวทางฯ จัดทำโดย IASC Reference Group

Essential Elements of Interventions Following Disaster

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการทบทวนโดย Hobfoll และคณะ (Hobfoll et al., 2007) ที่ได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกที่มีประสบการณ์ในการศึกษาและบำบัดรักษาประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติและความรุนแรง พบ 5 องค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภายหลังเกิดเหตุดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง (Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention) ประกอบไปด้วย

- 1) ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety)
- 2) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming)
- 3) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาร่วมกัน
- 4) ส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness)
- 5) ส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope)

การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community participation)

แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิริติ ปานศิลา (2554) กล่าวถึง วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ วิธีการอันเหมาะสมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้างเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจน จนกลุ่มสามารถถ่วงน้ำหนักความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องร่วมกันที่นำไปปฏิบัติได้ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม ปลดปล่อยความคิด สร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และ สร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็นและสร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วน ร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่ม

การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research)

การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research: IR) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนโยบาย (policy process) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ (implementation strategy) ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของนโยบายและมีความยั่งยืน IR เหมาะกับการวิจัยเกือบทุกนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นในการพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษา การนำเสนอสิ่งใหม่ๆ เข้ามาใช้ในระบบการให้บริการ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในโรงพยาบาล การพยาบาล และวิธีการดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ แต่ประเทศกำลังพัฒนาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้น้อย ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเสียดายเพราะทรัพยากรมีจำกัด ไม่ควรสิ้นเปลืองทรัพยากรไปกับการปฏิบัติตามนโยบายแล้วไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

IR สามารถทำได้ตั้งแต่ ก่อน (pre-implementation) ระหว่าง (during-implementation) และ หลังการนำนโยบายไปปฏิบัติ (post-implementation) และใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) เชิงคุณภาพ (qualitative study) หรือใช้ทั้งสองแบบ (mixed method) ควบคู่กันไป เพื่อทำความเข้าใจความเห็น ทศนคติความรู้สึกของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้าใจกระบวนการดำเนินการ และมีหลักฐานแสดงผลสำเร็จ (หรือไม่สำเร็จ) รูปแบบการดำเนินงานวิจัยอาจ เป็น retrospective study, cross-sectional study, comparison between two groups, randomized controlled trial, economic evaluation หรือ longitudinal study อย่างไรก็ตาม ผลของการวิจัยที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบท (context) เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลการทำ IR จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นๆ วิธีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติต้องมีหลากหลายรูปแบบ (multi-faceted strategies) มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และ นำข้อมูลมาสะท้อนระดับความสำเร็จของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วย

กรอบแนวคิด RE-AIM Framework การประเมินการดำเนินการมาตรการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ซึ่งเรียงตามลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (reach) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของบุคคลที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 2) ประสิทธิภาพ (effectiveness) คือ ผลของมาตรการที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งผลกระทบทางด้านลบ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) 3) การยอมรับมาตรการ (adoption) คือ ตัวเลข/สัดส่วน/จำนวนของสถานที่ (settings) และบุคคลหรือกลุ่ม บุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการมาตรการ (intervention agent) และมีความประสงค์ดำเนินโครงการ/มาตรการ 4) การดำเนินโครงการ/มาตรการ

(implementation) คือความสามารถในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ทั้งด้านเวลาและงบประมาณ และ 5) การรักษา (maintenance) คือผลกระทบระยะยาวของโครงการหรือมาตรการต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปหลังจากครั้งสุดท้ายของการมีส่วนร่วมในโครงการ

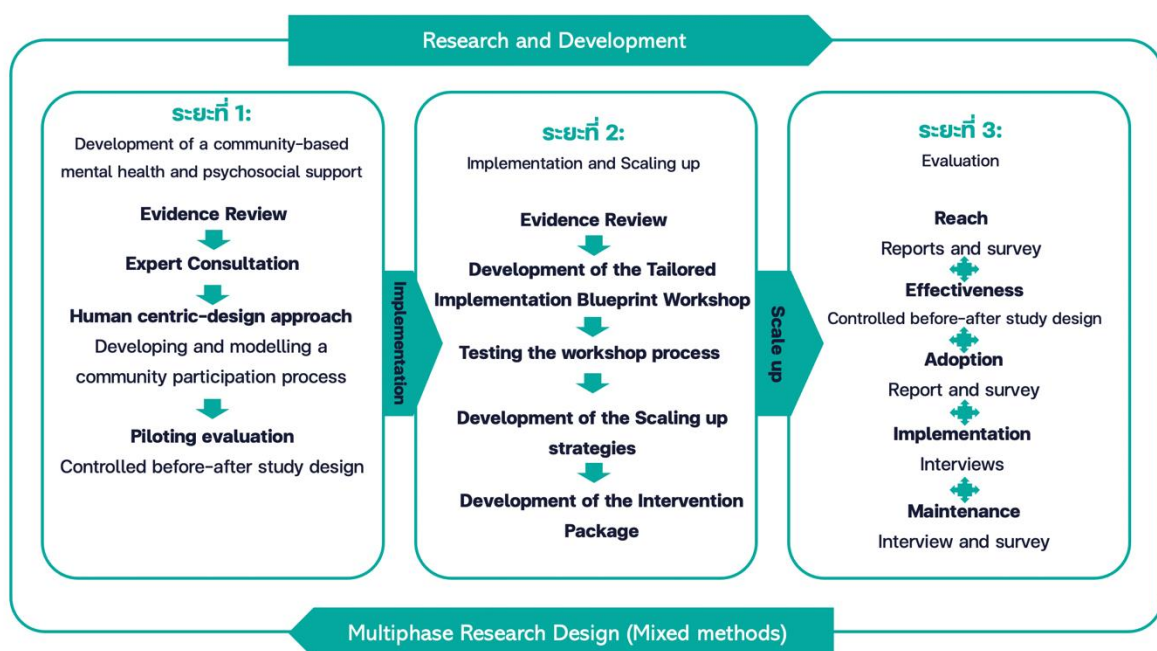
4. ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) มีกระบวนการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมุ่งแก้ปัญหา เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยใช้การออกแบบลักษณะของ Multiphase Research Design แบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (Research and Development) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญ 3) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยกระบวนการ Human-centric-design approach 4) การศึกษาในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด (Pilot study)

2. การนำไปปฏิบัติและการขยายผล (Implementation and scaling up) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Evidence Review) 2) การพัฒนาขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับจังหวัด (Development of Tailored Implementation Blueprint Workshop) 3) การพัฒนากลยุทธ์การขยายผลการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับประเทศ (Development of scaling up strategies) 4) การพัฒนาเครื่องมือการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการขยายผล (Development of intervention package)

3. การประเมินผล (Evaluation) โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประมาณผลตามกรอบแนวคิด RE-AIM ของ King DK และ Glasgow RE, 2010



ภาพที่ 20 รูปแบบการวิจัยแบบ Multiphase Research Design (Mixed-methods)

5. ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เมื่อประชุมทีมผู้วิจัยในการพัฒนาร่างโปรแกรม โดยเริ่มต้นจากการระบุหลักการสำคัญของโปรแกรม (Core principles) โดยสรุปได้ 4 หลักการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental health and psychosocial supports) คือ 1) ส่งเสริม 5 psychological needs คือ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย (Promote sense of safety) ส่งเสริมความสงบ (Promote calming) ส่งเสริมการรับรู้ศักยภาพของตนเองและชุมชน (Promote sense of self- and community efficacy) ในการจัดการปัญหาาร่วมกันส่งเสริมความรู้สึกผูกพันกันในชุมชน (Promote connectedness) และส่งเสริมการมีความหวัง (Promote hope) 2) ยกระดับการดำเนินงานจากระดับบุคคลไปสู่ชุมชน (Public intervention) 3) ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อส่งเสริมความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม 4) การส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกระบวนการเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (Task-sharing) รายละเอียดดังภาพที่ 21 ต่อไปนี้



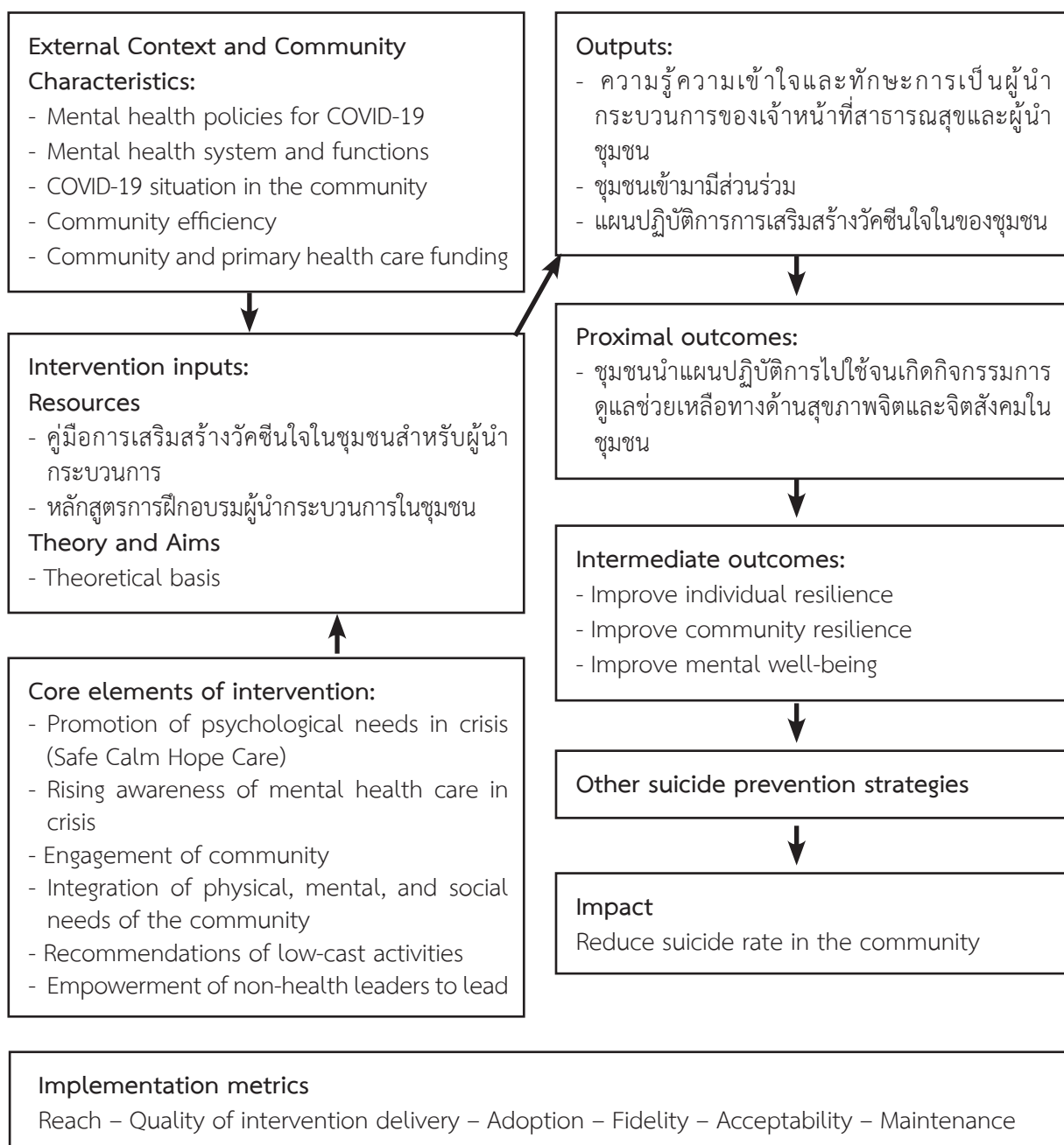
ภาพที่ 21 แสดงหลักการสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน
(4 Core principles of the community mental health vaccine program)

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับองค์ประกอบของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยมีการตัดองค์ประกอบจาก 5 องค์ประกอบเหลือ 4 ประกอบด้วย โดยเปลี่ยนภาษาจากการแปลโดยตรงในคำภาษาอังกฤษให้เป็นคำที่เข้าใจง่ายและสื่อสารได้ง่ายขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไป คือ การเสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) การเสริมสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) การเสริมสร้างความหวัง (Hope) และการเสริมสร้างความเข้าใจ ให้โอกาส (Connectedness) นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นอย่างเป็นเอกฉันท์ในที่ประชุมว่า องค์ประกอบด้าน Promoting sense of self- and community efficacy ควรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้เป็นรากฐานในการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกับสายสัมพันธ์ในชุมชน ที่เป็นจุดแข็งและเป็นปัจจัยปกป้องในหลาย ๆ ปัญหา รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย ในชุมชน สรุปเป็นกลไกสำคัญในชุมชน “2 ใช้” คือ การใช้ศักยภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อสร้าง 4 สร้าง ดังกล่าวข้างต้น เป็นหลักการโดยสรุปของโปรแกรม คือ 4 สร้าง 2 ใช้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน ตลอดจนเป็นโปรแกรมฯ ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ขณะที่ภายในโปรแกรมมีหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือประกอบการอบรมรองรับให้ทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ ชุมชนได้ต่อไป เมื่อนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์ไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง พบว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ลดความเครียดของประชาชนจากผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และเมื่อติดตามข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังการดำเนินงาน 6 เดือน ไม่พบทั้งการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นปัจจัยป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Protective factors) ที่สำคัญ การสร้างความเข้มแข็งทางใจควรเป็นส่วนหนึ่งของการแทรกแซงการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งในระดับ Universal, Selective, and Indicated suicide prevention interventions การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจอาจลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปและในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง การสร้างความเข้มแข็งทางใจในประชาชนทั่วไปอาจลดอุบัติการณ์ของความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ว่าจะไม่สามารถสรุปผลได้โดยตรงว่าโปรแกรมนี้สามารถป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ ด้วยการวิจัยแบบ Quasi-experimental study ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยเชิงบริบทอื่นที่อาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัย แต่การวิจัยนี้สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal relationship) ของโปรแกรมกับการเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งทางใจ ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การส่งเสริมความหวัง การจ้างงาน การช่วยเหลือทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การยึดหลักการทางศาสนา ความสัมพันธ์ในสังคมที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งสิ้น

แบบจำลองการดำเนินการของโปรแกรมจนถึงการเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Modeling Process and outcomes)
Modelling a complex intervention prior to a full scale evaluation can provide important
information about the design of both the intervention and the evaluation.

โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน: เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชนในภาวะวิกฤตโควิด-19 ใช้กลไกของการสร้างการมีส่วนร่วมและการดึงศักยภาพของชุมชนมาแก้ปัญหาของชุมชนเอง โดยมีผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ใช้งานหลัก



ความสามารถในการนำไปใช้ในบริบทที่ต่างกัน รวมถึงการถูกนำไปใช้โดยผู้ใช้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างผู้นำชุมชน ด้วยกระบวนการออกแบบโดยผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (Human-Centric Design) มุ่งเน้นที่จะเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง ทำให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในขณะที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤต และเมื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง พบว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ลดความเครียดของประชาชนจากผลกระทบของการระบาดโควิด-19 และเมื่อติดตามข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังการดำเนินงาน 6 เดือน ไม่พบทั้งการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายในชุมชน โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน ตลอดจนเป็นโปรแกรมฯ ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ขณะที่ภายในโปรแกรมมีหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือประกอบการอบรมรองรับให้ทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ ชุมชนได้ต่อไป

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นรูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research: IR) เพื่อพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยผลลัพธ์จากการศึกษาทำให้สามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติ (Implementation determinants) และกลยุทธ์การนำไปปฏิบัติ (Implementation strategies) ที่น่าเชื่อถือเทียบเคียงกับผลการศึกษาจากเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและบริบทการดำเนินงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังสามารถระบุกลยุทธ์สำคัญสำหรับการขยายผล (Scaling up strategies) ไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในระดับประเทศซึ่งมุ่งหวังผลการดำเนินงานในภาพใหญ่ใน 25 จังหวัดเป้าหมายและการก้าวข้ามความท้าทายของการดำเนินงานในภาวะวิกฤตโควิด-19 รวมถึงกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยคาดหวังว่าผู้ปฏิบัติในพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดจะสามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้ในการออกแบบวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของแต่ละจังหวัดในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมวัคซีนใจในชุมชนไปปฏิบัติที่ค้นพบ ทั้ง 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1. ผู้บริหารในทุกกระดับ ด้านที่ 2. ผู้ปฏิบัติ ด้านที่ 3. เครือข่ายการดำเนินงาน ด้านที่ 4. งบประมาณ ด้านที่ 5. ระยะเวลาการดำเนินงาน ด้านที่ 6. แนวทางการดำเนินงานในชุมชน ด้านที่ 7.สถานการณ์โควิด-19 ด้านที่ 8. บริบทของพื้นที่ และ ด้านที่ 9. ความพร้อมและศักยภาพของชุมชน

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปกลยุทธ์ที่จะถูกนำมาใช้ในการขยายผลออกเป็น 5 กลยุทธ์สำคัญ คือ 1) การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง (Policy advocacy and collaboration) 2) การสร้างผู้นำ (Leadership) 3) การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Training and supervision) 4) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation) และ 5) การประยุกต์และปรับให้เข้ากับบริบท (Adapting and tailoring) โดยมุ่งหวังให้ทั้ง 5 กลยุทธ์นี้บรรลุเป้าหมายตามกรอบ RE-AIM ที่ตั้งไว้ด้วยลักษณะของโปรแกรม ผลประสิทธิภาพของโปรแกรมในพื้นที่นำร่อง และกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นทำให้คาดหวังได้ว่าการขยายผลนี้ทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือมากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตนี้ ด้วยเป็นโปรแกรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และประชาชนมีความต้องการในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและสังคม

ในการศึกษาระยะที่ 3 ผลการประเมินการเข้าถึง (Reach) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมายที่มีการขยายผลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 - กันยายน 2565 นั้น แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมและการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่ใช้โปรแกรม โดยการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ใช้โปรแกรมในระดับจังหวัดนั้นมีการประเมินการเข้าถึงจากกิจกรรมสำคัญภายใต้กลไกการขยายผล คือ การเข้าร่วมโครงการถอดรหัสนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน ปีพ.ศ. 2564 ซึ่งจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การสร้างการรับรู้นโยบายและสร้างความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และ 2) ลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนระหว่างกรมสุขภาพจิตกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยโครงการนี้มีผู้เข้าร่วมออนไลน์กว่า 900 คนมาจากทั่วประเทศไทย และมีจังหวัดเป้าหมายที่ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อนการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ทั้งสิ้น 24 จังหวัด ซึ่งไม่ครบร้อยละ 100 เพราะการสื่อสารที่กระชั้นชิดและปัญหาอุปสรรคของการจัดเตรียมงาน นอกจากนั้นยังประเมินจากการพัฒนาพิมพ์เขียวการดำเนินงานระดับจังหวัดและการนำพิมพ์เขียวนี้ไปใช้ ผลการประเมินพบว่า ทั้ง 25 จังหวัดมีการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียวของตนเองและมีผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน อาทิ สสจ. สสอ. รพ.สต. อปท. กศน. พระ เป็นต้น โดยกระบวนการนี้นอกจากจะเป็นการพัฒนาพิมพ์เขียวแล้ว แต่ยังเป็นอีกหนึ่งเวทีที่ทางจังหวัดสามารถใช้ในการชี้แจงนโยบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ในขั้นตอนนี้พบปัญหาอุปสรรคเนื่องจากบางจังหวัดไม่สามารถจัดกิจกรรมนี้ในช่วงปลายปี 2564 และต้นปี 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาแผนเพื่อขับเคลื่อนต่อ มี 3 จังหวัดที่ดำเนินการในขั้นตอนนี้ล่าช้าทำให้แผนไม่สามารถนำไปบูรณาการเข้ากับแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพและสุขภาพจิตของจังหวัด ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณและการดำเนินงาน

การประเมินการเข้าถึงของโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในระดับผู้ปฏิบัติ ซึ่งประเมินจากผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน พบว่า ทีมดำเนินการระดับเขตสุขภาพสามารถขยายผลไปได้อย่างครอบคลุมคือ มีผู้ผ่านการฝึกอบรมทั้งสิ้น 3,905 คน ทั้งในรูปแบบของ Online และ Onsite training คิดเป็นร้อยละ 95.27 ในระดับอำเภอ และพบว่าร้อยละ 100 ของอำเภอที่ผ่านการฝึกอบรมมีการนำไปใช้ อย่างไรก็ตามเมื่อทำการสำรวจการนำไปใช้ในระดับตำบลโดยใช้ Google form ซึ่งมีผู้ตอบรับกลับมา 553 ตำบล พบว่า ร้อยละ 54.5 ของตำบลที่ตอบแบบสอบถามระบุว่าไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน แสดงถึงความไม่ครอบคลุมของการขยายผลในระดับตำบล ซึ่งการขยายผลให้ครอบคลุมในระดับตำบลนั้นอาจต้องใช้กลยุทธ์อื่นเข้ามามีส่วน อาทิ การเพิ่มงบประมาณ การสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินการ การสื่อสารที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

สำหรับการเข้าถึงสำหรับการประเมินการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อประชาชนในชุมชนที่นำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ พบว่า ในปี 2564 ประชาชนใน 25 จังหวัดเป้าหมาย 706,136 คนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check-in และในปี 2565 ประชาชนจำนวน 330,566 คน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้วิจัยเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนจาก 19 ชุมชนตัวอย่าง 14 จังหวัดเป้าหมาย พบว่าประชาชนจำนวน 40,565 ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และประชาชนกลุ่มเปราะบาง อาทิ กลุ่มตกงาน กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มผู้สูงอายุ ดิตติเยิง กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น จำนวน 7,355 คนได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ และการศึกษาเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่มาจาก 6 สาเหตุสำคัญคือ 1) คำนียามของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนทำให้เข้าถึง

กลุ่มเป้าหมายได้ไม่ครอบคลุม 2) แก่นนำชุมชนขาดความรู้และทักษะในการติดตามดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง 3) ภาระงานของเจ้าหน้าที่ 4) กลุ่มเปราะบางไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต 5) กลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ 6) กลุ่มเปราะบางและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรองและกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิต

การประเมินผลที่เกิดขึ้น (Effectiveness) แบ่งการประเมินมีได้ออกเป็น 2 รูปแบบคือ ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ใช้โปรแกรมนั้นคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยการศึกษาพบว่าผู้ใช้โปรแกรมที่ผ่านการฝึกอบรมทั้ง Online และ Onsite มีความรู้ความเข้าใจในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงมีความมั่นใจในการนำไปใช้ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตอย่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนที่มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รวมถึงพบการเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมของแต่ละจังหวัด โดยผลที่เกิดขึ้นใน 15 จังหวัดตัวอย่างนี้มีความแตกต่างจากผลประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ถูกประเมินในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครราชสีมา คือ ในพื้นที่นำร่องไม่พบการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิต และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล และแม้ว่าความเข้มแข็งทางใจจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลก็เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนในการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงาน ซึ่งความเข้มแข็งทางใจนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหลากหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล ควรได้รับการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนี้ ต่อไปโดยเฉพาะในระดับจังหวัด

สำหรับการประเมินการนำไปใช้ (Adoption) ในระดับชุมชนซึ่ง พบว่า ร้อยละ 64.7 ของผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความตั้งใจจะนำไปใช้ในชุมชนของตนเอง โดยจากการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทำให้สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนำโปรแกรมไปใช้ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การกำหนดเป็นตัวชี้วัด 2) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Leader for change) 3) ความพร้อมของชุมชน ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน 4) ผลลัพธ์ที่ชัดเจน

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมเพื่อศึกษามิติที่ 4 การนำไปปฏิบัติ (Implementation) ใน 25 จังหวัด (n = 567) พบว่า ผู้ใช้ร้อยละ 83.07 ให้การยอมรับในโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (471 คน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับเท่ากับ 8.44 เมื่อประเมินในเรื่องของความเหมาะสมของโปรแกรมกับสถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาในชุมชน พบว่า ร้อยละ 99.29 ของผู้ให้ข้อมูลคิดว่าโปรแกรมมีความเหมาะสม (563 คน) ซึ่งการยอมรับในระดับสูงนี้เป็นเพราะโปรแกรมนี้นี้ถูกพัฒนามาโดยกลุ่มผู้ใช้งานจริง โดยวิธีการ HCD ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับในตัวโปรแกรม จากข้อมูลการสำรวจในระดับตำบล พบว่า ชุมชนที่มีการดำเนินงานมีลักษณะการนำไปใช้ ดังนี้ ร้อยละ 55.9 ระบุว่ายังไม่มีดำเนินการในปีนี้อยู่ ร้อยละ 33.9 สร้างชุมชนต้นแบบ 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และร้อยละ 10.2 ระบุว่ามีการขยายผลการดำเนินงานในทุกหมู่บ้านของตำบล เมื่อสอบถามถึงลักษณะการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้พบว่า ร้อยละ 52.5 ระบุว่าจะมีการนำไปประยุกต์ใช้ และร้อยละ 47.5 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้แบบเต็มรูปแบบ โดยสาเหตุของการนำไปใช้แบบไม่เต็มรูปแบบหรือการประยุกต์ใช้ พบว่า ร้อยละ 64.2 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในตัวโปรแกรม ร้อยละ 53.2 ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 39.8 ยังขาดความมั่นใจในการนำกระบวนการไปใช้ และ ร้อยละ 25.4 ไม่มีเครือข่ายช่วยในการดำเนินงาน

เมื่อสอบถามถึงปัจจัยสนับสนุนของการดำเนินงานแบบเต็มรูปแบบ พบว่า ร้อยละ 83.9 ระบุถึงงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 86.9 ต้องการสื่อคู่มือ และร้อยละ 75.1 ต้องการวิทยากรสำหรับนำกระบวนการในชุมชน โดยค่าเฉลี่ยงบประมาณในการดำเนินงานวัคซีนใจในชุมชนในระดับตำบล พบว่า ใช้งบประมาณเฉลี่ยอยู่ที่ 9017.69 บาทต่อ 1 ตำบล (min = 0 บาท, max = 100,000 บาท) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ที่ชุมชน ใช้ในการดำเนินงานมาจาก อบต. สดสข. กรมสุขภาพจิต รพ.สต รพ. หรือการบูรณาการกับงานอื่นๆ

จากการสอบถามผู้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเกี่ยวกับการนำองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือกระบวนการไปใช้ในอนาคต หรือมิติที่ 5 ความต่อเนื่องและความยั่งยืนในอนาคต (Maintenance) พบว่า ร้อยละ 100 ระบุว่าจะมีการนำไปใช้อีกครั้งเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นในอนาคต และเมื่อสอบถามถึงความยั่งยืนของการขยายผล พบว่า ร้อยละ 99.82 ของผู้ใช้เห็นว่าชุมชนอื่น ๆ จะสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้

6. อภิปรายและวิจารณ์ผล

การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนและประเมินผลโปรแกรม สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต และสังคมของประชาชน ตลอดจนเป็นโปรแกรมฯ ที่สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วมดูแลซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ขณะที่ภายในโปรแกรมมีหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือประกอบการอบรมรองรับให้ทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ได้ในทุกๆ ชุมชนได้ต่อไป

จากผลการศึกษาในระยะที่ 2 ทำให้กระบวนการพัฒนาพิมพ์เขียว (Tailored Implementation blueprint) ถูกนำไปเป็นหนึ่งกลไกสำคัญของการขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับกลยุทธ์การขยายผลอื่น ๆ อีก 4 กลยุทธ์ คือ การเผยแพร่นโยบายและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง (Policy advocacy and collaboration) การสร้างผู้นำ (Leadership) การฝึกอบรมและให้คำปรึกษา (Training and supervision) การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation) ซึ่งเมื่อพิจารณาโปรแกรมและกลยุทธ์การขยายผลที่ใช้ทำให้สามารถคาดหวังความสำเร็จจากการขยายผลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton และคณะ (2011) ที่เสนอการสร้างความสำเร็จในการขยายผล ด้วยการ 1) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) 2) เพิ่มความต้องการของโปรแกรม (Demand) 3) เปรียบเทียบด้วยค่าเฉลี่ยของสังคมหรือความเชื่อของสังคม (Compatibility with norms/values) 4) การสร้างผลลัพธ์ที่รวดเร็ว (Quick results) 5) ลดความซับซ้อน (Less complexity) และ 6) ลดค่าใช้จ่าย (Low cost – easier to get and distribute money) นอกจากนี้ยังระบุสิ่งที่ต้องมีการขยายผลคือ Situation analysis, Evidence to policy, Policies and plans, Advocacy and stakeholders' involvement, Costing and financing, Human resources, Implementation, Monitoring and evaluation และ Dissemination การวิจัยในระยะที่ 3 การประเมินผลจากการประเมินผลประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการขยายโปรแกรมโดยการสุ่มเก็บข้อมูลจากชุมชนใน 25 จังหวัด โดยผลการวิเคราะห์ผลในภาพรวม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตอย่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า พบการเปลี่ยนแปลงของความยืดหยุ่นของชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคลเปรียบเทียบกับชุมชนควบคุมของแต่ละจังหวัด โดยผลที่เกิดขึ้นใน 15 จังหวัดตัวอย่างนี้มีความแตกต่างจากผลประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ถูกประเมินในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ในพื้นที่นำร่องไม่พบ

การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิต และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเข้มแข็งทางใจในระดับบุคคล อาจเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินทำให้เกิดโอกาสของการจัดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ดีขึ้น และแม้ว่าความเข้มแข็งทางใจจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลก็เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนในการประเมินก่อนและหลังการดำเนินงาน ซึ่งความเข้มแข็งทางใจนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหลากหลายด้าน ทั้งนี้ในบางจังหวัดที่เกิดผลการเปลี่ยนแปลงด้านความเข้มแข็งทางใจควรได้รับการศึกษาเชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้

โดยการวิจัยนี้ถือเป็นครั้งแรกของการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตที่นำเอาหลักการ RE-AIM เข้ามาใช้และประเมินผลโดยเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นการประเมินที่ครอบคลุมทั้งการประเมินกระบวนการ (Implementation evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) แต่ยังมีข้อมูลบางส่วนที่การศึกษานี้ยังเก็บไม่ครบ อาทิ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมในระดับบุคคลในชุมชน ควรมีการนำไปปรับปรุงวางแผน ในการศึกษาในอนาคต

7. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ด้านผลการวิจัย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องของปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในพื้นที่นาร่อง และในบางพื้นที่ที่มีการขยายผลไปใน 25 จังหวัด จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนไปใช้ในครั้งต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาว

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนอย่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ควรได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันในการดำเนินการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนในอนาคต หากเกิดวิกฤตขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย และควรกำหนดให้โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเป็นโปรแกรมพื้นฐานที่ทุก ๆ ชุมชนควรมีการดำเนินงานเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ

8. บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2563). นวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน.

Hobfoll, S. E. (1998). Stress, culture, and community: *The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.

Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., & Johnson, R. J. (2006). Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and defensive coping among Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 207–218.

Hoover C. Human-Centered Design vs. Design-Thinking: How They're Different and How to Use Them Together to Create Lasting Change [Internet]; 2018. p. 1–7. [cited 2019 Nov 24]. Movingworlds.org. Available from: <https://blog.movingworlds.org/human-centered-design-vs-design-thinking-how-theyre-different-and-how-to-use-them-together-to-create-lasting-change/>. IDEO.org. The Field Guide to Human-Centered Design. 2015. 192 p.

Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of covid-19 outbreak. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak | IASC. (n.d.). Retrieved October 30, 2022, from <https://interagencystanding-committee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>

โครงการย่อยที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นการแพร่ระบาด เชื้อโควิด-19

1. บทคัดย่อ

ปัญหา: การฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตสำคัญ ระบบฐานข้อมูลของการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-16 จะมีบทบาทสำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกัน ให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้ปลอดภัยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ลดอุบัติการณ์การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในรูปแบบ Mobile Application สำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าไปใช้ในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 32 ตัวแปร ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคจิต และปัญหาการใช้สารเสพติด ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขกำหนดรูปแบบของการบำบัดรักษา และให้ความช่วยเหลือที่มีความครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคมและ เศรษฐกิจ รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือประเมินติดตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และยังเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเพื่อการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้อย่างเหมาะสม เกิดการพัฒนาแหล่งข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศที่น่าเชื่อถือ ทันสมัย

วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนา Application และทดลองนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ระยะที่ 3 นิเทศติดตามประเมินผลในพื้นที่ขยายผล จำนวน 38 จังหวัด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนที่ 2 และ 3 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ เพื่อประเมินดู practicability, stability, user's friendly, user's acceptance, premium feature, feed back จากนั้นวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็น predictive model of suicidal risk factors

ผลการศึกษา: ภายหลังการอบรม ผู้ผ่านการอบรม มีความพึงพอใจ ในระดับมาก ต่อ Mobile Application SRA ได้แก่ 1) ความง่ายในการติดตั้ง 2) ความสวยงาม ความทันสมัย น่าสนใจ 3) ความสะดวกในการใช้งาน 4) เมนู ง่ายต่อการใช้งาน 5) ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว 6) ช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น 7) รูปแบบการแสดงผล เข้าใจง่ายสามารถนำไปประกอบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 8) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้ และติดตามประเมินผลการนำ Mobile Application ไปใช้ ภายหลังการอบรม ในระยะเวลาสองอาทิตย์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ใน 38 จังหวัดนำ Mobile Application ไปใช้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงผู้พยายามฆ่าตัวตาย และติดตามประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้ตามแนวทางที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 8.14 ไม่พบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ

ข้อเสนอแนะ: เครื่องมือคัดกรองและบุคลากรที่มีความรู้ด้านการประเมินคัดกรองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการค้นหาเชิงรุกในภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงควรมีการลงทุนเพิ่มเติมต่อการพัฒนาเทคโนโลยีที่รองรับการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ การส่งต่อยังหน่วยบริการหรือส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่กู้ภัยเพื่อเข้าช่วยเหลือได้ทันที ด้านการพัฒนาฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย ควรมีการสนับสนุนให้แต่ละจังหวัดมีทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ

คำสำคัญ: โปรแกรมคอมพิวเตอร์, mobile application, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

The project 4: Development of Application for screening and assessment suicidality include Redesign Suicide Surveillance System during pandemic COVID-19

Abstract

Problems: The suicide problem remains a significant mental health issue. The database of suicide surveillance and prevention from the impact of the COVID-19 pandemic will play an essential role in planning prevention for those with suicide behavioral by continuously ensuring their safety and reducing the attempts of repeat suicide or completed suicides effectively.

Objectives: Aiming to develop computer programs in form of mobile application for frontline health workers for screening and accessing 32 risk factors of suicide including depression, psychosis, and substance abuse problem. Data from the application, will assist the health workers to determine the form of treatment. The data can support appropriate decision-making of secondary and tertiary care centers. Also aims to be reliable source of successful suicides that is up-to-date, and indicative of incidence and cause of suicide in Thailand.

Methods: This research uses research and development model is divided into 3 phases which are 1) studying situations, 2) developing application and providing pilot trials in 7 provinces, 3) supervising and evaluating in expansion area of 38 provinces. The statistics used to analyse the data and relationship of the variables under predictive model of suicidal risk factors.

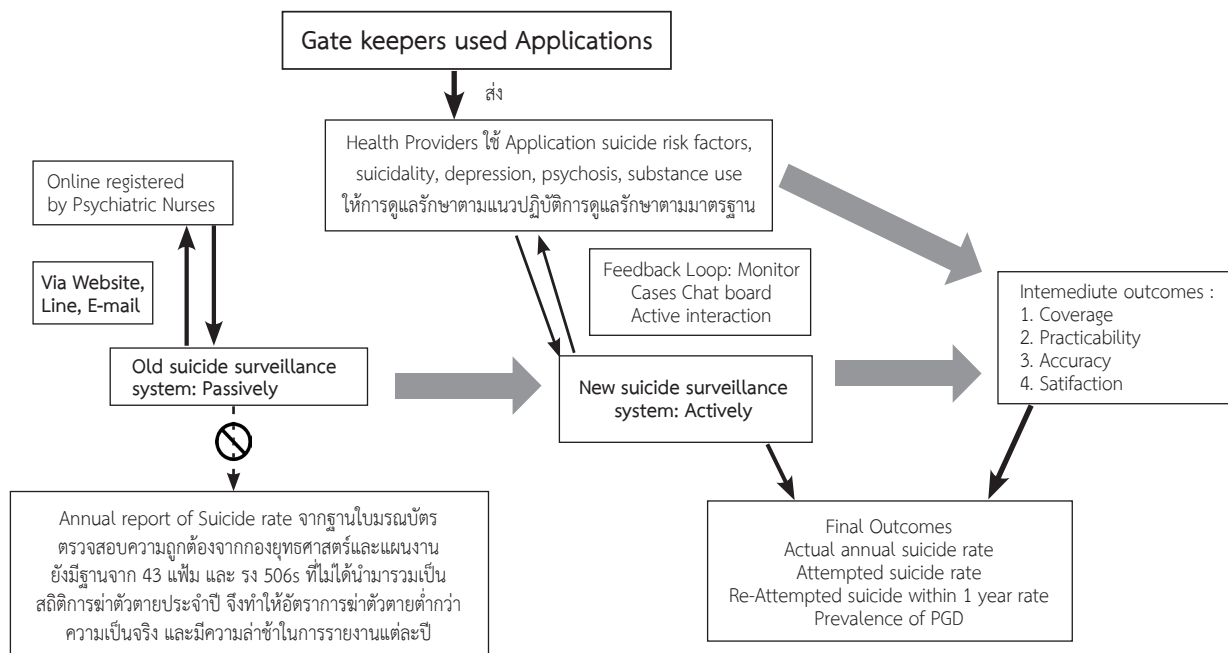
Results: after training, satisfaction level of the trainer is significantly high towards Mobile Application SRA in terms of 1) ease of installation, 2) beauty, modernity, interesting, 3) ease of use, 4) easy-to-use functions 5) ease and convenience of accessing information, 6) increase of work performance, 7) interpretation pattern is easy to understand and is used as performance evaluation, 8) overall satisfaction towards the use, evaluation of using mobile application, and result from 2 weeks monitoring after training show that the trained public health workers in the research area of 38 provinces use the mobile applications in assessing risk behavior of those who attempted suicide and in monitoring risk behaviors as indicated – 8.14% at no repeated suicide incidences.

Recommendations: screening tools and professionals in screening assessments are critical elements of proactive search during COVID-19 pandemics. Further investment, in technology development of online consulting and artificial intelligence to escalate risk groups scanning, and to deliver the information to service units, or deliver signal to the rescuers for immediate assistance, should be considered. Development of suicide database system should be encouraged to have suicide investigation teams in both provincial and district levels.

Keywords: computer programs, mobile application, risk of suicide

2. ภาพรวมโครงการย่อย

การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 เพื่อปรับปรุงระบบสารสนเทศติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้การสรุปข้อมูลภาพรวมของข้อมูลการฆ่าตัวตาย อย่างปัจจุบัน โดยใช้ Application สำหรับประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ให้บริการในสถานพยาบาล ทุกระดับ พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชาติ สะท้อนกลับไปยังบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและบริหารในพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย มีกรอบแนวคิดดังนี้



3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คณิติน จรโคกรวด และลักขณา สริวัฒน์ (2565) ศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตสำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ เพื่อลดความเครียดของวัยรุ่น โดยทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดที่ลดลงภายหลังได้รับการปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภัทรมาศ จันทรเทศ และ ศักดิ์ชาย ตังวรณวิทย์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการติดตามภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนสำหรับการติดตามภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และประเมินความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันพบว่าผลการประเมินความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญที่มีผลต่อแอปพลิเคชันอยู่ในระดับดี และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานที่มีผลต่อแอปพลิเคชันอยู่ในระดับดี

สุสารี ประคินกิจ, นฤมล อังศิริศักดิ์, ศุภารัษฎาสุก และพางนา ดวงจันทร์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข ผ่านคลายความเครียด ผ่านแอปพลิเคชัน ภายใต้ชื่อ GDM application และ ทดสอบโปรแกรมในผู้ดูแลจำนวน 30 คน ประเมินความเครียด ความสุข คุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังโดยใช้ สถิติการทดสอบค่าที่แบบรายคู่ (Paired t- test) วิเคราะห์ระหว่างกลุ่มโดยการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดลดลง ความสุขและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ในกลุ่มทดลอง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าความเครียดลดลง ความสุขและคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

Melia et al. (2020) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลการใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่ามี 7 การศึกษาที่เข้าเกณฑ์ โดยมี 4 การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน iBobbly, Virtual Hope Box, BlueIce, และ Therapeutic Evaluative Conditioning ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าแอปพลิเคชันมีประสิทธิผลสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และเพิ่มทักษะการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

Pauwels K., et al. (2017) ได้ศึกษา BackUp :การพัฒนาและประเมินแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนเพื่อรับมือกับวิกฤตการณ์ฆ่าตัวตาย โดยได้รับการพัฒนาและทดสอบโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 คน และกลุ่มผู้ใช้จำนวน 21 คน โดยทั้งสองกลุ่มพบว่า ค่าคะแนนสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดสอบ พบว่าลดลงเล็กน้อย แต่เครื่องมือทั้งหมดได้รับการประเมินว่าใช้ได้จริง และ BackUp ได้รับการประเมินในเชิงบวกและบ่งชี้ว่าเครื่องมือช่วยเหลือตนเองสามารถส่งผลดีต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการมี Application จะช่วยสร้างโอกาสในการเข้าถึงและยังสามารถนำไปสู่การป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่นอกเหนือจากการดูแลตามระบบ

Skovgaard Larsen JL. (2017) ได้ศึกษา MYPLAN : แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพัฒนาร่วมกับเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวชในคลินิกป้องกันการฆ่าตัวตายประเทศเดนมาร์ก เป็นแอปพลิเคชันที่ผู้ใช้สามารถออกแบบวิธีการและความปลอดภัยส่วนบุคคลของตนเองผ่านแพลตฟอร์ม และยังติดต่อโดยตรงไปยังบุคคลได้ ซึ่ง MYPLAN ได้พัฒนาในปี 2013 และเปิดให้ใช้งานฟรีในประเทศเดนมาร์กใช้งานผ่านระบบ Iphone และ Android ในเดือนธันวาคม 2015 มียอดดาวน์โหลดถึง 8,000 ครั้ง พบว่าผู้ใช้แอปพลิเคชันในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเจ้าหน้าที่คลินิกให้ผลตอบรับในทางที่ดีและการมีแอปพลิเคชันมือถือนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มอายุน้อยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมถึงในพื้นที่ที่ขาดการสนับสนุนในด้านนี้อีกด้วย

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผล Application

คือบุคลากรสาธารณสุข ที่ทำงานอยู่ในรพ.สต. สสอ. รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไปรพ.ศูนย์ สสจ. รพ.จิตเวช ที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นซึ่งเป็นพื้นที่อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของจังหวัดและมีความพร้อมในความร่วมมือกับผู้วิจัยโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่ 38 จังหวัด จำนวน 890 คน

4.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีประเด็นข้อคำถามที่ได้มาจากวัตถุประสงค์และผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจกับบุคลากรทั้ง 5 กลุ่ม ในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์จำนวน 10 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่

- 1) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกลุ่มแพทย์
- 2) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกลุ่มพยาบาล
- 3) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกลุ่มเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
- 4) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกลุ่มเจ้าหน้าที่เวชสถิติ
- 5) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระยะที่ 2-3 พัฒนารูปแบบ Applications for suicide risk และติดตามประเมินผล

ได้โครงสร้างจาก รง. 506s พร้อมเครื่องมือประเมินดังนี้

- 1) แบบประเมินคัดกรองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(8Q) ของ Kongsuk, Kenbubpha, Sukhawaha, Yingyuen, Sukjai, Leejongpermpoon, et al. (2008)
- 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) ของ Kongsuk, Kenbubpha, Sukhawaha, Yingyuen, Sukjai, Leejongpermpoon, et al. (2008)
- 3) แบบคัดกรอง ASSIST LITE ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย Ali R,et al (2013)
- 4) แบบสังเกตอาการโรคจิต (MIND-6) พัฒนาโดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
- 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 32 ตัวแปร โดย ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
- 6) แบบประเมินความคิดประเมินระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการทดลองใช้ Mobile Application SRA โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพของ แอปพลิเคชันกำหนดเกณฑ์เชิงคุณภาพ (กฤษมันต์ วัฒนธรรค์, 2550)

6. อภิปรายและวิจารณ์ผล

ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่อง (จังหวัดกาฬสินธุ์ ลำพูน นครศรีธรรมราช และนครสวรรค์) พบว่า ฐานข้อมูลรายงานการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มี 2 รูปแบบ คือ แบบที่ 1 เป็นทางการ และแบบที่ 2 ไม่เป็นทางการ ส่งผลให้การเชื่อมโยงข้อมูลเฝ้าระวังและการส่งต่อเป็นเฉพาะระหว่างหน่วยงานต่อหน่วยงานไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่จึงไม่มีภาพรวมที่สะท้อนสถานการณ์การฆ่าตัวตายระดับจังหวัดตามความเป็นจริง

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนา Applications for suicide risk actors/suicidality/depressions/substance use/psychosis วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ จากการประเมินระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจ ต่อการทดลองใช้ Mobile Application SRA ในพื้นที่ 7 จังหวัดนำร่อง พบว่า มีความพึงพอใจต่อเนื้อหา เหมาะสมกับการนำไปใช้

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผล Application

จากผลการประเมินประสิทธิภาพเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของApplicationในแต่ละด้านในประชากรกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ผลค่าทางสถิติเพื่อหาค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าระดับความความพึงพอใจในระดับมาก ต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องในการจะนำ Mobile Application SRA ไปใช้ ได้แก่

- 1) ความง่ายในการติดตั้ง Application SRA ลงในมือถือ
- 2) ความสวยงาม ความทันสมัย น่าสนใจ ของ Mobile Application SRA
- 3) ความสะดวกในการใช้งาน Mobile Application SRA
- 4) เมนูใน Mobile Application SRA ง่ายต่อการใช้งาน
- 5) มีความง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว
- 6) การใช้ Application SRA นี้จะช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น
- 7) รูปแบบการแสดงผลใน Mobile Application SRA เข้าใจง่ายสามารถนำไปประกอบการติดตาม

ประเมินผลการดำเนินงาน

- 8) ภาพรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้ Mobile Application SRA

ดังนั้น Mobile Application SRA ที่พัฒนาเป็นต้นแบบนี้ แสดงให้เห็นว่าสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้บูรณาการเข้ากับการปฏิบัติงานประจำ ในการดูแลประชากรผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้ได้รับการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Mobile Application SRA นี้มาใช้ประโยชน์ในการประมวลผล และประกอบการตัดสินใจได้ และยังทำให้มองเห็นภาพว่าต้องการข้อมูลส่วนใดเพิ่มเติมอีกบ้างนอกเหนือจาก 48 แฟ้มข้อมูลและระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีไม่เสียชีวิต (รง 506S) นำมาซึ่ง เป็นคลังข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้นที่จะทำให้วิเคราะห์สถานการณ์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดได้ถูกต้องมากขึ้น

7. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้ที่ได้รับการอบรมมีความพึงพอใจ ในระดับมากต่อการใช้งาน Mobile application SRA ด้าน

- 1) ความง่ายในการติดตั้ง 2) ความสวยงาม ความทันสมัย น่าสนใจ 3) ความสะดวกในการใช้งาน 4) เมนูง่ายต่อการใช้งาน 5) ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว 6) ช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น 7) รูปแบบการแสดงผล เข้าใจง่ายสามารถนำไปประกอบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 8) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้ และติดตามประเมินผลการนำ Mobile Application ไปใช้ และ ผลที่ได้จากการติดตามภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม ในระยะเวลาสองอาทิตย์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ในพื้นที่ศึกษา 38 จังหวัด

ได้นำ Mobile Applications นี้ ไปใช้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงผู้พยายามฆ่าตัวตาย และติดตามประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้ตามแนวทางที่กำหนด คิดเป็น ร้อยละ 8.14 ไม่พบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ

ข้อเสนอแนะ เครื่องมือคัดกรองและบุคลากรที่มีความรู้ด้านการประเมินคัดกรองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการค้นหาเชิงรุกในภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงควรมีการลงทุนเพิ่มเติมต่อการพัฒนาเทคโนโลยีที่รองรับการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ และนำเอาปัญญาประดิษฐ์ ช่วยในการเรียนรู้ สแกนหากลุ่มเสี่ยงและส่งต่อมายังหน่วยบริการหรือส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่กู้ภัยเพื่อเข้าช่วยเหลือได้ทันที ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย ควรมีการสนับสนุนให้แต่ละจังหวัดมีทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ และมีการอัปเดตข้อมูลอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด หรือเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

8. บรรณานุกรม

- คณิติน จรโคกกรวด และ ลักขณา สรวิวัฒน์ (2565) การพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตสำหรับการให้การปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์เพื่อลดความเครียดของวัยรุ่น. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 16(3), 222-235.
- ณัฐวดี หงส์บุญมี และธนภัทร ธรรมกรณ์. (2562). ระบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าผ่านสมาร์ทโฟน โดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูล. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 11(21), 100-113.
- ภัทรมาศ จันทรเทศ และ ศักดิ์ชัย ตั้งวรรณวิทย์.(2563). การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการติดตามภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย. การประชุมทางวิชาการระดับชาติด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ครั้งที่ 16. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. สืบค้นจาก <https://www.research.kmutnb.ac.th/pub/researcher/?id=15914>
- รุ่งกิจ ปินใจ. (2561). ผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อการเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรงพยาบาลรื่องขวาง อำเภอรื่องขวาง จังหวัดแพร่. *วารสารวิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่*, 8(7), 61-70.
- สุสารี ประคินกิจ, นฤมล อังศิริศักดิ์, ศุภารัญญา ผาสุก, พางนา ดวงจันทร์.(2562). ผลของโปรแกรมสร้างสุขผ่านคลายความเครียด ผ่านแอปพลิเคชัน (Guide Image Dynamic Meditation Music Therapy Application) ต่อความเครียด ความสุข คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมือง. *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ รางวัลศรีสังวาล ผลงานดี วิชาการเด่น สมคุณค่าพยาบาลไทย ครั้งที่ 3 : การดูแลผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล*. 225-236. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- Pauwels K., Aerts S, Muijzers E, Jaegere E, Heeringgen K, Portzky G. (2017). BackUp : Development and evaluation of a smart-phone application for coping with suicidal crises. *National Library of Medicine*. 12(6). Retrieved June 21; 2017, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28636617/>.
- Skovgaard Larsen JL, Frandsen H, Erlangsen A. (2016). MYPLAN—A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide. *National Library of Medicine*. 27(3). 236-40. From <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26831213/>.

โครงการย่อยที่ 5 การวิจัยประเมินผลเกี่ยวกับโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

1. บทคัดย่อ

ปัญหา: จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อเนื่องยาวนานส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ประชาชนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.8 สอดคล้องกับฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2563) ซึ่งประเทศไทยยังขาดการติดตามประเมินผลยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

วิธีการศึกษา: ใช้แบบผสมวิธีรูปแบบลู่เข้า วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก ในเขตสุขภาพที่ 1 4 6 12 ช่วงระยะที่ 1 (ปี 2560-2563) จำนวน 144 ช่วงระยะที่ 2 (ปี 2564-2565) จำนวน 143 คน ส่วนเชิงปริมาณรูปแบบการสำรวจความคิดเห็น ผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก ในเขตสุขภาพที่ 1-12 ช่วงระยะที่ 1 (ปี 2560-2563) จำนวน 236 คน ช่วงระยะที่ 2 (ปี 2564-2565) จำนวน 227 คน

ผลการศึกษา: วิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ปี 60-63 ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 36.4) อีกทั้งผู้รับบริการและญาติมีความพึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 31.4, 26.8) ด้านการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคมด้านสุขภาพจิตไม่ทั่วถึง แต่ช่วงปี 2564-2565 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดต่อความรู้ความสามารถด้านสุขภาพจิตของบุคลากร (ร้อยละ 86.02) มีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (ร้อยละ 81.61) และนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (ร้อยละ 82.35) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ช่วงปี 2560-2563 ด้านบริบท พื้นที่ที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงสาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักเกิดจากไม่เคยมีประวัติได้รับการรักษาหรือประเมินภาวะซึมเศร้า พื้นที่ที่อัตราการฆ่าตัวตายต่ำสาเหตุสำคัญคือ เรื่องปัญหาสุขภาพจิต มีความเครียดสูง ส่วนมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน แนวโน้มอายุน้อยลงอย่างต่อเนื่อง ด้านปัจจัยนำเข้า มีอัตรากำลังขาดแคลนในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง แต่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทดแทน ส่วนงบประมาณเป็นบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ ด้านกระบวนการ ทั้งพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ มีการพัฒนาอบรมบุคลากรและผู้นำศาสนาเรื่องการให้คำปรึกษา สัญญาณเตือน ด้านผลผลิต บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายถือได้ว่าเป็นคนที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา และทำงานเชิงรุก ช่วงปี 2564-2565 ด้านบริบท พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมีความร่วมมือและบูรณาการกับหน่วยงานนอกสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้การทำงานต้องอาศัยเครือข่ายชุมชนมากขึ้น ด้านปัจจัยนำเข้า ปรับสถานที่ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเป็นสัดส่วนมากขึ้น มีการนำบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุขเป็นอัตรากำลังทดแทนบริการอำนวยความสะดวกให้ผู้มารับบริการ ด้านกระบวนการ เริ่มดำเนินการที่เน้นชุมชนเป็นฐานมากขึ้น โดยดึงเครือข่ายภาคชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำจิตวิญญาณ กลุ่ม/ชมรม อสม. ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง เข้ามาร่วมในกระบวนการ ด้านผลผลิต รูปแบบการป้องกันและดูแลกลุ่มเสี่ยง โดยลดการทำร้ายตัวเองร่วมกับการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น เสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

ข้อเสนอแนะ: กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยการทำงานกับภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุขมากขึ้น

คำสำคัญ: ประเมินผล ป้องกันฆ่าตัวตาย การวิจัยแบบลู่เข้ายุทธศาสตร์

The project 5: Evaluation research in National suicide prevention program

Abstract

Problems: According to the JVKK hospital suicide database 2020, 39.8 percent of suicide mortality resulted from the financial crisis during the COVID-19 pandemic. Thailand had not evaluated the suicide prevention strategy.

Objectives: To assess the implementation of the suicidal prevention programs under National Strategy in context, input, process ,and outcomes.

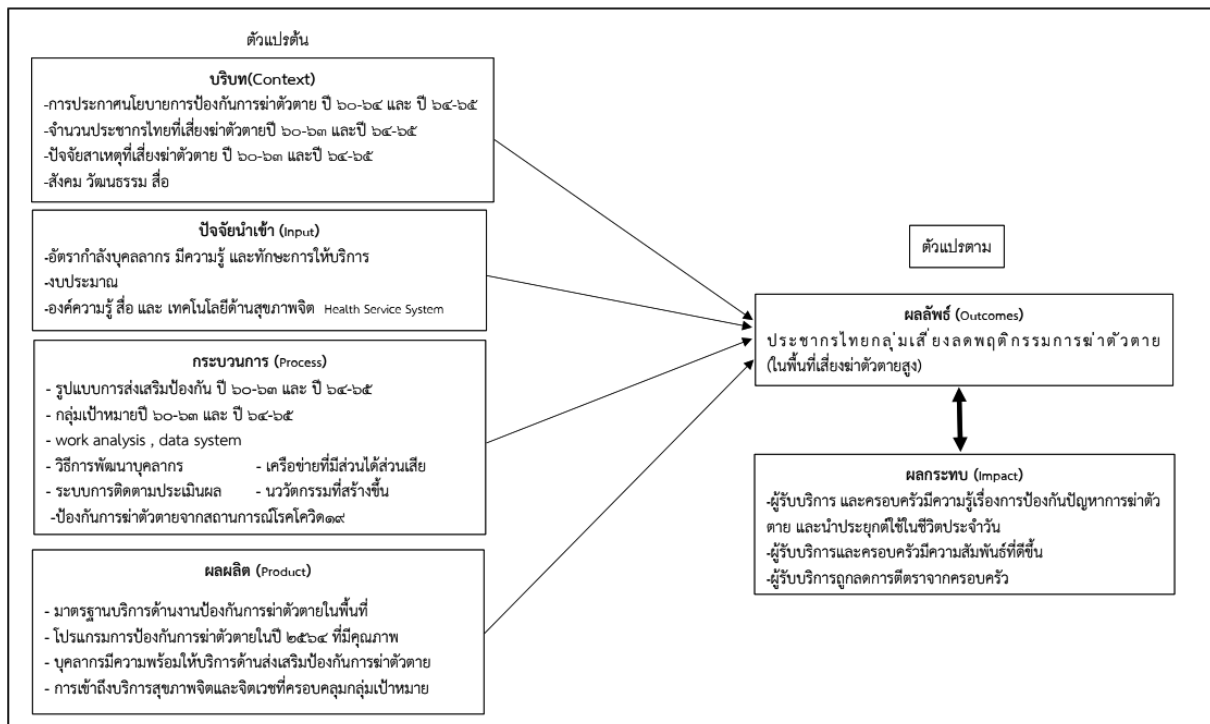
Methods: This mix method study used a convergent design. Collected qualitative and quantitative data in the same period by In-depth interview and focus group among 144 government executives, public health personals, non-health personals, patients and caregivers in 1, 4, 6, 12 area health board in phase 1(year 2017-2020) and 143 participants in phase 2 (year 2021-2022). The survey data were collected by online questionnaires among 236 patients and caregivers in 1-12 area health board in phase 1(year 2017-2020) and 227 participants in phase 2 (year 2021-2022).

Results: The quantitative research found that patients (36.4%) had a knowledge about the causes of suicide problems in the community. Patients and caregivers (31.4%, 26.8%) had low satisfaction with dissemination of knowledge about social welfare in mental health in 2017-2020. During the year 2021-2022, patients had the highest satisfaction with the knowledge and competence in mental health of health personals(86.02%), changing the idea want to living after health service (81.61%), applying the knowledge of suicide prevention into a normal life (82.35%) . The results of the qualitative research found that during the year 2017-2020, the context: areas were the highest suicide rates, most of the causes of suicide were due to no history of treatment or assessment for depression. Areas were the lowest suicide rates, the main factors were mental health problem in working age and the trend is younger. The input : health personal were not enough in highest suicide areas. But the lowest suicide areas worked with network partners and integrated the budget with other tasks. The process : both areas with highest and lowest suicide rates had mental health training for health personnel and religious leaders with counseling experience and with knowledge of warning signs. The product : the health personnel were expert counselor in community for protecting risk suicide . During the year 2021-2022, the context : areas were the highest suicide rates working with more non-health network partners. The input : separating the mental health service in more proportion and bringing non-public health personnel to replacement of helping services for patients. The process: focusing on community-based and family-based. The product : reducing self-harm and improving the quality of life model for high risk suicide group.

Recommendation: To make policy for developing suicide prevention system, work with non-health more cooperation to expand suicide warning signals knowledge, and using social media that has a greater influence on people's perceptions

Keywords: evaluate, suicide prevention, convergent design, strategy

2. ภาพรวมโครงการย่อย



3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของการวิจัยประเมินผลโครงการ

สมพิศ สุขแสน (2545) กล่าวว่า การประเมินผลเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับนโยบายหรือวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โดยกำหนดเครื่องมือวัดที่น่าเชื่อถือ เพื่อทราบสิ่งที่ควรปรับปรุงหรือสิ่งที่ควรพัฒนา เป็นการสะท้อนการดำเนินงานของโครงการสมหวัง พินยานุวัฒน์ (2549) อธิบายเพิ่มว่า การวิจัยประเมินผลเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเกี่ยวกับความก้าวหน้าและความสำเร็จของโครงการ เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างไร ซึ่งเป็นการวางแผนอนาคตจากการพัฒนาคุณค่างานเดิม ด้วยการพิจารณาทางเลือกที่จะดำเนินโครงการ นอกจากนี้ พิไลวรรณ อินทรักษา (2550) ได้ให้ความหมาย การประเมินผลเป็นกระบวนการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดผลลัพธ์ของโครงการทั้งที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆของโครงการ ด้วยการกำหนดคุณค่าของความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยประกอบด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมายการประเมิน กฎเกณฑ์ตรวจสอบความสำเร็จ และการรายงานเสนอแนะการดำเนินงานครั้งต่อไป

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของการวิจัยประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการศึกษาหาคำตอบจากการดำเนินกิจกรรมโครงการ ด้วยการได้มาซึ่งสารสนเทศแสดงรายงานความก้าวหน้าของโครงการ โดยการกำหนดเครื่องมือวัดที่มีมาตรฐานเน้นจุดมุ่งหมายการประเมิน กฎเกณฑ์ตรวจสอบความสำเร็จ และการรายงานเสนอแนะเพื่อวางแผนการพัฒนาคุณค่าของงานเดิม ด้วยการพิจารณาทางเลือกต่อการดำเนินงานในอนาคต

4. ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีในแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) (Creswell, 2015) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขยายความอธิบาย ตามรายละเอียดดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยอยู่ใน 49 จังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2562) แบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักออกเป็น 5 กลุ่ม ใน 4 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้และภาคกลาง ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มที่ 3 บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 4 ผู้มารับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย และ กลุ่มที่ 5ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 4 จังหวัด แบ่ง 2 ช่วงปี 2560-2563 จำนวน 144 คน ช่วงปี 2564-2565 จำนวน 143 คน จนข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วง ได้แก่ **ช่วงก่อนการลงนามวิจัย** เป็นการดำเนินงานทดสอบเครื่องมือวิจัยกับกลุ่มใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน และแก้ไขบางข้อคำถามให้เหมาะสม และ**ช่วงการเก็บข้อมูลและปิดท้ายงานในสนามวิจัย** เก็บข้อมูลจริงสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักใช้ระบบ Online ผ่าน Zoom และยินยอมลงนามในเอกสาร Inform Consent ด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกต (Observation) อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งอยู่ในรูปแบบการบันทึกเสียง และบันทึกแบบจดข้อมูล ผู้วิจัยและคณะพิจารณา ร่วมกันโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิจัยเชิงปริมาณแบบการสำรวจ (Survey Approach) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ในช่วงตั้งแต่ มกราคม 2562 - ธันวาคม 2563/มกราคม - ธันวาคม 2564 และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ ได้แก่ ญาติของผู้รับบริการตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 49 จังหวัด แบ่ง 2 ช่วงปี 2560 - 2563 จำนวน 236 คน ช่วงปี 2564 - 2565 จำนวน 227 คน โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด 49 จังหวัด ให้กับผู้ประสานงานหลักของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 ให้ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการดำเนินงานการป้องกัน การฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับบริการและญาติ/ผู้ดูแลหลัก รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามรูปแบบ Online และ Offline รวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกันใน Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยและคณะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ผลการวิจัย

สรุปภาพรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลเกี่ยวกับโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างช่วงปี 2560 - 2563 และ ปี 2564 - 2565

	ปี 2560 - 2563	ปี 2564 - 2565
เชิงปริมาณ	ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ประเมินความพึงพอใจระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล - <u>บริบท</u> ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย p-value ประกอบด้วย 0.376, 0.438, 0.568 - <u>ปัจจัยนำเข้า</u> เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากรสถานที่ อุปกรณ์ มีค่า p-value ได้แก่ 0.565, 0.654, 0.889 - <u>กระบวนการ</u> เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีค่า p-value ได้แก่ 0.415, 0.546, 0.598, 0.931 - <u>ผลลัพธ์</u> เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ มีค่า p-value ได้แก่ 0.093, 0.759, 0.987 - <u>ผลลัพธ์</u> เรื่องการนำไปใช้ มีค่า p-value ได้แก่ 0.641, 0.656	พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ดูแล และในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ ประเมินความพึงพอใจระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล - <u>บริบท</u> ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย p-value ประกอบด้วย 0.641, 0.706, 0.955 - <u>ปัจจัยนำเข้า</u> เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากรสถานที่ อุปกรณ์ มีค่า p-value ได้แก่ 0.021*, 0.363, 0.363 พบค่าความแตกต่างในเรื่องหน่วยงานมีการนำเครื่องมือ สื่อ เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App - <u>กระบวนการ</u> เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีค่า p-value ได้แก่ <0.001*, 0.076, 0.111, 0.361 พบค่าความแตกต่างในเรื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม - <u>ผลลัพธ์</u> เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ มีค่า p-value ได้แก่ 0.013*, 0.023*, 0.176 พบค่าความแตกต่างในเรื่อง 1) ได้รับการบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนชัดเจน (p-value = 0.013*) 2) การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง (p-value = 0.023*) - <u>ผลลัพธ์</u> เรื่องการนำไปใช้ มีค่า p-value ได้แก่ 0.024*, 0.226 พบค่าความแตกต่างในด้าน การนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

	ปี 2560 - 2563	ปี 2564 - 2565
	ประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง-ต่ำ - <u>บริบท</u> ค่า p-value ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.162, 0.499, 0.981 กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.121, 0.895, 0.992 - <u>ปัจจัยนำเข้า</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.17, 0.345, 0.798 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.387, 0.434, 0.571 - <u>กระบวนการ</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.339, 0.467, 0.500, 0.980 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.111, 0.120, 0.175, 0.367 - <u>ผลผลิต</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.182, 0.487, 0.866 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.231, 0.319, 0.392 - <u>ผลลัพธ์</u> ค่า p-value เรื่องการนำไปใช้ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.290, 0.435 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.104, 0.679	ประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง-ต่ำ - <u>บริบท</u> ค่า p-value ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.589, 0.706, 0.743 กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.249, 0.699, 0.868 - <u>ปัจจัยนำเข้า</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.462, 0.584, 0.752 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.615, 0.622, 0.801 - <u>กระบวนการ</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.038*, 0.172, 0.416, 0.585 พบค่าความแตกต่างเรื่องเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.391, 0.615, 0.622, 0.801 - <u>ผลผลิต</u> ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.170, 0.117, 0.420 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.107, 0.107, 0.125 - <u>ผลลัพธ์</u> ค่า p-value เรื่องการนำไปใช้ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.052, 0.761 และกลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.445, 0.497
เชิงคุณภาพ	- <u>บริบท</u>: มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการคัดกรอง ประเมินส่งต่อแผนจากหน่วยงานต้นสังกัด ผลการวิจัยพบว่าการนำไปประยุกต์ใช้ต้องปรับให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ที่ดั่งนั้นอาจมีทิศทางที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นที่ - <u>ปัจจัยนำเข้า</u>: มีจุดแข็งเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและศักยภาพของบุคลากรในสังกัดสาธารณสุข ยกตัวอย่าง	- <u>บริบท</u> ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านคุณภาพชีวิต ดังเช่น กระทรวงการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ - <u>ปัจจัยนำเข้า</u> : โดดเด่นเรื่องการใช้แผนบูรณาการงบประมาณร่วมกัน เพื่อลดช่องว่างด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ยกตัวอย่างการสอนเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายให้นักเรียนใช้บโครงการจากโรงเรียนร่วมกับงบประมาณ

	ปี 2560 - 2563	ปี 2564 - 2565
	เช่น การอบรมให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง, การพัฒนาพื้นที่ให้บริการให้เป็นพื้นที่ส่วนตัว มีสัดส่วนชัดเจน พร้อมกับการใช้เครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย - <u>กระบวนการ</u>: โดดเด่นเรื่องการพัฒนาบุคลากรและสร้างเครื่องมือต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับรองรับการประเมินคัดกรองร่วมกับใช้ Application ต่าง ๆ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง/ สัญญาเตือนคนใกล้ชิดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ พร้อมทั้งจัดระบบพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. ให้กับทีมอสม., พชอ. เพื่อเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน - <u>ผลผลิต</u>: เกิดกิจกรรมที่หลากหลายในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น การทำดนตรีผู้สูงอายุ การทำผ้ายันต์เตือนสติ การใช้นวัตกรรม QR Code เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มเป้าหมายตามโรงงาน ตามโรงเรียน ตามชุมชน เป็นต้น รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์	สนับสนุนวิทยากร/ ผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข, เพิ่มช่องทางการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร และเพิ่มช่องทางสำหรับการแจ้งหรือให้คำปรึกษาตามช่องทางที่หลากหลาย - <u>กระบวนการ</u>: โดดเด่นเรื่องกระบวนการคัดกรองที่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ เข้าไปคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ที่กลุ่มเป้าหมายเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารักษา/ ติดตามอาการต่าง ๆ, ทำงานเชิงรุกกับโรงเรียนโดยให้โรงเรียนเป็นฐานที่มีครูนักจิตคอยให้คำปรึกษาอยู่ภายในโรงเรียน, มีการดึงเครือข่ายหลายภาคส่วนมาช่วยในงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การดึงผู้นำชุมชนมาช่วยดูแลกลุ่มเป้าหมาย, การดึงหน่วยงานนอกสังกัดมาช่วยให้ความรู้และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้เร็วขึ้น, การดึงผู้นำทางจิตวิญญาณมาสนับสนุนในเรื่องพลังใจหรือการปิดเป้าความทุกข์ใจ เป็นต้น - <u>ผลผลิต</u>: เกิดชุมชนต้นแบบด้านวัคซีนใจ, เครือข่ายที่เข้าร่วมได้ดึงภาระงานที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายเข้ามาบูรณาการงานกับงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้นำชุมชนได้พัฒนาโครงการชุมชนปลอดสุราและบูรณาการงานแก้ปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย ซึ่งเป็นการสอดส่องและส่งเสริมสนับสนุนงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

6. อภิปรายและวิจารณ์ผล

1. ด้านบริบท การพัฒนาด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายจากยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2560-2563 และปี 2564-2565 ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ ช่วงปี 2560-2563 มีนโยบายการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตประชาชนภาพรวมทุกกลุ่มวัย ยังไม่มีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงประเด็นป้องกันการฆ่าตัวตาย และมีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามีส่วนร่วมน้อย อีกทั้งขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินการนโยบาย เมื่อเข้าสู่ปี 2564-2565 มีการกำหนดนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ด้านบริบทเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้สถานการณ์การฆ่าตัวตาย

มีความซับซ้อนและมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการฆ่าตัวตาย โดยมีแนวทางที่เฉพาะให้สอดคล้องกับพื้นที่แต่ละพื้นที่ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการในช่วงเวลาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำได้ยากมากขึ้น ดังนั้นจึงปรากฏผลการศึกษาว่า ในปี 2564-2565 กลุ่มที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับการประเมินซึมเศร้า ไม่เคยรับบริการกับโรงพยาบาล มีแนวโน้มเป็นการฆ่าตัวตายแบบกะทันหันหรือใช้เวลาสะสมความเครียด ดังนั้นการใช้แผนยุทธศาสตร์ชาติต้องเน้นการประยุกต์ปรับใช้ให้เข้ากับบริบทชุมชน และดำเนินงานด้วยการนำเครือข่ายในระดับย่อย รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงเข้าร่วมกันทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายมากขึ้น

2. ด้านปัจจัยนำเข้า จากผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้ข้อมูลทั้งสองระยะให้ความเห็นเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญของบุคลากรอยู่ในระดับมากทั้งสองระยะ สอดคล้องกับผลการดำเนินการของกรมสุขภาพจิตที่ได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการให้ความรู้ อบรมทักษะการใช้เครื่องมือเบื้องต้นเพื่อการประเมินคัดกรอง กระบวนการส่งต่อระบบบริการ การให้คำปรึกษา การสังเกตและการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัยได้ปรากฏว่า ทั้งระยะที่ 1 (พ.ศ.2560-2563) และระยะที่ 2 (พ.ศ.2564-2565) ยังคงมีความขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะนักจิตวิทยา จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ในขณะที่แนวโน้มของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายมีเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์/ สาธารณสุข เหล่านี้เกิดภาวะ Burn Out และ Turnover สูงขึ้น รวมถึงกลุ่มเหล่านี้ยังเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าจับตามองเพราะมีภาวะความเครียดจากการทำงานที่สูงมากขึ้น ภาระงานที่มากขึ้นในขณะที่แรงจูงใจหรือความก้าวหน้าในงานไม่ชัดเจน

3. ด้านกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 มุ่งเน้นการพัฒนาศูนย์บริการหน่วยบริการสถานพยาบาล ให้บริการในคลินิกมากกว่าการบูรณาการงานกับหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเข้าสู่ช่วงปี พ.ศ.2564-2565 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่แทรกซ้อนเข้ามา กลับเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินการเพราะทำให้มีกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มักมีความเครียดที่เกิดขึ้นไม่รู้ตัวและส่วนใหญ่ไม่เคยได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้รูปแบบของการฆ่าตัวตายเริ่มเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือมีระยะของสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายที่สั้นลง ซึ่งผลการวิจัยปรากฏชัดเจนว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้คนที่คิดฆ่าตัวตายพยายามลงมือฆ่าตัวตายมากขึ้น ด้วยเหตุผลว่าต้องการหนีปัญหาและหนีหนี้สิน ซึ่งจากการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มเหล่านี้มักไม่ได้อยู่ในรายชื่อของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ แต่พบความแตกต่างกันในลักษณะของการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของแต่ละจังหวัด โดยรูปแบบของการดำเนินการมีความแตกต่างกัน แต่เริ่มมุ่งเน้นการพัฒนาศูนย์บริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้นในการคัดกรองเบื้องต้นและให้การช่วยเหลือผ่าน digital system อย่างไรก็ตามความท้าทายที่น่าสนใจคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงกลับเป็นกลุ่มที่ไม่มารับบริการไม่ว่าช่องทางใด ส่วนหนึ่งไม่รู้ช่องทางการรับบริการ อีกส่วนหนึ่งคือไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตาย

4. ด้านผลลัพธ์ จากการทำงานนี้ส่วนใหญ่ได้ประเมินมาตรฐานตาม Hospital Accreditation (HA) ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต และมีการประเมินตนเองร่วมด้วย โดยการสำรวจผลลัพธ์ส่วนใหญ่ใช้การดำเนินการผ่านการสำรวจของ อสม. ในทุกหลังคาเรือนโดยพิจารณาการเข้าถึงระบบการให้บริการของผู้รับบริการ ประเมินความรุนแรงของอาการ รวมถึงพิจารณาผลลัพธ์จากการลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การลงประเมินผลตามบ้าน ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งคณะทำงานได้ปรับเปลี่ยน

รูปแบบการติดตามเป็นช่องทางออนไลน์เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงาน คือ ผู้รับบริการรู้สึกดี มีคุณค่าในตนเอง มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง มีความรุนแรงในการทำร้ายตนเองต่ำลง หลังจากเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหรือเข้าถึงระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขในการบำบัด รักษา ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น มีสังคมที่เข้าใจมากขึ้นและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ตามสมมติฐานที่ว่า ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ปี 2564 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานด้วยยังไม่พบรายงานในระบบ แต่จากผลการศึกษาพบแนวโน้มของ การฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดขึ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ไม่เคยมีประวัติรับบริการ มีแนวโน้มการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นมากขึ้น

7. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ภาพรวมของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติทั้งช่วงปี 2560-2563 และ 2564-2565 มีหลักการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างกันมาก แต่ช่วงปี 2564-2565 มีการเพิ่มภาคีเครือข่ายนอกสังกัดสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ในการขยายวงกว้างสร้างตาข่ายค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งในและนอกสาธารณสุข เพื่อเพิ่มอัตรากำลังใจทดแทน เน้นเฉพาะด้านสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มที่ไม่เข้าถึงระบบบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับผู้บริหาร แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นดังนี้

1.1 การกำหนดนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายควรมีการบูรณาการสุขภาพจิตร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อการเข้าถึงบริการ ความรู้ และสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในแต่ละองค์กร เพื่อเกิดภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายได้ทันทั่วทั้ง รวมถึงการนำสื่อทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น

1.2 การกำหนดจัดทำระบบมาตรฐานการรายงานข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ควรเน้นสถานที่และเวลาการเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาพประเทศและมีความน่าเชื่อถือ

2. สำหรับผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา ของแต่ละท้องถิ่นเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายได้เหมาะสมตามบริบทชุมชน

8. บรรณานุกรม

พิไลวรรณ อินทรักษา. (2550). แนวความคิดและทฤษฎีการพัฒนาบุคลากร. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา ; www.ex-mba.buu.ac.th/Research/Nonthaburi/PM6/.../05_ch2.pdf.

สมพิศ สุขแสน.(2545). รูปแบบการประเมินผลโครงการ. (ออนไลน์). ธันวาคม 2564 <http://waranyajun.blogspot.com/2014/05/cipp-model.html>.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์.(2549). วิธีวิทยาการประเมิน: ศาสตร์แห่งคุณค่า. พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Los Angeles: Sage publications.

ภาคผนวก

สรุปผลงานวิจัยสำหรับประชาสัมพันธ์

1. ชื่อผลงาน/โครงการ

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย
Development of innovation for suicide problem solving during pandemic COVID-19 of Thailand

2. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย

นายแพทย์ณัฐกร จำปาทองและคณะ Doctor Nattakorn Jumpathong et al.

3. ที่อยู่ติดต่อได้

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 เบอร์โทรศัพท์ 08 1805 2420 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน

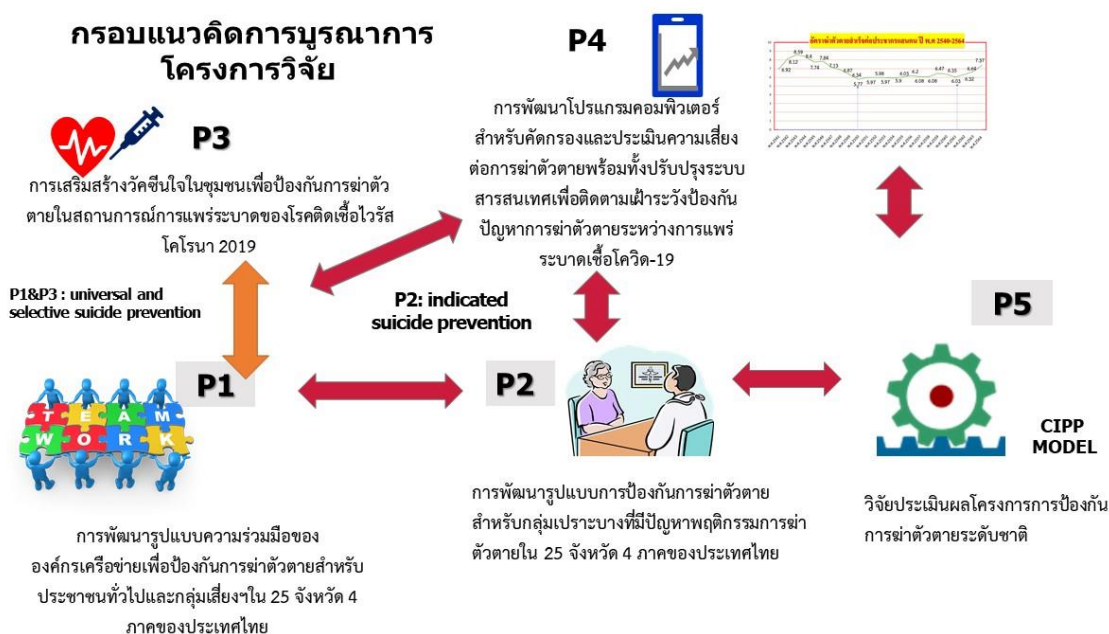
กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ 2566

6. คำค้น keyword: นวัตกรรม, ปัญหาการฆ่าตัวตาย, การระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทย

7. อ้างอิง -

8. รูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว



9. คำอธิบาย

ความสำคัญของวิจัย

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก โดยประเทศไทยได้คาดการณ์ว่าผลกระทบนี้จะส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.99 หรืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8 คน ต่อแสนประชากร โดยผลกระทบที่ส่งผลกระทบส่วนใหญ่คือด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้มีคนตกงานทันทีซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่วิถีสุขภาพจิต ปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาเชิงสังคม จึงจำเป็นต้องยังในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุม 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

วิธีการดำเนินงาน ดังภาพข้างล่าง



ผลการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 โครงการ มีทั้งหมด 7,257 คน แบ่งเป็น ประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มคนตกงาน กลุ่มเปราะบางและญาติผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และบุคลากรสังกัดอื่นๆ พบว่าความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในประชาชนมีน้อย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางเข้าถึงระบบบริการได้น้อย ระบบบริการตั้งรับและไม่เชื่อมโยงกับเครือข่ายองค์กรอื่นและชุมชน ขาดการคัดกรองฆ่าตัวตายจุดแจ้งเหตุฉุกเฉินและการติดตามยังไม่ชัดเจน ระบบฐานข้อมูลรายงานมีหลายฐานข้อมูล จากการดำเนินงานทำให้เกิดนวัตกรรมจากโครงการวิจัย ดังนี้ 1) แนวทางพัฒนาความร่วมมือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดภายใต้คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต พศ.2551 2) แนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 3) โปรแกรมการเสริมสร้างจิตสำนึกในชุมชน 4) Mobile application SRA. ใช้ประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข 5) ผลการประเมินโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติจากอดีต สู่ปัจจุบันช่วยสนับสนุนข้อค้นพบจาก 4 โครงการย่อย ว่าผู้รับบริการและผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อสาเหตุการฆ่าตัวตาย มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงานใน 4 มิติ คือ 1) การทำงานแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข 2) การสร้างระบบการให้บริการที่มีมาตรฐาน โดยจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนและส่วนตัว 3) การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยดึงผู้ใกล้ชิดมาเป็นผู้เฝ้าระวังเพิ่มความรู้และศักยภาพในการสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การใช้เครื่องมือประเมิน การให้คำปรึกษาเบื้องต้น 4) การพัฒนาฐานข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร

ประโยชน์ของผลงานวิจัย

1. การกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ต่อเนื่อง
2. การสร้างความร่วมมือกันทุกภาคส่วนในแผนระดับจังหวัด การถ่ายทอดนโยบายผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติระดับจังหวัด
3. การใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดในการกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตาย และสนับสนุนด้านทรัพยากรดำเนินการ

สรุปผลงานวิจัย (5 บรรทัด)

1. ชื่อผลงาน/โครงการ

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย
Development of innovation for suicide problem solving during pandemic COVID-19 of Thailand

2. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย

นายแพทย์ณัฐกร จำปาทองและคณะ Doctor Nattakorn Jumpathong et al.

3. ที่อยู่ติดต่อได้

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 เบอร์โทรศัพท์ 08 1805 2420 E-mail : n_jumpathong@hotmail.com

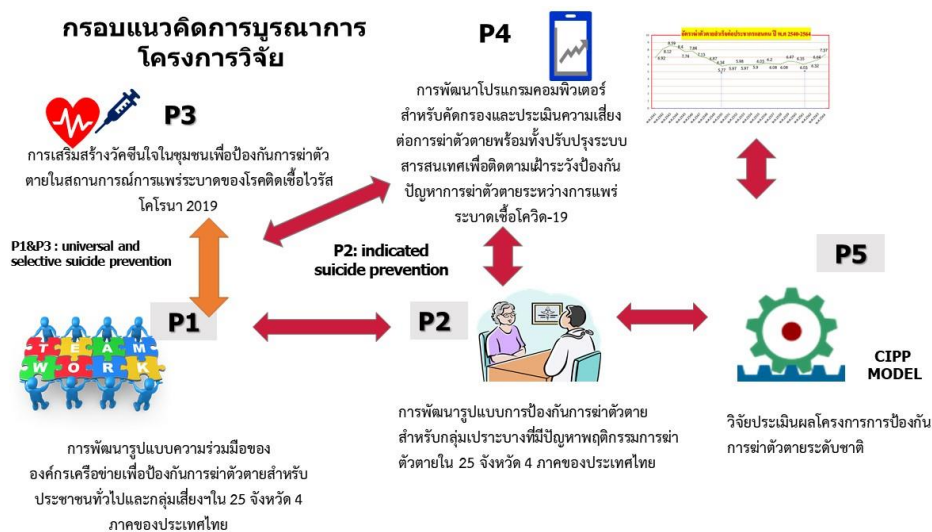
4. ชื่อหน่วยงาน กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ 2566

6. คำค้น keyword: นวัตกรรม, ปัญหาการฆ่าตัวตาย, การระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทย

7. อ้างอิง -

8. รูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว



9. คำอธิบาย 5 บรรทัด

แผนงานวิจัย มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรมแก้ไขการฆ่าตัวตาย โดยมีนวัตกรรมเกิดขึ้นจากแผนงานวิจัย ดังนี้ 1) แนวทางพัฒนาความร่วมมือการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต พศ.2551 2) แนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 3) โปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน 4) Mobile application SRA .ใช้ประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข

10. นำเข้าข้อมูลสรุปผลงานวิจัย/โครงการวิจัย 5 บรรทัด ในระบบ EXPLORE ผ่านทางเว็บไซต์

www.thai-explore.net

สรุปงานวิจัยในรูปแบบ infographic

1. ตราสัญลักษณ์



2. ชื่อผลงาน/โครงการ

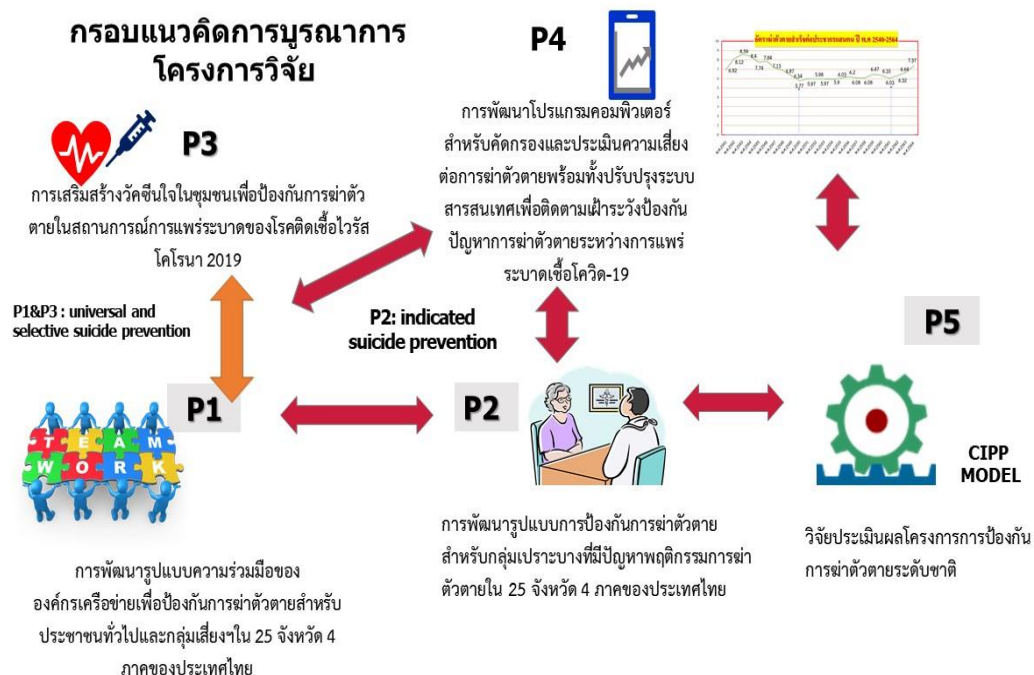
การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย
Development of innovation for suicide problem solving during pandemic COVID-19 of Thailand

3. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทองและคณะ Doctor Nattakorn Jumpathong et al.

4. E-mail : n_jumpathong@hotmail.com

5. ชื่อหน่วยงาน กรมสุขภาพจิต

6. ประมวลผลงานวิจัยสรุปเป็นภาพ info graphic ในรูปแบบต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจ



แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อแผนงานวิจัย การพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
ของประเทศไทย

ชื่อนักวิจัย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทองและคณะ

หน่วยงาน กรมสุขภาพจิต

งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 18,000,000 (บาท)

ปีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 2564

วัน/เดือน/ปี ที่ดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ ปีงบประมาณ 2565

เป้าหมายดำเนินการ เพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

พื้นที่การใช้ประโยชน์ 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทยและขยายไปยังทั่วประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

2.1 การนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 มิติ)

☒ มิตินโยบาย หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ ความต้องการ หรือการนำข้อมูลและแนวทาง
แก้ไขซึ่งได้จากผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมมาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาสำคัญและปัญหาเร่งด่วนของ
ประเทศในองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

- ปัญหาสำคัญ/ปัญหาเร่งด่วนของประเทศ คือ ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่า
ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2011 และ 2017 คือ 12.0 และ 14.4 ต่อแสนประชากร แสดงให้
เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (World mental health atlas, 2011) (world mental health
atlas, 2017) โดยประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในอันดับที่ 32 เทียบกับประเทศในโลก สำหรับอัตรา
การฆ่าตัวตายของประเทศไทย ที่ใช้ฐานข้อมูลจากใบมรณบัตรนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา
3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2560, 2561, 2562 จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.03, 6.32, 6.64 (ข้อมูล
จากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ) เมื่อจำแนกเป็นรายเดือนพบว่าตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้น
มา อัตราการฆ่าตัวตาย (Annual Percent Change) มีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเดือนธันวาคม 2562
ถึงเดือนมีนาคม 2563 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึง
แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตายจากการปรับตัวของคนไทยต่อปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วย
ทางกาย ปัญหาโรคจิตเวช และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สุราและสารเสพติด และเศรษฐกิจที่ตกต่ำ
เป็นต้น ผลกระทบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตลาดแรงงานจะหดตัวลงร้อยละ 1 จากภาวะ
เศรษฐกิจถดถอย และการว่างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 สอดคล้องกับข้อมูลประมาณการทางเศรษฐกิจในประเทศไทย
จะมีคนตกงาน 8 ล้านคน (ข่าวจากผู้จัดการธนาคารโลก พ.ศ. 2563) ในช่วงการระบาดโควิด-19 และคาดว่าจะมี
ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายที่ร้อยละ 0.99 (95% CI: 0.60-1.38, $p < 0.0001$) ศูนย์วิจัย
กสิกรไทยได้สำรวจสภาวะการครองชีพของครัวเรือนไทยที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ในเดือน
พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ว่างงานร้อยละ 9.6 ของครัวเรือนที่สำรวจ โดยร้อยละ 61.4 ได้รับผลกระทบจาก
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงงานไทยมีความเสี่ยงต่อการถูกเลิกจ้างงาน 8.4 ล้าน จากการสำรวจภาวะ

เครียด (stress) ของกรมสุขภาพจิตช่วงการระบาด พบว่าประชาชน 4 ใน 10 คน และบุคลากรสาธารณสุข 8 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการระบาด ซึ่งความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย โรคซึมเศร้า (depression) และการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยอาจเพิ่มเป็น 8.8 ต่อแสนประชากรต่อปี หากไม่มีมาตรการป้องกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

- **ชื่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์** หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ ประกอบด้วยองค์กรใน 3 ระดับ ดังนี้

1. **องค์กรระดับนโยบาย** ได้แก่ 1) รัฐบาล 2) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3) หน่วยงานสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 4) หน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงาน 5) หน่วยงานสังกัดสำนักงานประกันสังคม 6) หน่วยงานสังกัดกรมประชาสัมพันธ์ 7) หน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทย 8) หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต 9) หน่วยงานสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 10) หน่วยงานสังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนา 11) หน่วยงานสังกัดหอการค้า 12) หน่วยงานสังกัดธนาคารแห่งประเทศไทย 13) หน่วยงานสังกัดกระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น

2. **องค์กรระดับจังหวัด** ได้แก่ 1) ส่วนราชการจังหวัด 2) สาธารณสุขจังหวัด 3) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 4) แรงงานจังหวัด 5) สำนักงานประกันสังคม 6) ประชาสัมพันธ์จังหวัด 7) องค์การบริหารส่วนจังหวัด 8) เทศมนตรี 9) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 10) คณะสงฆ์จังหวัด 11) หอการค้าจังหวัด 12) ธนาคารกรุงไทย 13) ธนาคารออมสิน 14) ธนาคารเกษตรและสหกรณ์ 15) ศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ดูแลจังหวัด 16) คลังจังหวัด 17) สำนักงานพาณิชย์จังหวัด 18) โรงพยาบาลจิตเวชที่ดูแลจังหวัด 19) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในจังหวัด 20) NGO 21) ภาควิชาอื่นๆ เป็นต้น

3. **องค์กรระดับชุมชน** ได้แก่ 1) ชมรมระดับหมู่บ้าน 2) องค์การบริหารส่วนตำบล 3) วัด สถานปฏิบัติธรรม 4) โรงเรียน 5) หอกระจายข่าว 6) ร้านค้า เป็นต้น

- **ช่วงเวลาที่น่างานวิจัยไปใช้ประโยชน์** ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564

- **ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์** (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ) การนำไปใช้ประโยชน์ตามโครงการย่อยภายใต้แผนงานวิจัย ดังนี้

โครงการย่อยที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

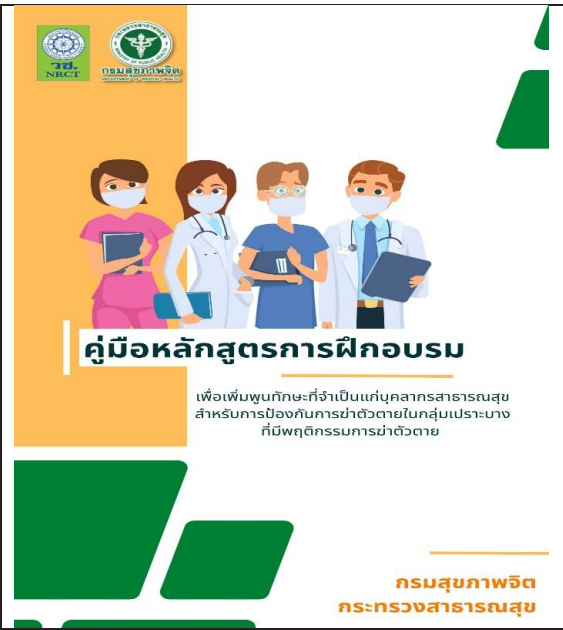
การสะท้อนข้อมูลและพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดใช้รูปแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of Participation: TOP Model) เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด นำข้อมูลจากการศึกษาจุดอ่อน/ข้อจำกัด และจุดแข็ง/ข้อดี การมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของคนในชุมชน (แผนปฏิบัติการ) ประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายและการวิเคราะห์แผนปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด จำแนกตาม 4 จังหวัด 4 ภาค และสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปขยายผลในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย



โครงการย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย
งานวิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วย

1. Core Intervention Package: E-Learning

การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะตามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในโครงการวิจัย ใช้ตามแนวทางการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้น : Core Intervention Package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ องค์ความรู้และทักษะในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายล้วนเป็นหลักสูตรที่ได้ผ่านการฝึกอบรมบุคลากรมาหลายรุ่น มีการปรับปรุงจนเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตแล้ว และผู้ให้การอบรมหรือวิทยากร เป็นเจ้าของหลักสูตรที่พัฒนาทั้งเนื้อหาและกระบวนการ มีการประเมินผล จนเป็นคู่มือที่นำมาใช้ในการฝึกอบรมมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ในการอบรมทุกครั้ง มีการประเมินความพึงพอใจในการจัดอบรมแต่ละหลักสูตรจากผู้เข้าอบรมนำมาปรับหลักสูตรก่อนให้การอบรมรุ่นถัดไป





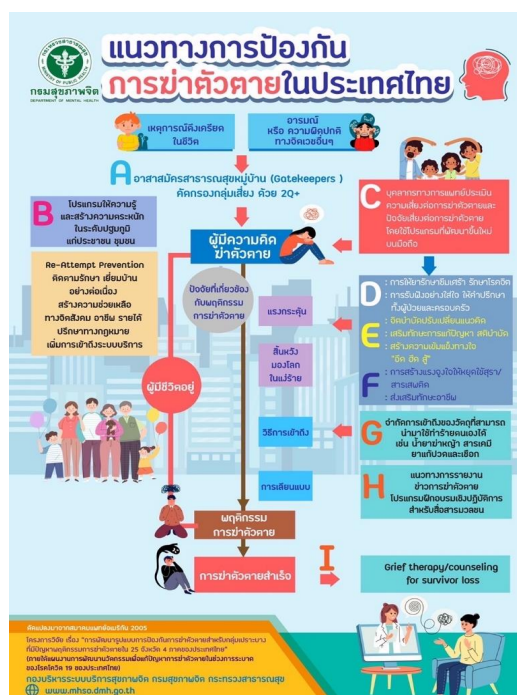
www.mhso.dmh.go.th

2. คู่มือการใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินคัดกรองประกอบด้วย 1. แบบคัดกรอง 2Q plus 2. แบบประเมิน 8Q 3. แบบประเมิน 9Q 4. แบบประเมิน Assist-lite 5. แบบคัดกรอง mind 6 mind 7



3. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan)

ทีมผู้วิจัยได้นำ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicidal Care Workflow) มาพัฒนา ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากมหาวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง จนกระทั่งตกผลึกเป็นโมเดล ที่เรียกว่า “แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” ที่สามารถนำไปขยายผลใน 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของประเทศไทยในระยะต่อไป



โครงการย่อยที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การนำโปรแกรมการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่ได้จากการศึกษาไปเป็นเครื่องมือในการรับมือกับวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต



โครงการย่อยที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

บุคลากรสาธารณสุข จะมีเครื่องมือทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ในรูปแบบของ Mobile Application สำหรับการประเมินผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่สามารถใช้แปลผลของปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้ง 32 ปัจจัย ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการใช้สุรา/ยาเสพติด และอาการโรคจิต ช่วยให้รูปแบบการบริการดูแลรักษาสอดคล้องตรงตามปัญหาของผู้รับบริการครบทุกมิติทางกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขจะได้เครื่องมือที่กล่าวนี้ มาใช้สำหรับประเมินติดตามอาการระหว่างการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในแต่ละราย ส่งผลต่อการเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ อีกทั้ง ผลจากการปรับแนวทางเป็นไปในรูปแบบ Active surveillance ที่เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา และทำการวิเคราะห์และแปลผลแสดงให้เห็นถึงเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน ทั้งปัจจัย กระตุ้นปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด้านกันและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน และกำหนดเลือกมาตรการควบคุมป้องกัน ให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (เหตุและปัจจัย) ในแต่ละcaseและแต่ละพื้นที่ รวมถึงประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกิดเหตุ ทำให้ประเทศมีแหล่งข้อมูลมีความน่าเชื่อถือทันสมัย ครอบคลุมทุกพื้นที่ และใช้สะท้อนผลของมิติบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม



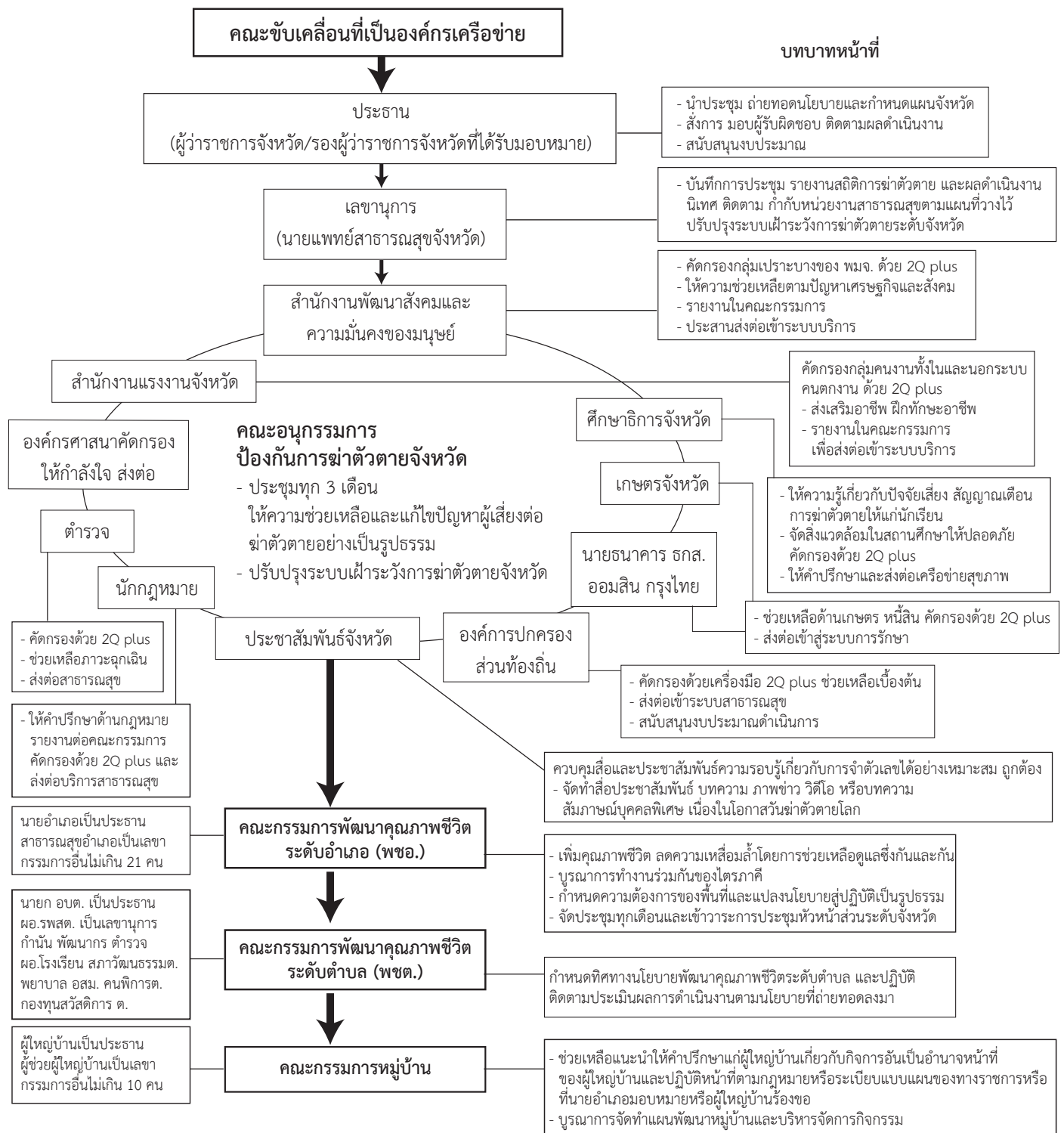
โครงการย่อยที่ 5 การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ นำผลที่ได้จากโครงการวิจัยมาเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2566

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยต่อยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย 2564-2565



- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต้ององค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (โปรดให้คำอธิบายพร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)

โครงการย่อยที่ 1 การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานใน 4 จังหวัดนำร่องมาพัฒนาเป็นรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด แล้วนำเสนอให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนข้อเสนอแนะในการประชุม Steering committee เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2564 แล้วนำไปปรับปรุง และนำมาทวนสอบเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น โดยคณะกรรมการ suicide task force ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ที่สังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 13 เขตสุขภาพ และตัวแทนศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 3 7 และ 11 รวมถึงผู้รับผิดชอบงานป้องกันการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่องเพื่อร่วมวางแผนทางการขับเคลื่อนรูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง และขยายผลต่อไป 21 จังหวัด



ภาพแสดง รูปแบบคณะขับเคลื่อนที่เป็นองค์กรเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

โครงการย่อยที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย ทีมผู้วิจัยได้สุ่มแบบประมินผ่าน google form ไปยังบุคลากรสาธารณสุข ทั้ง 359 คน ซึ่งแต่ละคนกระจายไปแต่ละอำเภอ (1:1) รวมเป็น 359 อำเภอ (ใน 25 จังหวัด) มีการตอบกลับมาทั้งหมด 236 คน (คิดเป็นอัตราการตอบรับ ร้อยละ 65.7) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าพื้นที่ที่มีการนำแนวทางไปใช้มีเพียง 179 อำเภอจาก 236 อำเภอ (คิดเป็นอัตราการใช้แนวทาง ร้อยละ 75.8 ของผู้ตอบแบบสอบถามหรือ คิดเป็นอัตราการใช้แนวทางฯ ร้อยละ 49.8 ของอำเภอทั้งหมด)

ในพื้นที่ที่นำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ ได้วิเคราะห์แนวทางในแต่ละขั้นตอนว่าสามารถนำไปใช้ได้ดีเพียงใด พบว่า การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย 2Qplus โดย อสม. ทำได้ร้อยละ 63.1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน ทำได้เพียง ร้อยละ 53.1 การใช้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นใหม่บนมือถือ โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำได้เพียง ร้อยละ 40.8 แพทย์มีการให้ยารักษาซึมเศร้า รักษาโรคจิต/การรับฟังอย่างใส่ใจ ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำได้สูงถึงร้อยละ 69.8 ทีมสุขภาพจิตมีการทำจิตบำบัดปรับเปลี่ยนแนวคิด/เสริมทักษะการแก้ปัญหา สติบำบัด ทำได้เพียง ร้อยละ 53.6 บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สร้างความเข้มแข็งทางใจ อีดี อีดี สู่/การสร้างแรงจูงใจให้หยุดใช้สุรา/สารเสพติด, ส่งเสริมทักษะอาชีพ ทำได้เพียงร้อยละ 54.2 การจำกัดการเข้าถึงของวัตถุที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น น้ำยาฆ่าหญ้า สารเคมี ยาแก้ปวด และเชือก ทำได้เพียงร้อยละ 31.8 แนวทางการรายงานข่าวฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสื่อมวลชน ทำได้เพียงร้อยละ 33.0 และการเยียวยาผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต โดยใช้โปรแกรม Grief therapy /counseling for survivor loss/ Prakarn model ทำได้เพียงร้อยละ 35.2 ส่วนขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทีม อสม. ทุกเดือนที่ 1 2 3 6 9 12 รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ไม่ได้มีการเน้นและประเมินในแบบสอบถาม จึงไม่มีผลลัพธ์

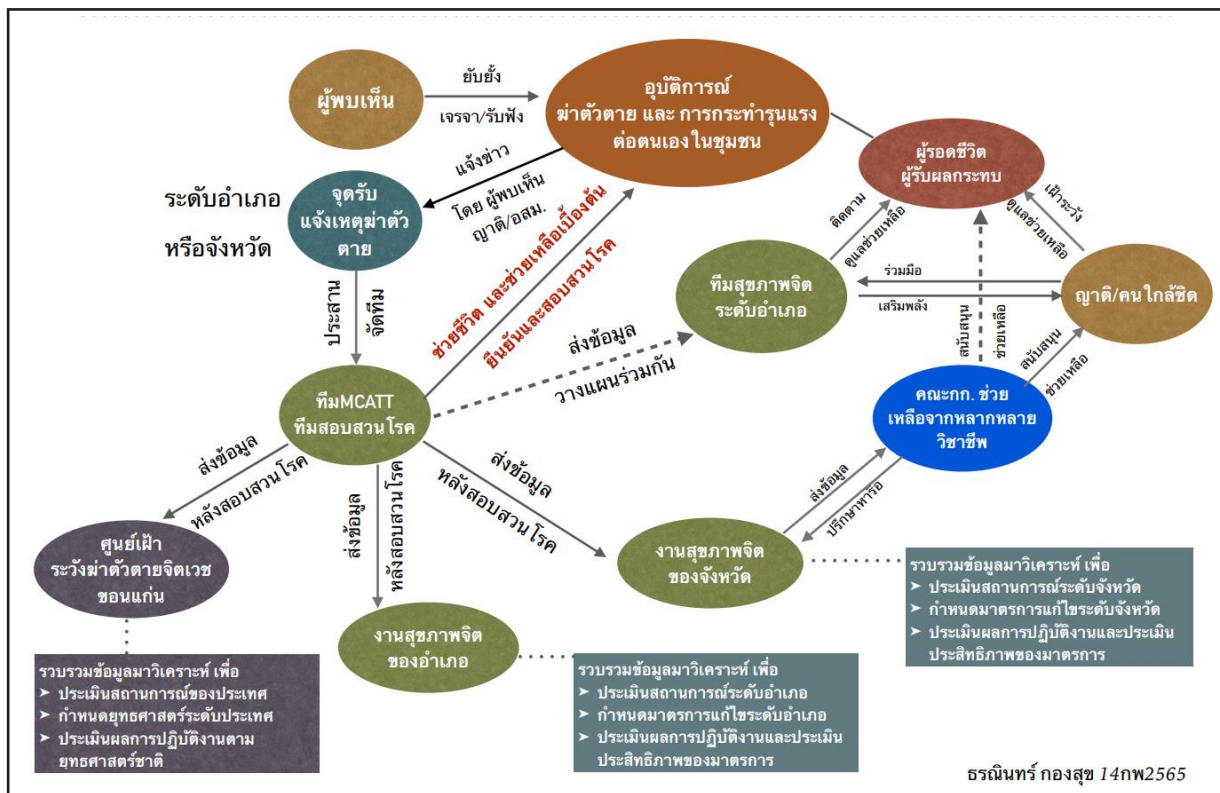
การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core package Intervention สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

- ☐ บุคลากรสาธารณสุขเข้าถึงการฝึกอบรม 66%
- ☐ ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 78.9%
- ☐ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 57.9%
- ☐ บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าถึงการฝึกอบรมพึงพอใจ 95%

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมผลสัมฤทธิ์จากการอบรมเป็นข้อมูลในการดำเนินโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย ภายใต้แผนงานการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ซึ่งได้จัดทำเป็นคู่มือหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเผยแพร่ Program Training: Package Core Intervention ทางเว็บไซต์ www.mhso.dmh.go.th สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่สนใจเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning)

โครงการย่อยที่ 3 การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการนำวิทยาศาสตร์ของการวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research) มาใช้เพื่อสร้างความเข้าใจในถึงปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและการพัฒนากลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ที่เกิดเป็นรูปกระบวนการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและการวางแผนการขยายผลนโยบายสุขภาพจิตได้ในอนาคต

โครงการย่อยที่ 4 การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศ เพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 พบว่าภายหลังการอบรมทีมจังหวัดในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดตั้งทีมสอบสวนระดับจังหวัดและระดับอำเภอขึ้น ดังนั้นเมื่อเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายขึ้นในพื้นที่ จะมีการแจ้งไปยังศูนย์แจ้งเหตุในชุมชน จากนั้น ทีมสอบสวนจะลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนยืนยันสาเหตุการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย รวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน และส่งต่อกรณีในรายที่มีต้องได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข อาทิเช่น นักกฎหมาย ตำรวจ แรงงานจังหวัด เป็นต้น ภายหลังเมื่อสอบสวนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จะทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มรายงานการสอบสวนโรค ส่งไปยังทีมสุขภาพจิตระดับอำเภอและระดับจังหวัด (เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบ) มีการวิเคราะห์และแปลผลโดยทีมของจังหวัดร่วมกับทีมศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ เพื่อให้เห็นถึงเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน ทั้งปัจจัยกระตุ้นปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด้านกันและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เลือกมาตรการควบคุมป้องกันให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (เหตุและปัจจัย) ในแต่ละcaseและแต่ละพื้นที่ รวมถึงประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่เกิดเหตุ



☐ **มิติวิชาการ** หมายถึง การมีเอกสารแสดงถึงการอ้างอิง (Citations) บทความวิจัย ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งมี Peer-review (โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานอ้างอิง)

โครงการย่อยที่ 5 การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 (มกราคม - มีนาคม 2566) นิพนธ์ต้นฉบับเรื่อง “การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565” อ่านบทความทาง www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

☐ **มิติเชิงสังคม/ชุมชน** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ หรือความต้องการเข้ารับการถ่ายทอดความรู้ของชุมชน ท้องถิ่น หรือองค์กร (ไม่ใช่หน่วยงานต้นสังกัดของนักวิจัย/หน่วยงานให้ทุน) ที่แสดงให้เห็นถึงการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อชุมชน ท้องถิ่น องค์กร

- ชื่อชุมชน ท้องถิ่น หรือองค์กร ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์.....
- ช่วงเวลาที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (วัน/เดือน/ปี).....
- ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อชุมชน ท้องถิ่น องค์กร (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ).....

☐ **มิติพาณิชย์** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ หรือความต้องการในการนำผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์ และนวัตกรรมไปพัฒนา/ปรับปรุง กระบวนการผลิตและจำหน่ายในภาคการผลิตและภาคอุตสาหกรรม

- ภาคการผลิต/ภาคอุตสาหกรรม ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์
- ช่วงเวลาที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (วัน/เดือน/ปี)
- ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อชุมชน ท้องถิ่น องค์กร (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ).....

2.2 ทรรศนะทางปัญญาที่เกิดจากงานวิจัย (โปรดระบุเดือน/ปี ที่ยื่นขอและได้รับ)

2.3 ผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (โปรดระบุหน่วยงาน บุคคล หรือพื้นที่ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์)

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เป้าหมาย ทุกระดับและประชาชนในเขตสุขภาพ 1-12

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวิจัย (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☒ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค

มีปัญหาและอุปสรรค (โปรดระบุสาเหตุ).....

2.5 ผลกระทบจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☒ ไม่มีผลกระทบ

มีผลกระทบ (โปรดระบุสาเหตุ).....

ลงชื่อ



(นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

ก. ส่วนประกอบตอนท้าย

ชื่อหัวหน้าแผนงานและคณะนักวิจัย

รายชื่อผู้วิจัย ผู้วิจัยร่วมและที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

ชื่อ -สกุล นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพหลโยธินสาย 4
แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170
เบอร์โทร 08 1805 2420
อีเมล n_jumpathong@hotmail.com

2. ผู้ร่วมแผนงานวิจัย

- 2.1 ชื่อ -สกุล ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
ตำแหน่ง กรรมการราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
เบอร์โทร 0 4336 3667
อีเมล suwaru@kku.ac.th
- 2.2 ชื่อ -สกุล ศาสตราจารย์นายแพทย์ชวันนท์ ชาญศิลป์
ตำแหน่ง นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ กองจิตเวชและประสาทวิทยา ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร
เบอร์โทร 08 1923 0162
อีเมล chawanunc@gmail.com
- 2.3 ชื่อ -สกุล นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร
ตำแหน่ง อธิบดีกรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 1881 8918
อีเมล samais2001@yahoo.com

- 2.4 ชื่อ - สกุล นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา
ตำแหน่ง รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 0 2590 8015
อีเมล drchumphot@gmail.com
- 2.5 ชื่อ - สกุล รองศาสตราจารย์.นายแพทย์พิชัย อึ้งรุสกุล
ตำแหน่ง กรรมการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400
เบอร์โทร 08 1721 2292
อีเมล pichai118@gmail.com
- 2.6 ชื่อ - สกุล พลเอกหญิงนพร หิรัญวิวัฒน์กุล
ตำแหน่ง ที่ปรึกษากองจิตเวชและประสาทวิทยา
สถานที่ติดต่อ กองจิตเวชและประสาทวิทยา ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร
เบอร์โทร 09 5878 2111
อีเมล drnawaporn@gmail.com
- 2.7 ชื่อ - สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์.(พิเศษ) นายแพทย์ปรากร ถมยงกูร
ตำแหน่ง ที่ปรึกษา กรรมการแพทย์
สถานที่ติดต่อ 249/80 หมู่บ้านสัมมากร ซอย 47 รามคำแหง 112
เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร 10240
เบอร์โทร 0 2590 6224
อีเมล karn249@hotmail.com
- 2.8 ชื่อ - สกุล นายแพทย์ประภาส อุครานันท์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เบอร์โทร 0 4535 2501
อีเมล pat_ukn@yahoo.com
- 2.9 ชื่อ - สกุล นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 1918 1208
อีเมล drterd@yahoo.com

- 2.10 ชื่อ - สกุล นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
สถานที่ติดต่อ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 0 2149 5532
อีเมล burinsura@hotmail.com
- 2.11 ชื่อ - สกุล นางสาวนันท์ทาวดี วรสวัสดิ์
ตำแหน่ง อดีตผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 3360 6565
อีเมล nantawadee06@gmail.com
- 2.12 ชื่อ - สกุล นางสาวจุฑามาศ วรรณศิลป์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 08 1878 3025
อีเมล Juthawana@hotmail.com
- 2.13 ชื่อ - สกุล นายแพทย์นพพร ตันติรังสี
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
298 ถนน ธาราธิปไตย อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130
เบอร์โทร 0 77312 147
อีเมล nopporntan@hotmail.com
- 2.14 ชื่อ - สกุล รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
ตำแหน่ง หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002
เบอร์โทร 08 1871 9615
อีเมล somrun@kku.ac.th

- 2.15 ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงกุสุมาวดี คำเกลี้ยง
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 06 5610 4294
อีเมล kksuamavadee@gmail.com
- 2.16 ชื่อ - สกุล นายแพทย์ณสมพล หาญดี
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 0 4320 9999
อีเมล nasamapon@gmail.com
- 2.17 ชื่อ - สกุล นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ติดต่อ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยาเขตคลองสาน
กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทร 08 6857 8583
อีเมล patanon.k@gmail.com
- 2.18 ชื่อ - สกุล นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา
ตำแหน่ง หัวหน้าสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 09 4915 6365
อีเมล supasaek.vir@gmail.com
- 2.19 ชื่อ - สกุล ดร. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์
ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 08 5861 4488
อีเมล tu.akk@hotmail.com

- 2.20 ชื่อ - สกุล นางอรพิน ยอดกลาง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาติสงัด ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 09 4905 8877
อีเมล suicidethailand@gmail.com
- 2.21 ชื่อ - สกุล นางวรรณวิไล ภูตระกูล
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 1842 1249
อีเมล wanvilai04@hotmail.com
- 2.22 ชื่อ - สกุล ดร. สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10
212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เบอร์โทร 08 0254 1954
อีเมล supupa24@gmail.com
- 2.23 ชื่อ - สกุล ดร. สรรกมล กรนุ้ม
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 4428 7008
อีเมล sankamon_sw@hotmail.com
- 2.24 ชื่อ - สกุล นางสาวจันทร์ศิริ มีดี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาติสงัด ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 09 1852 3697
อีเมล jew_nurse@yahoo.com

- 2.25 ชื่อ - สกุล นายสงบ ภูแดนแก่ง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 08 5001 7741
อีเมล Eddy_nursejvkk@hotmail.com
- 2.26 ชื่อ - สกุล นางสาวพิมพินิดา กุลสุนทราลัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 0 4320 9999 ต่อ 63142
อีเมล pimnidak@gmail.com
- 2.27 ชื่อ - สกุล นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ
ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 0 4320 9999 ต่อ 63142
อีเมล neeyaweche@gmail.com
- 2.28 ชื่อ - สกุล นายสุริยา ศิริสุข
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 0 4320 9999 ต่อ 63401, 63402
อีเมล suriyasirisuk@gmail.com
- 2.29 ชื่อ - สกุล นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เบอร์โทร 0 4535 2500
อีเมล virgojinny12@gmail.com

- 2.30 ชื่อ - สกุล ดร.สุพัตรา สุขาวห
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
เบอร์โทร 0 4531 2550-4 ต่อ 410, 413
อีเมล s_sukawa@yahoo.com
- 2.31 ชื่อ - สกุล นางสาวนาวิณี เครือหงษ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 6966 2566
อีเมล Navinee.kruahong@gmail.com
- 2.32 ชื่อ - สกุล นายปองพล ชุชนะโชติ
ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 9635 4828
อีเมล palmpsy419@hotmail.com
- 2.33 ชื่อ - สกุล นางสาวชีวานันท์ เกาทันท์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 09 8825 9002
อีเมล cheewanan.kao@gmail.com
- 2.34 ชื่อ - สกุล นางสาวพนิดา ชำปญญา
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 08 9619 9137
อีเมล aomaem75@gmail.com

- 2.35 ชื่อ - สกุล นางอมรรัตน์ ยาวิชัย
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 08 4403 0815
อีเมล Amerdthaisong99@gmail.com
- 2.36 ชื่อ - สกุล นางสาวสุกัญญา เรืองสุวรรณ
ตำแหน่ง นักเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 09 1037 4148
อีเมล sukanya.nusai@gmail.com
- 2.37 ชื่อ - สกุล นางสาวพุดิชาดา จันทะคุณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000
เบอร์โทร 06 4624 6912
อีเมล saviotar_happyday@hotmail.com
- 2.38 ชื่อ - สกุล นายอภิชา ฤทธาพิทย์
ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 0 2590 8568
อีเมล ssso.research@gmail.com
- 2.39 ชื่อ - สกุล นางสาวสาธิตา แรกค่านวน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 0 2590 8443
อีเมล sathida_tuck@hotmail.com

- 2.40 ชื่อ - สกุล นางสาวสิรี สุวรรณศิลป์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ติดต่อ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 0 2590 8568
อีเมล sree.moph@gmail.com
- 2.41 ชื่อ - สกุล นางสาวเบญจพร ตุ่มประสงค์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13
ซอย เจริญกรุง 34 แขวง บางรัก เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
เบอร์โทร 0 2590 8238
อีเมล Motbenjarporn@gmail.com
- 2.42 ชื่อ - สกุล นางสาวระวิพิมพ์ อุดมโภชน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลศรีธัญญา
47 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 09 3671 3676
อีเมล rawipim3676@gmail.com

3. ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

- 3.1 ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
ตำแหน่ง อธิบดีกรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 02 590 8009
อีเมล ampornbenja@yahoo.com
- 3.2 ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
ตำแหน่ง ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 081 813 7479
อีเมล drpanpimol@yahoo.com
- 3.3 ชื่อ - สกุล นายแพทย์ชินอรรถ ลีสวัสดิ์
ตำแหน่ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขต 2
สถานที่ติดต่อ กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร 08 1960 5469
อีเมล chinort@gmail.com
- 3.4 ชื่อ - สกุล ผศ.ดร.ฐาศุภกร จันประเสริฐ
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ติดต่อ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาคารสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ 114 ซอยสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
เบอร์โทร 0 2649 5000
อีเมล thasuk@g.swu.ac.th