

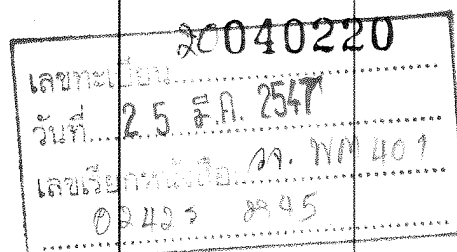


รายงานการประเมินโครงการ
การป้องกันและช่วยเหลือ
ผู้มีภาวะซึมเศร้าและ
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย

น.พ.อภิชัย	มงคล
นางสุพิน	พิมพ์เสน
ผ.ศ.น.พ.ปัตพงษ์	เกษมสมบูรณ์
ภ.ญ.ดร.นุศราพร	เกษมสมบูรณ์
ท.ญ.ปราณีต	วรวิสุต
นางจิตรประสงค์	สิงห์นาง
นางสาวอลิสรา	อุดมวีระเกษม

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2545
ธันวาคม 2545
ISBN 974-9580-75-3



คำนำ

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

จึงจำเป็นที่ระบบต่างๆ ในสังคมจะต้องปรับตัวในหลายๆ ด้าน เพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาลุกลามขึ้นอีก

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นระบบหนึ่งในสังคมที่ทำหน้าที่แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการหลายอย่าง ทั้งบริการด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างยาวนาน จนอาจจะกล่าวได้ว่ามีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมไปตั้งแต่ระดับจังหวัดไปจนถึงระดับหมู่บ้าน จึงถือว่ามีความเหมาะสมที่จะทำหน้าที่แก้ไขและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายขึ้นมาเป็นพิเศษ เพื่อตอบสนองต่อสภาพปัญหาที่คาดการณ์ไว้ว่าจะมีเพิ่มมากขึ้น นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา

เพื่อให้มีการสรุปบทเรียนอย่างเป็นระบบ โครงการนี้จึงได้จัดให้มีการพัฒนาระบบการประเมินโครงการที่ต่างไปจากเดิม โดยความช่วยเหลือทางวิชาการจากสถาบันทางวิชาการ คือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การประเมินโครงการในปีนั้นเน้นที่การประเมินโครงการเชิงระบบ โดยเฉพาะการประเมินผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาการจัดทำโครงการและงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อไป

รายงานฉบับนี้เป็นรายงานการประเมินโครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีจังหวัดต่างๆ เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 32 จังหวัด ผู้จัดทำหวังว่ารายงานการประเมินโครงการครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินโครงการในปีต่อไป ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทั่วไปที่สนใจเรื่องการดำเนินงานของโครงการ และการประเมินโครงการ



(นายแพทย์อภิชัย มงคล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินผลโครงการครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนของบุคคล
หลายฝ่าย ได้แก่

น.พ.วินัย วีรยกิจจา ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

น.พ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ผู้อำนวยการและบุคลากรของ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 13 เขต

ผู้อำนวยการและบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

บุคลากรสาธารณสุขที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ

ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 32 จังหวัด

ครูและผู้นำชุมชน ใน 9 จังหวัดที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์

ผู้ป่วยและประชาชนที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์

หน่วยงานวิชาการในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แก่ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์

และศูนย์บริการวิชาการ

คณะอนุกรมป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาล

จิตเวชขอนแก่น และศูนย์สุขภาพจิตเขต 6

คณะผู้ประเมินโครงการขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

บทคัดย่อ

การประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

บทนำ

การศึกษานี้เป็นผลการประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2545 ซึ่งมี 32 จังหวัดเข้าร่วมโครงการฯ โครงการนี้มีการดำเนินหลักที่สำคัญคือ การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ ครูและผู้นำชุมชนให้สามารถตรวจคัดกรองและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และการให้ความรู้เรื่องนี้ทางโทรทัศน์

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินองค์ประกอบต่างๆ ของโครงการฯ ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และประสิทธิผลของโครงการในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การพัฒนาผู้ให้บริการและหน่วยบริการสุขภาพ 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อบริการที่ได้รับ 3) การได้รับชมรายการทางโทรทัศน์ของโครงการ 4) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานโครงการในจังหวัดของตน และ 5) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบริการ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใน 9 จังหวัดตัวอย่าง รวม 160 แห่ง 2) ผู้ให้บริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ใน 9 จังหวัดตัวอย่าง รวม 400 คน 3) ผู้มารับบริการ ณ สถานบริการทุกระดับ และมีผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นบวก รวม 2,580 ราย จาก 17 จังหวัด 4) ประชาชนทั่วไปในเขตเมืองและเขตชนบท ใน 9 จังหวัดตัวอย่าง จำนวน 1,400 ราย

วิธีเก็บข้อมูล 1) ใช้แบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์ 3) เครื่องวัดอัตราการรับชมรายการโทรทัศน์ และ 4) รายงานการจัดบริการจากสถานบริการ

ตัวแปรสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต 2) การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าฯ 3) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานโครงการในจังหวัดของตน 4) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย 5) การได้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ 6) จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตามชนิดของตัวแปร ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต

ผลการศึกษา

ในด้านการพัฒนาบริการ พบว่า สถานบริการสุขภาพร้อยละ 64 มีการจัดบริการให้คำปรึกษาทางจิตเวช และจังหวัดต่างๆ ส่วนใหญ่มีจำนวนสถานบริการประมาณร้อยละ 45 - 59 ที่มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ

ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า ร้อยละ 64 เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 74 เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับปานกลาง ได้คะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.08 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 และเสนอให้มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 92 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ร้อยละ 36 มีความมั่นใจว่าตนเองจะดีขึ้นในระดับมาก ร้อยละ 84 และ 80 เห็นว่าตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัว ตามลำดับ

การได้ชมรายการโทรทัศน์ฯ ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 0.4 เคยได้รับชมรายการทางโทรทัศน์ของโครงการฯ ผู้ที่เคยได้ชมรายการส่วนใหญ่เห็นว่ารายการมีประโยชน์ในระดับมาก (ได้ 3.92 - 4.16 จาก 5 คะแนน)

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ในช่วงมกราคม 2545 ถึง เมษายน 2545 ที่ได้จากรายงานการให้บริการจากจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ พบว่า มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 12,525 ราย ได้รับการดูแลช่วยเหลือจำนวน 12,396 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.93 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.3 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกัน ปี 2544

มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 3,260 ราย ได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 3,004 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.15 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.66 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกัน ปี 2544

มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด 252 ราย ได้รับการช่วยเหลือ 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.8 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนที่ลดลงร้อยละ 6.2 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกัน ปี 2544

วิจารณ์และสรุป

ในภาพรวมพบว่าโครงการประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนาบริการสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และเห็นว่าตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอ มีผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าสองในสามที่เคยใช้แบบประเมินและได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการอบรมที่ได้รับจากโครงการฯ และเห็นว่ามีประโยชน์มาก แต่มีจำนวนสถานบริการเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการพัฒนางานบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามเกณฑ์ และประชาชนทั่วไป น้อยกว่าร้อยละ 1 ที่เคยได้รับชมรายการทางโทรทัศน์ของโครงการฯ จึงเป็นประเด็นที่ควรมีการพิจารณาปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

Abstract

Evaluation of Depression and Suicide Care Project 2001

The Depression and Suicide Care Project has been implemented since 2001. It is a three -year project of the Department of Mental Health. 32 provinces were participating in 2002. Main strategies of the project were 1) strengthening mental health services for target patients 2) empowering community leaders and school teachers to be able to screen and help target patients 3) broadcasting useful information about depression and suicide care to general populations. This is a mid-term evaluation of the project.

Objective:

To evaluate the context, input, process and product of the project in order to be able to provide useful information for project improvement.

Methods:

This was a descriptive study. Both quantitative and qualitative data collection methods were used.

Samples selected were 1) 400 providers in 9 provinces 2) 1,400 persons of general population in 9 provinces 3) 2,580 depression patients and at risk to suicide patients in 17 provinces 4) 160 health service facilities in 9 provinces

Variables studied were 1) patient satisfaction 2) provider satisfaction 3) mental health service availability 4) accessibility to the media 5) numbers of patients who received health services.

Data collection instruments were self-administered questionnaires, interviewed questionnaires, counting instrument for television rating and project reports from provincial project managers.

Data analyses were conducted using descriptive statistics relevant to types of variables for quantitative study and content analysis was conducted for qualitative study.

Results:

Patient satisfaction. 92 % of the patients who received care were satisfied with the services. 36 % were confident that they will be recovered. 84 and 80 % received information on drug uses and on how to look after themselves from the providers

Provider satisfaction. The providers rated the project as "fair" in terms of their satisfaction (3.08 out of 5). 64 % have ever used "depression and risk of suicide screening forms". 74 % have ever been trained for depression and suicide care. They suggested that there should be training sessions for personnel frequently.

Mental health service availability. 64 % of the health service facilities surveyed have set up mental health consultation services. 45 – 59 % used the "screening forms" regularly.

Accessibility to the media. 0.4 % of general population have ever viewed the project television programs. Those who have ever viewed said that the television programs were useful for themselves and for mental health patients.

Numbers of patients who received health services. Data from January to April 2002 shows that 12,396 depressed patients (26.3 % increase compared with the same period of the year 2001) and 3,004 attempted suicide patients (0.66 % increase compared with the same period of the year 2001) received care from health providers in the project. There were 252 committed suicide cases (6.2 % decrease compared with the same period of the year 2001).

Conclusions and Discussions:

The project was successful in terms of strengthening mental health services for target patients. Patients were satisfied with the services and the availability of mental health services exceeded target numbers. Training programs of the project were rated as useful by the health providers. Accessibility to the project television programs needs to be improved in the future.

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ (ไทย)	ค
บทคัดย่อ (อังกฤษ)	จ
 บทที่ 1 บทนำ	 1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการฯ	1
 บทที่ 2 ระเบียบวิธีการประเมินโครงการฯ	 3
ขอบเขตของการประเมินโครงการฯ	3
แนวทางและวิธีการประเมินผล	3
การวางแผนดำเนินงาน	4
กรอบแนวความคิดของการประเมินโครงการฯ	6
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	7
 บทที่ 3 รายละเอียดของโครงการช่วยเหลือและป้องกันผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545	 9
หลักการและเหตุผล	9
วัตถุประสงค์ของเป้าหมาย	10
ขั้นตอนการดำเนินงาน	11
แผนกิจกรรมและงบประมาณ ปีงบประมาณ 2545	12
จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการใน ปี พ.ศ. 2545	13
 บทที่ 4 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ	 15
ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	15
จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการ	16
จำนวนผู้ป่วยภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	17
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ	22

ผลการประเมินเกี่ยวกับประชาชนทั่วไป	28
การได้รับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ	28
ช่วงเวลาที่ประชาชนทั่วไปดูรายการโทรทัศน์เป็นประจำ	31
ผลการประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับครูและผู้นำชุมชน	32
จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ	32
ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย	33
การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช	34
การใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	35
การเคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยฯ	36
ความมั่นใจในความสามารถของตนด้านการให้คำปรึกษา	37
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในจังหวัด	38
ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด	39
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ	40
การคาดการณ์จำนวนสถานบริการฯ ที่ใช้แบบประเมิน	41
เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ	
บทที่ 5 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ และการทบทวนเอกสาร	43
บริบทของโครงการฯ	43
วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฯ	46
ปัจจัยนำเข้าและการบริหารทรัพยากร	47
กระบวนการดำเนินงาน	48
การถ่ายทอดนโยบายสู่จังหวัด	48
การถ่ายทอดนโยบายจากจังหวัดสู่ผู้ให้บริการ	49
การถ่ายทอดนโยบายจากผู้ให้บริการสู่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน	49
การกำกับติดตาม	51
ระบบรายงาน	51
การประสานงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด	52
การพัฒนางานบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	52
การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ทางสื่อมวลชนโดยส่วนกลาง	54

ความคิดเห็นของจังหวัดต่างๆ ต่อการดำเนินงานโครงการฯ	55
ความเปลี่ยนแปลงในแนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ	55
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการฯ	56
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการฯ	57
กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	62
บทที่ 6 สรุปและอภิปราย	67
ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฯ	67
บริบทปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงาน	73
ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน	75
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก 1 ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม	83
ภาคผนวก 2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย	85
ภาคผนวก 3 แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป	91
ภาคผนวก 4 แบบสอบถามผู้ให้บริการ	97
ภาคผนวก 5 แบบสอบถามผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด	99
ภาคผนวก 6 Logical Framework โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย	101
โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2545	108
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการป้องกันและช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย	112

สารบัญตารางและแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	กรอบแนวความคิดของการประเมินโครงการฯ	6
บทที่ 3		
ตารางที่ 1	แผนกิจกรรมและงบประมาณของโครงการฯ ปี 2545	12
บทที่ 4		
ตารางที่ 2	จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	16
ตารางที่ 3	จำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ	19
ตารางที่ 4	ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย	22
ตารางที่ 5	ประเภทของสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ	23
ตารางที่ 6	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับในภาพรวม	23
ตารางที่ 7	ความมั่นใจว่า ตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น	24
ตารางที่ 8	การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา	24
ตารางที่ 9	การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง	24
ตารางที่ 10	ระยะเวลาที่ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ	25
ตารางที่ 11	การเคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกจิตใจ	25
ตารางที่ 12	ประเภทของเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกจิตใจ ที่ผู้ป่วยได้รับ	26
ตารางที่ 13	ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าของเอกสารที่ได้รับ	26
ตารางที่ 14	สื่อที่ผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (> 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	26
ตารางที่ 15	การเคยดูรายการ โทรทัศน์ ที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกจิตใจ	27
ตารางที่ 16	ประเภทของรายการ โทรทัศน์ ที่เคยดู	27
ตารางที่ 17	ช่วงเวลาที่ดูรายการโทรทัศน์เป็นประจำ	28
ตารางที่ 18	จำนวนผู้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ	29
ตารางที่ 19	แจกแจงผู้ชมแยกตามภูมิภาค	30
ตารางที่ 20	การวิเคราะห์แยกจำนวนผู้ชมรายการตามกลุ่มอายุต่างๆ	30
ตารางที่ 21	ความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อคุณค่าของรายการโทรทัศน์	31
ตารางที่ 22	ช่วงเวลาที่ประชาชนทั่วไป ดูรายการโทรทัศน์เป็นประจำ	31
ตารางที่ 23	จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ	32
ตารางที่ 24	วิชาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม	34
ตารางที่ 25	สถานบริการในระดับต่างๆ ที่มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษา	34

ตารางที่ 26	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามการปฏิบัติงานใน	35
ตารางที่ 27	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ	36
ตารางที่ 28	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ	36
ตารางที่ 29	จำนวนบุคลากรที่มีความมั่นใจในระดับต่างๆ	37
ตารางที่ 30	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยเป็นวิทยากรฯ แบ่งตามสถานบริการระดับต่างๆ	37
ตารางที่ 31	จำนวนบุคลากรที่มีความพึงพอใจในระดับต่างๆ	38
ตารางที่ 32	การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจมากที่สุด	38
ตารางที่ 33	การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจน้อยที่สุด เรียงตามลำดับความถี่	39
ตารางที่ 34	สถานที่ทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม	40
ตารางที่ 35	ความพึงพอใจของผู้บริหารในระดับจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ และศูนย์สุขภาพจิตเขต	40
ตารางที่ 36	ประมาณการณ์จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจมีผลทำให้ปัญหานี้มีแนวโน้มที่สูงเพิ่มขึ้น

ดังสถิติผู้มารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2540 – 2544 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้า เท่ากับ 55.90, 74.39, 99.58, 130.37 และ 94.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการรักษาฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย เท่ากับ 27.36, 28.67, 35.22, 30.72 และ 36.41 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2544)

จากการสำรวจทางโทรศัพท์ในปี พ.ศ. 2542 พบว่ามีความทุกข์ของประชาชนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในเขตกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 3.1 และในเขตภูมิภาคคิดเป็นร้อยละ 7.06 (กรมสุขภาพจิต, 2543)

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวจึงได้มีนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหานี้ โดยจัดให้มีโครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ซึ่งโครงการนี้มีมาตรการและการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรและผู้นำชุมชนให้มีส่วนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาแก่ประชาชนทั่วไป โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานโครงการ 3 ปี

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ตลอดจนทำให้ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือไม่สำเร็จดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป อีกทั้งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญอันหนึ่งของทีมงาน

วัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการ

- 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ (Effectiveness of Program)
- 2) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโครงการของผู้บริหารโครงการฯ และผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ
- 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายต่อบริการที่ได้รับ
- 4) เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของโครงการฯ
- 5) เพื่อประเมินการรับรู้ของประชาชนต่อการเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์ของโครงการฯ
- 6) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะอันเนื่องมาจากการดำเนินโครงการฯ

บทที่ 2

ระเบียบวิธีการประเมินโครงการ

ขอบเขตของการประเมินโครงการ (Scope of Evaluation)

การประเมินโครงการครั้งนี้มีขอบเขตการประเมินที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการประเมิน "โครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย" ซึ่งดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2545 (ต.ค.2544 - ก.ย.2545)
- 2) เป็นการประเมิน ครอบคลุมทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการฯ ในช่วงและเวลาดังกล่าว
- 3) ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการฯ ครอบคลุมจังหวัดที่อยู่ในโครงการเท่านั้น ประกอบด้วย 20 จังหวัดเดิมและ 12 จังหวัดใหม่ ตามที่ระบุไว้ในโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 4) ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการครอบคลุมตามที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 5) ระยะเวลาการดำเนินงาน 8 เดือน (ต.ค.2544 – พ.ค.2545)

แนวทางและวิธีการประเมินผล (Approaches and Methods)

- 1) ดำเนินงานในลักษณะของการประเมินโครงการ (Project Evaluation) เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการฯ ตามแนวทางของ Stufflebeam (1971)
- 2) ใช้กระบวนการประเมินโครงการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติ เพื่อหวังผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning Through Action)
- 3) ใช้แนวความคิดพื้นฐานว่า การประเมินโครงการควรมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านศักยภาพของบุคลากร ระบบการดำเนินงาน และระบบข้อมูล ตลอดจนความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหา และกลไกการแก้ปัญหาที่โครงการฯ ให้ความสนใจ
- 4) ใช้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งโดยวิธีการเชิงปริมาณ (การสำรวจ) และเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม)
- 5) การวิเคราะห์ใช้ทั้งวิธีการทางสถิติแบบเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และวิธีการวิเคราะห์ทางเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 6) การสรุปและแปลผลการประเมินโครงการ จะใช้ระบบการสื่อสารแบบสองทาง โดยการจัดเวทีนำเสนอ และอภิปราย ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นทางสื่อ และเอกสารฉบับร่าง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ของมุมมองต่างๆ และเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง

การวางแผนดำเนินงาน

ระยะที่ 1 : การเตรียมการประเมินผล (ต.ค.2544)

- 1) ประชุมร่วมกับคณะผู้บริหารโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อกำหนดขอบเขตและรายละเอียด การประเมินโครงการฯ
- 2) ศึกษาเอกสารโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการฯ
- 3) ร่างรายละเอียดโครงการประเมินโครงการ พร้อมทั้งแผนการดำเนินงานตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ผู้ประเมินจากภายนอก และคณะผู้บริหารโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปรายละเอียด ข้อตกลงการประเมินโครงการฯ

ระยะที่ 2 : การดำเนินการประเมินโครงการ (ต.ค. 2544 - มี.ค.2545) ประกอบด้วย

- 1) การศึกษาเอกสารรายงานต่างๆ และสื่อต่างๆ ทุกอย่างของโครงการฯ ทั้งที่จัดทำโดยผู้จัดการโครงการฯ และรายงานผลการดำเนินงานจากจังหวัดต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลสถิติการให้บริการจากสถานบริการต่างๆ
- 2) การเข้าร่วมสังเกตการดำเนินงานของโครงการฯ (บางกิจกรรม)
- 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับสถานบริการ ตลอดจนครู และผู้นำชุมชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ (ดูแนวคำถามที่ภาคผนวก 1) ดังนี้
 - 3.1) คณะผู้บริหารโครงการฯ
 - 3.2) ผู้รับผิดชอบโครงการระดับเขต
 - 3.3) ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด (สสจ.ใน 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ)
 - 3.4) ผู้รับผิดชอบระดับ รพท., รพจ., รพช., สอ (ใน 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ)
 - 3.5) ครูและผู้นำชุมชน (ใน 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ)
- 4) การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้บริหารงานโครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับจังหวัดใน 32 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2545 (ดูภาคผนวก 5)
- 5) การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานบริการต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบลใน 9 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างในการประเมินฯ (ดูภาคผนวก 4)

- 6) การสำมะโนความพึงพอใจและการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ได้แก่ ผู้มีปัญหาซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการทุกราย ที่มีความสามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ในเขต 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้โดยผู้ให้บริการ และรวบรวมส่งผู้ประเมินฯ เพื่อวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวมของทั้งโครงการฯ (ดูภาคผนวก 2)
- 7) การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป ใน 9 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ (ดูภาคผนวก 3)
- 8) การสำรวจอัตราการรับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั่วประเทศ (ดูภาคผนวก 3)

ระยะที่ 3 : การวิเคราะห์และสรุปผล

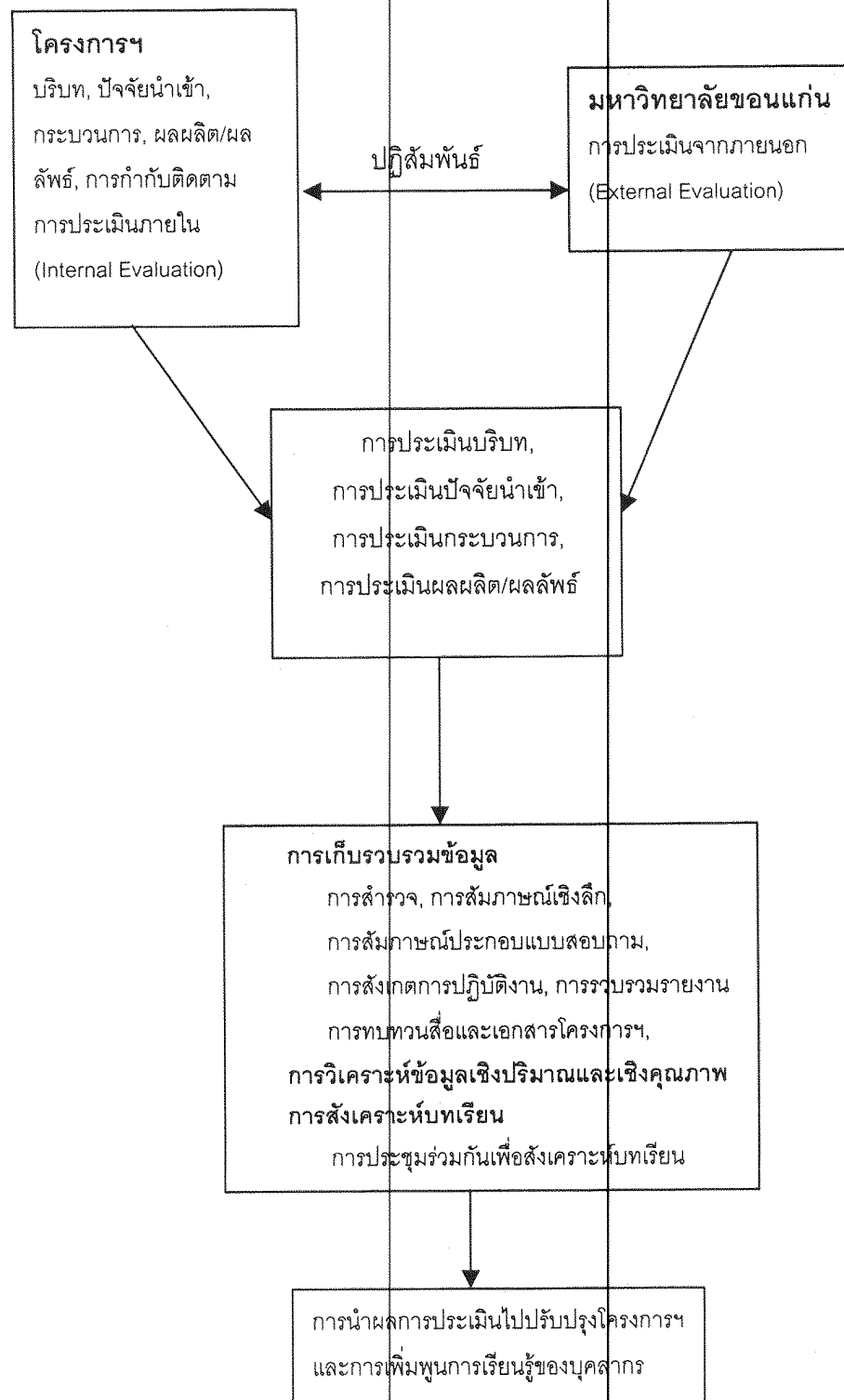
- 1) การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและสื่อต่างๆ
- 2) การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสังเกตการดำเนินงาน
- 3) การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้บริหารโครงการและผู้ให้บริการในทุกระดับ
- 4) การวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
- 5) การวิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป และอัตราการรับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการหลักสูตรการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545

ระยะที่ 4 : การเขียนรายงานและนำเสนอ

- 1) การเขียนรายงานสรุปผลการประเมินผล พร้อมข้อเสนอแนะเบื้องต้น
- 2) การนำเสนอผลการประเมินผลต่อคณะผู้บริหารโครงการฯ และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3) การแก้ไขรายงานขั้นสุดท้าย

กรอบแนวคิดของการประเมินโครงการ

(แผนภูมิที่ 1)



การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการประเมินโครงการครั้งนี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และกลุ่มเป้าหมายของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม)

- 1.1) คณะผู้บริหารโครงการฯ เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 5 - 7 คน
- 1.2) ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ระดับเขต 13 เขต เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 5 - 7 คน
- 1.3) ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ระดับจังหวัด บางส่วนจากทั้งจังหวัดใหม่และจังหวัดเดิม ซึ่งมีทั้งหมด 32 จังหวัด เลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในโครงการ จำนวน 10 - 12 คน ในเขต 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ ครอบคลุมทุกภาคฯ ละ 2 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
- 1.4) ผู้นำชุมชนและครู เลือกมาสัมภาษณ์ 10 - 15 คน เลือกโดยวิธีการแบ่งกลุ่มให้ครอบคลุมทั้งผู้นำชุมชนทั้งจังหวัดเก่าและจังหวัดใหม่ ในเขต 9 จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ ครอบคลุมทุกภาคฯ ละ 2 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

- 2.1) การสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ประสานงานโครงการหลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับจังหวัดใน 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2545 จำนวน 80 คน
- 2.2) การสำรวจความคิดเห็น และความพึงพอใจของผู้ให้บริการในสถานบริการต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2545 ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ใน 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างโดยวิธีสุ่ม ครอบคลุมทุกภาคฯ ละ 2 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ถูกเลือกจำนวนทั้งหมด 160 แห่ง เลือกโดยวิธีการเลือกแบบสุ่ม จาก รพท./รพศ.จังหวัดละ 1 แห่ง รพช. จังหวัดละ 3 - 5 แห่ง สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข จังหวัดละ 10 - 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกเลือกจำนวนทั้งหมด 400 คน เลือกโดยวิธีการเลือกแบบสุ่ม จาก รพท./รพศ. จังหวัดละ 2 - 3 คน รพช. จังหวัดละ 3 - 5 แห่ง ละ 3 - 5 คน สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข จังหวัดละ 10 - 12 แห่ง ละ 1 - 2 คน

- 2.3) การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้มารับบริการ เพื่อศึกษาความพึงพอใจและการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ได้แก่ ผู้มีปัญหาลำไส้และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการทุกราย โดยคัดเลือกจากผู้ที่ทำแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วให้ผลบวก กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ดำเนินการสัมภาษณ์ในวันที่ 11 และ 13 กุมภาพันธ์ 2545 ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งในเขต 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปี 2545 จำนวนรวม 2,580 คน
- 2.4) การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป ใน 9 จังหวัด ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินฯ จำนวน 1,400 คน
- 2.4.1) โดยเลือกภาคและเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบหลายชั้นภูมิ (Multi-stage Sampling) ดังนี้
- | | | |
|-----------------------|-------|----------|
| กรุงเทพฯ | จำนวน | 360 คน |
| ภาคเหนือ | จำนวน | 260 คน |
| ภาคกลาง | จำนวน | 260 คน |
| ภาคใต้ | จำนวน | 260 คน |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | จำนวน | 260 คน |
| รวม | | 1,400 คน |
- 2.4.2) การเลือกจังหวัด ในแต่ละภาค จะเลือกจังหวัดมา 2 จังหวัดต่อภาค โดยวิธีสุ่มครอบคลุมทุกจังหวัดที่เคยดำเนินการฯ ในปี 2544 และจังหวัดที่จะเริ่มดำเนินการในปี 2545
- 2.4.3) การเลือกชุมชนตัวอย่าง ในแต่ละจังหวัด จะเลือกชุมชนเมือง (เขตเทศบาลของอำเภอเมือง) มา 1 ชุมชน และชุมชนชนบท (นอกเขตเทศบาล ในเขตอำเภออื่นที่ไม่ใช่อำเภอเมือง) มา 1 ชุมชน โดยวิธีสุ่ม
- 2.4.4) การเลือกครอบครัวตัวอย่าง ในแต่ละชุมชน จะเลือกครอบครัวตัวอย่างมาเท่ากับจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ โดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ
- 2.4.5) การเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ ในแต่ละครอบครัว จะเลือกตัวแทนของครอบครัว มา 1 คน ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี และมีความยินยอมโดยสมัครใจให้สัมภาษณ์
- 2.5) การสำรวจอัตราการได้ดูรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ ของประชาชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอุปกรณ์ครัวเรือน และบันทึกพฤติกรรมการดูรายการโทรทัศน์ของบริษัทเรตติ้งทีวีทั่วประเทศ จำนวนรวม 3,788 คน

บทที่ 3

รายละเอียดโดยย่อของโครงการหลักสูตรการช่วยเหลือและป้องกัน ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545

- 1) ชื่อโครงการ หลักสูตรการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) เจ้าของโครงการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิตเขต 6
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- 3) หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักงานผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ฝ่ายแผนงานและสถิติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ศูนย์สุขภาพจิตเขต 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4) หลักการและเหตุผล

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมาที่ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปัญหาความเครียดที่เกิดจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจึงยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และแผ่ขยายไปสู่ประชาชนแทบทุกกลุ่มอาชีพ ไม่เพียงแต่ประชาชนต้องเผชิญปัญหาด้านเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ของประชาชนอีกด้วย

ปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน จากสถานการณ์และอุบัติการณ์ของโรคในปี 2540 พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 38 - 63 ต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นเป็น 59.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า และเมื่อประชาชนปล่อยให้อารมณ์เศร้าอยู่เป็นเวลานานไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสม จึงส่งผลให้สถิติการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังที่ปรากฏตามข่าวโดยการนำเสนอของสื่อมวลชนสื่อมวลชนสาขาต่าง ๆ

จากการสำรวจการฆ่าตัวตายของประชาชนที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข 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 และยังเป็นดัชนีชี้วัดความไม่มีความสุขในสังคมอีกด้วย จนอาจกล่าวได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องเร่งรัดแก้ไขอย่างรวดเร็ว และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ประชาชนที่ประสบกับปัญหาดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและช่วยให้ประชาชนเหล่านั้นพ้นจากภาวะวิกฤต สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป

5) วัตถุประสงค์

5.1) ให้นุคลากรสาธารณสุขใน รพศ./รพท./รพช./สอ. และเขต กทม. มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินการดูแลทางสังคม จิตใจ และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้

5.2) สถานบริการสาธารณสุขมีระบบในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.3) เพื่อให้ครู มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.4) ผู้นำชุมชนสามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

5.5) เพื่อให้ประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6) เป้าหมาย

6.1) ร้อยละ 80 ของสถานบริการสาธารณสุขในระดับ รพศ./รพท. ใน 1 จังหวัดต่อเขต (ยกเว้นเขต กทม.) มีระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม

6.2) ร้อยละ 60 ของบุคลากรสายงานบริการในโรงพยาบาลชุมชน สามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

6.3) ร้อยละ 40 ของบุคลากรในสถานอนามัย สามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

6.4) ครูโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 50 คน / 1 จังหวัด / 1 เขต สามารถประเมินผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้ รวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

6.5) ผู้นำชุมชน จำนวน 100 คน สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

6.6) ร้อยละ 1 ของประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำนิยาม

การช่วยเหลือเบื้องต้น หมายถึง การให้คำแนะนำ ให้การปรึกษาหรือการส่งต่อได้

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

7) ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 7.1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและที่ปรึกษาโครงการ
- 7.2) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา
- 7.3) รวบรวมข้อมูลและระบาคติวิทยา
- 7.4) พัฒนาศักยภาพความรู้โดยจัดอบรม สัมมนาฯ (ศูนย์เขตและคณะทำงาน)
- 7.5) สัมมนาภาพรวมโครงการต่อพื้นที่ทั้ง 12 เขต (12 จังหวัดใหม่+ 20 จังหวัดเดิม)
- 7.6) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (20 จังหวัดเดิม + 12 จังหวัดใหม่)
- 7.7) ผลิตคู่มือ สื่อ ต่าง ๆ การป้องกันและช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและ
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น + 12 จังหวัดใหม่)
- 7.8) ประชาสัมพันธ์ โดยเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในการประเมินภาวะซึมเศร้า และ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านแบบประเมินตนเองสำหรับประชาชน และ
ประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น)
- 7.9) อบรมหลักสูตรพื้นฐานวิทยากรให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจใน
การดำเนินงาน (12 จังหวัดใหม่)
- 7.10) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดอบรมเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย (โครงการต่อเนื่อง) (20 จังหวัดเดิมในปี 2544)
- 7.11) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามพื้นที่ที่รับผิดชอบดำเนินการจัดอบรมให้ครบตาม
เป้าหมายที่กำหนด (12 จังหวัดใหม่)
- 7.12) สัมมนาติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานโดยพื้นที่เป็นผู้จัดสัมมนา เพื่อติด
ตามผลการดำเนินงานของตนเอง (20 จังหวัดเดิม + 12 จังหวัดใหม่)
- 7.13) สัมมนาประเมินผลเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค
(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น)
- 7.14) วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข
(โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น)
- 7.15) กองแผนงานติดตามประเมินผลโดยภาพรวม

8) ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2545

9) งบประมาณ งบประมาณจากกรมสุขภาพจิต หมวดรายจ่ายอื่น (หมวด 900)

18,148,800 บาท

10) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

10.1) ประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสุขทางใจดีขึ้นกว่าเดิม

10.2) ประชาชนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการป้องกัน และช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

10.3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของประเทศภายหลังการดำเนินงานตามโครงการลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายก่อนดำเนินงานโครงการ

11) แผนกิจกรรมและงบประมาณ ปีงบประมาณ 2545

ตารางที่ 1 แผนกิจกรรมและงบประมาณของโครงการฯ ปี 2545

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย (หน่วยนับ)	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
	โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีกิจกรรมดังนี้		18,148,800	รพ.จิตเวชขอนแก่น
1	ประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการร่วมกับอาจารย์ ที่ปรึกษา		334,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น
2	พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่คณะกรรมการบริหาร		192,500	รพ.จิตเวชขอนแก่น
3	รวบรวมข้อมูลระดับวิทยาและวิเคราะห์ข้อมูล	13 เขต	800,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น ศูนย์สุขภาพจิตเขต
4	สัมมนา "ภาพรวมแนวทางการจัดทำโครงการ"	13 เขต สสจ.	152,300	รพ.จิตเวชขอนแก่น
5	ประชุมเชิงปฏิบัติการ "การบริหารจัดการสู่ความสำเร็จ"	13 เขต สสจ.	700,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น
6	จัดอบรมหลักสูตรพื้นฐานวิทยากร	13 เขต สสจ.	800,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น
7	จัดอบรมสัมมนาเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย (โครงการต่อเนื่อง) เพิ่มพูนความรู้ อบรมการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย พัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย"	บุคลากรจาก รพศ./รพท. รพช./สสอ./ สอ. ครู/ผู้นำชุมชน 20 จังหวัดเดิม 20 จังหวัดเดิม	2,300,000 800,000 1,500,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น สสจ. 20 จังหวัดเดิม

ตารางที่ 1 แผนกิจกรรมและงบประมาณของโครงการฯ ปี 2545 (ต่อ)

8	สสจ.จัดอบรมพื้นที่ที่รับผิดชอบ (โครงการในจังหวัดใหม่)	บุคลากรจาก รพศ./รพพ/รพช./ สสอ./สอ.ครู/ผู้นำ ชุมชน	7,280,000	ศูนย์สุขภาพจิตเขต สสจ. 12 จังหวัดใหม่
9	นิเทศติดตามความก้าวหน้า	13 เขต	390,000	รพ.จิตเวชพี่เลี้ยง/ ศูนย์เขต 1-13
10	สัมมนาประเมินผลเพื่อติดตามการดำเนินงาน และ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค	13 เขต สสจ.	700,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น สสจ. 12 จังหวัดใหม่ สสจ. 20 จังหวัดเดิม
11	สัมมนาประเมินผลโครงการ (Project Manager)	1 ครั้ง / 5 วัน / 20 คน	150,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น
12	ประเมินผลโครงการภาพรวม	1 เรื่อง	450,000	กองแผนงาน
13	วิจัยประเมินผลโครงการ	1 เรื่อง	500,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น
14	ผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์	13 เขต สสจ.	3,400,000	รพ.จิตเวชขอนแก่น สสจ. 13 เขต ศูนย์สารนิเทศ

12) จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งหมด 32 จังหวัด ประกอบด้วย

12.1) จังหวัดที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ได้แก่

อ่างทอง นนทบุรี ชัยนาท สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ อุดรธานี
สกลนคร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ นครสวรรค์ อุทัยธานี พิจิตร แพร่ เชียงราย
พังงา นครศรีธรรมราช ยะลา กรุงเทพมหานคร

12.2) จังหวัดที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ได้แก่

พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ ชัยภูมิ
ขอนแก่น ศรีสะเกษ กำแพงเพชร อุดรดิตถ์ เชียงใหม่ กระบี่ ตรัง (กรุงเทพฯ)

บทที่ 4

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการประเมินในเชิงปริมาณประกอบด้วย หัวข้อต่างๆ ที่มีการประเมินดังต่อไปนี้ คือ

- การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ
ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ
- การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ประชาชนทั่วไป
การได้รับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ
ความคิดเห็นต่อรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ
- การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ครูและผู้นำชุมชน
จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ
- การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย
การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช
การเคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด
ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ
จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็น
ประจำ (จากการประมาณการณ์ของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด)
ความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินด้านนี้ ประกอบด้วย การศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น 2 ประการ คือ

1) จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ และ 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการ

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากรายงานจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 31 จังหวัด

พบว่า ในช่วงเดือน มกราคม 2545 - เมษายน 2545 มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 12,529 ราย ได้รับการดูแลช่วยเหลือจำนวน 12,396 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.93 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด)

ถ้ามีสมมติฐานว่าอัตราการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละปีมีจำนวนเท่าเดิม ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดำเนินการโครงการฯ ในปีนี้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นจำนวนมากขึ้น (ซึ่งอาจจะเนื่องจาก วินิจฉัยได้มากขึ้น หรือผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น) โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในช่วง ม.ค. 44 - เม.ย. 44 กับ ช่วง ม.ค. 45 - เม.ย. 45 คือเพิ่มขึ้นจาก 9,816 ราย เป็น 12,396 ราย คิดเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.3 (ประมาณหนึ่งในสี่)

แต่ถ้าวิเคราะห์ดูเป็นรายจังหวัด จะพบว่า มีอยู่ 21 จังหวัด ที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นจำนวนมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 67.7 ของจำนวนจังหวัดที่ส่งรายงาน และมีอยู่ 10 จังหวัดที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นจำนวนน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 32.3 ของจำนวนจังหวัดที่ส่งรายงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ราย)			
		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45	
		ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ
1	อ่างทอง	86	84	111	111
2	ชัยนาท	877	843	143	143
3	สระแก้ว	61	61	102	102
4	เพชรบุรี	100	100	156	156
5	สุรินทร์	949	949	1,332	1,332
6	อุดรธานี	190	190	258	258
7	อุบลราชธานี	535	535	117	117
8	นครสวรรค์	334	152	280	224
9	อุทัยธานี	28	28	185	185
10	พิจิตร	191	191	237	237
11	แพร่	160	160	66	58

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ราย)			
		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45	
		ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ
12	เชียงราย	107	224	324	351
13	พิจิตร	385	385	165	165
14	ยะลา	255	255	306	306
15	อยุธยา	489	489	67	67
16	สุพรรณบุรี	328	328	435	435
17	ระยอง	110	110	747	747
18	ประจวบคีรีขันธ์	59	59	217	207
19	ชัยภูมิ	195	190	789	789
20	ขอนแก่น	255	255	234	234
21	อุดรดิตถ์	104	104	99	99
22	กระบี่	79	79	134	134
23	ตรัง	42	42	92	92
24	กรุงเทพฯ	614	614	3,277	3,277
25	นนทบุรี	417	417	285	285
26	นครราชสีมา	622	622	598	298
27	อำนาจเจริญ	78	78	107	107
28	ศรีสะเกษ	303	303	450	450
29	สกลนคร	63	63	152	152
30	เชียงใหม่	256	256	152	152
31	นครศรีธรรมราช	1,650	1,650	912	826
รวม		9,922	9,816	12,529	12,396

จำนวนผู้ป่วยภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (พยายามฆ่าตัวตาย) และฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการ

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากรายงานจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 31 จังหวัด

พบว่า ในช่วงเดือน มกราคม 2545 – เมษายน 2545 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 3,260 ราย ได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 3,004 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.15 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด 252 ราย ได้รับการช่วยเหลือ 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.8 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด)

ถึงแม้ว่าภาวะพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นภาวะที่วินิจฉัยได้ไม่ยาก แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอาจจะไม่ได้มาที่สถานพยาบาล จึงคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในจังหวัดไม่ได้ (ต้องรอผลการศึกษาทางระบาดวิทยา) แต่ถ้ามีสมมติฐานว่า ถ้าผู้ป่วยทุกรายมาที่สถานพยาบาล ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนที่ใกล้เคียงกับปีที่แล้ว โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดือน มกราคม 44 - เมษายน 44 กับ ช่วงเดือน มกราคม 45 - เมษายน 45 คือ จำนวน 3,074 ราย และ 3,260 ราย ตามลำดับ

และพบว่า การดำเนินการโครงการฯในปีนี้อาจดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพยายามฆ่าตัวตาย ได้เป็นจำนวนมากขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในช่วงเดือน มกราคม 44 - เมษายน 44 กับ ช่วงเดือน มกราคม 45 - เมษายน 45 คือ ลดลงจากร้อยละ 92.81 เป็น ร้อยละ 92.13 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้เสียชีวิตต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับบริการดูแลช่วยเหลือ

ลำดับ	จังหวัด	2. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ราย)				3. จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ราย)			
		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45	
		ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ
1	อ่างทอง	103	98	147	147	3	1	3	3
2	ชัยนาท	140	131	25	21	9	-	3	-
3	สระแก้ว	44	44	42	42	12	12	4	1
4	สุรินทร์	59	59	44	36	13	3	5	3
5	อุดรธานี	116	116	124	124	15	-	21	-
6	อุบลราชธานี	32	32	27	27	40	16	18	10
7	นครสวรรค์	383	256	412	330	24	-	28	-
8	อุทัยธานี	75	75	39	39	7	-	1	-
9	พิจิตร	96	96	80	80	1	-	2	2
10	แพร่	56	48	15	15	8	-	13	-
11	เชียงราย	122	72	143	89	25	25	13	13
12	พังงา	40	40	56	56	5	5	2	2
13	ยะลา	8	8	81	81	1	1	5	5

ตารางที่ 3 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	2. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ราย)				3. จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ราย)			
		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45		ม.ค. 44 - เม.ย. 44		ม.ค. 45 - เม.ย. 45	
		ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ	ทั้งหมด	ที่ได้รับการช่วยเหลือ
14	สุพรรณบุรี	95	95	228	228	15	15	9	9
15	ระยอง	240	240	230	230	38	38	5	5
16	ประจวบคีรีขันธ์	122	122	73	73	55	-	9	-
17	ชัยภูมิ	131	109	121	118	16	9	13	1
18	ขอนแก่น	66	66	62	62	24	-	3	-
19	อุดรธานี	28	28	18	16	1	1	3	3
20	กระบี่	60	60	60	60	5	-	10	-
21	ตรัง	83	83	22	22	-	-	-	-
22	กรุงเทพฯ	66	66	264	264	-	-	3	3
23	อำนาจเจริญ	20	20	49	49	8	-	6	-
24	นครศรีธรรมราช	Na	Na	128	128	Na	Na	14	-
25	ศรีสะเกษ	89	89	31	31	14	-	6	-
26	กำแพงเพชร	199	199	68	68	32	-	13	-
27	เชียงใหม่	143	143	194	194	39	-	20	-
28	นนทบุรี	168	168	193	106	17	-	10	-
29	เพชรบุรี	156	156	159	159	6	-	10	-

ตารางที่ 3 จำนวนผู้เสียชีวิตต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ (ต่อ)

30	นครราชสีมา	114	114	112	112	3	-	0	-
31	สุพรรณบุรี	20	20	13	13	1	-	0	-
รวม		3,074	2,853	3,260	3,004	427	126	250	60

นอกจากนี้ ในตารางที่ 3 ยังแสดงให้เห็นว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวนที่ลดลง จากร้อยละ 13.9 ของการพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงเดือน

มกราคม 2544 – เมษายน 2544 (427 จาก 3,074) เป็นร้อยละ 7.7 ของการพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงเดือน มกราคม 2545 – เมษายน 2545 (252 จาก 3,260)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ

การประเมินโครงการครั้งนี้ ได้มีการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้มารับบริการ เพื่อศึกษาความพึงพอใจ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากโครงการฯ ของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ได้แก่ ผู้มีปัญหาซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการทุกรายที่มารับบริการในวันที่ 11 และ 13 กุมภาพันธ์ 2545 และต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ดำเนินการในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในเขต 32 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปี 2545

จำนวนผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดรวม 2,635 คน จาก 17 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 52 ของจำนวนจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2545 ค่ามัธยฐานของจำนวนแบบสอบถามที่ได้มาจากแต่ละจังหวัด เท่ากับ 145 ชุดต่อจังหวัด มีแบบสอบถามที่มีคำตอบครบถ้วนสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ได้มีจำนวนรวม 2,580 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 70 ในด้านสถานะภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 72.4 รองลงมาเป็นคนโสด คิดเป็นร้อยละ 14 ในด้านอายุของผู้ตอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมา คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.2 ในด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 23.1

ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจำนวน 1,687 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ที่ได้รับการแจ้งจากผู้ให้บริการว่าตนเป็นโรคอะไร หรือมีปัญหาสุขภาพอะไร

ในจำนวนที่ได้รับแจ้งว่าตนเป็นโรคอะไร หรือมีปัญหาสุขภาพอะไรนั้น สามารถแจกแจงภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย

ภาวะทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
วิตกกังวล	728	43.1
ซึมเศร้า	356	21.1
มีปัญหาทางอารมณ์	169	10.0
พยายามฆ่าตัวตาย	29	1.7
อื่น ๆ	405	24.1
รวม	1,687	100

จากตารางจะเห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาทางด้านจิตเวช ในกลุ่มปัญหา มีความวิตกกังวล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมา คือ ปัญหาซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 21.1

ประเภทของสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการครั้งนี้
ตารางที่ 5 ประเภทของสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการครั้งนี้

ประเภทของสถานบริการ	จำนวน	ร้อยละ
สถานีนอนมัย	1,235	51.0
โรงพยาบาลชุมชน	845	34.9
โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป	341	14.1
รวม	2,421	100

จากตารางที่ 5 จะเห็นว่า จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้ป่วยที่ไปใช้บริการ ณ สถานีนอนมัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 34.9

ผลการศึกษาที่สำคัญ มีดังนี้

ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในภาพรวม

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 92.2 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับในภาพรวม

	จำนวน	ร้อยละ
พอใจ	2,343	92.2
ไม่พอใจ	75	3.0
ตอบไม่ได้	122	4.8
รวม	2,540	100

ความมั่นใจว่า ตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจ (แต่ไม่มาก) ว่าตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมา คือ มั่นใจมาก คิดเป็นร้อยละ 36.2 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความมั่นใจว่า ตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น

	จำนวน	ร้อยละ
มั่นใจ แต่ไม่มาก	1,111	43.8
มั่นใจมาก	919	36.2
ไม่มั่นใจ	292	11.5
ตอบไม่ได้	216	8.5
รวม	2,538	100

การให้คำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการใช้ยา

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ตนเองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาอย่างเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 83.9 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา

	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	2,121	83.9
ไม่เพียงพอ	171	6.8
ครั้งนี้ไม่ได้ยา	109	4.3
ตอบไม่ได้	127	5.0
รวม	2,528	100

การให้คำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ตนเองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 79.3 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง

	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	1,998	79.3
ไม่เพียงพอ	266	10.6
ไม่ได้ให้คำแนะนำเลย	121	4.8
ตอบไม่ได้	134	5.3
รวม	2,519	100

ระยะเวลาที่ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ ในการมารับบริการครั้งนี้

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ คือ ช่วง 1 – 5 นาที คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมา คือ ช่วง 6 – 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 26.7 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ระยะเวลาที่ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ

	จำนวน	ร้อยละ
1 - 5 นาที	833	38.6
6 - 10 นาที	577	26.7
11 - 15 นาที	203	9.4
> 30 นาที	178	8.2
16 - 20 นาที	140	6.5
26 - 30 นาที	86	4.0
รวม	2160	100

การเคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ คิดเป็นร้อยละ 74.8 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ

	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับ	1,773	74.8
เคยได้รับ	598	25.2
รวม	2,371	100

ประเภทของเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ ที่ได้รับ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ประเภทของเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ ที่ผู้ป่วยได้รับ คือ แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมา คือ หนังสือเล่มเล็ก คิดเป็นร้อยละ 23.1 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ประเภทของเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ ที่ผู้ป่วยได้รับ

	จำนวน	ร้อยละ
แผ่นพับ	407	69.6
หนังสือเล่มเล็ก	135	23.1
อื่นๆ	43	7.4
รวม	585	100

ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าของเอกสารที่ได้รับ

เมื่อถามว่า ท่านคิดว่าเนื้อหาในเอกสารดังกล่าว เป็นประโยชน์ ช่วยทำให้เกิดความตื่นตัว หาทองป้องกันและแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ ป้องกันการพยายามทำร้ายตัวเองหรือในคนใกล้ชิดหรือไม่ ? ผู้ตอบส่วนใหญ่จะตอบว่า เป็นประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 83.8 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าของเอกสารที่ได้รับ

	จำนวน	ร้อยละ
เป็นประโยชน์	490	83.8
ไม่เป็นประโยชน์	18	3.1
ตอบไม่ได้	77	13.2
รวม	585	100

สื่อที่ผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (> 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

จากการศึกษา พบว่า สื่อที่ผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ บ่อยที่สุด คือ รายการโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 68.7 รองลงมา คือ การสนทนากับเพื่อนบ้าน และรายการวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 54.9 และ 35.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สื่อที่ผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (> 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	1,660	68.7
สนทนากับเพื่อนบ้าน	1,217	54.9
วิทยุ	786	35.7
หออกระจายข่าว	533	24.2
หนังสือพิมพ์	364	16.8

ตารางที่ 14 สื่อที่ผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ (> 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ต่อ)

การประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาล	198	9.5
ป้าย / โปสเตอร์	164	7.9
สิ่งพิมพ์อื่นๆ	132	6.4
การประชุม / อบรม	73	3.5
อินเทอร์เน็ต	21	1.0

การเคยดูรายการโทรทัศน์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเมื่อมีความทุกข์ใจ
จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเคยดูรายการโทรทัศน์ที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจคิดเป็นร้อยละ
55.9 ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การเคยดูรายการโทรทัศน์ที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกข์ใจ

	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	1,346	55.9
เคย	1,060	44.1
รวม	2,406	100

ประเภทของรายการโทรทัศน์ที่ให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาเมื่อมีความทุกข์ใจที่เคยดู
จากการศึกษา พบว่า ประเภทของรายการโทรทัศน์ ที่ให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาเมื่อมีความ
ทุกข์ใจที่เคยดู ส่วนใหญ่ตอบว่า คือ รายการตลก คิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงมา คือ รายการ
สัมภาษณ์บุคคลฯ คิดเป็นร้อยละ 38.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ประเภทของรายการโทรทัศน์ที่เคยดู (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	จำนวน	ร้อยละ
รายการตลก	571	54.1
รายการสัมภาษณ์บุคคล / เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต	406	38.5
รายการเกมส์โชว์ที่พูดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์ใจ	341	32.3
รายการกรรมสุขภาพจิตพบประชาชน	261	24.7
รายการแบบสารคดีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์ใจ	255	24.2
สปรตโฆษณาณรงค์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์ใจ	253	24.0
อื่นๆ	88	8.3

ช่วงเวลาที่ยุทธการโทรทัศน์เป็นประจำ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่า ช่วงเวลาที่ยุทธการโทรทัศน์เป็นประจำ คือ ช่วงเวลา 16.00 - 20.00 น. คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ช่วงเวลา 20.00 - 24.00 น. และ ช่วงเวลา 06.00 - 12.00 น. คิดเป็นร้อยละ 29.9 และ 4.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ช่วงเวลาที่ยุทธการโทรทัศน์เป็นประจำ

	จำนวน	ร้อยละ
16.00 - 20.00 น.	1267	51.2
20.00 - 24.00 น.	740	29.9
06.00 - 12.00 น.	121	4.9
12.00 - 16.00 น.	117	4.7
24.00 - 06.00 น.	12	0.5
อื่น ๆ	216	8.7
รวม	2473	100

ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับประชาชนทั่วไป

การได้รับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ

การประเมินโครงการครั้งนี้ ได้มีการสำรวจรายการโทรทัศน์ที่โครงการฯ ได้มีการดำเนินการเผยแพร่ในช่วงที่มีการประเมินโครงการฯ คือช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2545 ได้แก่

1) รายการธรรมส่องโลก เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท. ในช่วงเดือนเมษายน 2545 - พฤษภาคม 2545 ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 - 09.30 น.

2) รายการท็อปเทน (TopTen) เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท. 2 ครั้ง ในวันที่ 21 และ 28 เมษายน 2545 เวลา 11.00 - 11.30 น..

3) รายการ มorning เฮลท์ (Morning Health) เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 8 UBC ทุกวันศุกร์ เวลา 07.00 - 07.40 น.

สองรายการแรก ได้รับการประเมินอัตราการรับชมของประชาชน โดยการนับจากกลุ่มตัวอย่าง 3,788 รายที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง และมีอุปกรณ์ตรวจนับ เพื่อบันทึกพฤติกรรมการดูรายการโทรทัศน์ของบริษัทเรตติ้งทีวี ผลการศึกษา มีดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ชมรายการ ดังกล่าวข้างต้น ในช่วงเดือน เมษายน 2545 โดยเฉลี่ย ในภาพรวมมีผู้ชมรายการของโครงการฯ ในช่วงเดือน เมษายน 2545 ประมาณ 234,333 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.36 ของประชากร กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป รายการที่มีผู้ชมจำนวนมากที่สุด คือ รายการ ท้อปเทน วันที่ 28 เมษายน 2545 มีผู้ชมจำนวน 346,000 คน รายการที่มีผู้ชมจำนวนน้อยที่สุด คือ รายการธรรมะสองโลก วันที่ 4 เมษายน 2545 มีผู้ชมจำนวน 44,000 คน ดังแสดงใน ตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนผู้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ

รายการ	วัน เดือน ปี	จำนวนผู้ชม (คน)			
		เพศชาย	เพศหญิง	รวม	%
1. ธรรมะสองโลก	4 เม.ย. 45	22,000	22,000	44,000	0.08
2. ธรรมะสองโลก	11 เม.ย 45	83,000	100,000	183,000	0.32
3. ธรรมะสองโลก	18 เม.ย 45	95,000	144,000	239,000	0.42
4. ธรรมะสองโลก	25 เม.ย 45	34,000	28,000	62,000	0.11
5. ท้อปเทน	14 เม.ย 45	149,000	111,000	260,000	0.46
6. ท้อปเทน	21 เม.ย 45	197,000	119,000	316,000	0.56
7. ท้อปเทน	28 เม.ย 45	197,000	149,000	346,000	0.61
	เฉลี่ยต่อรายการ	125,833	108,500	234,333	0.36
	ประชากร	28,332,000	28,558,000	56,890,000	100.00
	%	0.44	0.38	0.41	

การวิเคราะห์แจกแจงจำนวนผู้ชมรายการแยกตามภูมิภาคต่างๆ

มีสองรายการ ที่สามารถวิเคราะห์แจกแจงได้ คือ รายการธรรมะสองโลก และรายการ ท้อปเทน ซึ่งพบว่า โดยเฉลี่ยมีสัดส่วนของประชาชนที่ได้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ แตกต่าง กันไปในแต่ละภูมิภาค ดังนี้ ผู้ชมในเขตกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการได้รับชมรายการโทรทัศน์ของ โครงการฯ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.54 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีในเขตกรุงเทพฯ

รองลงมา คือ ผู้ชมในเขตภาคกลางมีสัดส่วนการได้รับชมรายการ คิดเป็นร้อยละ 0.40 ของ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีในเขตภาคกลาง

ภูมิภาคที่มีสัดส่วนการได้รับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ น้อยที่สุด คือ ประชาชนใน ภาคใต้ ซึ่งมีสัดส่วนการได้รับชมรายการ คิดเป็นร้อยละ 0.21 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีใน เขตภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แจกแจงผู้ชมแยกตามภูมิภาค

รายการ	วัน เดือน ปี	ภูมิภาค (คน)				
		กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ใต้	อีสาน
1.ธรรมะสองโลก	4/4/45	16,000	9,000	11,000	6,000	3,000
2.ธรรมะสองโลก	11/4/45	35,000	57,000	11,000	37,000	42,000
3.ธรรมะสองโลก	18/4/45	44,000	61,000	83,000	19,000	34,000
4.ธรรมะสองโลก	25/4/45	8,000	19,000	NA	7,000	28,000
5.ห่อปเทน	14/4/45	75,000	55,000	6,000	6,000	119,000
6.ห่อปเทน	21/4/45	69,000	64,000	31,000	19,000	133,000
7.ห่อปเทน	28/4/45	120,000	72,000	7,000	14,000	133,000
	เฉลี่ยต่อรายการ	52,429	48,143	24,833	15,429	70,286
	ประชากร	9,627,000	12,021,000	8,989,000	7,506,000	18,747,000
	%	0.54	0.40	0.28	0.21	0.37

การวิเคราะห์แยกจำนวนผู้ชมรายการตาม กลุ่มอายุต่าง ๆ

ผู้ชมรายการ กลุ่มที่มีอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ได้ชมรายการต่างๆ ดังกล่าว สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของประชากรในกลุ่มอายุนั้น และกลุ่มอายุที่มีผู้ได้ชมรายการน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่มีอายุ ระหว่าง 25 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.34 ของประชากรในกลุ่มอายุนั้น ดังแสดง ในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์แยกจำนวนผู้ชมรายการตาม กลุ่มอายุต่างๆ

รายการ	วัน เดือน ปี	กลุ่มอายุ (คน)				
		15 - 19 ปี	20 - 24 ปี	25 - 44 ปี	45 - 49 ปี	≥ 50 ปี
1.ธรรมะสองโลก	4/4/45	3,000	2,000	10,000	8,000	2,000
2.ธรรมะสองโลก	11/4/45	33,000	3,000	62,000	11,000	23,000
3.ธรรมะสองโลก	18/4/45	3,000	27,000	46,000	16,000	89,000
4.ธรรมะสองโลก	25/4/45	5,000	NA	6,000	3,000	33,000
5.ห่อปเทน	14/4/45	8,000	17,000	108,000	24,000	76,000
6.ห่อปเทน	21/4/45	64,000	15,000	122,000	10,000	71,000
7.ห่อปเทน	28/4/45	25,000	69,000	120,000	33,000	74,000
	เฉลี่ยต่อรายการ	20,143	22,167	67,714	15,000	52,571
	ประชากร	5,308,000	5,473,000	19,857,000	3,891,000	11,067,000
	%	0.38	0.41	0.34	0.39	0.48

ความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อคุณค่าของรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ

จากการศึกษา พบว่า ประชาชนทั่วไปที่ได้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ มีความเห็นว่ารายการโทรทัศน์ที่จัดทำโดยโครงการฯ มีประโยชน์ต่อตนเอง โดยให้คะแนนเฉลี่ย 3.53 ถึง 3.89 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และเห็นว่ามีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยให้คะแนนเฉลี่ย 3.92 ถึง 4.16 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อคุณค่าของรายการโทรทัศน์

รายการ	การให้คุณค่าของรายการ	
	เนื้อหาของรายการมีประโยชน์ต่อตนเอง	เนื้อหาของรายการมีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต
รายการธรรมะส่องโลก	3.88 จาก 5 คะแนน	4.16 จาก 5 คะแนน
รายการท็อปเทน (Top Ten)	3.53 จาก 5 คะแนน	3.92 จาก 5 คะแนน
รายการมอร์นิ่ง เฮลท์ (UBC)	3.89 จาก 5 คะแนน	3.95 จาก 5 คะแนน

ช่วงเวลาที่ประชาชนทั่วไปดูรายการโทรทัศน์เป็นประจำ

จากการศึกษา พบว่า ประชาชนทั่วไปโดยส่วนใหญ่ชมรายการโทรทัศน์ต่างๆ เป็นประจำในช่วงเวลา 18.00 น. ถึง 20.00 น. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา คือ ช่วงเวลา 20.00 น. ถึง 22.00 น. และ 09.00 น. ถึง 12.00 น. คิดเป็นร้อยละ 29.3 และ 7.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ช่วงเวลาที่ประชาชนทั่วไปดูรายการโทรทัศน์เป็นประจำ

ช่วงเวลาที่ดูประจำ	จำนวน	ร้อยละ
18.00 น. ถึง 20.00 น.	615	46.4
20.00 น. ถึง 22.00 น.	389	29.3
09.00 น. ถึง 12.00 น.	97	7.3
12.00 น. ถึง 14.00 น.	49	3.7
16.00 น. ถึง 18.00 น.	47	3.5
06.00 น. ถึง 09.00 น.	42	3.2
22.00 น. ถึง 24.00 น.	41	3.1
14.00 น. ถึง 16.00 น.	34	2.6
24.00 น. ถึง 06.00 น.	12	0.9
รวม	1,326	100

การประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับครูและผู้นำชุมชน

จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากรายงานผลการดำเนินการโครงการฯ ที่ได้จากจังหวัดต่างๆ เท่าที่ได้รับมาในช่วงที่มีการประเมินโครงการฯ ครั้งนี้ (เมษายน – พฤษภาคม 2545) จำนวน 27 จังหวัด (ร้อยละ 84.4) ส่วนจังหวัดที่ยังไม่ได้ส่งรายงานมาเนื่องจากอยู่ในระหว่างการดำเนินการ หรือไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากเป็นจังหวัดเก่า และดำเนินการเพียงการอบรมฟื้นฟูให้บุคลากรสาธารณสุข

พบว่า ในด้านการจัดอบรมครูโรงเรียนมัธยม ส่วนใหญ่สามารถจัดการฝึกอบรมกลุ่มเป้าหมาย ดังกล่าวได้ตามเป้าหมายหรือมากกว่าเป้าหมาย จำนวน 16 จังหวัด ใน 26 จังหวัดที่มีข้อมูล (คิดเป็นร้อยละ 61.5) มีจำนวน 10 จังหวัดที่จัดอบรมกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้ต่ำกว่าเป้าหมาย (คิดเป็นร้อยละ 38.3)

ในด้านการจัดอบรมผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่สามารถจัดการฝึกอบรมกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้ตามเป้าหมายหรือมากกว่าเป้าหมาย คือ จำนวน 17 จังหวัด ใน 27 จังหวัด (คิดเป็นร้อยละ 63.0) และมีจำนวน 10 จังหวัดที่จัดอบรมกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้ต่ำกว่าเป้าหมาย (คิดเป็นร้อยละ 37.0) ดังแสดงในตาราง ที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ

จังหวัด	จำนวนครูที่ได้รับการอบรม	ร้อยละของเป้าหมาย (เป้า 50 คน)	จำนวนผู้นำชุมชนที่ได้รับการอบรม	ร้อยละของเป้าหมาย (เป้า 100 คน)
1. ตรัง	34	68	59	59
2. ขอนแก่น	38	76	98	98
3. แพร่	39	78	68	68
4. ยะลา	40	80	60	60
5. พังงา	40	40	64	64
6. ประจวบคีรีขันธ์	42	84	84	84
7. ระยอง	43	86	94	94
8. ศรีสะเกษ	43	86	102	102
9. กระบี่	44	88	72	72
10. พิจิตร	44	88	88	88
11. พระนครศรีอยุธยา	61	122	52	52
12. อุทัยธานี	60	120	150	150

ตารางที่ 23 จำนวนครูและผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการฯ (ต่อ)

13. เพชรบุรี	50	100	100	100
14. อุบลราชธานี	NA	NA	100	100
15. กรุงเทพมหานคร	50	100	100	100
16. ชัยภูมิ	50	100	104	104
17. อุตรดิตถ์	52	104	100	100
18. สุพรรณบุรี	50	100	195	195
19. นครสวรรค์	54	108	150	150
20. เชียงใหม่	100	200	300	300
21. ชัยนาท	60	120	300	300
22. กำแพงเพชร	77	154	480	480
23. เชียงราย	90	180	244	244
24. อำนาจเจริญ	80	160	420	420
25. อุตรธานี	210	420	100	100
26. สระแก้ว	706	1,412	6,357	6,357
27. นครราชสีมา	1,440	2,880	10,857	10,857
รวม	3,597		20,898	

ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย

การประเมินโครงการครั้งนี้ ได้มีการสำรวจกลุ่มผู้ให้บริการในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการเพื่อศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช
- การเคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การเคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมินฯ
- การเคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การเคยเป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ด้านการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของตน

จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามกลับ มีจำนวน 279 คน จากจำนวนทั้งหมด 400 คน คิดเป็นร้อยละ 69.8 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 มีอายุโดยเฉลี่ย 36.9 ปี รับราชการมานานโดยเฉลี่ย 14.9 ปี ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันมานานโดยเฉลี่ย 7.8 ปี ส่วนวิชาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม แสดงในตาราง ที่ 24

ตารางที่ 24 วิชาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

วิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	135	48.6
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	71	25.5
พยาบาลเทคนิค	11	4.0
แพทย์	10	3.6
นักจิตวิทยา	3	1.1
อื่นๆ	47	16.9

จากตาราง จะเห็นว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมาเป็น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5

การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช ของสถานบริการในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากการศึกษา พบว่า มีสถานบริการที่จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษา จำนวน 103 แห่ง จากที่สำรวจ 160 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.4 (ประมาณ 2 ใน 3) โดยอาจแยกตามระดับของสถานบริการ ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 สถานบริการในระดับต่างๆ ที่มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษา

ระดับ	จำนวนที่สำรวจ	มีการจัดคลินิกให้คำปรึกษา	ร้อยละ
ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป	9	9	100
ร.พ.ชุมชน	75	56	74.7
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน	62	35	56.5
อื่นๆ	14	3	21.4

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช มากที่สุด คือร้อยละ 100 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 80) รองลงมา คือ ร.พ.ชุมชน มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 74.7 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 60) ส่วนสถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 56.5 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 40)

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 178 คน จากที่สำรวจ 279 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 (ประมาณ 2 ใน 3) ซึ่งสามารถวิเคราะห์จำแนกบุคลากรดังกล่าวตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับ	จำนวนที่สำรวจ	เคยใช้แบบประเมินฯ	ร้อยละ
ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป	13	10	76.9
ร.พ.ชุมชน	135	93	68.9
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน	111	65	58.6
อื่นๆ	19	10	52.6

การเคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมินฯ มีจำนวน 185 คน จากที่สำรวจ 279 คน คิดเป็นร้อยละ 66.3 (ประมาณ 2 ใน 3) ซึ่งสามารถวิเคราะห์จำแนกบุคลากรดังกล่าวตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบ่งตามการปฏิบัติงานในสถานบริการ ระดับต่างๆ

ระดับ	จำนวนที่สำรวจ	เคยได้รับการชี้แจง/อบรม	ร้อยละ
ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป	13	9	69.2
ร.พ.ชุมชน	135	93	68.9
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน	111	71	63.9
อื่นๆ	19	12	63.2

การเคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 206 คน จากที่สำรวจ 279 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 (ประมาณ 3 ใน 4) ซึ่งสามารถวิเคราะห์จำแนกบุคลากรดังกล่าวตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบ่งตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับ	จำนวนที่สำรวจ	เคยได้รับการอบรม	ร้อยละ
ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป	13	12	92.3
ร.พ.ชุมชน	135	98	73.1
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน	111	84	75.7
อื่นๆ	19	12	63.2

จากตารางที่ 26, 27 และ 28 จะเห็นมีบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ ที่เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า และได้รับการอบรมต่างๆ จากโครงการฯ ประมาณ 2 ใน 3 คน ถึง 3 ใน 4 คน

ความมั่นใจของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อความสามารถของตนเองในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองในการให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 จากคะแนนเต็ม 5 (ปานกลาง) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86

ซึ่งสามารถแจกแจง จำนวนบุคลากรที่มีความมั่นใจในระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนบุคลากรที่มีความมั่นใจในระดับต่างๆ

ระดับความมั่นใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยที่สุด (1 คะแนน)	12	4.3
น้อย (2 คะแนน)	44	15.8
ปานกลาง (3 คะแนน)	151	54.3
มาก (4 คะแนน)	56	20.1
มากที่สุด (5 คะแนน)	15	5.4

การเคยเป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ด้านการให้คำปรึกษาหรือ ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยเป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ด้านการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 102 คน จากที่สำรวจ 279 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 (ประมาณ 1 ใน 3) ซึ่งสามารถวิเคราะห์จำแนกบุคลากรดังกล่าวตามการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยเป็นวิทยากรฯ แบ่งตามสถานบริการระดับต่างๆ

ระดับ	จำนวนที่สำรวจ	เคยเป็นวิทยากร	ร้อยละ
ร.พ.ศูนย์ / ร.พ.ทั่วไป	13	10	76.9
ร.พ.ชุมชน	135	55	40.7
สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน	111	28	25.2
อื่นๆ	19	8	42.1

ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของตน

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของตน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 จากคะแนนเต็ม 5 (ปานกลาง) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.78

ซึ่งสามารถแจกแจง จำนวนบุคลากรที่มีความพึงพอใจในระดับต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 จำนวนบุคลากรที่มีความพึงพอใจในระดับต่างๆ

ระดับความมั่นใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยที่สุด (1 คะแนน)	6	2.2
น้อย (2 คะแนน)	51	18.4
ปานกลาง (3 คะแนน)	141	50.9
มาก (4 คะแนน)	74	26.7
มากที่สุด (5 คะแนน)	5	1.81

การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจมากที่สุด

จากการศึกษา พบว่า การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การอบรมและชี้แจงโครงการฯ คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ เอกสารวิชาการ และคู่มือที่แจก คิดเป็นร้อยละ 14.7 สามารถแจกแจงตามความถี่ของผู้ตอบตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านต่างๆได้ ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจมากที่สุด เรียงตามลำดับความถี่

ต่อการดำเนินงานในด้าน	จำนวน	ร้อยละ
การอบรม / ชี้แจง	109	43.3
เอกสาร	37	14.7
สื่อการสอน	26	10.3
งบประมาณ	12	4.8
ระบบรายงาน	10	4.0
อื่นๆ (รวมทั้งตอบมากกว่าข้อ)	58	23.0

การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

จากการศึกษา พบว่า การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา คือ ด้านระบบรายงาน คิดเป็นร้อยละ 19.8 สามารถแจกแจงตามความถี่ของผู้ตอบตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านต่างๆ ได้ ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจน้อยที่สุด เรียงตามลำดับความถี่

ต่อการดำเนินงานในด้าน	จำนวน	ร้อยละ
งบประมาณ	87	36.0
ระบบรายงาน	48	19.8
สื่อการสอน	29	12.0
การอบรม / ชี้แจง	27	11.2
เอกสาร	12	5.0
อื่นๆ (รวมทั้งตอบมากกว่า 1 ข้อ)	39	16.1

ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด

มีการสำรวจกลุ่มผู้ให้บริหารโครงการในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ เพื่อศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ความพึงพอใจของผู้บริหารโครงการในจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ (Project Manager) ในภาพรวม
- จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ (จากการประมาณการณ์ของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด)
- ความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ในปีต่อไป

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 56 คน จากจำนวนทั้งหมด 80 คน คิดเป็นร้อยละ 70 (ไม่รวมบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต เขตต่างๆ) ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.9 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.2 เป็นผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตั้งแต่ปี 2544 ร้อยละ 64.3 และทำงานในสถานที่ดังต่อไปนี้ ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 สถานที่ทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานที่ทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	24	42.1
โรงพยาบาลชุมชน	20	35.1
โรงพยาบาลศูนย์ / ทัวไป	8	14.0
สถานีนอนามัย / PCU	1	1.8
อื่นๆ	3	5.3

ความพึงพอใจของผู้บริหารในระดับจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (Project Manager) และศูนย์สุขภาพจิต เขตต่างๆ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจของผู้บริหารจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (Project Manager) ในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 และ 3.91 จากคะแนนเต็ม 5) ดังแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 ความพึงพอใจของผู้บริหารในระดับจังหวัดต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ และศูนย์สุขภาพจิตเขต (5 = มากที่สุด , 4 = มาก , 3 = ปานกลาง , 2 = น้อย , 1 = น้อยที่สุด)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	SD	N
ความพึงพอใจในภาพรวม (เฉพาะผู้ตอบที่อยู่ สสจ.)	3.91	0.87	22
ความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ตอบทั้งหมด	3.67	0.75	54
ความพึงพอใจในแต่ละด้าน มีดังนี้ (เรียงตามลำดับ)			
● การชี้แจงโครงการ	3.83	0.86	52
● การอบรมความรู้แก่วิทยากรจังหวัด	3.70	0.86	54
● การสนับสนุนเอกสารวิชาการ คู่มือ แบบประเมิน	3.65	1.02	55
● การสนับสนุนงบประมาณ	3.65	1.04	55
● การตอบข้อสงสัยและช่วยเหลือระหว่างดำเนินการ	3.64	0.88	53
● การออกแบบระบบรายงาน	3.38	0.86	56
● การสนับสนุนสื่อการสอนและสื่อประชาสัมพันธ์	3.38	0.98	56
● การนิเทศติดตามโดยศูนย์ฯ เขต	3.23	0.91	56

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ ในระดับสูง ได้แก่ การชี้แจงโครงการได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (มาก) การอบรมให้ความรู้แก่วิทยากรจังหวัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 (มาก) การสนับสนุน

เอกสารวิชาการ คู่มือ และแบบประเมินฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (ปานกลางถึงมาก) การสนับสนุนงบประมาณ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (ปานกลางถึงมาก)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ในระดับที่ต่ำกว่าข้ออื่นๆ ได้แก่ การนี้เทศติดตามโดยศูนย์ฯ เขต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (ปานกลาง) การออกแบบระบบรายงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (ปานกลาง) การสนับสนุนสื่อ การสอนและประชาสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (ปานกลาง)

การคาดการณ์จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ

จากการศึกษา พบว่า ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.4 ที่ไม่ทราบว่า มีจำนวนสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดของตนที่มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ (อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง) อยู่เป็นจำนวนเท่าใด ส่วนผู้ที่ตอบว่าทราบ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 19.3 ที่ประมาณการว่า มีจำนวนสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดของตนที่มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำอยู่ประมาณร้อยละ 45 - 59 ของจำนวนสถานบริการในจังหวัดทั้งหมด (ประมาณครึ่งหนึ่ง) ดังแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ประมาณการณ์จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ

จำนวนสถานบริการที่ใช้แบบประเมินฯ เป็นประจำ	ผู้บริหารโครงการ ซึ่งอยู่ที่ สสจ. ที่แสดง ความเห็น (%)	ผู้บริหารโครงการทั้ง หมดในจังหวัดที่แสดง ความเห็น (%)
20 - 30% ของสถานบริการ	8.3	12.3
45 - 59% ของสถานบริการ	12.5	19.3
60 - 79% ของสถานบริการ	29.2	15.8
≥80% ของสถานบริการ	8.3	5.3
ไม่ทราบ	41.7	47.4

ความต้องการเข้าร่วมโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปีต่อไป

จากการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมโครงการปีต่อไป คิดเป็นร้อยละ 94.7

บทที่ 5

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพและการทบทวนเอกสาร

การประเมินโครงการครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ควบคู่ไปกับวิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การอ่านทบทวนเอกสาร รายงาน และสื่อต่างๆ ทุกอย่างของโครงการฯ ทั้งที่จัดทำโดยผู้จัดการโครงการฯ และรายงานจากจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 การเข้าร่วมสังเกตการณ์การดำเนินงานของโครงการ (บางกิจกรรม) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้รับผิดชอบโครงการฯ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับสถานบริการ ตลอดจนครู และผู้นำชุมชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ

บทนี้จะกล่าวถึงผลการศึกษาเชิงคุณภาพคุณภาพ ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- บริบทแวดล้อม
- วัตถุประสงค์และเป้าหมาย
- ปัจจัยนำเข้า
- กระบวนการดำเนินงาน
- ความคิดเห็นของฝ่ายต่างๆ ต่อการดำเนินงานโครงการ
- กรณีศึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง

บริบทของโครงการ

ความจำเป็นที่ต้องมีโครงการนี้

จากการศึกษาเอกสารของโครงการฯ และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการฯ พบว่า โครงการฯ ได้กล่าวถึงหลักการและเหตุผลของการมีโครงการนี้ขึ้นมาอย่างชัดเจน มีการบ่งชี้ถึงสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้า และการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่กำลังเพิ่มสูงขึ้น ดังรายละเอียดในส่วนหลักการและเหตุผล ของเอกสารโครงการฯ ดังนี้

“...นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาที่ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปัญหาความเครียดที่เกิดจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจึงยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และแผ่ขยายไปสู่ประชาชนแทบทุกกลุ่มอาชีพ ไม่เพียงแต่ประชาชนต้องเผชิญปัญหาด้านเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ของประชาชนอีกด้วย

ปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นด้วยเช่นกันจากสถานการณ์และอุบัติการณ์ของโรคในปี 2540 พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 38 - 63 ต่อแสนประชากรและเพิ่มขึ้นเป็น 59.61 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า และเมื่อประชาชนปล่อยให้อารมณ์เศร้าอยู่เป็นเวลานานไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสม จึงส่งผลให้สถิติ

การฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังที่ปรากฏตามข่าว โดยการนำเสนอของสื่อมวลชนสื่อมวลชนสาขาต่าง ๆ

จากการสำรวจการฆ่าตัวตายของประชาชนที่มารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 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)

นอกจากนี้ปัญหาการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบในอีกหลายๆ ด้าน ทั้งต่อสภาพจิตใจของบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในระดับกว้างด้วย และยังเป็นดัชนีชี้วัดความไม่เป็นสุขในสังคมอีกด้วย จนอาจกล่าวได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องเร่งรัดแก้ไขอย่างรวดเร็ว และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วย

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ประชาชนที่ประสบกับปัญหาดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและช่วยให้ประชาชนเหล่านั้นพ้นจากภาวะวิกฤต สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป...."

ข้อมูลที่ใช้อ้างอิงสภาพปัญหาดังกล่าวไม่ตรงกับข้อมูลในรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มารับบริการ ณ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดย กองแผนงานกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2544) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในรายงานดังกล่าวให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

และเนื่องจากในปัจจุบันสื่อมวลชนต่างๆ ก็เพิ่มความสนใจในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น มีการรายงานข่าวการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยที่กระตุ้นและสะท้อนถึงความตระหนักของสังคมต่อปัญหานี้ การดำเนินงานโครงการนี้จึงมีความจำเป็นและเหมาะสม

นโยบายของรัฐบาล

ในระหว่างที่โครงการฯ กำลังดำเนินการในปีนี้นั้น เป็นช่วงที่มีการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ และรัฐบาลได้มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของไทยที่สำคัญมาก คือ "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพอย่างขนานใหญ่ มีการปรับโครงสร้างและบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ ค่อนข้างมาก

ดังนั้นเรื่องนี้ จึงเป็นบริบทที่สำคัญของการทำงานที่ทำให้โครงการนี้ต้องปรับตัวให้สอดคล้องและแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ของการดำเนินงานที่อาจจะเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบ อันเนื่องมาจากนโยบายดังกล่าวของรัฐบาล เช่น บุคลากรที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หวั่นเกรงว่าจะมีการลดขนาดองค์กรทำให้ต้นทุนย่ำแย่ทำงาน การกำหนดรายการโรคที่ระบุไว้ว่ามีสิทธิได้รับการรักษาฟรีหรือเสียเงินค่าบริการเพียง 30 บาทนั้นยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต ทำให้สร้างความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นรายหัวมีผลต่อพฤติกรรมทำให้บริการและต่อระบบความสัมพันธ์ของสถานบริการต่างๆ ภายในจังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดมีแนวทางการบริหารจัดการเรื่องนี้ที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้รัฐบาลยังมีนโยบายอื่นๆ ที่ออกมาพร้อมๆ กันหลายประการ เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม เพื่อแก้ปัญหาความยากจน ปัญหายาเสพติดและการทุจริตคอร์รัปชันของประเทศ ได้แก่นโยบายพักชำระหนี้เกษตรกร การจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ๑ ละ 1 ล้านบาท โครงการธนาคารประชาชน โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

นโยบายและโครงการเหล่านี้ดำเนินการทั่วประเทศไปพร้อมๆ กัน จึงย่อมจะมีผลกระทบต่อนานอื่นๆ ของประเทศอย่างกว้างขวาง รวมทั้งกลุ่มประชาชนเป้าหมายของโครงการฯ และต่อการดำเนินงานของโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนี้ด้วย และผลกระทบนี้อาจจะเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนี้มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก การดำเนินงานของโครงการฯ จึงอาจจะสามารถช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น ตามช่องทางและโอกาสต่างๆ ที่นโยบายและโครงการต่างๆ ของรัฐบาลเหล่านี้เปิดให้

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในระยะนี้เช่นกันที่มีกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น หลังจากที่รัฐบาลชุดที่แล้วได้จัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น เพื่อออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติภายในปี พ.ศ. 2546 ทิศทางและเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งนี้ คือ การหันมามุ่งเน้นที่การสร้างสุขภาพ มากกว่าการรื้อซ่อมสุขภาพ

มีกิจกรรมการร่างกฎหมาย โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการทำงานทางวิชาการเพื่อรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพทั่วโลก มีการเคลื่อนไหวทางสังคมหลายประการ เช่น การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับต่างๆ การจัดเสวนาทางสื่อมวลชน เป็นต้น เพื่อให้สาธารณชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดความตระหนักในทิศทางดังกล่าว ตลอดจนการเข้ามามีบทบาทสำคัญของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไปสู่การปฏิรูปดังกล่าวทั้งสังคม

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพนี้เป็นทิศทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เน้นการมอง

สุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การป้องกันปัญหา และการดึงเอาพลังต่างๆ ในสังคมมาร่วมมือกันทำงาน เช่น ครู ผู้นำชุมชน

วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ

โครงการนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างละเอียด ชัดเจน และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทต่างๆ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ การพัฒนาบุคลากรและสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และสถานบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินการดูแลทางสังคม จิตใจ และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้

โดยวัตถุประสงค์ข้อนี้ โครงการฯ ได้ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณไว้ว่า

- ร้อยละ 80 ของสถานบริการสาธารณสุขในระดับ รพศ./รพท. ใน 1 จังหวัดต่อเขต (ยกเว้นเขต กทม.) มีระบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างเหมาะสม
- ร้อยละ 60 ของบุคลากรสายงานบริการในโรงพยาบาลชุมชน สามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้
- ร้อยละ 40 ของบุคลากรในสถานีอนามัย สามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งดูแลเบื้องต้นทางด้านสังคมจิตใจของผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 คือ เพื่อพัฒนาครู และผู้นำชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดยวัตถุประสงค์ข้อนี้ โครงการฯ ได้ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณไว้ว่า

ครูโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 50 คน ต่อ 1 จังหวัด ต่อ 1 เขต สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

ผู้นำชุมชน จำนวน 100 คน สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งช่วยเหลือเบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 คือ เพื่อให้ประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดยวัตถุประสงค์ข้อนี้ โครงการฯ ได้ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณไว้ว่า

ร้อยละ 1 ของประชาชนได้รับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ข้ออื่น ๆ โครงการฯ ได้ระบุวัตถุประสงค์ที่สำคัญอีกบางประการไว้ในตารางสรุป โครงการฯ แบบเหตุผลสัมพันธ์ (Logical Framework) คือ เพื่อให้ประชาชนผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการป้องกันและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการประเมินและดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

โดยวัตถุประสงค์ข้อนี้ โครงการฯ ได้ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณไว้ว่า

ผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 70 % ได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ (ดูภาคผนวก 6)

การตั้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน วัดได้ และสอดคล้องกับสถานการณ์ เช่นนี้ มีส่วนทำให้จังหวัดต่างๆ เกิดความเข้าใจและเห็นภาพรวมของโครงการฯ ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถนำไปดำเนินการภายในจังหวัดให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์รวมของโครงการฯ ได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการประเมินผลโครงการฯ ทำให้สามารถเลือกวัดและประเมินฯ ประเด็นต่างๆ ของโครงการฯ ได้ตรงเป้าหมาย

แต่ในวัตถุประสงค์ข้อ 1 กำหนดหน่วยนับของเป้าหมายแตกต่างกันในแต่ละระดับ เช่น ในระดับ รพศ./ รพท. กำหนดหน่วยนับเป็นจำนวนสถานบริการ ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย กำหนดหน่วยนับเป็นจำนวนบุคลากร

ปัจจัยนำเข้าและการบริหารทรัพยากร

การดำเนินงานโครงการฯ นี้อาศัยทรัพยากรบุคคล และหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมในระบบบริการสาธารณสุขไทยทั้งหมด

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ถึงแม้ว่ากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นเจ้าของโครงการนี้ แต่การบริหารจัดการโครงการฯ ในครั้งนี้ มีรูปแบบการบริหารจัดการที่ต่างไปจากเดิม และอาจจะต่างไปจากการบริหารจัดการโครงการของหน่วยงานอื่นๆ

กล่าวคือ กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการโครงการฯ มายังภูมิภาคมากขึ้น หน่วยงานต่างๆ ในส่วนภูมิภาค ของกรมสุขภาพจิต จะได้รับมอบหมายการบริหารจัดการโครงการฯ ต่างๆ ของกรมสุขภาพจิตไปดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ดังเช่นโครงการนี้ ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิต เขต 6 ได้รับผิดชอบดูแลจัดการทั้งหมด

มีเงื่อนไขภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นประการหนึ่งที่เอื้อต่อการบริหารจัดการโครงการที่มีลักษณะพิเศษเช่นนี้ คือ การจัดตั้งสำนักงานผู้ช่วยผู้อำนวยการขึ้นภายในโรงพยาบาล ทำให้สามารถมีหน่วยงานและบุคลากรมารองรับภารกิจด้านการบริหารจัดการโครงการฯ และการประสานงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

งบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ดำเนินการโครงการนี้ มีทั้งส่วนที่เป็นงบประมาณปกติที่สถานบริการสุขภาพต่างๆ ได้รับอยู่แล้ว เพื่อใช้จัดบริการสุขภาพต่างๆ และมีงบประมาณหมวดรายจ่ายอื่น (หมวด 900) เพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการ ค่าฝึกอบรม ค่ากิจกรรมการเผยแพร่ข่าวสารทางสื่อมวลชน เป็นต้น เงินหมวด 900 สำหรับการดำเนินงานของโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2545 นี้ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 18,148,800 บาท สำหรับการดำเนินงานใน 32 จังหวัด

ผู้บริหารจัดการโครงการฯ เห็นว่าการมอบหมายอำนาจการดำเนินการ และการใช้จ่ายงบประมาณมีความเหมาะสม สามารถดำเนินการได้อย่างคล่องตัว

กระบวนการดำเนินงาน

การถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานของโครงการฯ สู่จังหวัดต่างๆ

กิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญของโครงการฯ นี้ที่ผู้จัดการโครงการฯ ใช้เพื่อถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานของโครงการฯ ไปสู่จังหวัด ได้แก่

การจัดสัมมนาภาพรวมโครงการฯ ต่อผู้บริหารโครงการฯ ในจังหวัดต่างๆ ทั้ง 13 เขต รวม 32 จังหวัด (12 จังหวัดใหม่ + 20 จังหวัดเดิม)

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่อผู้บริหารโครงการฯ ในจังหวัด และทีมวิทยากรประจำจังหวัด ต่างๆ ทั้ง 13 เขต รวม 32 จังหวัด (20 จังหวัดเดิม + 12 จังหวัดใหม่)

การอบรมหลักสูตรพื้นฐานวิทยากรให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงาน (12 จังหวัดใหม่)

การอบรม สัมมนา และการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นนี้ ในแต่ละครั้งจะเชิญกลุ่มเป้าหมายจากจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ มาพร้อมกันที่จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการจัดหลายลักษณะทั้งรูปแบบการบรรยาย การชี้แจงรวมในห้องใหญ่ และการแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อระดมความคิดเห็น และการฝึกปฏิบัติการกับสถานการณ์จำลอง มีการใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมสหนาการในช่วงเย็นเพื่อเพิ่มความคุ้นเคยและเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานโครงการฯ ของจังหวัดต่างๆ แบบไม่เป็นทางการไปด้วย

การถ่ายทอดนโยบายจากจังหวัดสู่ผู้ให้บริการ

ผู้จัดการโครงการฯ ให้อิสระแก่จังหวัดต่างๆ ในการคิดค้นกลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงานโครงการฯ และจัดสรรงบประมาณหมวด 900 ให้เท่าๆ กันทุกจังหวัด

พบว่า จังหวัดต่างๆ โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการประชุม สัมมนา ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อถ่ายทอดนโยบายและการสังเคราะห์กลวิธีการดำเนินงานต่างๆ ภายในจังหวัด

ผู้รับผิดชอบบริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่มักจะเป็นฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบดูแลงานสุขภาพจิตของจังหวัดไปด้วย

ฝ่ายนี้ทำหน้าที่ประสานงานการจัดอบรมเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้กับผู้ให้บริการระดับต่างๆ ภายในจังหวัด

แต่ละจังหวัดจะมีทีมวิทยากรที่ได้รับการอบรมจากโครงการฯ และที่เชิญมาเองทั้งจากโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลอำเภอ และภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเอง รวมประมาณ 5 – 15 คน ทำหน้าที่จัดการฝึกอบรม ให้กับผู้ให้บริการระดับต่างๆ ภายในจังหวัด

การจัดอบรมของจังหวัดนี้ มีรูปแบบที่มีจุดเน้นแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด เช่น บางแห่งจัดรวมอบรมกันหมดทั้งจังหวัดทีเดียว บางแห่งแบ่งการอบรมเป็นหลายรุ่น หมุนเวียนกระจายไปตามกลุ่มโซนที่อยู่ของสถานบริการสาธารณสุข ภายในจังหวัด

ผู้รับการอบรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเฉพาะการอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participatory action learning) ตามหลักสูตรของโครงการฯ เพราะทำให้ได้มีโอกาสฝึกฝน และปฏิบัติจริงจากสถานการณ์สมมติ เมื่อต้องเจอกับเหตุการณ์แบบต่างๆ ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเอกสารคู่มือต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า แบบสังเกตและประเมินคัดกรองผู้ป่วย และแบบบันทึกการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วย แจกให้แก่ผู้ที่มาอบรม

บางจังหวัดมีการจัดประกวดและให้รางวัลแก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มีผลการดำเนินงานโครงการฯ ดีเด่น เพื่อกระตุ้นให้อำเภอต่างๆ เกิดความกระตือรือร้นมากขึ้น

การถ่ายทอดนโยบายจากผู้ให้บริการสู่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

กลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ในระดับจังหวัด (ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข) ได้แก่ ผู้ป่วย (ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) ครูโรงเรียนมัธยม ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป

กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญอย่างหนึ่งที่โครงการฯ นำมาใช้ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในปี นี้ ก็คือ การระดมพลังความร่วมมือจากชุมชน มาร่วมดำเนินการ ได้แก่

ครูในโรงเรียนมัธยมและผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

โครงการฯ เน้นให้ชุมชนมีความตระหนักและมีความสามารถในการประเมินและคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่โครงการฯ จัดทำขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังสถานบริการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเอกสารคู่มือการดูแล และช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีภาวะซึมเศร้าแก่ให้แก่โรงเรียนและผู้นำชุมชน

ในแต่ละจังหวัดมีจุดเน้น เรื่องการเลือกกลุ่มผู้นำชุมชนให้เข้ามาร่วมงานในโครงการแตกต่างกันไป เช่น บางจังหวัดเน้นกลุ่มพระสงฆ์ บางจังหวัดเน้นกำนันผู้ใหญ่บ้าน บางจังหวัดเน้นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละจังหวัดพิจารณาจากความสัมพันธ์ในการทำงานที่เคยมีอยู่เดิม และการประเมินว่าเป็นบุคคลที่มีศักยภาพในการดำเนินงาน

บางจังหวัดมีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขพร้อมกันหลายเรื่อง เช่น เรื่องโรคเอดส์ ภัยพิบัติ และงานสุขภาพจิตอื่นๆ ไปพร้อมกัน

บางจังหวัดดำเนินการฝึกอบรมผู้นำชุมชน โดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งพบว่าได้ผลดี

ผู้นำชุมชนในบางจังหวัดมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพสูง สามารถจัดค่ายฝึกอบรมต่อต้านยาเสพติดและส่งเสริมสุขภาพจิตของวัยรุ่นได้ โดยของบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มเติมจากเทศบาล

กลุ่มครูโรงเรียนมัธยมเป็นกลุ่มเป้าหมายใหม่ในปีนี้ ซึ่งพบว่าจังหวัดต่างๆ สามารถดำเนินการจัดอบรมกลุ่มครูโรงเรียนมัธยมเหล่านี้ ได้ตามเป้าหมาย หลายจังหวัด พบว่า กลุ่มครูโรงเรียนมัธยมหลายคนมีศักยภาพสูง สามารถประยุกต์ ดัดแปลง และผสมผสานการดำเนินงาน โครงการฯ นี้ เข้ากับการดำเนินงานอื่นๆ เพื่อนักเรียนได้เป็นอย่างดี เช่น การรวมแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า เข้าไปกับแบบประเมินสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั่วไป ของนักเรียน

มีการตั้งชื่อโครงการและการจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้สึกที่ดี เช่น การตั้งชื่อโครงการว่า "โครงการวัดชื่นชีวิต" "โครงการสานฝันให้ครอบครัว ล้อมรั้วให้จิตใจ" มีการจัดกิจกรรมการประกวดคำขวัญวาดภาพครอบครัวในฝัน ประกวดครอบครัวตัวอย่าง ตอบปัญหา เล่นเกมส์ ฯลฯ

มีบางจังหวัดที่ไม่สามารถดำเนินการจัดอบรมได้ในช่วงที่มีการประเมินโครงการฯ นี้ เนื่องจากตรงกับช่วงปิดเทอม

การกำกับติดตาม

มีการจัดสัมมนาติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานโดยผู้บริหารงานโครงการฯ ภายในจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของตนเอง (20 จังหวัดเดิม + 12 จังหวัดใหม่)

ศูนย์สุขภาพจิตเขตต่างๆ ทำหน้าที่นี้เทศงาน และติดตามการดำเนินงานของจังหวัดต่างๆ ในเขตรับผิดชอบ และมีการนิเทศงาน ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกับผู้จัดการโครงการฯ ส่วนกลาง (จิตเวชขอนแก่น) ในบางจังหวัด

ผู้จัดการโครงการฯ ส่วนกลาง ได้มีการจัดสัมมนาเพื่อประเมินผลและติดตามการดำเนินงาน และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมทุกจังหวัด 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ที่กรุงเทพฯ

มีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงาน และค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานในปีต่อไป ซึ่งก็คือ การประเมินโครงการฯ ครั้งนี้

โครงการฯ จัดให้มีการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่ทำร้ายตนเองใน 9 จังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสภาพปัญหาที่ชัดเจน รวมทั้งได้ข้อมูลที่สะท้อนผลการดำเนินงานส่วนหนึ่ง ได้แก่ ขนาดของปัญหา ลักษณะทางประชากรของกลุ่มที่มีปัญหา เหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของการได้รับบริการ เป็นต้น

ระบบรายงาน

โครงการฯ ได้ออกแบบระบบการรายงานผลการดำเนินงาน และจัดทำแบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในโครงการฯ ขึ้นมา มีการจัดทำเป็นรูปเล่มสวยงาม เพื่อให้จังหวัดต่างๆ นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานภายในจังหวัดของตน และส่งรายงานมายังผู้จัดการโครงการฯ ได้แก่

แบบ 1 แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน

แบบ 2 แบบรายงานการผลิตและเผยแพร่สื่อ

แบบ 3 แบบสอบถามผู้เข้ารับการอบรม

แบบ 4 แบบสรุปผลการอบรม

แบบ 5 แบบสรุปผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

แบบ 6 แบบสรุปผลการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ในโครงการ

แบบ 7 แบบติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการอบรม 3 เดือน

แบบ 8 แบบสรุปผลการติดตามความก้าวหน้า โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มี

ภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พบว่า บางจังหวัดสามารถประยุกต์ และดัดแปลงแบบฟอร์มการรายงานสรุปผลการดำเนินงานของโครงการฯ ภายในจังหวัดให้อยู่ในรูปแบบที่สะดวกแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งต้องทำหน้าที่

จัดทำรายงานในระดับสถานบริการ เช่น จัดให้สามารถรวมเอาข้อมูลทุกอย่างที่ต้องรายงานไว้ในแผ่นเดียวได้

บางจังหวัดพัฒนาระบบการรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต ทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การประสานงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด

แต่ละจังหวัดจะมีการวางระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ อย่างชัดเจน ส่วนใหญ่จะจัดวางระบบให้สอดคล้องกับระบบการส่งต่อเป็นลำดับขั้นที่มีอยู่แล้วของกระทรวงสาธารณสุข คือ จากสถานเอนามัย ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ และส่งกลับลงไปเป็นลำดับขั้นตามลำดับ

ลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ผู้ที่ทำร้ายตนเอง) มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยเมื่อทำร้ายตนเองมักจะข้ามขั้นตอนการส่งต่อ ไปรับบริการที่โรงพยาบาลโดยตรงเลย เมื่อโรงพยาบาลดูแลรักษาให้พ้นภาวะวิกฤตแล้วจำเป็นต้องส่งกลับไปยังสถานบริการใกล้บ้าน เช่น สถานเอนามัย เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาที่ใกล้ชิดต่อไป การดูแลในขั้นนี้มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลรักษา

ความแตกต่างที่พบในแต่ละจังหวัดเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยนี้ คือ แต่ละจังหวัดจะมีความเข้มข้นของการประสานงานการส่งต่อในแต่ละขั้นแตกต่างกัน เช่น บางจังหวัดมีการจัดแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นเป็นการเฉพาะ มีการจัดระบบโทรศัพท์ติดต่อสื่อสารเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน เป็นต้น

บางจังหวัดออกแบบระบบการส่งต่อและรายงานข้อมูลผู้ป่วยทางเครื่องโทรสารจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันทีที่มีผู้ป่วยทำร้ายตนเองมารับบริการ หลังจากนั้น สสจ.จะส่งข้อมูลต่อไปยังสถานเอนามัยเพื่อให้ไปดูแลเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน

การพัฒนางานบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดยส่วนใหญ่แล้ว จังหวัดต่างๆ จะมีการจัดระบบงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในโครงการฯ ขึ้นมาอย่างชัดเจน เช่น การจัดทีมงานผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการเอง ณ สถานบริการสาธารณสุข และที่เพิ่มขึ้นมาในปีนี้เป็น นักเรียน และผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งจะได้รับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อไปรับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข โดยครูและผู้นำชุมชน

มีบางจังหวัดที่กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมต่างออกไป เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ และกลุ่มคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

มีข้อสังเกตจากผู้บริหารโครงการฯ และผู้ให้บริการในจังหวัดบางส่วน ที่เห็นว่า ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วย เพราะลักษณะและสภาพการทำงานมีความกดดันและความเครียดสูง

การบริการที่สำคัญของโครงการฯ นี้ คือ การประเมินคัดกรอง การให้คำปรึกษา การจ่ายยา และการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้หลักการให้บริการแบบองค์รวมทางจิตและสังคม (Psycho-social care)

โรงพยาบาลหลายแห่งผสมผสานการพัฒนางานบริการสุขภาพจิตไว้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลทั้งระบบ ที่กำลังดำเนินการ เช่น โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้การรับรอง (Hospital Accreditation, ISO 9002) การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นต้น

มีการผสมผสานการทำงานเข้ากับการให้บริการด้านการให้คำปรึกษาที่มีอยู่แล้ว เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่จะเจาะเลือดตรวจเชื้อเอชไอวี คลินิกยาเสพติด การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เป็นต้น

บางจังหวัดประยุกต์ใช้แบบคัดกรองที่ได้จากโครงการฯ เข้ากับแบบประเมินสุขภาพแบบอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น แบบวัดความเครียด แบบประเมินเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการรักษา เป็นต้น

บางจังหวัดที่เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตสามารถประสานงาน และความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์ในโรงพยาบาล สามารถจัดกิจกรรมร่วมกัน มีการจัดการประชุมวิชาการเกี่ยวกับกรณีศึกษา และการให้คำแนะนำแก่แพทย์ เรื่องขนาดที่ถูกต้องของการให้ยารักษาภาวะซึมเศร้า

สถานีนอามัยบางแห่งกำหนดตารางการให้บริการต่างๆ ในแต่ละสัปดาห์ เช่น คลินิกให้คำปรึกษาทุกวันพุธ โดยการทำป้ายแจ้งชนิดบริการในแต่ละวันที่ได้ให้บริการ (ได้ตรวจ)

มีบางจังหวัดที่พัฒนาการบริการในชุมชนขึ้น มีการให้บริการด้านการประเมินคัดกรอง การให้คำปรึกษาในชุมชน ตลอดจนการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย โดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับผู้นำชุมชน เช่น การช่วยเจรจาขอเรื่องให้เจ้าหน้าที่ผ่อนผันการชำระหนี้ หรือลดหนี้สินให้แก่ผู้ป่วย การส่งเสริมการรวมกลุ่มทำดอกไม้จันทน์ขายเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจ การขอการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ (รถเข็นนั่งสำหรับผู้เป็นอัมพาต) จากหน่วยงานเอกชน เป็นต้น

บางจังหวัดมีการจัดอบรม เรื่อง หลักการเจรจาต่อรองเพื่อช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้แก่อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และตำรวจ

การประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนโดยส่วนกลาง

ในช่วงเวลาที่ดำเนินการประเมินโครงการฯ ครั้งนี้ (เมษายน - พฤษภาคม 2545) โครงการฯ ได้จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนในการประเมินภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านทางรายการโทรทัศน์ ได้แก่

1) **รายการธรรมะส่องโลก** เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท. ในช่วงเดือนเมษายน 2545 - พฤษภาคม 2545 ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 - 09.30 น.

2) **รายการท็อปเทน (Top Ten)** เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท. 2 ครั้ง ในวันที่ 21 และ 28 เมษายน 2545 เวลา 11.00 - 11.30 น..

3) **รายการ มอนิ่ง เฮลท์ (Morning Health)** เผยแพร่ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 8 UBC ทุกวันศุกร์ เวลา 07.00 - 07.40 น.

โดยการจ้างเหมาบริษัทเอกชนที่มีรายการทางโทรทัศน์อยู่แล้ว และรับจัดทำรายการเพื่อประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนอยู่เป็นประจำ

การประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนโดยจังหวัดและผู้ให้บริการ

มีการส่งเสริมการใช้แบบประเมินตนเองสำหรับประชาชนโดยผ่านทางผู้นำชุมชน และการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชนต่างๆ เช่น รายการวิทยุ มีการจัดทำป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ แผ่นพับให้ความรู้ เป็นต้น

บางจังหวัดผสมผสานการประชาสัมพันธ์เรื่องนี้ เข้าไปในกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุที่จัดเป็นประจำอยู่แล้วของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บางจังหวัดจัดรายการเผยแพร่ทางบริการเคเบิลทีวีที่มีอยู่ในจังหวัด

บางจังหวัดใช้สื่อวิทยุในการค้นหาผู้ป่วยและกระตุ้นให้ไปรับบริการ

การดำเนินการในลักษณะอื่นๆ ได้แก่

โครงการฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยการระดมความร่วมมือจากบุคลากรฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นที่ปรึกษา ทำให้โครงการฯ ได้รับความร่วมมือและมีแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ๆ

มีการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะกรรมการโครงการฯ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการบริหารโครงการ และความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจัดอบรม สัมมนา

มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการรวบรวมเอกสารวิชาการ ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่ทำร้ายตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานปีต่อไป และการเผยแพร่สู่สาธารณะ (กำลังดำเนินการ)

มีการผลิตคู่มือ สื่อต่างๆ เกี่ยวกับความรู้ด้านการป้องกันและช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งโดยผู้จัดการโครงการฯ คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และจังหวัดต่างๆ ในโครงการฯ

ถึงแม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะมอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นดูแลรับผิดชอบบริหารโครงการฯ แบบเบ็ดเสร็จ แต่กรมสุขภาพจิต โดยกองแผนงานก็ยังคงทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลโครงการฯ ในภาพรวม

ความคิดเห็นของจังหวัดต่างๆ ต่อการดำเนินงานโครงการฯ

จากการประเมินความคิดเห็นของจังหวัดต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ คือ 1) ความเปลี่ยนแปลงในแนวทางการดำเนินงาน ที่เกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ หลังจากมีการเข้าร่วมโครงการฯ 2) ปัจจัยที่จังหวัดต่างๆ เห็นว่ามีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฯ 3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากฝ่ายต่างๆ และ 4) ข้อเสนอแนะ พบว่าผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัดต่างๆ มีความคิดเห็น ดังนี้ (ไม่ได้ระบุจำนวนผู้ที่แสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อ)

ความเปลี่ยนแปลงในแนวทางการดำเนินงาน ที่เกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ

หลังจากมีการเข้าร่วมโครงการฯ ครังนี้ มีผลทำให้สถานบริการสาธารณสุข ภายในจังหวัดเกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่างไปจากเดิมในลักษณะต่างๆ ได้แก่

- 1) มีแผนงาน แนวทาง และรูปแบบการทำโครงการฯ ที่ชัดเจนขึ้น
- 2) มีการจัดทำระบบการเฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วยขึ้นในทุกอำเภอภายในจังหวัด
- 3) มีการสร้างเครือข่ายผู้ให้บริการให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว
- 4) มีการจัดสถานที่ในการให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนโดยเฉพาะขึ้นมา
- 5) บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- 6) บุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ ความชำนาญ และความมั่นใจมากขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
- 7) มีการจัดบุคลากรผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนขึ้น และมีทีมงานตามจุดต่างๆ ภายในโรงพยาบาล
- 8) มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดจิตสังคมบำบัดมากขึ้น
- 9) มีการจัดระบบ Pre-caution เกี่ยวกับปัญหาการทำร้ายตนเองภายในตึกผู้ป่วยดีขึ้น

- 10) มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาลเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาที่งานสุขภาพจิต รวดเร็วขึ้น
- 11) อาจารย์และครูในโรงเรียนให้ความสนใจต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนเพิ่มขึ้น
- 12) มีเครือข่ายการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย โดยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข
- 13) มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น
- 14) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือมีมากขึ้น

ปัจจัยที่จังหวัดต่างๆ เห็นว่ามีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฯ

จากการประเมินครั้งนี้ พบว่า ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดเห็นว่า มีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฯ ได้แก่

- 1) ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ พบว่า บางเขตมีผู้ตรวจราชการประจำเขตที่เข้มแข็ง คอยกระตุ้นการทำงานของจังหวัดได้ดีมาก และมุ่งมั่นให้งานประสบความสำเร็จ
- 2) ทักษะและความสามารถด้านการบริหารจัดการของผู้บริหารงานโครงการฯ ในระดับจังหวัด
- 3) การมีระบบข้อมูลที่ดี ที่สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาได้ดี ทำให้ผู้บริหารตื่นตัวและเห็นความสำคัญ
- 4) มีการประชุม สัมมนา เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดต่างๆ ของโครงการฯ เช่น แนวทางการทำงาน การประสานงาน การดำเนินงานร่วมกัน และการส่งต่อต่างๆ ช่วยกระตุ้นผู้ปฏิบัติงานได้ดี
- 5) การจัดอบรมให้แก่ทีมวิทยากรของจังหวัดต่างๆ มีส่วนสร้างทีมงานด้านนี้ที่เข้มแข็งขึ้นภายในจังหวัด และมีศักยภาพในการขยายผลต่อไปได้
- 6) มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการประสานงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ชัดเจน เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ
- 7) มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ดี เช่น การจัดกำลังคน แผนงาน ระบบบันทึกงานพหุและงบประมาณ ตลอดจนการสรุปบทเรียนการทำงานร่วมกัน
- 8) บุคลากรสาธารณสุข มีความรู้ ทักษะ ความสามารถ และมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความกระตือรือร้นในการประสานงานกับผู้ให้บริการอื่นๆ ในเครือข่าย และติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยเสมอ
- 9) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม มีประสบการณ์ สม่ำเสมอ
- 10) ผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ และให้ความร่วมมือในการรักษา

- 11) อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังปัญหาและ
แจ้งข่าวสารแก่เจ้าหน้าที่
- 12) ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- 13) คำสอนทางศาสนาช่วยทำให้คนคิดฆ่าตัวตายน้อยลงได้ เช่น ศาสนาอิสลามที่เน้นว่า
การฆ่าตัวตายจะทำให้เมื่อตายแล้วไม่มีโอกาสขึ้นสวรรค์

ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

แต่ละจังหวัดมีปัญหา และอุปสรรค ของการดำเนินงานโครงการที่คล้ายคลึงกัน ในด้าน
ต่างๆ (แต่ข้อมูลความคิดเห็นเหล่านี้ ไม่ได้บอกขนาดหรือจำนวนผู้ที่ตอบ) ได้แก่

ด้านผู้ให้บริการ

- 1) บุคลากรที่เป็นผู้บริหาร เป็นหัวหน้างาน มักจะมีโอกาสน้อยในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง
- 2) บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีงานประจำอื่นๆ ค่อนข้างมาก เช่น บางคนต้องรับผิดชอบ
ทั้งงานผู้ป่วยยาเสพติด งานประชาสัมพันธ์ งานสังคมสงเคราะห์ และงานพัฒนาหน่วย
บริการปฐมภูมิตามนโยบายรัฐบาล ฯลฯ ทำให้มีเวลาน้อยในการดูแลทางด้านจิตใจ
การให้บริการด้านการให้คำปรึกษาซึ่งใช้เวลานาน หรือการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน
ชุมชน
- 3) แพทย์ยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายมากกว่าทางจิตใจ มีทัศนคติ
ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษา
- 4) พยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีนอ้ามายังขาดความมั่นใจ ในเรื่องการให้คำปรึกษาแก่
ผู้ป่วย
- 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรม
- 6) สถานบริการหลายแห่งยังมีข้อจำกัดด้านสถานที่ ที่จะจัดให้เป็นคลินิกให้คำปรึกษาที่
เป็นสัดส่วนสำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการโดยเฉพาะ
- 7) การให้บริการด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนทำได้น้อย และไม่ต่อเนื่อง
- 8) บางแห่งยังใช้แบบประเมินคัดกรองฯ น้อย ทำให้ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มนี้
- 9) ยังขาดระบบการจัดการด้านยาที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 10) แผนกอื่นที่ส่งผู้ป่วยมาปรึกษาที่แผนกสุขภาพจิต มักจะส่งผู้ป่วยมาปรึกษาในระยะเวลา
ที่กระชั้นชิดเกินไป ผู้ป่วยใกล้จะออกจากโรงพยาบาลแล้ว หรือมีการจำหน่ายผู้ป่วยใน
ช่วงวันเสาร์และอาทิตย์ ทำให้ไม่มีเวลาให้การปรึกษาอย่างเพียงพอ

ด้านผู้ป่วยและญาติ

- 1) ปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคมและปัญหาอื่นๆ หลายประการ ทำให้แก้ไขได้ยาก เช่น การใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นมีมากขึ้น ส่งผลให้พ่อแม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต มีความทุกข์มากขึ้น บางคนกู้เงินเป็นแสนเพื่อจะไปทำงานในต่างประเทศ แต่ถูกหลอกไม่ได้ไป จึงเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง บางคนเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย มีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ทำให้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ฯลฯ
- 2) ผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคในการมารับยาตามนัด จากหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีผู้พามา
- 3) ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- 4) ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง
- 5) ญาติผู้ป่วยไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและไม่ร่วมมืออย่างเพียงพอ
- 6) ปัญหาของผู้ป่วยมักจะเกิดกับญาติ ทำให้การปรับความสัมพันธ์เป็นเรื่องยาก
- 7) ญาติไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาชีพการงาน

ด้านครูและผู้นำชุมชน

- 1) อยู่ในช่วงปิดเทอม ทำให้ไม่สามารถอบรมครูได้ หรือเมื่ออบรมไปแล้วไม่ได้ดำเนินการ
- 2) งานสอนและภารกิจมาก เนื่องจากมีครูลาออกและขอเกษียณอายุราชการก่อนวัยตามนโยบายรัฐบาล
- 3) ผู้นำชุมชนบางคนไม่เข้าใจแบบประเมิน อ่านหลายครั้งแล้วก็ไม่เข้าใจ
- 4) ผู้นำชุมชนบางคนไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจประเมินคัดกรองผู้ป่วย เพราะไม่สามารถช่วยเหลืออะไรคนไข้ได้

ด้านการบริหารจัดการ

- 1) โครงการฯ เร่งรัดการทำงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาเตรียมงาน
- 2) สถานบริการบางแห่งมีการแบ่งงานและความรับผิดชอบด้านนี้ที่ยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรง การพัฒนาระบบการให้บริการจึงไม่ก้าวหน้า
- 3) ไม่มีการถ่ายทอดงาน เมื่อมีการเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบ
- 4) บุคลากรผู้ให้บริการมีความเห็นว่า แบบประเมิน แบบบันทึกการให้บริการ และแบบรายงานมีความซ้ำซ้อน ทำให้ใช้เวลาในส่วนนี้มาก
- 5) การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัยยังไม่คล่องตัว ยังไม่มีระบบหรือกลไกรับผิดชอบที่ชัดเจน
- 6) ขาดการประเมินผลและการวิเคราะห์งาน

- 7) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากไม่มีบุคลากรให้บริการตลอดเวลา และโทรไม่ค่อยติด
- 8) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งตั้งงบประมาณค่าเบี้ยเลี้ยงการออกนิเทศงาน
- 9) เขตกรุงเทพมหานครมีลักษณะโครงสร้างของระบบบริการที่แตกต่างไปจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพ 2 หน่วยงานหลัก คือ สำนักงานแพทย์ คู่มือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 8 แห่ง และสำนักอนามัย คู่มือศูนย์บริการสาธารณสุข 62 แห่ง และศูนย์ประสานงานสาธารณสุข 6 แห่ง ทั้งสองสำนักฯ นี้เข้าร่วมดำเนินการโครงการฯ ในปีนี้ ทำให้บุคลากรของศูนย์สุขภาพจิต เขต 13 ต้องทำหน้าที่ประสานงานมากกว่าเขตอื่นๆ
- 10) นอกจากนี้เนื่องจากช่วงที่ประเมินโครงการฯ นี้ เป็นระยะที่กำลังมีการขยายความครอบคลุมของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคมายังกรุงเทพมหานคร ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปเรื่องการแบ่งเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในเขตกรุงเทพฯ อย่างเพียงพอทำให้เกิดปัญหาเรื่องระบบส่งต่อ
- 11) มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาเขตในกรุงเทพมหานครทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำงานในชุมชนได้ เพราะมีกฎหมายห้ามและต้องไปช่วยงานเลือกตั้ง

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชแก่แพทย์อย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรส่งเสริมการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น พยาบาลจิตเวช
- 3) ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทุกปี
- 4) ควรปรับปรุงทักษะการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ เมื่อจะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์
- 5) ควรจัดการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มเติม ในเรื่องทักษะการให้คำปรึกษา และขนาดยารักษาซึมเศร้าที่ถูกต้อง
- 6) ควรส่งเสริมให้ทุกแผนกของโรงพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต
- 7) ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลมียารักษาภาวะซึมเศร้า ชนิด SSRI ที่ผลิตในประเทศ เพราะได้ผลดี มีผลข้างเคียงน้อย และราคาไม่แพงมาก
- 8) ควรจัดเวทีการประชุม เพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ
- 9) ควรมีระบบการติดตามงานเป็นระยะสม่ำเสมอ

- 10) ควรสนับสนุนเอกสารคู่มือ เรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับประชาชนทั่วไปอย่างเพียงพอ เพราะจังหวัดได้รับงบประมาณน้อย
- 11) ควรสนับสนุนแผนการสอน เรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกแห่ง เพราะเป็นแนวทางที่มีประโยชน์
- 12) ควรมีการผลิตสื่อสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษา โดยทำเป็นแผ่นพลิก
- 13) แต่ละจังหวัดควรเปลี่ยนชื่อโครงการที่มีความหมายเชิงบวก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการฯ เกิดความมั่นใจและไม่อายที่จะเข้าร่วมโครงการฯ เช่น โครงการ วัคซีนชีวิต
- 14) ควรมีการผสมผสานกิจกรรมโครงการฯ นี้ เข้ากับโครงการอื่นๆ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายของกรมอนามัย เพราะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งการผสมผสานงานต่างๆ ของกรมสุขภาพจิตเองที่ลงไปทำกับกลุ่มเป้าหมายด้วย เพื่อไม่ให้กลุ่มเป้าหมายไม่สับสนและทำให้งานได้ผลดี
- 15) ควรมีการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ในชุมชนที่อาจจะมีส่วนช่วยเหลือการดำเนินงานให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น เช่น กลุ่มร้านเสริมสวย กลุ่มหมอดู กลุ่มหมอนวด แผนไทย
- 16) ควรส่งเสริมให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) จัดสรรประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร มาใช้ในโครงการนี้เพิ่มเติม และลงทุนพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้สามารถให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 17) ในเขตกรุงเทพฯ ควรจัดอบรมแพทย์ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขสุขทั้ง 62 แห่ง เพราะถ้าผู้อำนวยการเข้าใจจะทำให้งานได้รับการสนับสนุนและเกิดความคล่องตัว
- 18) ควรปรับปรุงแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้มีช่องให้เติม เรื่องการนัดหมายผู้ป่วยมารับบริการ
- 19) ควรปรับปรุงระบบรายงานให้ใช้ง่าย และไม่ต้องกรอกมากเกินไป
- 20) ควรขอการสนับสนุนงบประมาณด้านการประชาสัมพันธ์จากบริษัทขนาดใหญ่ เช่น การบินไทย จะทำให้มีงบประมาณเพียงพอ และต่อเนื่อง
- 21) ควรหาวิธีการยับยั้งการเผยแพร่สื่อที่ไม่เหมาะสม ทางสื่อมวลชน
- 22) ควรมีการผลิตสื่อประเภท เทปบันทึกเสียง ที่มีเนื้อหาเป็นสาระน่ารู้หลายๆ ตอน เพิ่มขึ้น เพราะสามารถนำไปเผยแพร่ตามหอกระจายข่าวในชุมชนได้ดี

- 23) ควรมีการผลิตสื่อประเภท แผ่นพับ แผ่นปก สมุดโทรศัพท์เล่มเล็ก หนังสือเล่มเล็ก โดยผลิตให้สอดคล้องตามกลุ่มอายุของกลุ่มเป้าหมาย
- 24) ควรใช้สื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี เช่น ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ สติกเกอร์ติดใน ห้องน้ำ (เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ดี)
- 25) ควรมีสื่อภาษาท้องถิ่น เช่น ภาษายาวี สำหรับบางจังหวัดในภาคใต้
- 26) ควรส่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ไม่ต้องผ่านศูนย์สุขภาพจิตเขต เพื่อความคล่องตัว
- 27) ควรจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องตามจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และผู้นำชุมชน ได้เล่าประสบการณ์ของตนที่เคยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยหลายประเภท และมีสาเหตุหลายประการ มีทั้งที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จ และช่วยเหลือไม่สำเร็จ หรือไม่ทันได้ช่วยเหลือ เพราะผู้ป่วยทำร้ายตนเอง จนเสียชีวิตก่อนที่จะได้ช่วยเหลือ หรือก่อนมาถึงสถานบริการ กรณีศึกษาต่างๆ ดังกล่าว มีดังนี้

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น

“... ผู้ป่วยเด็กชายกินยาเกินขนาด เพราะแม่ชอบบ่นมาก มาที่โรงพยาบาล เราให้บริการให้คำปรึกษาทั้งลูกและแม่ เมื่อแม่ได้พูดคุยกับเราแล้วในระยะหลังก็ปรับตัวดีขึ้น...”

“...เด็กชายมีนิสัยเงียบเฉย ไม่ชอบคบกับใคร ทะเลาะกับน้อง แม่ขี้บ่น กินยานอนหลับหลายเม็ด ประชดพ่อแม่...”

“...ผู้ป่วยวัยรุ่น อยากได้มอเตอร์ไซด์ แม่ไม่ซื้อให้ จึงผูกคอตาย...”

“...ลูกกินยาดาย เพราะเห็นพ่อแม่ทะเลาะกัน พ่อกินเหล้ามาก แม่มีภาวะซึมเศร้า เราใช้วิธีนัดพ่อกับแม่มาคุยทีละคน พูดในทำนองขอร้องให้ทุกคนปรับตัวเพื่อลูก ซึ่งก็พบว่า พ่อสามารถหยุดเหล้าได้...”

“...ผู้หญิงวัยรุ่น เข้าใจผิด คิดว่าแฟนจะมีผู้หญิงคนใหม่ จึงจะกระโดดสะพานฆ่าตัวตาย เราเข้าไปช่วยไว้ได้ทัน และช่วยพูดคุยปรับความเข้าใจกัน ในที่สุดผู้ชายได้ขอโทษที่ทำให้เข้าใจผิด และสัญญาว่าจะไม่ทำอีก จึงมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกลับมาเหมือนเดิม...”

ปัญหา สามี ภรรยา และความสัมพันธ์ในครอบครัว

“...ภรรยากินยาฆ่าแมลงมาที่โรงพยาบาล เพราะทะเลาะกับสามี เราพยายามหาทางแก้ไขที่สามีไปพร้อมกัน...”

“...ผู้ป่วยหญิงอายุประมาณ 40 ปี ทำงานหลายอย่างเพื่อหาเงินมาเลี้ยงลูก 3 คน สามีชอบเที่ยว เจ้าชู้ ภรรยาน้อยใจจึงกินยาดาย ลูกชายคนโตถึงกับขู่ว่าถ้าแม่ตายตนจะฆ่าพ่อ ลูกคนที่ 2 เกิดภาวะซึมเศร้า ลูกอีกคนก็ติดยาบ้า พ่อเรานัดสามีมาคุย สามีก็บอกว่าภรรยาตนคิดมากไปเอง หลัง

จากเราดูแลครอบครัวนี้ไประยะหนึ่งก็พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น แต่ก็ยังห่วงลูกชายคนโต อยู่เพราะยังคิดแต่จะฆ่าพ่ออย่างเดียว..."

"...มีผู้ชายคนหนึ่งทะเลาะกับภรรยา ไม่สบายใจ กินเหล้ามาก ดิฉันแนะนำให้อ่านหนังสือธรรมะ เขาก็บอกว่าไม่มีประโยชน์ ต่อมาจึงแนะนำให้เขาทำสมาธิ ก็ค่อยๆ ดีขึ้น..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิงมาด้วยอาการเกร็งไปทั้งตัว เวลาทะเลาะกับสามี สามีเป็นคนเจ้าชู้ กินเหล้าและไม่ยอมช่วยงานบ้าน เราได้พูดคุยกับทั้งสองคนแล้ว พบว่า ต่างคนต่างก็อยากให้คนอื่นเปลี่ยนนิสัย แต่ไม่มีใครยอมใคร ตอนนี้ยังแก้ปัญหาไม่ได้..."

"...ผู้หญิงกินยาฆ่าแมลง ไม่ได้ตั้งใจฆ่าตัวตาย แต่เพื่อประชดสามี เราดูแลทั้งสามีและภรรยาให้มีการปรับความสัมพันธ์ให้ดีขึ้น..."

"...คนไข้ผู้หญิง ตอนเด็กๆ เคยถูกข่มขืน จนติดโรค ต่อมาสามีเป็นทหาร สามีชอบกินเหล้า ทะเลาะกัน อยากจะหย่า ลูกจะเกิดอาการเกร็งเวลาที่พ่อแม่ทะเลาะกัน คนไข้กลัวใจ อยากกินยาตาย ร้องไห้มาหาเรา เราให้ความช่วยเหลือหลายอย่าง เช่น ด้านสังคมสงเคราะห์ และเรื่องการประกอบอาชีพด้วย ..."

"...ผู้ชายอายุประมาณ 30 ปี แฟนเขาเสียชีวิตไปก่อน ต่อมาเขาก็ผูกคอตายตามกัน..."

"...ผู้ชายทะเลาะกับภรรยา เมียจะขอย่า จึงกินเหล้ามาก ใช้มีดแทงลูกชายอายุ 10 ปี แล้วแทงตัวเองตายตาม อสม.บ้านอยู่ใกล้ๆ ก็ไม่สามารถช่วยได้ เขาไม่เคยพูดเป็นलगบอกเหตุมาก่อนเลย..."

"...ผู้ชายอายุประมาณ 22 - 23 ปี มีปัญหาซึมเศร้าเพราะแฟนเลิกคบ และไปมีแฟนใหม่..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิง มาขอคำปรึกษาเพราะคิดว่าลูกเลี้ยงไม่รักตน เพราะไม่ได้เป็นแม่ที่แท้จริงของเขา..."

"...ผู้ป่วยเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยาฆ่าแมลง เพราะพ่อสามีชอบดุด่า ทุบตี เวลาเมาเหล้า เราให้คำปรึกษาว่าให้แยกบ้านอยู่ ช่วงหลังอาการทางจิตใจจึงดีขึ้น..."

โรคเรื้อรัง พิการ

“...คนไข้เบาหวาน เป็นมานานหลายปี เกิดอาการเบื่อน่าย มีภาวะซึมเศร้า เราดูแลโดยจัดการบำบัดแบบกลุ่ม และได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก...”

“...คนไข้ผู้หญิง ถูกน้ำร้อนลวกทั้งใบหน้าและลำตัว จนเสียโฉม เพราะไปเปิดหม้อน้ำรยยนต์ขณะที่เครื่องยังร้อนอยู่ รวมทั้งมีปัญหาทางการเงิน ไม่มีเงินค่าเทอมลูก จึงคิดฆ่าตัวตาย อสม.และเพื่อนบ้านจึงไปเยี่ยม ปลอบใจ และให้กำลังใจ ช่วงหลังอาการดีขึ้น...”

“...ผู้ป่วยมียศเป็นนายพัน เป็นอัมพาตมาหลายปี อยู่ก็ยิ่งตัวตาย เราก็ไม่ทันได้สังเกตว่ามีอาการผิดปกติ จนจะทำร้ายตนเองได้...”

“...ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผอมมาก มีตุ่มและน้ำเหลืองตามตัว พ่อแม่คอยเช็ดตัว ป้อนข้าวป้อนน้ำ ป้อนยา จึงมีกำลังใจดีขึ้น แต่ก็ไม่มี ความหวังว่าจะรอด นอนรอความตายอยู่ในบ้าน อบต.ช่วยเหลือโดยการติดต่อขอเงินช่วยเหลือให้ เดือนละ 300 บาท...”

“...คนไข้โรคเอดส์ ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง จึงไม่ได้รับเงินช่วยเหลือใดๆ อสม.เข้าไปพูดคุยให้กำลังใจ บอกว่า เป็นได้ก็หายได้ ผู้ป่วยยังมีกำลังใจดี คิดว่าตนเองจะหายจากโรค...”

ปัญหาถูกข่มขืน ปัญหาทางเพศ และการตั้งครรภ์

“...ผู้ป่วยหญิง ไปเที่ยวงานวัด แล้วถูกข่มขืน ถูกพ่อแม่สามีรังเกียจ กล่าวหาว่า ไปให้ทำเอง จึงฆ่าตัวตาย...”

“...ผู้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่พร้อมจะมีลูก มีความเครียดมาก คิดจะกินยาฆ่าตัวตาย มาปรึกษาเรา เมื่อเราได้ให้การดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ผู้ป่วยก็ทำใจได้ และยินดีตั้งครรภ์ต่อไป...”

“...ผู้ป่วยเพศหญิง ตอนตั้งครรภ์เคยไปทำแท้ง แต่ไม่สำเร็จ ตอนนี้ลูกโต อายุ 3 – 4 ปี แล้ว แต่ผู้ป่วยยังมีความฝังใจอยู่ว่าตนเองเคยทำผิด จึงเกิดอาการซึมเศร้า...”

“...ผู้ป่วยเพศหญิง เคยมีสามีเป็นตำรวจ ต่อมาสามีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ตนจึงกลุ้มใจมาก กังวลว่าตนจะเป็นโรคเอดส์...”

ปัญหาในโรงเรียน

“...เด็กนักเรียนชายออกหัก พยายามฆ่าตัวตาย ครูได้พยายามให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ จนอาการดีขึ้น แต่ปัจจุบันครูเริ่มมีความทุกข์เพราะเด็กมาติดครู...”

“...มีนักเรียน ม. 1 มาจากครอบครัวยากจน มีระยะหนึ่งที่สังเกตเห็นว่าเจ็บซึมไปกว่าเดิม เมื่อไปสอบถามจึงพบว่า พ่อแม่อยากให้ออกจากโรงเรียน เพราะไม่มีเงินส่งเสีย แต่เด็กอยากเรียนต่อ เราจึงช่วยหาทุนการศึกษาให้ ตอนนี้ก็ได้เรียนต่อแล้ว...”

ปัญหาซับซ้อน ไม่ชัดเจน

“...ผู้ชายเป็นเจ้าของปั๊มน้ำมัน ภรรยาหนีไปอยู่ต่างประเทศ ลูกชายพิการ ลูกสาวติดยาเสพติด มีความเครียดมาก ยิ่งตัวตาย ก่อนหน้านี้ไม่เคยมาปรึกษาเรา...”

“...มีรายหนึ่งที่ว่าไปให้รถไฟชนตาย ชาวบ้านแถวนั้นบอกว่า เขามีภาวะซึมเศร้า แต่ตำรวจบอกว่า เป็นอุบัติเหตุ...”

เจ้าหน้าที่ก็ป่วย

“...คนไข้เป็นเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล ปลีกตัว ไม่อยากพูดคุยกับใคร โทรศัพท์ไปก็ไม่รับสาย เพื่อนเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยม พยายามซักถาม ก็ไม่ยอมบอกเล่าปัญหาให้ฟัง บอกแต่ว่าถ้าเล่าให้ฟังปัญหาจะยิ่งมากกว่าเดิม...”

“...เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชนโทรศัพท์มาที่แผนกจิตเวช ขอคุยกับจิตแพทย์ บอกว่าขณะนี้เตรียมน้ำยาล้างห้องน้ำไว้แล้วนะ ถ้าไม่ได้คุยกับจิตแพทย์จะกินเดี๋ยวนี้เลย เราจึงค่อยๆ พูดคุย ปลอบใจ ให้กำลังใจ จึงค่อยๆ สงบลง และติดต่อจิตแพทย์ให้มาคุยด้วย หลังจากนั้นก็นัดมารับบริการที่โรงพยาบาล...”

บทที่ 6

สรุปและอภิปราย

การประเมินโครงการในครั้งนี้ เป็นการประเมินโครงการฯ ที่มีการดำเนินงานมาปีกว่า จากระยะเวลาของโครงการฯ ทั้งหมด 3 ปี จึงอาจถือได้ว่าเป็นการประเมินระหว่างการดำเนินงานของโครงการฯ ซึ่งจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงานในระยะเวลาที่เหลือ

จากการประเมินโครงการฯ ในระยะที่ผ่านมา พอที่จะประมวลและสรุปผลการประเมินได้ดังต่อไปนี้ คือ

ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฯ

- ผลการประเมินที่เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการเพิ่มมากขึ้น

การดำเนินงานโครงการฯ ในปีนี้ พบว่า สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถดูแลช่วยเหลือจำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในภาพได้เป็นจำนวนมากขึ้น ร้อยละ 26.3 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในช่วงสี่เดือนแรกของปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545

ซึ่งอาจจะมีคำอธิบายได้ว่า อาจจะเป็นเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขวินิจฉัยภาวะนี้ได้มากขึ้น หรือผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น หรือมีอุปสรรคและความทุกข์ของภาวะนั้นมากขึ้น

แต่จากข้อมูลในหัวข้ออื่นๆ ที่มีการประเมินในครั้งนี้ ซึ่งพบว่าบุคลากรมีกิจกรรมการใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จึงอาจจะกล่าวได้ว่าการที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นน่าจะเกิดจากผลของการดำเนินงานโครงการฯ

แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าวิเคราะห์จำแนกรายจังหวัด พบว่า มีจำนวนจังหวัดอยู่ประมาณสองในสาม ที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นจำนวนมากขึ้น จึงยังมีสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้น เพื่อให้ขอบเขตในเชิงพื้นที่ของผลการดำเนินงานกว้างขวางขึ้น

- 2) จำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการลงเล็กน้อย

ในช่วงสี่เดือนแรกของปี พ.ศ. 2545 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันของปี พ.ศ. 2544 กล่าวคือ จาก 3,074 ราย เป็นจำนวน

3,260 ราย (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) ในจำนวนนี้ได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 3,004 ราย ลดลงร้อยละ 0.66 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันปี 2544 กล่าวคือ ลดลงจากร้อยละ 92.81 เป็นร้อยละ 92.15

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ที่ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดให้ชุมชน มีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มารับบริการ ณ สถานบริการสุขภาพ จึงไม่สามารถบอกได้ว่า อัตราการพยายามทำร้ายตนเองในภาพรวมเพิ่มขึ้นหรือลดลง จึงต้องรอผลการศึกษาระบาดวิทยา ซึ่งกำลังดำเนินการ

การที่มีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือลดลงน่าจะเป็นเพราะว่าเดิมทำได้มากอยู่แล้ว (ร้อยละ 92.8) การทำให้ได้เพิ่มขึ้นจากเดิมจะเป็นสิ่งที่ยากขึ้น และต้องใช้ความพยายามมาก หรือเนื่องจากความรุนแรงของการทำร้ายตนเองมีมากจนไม่สามารถช่วยได้ จำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลของลักษณะผู้ป่วยในรายละเอียด และต้องพิจารณาลำดับความสำคัญของกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งประสิทธิผลของการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากโครงการศึกษาระบาดวิทยาและแบบแผนการใช้บริการของภาวะทำร้ายตนเอง ซึ่งกำลังดำเนินการ

3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีจำนวนลดลง

ในช่วงสี่เดือนแรกของปี 2545 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ที่มาสถานบริการ) ทั้งหมด 252 ราย มีจำนวนที่ลดลงร้อยละ 6.2 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันปี 2544 (ข้อมูลจาก 31 จังหวัด) กล่าวคือ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีจำนวนที่ลดลงจากร้อยละ 13.9 (427 จาก 3,074) ของการพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงสี่เดือนแรกของปี 2544 เป็นร้อยละ 7.7 (252 จาก 3,260) ของการพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงสี่เดือนแรกของปี 2545

อาจจะมีเหตุผลที่อธิบายปรากฏการณ์นี้ได้หลายประการ ได้แก่ ความสำเร็จของการดูแลช่วยเหลือที่ดีขึ้น หรือเป็นเพราะระดับความรุนแรงของการทำร้ายตนเองที่มาสถานบริการลดลง หรือเป็นเพราะข้อมูลจากจำนวนจังหวัดที่รายงานเข้ามาไม่สะท้อนภาพรวมได้ หรือเป็นเพราะปัจจัยทั้งสามประการร่วมกัน จึงเป็นสิ่งที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในภาพรวม มีความมั่นใจว่าตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาและการปฏิบัติตัวอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 92.2 ซึ่งค่อนข้างสูง และมีความมั่นใจ (แต่ไม่มาก) จนถึงมั่นใจมาก ว่าตนเองจะมีสุขภาพดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ตนเองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยากับการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 83.9 และ 79.3 ตามลำดับ

จึงอาจกล่าวได้ว่า โครงการฯ ประสบความสำเร็จในเชิงคุณภาพของการพัฒนาระบบการให้บริการ

แต่อย่างไรก็ตามหากพิจารณาที่ข้อมูลเรื่องระยะเวลาที่ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ ในการมารับบริการครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ฯ คือ ช่วง 1 – 5 นาที คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมา คือ ช่วง 6 – 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 26.7 รวมทั้งสองช่วงเวลาคิดเป็นประมาณร้อยละ 65.3 (ส่วนใหญ่) และเนื่องจากเหตุผลทางวิชาการที่ว่า การให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษามาก และจากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระยะเวลากับความพึงพอใจแล้วพบว่า จะมีช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ เป็นระยะเวลาที่ไม่สั้นเกินไป และไม่ยาวนานเกินไป

จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประเด็นด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้พบกับแพทย์หรือนุคลากรสาธารณสุขกับประเด็นด้านคุณภาพของการบริการในมิติอื่นๆ เช่น ผลการดูแลรักษา

5) ผู้ป่วยส่วนน้อยที่เคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกซี้ใจ เอกสารที่ได้รับคือ แผ่นพับและหนังสือเล่มเล็ก ผู้ที่ได้รับเอกสารเห็นว่าเอกสารมีประโยชน์

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกซี้ใจ คิดเป็นร้อยละ 74.8 นั่นคือ มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ได้รับเอกสาร ประเภทของเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อทุกซี้ใจ ที่ได้รับ คือ แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมา คือ หนังสือเล่มเล็ก คิดเป็นร้อยละ 23.1 และผู้ที่ได้รับมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าของเอกสารที่ได้รับว่า เป็นประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 83.8

เนื่องจากผู้ที่ได้รับเอกสารเห็นว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ดังนั้นโครงการควรหาวิธีที่จะทำให้จำนวนผู้ป่วยได้รับเอกสารมากขึ้น และหาทางเพิ่มประโยชน์ในการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อทดแทนอุปสรรคที่ว่าระยะของเจ้าหน้าที่ที่อาจมีเวลาจำกัดในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

● ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับประชาชนทั่วไป

1) จำนวนประชาชนทั่วไปที่ได้รับชมรายการโทรทัศน์ของโครงการฯ น้อยกว่าเป้าหมาย และกลุ่มที่น่าจะเป็นเป้าหมายของโครงการฯ มีโอกาสได้รับชมรายการน้อย

โดยเฉลี่ย ในภาพรวมมีผู้ชมรายการของโครงการฯ (ประเมินเพียงสองรายการ คือ รายการธรรมะสองโลก และ รายการท้อปเทน ในช่วงเดือน เมษายน 2545) โดยเฉลี่ยประมาณ 234,333 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.36 ของประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 1)

กลุ่มที่น่าจะเป็นเป้าหมายของโครงการ เพราะมีสถิติการทำร้ายตนเองสูง คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ประชาชนในภาคกลางและภาคเหนือ (กองระบาดวิทยา, 2543)

จึงควรมีการพิจารณา ปรับปรุงเรื่องการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเลือกช่วงเวลาออกรายการ เพราะจากการประเมินครั้งนี้ พบว่า ช่วงเวลาออกรายการไม่ตรงกับแบบแผนการรับชมรายการโทรทัศน์เป็นประจำของประชาชน

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ประชาชนที่ได้ชมรายการโทรทัศน์ของโครงการ มีความคิดเห็น ว่า รายการโทรทัศน์ที่จัดทำโดยโครงการ มีประโยชน์ต่อตนเอง และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีบางจังหวัดที่สามารถใช้สื่อท้องถิ่น เช่น รายการวิทยุ มาใช้เผยแพร่กิจกรรมของโครงการ ช่วยในการค้นหาผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับบริการได้ดี จึงควรพิจารณาหาวิธีขยายผลต่อไป

- ผลการประเมินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับครูและผู้นำชุมชน

1) จำนวนจังหวัดต่างๆ ที่สามารถจัดอบรมครูและผู้นำชุมชนได้ตามเป้าหมายของโครงการ มีประมาณเกินครึ่งเล็กน้อย

ส่วนใหญ่จังหวัดต่างๆ สามารถจัดการฝึกอบรม "ครู" ได้ตามเป้าหมายหรือมากกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 61.5 ของจำนวนจังหวัดในโครงการ และสามารถจัดการฝึกอบรม "ผู้นำชุมชน" ได้ตามเป้าหมายหรือมากกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 63 ของจำนวนจังหวัดในโครงการ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มครูและผู้นำชุมชน เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงที่จะทำงานแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ดี แต่มีความจำเป็นต้องมีการผสมผสานโครงการต่างๆ ของกรมสุขภาพจิต และหน่วยงานอื่นๆ ให้เหมาะสม เพื่อให้การทำงานกับชุมชนมีการประสานงานกันอย่างกลมกลืน และไม่เป็นการระแวกชุมชนมากเกินไป

- ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้ให้บริการในจังหวัดเป้าหมาย

1) ประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนสถานบริการที่มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช

มีสถานบริการที่จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษา จำนวน 103 แห่งจากที่สำรวจ 160 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.4 (ประมาณ 2 ใน 3)

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวชมากที่สุด คือร้อยละ 100 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 80) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทาง

จิตเวช คิดเป็นร้อยละ 74.7 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 60) ส่วนสถานีนอนมัย / ศูนย์สุขภาพชุมชนมี การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 56.5 (เป้าหมายเท่ากับร้อยละ 40)

ข้อมูลนี้ อาจจะใช้เป็นฐานตั้งต้นของการกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้นในปีต่อไป เพราะใน ทางอุดมคติ ควรมีการจัดบริการนี้ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชน และเป็นนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันที่ต้องการพัฒนาให้ครอบคลุม ทั่วประเทศ เพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันยังขาดแคลนบุคลากร เป็นอย่างมาก (เมื่อเปรียบเทียบกับภารกิจ) และมักจะบอกว่า มีเวลาน้อยในการดำเนินงานตามโครง การนี้ จึงจำเป็นต้องเพิ่มทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรให้เพียงพอ ต่อความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น อย่างเหมาะสม

2) จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและ ช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีประมาณ 3 ใน 4 ที่เคยใช้แบบ ประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีประมาณ 2 ใน 3 แต่มีความ มั่นใจต่อความสามารถของตนเองในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วย ในระดับ ปานกลาง

จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมวิธีการใช้แบบประเมิน เพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 66.3 (ประมาณ 2 ใน 3) เคยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 63.8 (ประมาณ 2 ใน 3)

จำนวนสถานบริการในจังหวัดที่มีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ (อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง) ในความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด อยู่ประมาณ ร้อยละ 45 – 59 ของจำนวนสถานบริการในจังหวัดทั้งหมด (ประมาณครึ่งหนึ่ง)

แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้บริการเมื่อใช้แบบประเมินคัดกรองไประยะหนึ่ง จะ สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่จำเป็นต้องมีแบบ คัดกรองฯ จึงควรพิจารณาข้อมูลอื่นๆ ประกอบการพิจารณา ได้แก่ สถิติจำนวนผู้ป่วย และคุณภาพ การให้บริการ ซึ่งพบว่าดีขึ้น

มีจำนวนบุคลากรที่เคยได้รับการอบรมวิธีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 73.8 หรือประมาณ 3 ใน 4 แต่มีความมั่นใจในความ สามารถของตนเองในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพียงเท่ากับ 3.06 จากคะแนนเต็ม 5 (ระดับปานกลาง)

ดังนั้นจึงควรหาวิธีที่จะเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรให้มากขึ้น โดยการเพิ่มประสบการณ์ และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีที่บุคลากรเห็นว่าเป็นวิธีการที่ได้ประโยชน์ ดังข้อมูลผลการ ประเมินในหัวข้อต่อไป

3) บุคลากรฯ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของตน ในระดับปานกลาง

บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของตน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 จากคะแนนเต็ม 5 (ระดับปานกลาง)

บุคลากรฯ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการมากที่สุดในด้าน การอบรมและชี้แจง โครงการฯ คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ เอกสารวิชาการและคู่มือที่แจก คิดเป็นร้อยละ 14.7

การดำเนินงานภายในจังหวัดที่บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้าน งบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา คือ ด้านระบบรายงาน คิดเป็นร้อยละ 19.8

จึงควรพิจารณาปรับปรุงการดำเนินการในประเด็นเหล่านี้

● ผลการประเมินด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับ ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด

1) ผู้บริหารในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจ ต่อการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการ (Project Manager) และศูนย์สุขภาพจิต เขตต่างๆ ในระดับปานกลางถึงมาก

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจของผู้บริหารจังหวัดต่อการดำเนินงานของ ผู้จัดการโครงการฯ (Project Manager) ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 และ 3.91 จากคะแนนเต็ม 5)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ใน ระดับสูง ได้แก่ การชี้แจงโครงการ ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (มาก) การอบรมให้ความรู้แก่ วิทยากรจังหวัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 (มาก) การสนับสนุนเอกสารวิชาการ คู่มือ และแบบ ประเมินฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (ปานกลางถึงมาก) การสนับสนุนงบประมาณ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.65 (ปานกลางถึงมาก)

ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดมีความพึงพอใจการดำเนินงานของผู้จัดการโครงการฯ ใน ระดับที่ต่ำกว่าข้ออื่นๆ ได้แก่ การนิเทศติดตามโดยศูนย์ฯ เขต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (ปานกลาง) การออกแบบระบบรายงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (ปานกลาง) การสนับสนุน สื่อการสอนและประชาสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (ปานกลาง)

แต่ก็พบว่า จังหวัดต่างๆ ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีความต้องการเข้าร่วมโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปีต่อไป คิดเป็นร้อยละ 94.7

• บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน

1) โครงการฯ ได้กล่าวถึงหลักการและเหตุผล และความจำเป็นที่ต้องมีโครงการนี้ของการมีโครงการนี้ขึ้นมาอย่างชัดเจน มีการบ่งชี้ถึงสภาพปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่กำลังเพิ่มสูงขึ้น โครงการนี้ฯ สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ได้แก่ นโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่หันมามุ่งเน้นที่การสร้างสุขภาพแบบองค์รวม มากกว่าการรื้อซ่อมสุขภาพ

2) โครงการนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างละเอียด ชัดเจน วัดได้ และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทต่างๆ มีส่วนทำให้จังหวัดต่างๆ เกิดความเข้าใจและเห็นภาพรวมของโครงการฯ ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถนำไปดำเนินการภายในจังหวัดให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์รวมของโครงการฯ ได้โดยง่าย นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการประเมินผลโครงการฯ ทำให้สามารถเลือกวัดและประเมินฯ ประเด็นต่างๆ ของโครงการฯ ได้ตรงเป้าหมาย

แต่ในวัตถุประสงค์ข้อ 1 กำหนดหน่วยนับของเป้าหมายแตกต่างกันในแต่ละระดับ เช่น ในระดับ รพศ./ รพท. กำหนดหน่วยนับเป็นจำนวนสถานบริการ ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย กำหนดหน่วยนับเป็นจำนวนบุคลากร จึงควรปรับโดยการเพิ่มเติมให้มีทั้งหน่วยนับที่เป็นจำนวนสถานบริการและจำนวนบุคลากรในทุกะดับ

3) ในด้านปัจจัยนำเข้าและการบริหารทรัพยากร พบว่า การดำเนินงานโครงการฯ นี้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีลักษณะพิเศษประการหนึ่ง คือ กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการโครงการฯ ให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิต เขต 6 รับผิดชอบดูแลจัดการดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจมายังภูมิภาคที่เพิ่มมากขึ้น และมีการดำเนินการเช่นนี้กับโครงการอื่นๆ ของกรมสุขภาพจิตเช่นกัน รวมประมาณ 12 – 13 โครงการ

4) การจัดตั้งสำนักงานผู้ช่วยผู้อำนวยการขึ้นภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ทำให้สามารถมีหน่วยงานและบุคลากรมารองรับภารกิจด้านการบริหารจัดการโครงการฯ และการประสานงานต่างๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

5) งบประมาณที่ใช้ดำเนินการโครงการนี้ มีทั้งส่วนที่เป็นงบประมาณปกติที่สถานบริการสุขภาพต่างๆ ได้รับอยู่แล้ว และมีงบประมาณหมวดรายจ่ายอื่น (หมวด 900) เพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อเป็นค่าดำเนินงานโครงการฯ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 18,148,800 บาท สำหรับการดำเนินงาน ใน 32 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2545 นี้ คำนวณเฉลี่ยต่อจังหวัด ได้ประมาณ จังหวัดละ 567,150 บาท คำนวณเฉลี่ยต่อ

ผู้ป่วยซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายต่อปี ที่ได้รับการดูแล ได้ประมาณ คนละ 380 บาท (ถือเป็นงบเพิ่มเติม ไม่รวมงบประจำอื่นๆ ที่สถานบริการแต่ละแห่งได้จากกระทรวงอยู่แล้ว) โดยคำนวณจาก $567,150 / [(12,396 * 3) / 31 + (3,004 * 3) / 31]$ ทั้งนี้ ตัวเลขที่นำมาใช้คำนวณ คือ จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแล ในระยะ 4 เดือน เท่ากับ 12,396 คน ใน 31 จังหวัด และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการดูแล ในระยะ 4 เดือน เท่ากับ 3,004 คน ใน 31 จังหวัด

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องงบประมาณ ดังนั้น การจัดการงบประมาณในโครงการฯ เพื่อให้เข้าถึงหน่วยบริการเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาต่อไป อาจจะมีการทดลองการบริหารจัดการงบประมาณแบบตามผลงาน (จำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการอบรม) ในลักษณะกรมสุขภาพจิตเป็นผู้ซื้อบริการจากจังหวัดในบางจังหวัด

6) กิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญของโครงการฯ นี้ที่ผู้จัดการโครงการฯ ใช้เพื่อถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานของโครงการฯ ไปสู่จังหวัด และจากจังหวัดไปสู่ผู้ให้บริการ ตลอดจนครูและผู้นำชุมชน คือ การจัดประชุม อบรม สัมมนา และการประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรที่โครงการฯ พัฒนาขึ้นมา ซึ่งพบว่า ผู้รับการอบรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ โดยส่วนใหญ่ มีความพอใจมาก เห็นว่ามีประโยชน์ ทำให้เข้าใจและทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเฉพาะการอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participatory action learning)

7) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจน้อยต่อระบบการรายงานผลการดำเนินงานของโครงการฯ จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง โดยการให้จังหวัดต่างๆ มีส่วนร่วมพิจารณา เพราะพบว่าบางจังหวัดสามารถประยุกต์และดัดแปลงแบบฟอร์มการรายงานสรุปผลการดำเนินงานของโครงการฯ ภายในจังหวัดให้อยู่ในรูปแบบที่สะดวกแก่ผู้ให้บริการได้ดี

8) จังหวัดต่างๆ ส่วนใหญ่มีการพัฒนางานบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามรูปแบบของโครงการฯ มีการเพิ่มกิจกรรมด้านการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานบริการ และการผสมผสานกับกิจกรรมต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่น คลินิกให้คำปรึกษา เอชไอวี ยาเสพติด กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น และกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนและในชุมชน บางจังหวัดมีกิจกรรมเพิ่มเติมกับ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ และกลุ่มคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม และการให้ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ผู้บริหารโครงการฯ และผู้ให้บริการในจังหวัดบางส่วน ที่เห็นว่าควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขด้วย

9) จังหวัดต่างๆ มีการวางระบบการส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ อย่างชัดเจน แต่ความเข้มข้นแตกต่างกัน เช่น บางจังหวัดมีการจัดแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้

ขึ้นเป็นการเฉพาะ มีการจัดระบบโทรศัพท์ติดต่อสื่อสารเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน บางจังหวัด ออกแบบระบบการส่งต่อและรายงานข้อมูลผู้ป่วยทางเครื่องโทรสาร จึงเป็นจุดเด่นประการหนึ่งที่ควร ส่งเสริมการเรียนรู้จากจังหวัดที่ทำได้ดี

● ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน

เมื่อประมวลผลการประเมินโครงการฯ ทั้งหมด และจากการพิจารณาข้อคิดเห็นต่างๆ ของ ผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด และผู้ให้บริการแล้ว ผู้ประเมินโครงการฯ มีข้อเสนอแนะเพื่อการ ปรับปรุงการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

ควรมีการดำเนินงานโครงการฯ ที่มีลักษณะกระตุ้นระบบบริการเดิมที่มีอยู่ให้เพิ่มความ เข้มข้นของการให้บริการเช่นนี้ต่อไปอย่างน้อย 5 ปี เพราะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและประชาชน ทั่วไป รวมทั้งปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยที่กำลังอยู่ในช่วงการปฏิรูปโครงสร้าง ยังไม่เข้าที่ที่ ดี และจากการศึกษาภาระของโรค(Burden of diseases) ของประเทศไทย พบว่าปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายมีความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2545) เช่น เดียวกับบทเรียนของหลายประเทศ ตลอดจนการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ปัญหานี้ จะยังคงมีความสำคัญในทศวรรษหน้าอยู่ต่อไปและมีมากขึ้น (Murray and Lopez, 1996) แต่ควรมี การปรับปรุงการดำเนินงานในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

ด้านการกำหนดเป้าหมาย

1) ควรมีการตั้งเป้าหมายในปีต่อไป ที่มุ่งขยายผลความสำเร็จของการดำเนินการเพิ่มพูนจาก ที่สามารถบรรลุได้ในปีนี้ ในเชิงปริมาณ เช่น ในด้านจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล จำนวนประชาชนที่ เข้าถึงสื่อต่างๆ ของโครงการ จำนวนโรงเรียน จำนวนชุมชน จำนวนจังหวัด จำนวนสถานบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ และจำนวนผู้ให้บริการ ที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ของโครงการฯ

2) ควรมีการตั้งเป้าหมายในปีต่อไป ที่มุ่งดำรงรักษาและเพิ่มพูนคุณภาพของการบริการ ผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีที่สะท้อนคุณภาพการบริการ เช่น ความพึงพอใจในด้านต่างๆ และ ระยะเวลาที่ ผู้ป่วยมีโอกาสพบแพทย์ ตลอดจนผลการรักษา บางดัชนีอาจจะเป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อตอบ คำถามว่ามีความเหมาะสมและสะท้อนคุณภาพการบริการได้ดีหรือไม่

ด้านการดำเนินงาน

1) ดำรงรักษาและขยายผลจุดเด่น และความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการฯ คือ การ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการเพิ่มปริมาณและคุณภาพของทีมวิทยากรประจำ

จังหวัดต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรและสื่อการสอนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการที่มีความรู้ ทักษะ เจตคติ และความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเพียงพอ

2) ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการที่ผสมผสานงานต่างๆ ทั้งโครงการภายในกรม สุขภาพจิต และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง โดยยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นต่อคุณภาพของการบริการด้าน สุขภาพจิต ควรส่งเสริมการเพิ่มพูนมิติทางสังคมของบริการสุขภาพให้เข้มข้น ซึ่งพบว่า บางจังหวัดได้ มีการพัฒนาบริการในลักษณะนี้ไปแล้วในบริการระดับปฐมภูมิ เช่น การประสานงานกับหน่วยงาน อื่นๆ เพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

3) ส่งเสริมการพัฒนาสื่อโดยจังหวัดเอง เพื่อให้สามารถจัดรูปแบบ โดยเฉพาะภาษาในสื่อให้ สอดคล้องกับภาษาที่ประชาชนในพื้นที่ใช้ มีการตั้งชื่อโครงการฯ ที่จะเผยแพร่ทางสื่อ ที่มี ความหมายเชิงบวก และควรมีการส่งเสริมการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลายทำให้เข้าถึงกลุ่ม เป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการบริหารโครงการ

1) ดำรงรักษาจุดเด่นของการบริหารงานที่มีการกระจายอำนาจมายังภูมิภาคมากขึ้น แต่ควร สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านการบริหารจัดการให้แก่ผู้จัดการโครงการฯ (โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น) เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินงานโครงการฯ นี้ ได้อย่างคล่องตัว เช่น การ สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มงานผู้ช่วยผู้อำนวยการ หรือการใช้นักวิชาการจากสายงานอื่นๆ ภายใน โรงพยาบาล มาช่วยงาน การลดภารกิจด้านอื่นๆ โดยมีผู้อื่นมาทำหน้าที่แทน รวมทั้งการมีระบบเสริม แรงจูงใจต่างๆ เป็นต้น

2) การให้อิสระแก่จังหวัดต่างๆ ในการคิดค้นรูปแบบใหม่ๆ ในการดำเนินงานเป็นสิ่งที่ มี ประโยชน์และก่อให้เกิดนวัตกรรมของการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตน โครงการฯ จึงควรส่งเสริมการเรียนรู้จากกันและกันระหว่างจังหวัดต่างๆ ในความสำเร็จของตนต่อไป และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้รูปแบบต่างๆ ทั้งการประชุมสัมมนาประเมินผลและการสรุปเป็นเอกสาร วิชาการ

3) ปรับปรุงการลงทุนด้านการเผยแพร่ทางสื่อมวลชน คือ การออกรายการโทรทัศน์ เพื่อให้ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเลือกช่องสถานี และช่วงเวลาที่สุดอดคล้องกับ พฤติกรรมการรับชมรายการของกลุ่มเป้าหมาย และการพัฒนารูปแบบการนำเสนอใหม่ๆ เช่น การนำ เสนอเป็นสปรอตสั้นๆ แต่บ่อยครั้ง การขอการสนับสนุนจากรัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทเอกชนที่ต้องการ ส่งเสริมภาพลักษณ์ของบริษัทให้มาสนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ ในรูปแบบการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

4) ปรับปรุงระบบรายงานให้สะดวกสำหรับผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการและจังหวัดสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและประเมินผลงานได้ ส่วนที่ต้องรายงานผู้จัดการโครงการไม่ควรจะมีจำนวนมากเกินไป ทั้งนี้ควรมีการจัดประชุมเพื่อพิจารณาปรับปรุงระบบรายงานร่วมกับจังหวัดต่างๆ

5) ส่งเสริมให้จังหวัดต่างๆ มีการใช้ข้อมูลระบาดวิทยาของภาวะนี้ มาใช้ในการวางแผนโครงการฯ โดยการส่งเสริมทางวิชาการ คู่มือ และงบประมาณ (ซึ่งปัจจุบันโครงการฯ กำลังดำเนินการศึกษาระบาดวิทยาของภาวะทำร้ายตนเองในบางจังหวัด)

6) ส่งเสริมบทบาทของศูนย์สุขภาพจิต เขตต่างๆ ให้มีบทบาทในการติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของจังหวัดต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น โดยการประสานงานกับผู้ตรวจราชการประจำเขต

7) พัฒนาระบบการวางแผน การดำเนินงาน งบประมาณ และการประสานงานโครงการฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นการเฉพาะ เพราะมีลักษณะโครงสร้างองค์กรเฉพาะตัวที่ไม่เหมือนโครงสร้างระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการศึกษาวิจัย

1) ศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำมาใช้ประเมินโครงการฯ ในอนาคต

2) ศึกษาและพัฒนาวิธีการตรวจวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้สำหรับการศึกษาผู้ป่วยในชุมชนที่มีความตรงและความเที่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อใช้ศึกษาหาขนาดของปัญหานี้ในระดับประเทศ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินความสำเร็จของการป้องกันและการวางแผนจัดบริการต่อไป

3) ทดลองรูปแบบการบริหารงบประมาณแบบใหม่ ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย โดยกรมสุขภาพจิตอาจจะทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพจากจังหวัดต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่ภาวะนี้ มีการกำหนดข้อตกลงของการซื้อบริการ ในด้านปริมาณ คุณภาพ ราคา และเกณฑ์การตรวจสอบคุณสมบัติต่างๆ ของผลงาน อาจจะทดลองดำเนินการในบางพื้นที่ขนาดเล็ก

4) ศึกษาและติดตามความเปลี่ยนแปลงของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าจะมีผลกระทบต่อการบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับอย่างไรบ้าง

5) ศึกษาและพัฒนาบทบาทของแพทย์ในการให้บริการด้านนี้ โดยเฉพาะทักษะการให้บริการทางสุขภาพจิต และสังคมแบบองค์รวม เพราะเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ มีศักยภาพและอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น ถ้าสามารถมาเป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพการบริการได้ แต่จากการประเมินเชิงคุณภาพ พบว่าในจังหวัดต่างๆ แพทย์มีบทบาทน้อย จึงควรมีการศึกษาประเด็นนี้ ว่า เป็นเพราะเหตุใดและจะมีแนวทางการพัฒนาบทบาทของแพทย์ให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างไร

บรรณานุกรม

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาวะโรคจากปัญหาสุขภาพจิต. คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาวะโรค.

นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2545. กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์.

ปีงบประมาณ 2542. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. 2543.

_____. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด. ปี พ.ศ. 2542. นนทบุรี :

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. 2543.

_____. สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มารับบริการ ณ สถานบริการสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข. ปีงบประมาณ 2540 - 2544. นนทบุรี : กองแผนงาน.

กรมสุขภาพจิต. 2544.

กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข. 2543.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดกระบี่. 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดกำแพงเพชร. 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้

ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดขอนแก่น. 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้

ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดชัยภูมิ. 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดชัยนาท. 2545.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้

ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเชียงราย. 2545.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. 2545.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. 2545.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2545.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. 2545.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2545.
- สำนักอนามัยชุมชน. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประจำปี 2545. กรุงเทพฯ : สำนักอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร. 2545.
- อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, วัชณี หัตถพนม (บรรณาธิการ). แผนการสอน. การป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์. 2544.
- 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

ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ผู้ให้บริการ / เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ถูกสัมภาษณ์ (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, วิชาชีพ, สถานภาพสมรส ฯลฯ)
2. ความรับผิดชอบเกี่ยวกับโครงการป้องกันปัญหาซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
(เช่น กรรมการบริหารโครงการ, ผู้ให้บริการ, ผู้นิเทศติดตาม, ผู้ประเมินโครงการ, ผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยหรือญาติ, ผู้อบรมหรือวิทยากร) กรณีรับผิดชอบมากกว่า 1 หน้าที่ ให้ถามรายละเอียดหลัก
3. การเคยเข้ารับการอบรม / การชี้แจงเกี่ยวกับโครงการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า / พยายามฆ่าตัวตายหรือไม่
4. การได้รับข้อมูลข่าวสาร / เอกสารวิชาการ เกี่ยวกับโครงการป้องกันปัญหาซึมเศร้า / พยายามฆ่าตัวตายหรือไม่
5. การมีโอกาสให้บริการ / ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย
6. ความมั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเกี่ยวกับ "การให้บริการ" แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า / พยายามฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใด ในด้านต่างๆ เช่น
 - การค้นพบ (Detect) ปัญหาแบบนี้จากผู้ป่วยทั่วไป
 - การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้
 - การให้คำปรึกษาแก่ญาติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
 - การใช้ยาสำหรับปัญหานี้ (ฤทธิ์ในการรักษา, ผลข้างเคียง, ระยะเวลาในการรักษา)
 - รู้แหล่งหรือผู้ให้บริการอื่นๆ ที่จะส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อไป
 - การติดตามผลและการดูแลรักษา
7. ความมั่นใจในความรู้ ความสามารถของตน เกี่ยวกับ "การบริหาร" โครงการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า / คิดฆ่าตัวตาย ในด้านต่างๆ เช่น
 - การศึกษาวิจัยและสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานี้
 - การวางแผนโครงการ
 - การกำหนดดัชนีชี้วัดผลโครงการ
 - การถ่ายทอด / มอบหมายงาน (มั่นใจ / ไม่มั่นใจ เพราะอะไร)
 - การนิเทศติดตามงาน
 - การประเมินผลโครงการ
 - การบริหารงบประมาณ
 - การจัดทำรายงาน

8. มีการดำเนินงานโครงการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า / พยายามฆ่าตัวตาย ในสถานบริการของท่านหรือไม่
9. มีการดำเนินการในลักษณะใดบ้าง (ผนวกกับโครงการอื่น / เดี่ยว) เช่น
 - การจัดอบรมบุคลากร
 - การจัดอบรมผู้นำชุมชน
 - การจัดอบรมประชาชนทั่วไป
 - การจัดอบรมญาติ / ผู้ป่วย
 - การจัดบริการแก่ผู้ป่วยจากปัญหานี้
 - การศึกษาวิจัยปัญหานี้เช่น ระบาดวิทยา , ปัจจัยเสี่ยง
 - การรณรงค์ปัญหานี้ทางโทรทัศน์ / วงจรปิดในสถานบริการ
 - การรณรงค์ปัญหานี้ทางวิทยุ / หอกระจายข่าว / เสียงตามสายในสถานบริการ
 - การรณรงค์ปัญหานี้ทางโปสเตอร์ / เอกสาร / นิตยสาร / อินเทอร์เน็ต
 - การรณรงค์ปัญหานี้ทางหนังสือพิมพ์
 - การวิจัยพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบใหม่ๆ
 - การควบคุมพัฒนาคุณภาพบริการเดิม
 - การผสมผสานโครงการนี้กับงานประจำในอนาคต
10. ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของกิจกรรมต่างๆ ข้างต้น
11. ความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้แก่บุคลากรและหน่วยบริการเกี่ยวกับโครงการนี้ใน "ในด้านบริการ"
12. ความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้แก่บุคลากรและหน่วยบริการเกี่ยวกับโครงการนี้ใน "ในด้านบริหาร"
13. ควรมีการปรับปรุงการดำเนินงานอะไรบ้าง

ภาคผนวก 2
แบบสำรวจในความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้รับบริการทุกท่าน

ท่านในฐานะตัวแทนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพในครั้งนี้ ซึ่งได้รับการคัดเลือกในการ
สอบถามความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุงบริการสุขภาพในลำดับต่อไป คณะทำงานขอยืนยันว่า
ความคิดเห็นของท่านมีความสำคัญมากในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับ
ประชาชนชาวไทย และทุกข้อคิดเห็นจะถือเป็นความลับสูงสุด

อนึ่ง สำหรับท่าน (ผู้รับบริการสุขภาพ) ที่ตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วนและส่งแบบ
สอบถามกลับมายังคณะทำงาน จำนวน 200 ท่านแรกจะได้รับของที่ระลึกมูลค่า 100 บาท

ขอขอบคุณในความคิดเห็นจากทุกท่าน

ขอแสดงความนับถือ

ประธานคณะทำงาน

แบบสอบถาม ผู้ป่วย / ผู้มารับบริการ

หมายเลขแบบสอบถาม _____ (เจ้าหน้าที่กรอก)

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 การรับบริการสุขภาพ

1. สถานบริการที่ท่านมารับบริการ ครั้งนี้ ชื่อ _____
2. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่แจ้งท่านหรือไม่ว่าท่านเป็นโรคอะไรหรือมีปัญหาสุขภาพอะไร

☐ ไม่แจ้ง (ไม่ต้องตอบข้อ 3 ข้ามไปตอบข้อ 4)

☐ แจ้ง (ตอบข้อต่อไป)
3. ▶ ถ้าแจ้ง, แจ้งว่าอย่างไร แจ้งว่าท่านเป็นโรคอะไรหรือมีปัญหาสุขภาพอะไร

☐ 1. ซึมเศร้า ☐ 2. วิดกกังวล ☐ 3. พยายามฆ่าตัวตาย
☐ 4. มีปัญหาทางอารมณ์
☐ 5. อื่นๆ (ระบุ) _____
4. ▶ ระยะเวลาเฉพาะที่ท่านได้พบกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในครั้งนี้ เป็นเวลานานเท่าใด (ไม่รวมระยะเวลารอเข้าพบ)

☐ 1. น้อยกว่า 1 นาที ☐ 2. 1 – 5 นาที ☐ 3. 6 – 10 นาที ☐ 4. 11 – 15 นาที
☐ 5. 16 – 20 นาที ☐ 6. 21 – 25 นาที ☐ 7. 26 – 30 นาที
☐ 8. มากกว่า 30 นาที ☐ 9. ไม่ทราบ / จำไม่ได้
5. ท่านคิดว่า ในการให้บริการครั้งนี้ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับ วิธีการใช้ยา เพียงพอหรือไม่

☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ ☐ 3. ครั้งนี้ไม่ได้รับยา
☐ 4. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ
6. ท่านคิดว่า ในการให้บริการครั้งนี้ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อดูแลตนเอง อย่างเพียงพอหรือไม่

☐ 1. ไม่ได้ให้คำแนะนำเลย ☐ 2. ไม่เพียงพอ ☐ 3. เพียงพอ
☐ 4. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

7. ท่านมั่นใจเพียงใดว่า ตนเองจะมีสุขภาพที่ดีขึ้น

- ☐ 1. ไม่มั่นใจ ☐ 2. มั่นใจ แต่ไม่มาก
☐ 3. มั่นใจมาก ว่าจะดีขึ้น ☐ 4. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

8. ในภาพรวม ท่านพึงพอใจต่อบริการที่ท่านได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้เพียงใด

- ☐ 1. ไม่พอใจ ☐ 2. พอใจ ☐ 3. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

ตอนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

9. ปกติ (ในปีพ.ศ. 2544) ท่านรับข่าวสารทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทางสื่อต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

(มากกว่า 3 วัน / สัปดาห์)		(1-3 วันต่อสัปดาห์)	(น้อยกว่า 3 วันต่อเดือน)	(ไม่เคย)
• วิทยุ	☐	☐	☐	☐
• โทรทัศน์	☐	☐	☐	☐
• หนังสือพิมพ์	☐	☐	☐	☐
• สนทนากับเพื่อนบ้าน	☐	☐	☐	☐
• อินเทอร์เน็ต	☐	☐	☐	☐
• ป้าย / โปสเตอร์ / นิทรรศการ	☐	☐	☐	☐
• สิ่งพิมพ์อื่นๆ / แผ่นพับ	☐	☐	☐	☐
• การอบรม / สัมมนา	☐	☐	☐	☐
• เสียงตามสายในสถานบริการสุขภาพ	☐	☐	☐	☐
• หอกระจายข่าว	☐	☐	☐	☐

10. ปกติ (ในปีพ.ศ. 2544) ท่านดูโทรทัศน์เป็นประจำในช่วงเวลาใดบ่อยที่สุด

- ☐ 1. 06.00 น. ถึง 12.00 น. ☐ 2. 12.00 น. ถึง 16.00 น.
☐ 3. 16.00 น. ถึง 20.00 น. ☐ 4. 20.00 น. ถึง 24.00 น.
☐ 5. 24.00 น. ถึง 06.00 น. ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

11. ในรอบเดือนกุมภาพันธ์ 2545 (1 – 28 กุมภาพันธ์ 2545) ท่านเคยดูหรือชมรายการทางโทรทัศน์
ที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจหรือไม่

☐ ไม่เคยได้ดู (ไม่ต้องตอบข้อ 12,13,14 ให้ข้ามไปตอบข้อ 15)

☐ เคยได้ดู (ตอบข้อต่อไป)

▶ 12. รายการโทรทัศน์ข้างต้นคือประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. สपोर्टโฆษณาณรงค์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ
- ☐ 2. รายการสัมภาษณ์บุคคล / เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ
- ☐ 3. รายการแบบสารคดีเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ
- ☐ 4. รายการเกมส์โชว์ที่พูดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ
- ☐ 5. รายการกรมสุขภาพจิตพบประชาชน
- ☐ 6. รายการตลก
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ) _____

13. ท่านคิดว่าเนื้อหารายการโทรทัศน์ดังกล่าว ช่วยให้ผู้ที่มือนอกทุกข์ใจหรือคิดฆ่าตัวตาย จะเห็น
วิธีการหรือรู้ช่องทางการแก้ปัญหามือหรือไม่

- ☐ 1. ไม่ช่วย ☐ 2. ช่วย ☐ 3. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

14. ท่านคิดว่าเนื้อหารายการโทรทัศน์ดังกล่าว ช่วยทำให้ประชาชนทั่วไปตื่นตัว หาดทางป้องกัน
และแก้ปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ ป้องกันการพยายามทำร้ายตัวเองหรือในคนใกล้ชิดหรือไม่

- ☐ 1. ไม่ช่วย ☐ 2. ช่วย ☐ 3. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

▶ 15. ในรอบเดือนกุมภาพันธ์ 2545 (1 – 28 กุมภาพันธ์ 2545) ท่านเคยได้รับเอกสารที่ให้คำแนะนำ
เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจหรือไม่

☐ 1. ไม่เคยได้รับ (ข้ามไปข้อ 18)

☐ 2. เคยได้รับ (ตอบข้อต่อไป)

▶ 16. เอกสารที่ท่านเคยได้รับเอกสารซึ่งให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามือเกิดความทุกข์ใจ
เป็นเอกสารประเภทใด

- ☐ 1. หนังสือเล่มเล็ก
- ☐ 2. แผ่นพับ หรือกระดาน 1 แผ่น
- ☐ 3. อื่นๆ โปรดระบุ _____

17. ท่านคิดว่าเนื้อหาในเอกสารดังกล่าว ช่วยทำให้ประชาชนทั่วไปตื่นตัว หาทางป้องกันและแก้ไข ปัญหาเมื่อเกิดความทุกข์ใจ ป้องกันการพยายามทำร้ายตัวเองหรือในคนใกล้ชิดหรือไม่

☐ 1. ไม่ช่วย

☐ 2. ช่วย

☐ 3. ตอบไม่ได้ / ไม่ทราบ

ตอนที่ 3 ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถาม

18. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

19. สถานภาพครอบครัว

☐ 1. ยังไม่แต่งงาน

☐ 2. สมรส

☐ 3. หย่าร้าง (ตามกฎหมาย)

☐ 4. แยกกันอยู่

☐ 5. อื่นๆ (ระบุ) _____

20. อายุ

☐ 1. ต่ำกว่า 15 ปี

☐ 2. ตั้งแต่ 15 ปี ถึง 19 ปี

☐ 3. ตั้งแต่ 20 ปี ถึง 24 ปี

☐ 4. ตั้งแต่ 25 ปี ถึง 44 ปี

☐ 5. ตั้งแต่ 45 ปี ถึง 59 ปี

☐ 6. ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

21. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ประถม

☐ 2. มัธยมศึกษา

☐ 3. ปวช., ปวส., อนุปริญญา

☐ 4. ปริญญาตรี

☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี

☐ 6. ไม่ได้เรียน

22. อาชีพ

☐ 1. ทำนา / เกษตร / ประมง

☐ 2. ครู / อาจารย์

☐ 3. ทหาร

☐ 4. ค้าขาย

☐ 5. พนักงานบริษัทฯ

☐ 6. ข้าราชการ

☐ 7. รัฐวิสาหกิจ

☐ 8. ธุรกิจ / ค้าขาย

☐ 9. รับจ้าง

☐ 10. นักเรียน / นักศึกษา

☐ 11. แม่บ้าน

☐ 12.ว่างงาน

☐ 13. อื่นๆ (ระบุ) _____

23. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม(โปรดระบุ) _____

ขอขอบพระคุณอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

หมายเหตุ

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ คือ แบบสอบถามชนิดตอบเอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครั้งนี้

โดยมีการศึกษาและทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือฯ ดังนี้

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

1.1 การอ่านทวนแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 คน

1.2 การทดสอบกับประชาชนทั่วไปในเขต จ.ขอนแก่น ทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตชนบท รวม 50 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ 0.729 ซึ่งถือว่ามีความสูง ในระดับดี ยอมรับได้

ภาคผนวก 3

แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป

ID _____

แบบสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินการรับรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการ
โครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด..... อำเภอ..... (A_PRO)

ตำบล.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน / ชุมรม

.....ถนน.....

เขตที่อยู่ ☐ 1. เขตเทศบาล (A_MUN)☐ 2. นอกเขตเทศบาล / เขตชนบทลักษณะที่อยู่ ☐ 1. บ้านชุมชนแออัด ☐ 2. บ้านเดี่ยวชั้นเดียว (A_HOU)☐ 3. บ้านเดี่ยวสองชั้น ☐ 4. อาคารพาณิชย์☐ 5. ทาวน์เฮาส์ ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมทั้งตัวเองด้วย) คน (A_HHM)

(ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป)

การสัมภาษณ์ครัวเรือนนี้ ☐ 1. สัมภาษณ์ได้ (A_RES)☐ 2. สัมภาษณ์ไม่ได้ เพราะผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ☐ 3. บ้านว่าง☐ 4. บ้านรื้อถอน☐ 5. หาบ้านไม่เจอ

เวลาเริ่มสัมภาษณ์.....น.

เวลาสิ้นสุดการสัมภาษณ์.....น. รวมเวลา.....นาที

ผู้สัมภาษณ์..... วันที่.....2545

ผู้ตรวจสอบภาคสนาม.....ครั้งที่ 1 วันที่.....2545

ครั้งที่ 2 วันที่.....2545

ผู้บันทึกครั้งที่ 1..... วันที่.....2545

ผู้บันทึกครั้งที่ 2..... วันที่.....2545

ตอนที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

1. ปัจจุบัน ท่านดูโทรทัศน์บ่อยเพียงใด (N_TV)

- ☐ 1. ทุกวันหรือเกือบทุกวัน (หรือมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์)
☐ 2. 1-3 วันต่อสัปดาห์
☐ 3. น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ (หลายสัปดาห์ ได้ดู 1-2 ครั้ง)
☐ 4. ไม่เคยดู (ข้ามไปตอบข้อ 5)

2. ปัจจุบัน ท่านดูโทรทัศน์เป็นประจำในช่วงเวลาใด บ่อยที่สุด ตอบเพียงข้อเดียว (N_TIME1)

- ☐ 1. 06.00 น. ถึง 09.00 น. ☐ 6. 18.00 น. ถึง 20.00 น.
☐ 2. 09.00 น. ถึง 12.00 น. ☐ 7. 20.00 น. ถึง 22.00 น.
☐ 3. 12.00 น. ถึง 14.00 น. ☐ 8. 22.00 น. ถึง 24.00 น.
☐ 4. 14.00 น. ถึง 16.00 น. ☐ 9. 24.00 น. ถึง 06.00 น.
☐ 5. 16.00 น. ถึง 18.00 น.

3. ปัจจุบัน ท่านดูโทรทัศน์เป็นประจำในช่วงเวลาใด บ่อย เป็นอันดับรองลงมา เมื่อเปรียบกับข้อ 2 ตอบเพียงข้อเดียว (N_TIME2)

- ☐ 1. 06.00 น. ถึง 09.00 น. ☐ 6. 18.00 น. ถึง 20.00 น.
☐ 2. 09.00 น. ถึง 12.00 น. ☐ 7. 20.00 น. ถึง 22.00 น.
☐ 3. 12.00 น. ถึง 14.00 น. ☐ 8. 22.00 น. ถึง 24.00 น.
☐ 4. 14.00 น. ถึง 16.00 น. ☐ 9. 24.00 น. ถึง 06.00 น.
☐ 5. 16.00 น. ถึง 18.00 น.

4. ในช่วงประมาณ 1 - 2 เดือนที่ผ่านมา (วันที่ 1 เมษายน 2545 ถึง ปัจจุบัน) ท่านเคยดูหรือชมรายการทางโทรทัศน์ต่อไปนี้หรือไม่

4.1 รายการธรรมะส่องโลก (ออกอากาศ ทางช่อง 9 อส มท. ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 - 09.30 น. เริ่มออกอากาศ วัน ที่ 28 มีนาคม 2545 ถึง 27 มิถุนายน 2545)	☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย	ถ้าเคย ท่าน เคยดูกี่ ครั้ง ครั้ง	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ ต่อตัวท่าน มาก น้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับ น้อยที่สุด)	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต มากน้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับ น้อยที่สุด)
4.2 รายการท็อปเทน (Top Ten) (ออกอากาศ ทางช่อง 9 อส มท. ทุกวันอาทิตย์ เวลา 11.00 - 11.30 น. ออกอากาศ วันที่ 21 เมษายน 2545 และ วันที่ 28 เมษายน 2545)	☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย	ถ้าเคย ท่าน เคยดูกี่ ครั้ง ครั้ง	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ต่อตัวท่านมาก น้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับ น้อยที่สุด)	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิต มากน้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับ น้อยที่สุด)
หมายเหตุ ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง		ภาวะทุกข์ใจ เศร้าใจ กลุ้มใจ เครียด ซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		

4.3 รายการมอร์นิ่ง เฮลท์ (Morning Health) (ออกอากาศ ทางช่อง 8 UBC ทุกวันศุกร์ เวลา 07.00 – 07.40 น. เริ่มออกอากาศ วันที่ 22 มีนาคม 2545 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2545)	☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. ที่ บ้านรับชม UBC ได้ ☐ 4. ที่ บ้านรับชม UBC ไม่ได้	ถ้าเคย ท่านเคยดูกี่ครั้ง ครั้ง	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ต่อตัวท่านมากน้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับน้อยที่สุด)	ถ้าเคย ท่านคิดว่า เนื้อหาของรายการ มีประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มากน้อยเพียงใด ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 (5 เท่ากับมากที่สุด , 1 เท่ากับน้อยที่สุด)
---	--	--	--	--

5. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่สงกรานต์ปี 2544 ถึง สงกรานต์ปี 2545) ท่านเคยไปขอคำแนะนำหรือไปปรึกษาใคร เวลาที่ตนเอง เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ กลุ้มใจ บ้างหรือไม่ (โปรดถามทุกข้อ)
- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|---------|
| 1) ผู้นำในชุมชน / ครู / พระ / ผู้นำศาสนา/อสรม. | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HEA) |
| 2)ญาติ / พ่อแม่ / พี่น้อง / สามเณร / ภรรยา / เพื่อน | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_COU) |
| 3)ร้านขายยา | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_RX) |
| 4)คลินิกเอกชน | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_CLI) |
| 5)สถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน / คลินิกของหน่วยงานรัฐ | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_PMC) |
| 6)โรงพยาบาลชุมชน | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HOC) |
| 7)โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HOG) |
| 8)โรงพยาบาลจิตเวช / ศูนย์สุขภาพจิต | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HOM) |
| 9)โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HOU) |
| 10)โรงพยาบาลเอกชน | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_HOP) |
| 11) บุคลากรจากหน่วยงานพัฒนาเอกชนหรือมูลนิธิ | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_NGO) |
| 12) หมอคู่ / หมอไสยศาสตร์ / เจ้าทรง | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_FOR) |
| 13) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_TEL) |
| 14) อื่นๆ (ระบุ)..... | ☐ 1. ได้ | ☐ 2. ไม่ได้ | (C_OTH) |

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถาม

6. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง (B_GEN)
7. สถานภาพครอบครัว ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ (ทั้งที่จดทะเบียนสมรส และไม่จดฯ) ☐ 3.หย่าร้าง ☐ 4. แยกกันอยู่ ☐ 5. หม้าย (B_MAR)
8. อายุปี (นับจากวันเกิด จนถึงเดือนปัจจุบัน เหยียดทิ้ง เช่น 42 ปี 7 เดือน บันทึกเป็น 42 ปี) (B_AGE)

9. ระดับการศึกษาสูงสุด หรือ กำลังศึกษาในระดับใด (B_EDU)

- ☐ 1. ไม่ได้เรียน
- ☐ 2. ต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา
- ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
- ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช., ปวส., อนุปริญญา, ปกัหัดครู
- ☐ 5. ปริญญาตรี
- ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

10. ใน 12 เดือนที่ผ่านมาทำกิจกรรมหลักอะไร (ตอบเพียงข้อเดียว)

(B_OCC)

- | | |
|---|--|
| <p>☐ 1. เกษตรกร</p> <p>☐ 2. ค้าขาย / ขายของ</p> <p>☐ 3. ทำงานบ้านตนเอง(แม่บ้าน)</p> <p>☐ 4. รับจ้างทั่วไป เช่น คัดหญ้า เกี่ยวข้าว รับงาน
 มาทำที่บ้าน แม่บ้าน (ทำงานบ้านคนอื่น)</p> <p>☐ 5. พิมพ์ดีด ชุกรการ เสมียน</p> <p>☐ 6. วิชาชีพเช่น วิศวกร บัญชี หมอ พยาบาล
 ครู นักวิจัย นักบริหาร</p> <p>☐ 7. เรียนหนังสือ</p> | <p>☐ 8. ตกงาน /ว่างงาน เพราะออกจากงานเดิม
 (ทั้งที่โดยสมัครใจหรือถูกบังคับ)</p> <p>☐ 9. ว่างงานเพิ่งเรียนจบ
 (ยังไม่เคยไปสมัครงานที่ใด)</p> <p>☐ 10. ว่างงานกำลังหางาน (ยังไม่เคยทำงาน)</p> <p>☐ 11. ไม่ได้ทำ เพราะพิการ</p> <p>☐ 12. ทำงานได้ แต่ไม่ทำงาน</p> <p>☐ 13. ไม่ได้ทำ เพราะยังเด็ก เกษียณ ขอลาน</p> <p>☐ 14. อื่นๆ ระบุ.....</p> |
|---|--|

11. ท่านรู้จักของกรมสุขภาพจิต หรือไม่

- ☐ 1. รู้จัก ☐ 2. ไม่รู้จัก (D_KNOW)

12. ท่านรู้จักบริการใดต่อไปนี้ของกรมสุขภาพจิตบ้าง (ถามทุกข้อ,ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (D_SERV 1 – 10)

- | | |
|--|---|
| <p>☐ 1. การให้ความรู้ / คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 1667</p> <p>☐ 2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ (จะ) สมรสใหม่</p> <p>☐ 3. การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ภาวะเครียด / ซึมเศร้า</p> <p>☐ 4. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>☐ 5. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก / ปัญญาอ่อน</p> | <p>☐ 6. การรักษาพยาบาลผู้ติดยาเสพติด</p> <p>☐ 7. การรักษาพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>☐ 8. การติดตาม เชื่อมผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>☐ 9. การให้ความรู้ เรื่องสุขภาพจิตทางโทรทัศน์</p> <p>☐ 10. การให้ความรู้ เรื่องสุขภาพจิตทางวิทยุ</p> |
|--|---|

13. เพื่อให้ ผู้ที่มีภาวะ ทุกข์ใจ กลุ้มใจ ซึมเศร้า หรือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการที่มีอยู่ และได้รับการ
ดูแล ช่วยเหลือ ได้ดียิ่งขึ้น ท่านคิดว่า บุคคลต่างๆ หรือ หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรทำอะไร
บ้าง

จบการสัมภาษณ์ โปรดย้อนตรวจความครบถ้วนของคำตอบอีกรอบ ขอขอบคุณ

หมายเหตุ

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ คือ แบบสอบถามสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครั้งนี้

โดยมีการศึกษาและทดสอบประสิทธิผลและประสิทธิภาพของเครื่องมือฯ ดังนี้

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

1.1 การอ่านทวนแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 คน

1.2 การทดสอบกับประชาชนทั่วไปในเขต จ.ขอนแก่น ทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเขตชนบท รวม 60 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ 0.854 ซึ่งถือว่ามีความสูง ในระดับดี ยอมรับได้

การเก็บข้อมูล กระทำโดยพนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 18 คน ซึ่งได้รับการอบรม ซึ่งผู้สัมภาษณ์ได้มีโอกาสซักถามผู้ประเมินฯ อย่างเพียงพอ

พร้อมทั้งการฝึกปฏิบัติซักถามสัมภาษณ์กับประชาชน มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ประเมินฯ จนกระทั่งเข้าใจเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

ในระหว่างการเก็บข้อมูลมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาภาคสนาม ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ก่อนออกจากพื้นที่

แบบสอบถามผู้ให้บริการ

โครงการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- A1. สถานพยาบาลของท่าน ได้เข้าร่วมการดำเนินงานโครงการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับกรมสุขภาพจิต หรือไม่
- ☐ 1. ไม่ได้เข้าร่วม ☐ 2. เข้าร่วม ☐ 3. ไม่ทราบ
- A2. ปัจจุบัน สถานพยาบาลของท่านมีการจัดบริการ คลินิกให้คำปรึกษา แก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่
- ☐ 1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ A4.) ☐ 2. มี มานาน.....ปี.....เดือน ☐ 3. ไม่ทราบ
- A3. ถ้ามี มีจำนวนผู้มารับบริการ ที่คลินิกให้คำปรึกษานี้ โดยเฉลี่ย ต่อสัปดาห์ ประมาณกี่คน
- คำตอบ.....คน
- A4. ปัจจุบัน หน่วยงานของท่าน มีการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาทางการแพทย์ นอกสถานที่ หรือไม่
- ☐ 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. ท่านเคยใช้ “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 หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่
- ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย
- B4. ปัจจุบันท่าน มีความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใด
- ☐ 5 มากที่สุด ☐ 4 มาก ☐ 3 ปานกลาง ☐ 2 น้อย ☐ 1 น้อยที่สุด
- B5. ท่านเคย เป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ด้านการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่
- ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย
- B6. ปัจจุบันท่าน มีความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง ในการเป็นวิทยากร (สอนเจ้าหน้าที่หรือประชาชน) ในด้านการให้บริการและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใด
- ☐ 5 มากที่สุด ☐ 4 มาก ☐ 3 ปานกลาง ☐ 2 น้อย ☐ 1 น้อยที่สุด
- B7. ท่านพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมของจังหวัดของท่าน มากน้อยเพียงใด
- ☐ 5 มากที่สุด ☐ 4 มาก ☐ 3 ปานกลาง ☐ 2 น้อย ☐ 1 น้อยที่สุด

B8. สิ่งที่คุณพอใจมากที่สุด คือ

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

B9. สิ่งที่คุณพอใจน้อยที่สุด 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. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ☐ 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 ต่อการดำเนินงานในปีต่อไป

.....
.....

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถาม
โปรดพับ ส่งกลับทางไปรษณีย์

หมายเหตุ

เครื่องมือเก็บข้อมูลนี้ คือ แบบสอบถาม ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเอง เพื่อตอบ
คำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครั้งนี้

โดยมีการศึกษาและทดสอบ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของเครื่องมือฯ ดังนี้

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

1.1 การอ่านทวนแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 คน

1.2 การทดสอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น รวม 20 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา
และปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณ ค่า Cronbach's alpha
โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ
0.731 ซึ่งถือว่ามีความสูง ในระดับดี ยอมรับได้

ภาคผนวก 5

แบบสอบถามผู้บริหารโครงการฯ ในระดับจังหวัด

คำชี้แจง : เพื่อให้การดำเนินงานโครงการช่วยเหลือและป้องกันภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปีต่อๆ ไป ประสบความสำเร็จ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โปรดตอบแบบสอบถามนี้ อย่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด.....และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

1. ท่านมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ Project Manager ของโครงการนี้ (ร.พ.จิตเวช ขอนแก่น) ในการสนับสนุนจังหวัดฯ อย่างไร (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 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญ การประเมินผล)	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 โดยศูนย์สุขภาพจิตเขตที่รับผิดชอบ	5	4	3	2	1	9
1.9 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวม	5	4	3	2	1	9

2. การดำเนินงานโครงการในทุกระดับของจังหวัด

- 2.1 จังหวัดของท่าน ได้ดำเนินการสำมะโน เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย 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 มีจำนวนอย่างน้อยเพียงใด (เทียบกับจำนวนหน่วยบริการสุขภาพทั้งหมดในจังหวัดโดยประมาณ)

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

- 2.3 - ตัวท่านเข้าร่วมโครงการฯ นี้ ครั้งแรก เมื่อ ปี พ.ศ.

2.5 ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2544 ท่านเคยเข้ารับการอบรม / ซักแจง 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. อื่น.....

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

1.2 การทดสอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น รวม 10 คน

หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง แนวคำถาม เพื่อให้มีความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และปรับปรุงคำถามให้เกิดความชัดเจนแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. มีการศึกษา ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่า Cronbach's alpha โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA พบว่า ได้ค่า Cronbach alpha reliability เท่ากับ 0.744 ซึ่งถือว่ามีความสูง ในระดับดี ยอมรับได้

ภาคผนวก 6 Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2547

สาระสำคัญโดยสรุป (Narrative summary)	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ (Indicator)	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์ (Source)	เงื่อนไข (Assumption)
1. จุดมุ่งหมาย (Goal)			
1.1 อัตราการฆ่าตัวตายลดลง	1.1 อัตราการฆ่าตัวตายลดลงภายใน 3 ปี	1.1 เปรียบเทียบผลจากรายงานระบาดวิทยา	1.1 มีรายงานสถิติการฆ่าตัวตายในรายงานสุขภาพจิตที่ถูกต้องสม่ำเสมอ
1.2 เพื่อให้ประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองได้	1.2 ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือและดูแลตนเองได้	1.2 สถิติของผู้มารับบริการสามารถอยู่ในชุมชน 1.3 แบบประเมิน แบบ 1, แบบ 7, 8	1.2 มีรายงานบนสถิติผู้มีภาวะซึมเศร้าในรายงานสุขภาพจิตที่ถูกต้องสม่ำเสมอ
2. วัตถุประสงค์ (Purpose)			
2.1 ประชาชนผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการป้องกันและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม	2.1 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 70 % ที่ได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ	2.1 รายงานผลการช่วยเหลือและป้องกันผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	2.1-2.2 มีบันทึกแบบประเมินและการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องการฆ่าตัวตาย
2.2 ประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมินและดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม	2.2 ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมินดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ	2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
3. ผลผลิต (Out put) 3.1 ให้นุเคราะห์สาธารณสุขใน รพช. / รพท. / รพพ. / รพช. / รพท. / รพพ. มีความเข้าใจ สามารถ สอ. และ กทม. มีความรู้ความเข้าใจ สามารถ ประเมินให้การดูแลทางสังคมจิตใจและช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ใน กลุ่มเสี่ยงได้	3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติของ ผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการ อบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ	3.1.1 รายงานผลการอบรม / สัมมนา / ประชุม 3.1.2 ผลการประเมินโครงการ	3.1 -3.3 จังหวัดมีความพร้อมในการดำเนิน โครงการ
3.2 สถานบริการสาธารณสุข ระดับ รพช./ รพท. มี ระบบในการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.2 ร้อยละ 80 % ของสถานบริการ สาธารณสุขที่เข้าร่วม โครงการมี ระบบการช่วยเหลืออย่างชัดเจน	3.2.1 แผนผังของระบบการช่วยเหลือผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.2.2 แบบประเมินผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย	3.2.1 เฉพาะจังหวัดที่เข้าร่วม โครงการ 3.2.2 มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3.3 บุคลากรสาธารณสุข สถานงานบริการใน รพช. / สอ. สามารถใช้แบบประเมินผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยเหลือ ทางสังคม จิตใจ ได้อย่างเหมาะสม	3.3 อย่างน้อยร้อยละ 60, 40 ของผู้เข้า รับการ อบรม / ประชุม / สัมมนา สามารถใช้แบบประเมินและให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้นได้	3.2.3 รายงานผลการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.2.4 รายงานการติดตาม / นิเทศ 3 เดือน 3.3 จากการตรวจสอบแบบประเมินในการ ทดลองใช้ขณะอบรม / ประชุม / สัมมนา	อย่างเป็นระบบ

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
3.4 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.4 ครูที่เข้าร่วมโครงการ สามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ	3.4.1 รายงานผลการอบรม / สัมมนา / ประชุม 3.4.2 ผลการประเมินโครงการ 3.4.3 มีระบบการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงเรียน	3.4.1 มีการทำรายงานผลการช่วยเหลือ 3.4.2 มีผลการทดลองใช้แบบประเมินและช่วยเหลือ ได้ถูกต้อง
3.5 ผู้นำชุมชนสามารถประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้	3.5 50% ของผู้นำชุมชนที่เข้าอบรม / ประชุม / สัมมนา สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง	3.5.1 รายงานจากแบบประเมินและทะเบียนการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย 3.5.2 แบบรายงานแบบ 7, 8	3.5 มีการติดตาม/นิเทศตามแบบฟอร์มที่กำหนดตามแผน
3.6 เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับการเผยแพร่ความรู้เรื่องป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.6 ประชาชนร้อยละ 1 ได้รับสื่อการจากการเผยแพร่ความรู้เรื่องป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.6 รายงานจำนวนสื่อเผยแพร่สื่อตามที่กำหนด ป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ (ตามแบบรายงาน แบบ 2)	3.6.1 มีการเผยแพร่สื่อตามที่กำหนด 3.6.2 มีการรายงานสถิติการแจกสื่อให้แก่ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
4. กระบวนการ (Process)			
4.1 ประชุมคณะกรรมการร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา	4.1 อย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี	4.1 บันทึกการประชุม	4.1 ดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด
4.2 พัฒนาองค์ความรู้	4.2 รพ. จัดเวชชนอนแก่นดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับคณะกรรมการ	4.2 รายงานผลการประชุม	4.2 ดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด
4.3 ระบบรวบรวมข้อมูลระดับวิชา	4.3 รพ. จัดเวชชนอนแก่นดำเนินการจัดข้อมูลจากศูนย์สุขภาพจิตเขตที่จัดทำโครงการ	4.3 การตอบรับของพื้นที่	4.3 ให้ความร่วมมือของพื้นที่
4.4 วิเคราะห์ข้อมูล	4.4 รพ. จัดเวชชนอนแก่นดำเนินการจ้างวิเคราะห์ข้อมูล	4.4 รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล	4.4 ข้อมูลถูกต้อง
4.5 สัมมนาภาพรวมแนวทางการจัดโครงการ	4.5 รพ. จัดเวชชนอนแก่นดำเนินการจัดสัมมนา	4.5 รายงานการสัมมนาโครงการ	4.5 ความพร้อมของพื้นที่
4.6 ประชุมปฏิบัติการการบริหารจัดการ	ภาพรวมในการจัดโครงการให้กับ สสจ. รพ. พึ่งเลี้ยงและศูนย์เขต	4.6 รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ	4.6 ดำเนินการได้ตามแผน
4.7 ผลลัพธ์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	4.6 รพ. จัดเวชชนอนแก่นดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4.7 เพียงพอกับความต้องการของพื้นที่ 100 %	4.7 รายงานผลผลิตติดตาม/นิเทศตามแบบรายงาน แบบ 2	4.7 มีข้อมูลจากการติดตาม/นิเทศในเรื่องความต้องการสื่อ

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
แผนการสอน ทะเบียนช่วยเหลือผู้ภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข - คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ปฏิบัติงานทั่วไป - คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจผู้ปัญหาซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข - คู่มือการช่วยเหลือผู้ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ปฏิบัติงานทั่วไป			
4.8 ประชาสัมพันธ์ 4.9 อบรมหลักสูตรพื้นฐานวิชาการ 4.10 จัดอบรมฟื้นฟูเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง (จังหวัดเดิม)	4.8 ดำเนินการได้ตามแผนประชาสัมพันธ์ 100 % 4.9 รพ. จิตเวชขอนแก่นดำเนินการจัดอบรมได้ตามเป้าหมายในโครงการ 100 % 4.10 รพ. จิตเวชขอนแก่นดำเนินการจัดอบรมได้ตามเป้าหมายในโครงการ	4.8 รายงานผลการประชาสัมพันธ์ตามแบบรายงาน แบบ 6 4.9 รายงานการอบรม 4.10 รายงานการอบรมโครงการ	4.10 รพ. จิตเวชขอนแก่นดำเนินการตามแผน

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
4.11 สสจ. จัดประชุม/อบรม/ สัมมนาเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องการฆ่าตัวตาย (โครงการต่อเนื่อง)	4.11 อบรมบุคลากรจาก รพศ. / รพท. / รพช. / สสจ. / สสอ. / สส. ครูและผู้ติดตามเป้าหมายโครงการ 100 %	4.11 รายงานผลการอบรม/สัมมนา	4.11 สสจ.มีโครงการตามแผน
4.12 สสจ. จัดอบรมพื้นที่ที่รับผิดชอบ	4.11 อบรมบุคลากรจาก รพศ. / รพท. / รพช. / สสจ. / สสอ. ครูและผู้ติดตามเป้าหมายในโครงการ 100 %	4.12 รายงานผลการอบรม / สัมมนา	4.12 สสจ.มีโครงการตามแผน
4.13 ประชุมสัมมนานโยบายติดตามความก้าวหน้า	4.13 มีการประชุมสัมมนานโยบายติดตามความก้าวหน้า จากศูนย์สุขภาพจิต 13 เขต ทุก 3. 6 เดือน	4.13 รายงานการประชุมสัมมนานโยบาย	4.13 ศูนย์ติดตาม/นเทศและจัดทำราย งาน ได้ตามแผนที่กำหนด
4.14 สัมมนาประเมินเพื่อติดตามผล	4.14 มีการสัมมนาประเมินผลตามเป้าหมายที่กำหนดใน โครงการ 100 %	4.14 รายงานผลการสัมมนา	4.14 ความพร้อมของผู้เข้าร่วมสัมมนาและ บุคลากรร่วมงาน
4.15 สัมมนาประเมินภาพรวมโครงการ	4.15 ผลผลิตของโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์	4.15 รายงานประเมินผลภาพรวมของ โครงการ โดยกองแผนงาน	4.15 ข้อมูลถูกต้อง
4.16 วิจัยประเมินผลโครงการ	4.16 รายงานการวิจัยประเมินผล โครงการ	4.16 รายงานการวิจัยประเมินผล โครงการ * เอกสารการใช้จ่ายเงินงบประมาณ	4.16 ข้อมูลถูกต้อง

Logical Framework

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2545 - 2547

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้ความสำเร็จ	แหล่งตรวจสอบหรือวิธีพิสูจน์	เงื่อนไข
5. ปัจจัยนำเข้า (Input) 5.1 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 5.2 ค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม / สัมมนา / ประชุม 5.3 ค่าผลิตคู่มือ สื่อ แบบประเมิน 5.4 ค่าวิเคราะห์ข้อมูล 5.5 ค่าตอบแทนอาจารย์ที่ปรึกษา 5.6 ค่าวัสดุอุปกรณ์	18,148,800 บาท	หลักฐานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ	ใช้งบประมาณหมวดรายจ่ายอื่น (900 พิเศษ)

โครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปีงบประมาณ 2545

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2545



นายแพทย์อภิชัย มงคล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
บรรยายในหัวข้อเรื่อง กลวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้า
ด้วยการออกกำลังกาย วันที่ 7 - 9 พ.ย. 44



คณะกรรมการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า
และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินผลการดำเนินงาน
วันที่ 16 - 18 ต.ค. 44



ผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน
และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
วันที่ 7 - 9 พ.ย. 44



นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
บรรยายในหัวข้อเรื่อง ความสำคัญของการดำเนินโครงการ
ป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและ
ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข
ฉบับที่ 9 วันที่ 12 - 13 พ.ย. 44



รศ.นพ.องอาจ วิพุดศิริ มอบรางวัลให้แก่ผู้ดำเนิน
การให้บริการโครงการ ได้เป็นผลสำเร็จ

วันที่ 12 - 13 พ.ย. 44

นายแพทย์อภิชัย มงคล

เป็นประธานมอบประกาศนียบัตร

โครงการฝึกอบรมวิทยากรการป้องกัน และช่วยเหลือ
ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วันที่ 17 - 21 ธ.ค. 44



วิทยากรและผู้เข้าร่วมโครงการถ่ายภาพร่วมกัน

วันที่ 17 - 21 ธ.ค. 44



แพทย์หญิงกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล

กล่าวเปิดโครงการอบรมการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้า

และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วันที่ 16 - 18 ม.ค. 45



นายแพทย์อภิชัย มงคล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
บรรยายหัวข้อเรื่อง ความสำคัญของโรคซึมเศร้า
และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
วันที่ 21 - 22 ก.พ. 45 และ 7 - 8 มี.ค. 45



แพทย์หญิงกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล
บรรยายในหัวข้อเรื่อง การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า
และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
วันที่ 7 - 8 มี.ค. 45



นางสุพิน พิมพ์เสน เลขานุการโครงการ
กล่าวรายงานโครงการ
วันที่ 16 - 18 มี.ค. 45



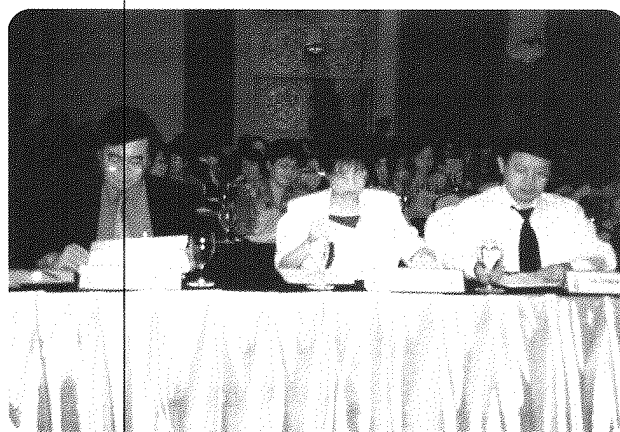
แพทย์หญิงพูนศรี รังษิณี
บรรยายในหัวข้อเรื่อง การรักษาโรคซึมเศร้า
และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
วันที่ 7 - 8 มี.ค. 45



นายแพทย์ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์
 ภ.ญ.ดร.บุศราพร เกษสมบูรณ์
 รศ.นพ.องอาจ วิพุดศิริ

ผู้วิพากษ์ในหัวข้อเรื่อง สัมมนาประเมินผลโครงการ
 วันที่ 24 - 26 เม.ย. 45

นายแพทย์อภัย มงคล
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 เป็นประธานในพิธีเปิด และบรรยายในหัวข้อเรื่อง
 นโยบายการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า
 และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 วันที่ 24 - 26 เม.ย. 45



คณะกรรมการโครงการ ถ่ายภาพร่วมกับ
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จ.กระบี่
 วันที่ 17 - 19 มิ.ย. 45

นายแพทย์ประวิ อัมพวัน
 นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดกระบี่
 กล่าวต้อนรับคณะกรรมการฯ
 ในการสัมมนาการวิเคราะห์และประเมินผลโครงการ
 วันที่ 17 - 19 มิ.ย. 45





คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 148/2544

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการป้องกันและช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นผู้บริหารโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้นระหว่าง เดือนตุลาคม 2544 ถึง เดือนกันยายน 2545 เพื่อให้ การดำเนินโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยเหมาะสม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จึงแต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้

1. คณะกรรมการเลขานุการและประสานงาน

1.1	นางสุพิน	พิมพ์เสน	ประธาน
1.2	นายประยุทธ	ใจเพชร	รองประธาน
1.3	นางจิตรประสงค์	สิงห์นาง	อนุกรรมการ
1.4	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	อนุกรรมการและเลขานุการ
1.5	นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานกรรมการของฝ่ายต่างๆ ให้ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์
2. กำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานตามโครงการพร้อมทั้งแก้ไขปัญหาคอุปสรรคต่างๆ ให้ดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
3. ดำเนินการจัดทำเอกสารให้เรียบร้อย
4. จัดทำหนังสือราชการ ประสานงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
5. นัดหมายการประชุม จัดวาระการประชุมและบันทึกการประชุม
6. รวบรวม จัดเก็บข้อมูล เอกสาร สถิติต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน

2. คณะกรรมการฝ่ายแผนงาน และประเมินผล

2.1	ท.ญ.ประณีต	วรวสุวิส	ประธาน
2.2	นางปทุมทิพย์	สุภานันท์	รองประธาน
2.3	นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	อนุกรรมการ

2.4	นางธีราพร	มณีนาถ	อนุกรรมการ
2.5	นางสุพิน	พิมพ์เสน	อนุกรรมการ
2.6	นางวัชณี	หัตถพนม	อนุกรรมการ
2.7	นางรุจิรา	จงสกุล	อนุกรรมการ
2.8	นางชนิษฐา	สนเท่ห์	อนุกรรมการ

4. คณะอนุกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์

4.1	นางเพ็ญศิริ	สมใจ	ประธาน
4.2	น.ส.จรัญ	อิงสำราญ	รองประธาน
4.3	นางสิริภัก	สุขเสริม	อนุกรรมการ
4.4	นายสุบิน	สมีน้อย	อนุกรรมการและเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- กำหนดยุทธวิธีการทำงานประชาสัมพันธ์ การดำเนินโครงการ เผยแพร่สู่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

5. คณะอนุกรรมการฝ่ายการเงินและพัสดุ

5.1	น.ส.ภัสรา	เชษฐโชติศักดิ์	ประธาน
5.2	นางสำรอง	จันทาจัน	รองประธาน
5.3	นายประมวล	เมืองเก่า	อนุกรรมการ
5.4	นางสุพิน	พิมพ์เสน	อนุกรรมการ
5.5	นางลำดวน	สีหะกุล	อนุกรรมการและเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- ติดตามกำกับการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ของศูนย์สุขภาพจิตเขตพื้นที่ดำเนินโครงการ และโรงพยาบาลจิตเวชพื้เลี้ยง
- ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2544



(นายอภิชัย มงคล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

29.
พ.ค. 40 1
0422
2545



20 040220

