



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

จัดทำโดย โรงพยาบาลขอนแก่นจิตเวชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ : 1
จำนวน : 600 เล่ม
จำนวนหน้า : 103 หน้า พ.ศ. 2546
ISBN : 974-296-292-8

คณะผู้จัดทำ
1. นพ.อภิชัย มงคล
2. นพ.ทวี ตั้งเสรี
3. นางสุพิน พิมพ์เสน
4. ผศ.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์
5. ผศ.ดร. นุศราพร เกษสมบูรณ์

จัดพิมพ์โดย บริษัท คอมฟอรัม (ขอนแก่น) จำกัด
192/4 ถ.ประชาสำราญ ต.ในเมือง
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. 043-32259-8
โทรสาร. 043-322559

เลขทะเบียน	20050368
วันที่	29 ส.ค. 2548
เลขเรียกหนังสือ	ก. 172
02425	846 9.5



1

คำนำ

ปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่ประเทศไทยประสบพบเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนคนไทยในหลายด้าน ธุรกิจขาดทุนและล้มละลาย เป็นหนี้สินจำนวนมาก เกิดการตกงานเพิ่มขึ้น คาดว่าอัตราการเกิดอาชญากรรม การค้ายาเสพติด รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย จะมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จึงจำเป็นที่ระบบต่างๆ ในสังคมจะต้องปรับตัวในหลายๆ ด้าน เพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีก

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบหนึ่งในสังคมที่ทำหน้าที่แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการหลายอย่าง ทั้งบริการด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประเทศไทยได้มีการพัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างยาวนาน จนอาจจะกล่าวได้ว่ามีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมไปตั้งแต่ระดับจังหวัดไปจนถึงระดับหมู่บ้าน จึงถือว่ามีความเหมาะสมที่จะทำหน้าที่แก้ไขและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้นมาเป็นพิเศษ เพื่อตอบสนองต่อสภาพปัญหาที่คาดการณ์ไว้ว่าจะมีเพิ่มมากขึ้น นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2546

เพื่อให้มีการสรุปทบทเรียนอย่างเป็นระบบ โครงการนี้จึงได้จัดให้มีการพัฒนาระบบการประเมินโครงการที่ต่างไปจากเดิม โดยความช่วยเหลือทางวิชาการจากสถาบันทางวิชาการ คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การประเมินโครงการในปีนี้นั้นเน้นที่การประเมินโครงการเชิงระบบ โดยเฉพาะการประเมินผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการจัดทำโครงการและงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อไป

รายงานฉบับนี้เป็นรายงานการประเมินโครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2546 ซึ่งมีจังหวัดต่างๆ เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 32 จังหวัด ผู้จัดทำหวังว่ารายงานการประเมินโครงการครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินโครงการในปีต่อไป และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทั่วไปที่สนใจเรื่องการดำเนินงานของโครงการ และการประเมินโครงการ



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินผลโครงการครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคลหลายฝ่าย ได้แก่

น.พ.วัลลภ ไทยเหนือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

น.พ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ผู้อำนวยการและบุคลากรของ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 13 เขต

ผู้อำนวยการและบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บุคลากรสาธารณสุขที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 32 จังหวัด

ครูและผู้นำชุมชน ใน 17 จังหวัด ที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยและประชาชนที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์

หน่วยงานวิชาการในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แก่ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนคณะแพทยศาสตร์

ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร และคณะเภสัชศาสตร์

คณะผู้ประเมินโครงการขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
การประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2544 - 2546

การศึกษานี้เป็นผลการประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งดำเนินงานมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2546 มี 32 จังหวัดเข้าร่วมโครงการฯ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ 1) อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 10 2) อัตราการทำร้ายตนเองลดลง ร้อยละ 10 3) เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการ เป็นร้อยละ 3 และ 4) เพิ่มจำนวนบุคลากรที่สามารถให้บริการได้เป็นร้อยละ 60

โดยมีการดำเนินงานหลักที่สำคัญคือ 1) การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ ครูและผู้นำชุมชน ให้สามารถค้นหาคัดกรองและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น 2) การฝึกอบรมวิทยากรในระดับจังหวัด 3) การประชุมสัมมนาทางวิชาการ 4) การนิเทศติดตาม 5) การให้ความรู้และเผยแพร่เรื่องนี้ทางโทรทัศน์และการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ ของแต่ละจังหวัด 6) การศึกษาและพัฒนา แบบคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) การประเมินผลระหว่างดำเนินการ 8) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 9) การศึกษาวิจัยระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเอง

การประเมินโครงการในครั้งนี้ เป็นการประเมินผลในระยะสิ้นสุดโครงการฯ ที่มีระยะเวลาดำเนินงาน ทั้งหมด 3 ปี เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจต่อไปว่าควรมีการดำเนินงาน โครงการฯ ต่อไปหรือไม่ และถ้าจะมีการดำเนินงานต่อไปควรมี การปรับปรุงในด้านใดบ้าง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินองค์ประกอบต่างๆ ของโครงการฯ ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และประสิทธิผลของโครงการในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 2) จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเอง 3) จำนวนผู้ที่เสียชีวิต 4) จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง 5) การพัฒนาผู้ให้บริการและหน่วยบริการสุขภาพ 6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานโครงการในจังหวัดของตน และ 7) ความพึงพอใจของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ

วิธีการประเมิน

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใน 17 จังหวัดตัวอย่าง 2) ผู้ให้บริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใน 17 จังหวัดตัวอย่าง รวม 312 คน 3) ผู้บริหาร



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

โครงการและทีมงานในระดับจังหวัด ใน 32 จังหวัด รวม 221 คน 4) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเองที่มารับบริการ ณ สถานบริการทุกระดับ 5) มรณบัตรของผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต

เครื่องมือและวิธีเก็บข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งโดยวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การใช้แบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์ 3) แบบเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง หรือ รง.506.DS และ 4) รายงานการจัดบริการจากสถานบริการ และ 5) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ตัวแปรสำคัญ ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 2) จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเอง 3) จำนวนผู้ที่เสียชีวิต 4) จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง 5) จำนวนผู้ให้บริการและจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการดำเนินการ 6) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานโครงการในจังหวัดของตน และ 7) ความพึงพอใจของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตามชนิดของตัวแปร ได้แก่ ค่าร้อยละ และ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

ผลการประเมิน

● การบรรลุเป้าหมายของโครงการในด้าน จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ฆ่าตัวตาย

1) จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการเพิ่มขึ้น

การดำเนินงานโครงการในปีนี้ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น โดยในช่วงสี่เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 9,922, 12,529 และ 16,129 ราย ตามลำดับ นั่นคืออัตราการมารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.3 และ 28.7 ต่อปี และอัตราการเข้าถึงบริการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.53 ในปี พ.ศ. 2544 เป็น ร้อยละ 3.17 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น ร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มลดลง

จากการศึกษาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีอัตราการทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต เท่ากับ 51.5 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี พ.ศ. 2546 นี้มีอัตราเท่ากับ 36.8 รายต่อประชากรแสนคน (ได้จากการคำนวณจากจำนวนผู้ป่วย 4 เดือนแรกของปี) หรือลดลงร้อยละ 28.5 จึงนับว่าโครงการประสบความสำเร็จในวัตถุประสงค์ข้อนี้ เพราะตั้งเป้าหมายให้ลดลงเพียงร้อยละ 10

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2544 - 2546

หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีระยะเวลาดำเนินการ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 - 2546 มีพื้นที่เข้าร่วม 32 จังหวัด มุ่งหวังที่จะลดปัญหานี้ลง มีการส่งเสริมการจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาระบบคัดกรอง และเฝ้าระวัง การประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ และการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงควรมีการประเมินผลเพื่อสรุปบทเรียนต่างๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผล กระบวนการ ปัจจัยนำเข้า และบริบทต่างๆ ของโครงการฯ

ขอบเขตการประเมิน เป็นการประเมินผลการดำเนินงานใน 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ระเบียบวิธีการประเมิน เป็นการประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ใน 17 จังหวัดตัวอย่าง ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งหมด 32 จังหวัด
2. การสุ่มตัวอย่าง เลือกจังหวัดโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย และเน้นให้กระจายทั่วทุกภาค
3. ตัวแปรที่ใช้ในการประเมินที่สำคัญ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ลักษณะของกระบวนการดำเนินงานและทรัพยากรที่ใช้
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกการเฝ้าระวัง แบบสอบถาม และแนวคำถาม
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล จากรายงานของจังหวัดตามแบบฟอร์มที่กำหนด การใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวัง การใช้แบบสอบถาม และการจัดกลุ่มสนทนากับบุคลากร
6. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

สรุปผลการประเมิน

พบว่า จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในช่วง 4 เดือนแรกของ ปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 12,529 ราย เป็น 16,129 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 28.7 ต่อปี อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.53 และ 3.17 เป็นร้อยละ 4.0

อัตราการทำร้ายตนเองลดลงจาก 51.5 และ 41.5 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2544 และ 2545 เป็น 36.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546

อัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง ลดลงจากอัตรา 9.5 และ 7.2 ต่อแสน ในปี 2544 และ 2545 เป็น 3.7 ต่อแสนในปี 2546

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง จากอัตรา 8.2 และ 7.0 ต่อแสน ในปี 2544 และ 2545 เป็น 5.7 ต่อแสนในปี 2546



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ด้านการพัฒนาบริการ พบว่า ในด้านการมีคลินิกให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายนั้น โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) มีร้อยละ 100 ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) มีร้อยละ 90 และสถานีอนามัย (สอ.) หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) มีร้อยละ 56

แต่มีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจนเพียงประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23)

บุคลากรส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อทักษะของตน ในการให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 83.7 ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงาน โครงการของจังหวัด ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85

โครงการนี้มีจุดเด่นอื่นๆที่สำคัญในการดำเนินการ ได้แก่ การจัดทำรายงานการประเมินผลระหว่างกลาง การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ทำร้ายตนเอง 2 ครั้ง (ปี 2544 และ 2545) การจัดทำระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง การศึกษาและพัฒนาความถูกต้องของแบบคัดกรองเพื่อวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าฉบับใหม่ การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรแบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัด

สรุปและอภิปราย

จากข้อมูลการประเมินที่ได้มาเบื้องต้นนี้พบว่า โครงการฯ ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้า ลดอัตราการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง มีหน่วยบริการที่มีการจัดบริการด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามเป้าหมาย มีจำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเกินเป้าที่ตั้งไว้ และมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เป็นมาตรฐานยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ความสำเร็จของการดำเนินงานมีความยั่งยืน จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาลงทุนและปรับปรุงการดำเนินงานในปีต่อไปเพิ่มเติม ดังนี้ 1) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 2) พัฒนาบุคลากร โดยเน้นการฝึกอบรมทักษะด้านการให้คำปรึกษา ใช้การประชุมวิชาการแบบกรณีศึกษาเป็นเครื่องมือการพัฒนาคน และการส่งเสริมคนที่มีใจรักงานนี้เป็นพิเศษ 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม 4) การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการในระดับจังหวัดให้เข้มแข็ง 5) พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบและมาใช้บริการ และ 6) ผลักดันระดับนโยบายและผู้บริหารระดับจังหวัด

Abstract

Evaluation of Depression and Suicide Care Project 2001 - 2003

Institute: Khon Kaen Rajanagarind Mental Hospital

Rationale: The depression and suicide care project had been implemented during 2001-2003. 32 provinces nationwide were participating in the project. The aims of the project were 1) to reduce incidence of attempted and committed suicide 2) to increase service utilization among depressed patients 3) to strengthen the capacity of mental health services for target groups and 4) to improve skills of mental health staff. Main strategies of the project were 1) developing screening services for risk groups 2) training mental health staff to be able to better provide mental health services 3) campaigning through mass media about the services.

Objectives: To evaluate the effectiveness, input, process and context of the project and to synthesize lessons learned.

Scope of evaluation: The evaluation focused mainly on the implementation of the project in 32 provinces.

Methods: Quantitative and qualitative procedures were employed.

1. Sample size: Health staff, both service providers and project managers, from 17 target provinces were interviewed.

2. Sampling procedures : Provinces were randomly selected. Health staff in each province were randomly selected from every district in the province.

3. Key variables: Effectiveness of the project according to the aims and objectives of the project, characteristics of project implementation and resources used.

4. Data collection tools and procedures: Questionnaires, focus group interviews, services logs and surveillance reports.

5. Data analysis: descriptive statistics and content analysis were used.

Results:

The numbers of patients with depression during the first 4 months of the year 2001, 2002 and 2003 increased from 12,529 to 16,129 cases. Accessibility of the depressed increased from 2.53 and 3.17 to 4.0 %. The rates of the attempted suicide decreased from 51.5 per 100,000 in 2001 to 36.8 per 100,000 in 2003. The rates of repeated suicide decreased from 9.5 per 100,000 in 2001 to 3.7 per 100,000 in 2003. The rates of committed suicide decreased from 8.2 per 100,000 in 2001 to 5.7 per 100,000 in 2003.

Most of the mental health staff rated on their confidence in one's skills in providing counseling services as moderate to highest (83.7 %). Most of the mental health staff rated on their satisfaction with the project implementation at provincial level as moderate to highest (85 %).



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

100 % of center and provincial hospitals, 90 % of community hospitals and 56 % of health centers provide counseling services for patients with mental health problems. However, there were only a fourth of the facilities (23 %) had standard systems to ensure the continuity of care.

Significant features of the project implementation were 1) publications of studies on epidemiology of self-harm behaviours in 2001 and 2002 2) a report on development of screening tools for depression and suicidal risk assessment 3) mid-term evaluation activities 4) participatory learning modules for health personnel and 5) academic meetings to strengthen capacities of staff at provincial level.

Conclusions and discussions:

The project has achieved most of its objectives especially in terms of reducing intentional self-harm cases, improving mental health services availability for the target groups, increasing numbers of mental health staff trained to provide mental health services, and reducing numbers of attempted and repeated suicide cases. A number of project implementation features were seen as innovative.

Suggestions:

Sustainability of the achievements needs further improvement and investment on 1) surveillance systems 2) human resource development 3) holistic mental health services 4) networks of mental health care at provincial level 5) campaigning through mass media at local levels and 6) political commitments at all levels.

3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง

จากการศึกษาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2544 และ 2545 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเหตุเสียชีวิต เท่ากับ 8.2 และ 7.0 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี พ.ศ. 2546 นี้มีอัตราเท่ากับ 5.7 ต่อประชากรแสนคน (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วย 4 เดือนแรกของปี) หรือลดลงร้อยละ 14.6 - 18.6 จึงนับว่าโครงการประสบความสำเร็จในวัตถุประสงค์ข้อนี้ เพราะตั้งเป้าหมายให้ลดลงเพียงร้อยละ 10

ข้อมูลจำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่นำมาคำนวณในปี พ.ศ.2546 นี้ มาจากทั้งระบบการเฝ้าระวังในสถานบริการและจากมรณบัตร จึงมีความครอบคลุมสูงพอสมควรที่จะทำให้มั่นใจว่าจะได้ข้อมูลจำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

4) การทำร้ายตนเองซ้ำลดลง

จากการศึกษาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2544 และ 2545 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเหตุเสียชีวิต มากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 9.5 และ 7.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนในปี พ.ศ. 2546 นี้มีอัตราเท่ากับ 3.7 ต่อประชากรแสนคน (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วย 4 เดือนแรกของปี) หรือลดลงร้อยละ 24 - 48 จึงนับว่าโครงการประสบความสำเร็จในวัตถุประสงค์ข้อนี้ เพราะตั้งเป้าหมายให้ลดลงเพียงร้อยละ 10

5) สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต มีแนวโน้มดี

ในช่วงการดำเนินการโครงการฯ ที่ผ่านมาสถานะสุขภาพจิตของผู้ทำร้ายตนเองหลังได้รับการรักษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต "สบายใจ ดี ไม่มีความทุกข์ใดๆ" หรือ "ไม่คิดจะทำร้ายตนเองอีก" เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.9 ในปีพ.ศ. 2546 จากเดิมที่มีเพียงร้อยละ 51.0 ในปี พ.ศ. 2545 และร้อยละ 59.4 ในปี พ.ศ. 2544

ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการในจังหวัดเป้าหมาย

1) ผู้ทำร้ายตนเอง ได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น การให้ยา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการนัดหมายอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาและระบบข้อมูลเฝ้าระวัง (รง.506.DS) พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.9 เป็น 73.3 และ 83.4 ในปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ

การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่าไม่ประสบความสำเร็จมากเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2545 กับ พ.ศ.2546 จากร้อยละ 37.6 ลดลงเป็นร้อยละ 20.6

ผู้มีภาวะซึมเศร้านอกจากจะได้รับยาแก้เศร้าสูงแล้ว (ร้อยละ 62.1) ยังได้รับยาโรคจิตค่อนข้างสูงด้วย (ร้อยละ 20.1) ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวช ในส่วนผู้ทำร้ายตนเองนั้น ญาติจะได้รับการบริการด้านการให้คำแนะนำค่อนข้างมาก (ร้อยละ 49.7) และได้รับยาต่างๆ น้อย ส่วนการให้เอกสารความรู้ที่จะเป็นการแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติใน

การที่จะปฏิบัตินั้นถือว่ายังน้อยมาก สถานบริการจำเป็นต้องหาทางเลือกอื่นๆ ที่จะเป็นการช่วยเหลือ แนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติให้ได้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2) สถานบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญในการจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต และจัดให้มีระบบ แนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน

สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ความสำคัญกับการจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ครบตามเป้าหมาย เฉลี่ยร้อยละ 73.9 ซึ่งจำแนกเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลระดับอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 90 และระดับสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 56.3

แต่มีการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 23.1 และมีการกำหนดนโยบาย ในเรื่อง ระบบการนัดหมาย ระบบการเยี่ยมบ้าน และระบบการส่งต่อ อย่างชัดเจน โดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 36.8, 38.8 และ 52.3 ตามลำดับ

สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีบุคลากรรับผิดชอบให้คำปรึกษาแต่ละแห่งโดยเฉลี่ย 5 คน โดยที่ รพศ. รพท. และ รพช. มีผู้ให้คำปรึกษาเฉลี่ยแห่งละ 8 คน ส่วนที่สถานีอนามัยมีเฉลี่ยแห่งละ 2 คน นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนสถานีอนามัยร้อยละ 8.4 ที่ไม่มีบุคลากรให้บริการด้านให้คำปรึกษาเลย

3) จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง มี ประมาณ 3 ใน 4

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 74.2 หรือประมาณ 3 ใน 4 โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมากที่สุดคือ บุคลากรระดับโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 81.6 และพบว่า มีบุคลากรเพียงประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 53.9 เท่านั้นที่เคยได้รับการชี้แจงเรื่องการบันทึกรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง.506.DS)

4) บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองในระดับปานกลางถึงมาก

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 83.7 โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความมั่นใจมากที่สุด (3.9 จาก 5 คะแนน) รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย คิดเป็น 3.3 และ 2.9 คะแนนจาก 5 คะแนน ตามลำดับ

5) บุคลากรสาธารณสุขพึงพอใจ การดำเนินงานโครงการฯ ในระดับปานกลาง

ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของจังหวัด ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 จาก คะแนนเต็ม 5 (ปานกลาง) โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความพึงพอใจมากที่สุด (3.5 จาก 5 คะแนน)



รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย คิดเป็น 3.1 คะแนนจาก 5 คะแนน เท่ากัน

โดยพึงพอใจการดำเนินโครงการฯ มากในด้านประโยชน์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) รองลงมาคือ ด้านการอบรมชี้แจงโครงการ (3.1 คะแนน) ด้านการออกแบบเฝ้าระวัง หรือ รง.506.DS (3.1) ตามลำดับ และพึงพอใจน้อย (ต่ำกว่า 3.0 คะแนน) คือด้าน การสนับสนุนสื่อการสอน (2.8 คะแนน) ด้านการเผยแพร่ต่อสาธารณะทางสื่อต่าง ๆ (2.8 คะแนน) และด้านการสนับสนุนงบประมาณ (2.8 คะแนน)

ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัด

1) ผู้บริหารในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)ในระดับปานกลางถึงมาก

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.6 จากคะแนนเต็ม 5)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานผู้จัดการโครงการฯ ในระดับค่อนข้างสูง ได้แก่ การชี้แจงโครงการ ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) การออกแบบระบบเฝ้าระวัง ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) การจัดอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาบุคลากร ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 (ปานกลางถึงมาก) การออกแบบระบบรายงาน ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 (ปานกลางถึงมาก)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ในระดับต่ำกว่าข้ออื่น ๆ ได้แก่ การสนับสนุนสื่อการสอน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 (ปานกลาง) การสนับสนุนงบประมาณ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.0 (ปานกลาง)

2) บุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

จากการศึกษาพบว่า จังหวัดต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดยังมีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปีต่อไป คิดเป็นร้อยละ 99.5 และบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.3 มีความมั่นใจว่าจะยังรับผิดชอบโครงการฯ นี้ต่อไป

ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

พบว่า โครงการนี้มีจุดเด่นที่สำคัญในการดำเนินการ ได้แก่ การจัดทำรายงานการประเมินผลระหว่างกลางปีการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ทำรายงานตนเอง 2 ครั้ง (ปี 2544 -2545) การจัดทำระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำรายงานตนเอง การศึกษาและพัฒนาความถูกต้อง

ของแบบคัดกรองเพื่อวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าฉบับใหม่ การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรแบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัด

บทเรียนจากการประเมินระหว่างดำเนินการในปี 2545 พบว่าเป้าหมายที่โครงการฯ ยังไม่สามารถบรรลุได้ คือ ด้านการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน ซึ่งพบว่า มีประชาชนเคยรับชมรายการทางโทรทัศน์ ที่จัดโดยโครงการฯ เพียงร้อยละ น้อยกว่า 1

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของความสำเร็จ จึงมีประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ริเริ่มดำเนินการขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 นี้ อย่างต่อเนื่อง

เพราะจากบทเรียนในปีนี้ พบว่า เป็นระบบที่ทำให้มีข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาได้แม่นยำยิ่งขึ้น นำมาใช้ในการประเมินและติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานได้

นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยในระดับพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจ เงื่อนไขและบริบทต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่อาจจะมีแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทำให้ได้ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงในการดำเนินงานในพื้นที่ของตนมากยิ่งขึ้น เช่น วิธีการสื่อสารให้เข้าถึงคนกลุ่มนี้ โดยการตั้งงบประมาณเพื่อศึกษาวิจัยให้แก่จังหวัดต่างๆ ที่สนใจดำเนินการ

2) การพัฒนาบุคลากร

2.1) เน้นการฝึกอบรมทักษะด้านการให้คำปรึกษา

จากการสัมภาษณ์และจัดสนทนากลุ่ม พบว่า บุคลากรที่มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาที่ดีจะเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีมาก ขณะเดียวกันก็พบว่า ยังมีบุคลากรจำนวนหนึ่งที่ยังใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยยึดเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง (Provider-centered approach) แทนที่จะเป็นการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered approach)

ดังนั้นจึงยังคงต้องพัฒนาบุคลากรด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

2.2) ใช้การประชุมวิชาการแบบกรณีศึกษา เป็นเครื่องมือการพัฒนาคน

จากการสอบถามกรณีศึกษาต่างๆ ที่บุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ ให้บริการในช่วงที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในจังหวัดต่างๆ เห็นว่าเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ ทำให้เข้าใจเทคนิควิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ได้ทราบปัญหาในการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วย การส่งต่อ

ข้อมูลของหน่วยงานในระดับต่างๆ ตลอดจนรู้จักจุดอ่อนในการให้บริการและการบริหารจัดการของตนเอง

จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดประชุมวิชาการในลักษณะนี้อย่างแพร่หลาย และผู้จัดการโครงการฯ อาจจะสนับสนุนด้านการฝึกอบรมวิทยากรในระดับจังหวัดที่จะเป็นผู้ดำเนินการหรือนำการประชุมวิชาการในลักษณะดังกล่าว

2.3) ส่งเสริมคนที่มีใจรักงานนี้เป็นพิเศษ

บุคลากรเป็นหัวใจที่สำคัญของการดำเนินงานทุกโครงการ จากการสัมภาษณ์และจัดสนทนากลุ่ม พบว่า มีบุคลากรจำนวนหนึ่งที่สนใจและทุ่มเทให้กับงานสุขภาพจิตมาก เนื่องจากมีใจรักและเห็นว่าตนได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก ดังนั้น จึงควรมีมาตรการที่จะส่งเสริมบุคลากรกลุ่มนี้อย่างเต็มที่ ให้ได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตน แสดงศักยภาพตนเองในงานนี้และเกิดภาคภูมิใจจากผลงานที่ทำ เช่น การทำทะเบียนประวัติทรัพยากรบุคคล การส่งเสริมให้ได้รับรางวัลในระดับจังหวัด การส่งเสริมให้ได้เรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น และการมีโอกาสไปศึกษาดูงานต่างประเทศ เป็นต้น

3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม

ควรพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพและด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างตรงกับสภาพปัญหาและทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างได้ผล มีการประสานงานกับเครือข่ายบริการทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างใกล้ชิด

เน้นความสำคัญของการให้บริการที่มีความต่อเนื่อง พัฒนาระบบการนัดหมายและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ

4) การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการในระดับจังหวัดให้เข้มแข็ง

ควรพัฒนาเครือข่ายการให้บริการให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะด้านการส่งต่อ และการพัฒนาบทบาทของสถานีนอนมัย เช่น โดยการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพร่วมกัน การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการวางแผนร่วมกัน

5) การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบและมาใช้บริการ

ควรหาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบว่ามีการบริการนี้และมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

6) การผลักดันในระดับนโยบายและผู้บริหารในระดับจังหวัด

ควรพยายามผลักดันให้โครงการนี้ได้รับความสนใจและการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานในระดับต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น และควรมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ (ไทย)	ค
บทคัดย่อ (อังกฤษ)	จ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ช
 บทที่ 1 บทนำ	 1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการฯ	3
ขอบเขตของการประเมินโครงการ	3
แนวทางและวิธีการประเมินโครงการ	4
การวางแผนดำเนินงาน	5
กรอบแนวคิดของการประเมินโครงการฯ	7
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	8
 บทที่ 2 รายละเอียดโดยย่อของโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2544-2546	 10
รายละเอียดของโครงการฯ ในระยะแรก พ.ศ. 2544 - 2545	
หลักการและเหตุผล	10
วัตถุประสงค์และเป้าหมาย	10
ขั้นตอนการดำเนินงาน	11
จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการในปี พ.ศ. 2544-2545	12
รายละเอียดของโครงการฯ ในระยะที่สอง พ.ศ. 2546	13
หลักการและเหตุผล	13
วัตถุประสงค์และเป้าหมาย	14
ขั้นตอนการดำเนินงาน	15
จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการในปี พ.ศ. 2546	15
สรุปกรอบแนวคิดของการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ	17



บทที่ 3 ผลการประเมินเชิงปริมาณ	20
ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	
จำนวนผู้ที่ภาวะซึมเศร้า ผู้ทำร้ายตนเอง และผู้ฆ่าตัวตาย	20
สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต	21
ความต่อเนื่องของการบริการ	37
ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ	
ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย	43
การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช	
การเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	46
ความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองของบุคลากรสาธารณสุข	48
ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัด	50
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ	
ความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป	
บทที่ 4 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ	51
ความคิดเห็นของบุคลากรในจังหวัดต่างๆ ต่อการดำเนินงานโครงการ	51
จุดเด่นของโครงการปัจจัยที่มีผลดีต่อการดำเนินโครงการ	51
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ	
ข้อเสนอแนะของบุคลากรสาธารณสุข	
ด้านนโยบาย การถ่ายทอดนโยบาย งบประมาณ และการวางแผน	51
ด้านการจัดองค์กรรับผิดชอบ และด้านการบริหารจัดการ	52
ด้านการพัฒนาบุคลากร การจัดสัมมนา และการฝึกอบรม	53
ด้านการพัฒนาระบบบริหาร	
ด้านกลุ่มเป้าหมาย ประชาชน และผู้ป่วย	
ด้านการประชาสัมพันธ์ และสื่อต่างๆ	
ด้านการประสานงาน และการนิเทศงาน	54
ด้านระบบข้อมูล การวิจัย และอื่นๆ	54
เหตุผลที่ควรดำเนินการโครงการฯนี้ต่อไป	62



สารบัญตาราง

บทที่ 1	1
ตารางที่ 1.1 สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย	
บทที่ 3	
ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ จากรายงานของสถานบริการ สาธารณสุข	21
ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการจำแนกตามประเภทของ สถานบริการสาธารณสุข	24
ตารางที่ 3.3 จำนวนผู้ทำร้ายตัวเอง ของสถานบริการสาธารณสุข	25
ตารางที่ 3.4 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (ทำซ้ำ)	28
ตารางที่ 3.5 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง	30
ตารางที่ 3.6 อัตราการฆ่าตัวตายใน 33 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ	33
ตารางที่ 3.7 อัตราการฆ่าตัวตายใน 43 จังหวัดที่ "ไม่ได้" เข้าร่วมโครงการฯ	
ตารางที่ 3.8 สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต	37
ตารางที่ 3.9 การได้รับบริการด้านการให้คำปรึกษา	38
ตารางที่ 3.10 การได้รับบริการด้านการเยี่ยมบ้าน	38
ตารางที่ 3.11 การได้รับการนัดหมายให้มาติดตามผลการรักษา	39
ตารางที่ 3.13 การไปรับบริการอีกหลังจากการทำร้ายตนเอง	39
ตารางที่ 3.13 จำนวนครั้งที่ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการ จำแนกตามสถานบริการ	41
ตารางที่ 3.14 ประเภทของบริการที่ได้รับในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546	42
ตารางที่ 3.15 การให้บริการในสถานบริการ	43
ตารางที่ 3.17 จำนวนผู้ให้คำปรึกษา	43
ตารางที่ 3.18 จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เคยผ่านการฝึกอบรมหรือการชี้แจงโครงการ	44
ตารางที่ 3.19 ระดับความมั่นใจต่อทักษะของคน ในการให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย	44
ตารางที่ 3.20 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของจังหวัดในภาพรวม	45
ตารางที่ 3.21 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ภายในจังหวัดในด้านต่างๆ	46

ตารางที่ 3.22 ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	47
ตารางที่ 3.23 ความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัดและอำเภอต่อ การดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์)	48
ตารางที่ 3.24 ความต้องการในการเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป	50
ตารางที่ 3.25 การรับผิดชอบโครงการในปีหน้า	50



สารบัญแนภูมิ

บทที่ 1

แผนภูมิที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน)	2
แผนภูมิที่ 1.2 กรอบแนวคิดของการประเมินโครงการฯ	7

บทที่ 2

แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวความคิดการดำเนินงาน	18
---	----

บทที่ 3

แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ	23
แผนภูมิที่ 3.2 อัตราการทำร้ายตนเอง ต่อประชากรแสนคน	27
แผนภูมิที่ 3.3 อัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (ต่อแสน)	30
แผนภูมิที่ 3.4 อัตราการเสียชีวิต (อัตราการฆ่าตัวตาย) ต่อประชากรแสนคน	33
แผนภูมิที่ 3.5 เปรียบอัตราตายระหว่างจังหวัดที่อยู่ในโครงการฯ กับนอกโครงการฯ	36
แผนภูมิที่ 3.6 การได้รับบริการด้านคำปรึกษา , การนัดหมาย และการเยี่ยมบ้าน	40

1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการฯ

1.2.1 เพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ ตามที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในภาพรวม การดำเนินงาน (project summative evaluation) ได้แก่

- 1) ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด
- 2) ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ร้อยละ 10
- 3) อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยมารับบริการลดลง ร้อยละ 10 และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้
- 4) ร้อยละ 90 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
- 5) ร้อยละ 100 ของ รพศ. / รพท. ,ร้อยละ 80 ของ รพช. ,ร้อยละ 60 ของ สอ./PCU มีระบบการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 6) ร้อยละ 60 ของบุคลากร รพศ. / รพท. / รพช. / สอ. สามารถประเมิน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

1.2.2 เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโครงการของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ในภาพรวมการดำเนินงาน 3 ปี

1.2.3 เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการของโครงการฯ

1.2.4 เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคและสรุปบทเรียนการดำเนินโครงการฯ ในภาพรวม

1.3 ขอบเขตของการประเมินโครงการ

1.3.1 เป็นการประเมินผล "โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย" ในภาพรวม (project summative evaluation) ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ช่วงปีงบประมาณ 2544 - 2546 (ต.ค. 2543 - ก.ย. 2546)

1.3.2 เป็นการประเมินผล ครอบคลุมทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการฯ ในช่วงและเวลาดังกล่าว

- 1.3.3 ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการครอบคลุมจังหวัดที่อยู่ในโครงการเท่านั้นตามที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการฯ
- 1.3.4 บริบทปัจจัยนำเข้าและกระบวนการครอบคลุมตามที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการฯ
- 1.3.5 ระยะเวลาการดำเนินงาน 11 เดือน (พ.ย. 2545 - ก.ย. 2546)

1.4 แนวทางและวิธีการประเมินโครงการ (Approaches and Methods)

- 1.4.1 ดำเนินงานในลักษณะของการประเมินโครงการ (Project Evaluation) เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการฯ ตามแนวทางของ Stufflebeam (1971)
- 1.4.2 ใช้กระบวนการประเมินโครงการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประเมินจากภายนอก (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และผู้บริหารโครงการ ตลอดจนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อหวังผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning Through Action)
- 1.4.3 ใช้แนวความคิดพื้นฐานว่าการประเมินโครงการควรมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในด้านศักยภาพของบุคลากร ระบบการดำเนินงานและระบบข้อมูล ตลอดจนความรู้ความเข้าใจใหม่ๆเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหาและกลไกการแก้ปัญหาที่โครงการฯให้ความสนใจ
- 1.4.4 ใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งโดยวิธีการเชิงปริมาณ (การสำรวจ) และเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม)
- 1.4.5 การวิเคราะห์ให้ทั้งวิธีการทางสถิติแบบเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และวิธีการวิเคราะห์ทางเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 1.4.6 การสรุปและแปลผลการประเมินโครงการ จะใช้ระบบการสื่อสารแบบสองทาง โดยการจัดเวทีนำเสนอและอภิปราย ตลอดจนการแสดงความคิดเห็น ต่อเอกสารฉบับร่าง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ของมุมมองต่างๆ และเกิดการเรียนรู้ อย่างแท้จริง

1.5 ระยะเวลาดำเนินการ 11 เดือน (พ.ย. 2545 - ก.ย. 2546)

1.6 การวางแผนดำเนินงาน

1.6.1 ระยะเวลาที่ 1 : การเตรียมการประเมินผล (พ.ย. 2545)

- 1.6.1.1 ประชุมร่วมกับคณะผู้บริหารโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อกำหนดขอบเขตและรายละเอียดการประเมินโครงการฯ
- 1.6.1.2 ศึกษาเอกสารโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการฯ
- 1.6.1.3 ร่างรายละเอียดโครงการประเมินโครงการพร้อมทั้งแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการพัฒนา เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดูภาคผนวก)
- 1.6.1.4 ผู้ประเมินจากภายนอกและคณะผู้บริหารโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปรายละเอียดข้อตกลง การประเมินโครงการฯ

1.6.2 ระยะเวลาที่ 2 : การดำเนินการประเมินโครงการ (พ.ย. 2545 - มี.ค. 2546) ประกอบด้วย

- 1.6.2.1 การศึกษาเอกสารรายงานต่างๆ และสื่อต่างๆ ทุกอย่างของโครงการฯ ทั้งที่จัดทำโดยผู้จัดการโครงการฯ และรายงานผลการดำเนินงานจากจังหวัดต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลสถิติการให้บริการจากสถานบริการต่างๆ
- 1.6.2.2 การเข้าร่วมสังเกตการดำเนินงานของโครงการฯ (บางกิจกรรม)
- 1.6.2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับสถานบริการ ดังนี้
 - 1) คณะผู้บริหารโครงการฯ
 - 2) ผู้รับผิดชอบโครงการระดับเขต
 - 3) ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด (สสจ. ใน 15 จังหวัด ที่ถูกสุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ)
 - 4) ผู้รับผิดชอบระดับ รพท, รพจ, รพช, สอ (ใน 15 จังหวัด ที่ถูกสุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ)



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- 1.6.2.4 การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้บริหารงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดใน 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2544 ถึงปัจจุบัน
- 1.6.2.5 การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานบริการต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบลใน 15 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็น ตัวอย่างในการประเมินฯ
- 1.6.2.6 การเยี่ยมชมการดำเนินการของสถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง 1 - 2 แห่งต่อจังหวัด
- 1.6.2.7 ออกแบบและเป็นทีปกริหาระบบดำเนินการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง ช่วง 4 เดือนแรกของปี 2546 ใน 32 จังหวัด

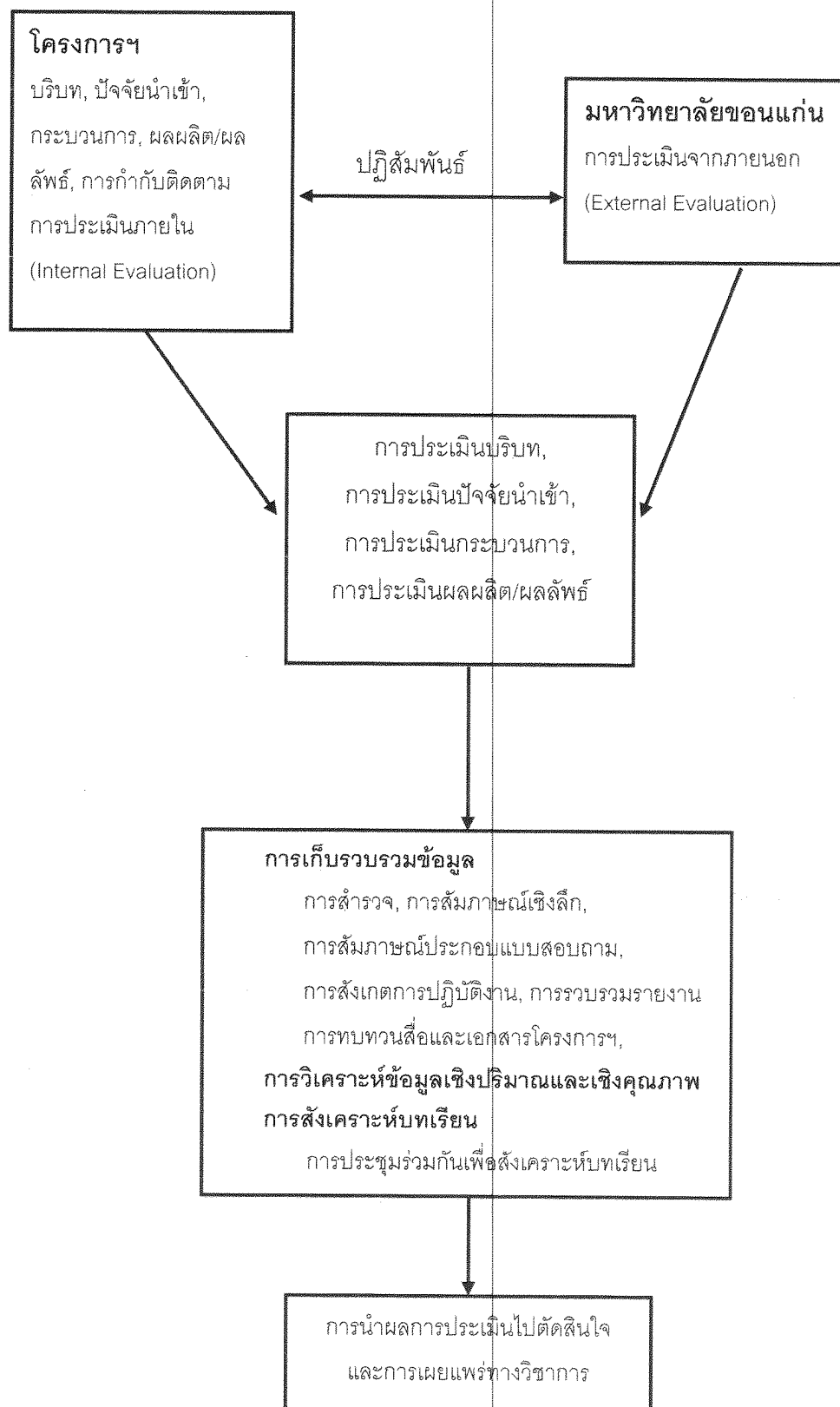
1.6.3 ระยะที่ 3 : การวิเคราะห์และสรุปผล (เม.ย. - พ.ค. 2546)

- 1.6.3.1 การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและสื่อต่างๆ
- 1.6.3.2 การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสังเกตการดำเนินงาน
- 1.6.3.3 การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้บริหารโครงการและผู้ให้บริการในทุกระดับ
- 1.6.3.4 การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการในจังหวัดตัวอย่าง
- 1.6.3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง ช่วง 4 เดือนแรกของปี 2546 ใน 32 จังหวัด
- 1.6.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานจากจังหวัดต่างๆ

1.6.4 ระยะที่ 4 : การเขียนรายงานและนำเสนอ (มิ.ย. - ก.ย. 2546)

- 1.6.4.1 การเขียนรายงานสรุปผลการประเมินผล พร้อมข้อสรุปบทเรียนต่างๆ เพื่อการตัดสินใจเบื้องต้น
- 1.6.4.2 การนำเสนอผลการประเมินผลต่อคณะผู้บริหารโครงการฯ และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 1.6.4.3 การแก้ไขรายงานขั้นสุดท้าย

1.7 กรอบแนวคิดของการประเมินโครงการฯ (แผนภูมิที่ 1.2)





1.8 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการประเมินโครงการครั้งนี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและกลุ่มเป้าหมายของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.8.1 การเลือกตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม)

- 1.8.1.1 คณะผู้บริหารโครงการ เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 5-7 คน
- 1.8.1.2 ผู้รับผิดชอบโครงการ ระดับเขต 13 เขต เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 5-7 คน
- 1.8.1.3 ผู้รับผิดชอบโครงการ ระดับจังหวัดและอำเภอ เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 5-10 คนต่อจังหวัด ใน 15 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการประเมินฯ ครอบคลุมทุกภาคฯ ละ 2 - 3 จังหวัด รวมประมาณ 80 คน

1.8.2 การเลือกตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1.8.2.1 การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของ ผู้บริหารงานและ ผู้ประสานงานโครงการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอใน 32 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึงปัจจุบัน จำนวน ประมาณ 100 คน
- 1.8.2.2 การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการในสถานบริการต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ใน 15 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง
 - 1.8.2.2.1 การเลือกสถานบริการ เลือกโดยวิธีสุ่ม ครอบคลุมทุกภาคฯ ละ 2 จังหวัด เลือกโดยวิธีการเลือกแบบสุ่ม จาก รพท/รพศ.จังหวัดละ 1 แห่ง, รพช. จังหวัดละ 3-5 แห่ง สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข จังหวัดละ 10-12 แห่ง รวมจำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่จะถูกเลือกมีจำนวน ประมาณ 150 แห่ง



- 1.8.2.2.2 การเลือกผู้ให้บริการ เลือกโดยวิธีการเลือกแบบสุ่ม จาก รพท/รพศ. จังหวัดละ 2 - 3 คน , รพช. จังหวัดละ 3 - 5 แห่ง ๆ ละ 3 - 5 คน สถานีนอนมัย ศูนย์บริการสาธารณสุข จังหวัดละ 10 -12 แห่ง ๆ ละ 1 - 2 คนรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกเลือกจำนวนทั้งหมด ประมาณ 300 คน
- 1.8.2.3 การรวบรวมข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองที่มารับบริการทุกราย ใน 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546 (1 มกราคม - 30 เมษายน 2546) ประมาณ 10,000 ราย

1.9 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.9.1 ได้ผลการประเมินประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ในภาพรวมของ การดำเนินงานโครงการฯ ในด้านต่างๆ เพื่อการตัดสินใจ
- 1.9.2 ได้ผลการประเมินเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการที่จะมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ
- 1.9.3 เกิดการเรียนรู้ของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการประเมินผลสรุปรวม (project summative evaluation) ตลอดจนการเผยแพร่ทางวิชาการเกี่ยวกับ ความรู้ด้านการบริหารและประเมินโครงการฯ



บทที่ 2

รายละเอียดโดยย่อของโครงการป้องกันและช่วยเหลือ

ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2544-2546

2.1 ชื่อโครงการ โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2 เจ้าของโครงการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และศูนย์สุขภาพจิต เขต 6
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2.3 หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะอนุกรรมการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ศูนย์สุขภาพจิต เขต 6 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2.4 รายละเอียดของโครงการฯ ในระยะแรก พ.ศ. 2544 - 2545

2.4.1 หลักการและเหตุผล

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมาที่ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจปัญหาความเครียดที่เกิดจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจึงยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และแผ่ขยายไปสู่ประชาชนแทบทุกกลุ่มอาชีพ ไม่เพียงแต่ประชาชนต้องเผชิญปัญหาด้าน เศรษฐกิจเท่านั้นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ของประชาชนอีกด้วย

ปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นด้วยเช่นกันจากสถานการณ์และ อุบัติการณ์ของโรคในปี 2540 พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 38-63 ต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นเป็น 59.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า และเมื่อประชาชนปล่อยให้อารมณ์เศร้าอยู่เป็นเวลานานไม่เข้ารับการรักษาดังวิธีที่เหมาะสม จึงส่งผลให้สถิติการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังที่ปรากฏตามข่าว โดยการนำเสนอสื่อมวลชนสื่อมวลชนสาขาต่าง ๆ

จากการสำรวจการฆ่าตัวตายของประชาชนที่มารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2542 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตาย 12.25 ต่อประชากร 1 แสนคน โดยแบ่งเป็นประชาชนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 779 ราย (1.4 ต่อประชากร 1 แสนคน) และฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 6,058 ราย (10.85 ต่อประชากร 1 แสนคน)

นอกจากนี้ปัญหาการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบในอีกหลาย ๆ ด้าน ทั้งต่อสภาพจิตใจของบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในระดับกว้างด้วย และยังเป็นดัชนีชี้วัดความไม่เป็นสุขในสังคมอีกด้วย

จนอาจกล่าวได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องเร่งรัดแก้ไขอย่างรวดเร็ว และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ประชาชนที่ประสบกับปัญหาดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและช่วยให้ประชาชนเหล่านั้นพ้นจากภาวะวิกฤตสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป

2.4.2 วัตถุประสงค์

2.4.2.1 ใ้บุคลากรสาธารณสุขใน รพศ./รพท./รพช./สอ. และเขต กทม. มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินการดูแลทางสังคม จิตใจ และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย รวมทั้งมี ทักษะที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้

2.4.2.2 สถานบริการสาธารณสุขมีระบบในการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย

2.4.2.3 เพื่อให้ครุ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทักษะที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.4.2.4 ผู้นำชุมชนสามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

2.4.2.5 เพื่อให้ประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย

2.4.3 เป้าหมาย

2.4.3.1 ร้อยละ 80 ของสถานบริการสาธารณสุขในระดับ รพศ./รพท. ใน 1 จังหวัดต่อเขต (ยกเว้นเขตกทม.) มีระบบการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม

2.4.3.2 ร้อยละ 60 ของบุคลากรสายงานบริการในโรงพยาบาลชุมชน สามารถใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจ ของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

2.4.3.3 ร้อยละ 40 ของบุคลากรในสถานอนามัย สามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจของ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

2.4.3.4 ครูโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 50 คน / 1 จังหวัด / 1 เขต สามารถประเมิน ผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้ รวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

2.4.3.5 ผู้นำชุมชน จำนวน 100 คน สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

2.4.3.6 ร้อยละ 1 ของประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำนิยาม

การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การให้คำแนะนำ ให้การปรึกษาหรือการส่งต่อได้

ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ชาวบ้านยกย่องให้เป็นผู้นำ เช่นกรรมการหมู่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็นต้น

2.4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 2.4.4.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและที่ปรึกษาโครงการ
- 2.4.4.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา
- 2.4.4.3 รวบรวมข้อมูลและระบาวิทยา
- 2.4.4.4 พัฒนาองค์ความรู้โดยจัดอบรม สัมมนาฯ (ศูนย์เขตและคณะทำงาน)
- 2.4.4.5 สัมมนาภาพรวมโครงการฯ ต่อพื้นที่ทั้ง 13 เขต (13 จังหวัดใหม่ + 20 จังหวัดเดิม)
- 2.4.4.6 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (20 จังหวัดเดิม + 13 จังหวัดใหม่)
- 2.4.4.7 ผลิตคู่มือ สื่อ ต่าง ๆ การป้องกันและช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า และ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น + 13 จังหวัดใหม่)
- 2.4.4.8 ประชาสัมพันธ์ โดยเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในการประเมินภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านแบบประเมินตนเองสำหรับประชาชน และประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ (รพ. จิตเวชขอนแก่น)
- 2.4.4.9 อบรมหลักสูตรพื้นฐานวิทยากรให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงาน (13 จังหวัดใหม่)
- 2.4.4.10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดอบรมเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โครงการต่อเนื่อง) (20 จังหวัดเดิมในปี 2544)
- 2.4.4.11 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามพื้นที่ที่รับผิดชอบดำเนินการจัดอบรมให้ครบตามเป้าหมายที่กำหนด (13 จังหวัดใหม่)

2.4.4.12 สัมมนาติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานโดยพื้นที่เป็น ผู้จัดสัมมนา เพื่อติดตาม ผลการดำเนินงานของตนเอง (20 จังหวัดเดิม + 13 จังหวัดใหม่)

2.4.4.13 สัมมนาประเมินผลเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค (รพ. จิตเวชขอนแก่น)

2.4.4.14 วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข (รพ. จิตเวชขอนแก่น)

2.4.4.15 กองแผนงานติดตามประเมินผลโดยภาพรวม

2.4.5 ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544-2545

2.4.6 งบประมาณปี พ.ศ. 2545 งบประมาณจากกรมสุขภาพจิต หมดรายจ่ายอื่น (หมวด 900) 18,148,800 บาท

2.4.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

2.4.7.1 ประชาชนที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสุขทางจิตใจขึ้น

2.4.7.2 ประชาชนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการ ป้องกันและช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

2.4.7.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของประเทศภายหลังการดำเนินงาน ตามโครงการลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายก่อนการ

ดำเนินงานโครงการ

2.4.8 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งหมด 32 จังหวัด ประกอบด้วย

2.4.8.1 จังหวัดที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ได้แก่ อ่างทอง นนทบุรี ชัยนาท สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ อุดรธานี สกลนคร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ นครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร แพร่ เชียงราย พังงา นครศรีธรรมราช ยะลา

2.4.8.2 จังหวัดที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ได้แก่ กรุงเทพฯ พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ ชัยภูมิ ขอนแก่น ศรีสะเกษ กำแพงเพชร อุดรดิตถ์ เชียงใหม่ กระบี่ ตรัง

2.5 รายละเอียดของโครงการฯ ในระยะที่สอง พ.ศ. 2546

ในปี พ.ศ. 2546 โครงการฯ ได้ทบทวนโครงการฯ จากการประเมินผลระหว่าง ดำเนินการ รอบ ที่ 1 และได้มีการปรับปรุงหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ และระบุเป้าหมายของ โครงการฯ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเป้าหมายด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพขนาดของปัญหา การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายที่ต้องการให้ลดลงเท่าใด ควบคู่ไปกับเป้าหมายด้านกระบวนการ และการพัฒนาระบบบริการฯ ที่มีอยู่เดิม ดังนี้



2.5.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตของประชาชน คนเกิดความเครียด ปรับตัวไม่ทัน แก้ไขปัญหาโดยใช้ความรุนแรง ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน

ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญ และทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น จากสถานการณ์และอุบัติการณ์ของโรค ปี 2540 พบว่า ประชาชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าคิดเป็น 55.9 ต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นเป็น 99.58 ต่อแสนประชากรในปี 2542 ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า และเมื่อประชาชนปล่อยให้อารมณ์เศร้าอยู่เป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสมจึงส่งผลให้สถิติการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO. 2000) ยังได้กล่าวถึงรายงานสาเหตุการสูญเสียความสามารถ (disability) ของประชากรโลก 10 อันดับแรก ซึ่งมีโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 10.7 และเมื่อพิจารณาจากสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ซึ่งเป็นตัวชี้วัด ภาวะสุขภาพจิตอีกทางหนึ่งนั้น พบว่า ในปี 2540 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายของ ประชากรคิดเป็นอัตรา 27.36 ต่อแสนประชากรและเพิ่มเป็น 35.22 ต่อแสนประชากรในปี 2542 นับว่าปัญหาโรคซึมเศร้าและ การฆ่าตัวตายเป็น ปัญหาที่ต้องเร่งรัด แก้ไขอย่างรวดเร็ว

กรมสุขภาพจิต ได้เล็งเห็น ความสำคัญของภาวะวิกฤตสุขภาพจิตระดับชาตินี้ จึงได้พัฒนาเทคโนโลยี ด้านการดูแลช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้มีความสอดคล้องกับ สภาพปัญหา โดย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการดูแล ทางสังคมจิตใจผู้มีปัญหา ซึมเศร้าและโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยดำเนินการนำร่องวิธีการแก้ไข ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถ ประเมินผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดจนช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมกับการ จัดระบบการให้บริการเพื่อเข้ามารองรับครอบคลุมตั้งแต่ระดับรพศ. /รพท. จนถึงระดับสถานีอนามัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนานี้ จะสามารถให้การดูแลการให้บริการด้านสุขภาพจิตแบบองค์รวม ทั้งในส่วนของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้อย่างครอบคลุม ยุทธวิธีการแก้ไขปัญหานี้ จะเสริมสร้างการยอมรับ การตระหนักรู้ถึงภาวะปัญหา และการให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทุกหน่วยงาน ทำให้ผู้มารับบริการสามารถที่จะเข้าถึงหน่วยบริการ ด้วยความสะดวก รวดเร็ว ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัยและกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป



2.5.2 วัตถุประสงค์

- 2.5.2.1 เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุข มีระบบในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.5.2.2 เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในรพศ./รพท./รพช./สอ. และเขต กทม. สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.5.2.3 เพื่อให้ประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.5.3 เป้าหมายและตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์

- 2.5.3.1 ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด
- 2.5.3.2 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ร้อยละ 10
- 2.5.3.3 อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เคยมารับบริการลดลง ร้อยละ 10 และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้
- 2.5.3.4 ร้อยละ 90 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
- 2.5.3.5 ร้อยละ 100 ของ รพศ. / รพท. ,ร้อยละ 80 ของ รพช. ,ร้อยละ 60 ของ สอ./PCU มีระบบการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.5.3.6 ร้อยละ 60 ของบุคลากร รพศ. / รพท. / รพช. / สอ. สามารถประเมิน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้
- 2.5.3.7 ร้อยละ 1 ของประชาชนได้รับการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.5.4 กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามกิจกรรมในโครงการ

- 2.5.4.1 สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ. / รพท.
- 2.5.4.2 บุคลากรสาธารณสุขในรพศ. / รพท. / รพช. / สอ. /PCU โดยคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการอบรมความรู้ตามโครงการ

2.5.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 2.5.5.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและที่ปรึกษาโครงการ
- 2.5.5.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบ



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- 2.5.5.3 การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.5.5.4 สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จจาก รง. 401/402 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
 - 2.5.5.5 รวบรวมข้อมูลและระบาดวิทยา/วิจัย จากสำมะโนประชากร
 - 2.5.5.6 ประชุมเชิงปฏิบัติการ "การบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ"
 - 2.5.5.7 สัมมนากระบวนการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.5.5.8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.5.5.9 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.5.5.10 นิเทศเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานของพื้นที่ใน 13 เขตของศูนย์สุขภาพจิตเขต
 - 2.5.5.11 ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน โดย Project Manager
 - 2.5.5.12 สัมมนาประเมินผลเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน (รพ. จิตเวชขอนแก่น)
 - 2.5.5.13 สัมมนาวิเคราะห์ประเมินผลโครงการ (Project Manager)
 - 2.5.5.14 วิจัยประเมินผลโครงการ (รพ. จิตเวชขอนแก่น)
 - 2.5.5.15 ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ / วิทยุ (ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธ์)
 - 2.5.5.16 ผลผลิตสื่อ แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คู่มือฯ และ วีซีดี
- 2.5.6. ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2546 (1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546)
- 2.5.6 งบประมาณ ปี พ.ศ. 2546 6,547,500 บาท
- 2.5.7 ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 2.5.7.1 ประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
 - 2.5.7.2 มีระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
 - 2.5.7.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของจังหวัดที่ดำเนินโครงการภายหลังการดำเนินงานลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตรา การฆ่าตัวตายก่อนดำเนินงานโครงการ



3.5.8 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 รวมทั้งหมด 32 จังหวัด ประกอบด้วย

3.5.8.1 จังหวัดที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2545 ได้แก่
อ่างทอง นนทบุรี ชัยนาท สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ อุตรธานี สกลนคร อุบลราชธานี
อำนาจเจริญ นครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร แพร่ เชียงราย พังงา นครศรีธรรมราช ยะลา กรุงเทพฯ
พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ ชัยภูมิ ขอนแก่น ศรีสะเกษ กำแพงเพชร
อุตรดิตถ์ เชียงใหม่ กระบี่

— 3.5.8.2 จังหวัดที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ได้แก่ จังหวัดลำพูน

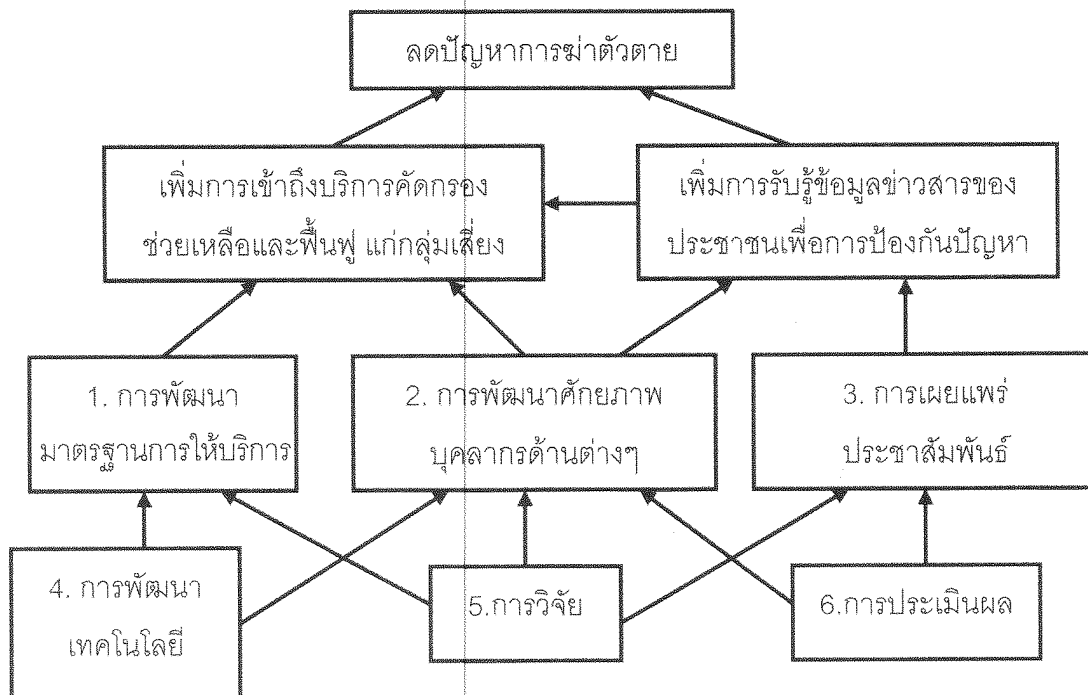
3.5.8.3 จังหวัดที่เคยเข้าร่วมโครงการฯ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ในปี 2546 นี้ ได้แก่
จังหวัดตรัง



สรุปกรอบแนวคิดของการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ

การแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ กรมสุขภาพจิตนี้มีหน่วยงานต่างๆ ภายในกรมสุขภาพจิต เข้าร่วมดำเนินงาน ซึ่งพอจะสรุปกรอบแนวความคิดของการดำเนินงานในภาพรวม ได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2546)

แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวความคิดการดำเนินงาน



กิจกรรมหลัก 6 ประการที่แสดงในแผนภูมิต่างต้น ได้แก่ 1. การพัฒนามาตรฐานการให้บริการ 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านต่างๆ 3. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 4. การพัฒนาเทคโนโลยี 5. การวิจัย และ 6. การประเมินผล นั้น มีหน่วยงานที่ร่วมกันรับผิดชอบหลายหน่วยงาน ได้แก่ กองสุขภาพจิตสังคม กองแผนงาน สำนักพัฒนาสุขภาพจิต ร.พ.นิติจิตเวช ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต และ ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีการจัดตั้งบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้เป็นคณะกรรมการและคณะทำงานในด้านต่างๆ ได้แก่

- 1) คณะกรรมการอำนวยการ
- 2) คณะทำงานพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 3) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานบริการสาธารณสุข
- 4) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายทางสื่อมวลชน (รวมบรรณกรและประชาสัมพันธ์)

- 5) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานศึกษา
- 6) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานประกอบการ
- 7) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคม
- 8) คณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนและครอบครัว
- 9) คณะกรรมการผลักดันเรื่องกฎหมาย (สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ร้ายขายยา)
- 10) คณะทำงานติดตามประเมินผล

การดำเนินงานในส่วนที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์รับผิดชอบเป็นหลัก ได้แก่

- 1) การพัฒนาระบบและมาตรฐานการบริการ (ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง, การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย)
- 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการให้คำปรึกษา, การประชุมวิชาการ, การนิเทศและชี้แนะแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัดและอำเภอ)
- 3) การพัฒนาเทคโนโลยี (แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, คู่มือการฝึกอบรม เรื่อง การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ซีดีประกอบการสอน โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข, คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชน, คู่มือการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน, คู่มือการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยและญาติ)
- 4) การวิจัยและประเมินผล (การประเมินผลระหว่างดำเนินการ, การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ, การศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2544 และ 2545)



บทที่ 3

ผลการประเมินเชิงปริมาณ

ผลการประเมินในเชิงปริมาณประกอบด้วย หัวข้อต่างๆ ที่มีการประเมินดังต่อไปนี้ คือ

- การประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการ
 - สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต
 - ความต่อเนื่องของการบริการ
 - ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ
- การประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย
 - การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช
 - การเคยเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง
 - ความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองของบุคลากรสาธารณสุข
- การประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด
 - ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ
 - ความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

3.1 ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินผลด้านนี้ประกอบด้วย จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ทำร้ายตนเองและผู้ฆ่าตัวตาย จำนวนผู้ที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการ สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต ความต่อเนื่องของการบริการ และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ทำร้ายตนเอง และผู้ฆ่าตัวตาย

จากข้อมูลที่ได้จากรายงานจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ทำร้ายตนเอง ของสถานบริการ
สาธารณสุขจังหวัดต่างๆในโครงการฯ พบว่า มีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ทำร้ายตนเอง ดังนี้

จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ จากรายงานของสถานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ จากรายงานของสถานบริการสาธารณสุข

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า (ราย)			
		ม.ค. - เม.ย. 44	ม.ค. - เม.ย. 45	ม.ค. - เม.ย. 46	สรุปแนวโน้ม ⁵
1	กรุงเทพฯ ¹	614	3,277	1,391	ลด
2	กระบี่	79	134	93	ลด
3	กำแพงเพชร	n.a.	n.a.	216 ²	n.a.
4	ขอนแก่น ¹	255	234	1,170	เพิ่ม
5	ชัยนาท	877	143	36	ลด
6	ชัยภูมิ	195	789	91	ลด
7	เชียงราย	107	324	331	เพิ่ม
8	เชียงใหม่ ¹	256	152	533	เพิ่ม
9	ตรัง	42	92	n.a.	เพิ่ม
10	นครราชสีมา ¹	622	598	689	เพิ่ม
11	นครศรีธรรมราช	1,650	912	148	ลด
12	นครสวรรค์ ¹	334	280	1,292	เพิ่ม
13	นนทบุรี ¹	417	285	23 ³	ลด
14	ประจวบคีรีขันธ์	59	217	398	เพิ่ม
15	พังงา	385	165	26	ลด
16	พิจิตร	191	237	122	ลด



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ราย)			
		ม.ค.- เม.ย. 44	ม.ค. - เม.ย. 45	ม.ค. - เม.ย. 46	สรุปแนวโน้ม ⁵
17	เพชรบุรี	100	156	240	เพิ่ม
18	แพร่	160	66	215	เพิ่ม
19	ยะลา	255	306	469	เพิ่ม
20	ระยอง	110	747	234	ลด
21	ลำพูน	n.a.	n.a.	66 ⁴	n.a.
22	ศรีสะเกษ	303	450	814	เพิ่ม
23	สกลนคร	63	152	134	เพิ่ม
24	สระแก้ว ¹	61	102	68	ลด
25	สุพรรณบุรี	328	435	101	ลด
26	สุรินทร์	949	1,332	248	ลด
27	อุทัยธานี	489	67	630	เพิ่ม
28	อ่างทอง	86	111	92	ลด
29	อำนาจเจริญ	78	107	1,864	เพิ่ม
30	อุดรธานี	190	258	65	ลด
31	อุตรดิตถ์	104	99	464	เพิ่ม
32	อุทัยธานี	28	185	392	เพิ่ม
33	อุบลราชธานี ¹	535	117	720	เพิ่ม
รวม		9,922	12,529	16,129	เพิ่ม
ประชากรรวม ⁶		34,535,400	34,833,211	35,610,190	
จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในชุมชน (3.4%ปชก.) ⁷		1,174,204	1,184,329	1,210,746	
อัตราการเข้าถึงบริการ ⁸ (%)		2.53	3.17	4.00	เพิ่ม

หมายเหตุ : ¹ จังหวัดที่มีโรงพยาบาลจิตเวช ² ข้อมูลจาก รพท. 1 แห่ง รพช. 3 แห่ง และ สสอ. 4 แห่ง

³ ข้อมูลจาก รพช. 3 แห่ง

⁴ เพิ่งเข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

⁵ สรุปแนวโน้มโดยเปรียบเทียบจำนวนในปี พ.ศ. 2546 กับจำนวนเฉลี่ยของปี พ.ศ. 2544 และ 2545

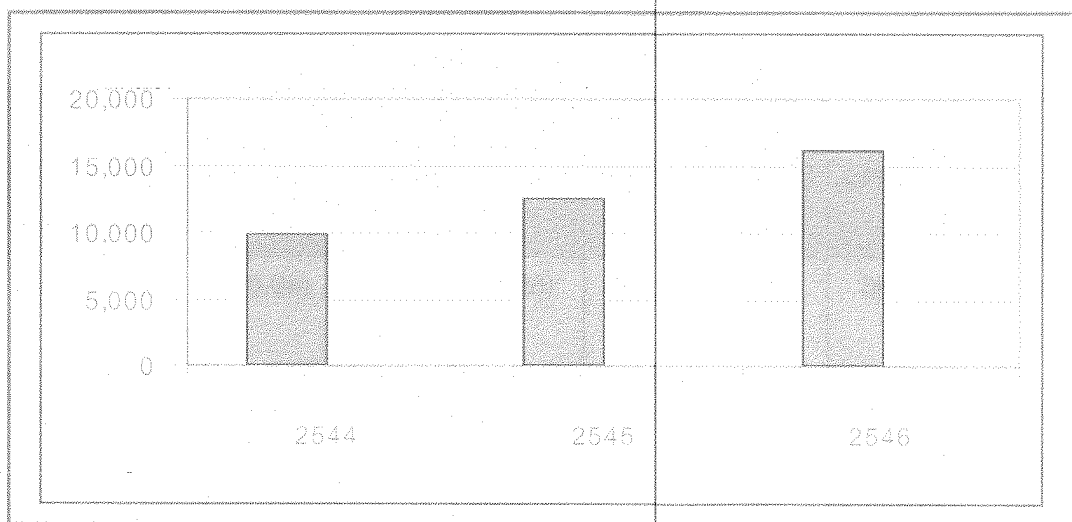
⁶ เฉพาะจังหวัดที่มีข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในตาราง

⁷ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน มีอยู่ประมาณร้อยละ 3.4 ของประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2544)

⁸ คำนวณจาก จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายรวม คูณ 3 (ให้เป็นตัวเลขทั้งปี) คูณด้วยหนึ่งร้อยหารด้วย
จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน

จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นจากเดิม คือ เพิ่มขึ้นจาก 9,922 ราย ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544 เป็น 12,529 ราย และ 16,129 ราย ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2545 และ 2546 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการมารับบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.3 และ 28.7 ต่อปี ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ



เมื่อคำนวณเป็นสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดในชุมชนที่เข้าถึงบริการ จะพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.53 ในปี พ.ศ. 2544 เป็น ร้อยละ 3.17 และ 4.00 ในปี พ.ศ. 2545 และ 2546 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่า จะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าให้เป็นร้อยละ 3 ของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดในชุมชน และสูงกว่าอัตราการเข้าถึงบริการในภาพรวมของทั้งประเทศ ซึ่งเดิมมีอัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ ร้อยละ 1.6 - 2.9 ในปี พ.ศ. 2540 -2542 (กองแผนงาน, 2543)

จากข้อมูลของ 33 จังหวัด ที่แสดงในตารางข้างต้น พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ (17 ใน 33 จังหวัด) ที่มีจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการเพิ่มขึ้น โดยมี 14 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการลดลง ส่วนอีก 2 จังหวัดไม่สามารถบอกแนวโน้มได้เนื่องจากขาดข้อมูลเดิมมาเปรียบเทียบ ดังนั้นแม้ว่าในภาพรวม จะพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์แยกรายจังหวัดแล้วจะพบว่า มีจังหวัดจำนวนเพียงประมาณครึ่งเดียวเท่านั้น ที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์แจกแจงจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ โดยจำแนกตามประเภทของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ จากข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังฯ (รง.506.DS) ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้าไปรับบริการที่ โรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 28.6 โรงพยาบาลในระดับอำเภอ คิดเป็น ร้อยละ 23.6 ตามลำดับ ส่วนสถานื่อนามัยมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.9

ตารางที่ 3.2 จำนวนครั้งที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าไปรับบริการ

	มาครั้งแรก		มาติดตามผล		รวม		เฉลี่ย	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	ครั้งต่อ แห่ง	ครั้งต่อ คน
รพ.จิตเวช (6 แห่ง)	685	(19.6)	2,733	(55.4)	3,418	(40.6)	570	5.0
รพ.ระดับ จังหวัด (30 แห่ง)	854	(24.4)	1,557	(31.6)	2,411	(28.6)	80	2.8
รพ.ระดับ อำเภอ (223 แห่ง)	1,493	(42.7)	496	(10.1)	1,989	(23.6)	9	1.3
สอ/PCU (72 แห่ง)	277	(7.9)	138	(2.8)	415	(4.9)	6	1.5

จากตารางข้างต้น เมื่อวิเคราะห์เป็น "จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยต่อแห่ง" ที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าไปรับบริการ พบว่า โรงพยาบาลจิตเวช ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นจำนวน 570 ครั้งต่อแห่ง หรือประมาณ 9 ครั้งต่อ 1 วันทำการ (หารด้วย 200 คูณด้วย 3) รองลงมา คือ โรงพยาบาลใน ระดับจังหวัดคิดเป็นจำนวน 80 ครั้งต่อแห่ง หรือประมาณ 1 ครั้งต่อ 1 วันทำการ ส่วน โรงพยาบาลในระดับอำเภอ และสถานื่อนามัย ดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นเพียงจำนวน 9 และ 6 ครั้งต่อแห่ง ในระยะเวลา 4 เดือน ตามลำดับ

และเมื่อวิเคราะห์เป็น "จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยต่อคน" ซึ่งเป็นข้อมูลที่สะท้อนเรื่อง ความต่อเนื่องของการบริการ พบว่า เรียงตามลำดับ คือ โรงพยาบาลจิตเวช มี "จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยต่อคน"

สูงสุด คือ 5 ครั้งต่อคน รองลงมาคือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัด 2.8 ครั้งต่อคน สถานีอนามัย 1.5 ครั้งต่อคน และ โรงพยาบาลในระดับอำเภอ 1.3 ครั้งต่อคน ตามลำดับ

ดังนั้น ถ้าจะเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าให้สูงขึ้น จึงควรพิจารณาที่การพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลในระดับอำเภอและสถานีอนามัยให้มีกิจกรรมด้านนี้มากขึ้น ส่วน โรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลในระดับจังหวัดนั้น แม้ว่าปัจจุบันจะเป็นสถานบริการสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุดอยู่แล้วก็ตาม แต่น่าจะเพิ่มจำนวนได้มากกว่านี้ เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลต่อผู้ป่วย

จำนวนผู้ทำร้ายตนเอง จากรายงานของสถานบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์จำนวนผู้ทำร้ายตนเอง ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544-2546 ซึ่งได้จาก รายงานของสถานบริการสาธารณสุขปี พ.ศ. 2544 และ 2545 และจากข้อมูลการบันทึกการเฝ้าระวังฯ (รง.506.DS) ปี พ.ศ. 2546 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.3 จำนวนผู้ทำร้ายตัวเอง ของสถานบริการสาธารณสุข

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ทำร้ายตนเอง (ราย)			
		ม.ค.-เม.ย. 44	ม.ค.-เม.ย. 45	ม.ค.-เม.ย. 46	สรุปแนวโน้ม ³
1	กระบี่	60	60	55	ลด
2	กรุงเทพฯ	66	264	171	เพิ่ม
3	กำแพงเพชร	199	68	109	ลด
4	ขอนแก่น	66	62	115	เพิ่ม
5	ชัยนาท	140	25	44	ลด
6	ชัยภูมิ	131	121	140	เพิ่ม
7	เชียงราย	122	143	293	เพิ่ม
8	เชียงใหม่	143	194	283	เพิ่ม
9	ตรัง	83	22	Na1	n.a.
10	นครราชสีมา	114	112	282	เพิ่ม
11	นครศรีธรรมราช	na	128	142	n.a.
12	นครสวรรค์	383	412	237	ลด
13	นนทบุรี	168	193	562	เพิ่ม
14	ประจวบคีรีขันธ์	122	73	103	เพิ่ม
15	พังงา	40	56	17	ลด
16	พิจิตร	96	80	70	ลด



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ทำร้ายตนเอง (ราย)			
		ม.ค.-เม.ย. 44	ม.ค.-เม.ย. 45	ม.ค.-เม.ย. 46	สรุปแนวโน้ม ³
17	เพชรบุรี	156	159	150	ลด
18	แพร่	56	15	72	เพิ่ม
19	ยะลา	8	81	52	ลด
20	ระยอง	240	230	170	ลด
21	ลำพูน	n.a.	n.a.	88	n.a.
22	ศรีสะเกษ	89	31	129	เพิ่ม
23	สกลนคร	20	13	73	เพิ่ม
24	สระแก้ว	44	42	75	เพิ่ม
25	สุพรรณบุรี	95	228	170	เพิ่ม
26	สุรินทร์	59	44	47	ลด
27	อุตุยา	n.a.	n.a.	116	n.a.
28	อ่างทอง	103	147	68	ลด
29	อำนาจเจริญ	20	49	34	ลด
30	อุดรธานี	116	124	30	ลด
31	อุดรดิตถ์	28	18	94	เพิ่ม
32	อุทัยธานี	75	39	90	เพิ่ม
33	อุบลราชธานี	32	27	66	เพิ่ม
รวม		3,074 ⁴	3,260 ⁴	4,147 ⁵	เพิ่ม
เฉลี่ยต่อจังหวัด		103	105	130	เพิ่ม
ประชากรรวม ⁶		32,815,444	34,783,721	35,610,190	
อัตราทำร้ายฯต่อแสน ⁷		28.1 ⁴	28.1 ⁴	34.9 ⁵	เพิ่ม
จากการศึกษาระบาดวิทยา		51.5 ⁸	41.5 ⁹	36.8 ¹⁰	ลด
อัตราการลดลงต่อปี (%)		baseline	19.4	11.5	

หมายเหตุ : ¹ ปี 2546 ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ² ข้อมูลจาก รพช. 3 แห่ง ³ สรุปแนวโน้มโดยเปรียบเทียบจำนวนในปี พ.ศ. 2546 กับจำนวนเฉลี่ยของปี พ.ศ. 2544 และ 2545 ⁴ เฉพาะผู้ทำร้ายตนเอง ที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข ไม่รวมข้อมูลจากมรณบัตร ⁵ จำนวนผู้ทำร้ายตนเองทั้งที่มารับบริการและจากมรณบัตร ⁶ เฉพาะจังหวัดที่มีข้อมูลจำนวนผู้ทำร้ายตนเองในตารางที่ 3.3

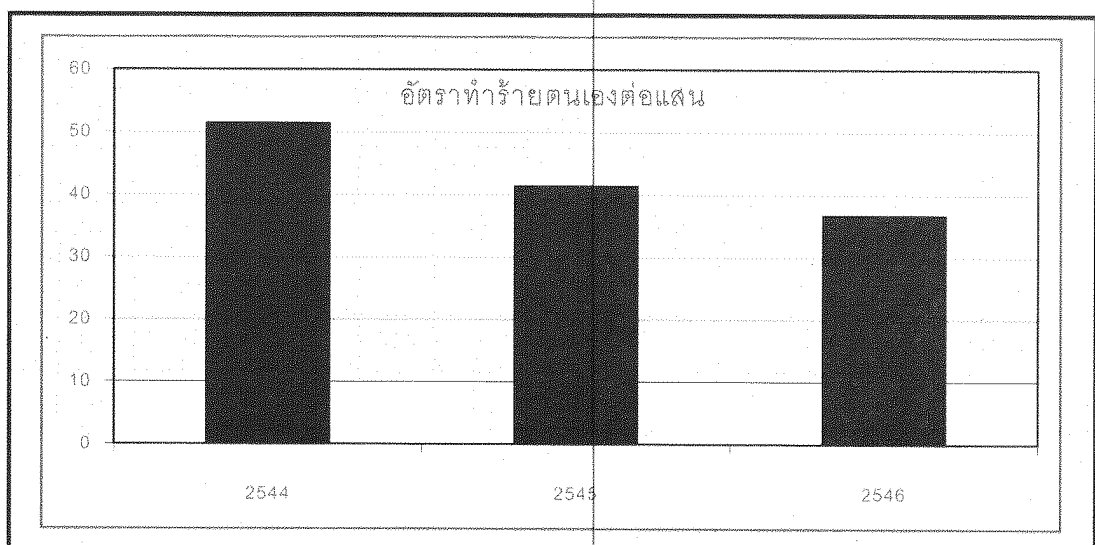
⁷ คำนวณจากจำนวนทำร้ายตนเองรวม คูณด้วย 3 (เพื่อทำให้เป็นข้อมูลทั้งปี) คูณด้วยหนึ่งแสนหารด้วยจำนวนประชากรรวม ⁸ รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยา ของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544 (อภิชัย มงคล และคณะ 2545) ⁹ รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ 2546) ¹⁰ คำนวณจากรายงานการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2546 (รง.506.DS) ซึ่งดำเนินการโดยโครงการนี้

จากข้อมูลในตารางข้างต้น พบว่า ถ้าดูจากรายงานจากสถานบริการสาธารณสุข จะเห็นว่า อัตราการทำร้ายตนเองในปี พ.ศ. 2544 - 2546 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 28.1 ต่อประชากรแสนคน เป็น 34.1 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งน่าจะเนื่องจากการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2544 - 2545 ไม่ได้รวมข้อมูลจากมรณบัตรเข้าไปด้วย แต่ปี พ.ศ. 2546 มีข้อมูลจากมรณบัตร เพราะเมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2544 และ 2545 และจากระบบการเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2546 (รวมข้อมูลจากมรณบัตร) จะพบว่า อัตราการทำร้ายตนเอง มีแนวโน้มลดลง จาก 51.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 36.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 หรือลดลงคิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 11.5 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการทำร้ายตนเองจำแนกรายจังหวัด พบว่า มี 16 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น มี 13 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ทำร้ายตนเอง ลดลง ส่วนอีก 4 จังหวัด ไม่สามารถบอกแนวโน้มได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเดิมมาเปรียบเทียบ

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์แนวโน้มนี้อาจจะไม่ถูกต้องนัก เนื่องจากแหล่งที่มาของข้อมูลในปี พ.ศ. 2544 - 2545 และ ปี พ.ศ. 2546 ไม่เหมือนกัน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แต่พอที่จะบอกได้ว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้ทำร้ายตนเอง ลดลง นั้น น่าจะลดลงจริง เพราะการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2546 ครอบคลุมมากกว่า

แผนภูมิที่ 3.2 อัตราการทำร้ายตนเอง ต่อประชากรแสนคน





รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้พิการ-ชดเชยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

จำนวนผู้ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (ทำซ้ำ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง ได้จากการศึกษาาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเอง ปี พ.ศ. 2544 (ดำเนินการใน 7 จังหวัดทุกอำเภอ) และ พ.ศ. 2545 (ดำเนินการใน 17 จังหวัดฯ ละ 4 อำเภอ) และจากระบบการเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2546 (32 จังหวัด รวมข้อมูลจากมรณบัตร) ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.4 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (ทำซ้ำ)

ลำดับ ที่	จังหวัด	2544 ¹			2545 ²			2546 ³			สรุป แนวโน้ม
		ทำร้าย (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	ทำร้ายฯ (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	ทำร้ายฯ (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	
1	กระบี่	60	9	15.0	49	7	14.3	55	3	5.5	ลดลง
2	กรุงเทพฯ				38	6	15.8	171	n.a.	n.a.	n.a.
3	กำแพงเพชร				98	26	26.5	109	18	16.5	ลดลง
4	ขอนแก่น							170	4	2.4	n.a.
5	ชัยนาท							44	6	13.6	n.a.
6	ชัยภูมิ	358	54	15.1	145	27	18.6	140	11	7.9	ลดลง
7	เชียงราย	441	99	22.4	175	31	17.7	293	22	7.5	ลดลง
8	เชียงใหม่							283	17	6.0	n.a.
9	ตรัง	92	10	10.9				na	na	na	n.a.
10	นครราชสีมา							282	34	12.1	n.a.
11	นครศรีธรรมราช				78	16	20.5	142	24	16.9	ลดลง
12	นครสวรรค์				202	33	16.3	237	34	14.3	ลดลง
13	นนทบุรี							56	3	5.4	n.a.
14	ประจวบคีรีขันธ์				51	7	13.7	110	10	9.1	ลดลง
15	พังงา				18	1	5.6	17	2	11.8	เพิ่ม
16	พิจิตร	160	31	19.4	72	17	23.6	70	17	24.3	เพิ่ม
17	เพชรบุรี	91	15	16.5	155	23	14.8	59	4	6.8	ลดลง
18	แพร่							72	6	8.3	n.a.
19	ยะลา				28	8	28.6	54	5	9.3	ลดลง
20	ระยอง	220	51	23.2	121	19	15.7	170	14	8.2	ลดลง



ลำดับ ที่	จังหวัด	2544 ¹			2545 ²			2546 ³			สรุป แนวโน้ม
		ทำร้าย (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	ทำร้ายฯ (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	ทำร้ายฯ (คน)	ทำซ้ำ (คน)	%	
21	ลำพูน							88	11	12.5	n.a.
22	ศรีสะเกษ							129	8	6.2	n.a.
23	สกลนคร				73	13	17.8	73	4	5.5	ลดลง
24	สระแก้ว				40	12	30.0	79	16	20.3	ลดลง
25	สุพรรณบุรี				144	25	17.4	170	6	3.5	ลดลง
26	สุรินทร์							47	5	10.6	n.a.
27	อยุธยา							116	12	10.3	n.a.
28	อ่างทอง							68	12	17.6	n.a.
29	อำนาจเจริญ				21	0	0.0	34	3	8.8	เพิ่ม
30	อุดรธานี							30	3	10.0	n.a.
31	อุตรดิตถ์							94	5	5.3	n.a.
32	อุทัยธานี							90	19	21.1	n.a.
33	อุบลราชธานี							66	4	6.1	n.a.
รวม		1422	269	18.9	1508	271	18.0	3,563	342	9.6	ลดลง
อัตราต่อแสน		9.5 ¹ (95% C.I. = 7.6 ถึง 10.1)			7.2 ² (95% C.I. = 6.3 ถึง 8.0)			3.7 ³ (95% C.I. = 3.3 ถึง 4.6)			
อัตราการลด (%)		baseline			24			48			

¹ จากจำนวนที่มีการสัมภาษณ์ในผลการศึกษาระบาดวิทยา ปี 2544 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2545)

² จากจำนวนที่มีการสัมภาษณ์ในผลการศึกษาระบาดวิทยา ปี 2545 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2546)

³ จากระบบข้อมูลการเฝ้าระวังฯ รง.506.DS (ช่วง 1 ม.ค.-30 เม.ย. 2546)

จากตารางข้างต้นจะเห็นว่า จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้งมีแนวโน้มลดลง จากอัตรา 9.5 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 19 ของการทำร้ายตนเอง) ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3.7 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 9.6 ของการทำร้ายตนเอง) ในปี พ.ศ. 2546 หรือคิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 24 และ 48 ตามลำดับ

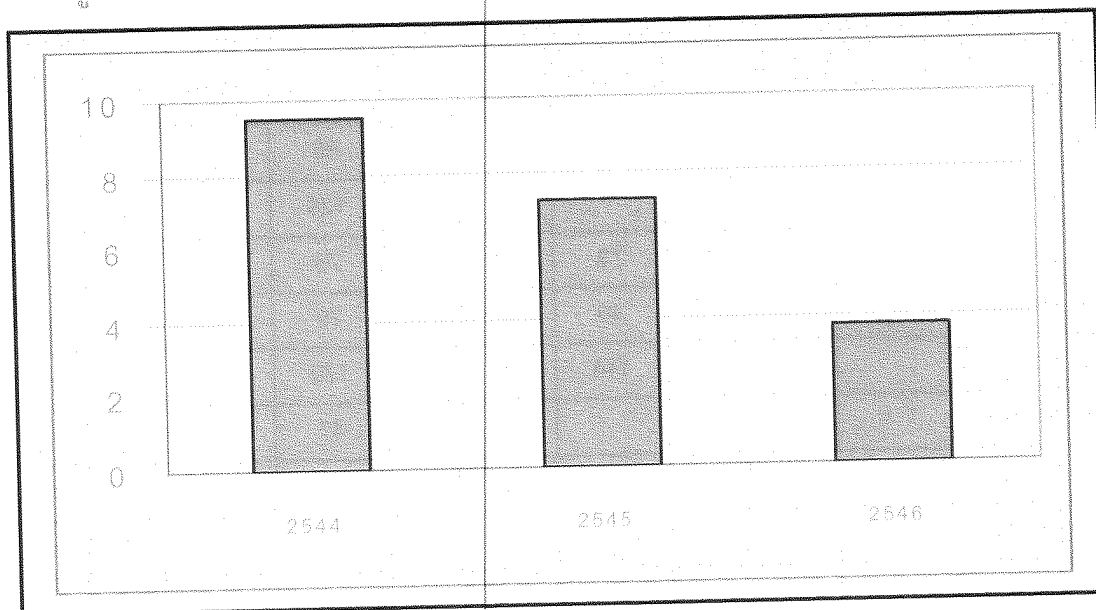
เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่ 13 จังหวัด มีอัตราการทำร้ายตนเอง มากกว่า 1 ครั้งลดลง และมี 3 จังหวัดที่มีอัตราการทำร้ายตนเอง มากกว่า 1 ครั้ง เพิ่มขึ้น



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

แผนภูมิที่ 3.3 อัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (ต่อแสน)



การวิเคราะห์จำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544-2546 ซึ่งได้จากรายงานของสถานบริการสาธารณสุขปี พ.ศ. 2544 และ 2545 และจากข้อมูลการบันทึกการเฝ้าระวังฯ (รง.506.DS) ปี พ.ศ. 2546 ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.5 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)				สรุปแนวโน้ม ³
		ม.ค.-เม.ย. 44	ม.ค.-เม.ย. 45	ม.ค.-เม.ย. 46		
1	กระบี่	5	10	2		ลด
2	กรุงเทพฯ	n.a.	n.a.	n.a.		n.a.
3	กำแพงเพชร	32	13	9		ลด
4	ขอนแก่น	24	3	10		ลด
5	ชัยนาท	9	3	5		ลด
6	ชัยภูมิ	16	13	15		เพิ่ม
7	เชียงราย	25	13	100		เพิ่ม
8	เชียงใหม่	39	20	65		เพิ่ม
9	ตรัง	n.a.	n.a.	n.a.		n.a.
10	นครราชสีมา	3	n.a.	15		เพิ่ม
11	นครศรีธรรมราช	n.a.	14	18		เพิ่ม
12	นครสวรรค์	24	28	22		ลด



ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)				สรุปแนวโน้ม ³
		ม.ค.-เม.ย. 44	ม.ค.-เม.ย. 45	ม.ค.-เม.ย. 46		
13	นนทบุรี	17	10	3 ²	ลด	
14	ประจวบคีรีขันธ์	55	9	11	ลด	
15	พังงา	5	2	1	ลด	
16	พิจิตร	1	2	8	เพิ่ม	
17	เพชรบุรี	6	10	11	เพิ่ม	
18	แพร่	8	13	16	เพิ่ม	
19	ยะลา	1	5	3	เท่าเดิม	
20	ระยอง	38	5	15	ลด	
21	ลำพูน	n.a.	n.a.	4	n.a.	
22	ศรีสะเกษ	14	6	19	เพิ่ม	
23	สกลนคร	1	0	26	เพิ่ม	
24	สระแก้ว	12	4	5	ลด	
25	สุพรรณบุรี	15	9	8	ลด	
26	สุรินทร์	3	5	8	เพิ่ม	
27	อุตุยยา	n.a.	n.a.	3	n.a.	
28	อ่างทอง	3	3	10	เพิ่ม	
29	อำนาจเจริญ	8	6	9	เพิ่ม	
30	อุดรธานี	15	21	5	ลด	
31	อุตรดิตถ์	1	3	17	เพิ่ม	
32	อุทัยธานี	7	1	20	เพิ่ม	
33	อุบลราชธานี	40	18	4	ลด	
รวม		427 ⁴	249 ⁴	467 ⁵	เพิ่ม	
เฉลี่ยต่อจังหวัด		15.3	8.6	15.1	เพิ่ม	
ประชากรรวม ⁶		24,682,555	26,379,993	27,551,190		
อัตราตายต่อแสน ⁷		5.2	2.8	5.1	เพิ่ม	
จากการศึกษาระบาดวิทยา		8.2 ⁸	7.0 ⁹	5.7 ¹⁰	ลด	
อัตราการลดลงต่อปี (%)		baseline	14.6	18.6		



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

หมายเหตุ : ¹ ปี 2546 ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ² ข้อมูลจาก รพช. 3 แห่ง ³ สรุปแนวโน้มโดย เปรียบเทียบจำนวน ในปี พ.ศ. 2546 กับจำนวนเฉลี่ยของปี พ.ศ. 2544 และ 2545 ⁴ เฉพาะผู้ทำร้าย ตนเองที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข ไม่รวมข้อมูลจากมรณบัตร ⁵ จำนวนผู้ทำร้ายตนเอง ทั้งที่มารับบริการและจากมรณบัตร ⁶ เฉพาะจังหวัดที่มีข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตในตาราง ⁷ จำนวนจาก จำนวนเสียชีวิตรวม คูณด้วย 3 (เพื่อให้เป็นข้อมูลทั้งปี) คูณด้วยหนึ่งแสนหารด้วย จำนวน ประชากรรวม ⁸ รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544 (อภิชัย มงคล และคณะ 2545) ⁹ รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและ การฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545 (อภิชัย มงคลและคณะ 2546) ¹⁰ จำนวนจากรายงานการเฝ้าระวังผู้มี ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2546 ดำเนินการโดยโครงการนี้

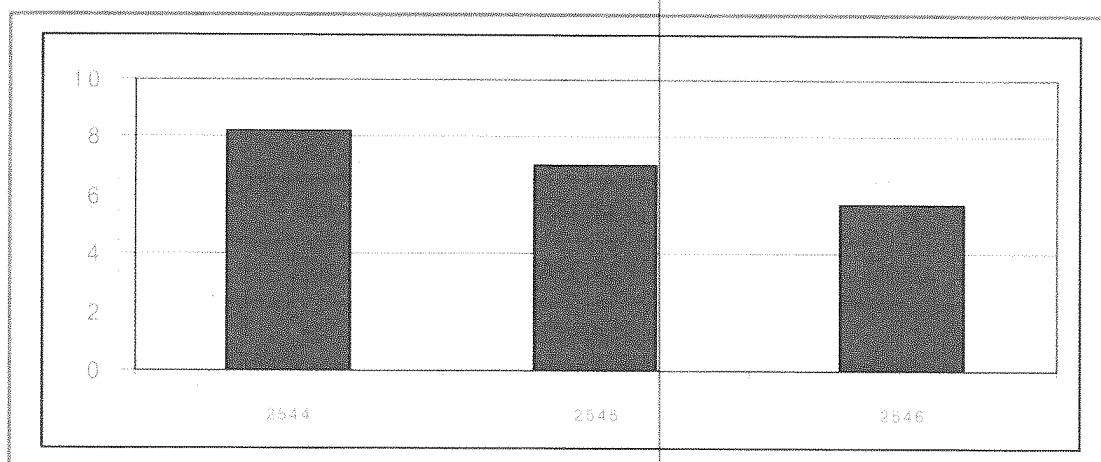
การวิเคราะห์ประเด็นจะคล้ายคลึงกับการวิเคราะห์เรื่องอัตราการทำร้ายตนเอง คือ ถ้าดูจากรายงานจากสถานบริการสาธารณสุข จะเห็นว่าอัตราการทำร้ายตนเองในปี พ.ศ. 2544 - 2546 มีแนวโน้มคงที่ จาก 5.2 ต่อประชากรแสนคน เป็น 5.1 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งน่าจะเนื่องจากการเก็บข้อมูล ในปี พ.ศ. 2544 - 2545 ไม่ได้รวมข้อมูลจากมรณบัตรเข้าไปด้วย

เพราะเมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2544 และ 2545 และจากระบบการเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2546 (รวมข้อมูลจากมรณบัตร) จะพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง มีแนวโน้มลดลง จาก 8.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 หรือ ลดลง คิดเป็นร้อยละ 14.6 และ 18.6 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองจำแนกรายจังหวัด พบว่า มี 15 จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น และมี 13 จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง ส่วนอีก 4 จังหวัดไม่สามารถบอกแนวโน้มได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเดิมมาเปรียบเทียบ

เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์เรื่องอัตราการทำร้ายตนเอง จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มนั้น อาจจะเนื่องจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2544 - 2545 ไม่ครบถ้วน เพราะไม่ได้รวมข้อมูลจากมรณบัตร แต่พอที่จะบอกได้ว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง นั้น น่าจะลดลงจริง เพราะการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2546 มีความครอบคลุมมากกว่า

แผนภูมิที่ 3.4 อัตราการเสียชีวิต (อัตราการฆ่าตัวตาย) ต่อประชากรแสนคน



เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2545 ระหว่างจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ และจังหวัดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ

จากที่ได้วิเคราะห์ในตอนที่แล้วพบว่า การเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละปีของจังหวัดต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ อาจจะมีคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละปีแตกต่างกัน และส่วนหนึ่งอาจจะผันแปรไปตามศักยภาพหรือความพร้อมของบุคลากรในแต่ละจังหวัด ดังนั้น จึงได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมดของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งรวบรวมจากมรณบัตร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546) เมื่อนำมาคำนวณอัตราตายต่อประชากรแสนคน แล้วเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ และจังหวัดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.6 อัตราการฆ่าตัวตายใน 33 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรรวม ปี 45	ฆ่าตัวตาย	อัตราต่อแสน ²
1	กรุงเทพมหานคร	7,917,000	238	3.01
2	นนทบุรี	836,764	67	8.01
3	พระนครศรีอยุธยา	734,149	55	7.49
4	อ่างทอง	274,637	26	9.47
5	ชัยนาท	373,488	33	8.84



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรรวม ปี 45 ¹	ฆ่าตัวตาย	อัตราต่อแสน ²
6	ระยอง	539,421	72	13.35
7	สระแก้ว	429,274	43	10.02
8	นครราชสีมา	2,671,499	219	8.20
9	สุรินทร์	1,353,819	76	5.61
10	ศรีสะเกษ	1,434,438	88	6.13
11	อุบลราชธานี	1,725,978	83	4.81
12	ชัยภูมิ	1,119,072	79	7.06
13	อำนาจเจริญ	365,634	12	3.28
14	ขอนแก่น	1,818,681	89	4.89
15	อุดรธานี	1,495,363	85	5.68
16	สกลนคร	1,059,985	51	4.81
17	เชียงใหม่	1,461,685	350	23.94
18	ลำพูน	436,283	93	21.32
19	อุดรดิตถ์	460,974	72	15.62
20	แพร่	513,931	62	12.06
21	เชียงราย	1,119,021	163	14.57
22	นครสวรรค์	1,112,336	99	8.90
23	อุทัยธานี	309,535	22	7.11
24	กำแพงเพชร	684,659	72	10.52
25	พิจิตร	583,281	35	6.00
26	สุพรรณบุรี	882,572	74	8.38
27	เพชรบุรี	446,175	47	10.53
28	ประจวบคีรีขันธ์	454,720	46	10.12
29	นครศรีธรรมราช	1,683,870	114	6.77
30	กระบี่	339,385	33	9.72
31	พังงา	254,777	11	4.32
32	ตรัง	636,819	47	7.38
33	ยะลา	424,928	15	3.53
รวมจังหวัดในโครงการฯ		35,954,153	2,671	7.43 ²

¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) ² Crude rate ³ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2545 โดย อภิชัย มงคล และคณะ (2546) ซึ่งได้เท่ากับ 7.0 ต่อแสน (95% C.I. = 6.3, 7.6)

ตารางที่ 3.7 อัตราการฆ่าตัวตายใน 43 จังหวัดที่ “ไม่ได้” เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรรวม ปี 45 ¹	ฆ่าตัวตาย	อัตราต่อแสน
34	สมุทรปราการ	1,080,764	100	9.25
35	ปทุมธานี	602,400	52	8.63
36	ลพบุรี	761,949	81	10.63
37	สิงห์บุรี	241,602	19	7.86
38	สระบุรี	539,013	57	10.57
39	ชลบุรี	1,018,111	143	14.05
40	จันทบุรี	463,020	61	13.17
41	ตราด	203,785	20	9.81
42	ฉะเชิงเทรา	648,348	74	11.41
43	ปราจีนบุรี	506,206	34	6.72
44	นครนายก	262,358	21	8.00
45	บุรีรัมย์	1,522,731	80	5.25
46	ยโสธร	587,149	33	5.62
47	หนองบัวลำภู	492,467	18	3.66
48	เลย	597,269	26	4.35
49	หนองคาย	904,216	45	4.98
50	มหาสารคาม	982,438	49	4.99
51	ร้อยเอ็ด	1,260,124	76	6.03
52	กาฬสินธุ์	940,343	39	4.15
53	นครพนม	699,854	29	4.14
54	มุกดาหาร	295,841	13	4.39
55	ลำปาง	778,890	96	12.33
56	น่าน	443,633	58	13.07
57	พะเยา	505,724	91	17.99
58	แม่ฮ่องสอน	175,704	22	12.52
59	ตาก	357,855	50	13.97
60	สุโขทัย	593,144	68	11.46

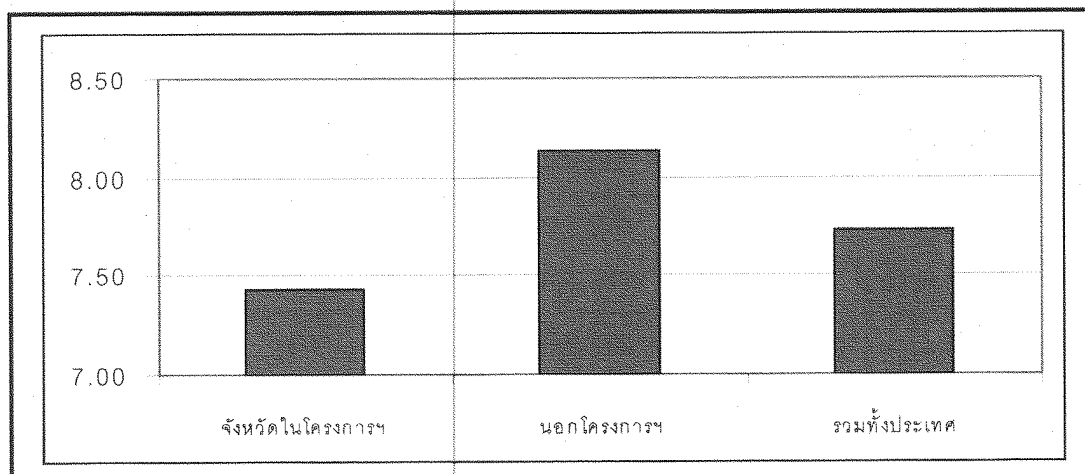


รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรรวม ปี 45 ¹	ฆ่าตัวตาย	อัตราต่อแสน
61	พิษณุโลก	809,121	64	7.91
62	เพชรบูรณ์	926,578	99	10.68
63	ราชบุรี	815,657	81	9.93
64	กาญจนบุรี	709,616	80	11.27
65	นครปฐม	906,796	99	10.92
66	สมุทรสาคร	463,746	37	7.98
67	สมุทรสงคราม	211,794	17	8.03
68	ภูเก็ต	205,522	35	17.03
69	สุราษฎร์ธานี	909,458	82	9.02
70	ระนอง	142,450	13	9.13
71	ชุมพร	455,809	29	6.36
72	สงขลา	1,343,736	80	5.95
73	สตูล	266,194	13	4.88
74	พัทลุง	529,967	27	5.09
75	ปัตตานี	635,133	7	1.10
76	นราธิวาส	679,378	16	2.36
รวมจังหวัดนอกโครงการฯ		27,475,893	2,234	8.13
รวมทั่วประเทศ		63,430,046	4,905	7.73

แผนภูมิที่ 3.5 เปรียบอัตราตายระหว่างจังหวัดที่อยู่ในโครงการฯ กับ นอกโครงการฯ



จากตารางและแผนภูมิข้างต้น จะเห็นว่า อัตราการฆ่าตัวตายของ 33 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 7.43 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายของอีก 43 จังหวัด ที่เข้าไม่ได้เข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 8.13 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่า โครงการประสบความสำเร็จในด้านการลดจำนวนอัตราการฆ่าตัวตาย

แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการพิจารณาประกอบด้วยว่า การดำเนินงานของโครงการ ในด้านใดที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง หรือเนื่องจากมีสาเหตุจากเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ ร่วมไปด้วย ดังจะได้วิเคราะห์ในตอนต่อไป

สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต

จากการศึกษาาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปีพ.ศ. 2544 - 2545 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2545; ทวี ตั้งเสรีและคณะ, 2546) และจากระบบการเฝ้าระวังฯ ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546 (รง.506.DS) พบว่า สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต เป็นดังนี้

ตารางที่ 3.8 สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต

	จำนวน (ร้อยละ)		
	พ.ศ. 2544 ¹	พ.ศ. 2545 ²	พ.ศ. 2546 ³
1. สบายใจ ดี ไม่มีทุกข์ใดๆ	517 (59.4)	590 (51.0)	2,456 (91.9) ⁴
2. ยังมี ความไม่สบายใจ หรือ ทุกข์ใจ อยู่บ้าง แต่ ไม่มาก	281 (32.3)	467 (40.4)	217 (8.1) ⁵
3. ยังมี ความไม่สบายใจ หรือ ทุกข์ใจ อยู่ค่อนข้างมาก	72 (8.3)	99 (8.6)	
รวม	870 (100)	1,156 (100)	2,673 (100)

¹ จากผลการศึกษาระบาดวิทยา ปี 2544 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2545)

² จากผลการศึกษาระบาดวิทยา ปี 2545 (อภิชัย มงคลและคณะ, 2546)

³ จากระบบข้อมูลการเฝ้าระวังฯ รง.506.DS (ช่วง 1 ม.ค.-30 เม.ย. 2546)

⁴ หมายถึง "ไม่มีความคิดจะทำร้ายตนเองอีก" ⁵ หมายถึง "ยังมีความคิดจะทำร้ายตนเองอีก"



จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า สถานะสุขภาพของผู้ทำร้ายตนเอง หลังการรักษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต "สบายใจ ดี ไม่มีความทุกข์ใดๆ" หรือ "ไม่คิดจะทำร้ายตนเองอีก" เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 59.4 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 91.9 ในปี พ.ศ. 2546

แม้ว่าการเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละปี อาจจะไม่ตรงนัก โดยเฉพาะข้อมูลปี พ.ศ. 2544-2545 กับ ข้อมูลปี พ.ศ. 2546 เนื่องจากมีวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน แต่ก็พอที่จะให้ภาพแนวโน้มของสถานการณ์ได้บ้าง

ลักษณะการได้รับการบริการด้านต่างๆ ของผู้ทำร้ายตนเอง

การวิเคราะห์ประเด็นการดำเนินงานของโครงการฯ ได้แก่ ลักษณะการได้รับการบริการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย มีดังนี้

ตารางที่ 3.9 การได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษา (ผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต)

	จำนวน (ร้อยละ)		
	พ.ศ. 2544 ¹	พ.ศ. 2545 ²	พ.ศ. 2546 ³
ได้รับ	541 (66.9)	835 (73.3)	2,467 (83.4)
ไม่ได้รับ	268 (33.1)	304 (26.7)	492 (16.6)
รวม	809 (100)	1,139 (100)	2,959 (100)

¹ อภิชัย มงคลและคณะ (2545) ² ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546)

³ จากระบบข้อมูลการเฝ้าระวังฯ รง.506.DS (ช่วง 1 ม.ค.-30 เม.ย. 2546)

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.9 เป็น 73.3 และ 83.4 ในปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.10 การได้รับการบริการด้านการเยี่ยมบ้าน (ผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต)

	จำนวน (ร้อยละ)		
	พ.ศ. 2544 ¹	พ.ศ. 2545 ²	พ.ศ. 2546 ³
ได้รับ	81 (9.2)	422 (37.6)	610 (20.6)
ไม่ได้รับ	799 (90.8)	699 (62.4)	2,117 (71.5)
รวม	880 (100)	1,121 (100)	2,727 (100)

¹ อภิชัย มงคลและคณะ (2545) ² อภิชัย มงคลและคณะ (2546) ³ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังช่วง 4 เดือน (1 ม.ค.-30 เม.ย.2546) หมายถึง "ได้รับการนัดหมายจะไปเยี่ยมบ้าน"

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านการเยี่ยมบ้าน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี ในปี พ.ศ. 2544 กับ พ.ศ.2545 คือ เพิ่มจากร้อยละ 9.2 เป็น 37.6 แต่ลดลงในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 20.6 ซึ่งน่าจะเป็นเพราะบริการไปเยี่ยมที่บ้านนี้ เป็นบริการที่ต้องคำนึงถึงความสะดวกใจของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากข้อมูลปี พ.ศ. 2546 เป็นเพียงข้อมูล 4 เดือนแรกของปี จึงอาจจะยังไม่สามารถบอกภาพรวมของข้อมูลทั้งปีได้ ผู้ให้บริการอาจจะพิจารณาไปเยี่ยมบ้านหากผู้ป่วยขาดการนัดหมายในภายหลัง

ตารางที่ 3.11 การได้รับการนัดหมายให้มาติดตามผลการรักษา (ผู้ทำรายงานเองที่ยังไม่เสียชีวิต)

	พ.ศ. 2544 ¹	พ.ศ. 2545 ²	พ.ศ. 2546 ³
นัด	265 (30.8)	537 (47.2)	1,737 (63.9)
ไม่ได้นัด	596 (69.2)	600 (52.8)	980 (36.1)
รวม	861 (100)	1,137 (100)	2,717 (100)

¹ อภิชัย มงคลและคณะ (2545) ² อภิชัย มงคลและคณะ (2546) ³ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง 4 เดือน (1 ม.ค.-30 เม.ย.2546) หมายถึง "ได้รับการนัดหมายให้มาติดตามผล"

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายให้มาติดตามผลการรักษาเพิ่มมากขึ้น จาก ร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2544 เป็น ร้อยละ 47.2 และ 63.9 ในปี พ.ศ. 2545 และ 2546 ตามลำดับ

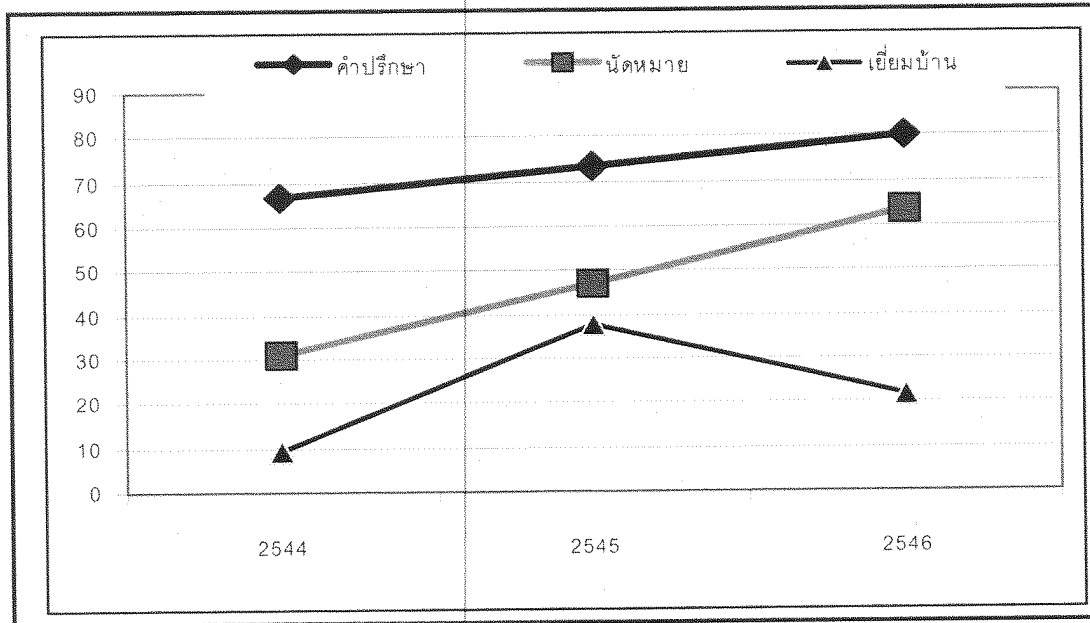
ตารางที่ 3.12 การไปรับบริการอีกหลังจากการทำรายงานเอง (ผู้ทำรายงานเองที่ยังไม่เสียชีวิต)

	พ.ศ. 2544 ¹	พ.ศ. 2545 ²	พ.ศ. 2546 ³
ได้ไป	319 (39.1)	487 (43.3)	321 (9.8)
ไม่ได้ไป	497 (60.9)	639 (56.7)	2,959 (90.2)
รวม	816 (100)	1,126 (100)	3,280 (100)
เฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคน	1.6	1.8	3.3 ⁴

¹ อภิชัย มงคลและคณะ (2545) ² อภิชัย มงคลและคณะ (2546) ³ จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังฯ ช่วง 4 เดือน (1 ม.ค.-30 เม.ย.2546) ⁴ คำนวณโดยการคูณด้วย 3 (ให้เป็นทั้งปี)

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้ป่วยรับบริการอีกหลังจากทำรายงานเองเพื่อติดตามผลการรักษาเพิ่มมากขึ้น จาก 1.6 ครั้งต่อคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 1.8 ครั้งต่อคน และ 3.3 ครั้งต่อคน ในปี พ.ศ. 2545 และ 2546 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3.6 การได้รับบริการด้านคำปรึกษา, การนัดหมาย และการเยี่ยมบ้าน (%)



จะเห็นว่าบริการที่ผู้ป่วยได้รับหลังการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนทำให้อัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง มีแนวโน้มที่ลดลง

จำนวนครั้งที่ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์แจกแจงจำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่มารับบริการ โดยจำแนกตามประเภทของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ จากข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังฯ (รง.506.DS) ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการที่ โรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 28.6 โรงพยาบาลในระดับอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 23.6 ตามลำดับ ส่วนสถานเอนกนาคมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.9

ตารางที่ 3.13 จำนวนครั้งที่ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการ จำแนกตามสถานบริการ

	มาครั้งแรก		มาติดตามผล		รวม		เฉลี่ย	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	คนต่อ แห่ง	ครั้งต่อ คน
รพ.ระดับ อำเภอ (242 แห่ง)	1,940	(63.1)	66	(20.2)	2,006	(59.0)	8	1.0
รพ.ระดับ จังหวัด (26 แห่ง)	944	(30.7)	99	(30.4)	1,043	(30.7)	38	1.1
รพ.จิตเวช (6 แห่ง)	116	(3.8)	138	(42.3)	254	(7.5)	19	2.2
สอ/PCU (40 แห่ง)	65	(2.1)	22	(6.7)	87	(2.6)	2	1.3

จากตารางข้างต้น เมื่อวิเคราะห์เป็น "จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยต่อแห่ง" ที่ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการ พบว่า โรงพยาบาลระดับจังหวัด ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นจำนวน 38 ครั้งต่อแห่ง ในระยะที่เก็บข้อมูล 4 เดือนนี้ หรือประมาณ 1 คนในทุก 2 วันทำการ รองลงมา คือ โรงพยาบาลจิตเวช คิดเป็นจำนวน 19 ครั้งต่อแห่ง หรือประมาณ 1 คนในทุก 4 - 5 วันทำการ) ส่วน โรงพยาบาลในระดับอำเภอ ดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวน 8 คนต่อแห่ง หรือประมาณ 1 คนในทุก 10 วันทำการ) ส่วนสถานีนอนามัย ดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวน 2 คนต่อแห่ง (เนื่องจากจำนวนสถานีนอนามัยที่ส่งข้อมูลเข้ามามีน้อย ดังนั้นถ้าเอาสถานีนอนามัยทั้งหมดเป็นตัวหารย่อมได้ค่าน้อยกว่านี้)

ดังนั้นในการพัฒนางานบริการต้งรับผู้ทำร้ายตนเอง จึงควรพิจารณาที่การพัฒนาด้านของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพิ่มขึ้น และการพัฒนาบริการต่อเนื่องหลังการทำร้ายตนเองในระดับสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ประเภทของบริการที่ผู้ทำร้ายตนเองได้รับจากสถานบริการสาธารณสุข

จากข้อมูลที่ได้จากระบบการเฝ้าระวัง (รจ.506.DS) ใน 32 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ทำร้ายตนเอง ได้รับการบริการประเภทต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 3.14 ประเภทของบริการที่ได้รับในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546

	ผู้มีภาวะซึมเศร้า		ผู้ทำร้ายตนเอง	
	จำนวนครั้ง	(ร้อยละ)	จำนวนครั้ง	(ร้อยละ)
ให้คำปรึกษา	5,593	(65.8)	2,737	(79.7)
แนะนำญาติ	2,142	(25.2)	1,706	(49.7)
ยาแก้เศร้า	5,282	(62.1)	570	(16.6)
ยาลดกังวล	4,069	(47.9)	736	(21.4)
ยาโรคจิต	1,710	(20.1)	265	(7.7)
เอกสารความรู้	709	(8.3)	395	(11.5)
อื่นๆ	362	(4.3)	282	(8.2)
รวม	8,499	(100.0)	3,435	(100.0)

หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และบางคนมีทั้ง 2 ภาวะ

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าทั้งผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่จะได้รับบริการด้านการให้คำปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.8 และ 79.7 ตามลำดับ ซึ่งเป็นบริการที่โครงการฯ นี้ส่งเสริมให้หน่วยบริการต่างๆ ในโครงการฯ จัดให้แก่ผู้ป่วย

บริการที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับ ในลำดับรองลงมา คือ ยาแก้เศร้า (ร้อยละ 62.1) ยาลดกังวล (ร้อยละ 47.9) แนะนำญาติ (ร้อยละ 25.2) ยาโรคจิต (ร้อยละ 20.1) และ เอกสารความรู้ (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ

บริการที่ผู้ทำร้ายตนเองได้รับ ในลำดับรองลงมา คือ แนะนำญาติ (ร้อยละ 49.7) ยาลดกังวล (ร้อยละ 21.4) ยาแก้เศร้า (ร้อยละ 16.6) ยาโรคจิต (ร้อยละ 7.7) และ เอกสารความรู้ (ร้อยละ 11.5) ตามลำดับ

จะสังเกตเห็นว่า ทั้งผู้มีภาวะซึมเศร้า นอกจากจะได้รับยาแก้เศร้าสูงแล้ว (ร้อยละ 62.1) ยังได้รับยาโรคจิต ค่อนข้างสูง ด้วยเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 20.1 ทั้งนี้ น่าจะเนื่องจาก ข้อมูลจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า จากระบบการเฝ้าระวังฯ ปี พ.ศ. 2546 นี้ ส่วนใหญ่ได้จาก โรงพยาบาลจิตเวช เป็นส่วนใหญ่ (คิดเป็นร้อยละ 40.6 ของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด)



3.2 ผลการประเมินในด้านต่างๆเกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย

จากการสำรวจบุคลากรผู้ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ใน 15 จังหวัด จำนวน 312 คน ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 3.15 การให้บริการในสถานบริการ

	รพศ/รพท	รพช	สอ/PCU	รวม
มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต				
จำนวน (%)	15 (100)	126 (90.0)	85 (56.3)	226 (73.9)
มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์				
จำนวน (%)	9 (64.3)	47 (33.8)	15 (9.7)	71 (23.1)
มีการกำหนด นโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ อย่างชัดเจน เรื่อง ระบบนัดหมาย				
จำนวน (%)	13 (86.7)	64 (46.4)	34 (22.8)	111 (36.8)
มีการกำหนด นโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ อย่างชัดเจน เรื่อง ระบบการเยี่ยมบ้าน				
จำนวน (%)	7 (46.7)	48 (34.5)	63 (42.0)	118 (38.8)
มีการกำหนด นโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ อย่างชัดเจน เรื่อง ระบบส่งต่อ				
จำนวน (%)	10 (71.4)	72 (51.8)	75 (51.0)	157 (52.3)

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าสถานบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เฉลี่ยร้อยละ 73.9 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 90.0 และสถานีนอนาถ / PCU ร้อยละ 56.3 ตามลำดับ

การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 64.3 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 33.8 ซึ่งจะพบบริการเช่นนี้ในสถานีนอนาถ / PCU น้อยมากเพียง ร้อยละ 9.7 เท่านั้น

การกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน เรื่อง ระบบการนัดหมาย เฉลี่ย ร้อยละ 36.8 เป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 86.4 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 46.4 และสถานีนอนาถ / PCU ร้อยละ 22.8 ตามลำดับ

การกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน เรื่อง ระบบการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นการบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด จะพบว่า สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน เฉลี่ยร้อยละ 38.8 คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็น สถานีนอนาถ / PCU ร้อยละ 42.0 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 34.5 ตามลำดับ



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะช้ำเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

การกำหนดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เรื่อง ระบบส่งต่อ พบว่ามีความชัดเจนเฉลี่ย ร้อยละ 52.3 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 71.4 โรงพยาบาลชุมชน 51.8 และ สถานีอนามัย / PCU ร้อยละ 51.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.17 จำนวนผู้ให้คำปรึกษา

จำนวน	จำนวน (%)			
	รพศ/รพท	รพช	สอ/PCU	รวม
ไม่มี	0	0	13 (8.4)	13 (4.2)
มี 1 คน	0	9 (6.4)	48 (31.0)	57 (18.3)
มี 2-3 คน	5 (33.3)	36 (25.5)	76 (49.0)	117 (37.6)
มี 4-6 คน	3 (20.0)	35 (24.8)	18 (11.6)	56 (18.0)
มี 7-10 คน	4 (26.7)	26 (18.4)	0	30 (9.6)
มี 11-15 คน	0	9 (6.4)	0	9 (2.9)
มี > 15 คน	3 (20)	26 (18.4)	0	29 (9.3)
จากทั้งหมด	15 (100)	141 (100)	155 (100)	311 (100)
เฉลี่ย (คน/แห่ง)	8	8	2	5
ต่ำสุด-สูงสุด (คน)	2 - 15 ⁺	1 - 15 ⁺	0 - 6	0 - 15 ⁺

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า สถานบริการสาธารณสุขมีบุคลากรรับผิดชอบให้คำปรึกษา เฉลี่ย 5 คนต่อแห่ง จำแนกเป็น รพศ. รพท. และ รพช. มีเฉลี่ย 8 คนต่อแห่ง ส่วนที่สถานีอนามัย มีเฉลี่ย 2 คนต่อแห่ง นอกจากนี้ ยังพบว่า มีจำนวนสถานีอนามัย ร้อยละ 8.4 (13/155) ที่ไม่มีบุคลากรให้คำปรึกษาเลย

จะสังเกตเห็นว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีความพร้อมในด้านบุคลากรที่คอยรับผิดชอบให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต (เฉลี่ย 8 คน) มากกว่าสถานีอนามัย (เฉลี่ย 2 คน) ซึ่งมีขนาดบุคลากรประจำมีน้อย

ตารางที่ 3.18 จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เคยผ่านการฝึกอบรมหรือการชี้แจงโครงการ

จำนวน	จำนวน (%)			
	รพศ/รพท	รพช	สอ/PCU	รวม
การเคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา				
จำนวน (%)	10 (66.7)	115 (81.6)	105 (68.2)	230 (74.2)
การเคยได้รับการชี้แจงเรื่อง รง.506.DS				
จำนวน (%)	9 (60.0)	87 (62.1)	69 (45.7)	165 (53.9)
จากทั้งหมด	15	141	154	310
%	100	100	100	100

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าจำนวนผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยเหลือให้คำปรึกษา และผู้ที่เคยได้รับการชี้แจงเรื่อง รง.506 DS เฉลี่ยร้อยละ 74.2 (230/310) และ 53.9 (165/310) ตามลำดับ โดยผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษา เป็นบุคลากร โรงพยาบาล ชุมชน ร้อยละ 81.6 (115/141) บุคลากรสถานีนอนมัย / PCU ร้อยละ 68.2 (105/154) และ บุคลากร โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 66.7 (10/15) ตามลำดับ

ผู้ที่เคยได้รับการชี้แจงเรื่อง รง.506DS เป็นบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 62.1 (87/141) บุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 60.0 (9/15) และบุคลากรสถานีนอนมัย/PCU ร้อยละ 45.7 (69/154) ตามลำดับ

ระดับความมั่นใจต่อทักษะของตน ในการให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3.19 ระดับความมั่นใจต่อทักษะของตน ในการให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย

	ระดับความมั่นใจต่อทักษะของตน						จำนวน ผู้ตอบ
	1 น้อยที่สุด	2 น้อย	3 ปานกลาง	4 มาก	5 มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ระดับความมั่นใจต่อทักษะของตน ในภาพรวม							
จำนวน (%)	4 (1.3)	47 (15.1)	174 (55.8)	77 (24.7)	10 (3.2)	3.1	312
ระดับความมั่นใจ โดยรวม จำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข							
รพศ./รพท. (%)	0	0	3 (20.0)	10 (66.7)	2 (13.3)	3.9	15
รพช. (%)	2 (1.4)	13 (9.2)	67 (47.5)	53 (37.6)	6 (4.3)	3.3	141
สอ./PCU (%)	2 (1.3)	34 (21.8)	104 (66.7)	14 (9.0)	2 (1.3)	2.9	156



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยไข้และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษา ของตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 83.7 โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความมั่นใจมากที่สุด (3.9 จาก 5 คะแนน) รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย คิดเป็น 3.3 และ 2.9 คะแนนจาก 5 คะแนน ตามลำดับ

ระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อการดำเนินงานของจังหวัดในภาพรวม
ตารางที่ 3.20 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของจังหวัดในภาพรวม

			ระดับความพึงพอใจ				จำนวนผู้ตอบ
	1น้อยที่สุด	2น้อย	3ปานกลาง	4มาก	5มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวม							
จำนวน (%)	3 (1.0)	42 (14.0)	179 (59.7)	73 (24.3)	3 (1.0)	3.1	300
ความพึงพอใจ โดยรวม จำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข							
รพศ./รพท. (%)	0	0	8 (53.3)	7 (46.7)	0	3.5	15
รพช. (%)	1 (0.7)	18 (13.3)	86 (63.7)	28 (20.7)	2 (1.5)	3.1	135
สอ./PCU (%)	2 (1.3)	24 (15.9)	85 (56.3)	38 (25.2)	1 (0.7)	3.1	151

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ของจังหวัดในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0 โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความพึงพอใจมากที่สุด (3.5 จาก 5 คะแนน) รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย คิดเป็น 3.1 คะแนนจาก 5 คะแนน เท่ากัน

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ต่อการดำเนินงานโครงการฯ ภายในจังหวัด ในด้านต่างๆ
ตารางที่ 3.21 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ภายในจังหวัด ในด้านต่างๆ

	ระดับความพึงพอใจ						จำนวน ผู้ตอบ
	1น้อยที่สุด	2น้อย	3ปานกลาง	4มาก	5มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ความคิดเห็นต่อการประชุมอบรมชี้แจงโครงการ							
จำนวน (%)	9 (3.0)	47 (15.7)	152 (50.7)	87 (29.0)	5 (1.7)	3.1	300
ความคิดเห็นต่อการจัดอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาบุคลากร							
จำนวน (%)	7 (2.3)	73 (23.9)	142 (46.4)	78 (25.5)	6 (2.0)	3.0	306
ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย							
จำนวน (%)	1 (0.3)	11 (3.6)	88 (28.6)	181 (58.7)	27 (8.8)	3.7	308
ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนสื่อการสอน							
จำนวน (%)	18 (5.9)	82 (27.1)	144 (47.5)	55 (18.2)	4 (1.3)	2.8	303
การเผยแพร่ต่อสาธารณะทางสื่อต่างๆ							
จำนวน (%)	13 (4.3)	89 (29.6)	155 (51.5)	41 (13.6)	3 (1.0)	2.8	301
การประชุมเสนอผลงาน สรุบทบทเรียน							
จำนวน (%)	19 (6.3)	68 (22.5)	156 (51.7)	56 (18.5)	3 (1.0)	2.9	302
ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนงบประมาณ							
จำนวน (%)	22 (8.0)	69 (25.1)	139 (50.5)	39 (14.2)	6 (2.2)	2.8	275
ความคิดเห็นต่อการออกแบบระบบรายงาน							
จำนวน (%)	10 (3.3)	53 (17.4)	167 (54.8)	70 (23.0)	5 (1.6)	3.0	305
ความคิดเห็นต่อการออกแบบระบบเฝ้าระวัง (รจ 506.DS)							
จำนวน (%)	13 (4.4)	49 (16.6)	145 (49.2)	78 (26.4)	10 (3.4)	3.1	295
ความคิดเห็นต่อการนิเทศติดตาม							
จำนวน (%)	15 (4.9)	73 (23.8)	148 (48.2)	67 (21.8)	4 (1.3)	2.9	307

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่าในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของจังหวัด ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 จากคะแนนเต็ม 5 (คิดเป็นระดับปานกลาง) โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความพึงพอใจมาก

ที่สุด (3.5 จาก 5 คะแนน) รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย คิดเป็น 3.1 คะแนนจาก 5 คะแนน เท่ากัน

โดยพึงพอใจการดำเนินโครงการฯ มากในด้านประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) รองลงมาคือ ด้านการอบรมชี้แจงโครงการ (3.1 คะแนน) ด้านการออกแบบแผ่นระวัง หรือ รง.506.DS (3.1คะแนน) ตามลำดับ และพึงพอใจน้อย (ต่ำกว่า 3.0 คะแนน) คือด้าน การสนับสนุนสื่อการสอน (2.8 คะแนน) ด้านการเผยแพร่ ต่อสาธารณะทางสื่อต่างๆ (2.8 คะแนน) และด้านการสนับสนุนงบประมาณ (2.8 คะแนน)

ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตารางที่ 3.22 ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

	ประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองฯ						จำนวนผู้ตอบ
	1น้อยที่สุด	2น้อย	3ปานกลาง	4มาก	5มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองฯในภาพรวม							
จำนวน (%)	1 (0.3)	11 (3.6)	88 (28.6)	181 (58.7)	27 (8.8)	3.7	308
ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองฯจำแนกตามระดับของสถานบริการฯ							
รพศ./รพท. (%)	0	0	0	14 (93.3)	1 (6.7)	4.1	15
รพช. (%)	0	2 (1.4)	42 (30.4)	80 (58.0)	14 (10.1)	3.8	138
สอ./PCU (%)	1 (0.6)	9 (5.8)	46 (29.7)	87 (56.1)	12 (7.7)	3.6	155

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นต่อประโยชน์ของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.1 โดยบุคลากรในระดับจังหวัด มีความพึงพอใจมากที่สุด (4.1 จาก 5 คะแนน) รองลงมาคือ โดยบุคลากรในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย คิดเป็น 3.8 และ 3.6 คะแนน จาก 5 คะแนน ตามลำดับ

แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีประโยชน์ต่อการคัดกรองผู้มารับบริการทางสุขภาพจิต ณ สถานบริการสาธารณสุขได้มาก

3.3 ผลการประเมินในด้านต่างๆเกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัด

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดและ อำเภอต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) เพื่อศึกษาในประเด็นความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ และความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3.23 ความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัดและอำเภอต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)

	ระดับความพึงพอใจ						จำนวนผู้ตอบ
	1 น้อยที่สุด	2 น้อย	3 ปานกลาง	4 มาก	5 มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวม							
จำนวน (%)	0	5 (2.3)	83 (38.1)	115 (52.8)	15 (6.9)	3.6	218
ความคิดเห็นต่อการอบรมชี้แจงโครงการ							
จำนวน (%)	2 (0.9)	4 (1.9)	67 (31.0)	131 (60.6)	12 (5.6)	3.7	216
ความคิดเห็นต่อการจัดอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาบุคลากร							
จำนวน (%)	3 (1.4)	9 (4.3)	83 (39.9)	100 (48.1)	13 (6.3)	3.5	208
ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนเอกสารวิชาการ							
จำนวน (%)	7 (3.2)	18 (8.3)	95 (43.8)	79 (36.4)	18 (8.3)	3.4	217
ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนสื่อการสอน							
จำนวน (%)	8 (3.7)	40 (18.7)	108 (50.5)	47 (22.0)	11 (5.1)	3.1	214
ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนงบประมาณ							
จำนวน (%)	19 (8.8)	36 (16.6)	100 (46.1)	52 (24.0)	10 (4.6)	3.0	217
ความคิดเห็นต่อการออกแบบระบบรายงาน							
จำนวน (%)	1 (0.5)	14 (6.6)	95 (45.0)	91 (43.1)	10 (4.7)	3.5	211
ความคิดเห็นต่อการออกแบบระบบเฝ้าระวัง (รง 506.DS)							
จำนวน (%)	2 (0.9)	10 (4.7)	60 (27.9)	113 (52.6)	30 (14.0)	3.7	215
ความคิดเห็นต่อการศึกษาทางระบาดวิทยา							
จำนวน (%)	2 (0.9)	22 (10.4)	70 (33.2)	104 (49.3)	13 (6.2)	3.5	211



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

	ระดับความพึงพอใจ						จำนวนผู้ตอบ
	1 น้อยที่สุด	2 น้อย	3 ปานกลาง	4 มาก	5 มากที่สุด	เฉลี่ย (เต็ม 5)	
ความคิดเห็นต่อการนิเทศติดตาม							
จำนวน (%)	6 (2.8)	17 (7.8)	89 (41.0)	91 (41.9)	14 (6.5)	3.4	217
ประโยชน์ที่ท่านได้รับ ในด้าน “เทคนิควิธีการบริหารจัดการโครงการ”							
จำนวน (%)	0	5 (2.3)	88 (40.6)	111 (51.2)	13 (6.0)	3.6	217
ประโยชน์ที่ท่านได้รับ ในด้าน “เทคนิควิธีการให้บริการ”							
จำนวน (%)	1 (0.5)	7 (3.2)	66 (30.4)	134 (61.8)	9 (4.1)	3.7	217
ระดับความสำคัญภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายกับปัญหาอื่นๆ ในจังหวัด/เขตรับผิดชอบ							
จำนวน (%)	0	16 (7.4)	47 (21.9)	84 (39.1)	68 (31.6)	3.9	215

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ในภาพรวม ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัดและอำเภอ พึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดทำโครงการ(รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์)ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 59.7 (130/218) หรือ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 3.6 คะแนน (มาก) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

เมื่อจำแนกเป็นความพึงพอใจในด้านต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจในระดับมาก ดังนี้ ด้านการอบรมชี้แจงโครงการ และด้านการออกแบบระบบการเฝ้าระวัง (รง.506.DS) ได้ 3.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เท่ากัน ด้าน การจัดอบรมสัมมนาเพื่อพัฒนาบุคลากร ด้านการศึกษา ระบาดวิทยาและด้านการออกแบบระบบรายงาน ได้ 3.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เท่ากัน ด้านการ สนับสนุนเอกสารวิชาการ ด้านการตอบข้อสงสัยและช่วยเหลือ และด้านการนิเทศติดตาม ได้ 3.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เท่ากัน

ส่วนการดำเนินการในด้านที่ได้คะแนนความพึงพอใจน้อย ได้แก่ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ และด้านการสนับสนุนสื่อการสอน ได้ 3.0 และ 3.1 คะแนน ตามลำดับ

ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัดและอำเภอ ในภาพรวม ตนได้รับประโยชน์ในด้าน "เทคนิควิธีการบริหารจัดการโครงการ" และ "เทคนิควิธีการให้บริการ" ในระดับมาก คิดเป็น 3.7 และ 3.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ตามลำดับ

บุคลากรเห็นว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสาธารณสุข อื่นๆ ในจังหวัดหรือเขตรับผิดชอบ มีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.7 หรือ ได้ 3.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน



โดยสรุป ผู้บริหารโครงการฯในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ต่อดำเนินงานของผู้จัดทำโครงการ (รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่จะนำไปสู่ การร่วมมือ การสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานกันต่อไป และในอนาคตที่จะมีการขยายโครงการฯ เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น

ท่านต้องการเข้าร่วมโครงการฯในปีต่อไปหรือไม่

ตารางที่ 3.24 ความต้องการในการเข้าร่วมโครงการ ฯ ในปีต่อไป

	จำนวน		%
ต้องการ	217		99.5
ไม่ต้องการ	1		0.5
จากทั้งหมด	218		100.0

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าบุคลากรเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.5 (217/218) ต้องการที่จะ เข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป และมีเพียงร้อยละ 0.5 (1/218) เท่านั้นที่ไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

ท่านยังจะได้รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการนี้ต่อหรือไม่ ในปีต่อไป

ตารางที่ 3.25 การรับผิดชอบโครงการในปีหน้า

	จำนวน		%
ยังคงรับผิดชอบ	162		74.3
ไม่ได้รับผิดชอบ	7		3.2
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	49		22.5
จากทั้งหมด	218		100.0

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่า บุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.3 (162/218) มั่นใจว่าจะยังคง ได้รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการนี้ต่อไป ร้อยละ 3.2 (7/218) จะไม่ได้รับผิดชอบบริหาร โครงการนี้ต่อไป และร้อยละ 22.5 (49/218) ยังไม่แน่ใจว่าจะได้รับผิดชอบบริหารโครงการนี้ต่อไป หรือไม่

บทที่ 4

การประเมินเชิงคุณภาพ

บทนี้นำเสนอผลการประเมินที่ได้จากการทบทวนเอกสารต่างๆ ของโครงการการสัมภาระณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากคำถามปลายเปิดของ แบบสอบถามบุคลากร

4.1 ความคิดเห็นของบุคลากรในจังหวัดต่างๆ ต่อการดำเนินงานโครงการ (ไม่ได้ระบุจำนวนที่แสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อ)

4.1.1 จุดเด่นของโครงการปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโครงการ

4.1.1.1 ด้านนโยบาย การถ่ายทอดนโยบาย งบประมาณ และการวางแผน

- ผู้บริหาร สสจ. แพทย์ เจ้าหน้าที่ บุคลากร ชุมชน และญาติ เห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง
- ผู้บริหารสถาบัน และ บุคลากรในหน่วยงานมีความมุ่งมั่นและยินดีเข้าร่วมโครงการ มีทัศนคติที่ดี รับทราบนโยบาย และแผนงานในการปฏิบัติ
- สนับสนุนให้เป็นนโยบาย / สนับสนุนโครงการ พร้อมจัดอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- มีการประชุมชี้แจงแก่ผู้บริหารทุกระดับทราบนโยบาย / ขั้นตอนในการดำเนินงานของโรงเรียนมัธยม / รพท. / รพช. / สอ.
- การดำเนินงานเต็มพื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง
- เมื่อมีการเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้เจ้าหน้าที่บุคลากรที่ทำงานสุขภาพจิตทุกระดับปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เป็นการจุดประกายให้เห็น ความสำคัญและตระหนักในการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น
- ความชัดเจนในการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด / รพศ. / รพช. / สสอ. / สอ.
- มีการวางแผนการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีความเสี่ยงและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- มีรูปธรรมชัดเจน / นโยบายและผังกำกับงาน Suicide ที่ชัดเจน
- กระบวนการเช่นการเลือกรูปแบบ การเลือกพื้นที่และวิธีดำเนินการ โครงการที่เหมาะสม
- ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการและไม่จำกัดกิจกรรมในโครงการ
- มีงบประมาณอย่างเพียงพอ ส่วนหนึ่งจัดสรรให้ระดับอำเภอในการดำเนินงานการอบรม การเก็บข้อมูล



- Project manager ถ่ายทอดความรู้และมีแบบประเมินที่ง่ายต่อการใช้
- แผนการดำเนินงานชัดเจนยิ่งขึ้นในแต่ละปี

4.1.1.2 ด้านการจัดองค์กรรับผิดชอบ และด้านการจัดบริการ

- การสร้างระบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือมีความชัดเจนทำให้ระบบการติดตามดูแลดีขึ้น มีการสร้างทีมวิทยากรที่มีคุณภาพและเครือข่ายการดำเนินงานตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ
- มีทีมปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตขึ้น (จากเดิมที่ไม่มี)
- บางอำเภอมีทีมประสานงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ " คณะกรรมการสุขภาพจิต "
- ระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ทำให้บรรยากาศการทำงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอมนัยเป็นไปอย่างราบรื่น เจ้าหน้าที่มีกำลังใจในการทำงาน
- การมีทีมปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่สามารถแก้ปัญหาแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม
- มีระบบเครือข่ายการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ชัดเจน ครอบคลุมแบบสหวิชาชีพ
- มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาสาสมัคร
- มีคลินิกให้คำปรึกษาและมีการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องทุกเดือนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
- บางอำเภอมีการขยายการให้ความช่วยเหลือครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ
- มีการผสมผสานการทำงานร่วมกับงานอื่น ๆ เช่น งานเอดส์
- การจัดทำระบบ / ขั้นตอนในระบบบริการของโรงพยาบาล
- บางอำเภอเน้นการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ชุมชน
- มีการประเมินคัดกรอง ส่งต่อ รักษาและมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
- มีห้องสำหรับให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
- บริการปรึกษาทางโทรศัพท์และใช้ในการติดตามกรณีผู้รับบริการไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้
- การส่งต่อผู้ป่วยและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
- รพศ. มีจิตแพทย์ มีโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นที่ปรึกษาได้เป็นอย่างดี
- การเข้าร่วมกิจกรรม Hospital Accreditation (HA) เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้เห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิต

4.1.1.3 ด้านการพัฒนาบุคลากร การจัดสัมมนา และการฝึกอบรม

- มีการสัมมนาในการจัดทำหลักสูตรอบรมทำให้ผู้เข้ารับการสัมมนามีส่วนร่วมในหลักสูตรอบรมที่จัดทำขึ้นส่งผลให้การนำไปขยายผลในพื้นที่มีประสิทธิภาพ
- มีการนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการสร้างหลักสูตรการอบรม
- มีวิทยากรหลายหลาย สหวิชาชีพและมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน
- มีการอบรม/ซักซ้อมความเข้าใจผู้ประสานในโครงการฯ ก่อนดำเนินการจริงในการจัดอบรมความรู้เรื่องซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย รวมทั้งการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
- บุคลากรได้รับการอบรม สัมมนา ประชุม ทำให้มีทักษะ ความมั่นใจในการดำเนินงานมากขึ้น
- บุคลากรมีความมั่นใจและมีทักษะในการให้คำปรึกษาดีขึ้น
- มีการอบรมฟื้นฟูและขยายเครือข่ายการดูแลเข้าไปในชุมชน
- เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนมากให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้และใช้แบบประเมินผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนได้
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ สามารถประเมินผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งสามารถจัดหาเวลาในการให้คำปรึกษาญาติ และผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น
- เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยอมรับเป็นปัญหาของพื้นที่

4.1.1.4 ด้านการประสานงาน

- การให้ความร่วมมือของทุก คปสอ.และการประสานงานที่ดีในเครือข่ายฯ
- มีเครือข่ายสุขภาพจิตและการนิเทศติดตามงานในเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง ประชุมงานระดับอำเภอ (คปสอ.) เดือนละ 1 ครั้ง
- เกิดระบบการดูแลช่วยเหลือกัน ในลักษณะเครือข่ายทั้งในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและในชุมชน
- เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินโครงการฯ สามารถติดต่อทีมผู้บริหารโครงการฯได้รวดเร็ว รวมทั้งได้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนและเหมาะสมในการดำเนินโครงการฯ
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ความร่วมมือ) ดีขึ้น
- ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วยในการยอมรับ / ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- ได้รับความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่น เช่น หนังสือพิมพ์ สถานีวิทยุ อสม. เป็นต้น
- องค์กรภายนอก/เอกชน/ศาสนา เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ / ผู้บริหาร

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่สูงเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ สถิติผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ณ สถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 - 2544 พบว่า มีแนวโน้มที่ประชาชนจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย¹

พ.ศ.	จำนวน	อัตราต่อประชากรแสนคน
ภาวะซึมเศร้า		
2540	33,995	55.90
2541	45,727	74.39
2542	61,405	99.58
2543	80,673	130.37
2544	59,133	94.90
พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย		
2540	16,639	27.36
2541	17,620	28.67
2542	21,720	35.22
2543	19,011	30.72
2544	22,684	36.41

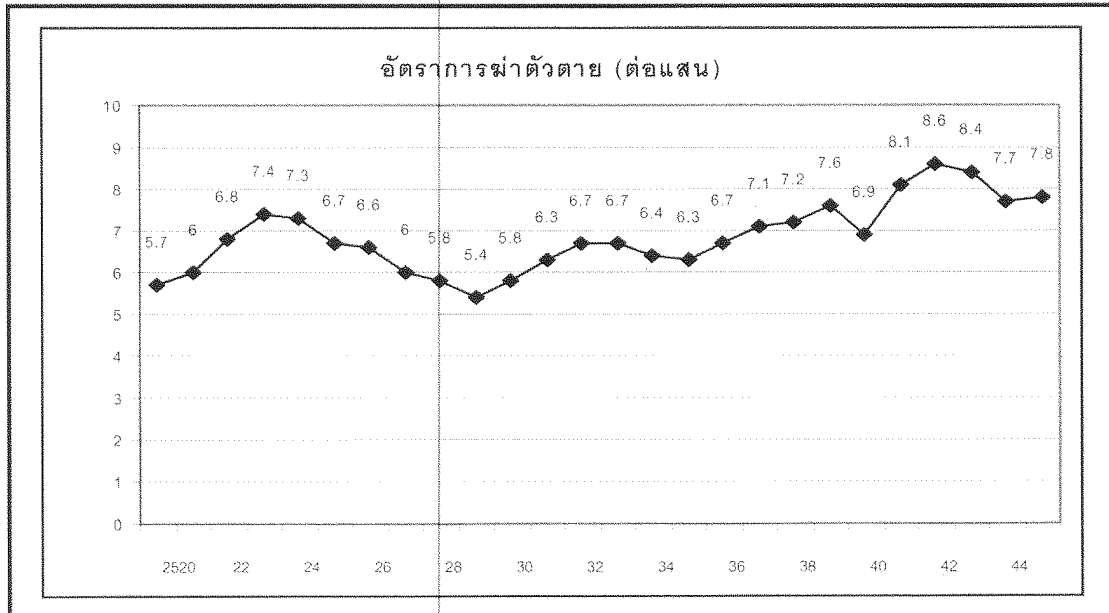
¹ เขตกรุงเทพมหานคร (เขต 13) เฉพาะสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2544)

ข้อมูลข้างต้นเป็นสถิติเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นถ้าประมาณการณจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดโดยรวมกับจำนวนผู้ที่ไม่ได้มารับบริการด้วยแล้ว จึงคาดว่าสถิติการเจ็บป่วยด้วยภาวะทั้งสองอย่างนี้ จะมีมากกว่านี้แน่นอน

สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข (2520-2545) ได้รวบรวมข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายจากมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทยและ รายงานของสถานบริการ สาธารณสุขทั่วประเทศ มาอย่างต่อเนื่อง มีสถิติอัตราการอุบัติการณ์ของภาวะการฆ่าตัวตาย ดังนี้ (แผนภูมิที่ 1.1)



แผนภูมิที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน)



จากข้อมูลดังกล่าว ถ้าหากคำนวณค่าเฉลี่ยของอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงเวลาทุกห้าปี นับจากปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายช่วง พ.ศ. 2520 - 2525 ช่วง พ.ศ. 2526 - 2530 ช่วง พ.ศ. 2531 - 2535 ช่วง พ.ศ. 2536 - 2540 และช่วง พ.ศ. 2541 - 2545 เท่ากับ 6.7 5.9 6.5 7.1 และ 8.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายและแผนงาน เพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหานี้โดยมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการพัฒนาคณะบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีส่วนในการป้องกันและ ช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาแก่ประชาชนทั่วไป โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2546

การดำเนินงานโครงการฯ ในระยะที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ในด้านต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้นตามลำดับ โดยที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 นี้ถือว่าเป็นปีสุดท้ายของแผนงานโครงการฯ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมิน สรุปผลโครงการฯ ในภาพรวม เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่บ่งชี้ถึงผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ตลอดจนทำให้ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือไม่สำเร็จดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูง ตลอดจนเป็นการบันทึกบทเรียน การดำเนินงานโครงการฯ อันจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป



4.1.1.5 ด้านกลุ่มเป้าหมายและประชาชน

- การยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วม และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ประชาชนมีความตื่นตัว ตระหนัก เห็นความสำคัญของภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ทำให้ประชาชนได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นจากประชาชนด้วยกัน
- ผู้รับบริการและชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ มีการส่งเสริมจิตที่ดีในครอบครัวและชุมชน
- ความร่วมมือของชุมชน / โรงเรียน

4.1.1.6 ด้านระบบข้อมูล การวิจัย และอื่นๆ

- มีการศึกษากลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ทราบปัญหา สาเหตุแท้จริง ของพื้นที่และนำมาสู่การวางแผน กำหนดแนวทางป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน
- ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของประชาชน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย และปัญหาอื่นๆ
- มีแบบรายงานเฝ้าระวัง (ร.506 DS) ที่มีคุณภาพ ง่ายต่อการเก็บ
- มีคู่มือ การจัดทำสื่อ รณรงค์ ประชาสัมพันธ์เข้าถึงชุมชน
- มีสื่อ / วิตุ ท้องถิ่น เผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน ทำให้สามารถเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น
- มีสื่อ / เทคโนโลยีที่ใช้ประกอบการดำเนินงานจากส่วนกลางที่มีประโยชน์มากนำมาประยุกต์ใช้ได้ดี
- มีแบบฟอร์ม/รายงาน มีความชัดเจน สะดวกที่ช่วยในการประเมินและการนิเทศติดตาม
- โครงการมีการดำเนินงานต่อเนื่อง

4.1.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

4.1.2.1 ด้านบุคลากร / ผู้ให้บริการ

- ผู้รับผิดชอบโครงการ/ผู้ประสานงานในโครงการได้รับหนังสือการเข้าร่วมประชุมล่าช้า เช่น จะมีการประชุมพ่วงนี้หนังสือถึงวันก่อนประชุม 1 วัน
- ผู้บริหาร แพทย์ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านอื่น ไม่เห็นความสำคัญ มีทัศนคติที่ไม่ดี
- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถวางแผนในการจัดคลินิกได้อย่างชัดเจน
- การให้บริการผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มรูปแบบ เนื่องจากมีข้อจำกัด (ด้านสถานที่ บุคลากร ผู้รับบริการ เวลา เป็นต้น)
- จากการติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะไม่ไปตรวจที่สถานบริการ จะทราบเมื่อฆ่าตัวตายสำเร็จแล้ว



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- บุคลากรไม่คุ้นเคยกับโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล และมีงานอื่นเร่งด่วนมากทำให้การประมวลผลล่าช้า
- งานยาเสพติดเป็นงานที่กระทรวงเน้นหนักเป็นนโยบายสำคัญจึงต้องระดมคนมาดำเนินงาน
- บุคลากรมีการโยกย้ายและเปลี่ยนงานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานซึ่งผู้ที่มารับงานต่อไม่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการมอบหมายงานที่ชัดเจน
- การเก็บรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยยังไม่สามารถเก็บได้ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง
- บุคลากรยังขาดความมั่นใจในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมไม่นำไปใช้ ไม่ถ่ายทอดให้ผู้ร่วมงานอื่น ทราบจึงทำให้การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน
- มีข้อจำกัดเรื่องภาษาในบางอำเภอที่มีชาวเขา / แรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก
- วันหยุด บางรายไม่ได้ทำ Counseling (เจ้าหน้าที่รุ่นน้องบางคน Counseling ไม่เป็น)
- ต้องใช้เวลาในการซักประวัติ เพื่อลงแบบฟอร์ม รง. 506.DS บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

4.1.2.2 ด้านผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักตัดสินใจทำร้ายตัวเองรวดเร็ว ไม่มาขอรับบริการทำให้การช่วยเหลือไม่ทัน ไม่สามารถประเมิน
- ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและไม่ร่วมมืออย่างเพียงพอและไม่ยอมรับผิดชอบภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- ญาติไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาระงาน
- ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง และไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองและบางคนไม่มารับบริการ
- กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา / แรงงานต่างด้าว ฯลฯ มีการย้ายที่อยู่บ่อย ๆ ยากแก่การติดตาม
- มีปัญหาในการติดตามและนัดมาติดตาม เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาตามนัด ไม่สะดวกในการเยี่ยมบ้าน
- การศึกษาข้อมูลย้อนหลังทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด
- ทักษะการตรวจคัดกรอง ชุมชน ต่อการดูแลผู้ป่วย ยังพบว่ามีแง่มุมในด้านลบ เช่น ทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องความสนใจ
- ประชาชนทั่วไปไม่กล้ามาขอรับการรักษา

4.1.2.3 ด้านครูและผู้นำชุมชน

- ผู้นำชุมชน อสม. / อบต. บางคนไม่เห็นความสำคัญของการประเมินคัดกรองผู้ป่วย และมีทัศนคติไม่ดีและคิดว่าไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้



- ขาดความร่วมมือจากชุมชน
- อสม. ยังขาดความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า
- ครูไม่สามารถให้คำแนะนำได้

4.1.2.4 ด้านการบริหารจัดการ

- งานสุขภาพจิตไม่ได้อยู่ใน 14 นโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ความสำคัญของงานเป็นอันดับสุดท้ายและงานล่าช้า
- การประเมินผล ข้อมูล รายงานย้อนกลับสู่จังหวัดล่าช้า
- มีงานนโยบายเร่งด่วน เช่น ใช้เลือดออก ยาเสพติด ทำให้งานสุขภาพจิตถูก ลดความสำคัญลง
- ขาดการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการ
- ความร่วมมือในหน่วยงาน
- การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของจังหวัดที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบ ดำเนินงานไม่ชัดเจน
- สื่อ / เอกสาร ในการเผยแพร่ความรู้ ไม่เพียงพอ ขาดสื่อประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่
- แบบประเมิน(คัดกรอง)ไม่มีความเที่ยงเชิงเนื้อหา (แต่ละคนตีความไม่เหมือนกัน)
- ระบบฐานข้อมูลการป่วยและตายจากสาเหตุฆ่าตัวตายยังไม่มีคุณภาพ
- การโอนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตล่าช้ามาก ไม่ตรงเวลาตามที่กำหนดไว้ส่งผลให้
- การสนับสนุนงบประมาณไม่ต่อเนื่อง ทำให้จังหวัดไม่มีวัสดุ อุปกรณ์สนับสนุนให้หน่วยงานปฏิบัติ เช่น แบบคัดกรองต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง
- การประสานงาน การสื่อสารในทุกระดับ ทุกหน่วยงานยังไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กร
- การ Re - organize องค์กร ไม่ติดตามผล

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1 ด้านนโยบาย การถ่ายทอดนโยบาย งบประมาณ และการวางแผน

- ควรมีนโยบายระดับกระทรวงให้มีการแยกงานออกมาให้เด่นชัด หรือบรรจุเป็นนโยบายที่จะต้องเร่งรัดแก้ไขในระดับเขต
- ให้เป็นแผน นโยบายหลักระดับกระทรวงที่ชัดเจน เพราะส่วนใหญระดับผู้บริหารจะเป็นการทำงานตามนโยบายหลักกระทรวง ทำให้การจัดบุคลากรในการปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ การประสานงานในระดับหน่วยงานย่อยไม่สะดวก และไม่เห็นความสำคัญ
- ควรนำเสนอผู้บริหารระดับสูงให้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช
- สร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารทุกระดับ เพื่อผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- ควรมีการประชุมระหว่างผู้ประสานงานโครงการฯ ในส่วนของกรมสุขภาพจิตกับผู้บริหาร

- หัวหน้า สอ. ควรจะได้รับทราบนโยบายที่ชัดเจน เช่น เมื่อทาง สสจ. จัดประชุมชี้แจงนโยบายควรระบุให้ หัวหน้า สอ. เข้าฟังด้วย จะได้ให้ความสำคัญมากกว่านี้
- การพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบและเหมาะสม เช่น พิจารณาจากปริมาณงาน ประเภทของกิจกรรม ระดับหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนด้านวิชาการและด้านอื่นๆ
- การสนับสนุนค่าตอบแทนในการเก็บข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย รายหัวๆ ละ 50 บาท เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงกลุ่ม
- สนับสนุนงบประมาณให้มากที่สุด ครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อนำร่องในอำเภอ/จังหวัดควรขยายให้ทั่วประเทศ
- โครงการควรครอบคลุมพื้นที่ที่มีความเสี่ยง และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายสูง และไม่ควรทำต่อเนื่องโดยไม่ตระหนักเรื่องงบประมาณมากนัก มีกิจกรรมหลาย อย่างที่ดำเนินงานได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณ
- ควรกรมอบรางวัลแก่ จนท. ที่ดำเนินงานเฝ้าระวังดีเด่นระดับอำเภอ จังหวัด เขต และระดับประเทศ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ จนท.

4.2.2 ด้านการจัดองค์กรรับผิดชอบ และด้านการบริหารจัดการ

- ช่วยผลักดันให้เกิดหน่วยงานจิตเวชที่ชัดเจนใน ร.พ.ชุมชน
- อยากให้มีการกำหนดที่ชัดเจน (มีนโยบาย ตำแหน่ง หรือกลุ่มงานที่รับผิดชอบชัดเจน) อาจจะเป็นลักษณะงานหนึ่งที่มีการกำหนดบทบาทชัดเจน (ตาม กพ. กำหนด) ควรมีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง เพื่อดำเนินงานที่ครบถ้วน
- ขอเพิ่มบุคลากร
- ควรกำหนดกรอบอัตราภาระงานสำหรับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
- จัดให้มีการประกวด / นำเสนอผลงานการดำเนินงานโครงการนี้ในสถานบริการแต่ละระดับ
- บางร.พ. ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน แต่รวมอยู่กับฝ่ายส่งเสริม ซึ่งต้องรับงานอื่นด้วย
- ให้พยาบาลวิชาชีพลงไปทำงานที่ สอ. เพราะในด้านการเรียนการสอนของหลักสูตรเน้นในเรื่องนี้มากกว่า แต่ทุกคนเกิดการเรียนรู้ได้หรือมีนักจิตวิทยาที่สะสมอยู่ตามหน่วยงานใหญ่ลงมาทำงานบ้าง เพื่อการทำงานที่ได้ผลดี

4.2.3 ด้านการพัฒนาบุคลากร การจัดสัมมนา และการฝึกอบรม

- สนับสนุนให้บุคลากรศึกษาต่อเฉพาะทาง อบรมเพิ่มเติม/ฟื้นฟู ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกปี ตลอดจนจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างเครือข่าย
- เจ้าหน้าที่ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมโดยเฉพาะ เพื่อให้มีความรู้ชำนาญอย่างเพียงพอ
- อบรมระยะสั้นการให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะ (ไม่ > 5 วัน) เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อน
- จัดเวทีให้ผู้ที่ทำงานที่เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอผลงาน และมุมมองในด้านต่าง ๆ และเสนอแนะวิธีดำเนินงานอย่างไรให้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน และเน้น ให้ความสำคัญในการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- อบรมเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างทั่วถึง
- น่าจะมีการจัดอบรมฟื้นฟูที่มหาวิทยาลัย
- ควรจัดอบรมเพื่อทบทวนองค์ความรู้โรคทางจิตเวช
- ควรจะมีการอบรมเรื่อง สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นด้วย
- ควรมีการอบรมแพทย์เกี่ยวกับการวินิจฉัยโครงการซึมเศร้า การดูแลรักษา
- ควรจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในระดับ สอ. อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการโยกย้าย จนท. บ่อย
- ควรมีการจัดประชุมทำความเข้าใจงานสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี เพราะมักจะเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย
- จัดอบรมฟื้นฟูระบบเฝ้าระวัง และช่วยเหลือให้ผู้นำชุมชน/ครู/อสม./สอ ฯลฯ. เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการจัดระบบดูแลในระดับลึก
- นำเสนอบทเรียนที่สร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์ของแต่ละจังหวัดให้เครือข่ายโครงการฯ ได้ทราบ
- หากมีการจัดอบรมบุคลากร ควรทำให้รู้แจ้งเห็นจริง อาจจะไปดูตัวอย่างจริง ๆ ในการทำงาน (ไม่ใช่มาทำเป็นตัวอย่างสมมุติแสดงกันเอง) จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการดำเนินงานในพื้นที่จริง
- มีการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงที่ รพ. เพราะ จนท. ส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์ ไม้มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาของตนเอง
- ให้จังหวัดจัดโครงการอบรม Basic Counseling ในภาพรวมเพราะมีเจ้าหน้าที่ใหม่ และปฏิบัติงานใน PCU ที่จะใช้จริง ๆ ที่ยังไม่ผ่านการอบรม

4.2.4 ด้านการพัฒนาระบบบริการ

- ควรมีการทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย หากมีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม ควรแจ้งให้ทราบทันที



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้พิการวัยชราและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- ควรจัดกิจกรรมหรือแผนงานโครงการเชิงรุกโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด
- แบบคัดกรองควรใช้กับคนไข้ได้หลายประเภท ไม่ระบุภาวะซึมเศร้าอย่างเดียว
- การให้คำปรึกษาต้องใช้เวลาเยอะกับผู้ป่วย ทำให้การดำเนินงานในระดับ สอ. ไม่ทัน เพราะมีงานอื่น ๆ อีกเยอะแยะ
- ให้ร.พ. ชักประวัติที่อยู่ของผู้ป่วยให้ชัดเจน เพราะผู้ป่วยจะให้ที่อยู่ที่ไม่จริง ซึ่งจะทำให้หาตัวไม่พบ และเสียเวลาในการค้นหา
- ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตทุกราย น่าจะมีการให้คำปรึกษาเฉพาะรายด้วย นอกจากรับยาแล้ว
- เน้นสุขภาพจิตดีเพื่อสุขภาพกายดีตามมา โดยจัดกิจกรรมเป็นรูปธรรมมาก ๆ
- ควรมีโครงการป้องกันและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสถานที่ให้คำปรึกษา
- ระบบการดำเนินงาน "สุขภาพจิต" ไม่ชัดเจนเหมือนงานอื่น ๆ อยากให้วางระบบให้ชัดเจน ครอบคลุมการทำงานแค่ไหน อย่างไร ทำเป็นคู่มือบอกให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง ลำดับ 1 2 3 4 5 ให้เหมือนงานอื่น ๆ
- พัฒนาระบบยาในงานการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช คือ อย่างน้อยให้มียาพื้นฐานที่เหมือนกันใน รพท., รพช. ทุกแห่ง
- จัดทำเครือข่ายการดูแลทางสังคม กระบวนการช่วยเหลือในชุมชน (เช่น โครงการที่ปรึกษาชุมชน)
- อยากได้แนวทางการค้นหา และดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าใน PCU

4.2.5 ด้านกลุ่มเป้าหมาย ประชาชน และผู้ป่วย

- มีการขยายเครือข่ายให้ผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาให้การช่วยเหลือครอบคลุมมากยิ่งขึ้นไปถึงแรงงาน ต่างด้าว กลุ่มนักเรียน / นักศึกษา กลุ่มแรงงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ญาติ ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- เน้นให้ความรู้สู่การปฏิบัติได้จริงในกลุ่มผู้นำชุมชน ครู แกนนำครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและผลักดันไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง
- ควรแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ควบคู่กันไป
- การจัดอบรมให้ความรู้แก่ ครู / พระ / อาสาสมัคร / กลุ่มต่างๆ ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในงานสุขภาพจิต
- อยากให้จิตวิทยากรเข้าไปให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัว เข้าไปในโรงเรียนบ้าง เพราะที่โรงเรียนมีปัญหา มาก ๆ มีกรณีฆ่าตัวตาย 2 รายแล้ว ตาย 1 ราย และควรมีเจ้าหน้าที่ติดตามการ ปฏิบัติงาน ในโรงเรียน 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง

- ควรจัดแบบคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมทุกกลุ่มวัย จะได้ทำแผนการ
ออกคัดกรอง ประชาชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนครบทุกกลุ่มวัย

4.2.6 ด้านการประชาสัมพันธ์ และสื่อต่างๆ

- ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้มาก
- ควรจัดสื่อให้มากกว่าขึ้น ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ VCD
- อยากได้สื่อสนับสนุนลงสู่ชุมชนมาก ๆ
- ให้มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อที่หลากหลาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ให้ระดับ
ครอบครัวเฝ้าระวัง และเห็นความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะวัยนักเรียน /
นักศึกษา และ วัยทำงาน
- ระดับ สอ. ยังขาดสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารแผ่นพับต่าง ๆ

4.2.7 ด้านการประสานงาน และการนิเทศงาน

- ทีมผู้บริหารโครงการควรมีรายชื่อผู้ประสานงานโครงการฯ และควรประสานงาน
กับผู้รับผิดชอบโครงการโดยตรง
- ทีมผู้บริหารโครงการควรวางแผนการดำเนินโครงการร่วมกับฝ่ายแผนงานและ กองสุขภาพ
จิตสังคมเพื่อให้การดำเนินการไม่เกิดความซ้ำซ้อน
- การสร้างระบบเครือข่ายการส่งต่อและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ควรให้ผู้ประสานงานโครงการฯ เขียนแผน/เขียนโครงการฯ ส่งผู้บริหารโครงการ
ก่อนปีงบประมาณ
- มีการแจ้งข่าวสาร / วารสาร เพื่อพัฒนาความรู้ของบุคลากร และทราบ ความก้าวหน้า
ของการดำเนินงานของจังหวัดอื่น ๆ
- จังหวัดควรมีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการ ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ มีความเข้าใจตรงกัน
- มีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน องค์กรภาคเอกชน เพื่อการ ดำเนินงาน ครอบคลุมชัดเจน
- ไม่ควรเร่งทำโครงการให้เสร็จตามกำหนด เพื่อที่จะประเมินผลเพื่อจะได้มีการวางแผนงาน
กิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ผ่านมา ปี 2545 เร่งรีบจัดอบรมและทำโครงการมาก
ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและทอดถอย
- ควรติดตามนิเทศงานต่อเนื่อง
- หนังสือแจ้งบุคลากรเข้าร่วมประชุม ขอให้แจ้งล่วงหน้าไว้ก่อน
- ควรมีการติดตามผลโครงการทุกระดับอย่างต่อเนื่อง มีการสรุปผลโครงการและการแก้ไข
ปัญหาของโครงการในปีต่อไป

เน้นนิเทศติดตามงาน และให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญให้มากขึ้น



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้เปราะบางซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- ควรแจ้งหัวข้อประชุม และถ้าจะมีการนำเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ควรแจ้งหน่วยงานเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้เตรียมข้อมูลมานำเสนอ
- อยากให้อาจารย์ลงไปเยี่ยมเยียนตาม รพท. รพช. บ้าง
- ควรมีการแจ้งกำหนดการนิเทศล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อที่มาร่วมประชุมคณะทำงานทั้งหมดสรุปผลการทำงานเป็นภาพรวมทั้งหมด ไม่ใช่ความคิดเพียงคนกลุ่มเดียวเท่านั้น

4.2.8 ด้านระบบข้อมูล การวิจัย และอื่นๆ

- ไม่ควรเปลี่ยนแปลงรายงานบ่อยๆ
- แบบฟอร์มการรายงานควรปรับแบบประเมินที่ง่ายต่อการใช้ และดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป
- จัดระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อฆ่าตัวตายให้มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน และครบถ้วน โดยให้หลักการทางระบาดวิทยา หรือควรมีโปรแกรมเก็บข้อมูล
- ควรนำการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าไปในระดับ Family folder เพื่อให้การประเมินทำได้ครอบคลุม 100 %
- แบบประเมิน รง.506.DS ควรมีกฎหมายกว้างขวางมากกว่าการวินิจฉัย Depression ของแพทย์ เนื่องจากแพทย์โรงพยาบาลชุมชน นักวิจัย Anxiety เป็นส่วนมาก
- ควรจะมีการชี้แจงเรื่องแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกัน
- ขอให้ สสจ. ช่วยติดตามรายงานให้ครบถ้อยยังไม่ได้ส่ง
- รายงานซ้ำซ้อน ข้อมูลเยอะ (ขอแล้วขออีก) อยากให้ขอเฉพาะที่สำคัญ และนำไปวิเคราะห์/ใช้ประโยชน์ได้
- ข้อมูลย้อนหลังอย่าย้อนเวลานานเกินไป ควรย้อนสักไม่เกิน 3 เดือน ออกไปตามเยี่ยมแล้วผู้ป่วยย้ายไปทำงานที่อื่นแล้ว
- ถ้ามีการสัมภาษณ์ญาติ หรือ ผู้ป่วย ควรทำช่วงหลังเกิดเหตุการณ์ไม่เกิน 6 เดือน เพราะถ้าเว้นไว้นานการกลับไปสัมภาษณ์จะทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลลดลง
- ระยะเวลาให้เก็บข้อมูลสั้นไป ควรให้ระยะเวลามากกว่านี้
- ควรปรับแบบรายงานทางระบาดให้กระชับ และข้อความถามน้อยลง แต่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของท่านอาจารย์และคณะฯ
- ควรทำความเข้าใจกับกรมสุขภาพจิตว่าใช้ข้อมูลใดเป็นฐานได้หรือไม่ เพราะซ้ำซ้อนกัน และเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างมากด้วย
- ควรปรับปรุงแบบฟอร์มรายงานไม่ให้มากเกินไป ลดการทำงานของ จนท.ลง เพราะงานสุขภาพจิตกับงานยาเสพติดต้องไปคู่กัน ขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ควรเป็นแบบฟอร์มง่าย ๆ และเข้าใจง่ายถ้าเป็น disc ได้ก็จะดี ขอขอบคุณค่ะไม่รู้เรียกเรื่องมากไปหรือเปล่า แต่เป็นคนที่ตั้งใจทำงานสุขภาพจิตมาโดยตลอด เพราะเห็นประโยชน์ และคุณค่ามากที่สุด

คนทำงาน สุขภาพจิตต้อง ทำด้วยใจรักจริง ๆ เป็นผู้ให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนแล้ว
จะเกิดความสุข ผลงาน ก็จะได้ตามมา

- ควรจัดทำระบบเฝ้าระวังครบ 100% ครอบคลุมทั้ง 75 จังหวัด

4.3 เหตุผลที่ควรดำเนินการโครงการนี้ต่อไป

- เพื่อเป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป ควรจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกแห่ง
- เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน
- ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาอย่างมาก
- เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ที่ยังไม่มีโอกาสพบจิตแพทย์
- เพื่อทราบผลการดำเนินงาน และแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- สภาพสังคมซับซ้อนมากขึ้น ต้องการดูแลสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด และเพิ่มมากขึ้น
- ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และซึมเศร้ากันมากแต่ไม่ได้รับการคัดกรอง
- เพื่อให้สามารถคัดกรองเบื้องต้นก่อนที่จะมีการฆ่าตัวตาย
- เป็นการติดตามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของ Pt ต่อ
- เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึง
ความสำคัญ
- มีผู้ที่มีปัญหาและหาแนวทางการแก้ปัญหาไม่ได้ จะได้ช่วยผู้ที่มีปัญหาได้มากขึ้น
- ควรทำให้ต่อเนื่องเพื่อประเมินโครงการ
- สามารถนำไปเชื่อมโยงกับงานอื่นๆ ได้ด้วยปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชประเภท
ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายมีปรากฏและมีสถิติสูงขึ้นเรื่อย ๆ
- เพื่อใช้ประโยชน์ในการลดการตายจากการฆ่าตัวตาย
- มีการเก็บข้อมูลละเอียดมากขึ้น
- ได้ประโยชน์จากการดำเนินการทำให้การทำงาน ระบบงาน การค้นหามีประสิทธิภาพขึ้น
- เป็นการเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยของแต่ละอำเภอ
- เป็นการพัฒนาศักยภาพและงานสุขภาพจิต
- เป็นการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มแรกของปัญหาสุขภาพของประชาชน หากไม่แก้ปลายเหตุจะ
ทำให้ สูญเสียงบประมาณเวลา
- ผู้ป่วยซึมเศร้าและทำร้ายตนเองมีมาก ถ้าหยุดโครงการการดูแลก็หยุดชะงัก (ไม่เต็มที)
- เพราะผู้ป่วยรู้สึกได้รับการเอาใจใส่จากราชการ
- เพราะผู้เข้ารับงานใหม่จะทราบรายละเอียดได้อย่างต่อเนื่อง
- จะลดภาวะการฆ่าตัวตาย แต่ควรไปดูแลในด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงานให้ตรงกับสายงาน
- เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการเชิงป้องกัน และลดค่าใช้จ่ายของประเทศ



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้พิการ-ชดเชยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- งานสุขภาพจิตเป็นงานที่ไม่เป็นรูปธรรม แต่มีผลทางด้านจิตใจในสภาวะสังคมปัจจุบัน ต้องการพึ่งพาด้านสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ต้องมีกำลังใจในการทำงานอย่างเข้มแข็ง อย่างน้อยก็ได้บุญ
- ทำให้งานสุขภาพจิตขยายขอบเขต และมีความสำคัญในการช่วยเหลือบริการมากขึ้น
- แนวโน้มสภาพภาวะเศรษฐกิจจะมีผู้ป่วยมากขึ้น
- มีประโยชน์มาก แต่อยากให้สนับสนุนโปรแกรมการป้องกันข้อมูล รง.506.DS ใช้ในระดับ จังหวัด
- ยังไม่ขยายทุกสถานบริการ
- ผู้ที่ผ่านโครงการนี้แล้วย้ายออกจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ
- โดยดำเนินการเป็นปัจจุบัน ไม่ทำย้อนหลัง
- ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้มากขึ้น และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง
- เพียงแค่ได้พูด สอน แต่เวลาปฏิบัติยังไม่รู้ว่าจะได้ผล Outcome เป็นอย่างไร
- เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในลักษณะ " ล้อมคอกก่อนวิหยา "
- จะได้พบกลวิธีดำเนินงานที่ถูกต้องที่สุด
- ชีวิตของทุกคนมีคุณค่า และจะช่วยสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

บทที่ 5 บทเรียนจากกรณีศึกษา

กรณีศึกษาต่อไปนี้ได้จากการบอกเล่าของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ที่ได้ ประสบกับตนเองและตนเป็นผู้ให้บริการ เป็นกรณีศึกษาที่นำมาอภิปรายแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาขณะที่มีการไปนิเทศงาน ซึ่งกรณีศึกษาแต่ละรายมีประโยชน์ ทำให้เห็นสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทำให้ทราบทักษะการให้บริการและการจัดการของเจ้าหน้าที่ และทำให้เห็นลักษณะการทำงานและการประสานงานในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม

บทนี้จะแบ่งการนำเสนอกรณีศึกษาเป็นสองตอน คือ 1) กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จ และ 2) กรณีศึกษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ ดังนี้

5.1 กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จ

มีกรณีศึกษาหลายกรณีที่เจ้าหน้าที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และมีลักษณะการดำเนินงานบางประการที่น่าสนใจ ถือเป็นตัวอย่างของการทำงานที่ดีในระดับหนึ่ง ดังต่อไปนี้

การให้การปรึกษา ช่วยผู้ป่วยได้จริง ๆ

"...คนไข้เพศหญิง ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เกิดความกังวลว่าสามีจะไปมีหญิงอื่น และสงสัยว่าสามีจะติดเชื้อ HIV เข้ามาในบ้าน ซึ่งทำให้ทั้งสองมักจะทะเลาะกัน และทุกครั้ง ที่ทะเลาะกับสามี สามีจะจับลูกขึ้นไปขังไว้ชั้นบนของบ้าน และทำร้ายคนไข้ชั้นล่างด้วย การกรีดแขน ทบตีตลอด คนไข้มารับบริการของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling และให้กลับบ้านได้หลังจากนั้นคนไข้พยายามกินยาฆ่าตัวตายอีกรอบ ซึ่งพอทำการ counseling 2-3 รอบ อาการดีขึ้น..."

"...กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายอายุ 40 กว่าปี คิดว่าภรรยาไม่รัก มีอาการอะละเวียวาย และถือปืนฆ่าคนอื่นตลอด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเข้าไปหาและพูดคุยพร้อมทั้งตักเตือนในเรื่องการพกพาอาวุธ และได้แนะนำให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์รักษาตัวอยู่ประมาณ 2-3 เดือน โรงพยาบาลก็ได้ส่งตัวกลับมาให้สถานีอนามัยช่วยดูแล การช่วยเหลือก็จะเป็นการดูแลเรื่องกินยา แนะนำญาติ และการทำ counseling ซึ่งจะเป็นการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ส่วนญาติจะมีการแนะนำเกี่ยวกับการให้การเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มาก และในตอนนี้อยู่ที่ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ดีระดับหนึ่งแล้ว..."



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ w.ศ. 2544-2546

"...ผู้ป่วยหญิง ทะเลาะกับสามี พอไปทำงานที่สวน ก็ได้สมยามาหน้า เพื่อหวังที่จะฆ่าหน้าที่เกิดขึ้นในสวนแต่นั้นเกิดความคิดน้อยใจสามีทำให้กินยาฆ่าหน้าประชิดสามี แต่รายนี้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทัน แล้วก็ได้นัดมาให้คำแนะนำและดูแลรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น..."

"...คนไข้เพศชาย มีภาวะติดสุราเรื้อรัง ใช้มีดโกนทำร้ายร่างกายตนเอง เนื่องจากสงสาร แม่ที่ต้องคอยดูแล ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้พูดคุยกับคนไข้โดยนำ ประเด็นที่ทำให้คนไข้รู้สึกถึงคุณค่าของตัวเองที่ยังมีอยู่ ทำให้คนไข้มีอาการดีขึ้นและพยายามเลิกสุรา ..."

"...คนไข้หญิง อายุ 50 ปี เคยทำร้ายตัวเองด้วยการกินยา เกินขนาด เนื่องจากมีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ เบาหวาน ทำให้คนไข้รู้สึกเบื่อที่จะต้องคอยให้ผู้อื่นดูแล เจ้าหน้าที่ได้ให้การ counseling ซึ่งครั้งสุดท้ายคนไข้รู้สึกดีขึ้นและไม่คิดทำร้ายตนเองอีก..."

"...คนไข้พยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาเบื่อหนู เนื่องจากคนไข้เป็นคนพิการพูดไม่ได้ แขนซ้ายเป็นอัมพาต และพ่อแม่ที่บ้านมักจะบ่นให้คนไข้ได้ยิน เรื่องคนไข้ดูแลตัวเองไม่ได้ สะอาดทำให้ ส่งกลิ่นเหม็น ซึ่งเมื่อนำส่งโรงพยาบาลแพทย์ได้ให้การรักษารักษา 1 คืน หลังจากให้ counseling คนไข้มีอาการดีขึ้นและเมื่อพูดคุยกับพ่อแม่คนไข้ทำให้สามารถเข้าใจคนไข้มากขึ้น..."

"...ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยการใช้น้ำมันก๊าดแช่ แผลได้ให้นำส่งสถานีนอนามัย และได้ให้การ counseling ซึ่งคนไข้เข้าใจตัวเองและไม่คิดทำร้ายตัวเองซ้ำ ..."

"...กรณีศึกษา ที่พบเป็นชาย ภรรยาเสียชีวิต และต่อมาไม่นานแม่ก็เสียชีวิต ทำให้คนไข้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีอาการปวดหัว คนไข้มารับยาที่สถานีนอนามัยบ่อยๆ เจ้าหน้าที่เห็นว่า มีภาวะซึมเศร้าจึงให้คนไข้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และให้การ counseling คนไข้ 6 ครั้ง คนไข้จึงมีอาการดีขึ้น..."

"...คนไข้เพศชาย น้องชายและหลานชายที่อยู่บ้านเดียวกันติดเชื้อ HIV ทำให้คนไข้ ชุมชนสงสัยและหวาดระแวงว่าคนไข้จะติดเชื้อและนำมาแพร่กระจายสู่คนรอบข้าง คนไข้มีภาวะเครียดมากจึงต้องนำส่งโรงพยาบาลศูนย์ ปัจจุบันได้ทำการติดตามให้คนไข้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นหน้าที่ของทีมงานที่แต่งตั้งขึ้น ซึ่งจะทำการพูดคุยให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลคนไข้..."

"...คนไข้เพศหญิง ผิดหวังจากความรัก เนื่องจากคนไข้เคยแต่งงานและมีท้องไม่สามารถคลอดลูกได้ด้วยตัวเองและเด็กตายในท้อง ทำให้แพทย์ต้องผ่าเด็กออกทำให้เป็นสาเหตุให้คนไข้ต้องเลิกกับสามี และเมื่อแต่งงานใหม่ สามีใหม่เจ้าชู้มีภรรยาน้อยหลายคน ทำให้ทำใจไม่ได้และกรีดแขนทำร้ายตัวเอง ซึ่งคนไข้ทำมาแล้วประมาณ 10 ครั้ง นอกจากนี้คนไข้พยายามที่จะกินยาฆ่าแมลง แต่มีผู้ช่วยเหลือไว้ทัน และนำส่งโรงพยาบาล คนไข้รายนี้เจ้าหน้าที่ได้ให้การช่วยเหลือด้วย การควบคุมปริมาณยาและให้การ counseling ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังไม่ให้คนไข้ทำร้ายตัวเองซ้ำ..."



"...ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 33 ปี ได้รับการ admit เพราะพยายามผูกคอตาย ซึ่งเป็นการกระทำครั้งแรก เนื่องจากสาเหตุเสียใจที่ครอบครัวมีปัญหามากมาย จึงดื่มสุรามากจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งคนไข้บอกกับเจ้าหน้าที่ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายตัวเอง เจ้าหน้าที่จึงให้คำแนะนำและนัด follow up อีก 1 อาทิตย์ คนไข้มีอาการดีขึ้นตามลำดับ..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง เมาส์ราและกนิยาโพลิดอน สาเหตุเนื่องจากมีปัญหาทะเลาะกับสามี น้อยใจซึ่งทำร้ายตัวเองดังกล่าว และทำการ admit เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จากการซักประวัติพบว่า สามีและภรรยาคู่นี้ติดสุราเป็นเวลานานแล้ว จึงได้ให้คำปรึกษาเรื่อง การเลิกสุรา..."

"...คนไข้ ANC ที่ท้องแล้วสามีทิ้งไปหาผู้หญิงคนใหม่ งานส่งเสริมได้ส่งมาให้เจ้าหน้าที่ทำการ counseling การช่วยเหลือที่ได้คือการให้คนไข้ได้ระบายความรู้สึก สมมติสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้คนไข้สามารถคิดหาวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้ จนคนไข้สามารถยอมรับและ ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีก และสามารถคลอบคลุมได้ตามปกติ..."

"...ผู้ป่วยเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กนิยาฆ่าแมลง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องงานที่ทำอยู่มีมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะเครียด และแก้ปัญหาโดยการกินยาฆ่าตัวตาย มีผู้นำส่งโรงพยาบาลเพื่อทำการล้างท้องและให้การ counseling อาการดีขึ้น..."

"...ผู้ป่วยเป็นแม่ฝ่ายถูกกระทำชำเรา โดยผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ คนไข้แจ้งความฟ้องร้องกันตลอด ซึ่งคนไข้ไม่ค่อยสบายใจจึงได้มาขอ คำแนะนำจากโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ได้ให้ การช่วยเหลือในด้านการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่นักเรียนและให้ยานอนหลับไปทาน ทำให้คนไข้มี กำลังใจมากยิ่งขึ้น..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 70 ปี มีปัญหาทะเลาะกับสามีและลูก มาอยู่ในโรงพยาบาล 2 อาทิตย์ ด้วยการกินยาพาราเซตามอลเกินขนาด เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษาและมีการนัด follow up 2-3 ครั้ง อาการดีขึ้นตามลำดับ..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 16 ปี พยายามแขวนคอตายแต่แม่ช่วยได้ทัน จากการพูดคุยพบว่า ครอบครัวนี้มีลูก 3 คนฐานะทางบ้านไม่ค่อยดีนัก พ่อแม่ส่งให้ไปเรียนในเมืองและไปคบกับเพื่อนที่มีฐานะดี เพื่อนชักชวนให้ไปเที่ยวหลังสอบเสร็จ แต่พ่อแม่ไม่มีเงินให้เลยห้าม คนไข้ไม่เข้าใจจึงเกิดน้อยใจว่าทำไมต้องปฏิเสธความต้องการของตน จึงพยายามแขวนคอตายดังกล่าว เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษา และได้ชี้แจงให้คนไข้เข้าใจในฐานะพร้อมทั้งความต้องการของพ่อแม่ ซึ่งคนไข้ก็เข้าใจและกลับไปดูแลตัวที่บ้านต่อไป..."

"...หญิง ที่มารับบริการวางแผนครอบครัว ที่พยาบาลสังเกตว่ามีภาวะซึมเศร้า จึงได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและพบว่าคนไข้มีปัญหาสามีไปติดพันผู้หญิงในที่ทำงาน และกังวลกลัวลูกจะมีปัญหาตามมา เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งตอนนี้มีความเข้าใจกับสามีดี..."

"...ยายคนหนึ่ง มีปัญหาโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่เข้าไปพูดคุยด้วย ก็ทำให้ปัญหาที่ยายคิดว่าหนักนั้น เป็นเรื่องที่ง่าย ๆ และมีทางออก ต่อมายายก็เข้ามาขอใจเจ้าหน้าที่ที่ช่วยแก้ปัญหาให้ได้ ทำให้ยายเกิดความประทับใจในบริการของทางโรงพยาบาลยิ่งขึ้น..."



"...ผู้หญิงอายุประมาณ 20 ปี ซึ่งการทำร้ายตัวเองครั้งแรกมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว จึงกินยาฆ่าตัวตาย แล้วญาตินำส่งที่โรงพยาบาล ในแผนกฉุกเฉิน แต่พอแพทย์จำหน่าย ก็ไม่มีการติดตาม พอมาครั้งที่สอง กินยาฆ่าตัวตายอีก เจ้าหน้าที่จึงได้เข้าไปพูดคุยด้วยและทราบว่า ผู้หญิงคนนี้เป็นภรรยาของคนที่ชื่อเสี่ยงคนหนึ่งในพื้นที่ วัน ๆ ไม่ทำอะไร คอยแต่โทรศัพท์จากสามี ทำให้เกิดความคิดฟุ้งซ่าน และกินยาฆ่าตัวตายดังกล่าว เจ้าหน้าที่จึงแนะนำให้ไปเรียนทำขนม หรือหากิจกรรมอย่างอื่นทำในเวลาว่าง ระยะเวลาหลังมีการติดตามคนไข้ อาการก็ดีขึ้นและคนไข้มีความคิดที่จะไปเรียนคอมพิวเตอร์เพิ่มเติม จึงให้กำลังใจ แต่เจ้าหน้าที่ได้ให้การแนะนำญาติและคนรอบข้างให้ช่วยเหลือ สอดส่องและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบด้วย..."

"...ตัวอย่างคนไข้ที่เจอใน สถานีอนามัย คนไข้ อายุ 47 ปี มีภาวะกินข้าวไม่ลง อยากที่จะเข้าน้ำเกลือ ซึ่งแรก ๆ เจ้าหน้าที่ก็ไม่เข้าใจ แต่พอสังเกตเห็นว่ามีอาการซึมเศร้าก็ได้เข้าน้ำเกลือให้และพูดคุยกัน จึงรู้ว่าคนไข้ขาดทุนจากการประกอบกิจการค้าขาย และเขาสงสัยว่าลูกจะติดยาบ้าเนื่องจากลูกไปพักกับญาติที่ขายยาบ้า ทำให้เขารู้สึกหมดหวังในชีวิต คิดกระโดดน้ำตาย แต่พอคิดถึงลูกก็ทำไม่ลง และเจ้าหน้าที่ได้ทำการเรียกญาติ ลูกเมีย มาคุยในวันหลัง และให้ยาคนไข้ไปกินให้คำปรึกษา แนะนำให้เขาได้คิดถึงในสิ่งที่เขารัก และไม่ให้นำตัวเอง ทำให้เห็นว่าการที่เขาจะตายไม่เกิดผลดีต่อลูกเมีย จะทำให้ลูกเมียลำบากด้วย จนคนไข้ยินยอมไม่ทำร้ายตัวเอง และได้ให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งประสานงานกับทาง โรงพยาบาลจิตเวช รับตัวคนไข้ไปรักษาต่อไป..."

"...ชาย อายุประมาณ 25 ปี มา admit ที่ ward เนื่องจากติดเชื้อ HIV ซึ่ง admit 2 วันด้วยภาวะซึมเศร้า แพทย์ได้ให้พยาบาลทำการ counseling ตอนแรกคนไข้ไม่เปิดใจที่จะคุย กับพยาบาล พอให้ counseling 2-3 ครั้ง โดยการให้กำลังใจและพูดคุยให้คนไข้เห็นคุณค่าในตัวเองคนไข้เริ่มพูดคุยและมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังได้ทำการให้ counseling พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ของคนไข้ด้วย..."

"...คนไข้เป็นอสม. อายุ 33 ปี คนไข้มีลูก 2 คน คนไข้ประสบปัญหาสามีมีเมียน้อย และมักจะบ่นเรื่องนี้ให้เจ้าหน้าที่ฟังบ่อย ๆ เนื่องจากคนไข้มีความสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ดี วันหนึ่งคนไข้ได้โทรมาบอกว่ากินยาพาราเซตามอล 80 เม็ด ยานอนหลับ 20 เม็ด จึงถามต่อไปว่าตอนนี้อยู่ที่ไหนเมื่อทราบที่อยู่ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลนำรถของโรงพยาบาลไปรับมาล้างท้องสำเร็จ หลังจาก คนไข้มีอาการดีขึ้นได้ทำการ counseling ด้วยการยกปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับลูกทั้ง 2 คนเมื่อเสียแม่ การยอมรับปัญหาที่เกิด การปรับตัว และให้กำลังใจแก่คนไข้ ระยะเวลาหลังคนไข้อาการดีขึ้น..."

การแก้ปัญหาโดยการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม

"...คนไข้เป็นโรคประจำตัว อยู่ตัวคนเดียว คนไข้พยายามที่จะฆ่าตัวตาย ก่อนหน้าที่จะมารักษาที่โรงพยาบาล คนไข้พยายามที่จะเดินให้รถชนแต่ไม่สำเร็จ เมื่อมารักษาที่แพทย์ได้ให้ทีมให้คำปรึกษาเข้าไปพูดคุยด้วย 2-3 ครั้ง และรู้ว่าปัญหาที่อยากฆ่าตัวตายมาจากการไม่มีเงิน ไม่มีคนเลี้ยงดู ทางโรงพยาบาลได้ประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งทางชมรมมีโครงการให้เงินช่วยเหลือคนชรารายละ 300 บาท ต่อเดือน และก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้สามารถแก้ปัญหาคนไข้รายนี้ได้..."

"... คนไข้สูงอายุ ไม่มีที่อยู่อาศัย มีปัญหาซึมเศร้า เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ไปเจอในชุมชน ซึ่ง
อสม.และผู้นำชุมชน ได้เข้าให้การช่วยเหลือโดยการสร้างที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ได้..."

"...ผู้ป่วยเพศชาย อายุมาก เกิดอาการเครียด นอนไม่หลับ เพราะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ
ต้องเลี้ยงหลาน 2 คน เนื่องจากพ่อแม่เด็กติดคุก และไม่ได้ทำงาน ทำให้ไม่มีเงินซื้อนมให้หลาน ซึ่ง
ทางเราก็ได้ให้คำปรึกษาและให้ยากลับไปทานที่บ้าน แต่ก็ยังมาโรงพยาบาลอีก และหลังจากรู้ปัญหา
ว่าไม่มีเงินซื้อนมให้หลาน ทางโรงพยาบาลจึงได้ให้นมแก่เขาไป 2 ลัง..."

"...หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วไม่ยอมรับลูกในท้องเนื่องจากถูกข่มขืน เจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling
แต่สุดท้ายเมื่อคลอดแล้วก็ต้องนำเด็กส่งสถานพินิจเด็กเนื่องจากแม่ไม่ยอมรับ..."

"...คนไข้ถูกส่งจากโรงพยาบาลมาที่สถานีนามัย คนไข้มีภาวะจิตเวชต้องการได้รับการฉีดยา
หรือติดตามคนไข้ให้มารับยาอย่างต่อเนื่อง คนไข้จะมีอาการนอนไม่หลับ และคนไข้มักจะมาขอ
ยานอนหลับที่สถานีนามัย ยาที่จ่ายให้คือ diazepam และได้แนะนำให้คนไข้ไปพบ แพทย์ที่โรงพยาบาล
ซึ่งคนไข้ไม่มีเงินจะไปรักษา เจ้าหน้าที่จึงช่วยเหลือเงินค่าเดินทางไปรับการรักษา ทำให้คนไข้สามารถ
ไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้..."

ให้คำปรึกษาร่วมไปกับการทำ Matrix Program

"...ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากคนไข้เป็นคนค้ายาบ้า และเสพยาบ้าเองด้วย เมื่อมีข่าว
การฆาตกรรมทำให้เกิดความกลัวและกังวลว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งทางสถานีนามัย พบคนไข้รายนี้
จากการทำ Matrix Program ทำให้เจ้าหน้าที่พบคนไข้ และได้ให้บริการcounseling แก่ผู้ป่วย 4 - 5 ครั้ง
คนไข้มีอาการดีขึ้น..."

"...คนไข้เข้าร่วมโครงการค่ายยาเสพติด เนื่องจากคนไข้ติดสารระเหย พยาบาลได้ดูแล และ
ให้ยารับประทานตลอด ซึ่งผลสุดท้ายคนไข้แอบเก็บสะสมยาได้ในปริมาณมากพอสมควร จึงรับ
ประทานยาที่สะสมจนหมด ระหว่างที่ยาออกฤทธิ์คนไข้ได้ใช้มีดกรีดแขนตัวเอง ทำให้เจ้าหน้าที่ใน
ค่ายนำส่งโรงพยาบาล admit 3 วัน จึงให้กลับ หลังจากนั้นแม่ได้ขอให้แพทย์นำส่งโรงพยาบาล จิตเวช
แต่คนไข้ไม่ไป จึงประสานต่อให้ PCU ดำเนินการติดตามต่อโดยใช้วิธีการเมตริกโปรแกรมร่วมกับ
การทำจิตบำบัด ทำให้คนไข้มีอาการดีขึ้น..."

"...โรงพยาบาลได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเข้าในงานของโรงเรียนใกล้เคียงภายใต้
โครงการเมตริกซ์ โปรแกรมซึ่งพบว่านักเรียนและผู้เข้าค่ายหลายคนที่มีภาวะซึมเศร้า จึงได้ให้ counseling
แก่คนเหล่านั้นทันที ..."

การให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างพลังการต่อสู้ชีวิต (Empowerment)

"...หญิงมีครรภ์ คนไข้ติดเชื้อ HIV ทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ครั้งแรกที่มาพบบริการเจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling และครั้งหลังจากนั้นสามีมาด้วยจึงได้ทำการ counseling แบบ family counseling กับสามีด้วย ซึ่งหลังจากคลอดลูกได้ 7 วัน สามีก็ตายด้วย ติดเชื้อ HIV เจ้าหน้าที่ได้ทำการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และให้แนะนำทำให้ผู้ป่วย เข้าใจและสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ บริการที่จัดให้หญิงตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะทำการ Counseling โดยใช้แบบ empowerment จนทำให้คนไข้สามารถตัดสินใจและรู้จักดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ รวมถึงการแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ AZT และหลังการคลอดแล้วได้มีการติดตามต่อไป การเยี่ยมบ้าน ทางโรงพยาบาล ได้มีการติดตามในเขตพื้นที่ให้บริการและส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งการเยี่ยม แต่ครั้งได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติดี..."

ให้คำปรึกษาทั้งครอบครัว (Family Counseling)

"...ผู้ป่วยเพศหญิง ทำร้ายตนเองหลายครั้ง ครั้งแรกและครั้งที่สองด้วย วิธีกินไดอะซีแพมเกินขนาด ครั้งที่สามกินน้ำยาล้างท้องน้ำ เนื่องจากคนไข้มีปัญหาเกี่ยวกับ พฤติกรรมทางเพศ และทะเลาะกับสามีและน้องสามี ต่อมาสามีทราบว่าคนไข้ติดเชื้อ HIV จึงโดนสามีและน้องสามี รุมทำร้ายร่างกาย จึงได้ทำการ admit เข้าระบบ เพื่อ counseling ไปเจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling แก่คนไข้ พร้อมให้ครอบครัวของคนไข้มารับการ family counseling ก่อนกลับบ้าน..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง มีปัญหาครอบครัวแตกแยก สามีก็ทุบตีตลอด วันหนึ่งคนไข้เห็นสามี ส่งสายตาให้ผู้หญิงคนอื่นขณะกินข้าวด้วยกัน ทำให้คนไข้เกิดความรู้สึกหึงหวงสามี จึงแก้ปัญหาด้วยการกินยาเกินขนาด สามีนำส่งโรงพยาบาล รักษาในโรงพยาบาลไม่นาน แพทย์จึง discharge ก่อนกลับบ้านคนไข้ได้รับการ counseling พร้อมกับสามี และนัด follow up อีกครั้ง..."

"...ผู้ป่วยเป็นสามีของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทำร้ายตัวเองครั้งแรกโดยการผูกคอตาย เนื่องจากปัญหาครอบครัว ทำร้ายตัวเองครั้งที่สองกินยาฆ่าตัวตาย เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ มีหนี้สินมากและถูกโกงเงิน และครอบครัวไม่ให้ความสนใจ เมื่อ admit เจ้าหน้าที่ได้เข้าไปพูดคุย และให้คำแนะนำ และได้พูดคุยกับภรรยาและลูกในการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ทำให้อาการดีขึ้นเป็นลำดับ..."

"...คนไข้ พ่อแม่แยกทางกัน คนไข้อาศัยอยู่กับแม่ ต่อมาแม่แพน แต่แม่ไม่ยอมรับทำให้น้อยใจกินยาพาราเซตามอลเพื่อพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลได้ admit และให้คำปรึกษาทั้งคนไข้และแม่ โดยเน้นให้แม่มองสาเหตุที่ถูกทำร้ายตัวเอง และลูกให้มองในปัญหา และเหตุจูงใจที่ทำร้ายตัวเอง ตอนหลังทั้งคู่ก็เข้าใจกันมากขึ้น..."

"...คนไข้หญิง อายุ 62 ปี พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ได้รับการ admit 3-4 ครั้งภายใน 1 เดือน แพทย์ได้ส่งมาให้คลินิกให้คำปรึกษา พบว่าคนไข้มีปัญหา กับลูกสะใภ้ ต้องการให้ลูกชายแยกทางกันแต่ลูกชายไม่ยอมจึงย้ายไปอยู่กับแม่ภรรยาที่ติดการพนัน ทำให้ยังต้องเป็นห่วง เจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling และได้พูดคุยกับลูกและญาติในการดูแลติดตาม ก่อนให้กลับบ้าน..."

"... หญิงอายุ 25 ปี สุภาพดี ทำงานบริษัท เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยสาเหตุตั้งครรภ์กับสามีแล้วมารู้ทีหลังว่าสามีเคยมีเมียมีลูกมาก่อนหน้านี้ และพ่อแม่ของคนไข้ไม่ยอมรับในตัวสามี เลยต้องย้ายไปอยู่บ้านสามี ซึ่งมีเมียเก่าอยู่ด้วย ทำให้รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว คนไข้คิดคลอດลูกแล้วทิ้งให้สามีเป็นคนเลี้ยง ซึ่งเมื่อให้คำปรึกษาทั้งคนไข้และสามี พบว่าสามียอมรับเลี้ยงลูกได้ จึงทำให้คนไข้มีอาการดีขึ้น..."

"...คนไข้หญิง อายุ 20 คนไข้ไปงานเลี้ยงเพื่อน ดื่มสุราจนเมาไม่ได้สติจึงโดนเพื่อนผู้ชายข่มขืน และปรากฏว่าเกิดตั้งท้อง คนไข้มีสามีแล้วและสามีทำหมันแล้ว ถ้าทราบว่าคนไข้ท้องสามีจะทำอย่างไร เนื่องจากสามีเป็นคนที่มีอารมณ์รุนแรง เจ้าหน้าที่จึงให้การ counseling คนไข้ ประมาณ 3 ครั้ง และทำการ counseling สามีด้วย ซึ่งแรก ๆ สามีก็ไม่เข้าใจและเกิดการทะเลาะกันในห้อง counseling ซึ่งเจ้าหน้าที่คอยดูสถานการณ์ เมื่อเหตุการณ์สงบ เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำจนสามีเกิดความเข้าใจในภรรยาและพร้อมที่จะดูแลเด็กในท้อง..."

ผลการตรวจเลือด ช่วยแก้ไขความกังวลใจของผู้ป่วย

"...คนไข้ชาย อยู่ที่ตึก OPD คนไข้มาได้รับการรักษาด้วยท่าทางกระสับกระส่าย เข้ามาขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ด้วยสาเหตุที่คนไข้เป็นผู้ชายให้บริการทางเพศ และสงสัยว่าจะติดเชื้อ HIV ซึ่งแสดงอาการน้ำหนักลดอย่างเห็นได้ชัด คนไข้เคยพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง แต่มีภาระในการดูแลหลานจึงทำให้เลิกลคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งเจ้าหน้าที่ให้การ counseling และ counseling AIDS ก่อนที่จะทำการตรวจเลือดซ้ำ ผลปรากฏว่าคนไข้ไม่ติดเชื้อ ระยะเวลาหลังติดตามเยี่ยมบ้านคนไข้มีอาการดีขึ้น..."

การใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์

"...โรงพยาบาลได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยงานเฝ้าระวังได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการครั้งแรก และประเมินอีกครั้งเมื่อครบ 8 เดือน พร้อมให้คำปรึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เกิดภาวะเครียด เรื่องเด็กที่อยู่ในท้อง ปัญหาการคลอด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบกับเด็ก ถ้าไม่ได้รับการรักษา..."

คัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยการจัดบอร์ด

"...โรงพยาบาลได้มีการประชาสัมพันธ์โดยการติดป้ายให้ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ทราบว่าถ้ามีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ตามที่นำเสนอในบอร์ด ให้รีบมาปรึกษาเจ้าหน้าที่ทันที เพื่อทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หากพบว่าคะแนนที่ได้สูงประกอบการสังเกตพฤติกรรม จะส่งต่อยังแพทย์เพื่อวินิจฉัยต่อไป หรือนัด follow up คนไข้เพื่อสังเกตอาการดีขึ้นหรือไม่ การเยี่ยมบ้านจะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการติดตาม คนไข้นอกเขตพื้นที่บริการ...."



แม้จะมีคนไข้จำนวนมาก แต่ก็สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้อย่างรวดเร็ว

“โรงพยาบาลได้รับการ comment จากเจ้าหน้าที่ OPD มีคนไข้มากไม่สามารถคัดกรองได้ครบทุกราย จึงได้ให้คำแนะนำว่าให้เจ้าหน้าที่ถามคนไข้ว่า คนไข้เบื่อหรือไม่ที่เป็นอย่างนี้ ท้อหรือไม่ หรือ เมื่อถามถึงปัญหาแล้วคนไข้ร้องไห้ มีอาการปวดหัวอย่างรุนแรง ถ้ามีอาการอย่างนี้ให้เจ้าหน้าที่ส่งงานสุขภาพจิต ได้...”

ให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการสมมติสถานการณ์ในอนาคต

“นักเรียนหญิง อายุ 18 ปี อยู่ในช่วงสอบเอนท์ทราน ไม่มีพ่อ มีแต่แม่ และอาศัยอยู่กับตายาย แม่ต้องการให้คนไข้สอบให้ได้จะได้ไม่ขายหน้า ก็เลยเกิดการทะเลาะกับแม่ จึงไปปรึกษากับเพื่อนชาย แต่เพื่อนชายไม่สนใจ น้อยใจระหว่างกลับบ้านเห็นร้านขายยา เลยแวะซื้อแมกนิน กินยาพาราเซตามอลไป 60 เม็ด ขณะที่กินเกิดอาการอาเจียน และก็คิดได้ว่ายังไม่อยากตาย เลยโทรให้เพื่อนชายพาไปโรงพยาบาล คนไข้จึงได้รับการ admit และทำการ counseling เพื่อให้เห็นคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งสมมติสถานการณ์ขึ้นว่าในอนาคต ถ้าเกิดเหตุการณ์อย่างนี้คนไข้จะท้ออย่างไร ก่อนกลับก็ได้เรียกคนที่บ้านมาชี้แจงจนเข้าใจแล้วก็ให้กลับบ้าน และเมื่อทำการ counseling ซ้ำก็ดีขึ้น...”

ให้คำปรึกษาร่วมกับการรักษาโรคจิต

“...ผู้ป่วยเป็น Epilepsy และ Schizophrenia ได้ทำการกินยาจะฆ่าตัวตาย สาเหตุมาจากต้องการประชิดสามี เจ้าหน้าที่ได้ช่วยเหลือแต่คนไข้ไม่รู้สึกรู้ตัว จึงส่งต่อ โรงพยาบาล ซึ่งทาง โรงพยาบาลได้ admit 3 วัน จึงให้กลับได้ นอกจากนี้ญาติบอกว่าคนไข้มักเอาแต่ใจตัวเอง ไม่ยอมรับ ความช่วยเหลือจากคนอื่น แต่พอมายู่โรงพยาบาลก็ไม่อยากกลับบ้าน เพราะอยู่ที่ โรงพยาบาลมีข้าว ให้กินฟรี มีคนเลี้ยงดูลูกให้ จึงไม่อยากออกจากโรงพยาบาล จนต้องให้ญาติมารับกลับ แต่ไม่ยอม คนไข้ต้องการให้หัวหน้าที่เคยไปทำงานด้วยเป็นคนมารับ และรับลูกไปเลี้ยง คนไข้รายนี้เคยไปรับยาที่ โรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วครั้งหนึ่ง เนื่องจากคนไข้เป็นคนที่ไม่พูดจาเรื่อยเปื่อย เอาแน่นอนไม่ได้ แต่ คนไข้ยืนยันว่าไม่ได้คิดฆ่าตัวตาย และ หลังจาก admit 2 ครั้ง แพทย์พิจารณาให้รับยาไปทาน และอาการ ก็ค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ก็มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลเฝ้าระวังต่อไป...”

ใช้กระบวนการกลุ่ม (Self-Help Group) ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย

“...กรณีศึกษาที่พบอีกรายเป็นหญิง อายุ 40 ปี ทำร้ายตัวเองด้วยการกินยาเกินขนาด สาเหตุมาจากน้อยใจสามี เนื่องจากสามีของคนไข้มีอาชีพทหารและนำระบบการปกครองคนแบบ

ทหารมาใช้กับคนไข้ ซึ่งสามิติดแชร์และมีหนี้สินมาก มาขอเงินกับภรรยาแล้วไม่ได้ทำ ให้เกิดโมโหทำร้ายร่างกายคนไข้ด้วยการทุบตี ทำให้คนไข้คิดฆ่าตัวตาย การ counseling ที่ทำคือการให้คนไข้ได้ระบายและนำความรู้สึกที่คนไข้มีต่อลูกมาใช้ทำให้คนไข้เห็นคุณค่าในตัวเอง รวมถึงการสมมติสถานการณ์ให้คนไข้ได้คิดถึงแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป อาการในระยะนี้ดีขึ้นและไม่มีความคิดทำร้ายตัวเองอีก การช่วยเหลือในโรงพยาบาลจะใช้วิธี Self-Help Group ร่วมด้วย ..."

ใช้การฝังเข็มช่วยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

"...ที่โรงพยาบาลมีแพทย์ที่ได้ไปฝึกการฝังเข็มมา จึงจัดบริการโดยใช้การฝังเข็มช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย..."

ใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาปรับปรุงระบบการนัดหมายและการส่งต่อ

"...เดิมการเก็บข้อมูลคนไข้มักขาดหายไป เนื่องจากมีการนัด follow up ที่ให้บริการเดือนละครั้ง ปัจจุบันได้ปรับปรุงระบบการทำงานใหม่ ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น การส่งต่อคนไข้มีการรับลงทะเบียนอย่างเป็นระบบ การนัดหมายคนไข้จะใช้ระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย โดยคนไข้ที่ส่งต่อถ้าอยู่ในนอกเขตจะ refer ยัง สถานีอนามัย หรือ refer ไปยังโรงพยาบาลศูนย์..."

เปลี่ยนชื่อคลินิก ทำให้คนไข้มาใช้บริการมากขึ้น

"...การประชาสัมพันธ์จะมีเจ้าหน้าที่ลงไปประชาสัมพันธ์ที่คลินิกเบาหวาน คลินิกความดัน คลินิกหญิงมีครรภ์ AIDS และในท้องที่มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการแจกแผ่นพับ และการฝากให้คนไข้ ญาติคนไข้บอกต่อ ๆ กันไป นอกจากนั้นยังขึ้นป้ายคลินิกคลายเครียดหน้าห้อง ซึ่งตอนนั้นเปลี่ยนชื่อเป็น "คลินิกเพื่อนใจ" ซึ่งการเปลี่ยนชื่อคลินิกดังกล่าวทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น..."

พยาบาลผู้ให้คำปรึกษามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วย

"...คนไข้ฆ่าตัวตายทุกรายจะทำการ counseling ก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน ถ้าแพทย์สั่งให้ discharge แล้ว แต่พยาบาลยังเห็นว่าไม่ควร ก็จะส่งให้แพทย์ให้ counseling อีกครั้ง..."

เทคนิคการเยี่ยมบ้าน

"...ผู้ป่วยเป็นเด็กชาย ครอบครัวค้าขาย ค่อนข้างมีฐานะ มาโรงพยาบาลเพราะเครียด เบื่อที่จะต้องทำงานช่วยที่บ้าน การเยี่ยมบ้านพบปัญหาที่ว่าญาติหรือคนป่วยไม่ต้องการให้ ไปเยี่ยม เพราะกลัวคนอื่นรู้ ซึ่งต้องอาศัยรูปแบบในการเข้าหาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ถ้าบ้านขายพัดลม ก็ให้ทำเหมือนจะไปซื้อพัดลม หรือขายกับข้าว ก็ไปกินข้าว แล้วหาโอกาสไปให้คำปรึกษาหลังบ้านแทน จะทำให้คลายความกังวลลงได้ การพูดคุยกับพ่อแม่เด็ก เพื่อให้เข้าใจกัน ทำให้ปัญหาของเด็กคนนี้ได้รับการแก้ไข..."

แพทย์ร่วมเยี่ยมบ้าน

"...มีคนไข้พยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินยาพาราเซตามอล มาล้างท้อง ที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ได้ admit เข้าไปใน ward และทำการ counseling ไป 2 ครั้ง คนไข้จึงมีอาการดีขึ้น ได้มีการนัดติดตามจากวันออกจากโรงพยาบาล 1 อาทิตย์ โดยจะนัดมาเพื่อพบแพทย์หรือมารับยาไปทานต่อที่บ้าน ได้มีการประสานงานให้เจ้าหน้าที่ PCU ติดตามเยี่ยมบ้านต่อ บางครั้งแพทย์จะออกติดตามไปเยี่ยมด้วย ซึ่งทุกครั้งจะมีสมุดเก็บ บันทึกข้อมูลของคนไข้ขณะที่ดูแลตัวเองที่บ้าน..."

การส่งต่อไปโรงพยาบาล เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือได้

"...คนไข้เพศหญิง อายุประมาณ 50 ปี นับถืออิสลาม ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง มารักษาตัวที่โรงพยาบาลตลอด นำยาที่เก็บไว้กินรวดเดียวหมด (กินยาเกินขนาด) สาเหตุมาจากการน้อยใจที่ลูกชายบอกว่าแม่ไม่รัก เพราะแม่ไม่ยอมไปเยี่ยมขณะที่ลูกชายอยู่ที่ สถานพินิจเด็ก ทำให้คนไข้คิดมาก พยายามเข้าไปพูดคุยให้คำปรึกษาทั้งคนไข้สามี และลูกชาย ทำให้อาการของคนไข้ดีขึ้น แพทย์พยายามให้ยานอนหลับและยาโรคเบาหวานไปทานที่บ้าน แต่จะควบคุมปริมาณยาไม่ให้มากเกินไป เพราะคนไข้เคยกินยาเกินขนาดมาแล้วครั้งหนึ่ง ก่อนออกจากโรงพยาบาลอาการดีขึ้น แต่พอกลับมาอีกครั้งจะมีอาการเหมือนเดิม ทำซ้ำๆ จนต้องส่งไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด ยังไม่ได้ติดตามความเป็นอยู่หลังส่งตัว ..."

การนำระบบคุณภาพ ISO หรือ HA มาปรับใช้กับงานสุขภาพจิต

"...โรงพยาบาลได้ดำเนินโครงการนี้มา 3 ปีแล้ว โดยจะมีแบบประเมินการเฝ้าระวัง ซึ่งในปีแรก พ.ศ. 2544 เป็นการพัฒนาศักยภาพในโรงพยาบาล ปี พ.ศ.2545 เป็นการ จัดหางบประมาณและการฝึกอบรมด้านการให้คำปรึกษา และปี พ.ศ. 2546 นี้มีการพัฒนาระบบการทำงานแบบ ISO หน่วยงานต้องมีการบันทึกและประเมินผลการทำงานเอง ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับปรุงมาใช้ในโครงการป้องกันช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าได้..."

"...ระบบการทำงานดูแลคนไข้ฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจะยึดตามระบบ Hospital Accreditation (HA) โดยจัดคนไข้เข้าเป็นคนไข้ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินจะให้คำปรึกษาเป็นขั้นแรก จากนั้นส่งต่อ ward เพื่อซักประวัติ และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย คนไข้ที่มีภาวะฆ่าตัวตายจะใช้ระบบ home health care เข้าร่วม การนัดหมายจะนัดตามความต้องการของคนไข้ และกรณีคนไข้ที่อยู่นอกเขตบริการจะมีทีมงาน home visit ที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม...."

ยังไม่ส่งต่อไปรักษาใกล้บ้านถ้ายังไม่มั่นใจ

"...คนไข้มีอาการโรคจิต คนไข้คิดว่าตัวเองสามารถที่จะอ่านจิตใจของคนอื่นได้ ทำให้เกิดอาการหวาดกลัว ทำร้ายตัวเองโดยการกินยาพาราเซตามอลเกินขนาด หลังแพทย์ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดให้ยารักษาโรค คนไข้รายนี้ได้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน แต่โรงพยาบาลยังไม่ประสานกับโรงพยาบาลอำเภอไปติดตามต่อ แต่ได้มีการนัด follow up ที่โรงพยาบาลเดิมก่อน จนกว่าจะมั่นใจว่าอาการดีขึ้น..."

ผู้ป่วยมานอกเวลาราชการ นัดแล้วไม่มา บทบาทของสถานีนอมนัยคือการติดตาม

"...ผู้ป่วยเพศชาย เคยฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เจ้าหน้าที่ได้ทำการนัด ให้มารับยาไปกินและนัดพบแพทย์แต่คนไข้ไม่มา ซึ่งทางเจ้าหน้าที่จึงประสานงานให้สถานีนอมนัยใกล้บ้านได้สืบหาที่อยู่และติดตามต่อแล้ว..."

ใช้ประโยชน์บัตร เพื่อติดตามผู้ป่วย

"...ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการนัดหมายที่ต่อเนื่อง ทำโดยใช้ประโยชน์บัตร ติดตามให้มาตามนัด ที่ผ่านมามีการนัดหมายผู้ป่วย 9 คน แต่มารับบริการเพียง 3 คน ส่วนการติดตามเยี่ยมบ้านนั้น ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากปัญหาด้วยเวลาและบุคลากร และกลุ่มงานฯ ยังไม่มีนโยบายฝากคนอื่นเยี่ยม ..."

ใช้โทรศัพท์ เพื่อติดตามผู้ป่วย

"...ในการให้บริการนัดหมายคนไข้ ได้มีการติดตามคนไข้ที่ไม่มาตามนัด โดยทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลับมารับบริการ คนไข้ที่นัดมาจะมีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย..."

มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ "บ้านเกื้อการุณ "

"...โรงพยาบาลมีระบบการดำเนินการคัดกรองคนไข้ โดยให้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่เครือข่าย และมีทีมงานให้บริการคนไข้เป็นประจำทุกวัน มีบริการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ คนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อมารับบริการจะถูกประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนที่จะให้คำปรึกษาและนัดมา follow up อีกครั้ง หากไม่สามารถมาได้ จะแจ้งการบริการด้านการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์โดยให้ชื่อคลินิกที่เปิดให้คำปรึกษาว่า บ้านเกื้อการุณ..."

บทเรียนจากความผิดพลาด นำสู่การปรับปรุงระบบ

"...คนไข้ชาย อายุ 50 ปี มีภาวะ Schizophrenia ฆ่าตัวตาย ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดคนไข้รักษาตัว ที่นั่น 2 เดือน ซึ่งคนไข้ไม่ชอบการบริการที่นั่นนัก ทำให้ออกจากโรงพยาบาลและฆ่าตัวตายอีกครั้ง ไม่นานคนไข้มีอาการแยกตัว ซึมเศร้า และแขวนคอตายอีกครั้ง ญาตินำส่ง โรงพยาบาลอำเภออีกครั้ง



ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้รับ admit ที่ ward แต่เนื่องจากพยาบาลต้องการ ให้คนไข้ได้ รับการพักผ่อน จึงคิดจะส่งเข้าคลินิกให้คำปรึกษาในวันรุ่งขึ้น ซึ่งคนไข้รอไม่ไหวทำให้คนไข้ฆ่าตัวตาย ด้วยการแขวนคอในห้องน้ำ พยาบาลมาพบ เข้า ICU แต่คนไข้เสียชีวิต จากเหตุการณ์นี้ทำให้มีข้อ กำหนดว่าหากพบคนไข้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ส่งจิตแพทย์ทันที..."

โรงพยาบาลสารพัดคลินิก

"...โรงพยาบาลมีคลินิกเพื่อการดูแลสุขภาพ 7- 8 คลินิก แต่ละคลินิกจะมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเรื่อง counseling รับผิดชอบอยู่ ได้แก่ คลินิกสุขภาพจิต คลินิกคลายเครียด คลินิกครอบครัว คลินิกนิรนาม คลินิกวัยทอง คลินิกยาเสพติด และคลินิกคู่วัยเตรียมสมรส การจัดตั้งคลินิกเกี่ยวกับการเรียนรู้นิสัยของอีกฝ่ายก่อนที่จะแต่งงานกัน มีความจำเป็นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาตามมาทีหลัง ซึ่งทุกคู่ที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลจัดให้คำปรึกษาก็รู้สึกที่ดี..."

บทบาทของงานเวชปฏิบัติครอบครัว

"...ที่โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 2 คน ผู้มีปัญหาทำร้ายตนเอง จะให้บริการที่ OPD และ ward ซึ่ง ward จะให้การรักษาและ หากพบภาวะซึมเศร้า ร่วมด้วยจะ แจ้งยังคลินิกให้คำปรึกษา โดยทั่วไปแล้วเจ้าหน้าที่ ward จะให้คำปรึกษากับคนไข้ได้ทุกคน แต่ OPD ยังไม่ค่อยมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเปิด คลินิกชีวิตใหม่ ให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งคลินิกให้คำปรึกษาทั่วไปจะประกอบด้วยผู้ช่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ปัญหาวัยรุ่น โรคเอดส์ในแม่และเด็ก การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ งานเหล่านี้อยู่ภายใต้ การทำงานของ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว..."

บทบาทของโรงเรียน

"...โรงเรียนดำเนินคัดกรองโดยอาจารย์ที่ปรึกษา หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าใน นักเรียน อาจารย์ได้นำส่งสถานื่อนามัย จากที่ผ่านมามีนักเรียนหญิงคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า และชอบเรียกร้อง ความสนใจ จากคนรอบข้างและมักจะมาขอยาที่ห้องพยาบาลบ่อย ๆ ต่อมานักเรียน คนนี้ทะเลาะกับ ผู้ปกครอง และมาขอคำปรึกษาจากอาจารย์แนะแนวได้ให้แก้ปัญหาพร้อมให้คำปรึกษา ทำให้นักเรียน รายนี้อาการดีขึ้น..."

พบผู้ป่วยโดยบังเอิญในร้านเสริมสวย

"...ผู้ป่วยไม่ได้มาปรึกษาที่หน่วยงานแต่เป็นรายที่เจอนอกเวลาราชการ ขณะที่เจ้าหน้าที่ไปทำ ผม ก็สังเกตเห็นผู้หญิงคนหนึ่งเข้ามาในร้านเสริมสวย แล้วพูดในลักษณะที่ว่าให้เจ้าของร้าน แต่งตัวให้เขาสวย ๆ เดียวจะไม่เจอกันแล้ว ซึ่งการสนทนาระหว่างเจ้าของร้านและลูกค้าก็นานมาก แต่ก็ไม่ค่อยสนใจมากนักเพราะถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว แต่พอวันรุ่งขึ้นก็ได้ข่าวจากชาวบ้าน

ว่ามีผู้หญิงผูกคอตาย เมื่อทราบลักษณะแล้วทำให้ทราบว่า เป็นคนเดียวกับที่เจอ ทำให้เกิดความคิดว่าหากได้ทำการ counseling แล้วเขาน่าจะไม่ทำร้ายตัวเองเช่นนี้ ..."

ควรมีโครงการนี้ตั้งแต่ 10 ปีที่แล้ว

"...โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้านี้ถือเป็นโครงการที่ดีมาก แต่เห็นว่าน่าจะมี ตั้งแต่เมื่อ 10 ปีที่แล้ว ตอนนั้นได้รับคนไข้รายหนึ่ง ซึ่งคนไข้รายนี้ ชอบที่จะมาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในสถานีนามัย จนเกิดความสนิทสนม คนไข้จึงเล่าให้ฟังว่า ตนเองมีปัญหาหกล้มใจ กลัวญาติพี่น้องจะได้คิดว่าตนเอง และกลัวสามีจะนอกใจ แต่ตอนนั้นเจ้าหน้าที่ก็เป็นคนทำงานใหม่ จึงไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษา แต่ก็ให้คำปรึกษาเท่าที่เคยเรียนรู้มา และเมื่อทำการเยี่ยมที่บ้านเห็นว่าที่บ้านไม่ค่อยสนใจนัก และญาติคนหนึ่งก็ บอกว่าตั้งแต่ไปคุยกับหมอที่สถานีนามัย แล้วคนไข้มีอาการดีขึ้น จนกระทั่งวันหนึ่งคนไข้กินยาฆ่าแมลง แต่ไม่ตาย อยู่อีก 2 วัน ก็ตายตามสาเหตุเกิดจากวันนี้ คนไข้มีปัญหาเกี่ยวกับสามี ประกอบกับมีญาติอีกคนซื้อรถไถนาใหม่ ทำให้คนไข้คิดมากว่าทำไมตนเองไม่มีเหมือนอย่างเขาบ้าง เลยตัดสินใจฆ่าตัวตายดังกล่าว ในรายนี้ทำให้ได้ข้อคิดว่า นอกจากการเฝ้าระวังแล้วยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นต้องมีการศึกษาพูดคุยเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่คิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ..."

5.2 กรณีศึกษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ

ผู้ป่วยไม่ทราบว่าที่สถานีนามัยก็มีบริการให้คำปรึกษา

"...แม้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยจะได้เข้ารับการอบรม และส่วนหนึ่ง ผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว มีการประสานงานกับโรงพยาบาล ในด้านการรับส่งต่อคนไข้ การทำรายงานมีการประสานงานกับ อสม. ในการไปติดตาม ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มาจากจิตเวช ผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่า มีการบริการให้คำปรึกษาด้วย ซึ่งที่มาก็คงจะเป็นการ มาขอายจากทางสถานีมากกว่าการมาขอคำปรึกษา หรืออาจเนื่องมาจาก การที่เจ้าหน้าที่ สนิทกับคนไข้ เลยทำให้เกรงใจ หรือไม่ก็อาจเนื่องมาจากเห็นว่าเจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา ขาดความน่าเชื่อถือ ..."

ไปรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชแล้ว ก็ยังเสียชีวิต

"...ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 42 ปี แต่งงานมีลูก 2 คน สาเหตุเกิดจากการเป็นหนี้สิน การจ่ายค่าเล่าเรียนลูกและลูกเคยทะเลาะกับคนไข้แล้วกินยาฆ่าตัวตายมาก่อนแต่ไม่สำเร็จ ก่อนที่จะไปทำงานที่กรุงเทพฯ สามีทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์ ซึ่งก่อนหน้านี้คนไข้ไม่มีภาวะผิดปกติ จนกระทั่งเมื่อปี 2545 มีปัญหานี้สิน สามีไม่ค่อยอยู่บ้านเพราะไปทำงาน ก่อนหน้านี้เคยไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชมาแล้ว แล้วคนไข้ก็เลิกกินยา เพราะคิดว่าตัวเองหายแล้ว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามีอาการอยู่คนเดียว ไม่พูดจากับใครและคนไข้ตัดสินใจผูกคอตาย ก่อนที่จะผูกคอตายเคย



มาปรึกษาแต่คนไข้ไม่ค่อยรับรู้ มีอาการทางประสาท คือ พุดจาเลื่อนลอย จนญาติต้องนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช ในการให้คำปรึกษาจะมีทั้งเจ้าหน้าที่ และ อสม. จะเข้าพูดคุยหรือใช้เทคนิควิธีพูดถึงคนที่รักให้เขาฟัง แต่คนไข้ในภาวะนี้เราไม่ทราบว่าคนไข้จะทำร้ายตัวเองเมื่อไร..."

การให้คำปรึกษาในระยะแรก ดูเหมือนว่าจะได้ผล แต่...

"...ผู้ป่วยเพศหญิง สาวสวย มีสามีเป็นตำรวจ แล้วสามีเสียชีวิต ก็กลับมาอยู่ที่หมู่บ้าน ไม่นานก็เกิดการแสดงอาการของ AIDS ซึ่งก่อนที่คนไข้จะทำการฆ่าตัวตายก็ได้เตรียมยกมรดกให้ญาติเรียบร้อย ตอนที่มารับการปรึกษาก็ดูมีอาการดีขึ้น แต่อีกสักพักก็ขาดการติดต่อไม่มารับการปรึกษาอีก และทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ..."

คนใกล้ชิดเจ้าหน้าที่ก็มีปัญหา

"...คนไข้เด็ก พ่อเป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และแม่เป็น อสม. แต่แยกทางกัน ทำให้เด็กเกิดปัญหาและกินน้ำยาวิกลจริต มารับการล้างท้องที่โรงพยาบาล หลังจากล้างท้องเสร็จพ่อคนไข้ได้ขอร้องให้เจ้าหน้าที่ทำการ counseling ให้คนไข้เนื่องจากไม่สามารถจะให้การ counseling ได้ เพราะมีความเครียดสูง ทำให้ได้ข้อคิดว่า แม้จะเป็นคนไข้ใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่ก็ยังสามารถที่จะเกิดปัญหา suicide ได้..."

แม้ผู้ป่วยจะเข้าถึงสถานบริการ แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้

"...คนไข้หญิง อายุค่อนข้างมาก ทำร้ายร่างกายตัวเองซ้ำๆ เนื่องจากลูกชายไม่ให้ความสนใจ ทำให้เกิดความเหงา คนไข้เคยมีประวัติเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ด้วยภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งทำมาประมาณ 3 ครั้ง ด้วยการกินยาฆ่าตัวตาย ผูกคอตาย กระโดดตึกเพื่อฆ่าตัวตาย แต่ทุกครั้งจะมีผู้ให้การช่วยเหลือได้ และทุกครั้งเจ้าหน้าที่จะให้การช่วยเหลือโดยการ Counseling คนไข้จะมีอาการดีขึ้น และนัด follow up เป็นประจำ พบว่าหลังการ follow up คนไข้จะมาในรูปแบบเดิมคือทำร้ายตัวเองซ้ำๆและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายตลอด ซึ่งก่อนที่จะถึงวันนัดครั้งสุดท้ายนั้น ปรากฏว่าคนไข้ได้ทำร้ายตัวเองจนเสียชีวิต โดยญาติได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่น่าสลดใจ เจ้าหน้าที่หลายคนที่ได้รับการดูแลจึงได้เก็บเป็นประสบการณ์ในการดูแลและให้การปรึกษาต่อไป..."

ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล เพราะคนไข้พักอาวธ

"...คนไข้รับราชการตำรวจ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อ และพักหลังสังเกตเห็นมีอาการกังวลด้วย จึงได้มีการ counseling และได้แนะนำให้เจาะเลือด ปรากฏว่าคนไข้มีเชื้อ HIV คนไข้ติดพันกับลูกสาวชาวบ้านที่ลงไปตรวจเวอร์ พ่อแม่ผู้หญิงไม่ยอมให้ติดต่อกันเพราะเป็นตำรวจชั้นผู้น้อย ไม่มีหน้าไม่มีตาในสังคม ทำให้เกิดการผิดหวัง และประชดตัวเองด้วยการทำตัวเหลวแหลก ออกเที่ยวผู้หญิง กินเหล้า จนมีอาการน้ำหนักลด และแสดงอาการติดเชื้อมาก"



เด่นชัด และก็รู้ว่าติดเชื้อมากแล้ว คนไข้รายนี้รักษาตัวที่โรงพยาบาล ประมาณหนึ่งเดือนพอนำเข้าให้ counseling และใช้แบบประเมินร่วมด้วย ทำให้ทราบว่าคนไข้มีภาวะทางสุขภาพจิต ต่อมาพอกลับไปทำงานก็ถูกย้ายให้ไปอยู่ในปั๊มน้ำมันซึ่งห่างจากที่ทำงานและผู้คน โดยหัวหน้าให้เหตุผลว่าสะดวกในการทำงานขึ้น โรงพยาบาลนัดติดตามผลอีกครั้ง พอถึงวันนัดคนไข้ไม่มา จึงโทรศัพท์ไปหา พบว่าคนไข้มีอาการทรุดหนัก โรงพยาบาลจึงให้รถไปรับ admit เข้าโรงพยาบาล เพื่อนๆ ในที่ทำงานก็มาเยี่ยมบ้าง พยาบาลพยายามเข้าไปพูดคุยกับคนไข้ และเมื่อคนไข้มีอาการดีขึ้น คนไข้ขอตัวกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน และขอไปเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องน้ำ ระหว่างนั้นคนไข้ได้ใช้อาวุธปืนที่มีอยู่ยิงตัวเองตายในห้องน้ำ ..."

ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ก็เสียชีวิตจากโรคที่เป็น

"...กรณีคนไข้ที่พบเป็นคนไข้ที่มีอาการอัมพาตมานาน ทำให้คนไข้เกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คนไข้จึงพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีกระโดดลงจากเตียง แต่รายนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ดูแลเฝ้าระวังตลอดทำให้ช่วยเหลือไว้ได้ แต่สุดท้ายคนไข้ก็เสียชีวิตเนื่องจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่..."

การให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี อาจจะไม่เพียงพอ

"...ผู้หญิง อายุ 26 ปี ทำงานอยู่ต่างจังหวัด รูปร่างผอมทอม จึงมาตรวจโรคที่โรงพยาบาล พอทราบว่าติดเชื้อ HIV คนไข้รับสภาพไม่ได้จึงทำร้ายตัวเองด้วยการเชือดคอตัวเองและใช้มีดแทงตามลำตัว แต่มีคนผ่านมาพบจึงนำส่งโรงพยาบาล ปรากฏว่าแผลไม่ลึก จึงเย็บแผลและให้การ counseling พร้อมทั้งแนะนำให้คนไข้เข้ารับบริการจากคลินิกสุขภาพจิตและคลินิก HIV ซึ่งการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ได้พยายามทำให้คนไข้เห็นความสำคัญของตนเอง ความรักและความเป็นห่วงของพ่อแม่ คนรักและยกตัวอย่างคนไข้คนอื่นที่ยังอยู่ร่วมกับสังคมได้ ..."

มีช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับแพทย์

"...ผู้ป่วยซึมเศร้ามารับบริการที่โรงพยาบาล สาเหตุที่ทำเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยคิดว่าภรรยาไม่เข้าใจหน้าที่ก็ได้ไปให้คำปรึกษา และมีความเห็นว่าควรจะทำกรณัดคนไข้มาอีกครั้งก่อนที่จะจำหน่าย แต่แพทย์ก็จำหน่ายไปก่อนที่จะได้นัด ผู้ป่วยก็กลับบ้านไปแล้ว พอวันรุ่งขึ้นหลังจากกลับมาบ้านคนไข้ก็ทำการ suicide สำเร็จ ..."

แพทย์ไม่ค่อยวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

"...มีคนไข้รายหนึ่งที่เป็นวัยรุ่น เคยมารับบริการที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งแรกมาด้วยภาวะซึมเศร้า สาเหตุเนื่องจากมีโรคเรื้อรัง ส่งพบแพทย์ แต่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า พบครั้งที่ 2 คนไข้มีภาวะซึมเศร้า จึงทำการให้คำปรึกษา แต่ไม่ได้นัด follow up แล้วก็ discharge ไป ซึ่งพอค้นประวัติแล้วเห็นว่าควรจะต้องติดตามเยี่ยมบ้านต่อ ทำให้เกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย



สำเร็จ ซึ่งหากนัดมา counseling อีกครั้งคิดว่าเหตุการณ์คงไม่เกิดขึ้น ปัญหาอีกประการคือ การประสานงานกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลไม่ได้ แพทย์ไม่ให้ความร่วมมือ..."

เจ้าหน้าที่กังวลว่าการไปเยี่ยมบ้านอาจจะสร้างปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

"...การส่งต่อคนไข้นอกเขตอำเภอที่มารับบริการจะมีแบบฟอร์มส่งต่อให้เวชกรรมสังคม เพื่อให้ติดตามเยี่ยมคนไข้ Attempted Suicide ทั้งภายในและนอกเขต ซึ่ง นพ.ปราโมทย์ได้ให้แง่คิดว่า การตามเยี่ยมจะเป็นการเพิ่ม stigma ให้แก่คนไข้หรือไม่ ทำให้ทางโรงพยาบาลหยุดทำการเยี่ยมไป..."

"...ผู้ป่วย Attempted Suicide ที่มีปัญหากับแม่ และคนไวยินยอมให้มีการช่วยเหลือ และนัดหมายที่จะเยี่ยมบ้าน แต่ถึงเวลานัดคนไข้ เปลี่ยนใจ ขอมารับการ counseling ที่โรงพยาบาลแทน ทำให้ตระหนักว่าต้องยึดคนไข้เป็นหลักในการนัดหมาย..."

"...ในการติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัว เจ้าหน้าที่สถานีนอมนัยเป็นเพียงผู้นำเยี่ยมเท่านั้น ไม่มีหน้าที่อื่น และเมื่อเจ้าหน้าที่สถานีนอมนัยจะปฏิบัติงานเองจึงขาดทักษะในการทำงาน..."

ญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน

"...หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ตามปกติเจ้าหน้าที่ จะทำการตรวจเลือดให้ด้วย และก่อนที่จะทำการเจาะเลือดตรวจนั้น เจ้าหน้าที่ได้ทำการ Pre-test counseling และหลังจากตรวจพบได้ทำการตรวจซ้ำ ผลที่ออกมาเหมือนเดิม จึงได้แนะนำการปฏิบัติตัว การเข้าร่วมโครงการยา AZT ก่อนที่จะปล่อยกลับและนัดให้มารับบริการอีกครั้ง คนไข้มารับบริการบ้าง ซึ่งการมาของคนไข้จะมาในลักษณะที่รีบมารับกลับ เจ้าหน้าที่ได้ออกไปเยี่ยมที่บ้านแต่ญาติไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าเยี่ยม ตอนนี้อคลอดลูกแล้ว จะพบกัตอนพาลูกมาฉีดวัคซีน เมื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้าก็ไม่มีปัญหา ไม่ได้ให้ยากับคนไข้ แต่เจ้าหน้าที่ก็ทำการเฝ้าระวังอยู่ตลอด และได้ขอร้องให้คนไข้มารับการบริการอย่างต่อเนื่องด้วย..."

ไม่มีการส่งต่อไปยังสถานีนอมนัยใกล้บ้าน เนื่องจากระบบงานด้านนี้ที่ไม่ชัดเจน

"...คนไข้เพศหญิง กินยาฆ่าตัวตายมาล้งท้องที่โรงพยาบาล พยาบาลได้เข้าไปให้การดูแล แนะนำ ทำให้ทราบว่าคนไข้เป็นชาวสวนมีลูกชาย 2 คน วันหนึ่งอยากให้ลูกชายมาช่วยงานในสวน แต่ลูกชายปฏิเสธ จึงน้อยใจและกินยาฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลได้ให้ยาไปทานและได้นัดติดตามผลในช่วงคลินิก พบว่าอาการดีขึ้น แต่ยังไม่มีการส่งต่อยังสถานีนอมนัยใกล้บ้าน เนื่องจากในชุมชน ยังไม่มี PCU ที่แน่นอนหรือการงานยังไม่ชัดเจน..."

มีภาระงานด่วนเข้ามามาก จำเป็นต้องละทิ้งงานสุขภาพจิตบ่อย ๆ

"...คนไข้รายหนึ่งพยายามฆ่าตัวตาย คนไข้ต้องการปรึกษาแพทย์ แต่แพทย์ไม่อยู่ ทำให้คนไข้รายนี้ตัดสินใจใช้ปืนยิงตัวตาย..."



คนไข้ติดสียา

"...ปัญหาคนไข้ติดสียาที่แพทย์สั่ง และไม่ยอมรับยาที่มีสีไม่เหมือนกัน การแก้ไขเจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้คนไข้เข้าใจถึงผลของยาว่าเหมือนกัน หรือหากคนไข้ยังไม่ยอมรับอีกจะติดต่อกับโรงพยาบาลที่เคยรักษาให้ช่วยหาทางแก้ไขหรือส่งยามาให้..."

คนไข้ไม่ร่วมมือ และไม่ยอมไปโรงพยาบาลจิตเวช

"...ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 20 กว่าปี ทะเลาะกับสามีหรือคนรอบข้าง พ่อแม่ลูกผู้หญิง 2 คน ซึ่งคนใดเป็นคนที่ดีพร้อมทุกอย่างทั้งเรื่องเรียน หน้าตา บุคลิกภาพ นิสัย เป็นต้น คนไข้จะเป็นคนที่มักถูกพ่อแม่ไปเปรียบเทียบกับพี่สาวเสมอ ทำให้คนไข้รายนี้มีพฤติกรรมต่างๆ นานา จนกระทั่งคนไข้เกิดชอบกับผู้ชายคนหนึ่ง แต่พ่อแม่ไม่ยอมรับ จึงทำร้ายตัวเองด้วยการกรีดแขนจนพ่อแม่ต้องยอมให้แต่งงาน จนกระทั่งวันหนึ่งคนไข้เกิดไปพูดจากับสามีว่าสามีเป็น คนไม่มีอะไรและสิ่งที่ได้มามักจะมาจากพ่อแม่ของคนไข้ทั้งนั้น ทำให้สามีน้อยใจหนักกลับไปอยู่บ้านเดิมแต่ตามกลับมาได้ การทำร้ายตัวเองครั้งที่ 2 เป็นการกินยาเกินขนาดประมาณ 40 เม็ดด้วยสาเหตุเดียวกันกับครั้งแรก จากการพูดคุยกับคนไข้ทำให้ทราบว่าคนไข้มักจะ ต้องการความรักจากคนอื่น ๆ ไม่เคยที่จะให้ความรักกับใคร โรงพยาบาลเคยที่จะส่งตัวไปรักษาที่จิตเวชแต่คนไข้ไม่ไป..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง มีอาการซึมเศร้า เคยคิดที่จะทำร้ายตัวเอง เนื่องจากมีปัญหาหลายด้าน เช่น ครอบครัว การเงิน อยู่ต่างอำเภอ แต่มาที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ตอนแรกพยาบาลได้ให้คำปรึกษาและเห็นว่าเกินความสามารถของพยาบาลจึงส่งตัวต่อไปยังนักจิตวิทยา ซึ่งลงความเห็นว่าคุณไข้ไม่มีปัญหาทางกาย แต่มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคทางกายและทางจิตของตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องที่แพทย์ประจำคนไข้ไม่บอกให้ทราบถึงอาการที่คนไข้เป็นอยู่ จึงแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งตั้งอยู่อีกจังหวัดหนึ่ง แต่คนไข้ปฏิเสธที่จะไป เพราะมีปัญหาค่าใช้จ่าย..."

ไม่มีการติดตาม จึงไม่ทราบผลการดูแลช่วยเหลือ

"...หญิง อายุ 32 ปี กินยานอนหลับเกินขนาดประมาณ 50 เม็ด เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษาแล้วพบสาเหตุที่ทำร้ายตัวเองเนื่องจาก คนไข้เคยแต่งงานแล้วมีลูก 1 คน ต่อมาสามีเสียชีวิต และได้แต่งงานอีกรอบ แต่พี่ของสามีมารับตัวสามีไปทำงานที่กรุงเทพและคนไข้ติดต่อกับสามีไม่ได้ จึงพยายามฆ่าตัวตาย เจ้าหน้าที่ได้ให้คำปรึกษาและชี้ให้คนไข้ส่งสารลูกที่จะไม่มีคนดูแลทำให้คนไข้ไม่คิดฆ่าตัวตายอีก คนไข้รายนี้จึงอาการดีขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ได้ติดตามต่อหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล..."

"...ชาย อายุ 42 ปี เป็นเกย์ เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาแล้วหลายครั้ง สาเหตุมาจากต้องการเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น เจ้าหน้าที่ได้ทำการ counseling ให้ก่อนที่กลับบ้านโดยไม่ได้ให้ยาไปทาน..."

"...คนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ แพทย์ได้ให้คำปรึกษาแต่ไม่มีการติดตามคนไข้ต่อ หลังจากให้กลับบ้าน..."



"...ชาย อายุ 20 ปี หนีออกจากบ้านพร้อมกับคนรักไปอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งพ่อแม่ฝ่ายหญิงไม่เห็นด้วยที่ลูกสาวไปคบกับฝ่ายชายจึงนำตัวฝ่ายหญิงกลับ และห้ามไม่ให้ฝ่ายชาย (ผู้ป่วย) ติดต่อกันอีก ทำให้คิดมากและทำร้ายตัวเอง เจ้าหน้าที่ได้ให้การ counseling ผู้ป่วยอาการ ไม่ดีขึ้นและพยายามทำร้ายตัวเองตลอดเวลา หลังจากแพทย์ discharge ผู้ป่วยไม่มา follow up และเจ้าหน้าที่มีงานเพิ่มมากขึ้น จึงไม่ได้ติดตามผู้ป่วยต่ออีก ..."

"...ผู้หญิง อายุ 40 ปี คนไข้ที่ได้กินยา diazepam จำนวน 20 เม็ด เนื่องจากคนไข้ถูกพ่อข่มขืน จึงหนีออกจากบ้าน แต่งงานครั้งแรกมีลูก 2 คน พอแต่งงานครั้งที่สอง สามีใหม่ก็ข่มขืนลูกสาว นอกจากนั้นลูกสาวยังถูกสามีทำร้ายร่างกายอีก ทำให้คนไข้คิดมาก และแก้ปัญหาด้วยการกินยาตาย ลูกสาวมาพบจึงนำส่งโรงพยาบาลได้ทันจึงไม่เป็นอันตราย เจ้าหน้าที่ได้ให้การ counseling และนัดคนไข้มารับการ follow up ก่อนที่แพทย์ discharge คิดว่าคนไข้รายนี้จะสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล..."

ไม่มีระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด

"...ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง และเป็น Schizophrenia อาศัยอยู่ในเขต อ.เมือง หลังจากการ counseling เพื่อทำให้คนไข้รู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เพื่อให้คนไข้ปฏิบัติตัวได้ แพทย์จะให้ญาติมารับฟังด้วย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลป้องกัน ก่อนที่ให้กลับไปดูแลที่บ้านและมีการนัดให้กลับมารับการ counseling ซ้ำอีก 2 -3 ครั้ง ในระยะหลัง ๆ คนไข้ได้ให้ญาติมารับยาแทน และขาดการติดต่อเป็นระยะเวลานาน ปรากฏว่าคนไข้ทำการ suicide สำเร็จ โดยการผูกคอตาย ซึ่งหลังจากนั้นโรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีระบบการติดตามผู้ป่วย ที่ขาดการ ติดต่อกับทางโรงพยาบาลนานๆ โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้ดำเนินการติดตามทันที เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการตรวจตามทันได้ โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม..."

ผู้ป่วย ส่งต่อตัวเอง ไปโรงพยาบาลจิตเวชเอง

"...ผู้ป่วยหญิง แต่งงานแล้ว สงสัยว่าสามีจะแอบไปมีชู้ทำให้คิดมาก และหาทางออกด้วยการทำร้ายตัวเอง ประมาณ 3 ครั้ง เจ้าหน้าที่ได้ให้ยานอนหลับไปกินที่บ้าน และนัดสามี มารับการ counseling แต่ก็ยังไม่มา ซึ่งต่อมาก็มาทราบในภายหลังว่าผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแล้ว..."

ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ จึงติดตามไม่ได้

"...คนไข้ที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นคนต่างจังหวัด มาใช้แรงงาน แล้วต้องย้ายไปทำงานที่อื่น หรือ บางรายพอไปที่บ้านแล้วเจอบ้านแต่เจ้าของบ้านบอกว่าไม่มีคนชื่อนี้อยู่ในบ้าน ทำให้ ติดตามไม่ได้..."

บทที่ 6 สรุปและอภิปราย

จากข้อมูลการประเมินที่ได้มาพบว่า โครงการฯ ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายในด้านการลดจำนวนอัตราการฆ่าตัวตายเป็นของตนเองและการฆ่าตัวตาย การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบบริการ มีหน่วยบริการที่มีการจัดบริการด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามเป้าหมาย และมีจำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ด้านการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเกินเป้าที่ตั้งไว้

ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฯ

ผลการประเมินเกี่ยวกับ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการเพิ่มขึ้น
การดำเนินงาน โครงการฯ ในปีนี้ พบว่า จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับเพิ่มขึ้นจากเดิม คือ จากเดิม 9,922 และ 12,529 ราย ในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544 และ 2545 เป็น 16,129 ราย ในช่วง 4 เดือนแรก พ.ศ. 2546 นั่นคืออัตราการมารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.3 - 28.7 ต่อปี

อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.17 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น ร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่า จะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าให้เป็นร้อยละ 3 ของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดในชุมชนและสูงกว่าอัตราการเข้าถึงบริการในภาพรวมของทั้งประเทศ ซึ่งเดิมมีอัตราการเข้าถึงบริการอยู่ที่ ร้อยละ 1.6 - 2.9 ในปี พ.ศ. 2540 -2542 (กองแผนงาน, 2543)

นั่นอาจแสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น หรือผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงบริการได้มากขึ้นหรือภาวะความทุกข์มากขึ้นทำให้อัตราการมารับบริการเพิ่มขึ้นตาม อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แยกรายจังหวัดพบว่า มีจังหวัดจำนวนเพียงประมาณครึ่งเดียวเท่านั้น (17 จังหวัดใน 33 จังหวัด) ที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ และหากพิจารณาสถานบริการที่มีผู้มีภาวะซึมเศร้าไปรับบริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 28.6 นั้นไม่ได้ หมายความว่า โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัยในชุมชนรับผู้ป่วยน้อย แต่อาจเนื่องจากการคัดสรรของบุคลากรต่อผู้ป่วยมีมาก ทำให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้มากตามไปด้วย หรือ อาจเนื่องจากผู้ป่วยต้องการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและสะดวกมากกว่า ซึ่งสถานบริการยังต้องพัฒนาปรับปรุงกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ พร้อมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการให้บริการด้วย



2. อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากข้อมูลระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2544 และ 2545 และระบบการเฝ้าระวัง พ.ศ. 2546 อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มลดลง จากอัตรา 51.5 และ 41.5 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2544 และ เป็นอัตรา 36.8 ในปี พ.ศ. 2546

เมื่อพิจารณาข้อมูลผลการดำเนินโครงการในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2546 ที่รายงานโดยสถานบริการสาธารณสุข พบว่ามีผู้ทำร้ายตัวเองที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2544-2546 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 28.1 ต่อประชากรแสนคน เป็น 34.1 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ผลที่ได้เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากในปี พ.ศ. 2546 เก็บรวบรวมข้อมูลจากมรณบัตรร่วมด้วย

การวิเคราะห์แนวโน้มการทำร้ายตนเองจำแนกรายจังหวัดพบว่า มีจำนวนจังหวัดครึ่งหนึ่ง (16 จังหวัดจาก 33 จังหวัด) ที่มีอัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากพิจารณาจากแหล่งข้อมูลที่ได้รับข้อมูลแล้วทำให้ทราบว่าข้อมูลในแต่ละปีมาจากแหล่งที่ไม่เหมือนกัน จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ตื้นๆ แต่ที่พอจะบอกได้คือ แนวโน้มการทำร้ายตนเอง ในบางจังหวัดนั้นลดลง น่าจะจริงเนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่รวบรวมในปี พ.ศ. 2546 เก็บได้ครอบคลุมมากกว่า

การทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2546 พบว่ามีแนวโน้มลดลง จาก อัตรา 9.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 3.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัด มี 13 จังหวัดมีอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้งลดลง และมี 3 จังหวัดที่มีอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้งเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะอธิบายได้ว่า การดำเนินโครงการฯ ส่งผลให้การทำร้ายตนเองซ้ำมีอัตราลดลง และยังต้องดำเนินการต่อไปเพื่อลดอัตราการทำร้ายตนเองซ้ำในจังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อไป

3. จำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มลดลง

การเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองในปี พ.ศ. 2544 อัตราการทำร้ายตนเองสำเร็จ (เสียชีวิต) มีมากถึง 8.2 ต่อประชากรแสนคน หลังจากดำเนินโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2546 ผลปรากฏว่ามีอัตราการทำร้ายตนเองสำเร็จ (เสียชีวิต) ลดลง และมีแนวโน้มลดลงต่อไป

อาจอธิบายได้ว่า เมื่อโครงการฯ ดำเนินงานขึ้น ก่อให้สถานบริการสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบาย หรือแนวทางการจัดระบบการเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ที่ครอบคลุมเป็นผลให้สามารถเข้าถึงผู้มีความเสี่ยงได้ ตลอดจนให้การป้องกัน และช่วยเหลือผู้ทำร้ายตนเองได้รวดเร็วมากขึ้นด้วย

แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองจำแนกรายจังหวัด พบว่ามี 15 จังหวัด จาก 33 จังหวัด ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน อาจอธิบายได้ว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในปีแรกๆ ของการดำเนินงานนั้น น่าจะไม่ครบถ้วน เนื่องจากไม่ได้รวบรวมข้อมูลจากมรณบัตร ซึ่งมาดำเนินการในปีหลังๆ ข้อมูลที่รวบรวมได้ในช่วงหลังจึงมีความละเอียดครบถ้วนมากกว่าข้อมูลเดิม แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่พอจะบอกได้คือ จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิต จากการทำร้ายตนเองลดลงนั้น น่าจะเกิดการลดลงจริง เพราะการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2546 ได้ครอบคลุมมากกว่าข้อมูลเดิมที่เก็บรวบรวมไว้

4. สถานะสุขภาพจิตในปัจจุบันของผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิต มีแนวโน้มดีขึ้น

ในช่วงการดำเนินการโครงการฯ ที่ผ่านมามีสถานะสุขภาพจิตของผู้ทำร้ายตนเองหลังได้รับการรักษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต "สบายใจดี ไม่มีความทุกข์ใดๆ" หรือ "ไม่คิดจะทำร้ายตนเองอีก" เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 91.9 ในปี พ.ศ. 2546 จากร้อยละ 59.4 ในปี พ.ศ. 2544

ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การดำเนินงานของโครงการฯ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองลดลง หรือสถานบริการสามารถที่จะให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยสาเหตุอื่นประกอบ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเข้ามามีอิทธิพลร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยสาเหตุอื่นๆ เหล่านี้จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป

● ผลการประเมินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย

1. ผู้ทำร้ายตนเอง ได้รับการด้านการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น การให้ยา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการนัดหมายอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาและระบบข้อมูลเฝ้าระวัง (รง.506.DS) พบว่า ผู้ทำร้ายตนเอง ได้รับการด้านการให้คำปรึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.9 เป็น 73.3 และ 83.4 ในปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพในการบริการให้คำปรึกษาของสถานบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจเมื่อได้รับการ สถานบริการจึงควรจัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ด้านการให้คำปรึกษาแบบตั้งรับและเท่าทันสถานการณ์

การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่าไม่ประสบความสำเร็จมากเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2545 กับ พ.ศ.2546 จากร้อยละ 37.6 ลดลงเป็นร้อยละ 20.6 ทั้งนี้ น่าจะ

เป็นเพราะบริการไปเยี่ยมที่บ้านนี้ เป็นบริการที่ต้องคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลปี พ.ศ. 2546 เป็นเพียงข้อมูล 4 เดือนแรกของปี จึงอาจจะยังไม่สามารถบอกภาพรวมของ ข้อมูลทั้งปีได้ หรืออาจเป็นเพราะที่ผู้ให้บริการอาจจะพิจารณาไปเยี่ยมบ้านหากผู้ป่วยขาดการนัดหมาย ในภายหลังด้วย ซึ่งเมื่อพิจารณาการนัดหมายภายหลังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงทำให้การเยี่ยมบ้านน้อยลงดังกล่าว

เมื่อวิเคราะห์จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยต่อแห่งในปี พ.ศ. 2546 ที่ผู้ทำร้ายตนเองไปรับบริการ พบว่า โรงพยาบาลระดับจังหวัด เฉลี่ยประมาณ 1 คนในทุก 2 วันทำการ โรงพยาบาลในระดับอำเภอ เฉลี่ยประมาณ 1 คนในทุก 10 วันทำการ และสถานีนอนามัย เฉลี่ยประมาณ 2 คนต่อแห่งในช่วงเวลา 4 เดือนที่เก็บข้อมูล (เนื่องจากจำนวนสถานีนอนามัยที่ส่งข้อมูลเข้ามามีน้อย ดังนั้นถ้าเอาสถานีนอนามัย ทั้งหมดเป็นตัวหารย่อมได้ค่าน้อยกว่านี้)

ดังนั้นในการพัฒนางานบริการตั้งรับผู้ทำร้ายตนเอง จึงควรคำนึงบทบาทของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพิ่มขึ้น และการพัฒนาบริการต่อเนื่อง หลังการทำร้ายตนเองในระดับสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น

ผู้มีภาวะซึมเศร้านอกจากจะได้รับยาแก้เศร้าสูงแล้ว (ร้อยละ 62.1) ยังได้รับยาโรคจิต ค่อนข้างสูง ด้วย (ร้อยละ 20.1) ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวช ในส่วนผู้ทำร้ายตนเองนั้น ญาติจะได้รับบริการด้านการให้แนะนำค่อนข้างมาก (ร้อยละ 49.7) และได้รับยาต่าง ๆ น้อย ส่วนการให้เอกสารความรู้ที่จะเป็นการแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติในการ ที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อยมาก สถานบริการจำเป็นต้องหาทางเลือกอื่นๆ ที่จะเป็นการช่วยเหลือ แนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติให้ได้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. สถานบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญในการจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต และจัดให้มีระบบ แนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน

สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ความสำคัญกับการจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษา ทางสุขภาพจิตเฉลี่ยร้อยละ 73.9 ซึ่งจำแนกเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด (ร้อยละ 100) และระดับ ชุมชน (ร้อยละ 90) สามารถจัดให้คำปรึกษาได้ทุกครอบคลุมทุกพื้นที่ เป็นการให้บริการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด (ร้อยละ 64.3) อาจเนื่องจาก ความพร้อมด้าน เทคโนโลยีที่ได้ เปรียบสถานบริการระดับชุมชน จึงควรมีกรณีศึกษาทดลอง นำร่องเพื่อหาวิธีการที่จะ ขยายการให้บริการ ทางโทรศัพท์หรือวิธีการอื่นที่จะเข้าถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

การกำหนดนโยบายของสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ มีความชัดเจน ในเรื่องระบบการ นัดหมาย และระบบการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับจังหวัด (ร้อยละ 86.4 และ ร้อยละ 46.7) หากแต่ในระดับสถานีนอนามัย/PCU (ร้อยละ 22.8 และร้อยละ 42.0) ยังไม่สามารถกำหนด เป็นนโยบายที่แน่ชัดนัก อาจต้องได้รับการช่วยเหลือจากสถานบริการสาธารณสุข ที่มีความพร้อมค่อย แนะนำให้กลายเป็นพี่เลี้ยงแนะนำการดำเนินงานก่อนจนกว่าจะกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ ชัดเจนมากขึ้น

สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีบุคลากรรับผิดชอบให้คำปรึกษาแต่ละแห่ง มี 2-3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 หากพิจารณาอย่างละเอียด พบว่าความแตกต่างอย่างมากจากจำนวนบุคลากรในสถานบริการระดับจังหวัดและชุมชน จะมีมาก ถึง 7- 10 คน เฉลี่ย 8 คน ต่อแห่ง แต่บุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ในสถานบริการระดับท้องถิ่น จะมีน้อยมาก คิดเป็น 1 คนต่อแห่ง จะมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่น้อยให้มีความสามารถที่จะในการให้คำปรึกษาได้เต็มที่ อาจต้องอาศัยความช่วยเหลือจากชุมชน ซึ่งมีทรัพยากรมากพอเข้ามาช่วย โดยการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านการให้คำปรึกษา อีกทั้งการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะสามารถทำให้การดำเนินโครงการฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

3. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง มี ประมาณ 3 ใน 4

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 74.2 หรือประมาณ 3 ใน 4 โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมากที่สุดคือ บุคลากรระดับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 81.6

จากข้อมูลผู้ทำร้ายตนเองที่ยังไม่เสียชีวิตได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษามีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 66.9 เป็น 73.3 และ 83.4 ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนมาก และจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นสถานบริการควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากร เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่อง

4. บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองในระดับปานกลางถึงมาก

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 80.5 โดย บุคลากรในระดับจังหวัดส่วนใหญ่มั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองมาก คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการเปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาในสถานบริการมีมากกว่า ประกอบกับมีความพร้อมด้านอื่น ๆ เอื้ออำนวยทำให้เกิดเกิดประสบการณ์ที่หลากหลายและเกิดความชำนาญในการให้คำปรึกษา



5. บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ปานกลาง

บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในภาพรวมของจังหวัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 จาก คะแนนเต็ม 5 (ปานกลาง) โดยพึงพอใจการดำเนินโครงการฯ มากในด้านประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) รองลงมาคือ ด้านการอบรมชี้แจงโครงการ ด้านการออกแบบแผ่นรณรงค์ (รจ.506.DS) ตามลำดับ และพึงพอใจน้อย (ต่ำกว่าคะแนน 3.0) คือด้าน การสนับสนุนสื่อการสอน ด้านการเผยแพร่ต่อสาธารณะทางสื่อต่าง ๆ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ ด้านการนิเทศติดตาม

ผลการประเมินในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด

1. ผู้บริหารในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) ในระดับปานกลางถึงมาก

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.6 จากคะแนนเต็ม 5)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานผู้จัดการโครงการฯ ในระดับค่อนข้างสูง ได้แก่ การให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายกับปัญหาอื่น ๆ ในจังหวัด / เขตรับผิดชอบ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 (มาก) การชี้แจงโครงการ ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) การออกแบบระบบแผ่นรณรงค์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) การได้รับเทคนิควิธีในการให้บริการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (มาก) การได้รับเทคนิควิธีการบริหารจัดการโครงการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 (ปานกลางถึงมาก) การจัดอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาบุคลากร คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 (ปานกลางถึงมาก) การออกแบบระบบรายงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 (ปานกลางถึงมาก) การศึกษาทางระบาดวิทยา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 (ปานกลางถึงมาก)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ในระดับต่ำกว่าข้ออื่น ๆ ได้แก่ การสนับสนุนเอกสารวิชาการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 (ปานกลาง) การตอบข้อสงสัยและช่วยเหลือ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 (ปานกลาง) การนิเทศติดตาม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 (ปานกลาง) การสนับสนุนสื่อการสอน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 (ปานกลาง) การสนับสนุนงบประมาณ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.0 (ปานกลาง)

2. บุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

จากการศึกษาพบว่า จังหวัดต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดยังมีความต้องการ ที่จะเข้าร่วมโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปีต่อไป คิดเป็นร้อยละ 99.5 และบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 74.3 มีความมั่นใจว่าจะยังรับผิดชอบโครงการฯ นี้ต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินทั้งหมด พบว่าโครงการประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก แม้จะมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของความสำเร็จ จึงมีประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาดำเนินการ หากจะมีการขยายผลการดำเนินงานโครงการต่อไป ดังนี้

6.2.1 การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ควรมีการพัฒนาข้อมูลการเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ริเริ่มดำเนินการขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 นี้ อย่างต่อเนื่อง

เพราะจากบทเรียนในปีนี้ พบว่า เป็นระบบที่ทำให้มีข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาได้แม่นยำยิ่งขึ้น นำมาใช้ในการประเมินและติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานได้

นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยในระดับพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจ เงื่อนไขและบริบทต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมาย ที่อาจจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ทำให้ได้ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงในการดำเนินงานในพื้นที่ของตนมากยิ่งขึ้น เช่น วิธีการสื่อสารให้เข้าถึงคนกลุ่มนี้ โดยการตั้งงบประมาณเพื่อศึกษาวิจัยให้แก่จังหวัดต่างๆ ที่สนใจดำเนินการ

6.2.2 การพัฒนาบุคลากร

6.2.2.1 เน้นการฝึกอบรมทักษะด้านการให้คำปรึกษา

จากการสัมภาษณ์และจัดสนทนากลุ่ม พบว่า บุคลากรที่มีทักษะด้านการให้คำปรึกษาที่ดีจะเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีมาก ขณะเดียวกันก็พบว่า ยังมีบุคลากรจำนวนหนึ่งที่ยังใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยยึดเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง (Provider-centered approach) แทนที่จะเป็นการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered approach)

ดังนั้นจึงยังจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

6.2.2.2 ใช้การประชุมวิชาการแบบกรณีศึกษา เป็นเครื่องมือการพัฒนาคน

จากการสอบถามกรณีศึกษาต่างๆ ที่บุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ ให้บริการในช่วงที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในจังหวัดต่างๆ เห็นว่าเป็นวิธีการที่ประโยชน์ ทำให้เข้าใจเทคนิควิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ได้ทราบปัญหาในการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลของหน่วยงานในระดับต่างๆ ตลอดจนรู้จักจุดอ่อนในการให้บริการและการบริหารจัดการของตนเอง

จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดประชุมวิชาการในลักษณะนี้อย่างแพร่หลาย และผู้จัดการโครงการฯ อาจจะสนับสนุนด้านการฝึกอบรมวิทยากรในระดับจังหวัดที่จะเป็นผู้ดำเนินการหรือนำการประชุมวิชาการในลักษณะดังกล่าว



6.2.2 ส่งเสริมคนที่มีใจรักงานนี้เป็นพิเศษ

บุคลากรเป็นหัวใจที่สำคัญของการดำเนินงานทุกโครงการ จากการสัมภาษณ์และ จัดสนทนากลุ่ม พบว่า มีบุคลากรจำนวนหนึ่งที่สนใจและทุ่มเทให้กับงานสุขภาพจิตมาก เนื่องจากมีใจรัก และเห็นว่าตนได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก ดังนั้น จึงควรมีมาตรการที่จะส่งเสริม บุคลากรกลุ่มนี้อย่างเต็มที่ ให้ได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตน แสดงศักยภาพตนเองในงานนี้และเกิดความภาคภูมิใจ จากผลงานที่ทำ เช่น การทำทะเบียนประวัติทรัพยากรบุคคล การส่งเสริมให้ได้รับรางวัลในระดับจังหวัด การส่งเสริมให้ได้เรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น และการมีโอกาสดูงานต่างประเทศ เป็นต้น

6.2.3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม

ควรพัฒนาระบบและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถตอบสนอง ความจำเป็น ด้านสุขภาพ และด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างตรงกับสภาพปัญหาและ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างได้ผล มีการประสานงานกับเครือข่ายบริการทาง สังคมต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนอย่างใกล้ชิด เน้นความสำคัญของการให้บริการที่มีความต่อเนื่อง พัฒนาระบบ การนัดหมายและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ

6.2.4 การพัฒนาเครือข่ายการให้บริการในระดับจังหวัดให้เข้มแข็ง

ควรพัฒนาเครือข่ายการให้บริการให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะด้านการส่งต่อ และการพัฒนาบทบาท ของสถานีนอนมัย เช่น โดยการจัดกิจกรรมการพัฒนามูลากร่วมกัน การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ วางแผนร่วมกัน

6.2.5 การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบและมาใช้บริการ

ควรหาช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและ ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ทราบว่ามีบริการนี้และมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

6.2.6 การผลักดันในระดับนโยบายและผู้บริหารในระดับจังหวัด

ควรพยายามผลักดันให้โครงการนี้ได้รับความสนใจจากผู้บริหารหน่วยงานในระดับต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย. โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. วันที่ 4 กรกฎาคม 2546.
- _____. รายงานผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน เกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2542.
- _____. แผนสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2544.
- _____. แผนงานและเป้าหมายการพัฒนางานบริการด้านสุขภาพจิต ในช่วงแผน 9. กรมสุขภาพจิต-กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2545.
- _____. ผลการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์. ปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2543.
- _____. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด. ปี พ.ศ. 2542. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. 2543.
- _____. สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มารับบริการ ณ สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ปีงบประมาณ 2540 - 2544. นนทบุรี : กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต. 2544.
- กองแผนงาน. สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย 2540 - 2544. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2544.
- กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. นนทบุรี. 2543.
- กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2544. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. นนทบุรี. 2544.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2520 - 2545. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2546.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2546.
- สำนักอนามัย. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. กรุงเทพฯ : สำนักอนามัย. กรุงเทพมหานคร. 2546.
- สำนักการแพทย์. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2546. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์. กรุงเทพมหานคร. 2546.
- อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, วัชณี หัตถพนม (บรรณาธิการ). แผนการสอน. การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์. 2544.



อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
นนทบุรี. 2545.

อภิชัย มงคล และคณะ. ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2544.
กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. 2545.

อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานผลการศึกษา เรื่อง ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง พ.ศ.
2545. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น. 2546.

Murray, J.L. and Lopez, A.D. The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality
and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge:
MA: Cambridge University Press. 1996.

Stufflebeam, D.L. Education evaluation and decision making. Bloomington: Indiana, Phi Delta
Kappa National Study Committee on Evaluation. F.E. Peacock Publishers, Inc. 1971.



ภาคผนวก 1

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การดำเนินงานโครงการในปี พ.ศ. 2544 - 2546 นั้น มีการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต โดยมีรายการคัดกรองดังนี้

แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สอบถามอาการ "รู้สึกหดหู่ใจ" "ไม่มีความสุข" "เศร้าหมอง" "เกือบทุกวัน" หรือ "บ่อยครั้ง"
"ไม่อยากพบใคร" ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีรายการประเมิน 7 ข้อ ดังนี้

- 1) น้ำหนักลด
- 2) นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจ หรือตื่นบ่อย
- 3) ขุ่นวายใจ หรือเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร
- 4) รู้สึกอ่อนเพลีย จนไม่อยากทำอะไร
- 5) รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกตนเองไม่มีค่า
- 6) รู้สึกขาดสมาธิ ตัดสินใจเรื่องง่ายๆ ไม่ได้
- 7) มีความคิดเกี่ยวกับความตาย หรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ

แบบประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและควรมีการใช้แบบประเมินคัดกรอง ได้แก่ 1) ผู้ที่มีสีหน้า
หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ 2) เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง และอาการแย่ลง 3) เข้ารักษาใน
โรงพยาบาลด้วยสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน 4) สูญเสียอวัยวะ หรือ
เจ็บป่วยร้ายแรงกระทันหัน และมีรายการประเมิน 4 ข้อ ดังนี้

- 1) มีเรื่องกดดัน คับแค้นใจ
- 2) ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง
- 3) เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป
- 4) กำลังคิดฆ่าตัวตาย หรือ กำลังคิดหาวิธีฆ่าตัวตาย

ต่อมาทางโครงการพบว่า แบบประเมินดังกล่าวมีความไว้มากแต่มีความจำเพาะน้อย (พบผลบวกปลอมมาก) จึงได้จัดให้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้นมาใหม่

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 นี้ โครงการฯ จึงได้จัดให้มีการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ผลการศึกษาที่สำคัญดังนี้

แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า

รายการคัดกรองที่เหมาะสมและได้รับเลือกให้บรรจุในแบบคัดกรอง ได้แก่

- 1) รู้สึกจิตใจหมองหม่น เกือบตลอดเวลา
- 2) รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้
- 3) รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก
- 4) รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ
- 5) รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น
- 6) รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง
- 7) รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร
- 8) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า
- 9) คิดอะไรไม่ออก
- 10) หลงลืมง่าย
- 11) คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ
- 12) ทำอะไรผิดพลาด เชื่องช้ากว่าปกติ
- 13) รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง
- 14) รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม
- 15) นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท

แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

รายการคัดกรองที่เหมาะสมและได้รับเลือกให้บรรจุในแบบคัดกรอง ได้แก่

- 1) มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง ซึมเศร้า ร้องไห้ (สังเกต)
- 2) เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก
- 3) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน
- 4) สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด
- 5) มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง บุคคลอื่นเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)
- 6) ดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา
- 7) มีเรื่องกดดัน หรือ คับข้องใจ
- 8) รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป
- 9) เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป
- 10) กำลังคิดฆ่าตัวตาย

มีการทดสอบคุณสมบัติของแบบคัดกรองทั้งสองแบบ ได้ผลดังนี้

แบบคัดกรอง	ภาวะซึมเศร้า	เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
จุดตัดที่เหมาะสม (ข้อ) (Cut-off-point)	6	2
ความไว (Sensitivity)	86.8	84.2
ความจำเพาะ (Specificity)	79.8	88.0
คุณค่าการทำนายผลบวก (PPN)	38.5	28.3
คุณค่าการทำนายผลลบ (NPV)	97.7	99.0
ความถูกต้องของเครื่องมือ (Accuracy)	80.7	87.8
ความชุกของภาวะซึมเศร้า (Prevalence)	12.7	5.31

ซึ่งถือว่าแบบคัดกรองมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและจะมีการนำไปใช้ในปีต่อไป



ภาคผนวก 2

แบบสอบถามผู้ให้บริการ

โครงการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

A1. สถานพยาบาลของท่าน ได้เข้าร่วมการดำเนินงานโครงการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับกรมสุขภาพจิต หรือไม่

☐1 ไม่ได้เข้าร่วม ☐2 เข้าร่วม ☐3 ไม่ทราบ

A2. ปัจจุบัน สถานพยาบาลของท่านมีการจัดบริการ คลินิกให้คำปรึกษา แก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่

☐1 ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ A4.) ☐2 มี มานาน.....ปี.....เดือน ☐3 ไม่ทราบ

A3. ถ้ามี มีจำนวนผู้มารับบริการ ที่คลินิกให้คำปรึกษา นี้ โดยเฉลี่ย ต่อสัปดาห์ ประมาณกี่คน

คำตอบ.....คน

A4. ปัจจุบัน หน่วยงานของท่าน มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางการแพทย์ นอกสถานที่หรือไม่ ☐1 ไม่มี ☐2 มี มานาน.....ปี.....เดือน ☐3 ไม่ทราบ

A5. ปัจจุบัน หน่วยงานของท่าน มีการจัดบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ทางโทรศัพท์ หรือไม่

☐1 ไม่มี ☐2 มี มานาน.....ปี.....เดือน ☐3 ไม่ทราบ

B1. ท่าน เคยใช้ “แบบประเมิน” เพื่อตรวจคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า หรือไม่

☐1 ไม่เคย..... ☐2 เคย

B2. ท่านเคย รับการอบรม / การชี้แจง วิธีการใช้ “แบบประเมิน” ในข้อ B1. หรือไม่

☐1 ไม่เคย ☐2 เคย

B3. ท่านเคย รับการอบรม / การชี้แจง วิธีการ ให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้า หรือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ ☐1 ไม่เคย ☐2 เคย

B4. ปัจจุบันท่าน มีความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใด

☐5 มากที่สุด ☐4 มาก ☐3 ปานกลาง ☐2 น้อย ☐1 น้อยที่สุด

B5. ท่านเคย เป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ด้านการ ให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย หรือไม่ ☐1 ไม่เคย ☐2 เคย

B6. ปัจจุบันท่าน มีความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง ในการเป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ในด้านการให้บริการและให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าหรือหรือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใด

☐5 มากที่สุด ☐4 มาก ☐3 ปานกลาง ☐2 น้อย ☐1 น้อยที่สุด



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

B7. ท่านพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของจังหวัดของท่าน มากน้อยเพียงใด

☐5 มากที่สุด ☐4 มาก ☐3 ปานกลาง ☐2 น้อย ☐1 น้อยที่สุด

B8. สิ่งที่น่าพอใจมากที่สุด คือ

☐1.งบประมาณ ☐2.การอบรม/ชี้แจง ☐3.สื่อการสอน ☐4.เอกสาร ☐5.ระบบรายงาน
☐6.อื่นๆ.....

B9. สิ่งที่น่าพอใจน้อยที่สุด คือ

☐1.งบประมาณ ☐2.การอบรม/ชี้แจง ☐3.สื่อการสอน ☐4.เอกสาร ☐5.ระบบรายงาน
☐6.อื่นๆ.....

C1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

C2. เพศ ☐1 ชาย ☐2 หญิง

C3. ตำแหน่ง

☐1. พยาบาลวิชาชีพ ☐2. พยาบาลเทคนิค ☐3. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขฯ
☐4. นักสังคมสงเคราะห์ ☐5. นักจิตวิทยา ☐6. แพทย์ สาขา.....
☐7. อื่นๆ (ระบุ).....

C4. ท่านรับราชการมานาน.....ปี,

C5. ท่านทำงาน ณ หน่วยงานปัจจุบันมานาน.....ปี.....เดือน

C6. สถานที่ทำงาน ☐1. รพท./รพศ ☐2. โรงพยาบาลชุมชน
☐3. สถานีอนามัย/PCU ☐4. อื่นๆ (ระบุ).....

C7. อยู่ที่บ้านเลข.....จังหวัด.....

C8. รหัสไปรษณีย์ (ZIP).....

D1. ข้อเสนอแนะ ต่อการดำเนินงานในปี

ต่อไป.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถาม

หมายเหตุ

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ คือ แบบสอบถาม ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครั้งนี้

โดยมีการศึกษาและทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือฯ ดังนี้

1. มีการศึกษา ความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดย 2 วิธี คือ

1.1 การอ่านทวนแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 คน และ

1.2 การทดสอบกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น รวม 20 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ 0.721 ซึ่งถือว่ามีค่าที่สูงในระดับที่ยอมรับได้



รายงานประเมินผล

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้พิการข้ามศรัทธาและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546

ภาคผนวก 5

แบบสอบถามผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด

คำชี้แจง : เพื่อให้การดำเนินงานโครงการช่วยเหลือและป้องกันภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปีต่อไป ประสบความสำเร็จ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โปรดตอบแบบสอบถามนี้ อย่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด.....และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

1. ท่านมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ Project Manager ของโครงการนี้ (ร.พ.จิตเวช ขอนแก่น) ในการสนับสนุนจังหวัดฯอย่างไร (5= มากที่สุด, 4= มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด)

การดำเนินการในด้าน	ปริมาณและคุณภาพของการดำเนินงาน (เพียงพอและเหมาะสม เพียงใด)					
	5	4	3	2	1	9. ไม่ทราบ
1.1 การอบรมชี้แจงโครงการในภาพรวม (ในเรื่อง เป้าหมาย และ วัตถุประสงค์ กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญ การ ประเมินผล)	5	4	3	2	1	9
1.2 การจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ทีมวิทยากรจังหวัด	5	4	3	2	1	9
1.3 การสนับสนุนเอกสารวิชาการ คู่มือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	5	4	3	2	1	9
1.4 การสนับสนุนสื่อการสอน สื่อประชาสัมพันธ์	5	4	3	2	1	9
1.5 การสนับสนุนงบประมาณ	5	4	3	2	1	9
1.6 การออกแบบระบบรายงาน	5	4	3	2	1	9
1.7 การตอบข้อสงสัยและช่วยเหลือระหว่างดำเนินงาน	5	4	3	2	1	9
1.8 การนิเทศติดตาม โดยศูนย์สุขภาพจิตเขต ที่รับผิดชอบ	5	4	3	2	1	9
1.9 ความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานในภาพรวม	5	4	3	2	1	9

2. การดำเนินงานโครงการในทุกระดับของจังหวัด

- 2.1 จังหวัดของท่าน ได้ดำเนินการ สัมโน เพื่อสำรวจความพึงพอใจ ของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินของโครงการฯ หรือไม่

☐ 1. ได้ดำเนินการเสร็จแล้ว ☐ 2. ไม่ได้ดำเนินการ ☐ 3. กำลังดำเนินการ ☐ 9. ไม่ทราบ

- 2.2 ถ้าไม่ได้ดำเนินการ หรือ กำลังดำเนินการ

เนื่องจาก.....

2.3 มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในจังหวัดของท่าน ที่มีการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฯ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง มีจำนวนมากน้อยเพียงใด (เทียบกับ จำนวนหน่วยบริการสุขภาพทั้งหมดในจังหวัดโดยประมาณ)

- ☐ 5. มากกว่า 80 %, ☐ 4. 60 – 79 %, ☐ 3. 40 – 59 %, ☐ 2. 20 - 39 %, ☐ 1. น้อยกว่า 20 % ☐ 9. ไม่ทราบ

2.4 ตัวท่านเข้าร่วมโครงการฯ นี้ ครั้งแรก เมื่อ ปี พ.ศ.

2.5 ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2544 ท่านเคยเข้ารับการอบรม / ชี้แจง เกี่ยวกับโครงการฯ นี้ รวมครั้ง

2.6 ถ้าท่านเลือกได้ ท่านต้องการเข้าร่วมโครงการนี้ ในปีต่อๆ ไป หรือไม่ ☐ 1. ต้องการ ☐ 2. ไม่ต้องการ

2.7 ปัจจุบัน ท่านอายุ.....ปี

2.8 เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2.9 สถานที่ทำงาน

- ☐ 1. สสจ. ☐ 2. รพท/รพศ. ☐ 3. รพช. ☐ 4. สอ /PCU
☐ 5. ศูนย์เขตฯ ☐ 6. รพ.จิตเวช ☐ 7.

อื่นๆ.....

2.10 สถานที่ทำงานอยู่ในจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

3. ข้อเสนอแนะทั่วไป เพื่อให้โครงการนี้ เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

.....
.....
.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถาม

หมายเหตุ

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ คือ แบบสอบถาม ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครั้งนี้

โดยมีการศึกษาและทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือฯ ดังนี้

1. มีการศึกษา ความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดย 2 วิธี คือ

1.1 การอ่านทวนแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 คน และ

1.2 การทดสอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น รวม 10 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ Stata version 7.0

พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ 0.755 ซึ่งถือว่ามีความสูง ในระดับดี ยอมรับได้



โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้เปราะบางขึ้นกรณีการเสียชีวิต พ.ศ. 2544-2546

77. 11/11/72
02425
2596
7 5



LC 050368

กรุณาทำเครื่องหมาย / ทุกครั้งเมื่อหิบบใจ

[illegible]

DATE DUE

23	2549		
24	2550		
25	2551		
26	2552		
27	2553		
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			