รายงานการวิจัย

เรื่อง

การวิจัยประเมินผล
โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

Evaluation research in
National suicide prevention program

หัวหน้าโครงการวิจัย
นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร
กรมสุขภาพจิต

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564
จัดพิมพ์ปี พ.ศ.2566

รายงานการวิจัย เรื่อง การวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

ผู้วิจัย นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร

จัดทำโดย สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2566

สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ISBN (e-book) 978-974-296-988-2

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณที่ปรึกษางานวิจัย ที่ให้ความเมตตากรุณาให้คำปรึกษาแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนกระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยที่ร่วมดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิต รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนผู้วิจัยและคณะดำเนินการวิจัย และเอื้ออำนวยความสะดวกทุกๆ ด้าน เป็นอย่างดี และขอขอบคุณตัวแทนกลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักในเขตสุขภาพจิตที่ 1-12 ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ทั้งนี้ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2564 ในการทำวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และขอขอบคุณบุคลากร สำนักวิชาการสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกด้านต่างๆ จนดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามความตั้งใจ

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ถึง ต้นปี พ.ศ. 2563 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน ประชาชนหลายล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบกลายเป็นผู้ตกงาน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแบบรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต (รง 506s) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2563) จากการดำเนินงานระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2542 ยังพบช่องว่างของการพัฒนา 3 ประเด็น ดังนี้ 1.มุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรในระบบสาธารณสุขเพื่อการเข้าถึงบริการในรูปแบบคลินิก 2.ขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและครอบครัว และ 3.ขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาคบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำ

ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประเมินผลการดำเนินงานโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิต ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)และเป็นการติดตามพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 โดยมุ่งหวังต่อการควบคุมแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร หรือผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดจำนวนลง ร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา โดยนำแนวคิดการวิจัยประเมินผลโครงการเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

2.2 วัตถุประสงค์รอง : เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเพื่อพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564

คำถามการวิจัย

- รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระหว่าง ปี 2560-2563 กับ ปี 2564-2565 มีบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ต่างกันอย่างไร
- โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 2564-2565 ลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยหรือไม่

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีในแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) (Creswell, 2015) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขยายความอธิบาย ดำเนินการตามรายละเอียดดังนี้

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

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงก่อนการลงสนามวิจัย เป็นการดำเนินงานทดสอบเครื่องมือวิจัยกับกลุ่มใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน และแก้ไขบางข้อคำถามให้เหมาะสม และช่วงการเก็บข้อมูลและปิดท้ายงานในสนามวิจัย เก็บข้อมูลจริงสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักใช้ระบบ Online ผ่าน Zoom และยินยอมลงนามในเอกสาร Inform Consent ด้วยความสมัครใจ

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

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด 49 จังหวัด ให้กับผู้ประสานงานหลักของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12 ให้ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการดำเนินงานการป้องกัน การฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับบริการและญาติ/ผู้ดูแลหลัก รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามรูปแบบ Online และ Offline รวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกันใน Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยและคณะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ผลการวิจัย

4.1 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

4.1.1 ด้านบริบท ปี 60-63 : ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้และสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ปี 64-65 : ประชาชนยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

4.1.2 ปัจจัยนำเข้า ปี 60-63 : อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัย ปี 64-65 : สถานบริการมีการแบ่งสัดส่วนและใช้สื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการมากขึ้น

4.1.3 กระบวนการ ปี 60-63 : การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัดิการทางสังคมด้านสุขภาพจิตไม่ทั่วถึง ปี 64-65 : เจ้าหน้าที่มีความรู้และสามารถจัดบริการด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมมากขึ้น

4.1.4 ผลลัพธ์ ปี 60-63 : ประชาชนที่ได้รับบริการสามารถนำความรู้ มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในชีวิตประจำวันได้ ปี 64-65 : ประเด็นเพิ่มเติมญาติผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม

4.2 รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

4.2.1 ในระบบสาธารณสุข 2 รูปแบบ 1. เน้นการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม บูรณาการเข้ากับเครือข่ายนอกสาธารณสุข 2. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางผ่าน gate keeper และกลไกต่าง ๆ เช่น 3 หมอ สารสนเทศและนวตกรรม

4.2.2 นอกระบบสาธารณสุข มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน

4.3 พัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ คืนข้อมูลเติมเต็มกิจกรรมโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564

5. ข้อเสนอแนะ

สำหรับผู้บริหาร แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

5.1 การกำหนดนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายควรมีการบูรณางานสุขภาพจิตร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อการเข้าถึงบริการ ความรู้ และสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในแต่ละองค์กร เพื่อเกิดภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายได้ทันท่วงที รวมถึงการนำสื่อทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น

5.2 การกำหนดจัดทำระบบมาตรฐานการรายงานข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ควรเน้นสถานที่และเวลาการเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาพประเทศและมีความน่าเชื่อถือสำหรับผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตประชาชน ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา ของแต่ละท้องถิ่นเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยการฆ่าตัวตายในพื้นที่เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายได้เหมาะสมตามบริบทชุมชน

บทคัดย่อ

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

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

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

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

ข้อเสนอแนะ: กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยการทำงานกับภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุขมากขึ้น

คำสำคัญ: ประเมินผล ป้องกันฆ่าตัวตาย การวิจัยแบบลู่เข้า ยุทธศาสตร์

Abstract

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

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

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

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

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

Keywords: evaluate, suicide prevention, convergent design, strategy

สารบัญเรื่อง (Table of Contents)

เรื่อง		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		ก
บทสรุปผู้บริหาร		ข
บทคัดย่อภาษาไทย		จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ฉ
สารบัญเรื่อง		ช
สารบัญตาราง		ซ
สารบัญภาพ		ซ
บทที่ 1	บทนำ	1
บทที่ 2	การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
บทที่ 3	ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	47
บทที่ 4	ผลการวิจัย	77
บทที่ 5	อภิปรายและวิจารณ์ผล	173
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	189
บรรณานุกรม		196
ภาคผนวก		203
ส่วนประกอบตอนท้าย		211

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
ตาราง 1	ตัวชี้วัดระดับวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต	33
ตาราง 2	เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก	52
ตาราง 3	แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ	55
ตาราง 4	แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ	58
ตาราง 5	แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	62
ตาราง 6	แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ	66
ตาราง 7	แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก	68
ตาราง 8	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	78
ตาราง 9	ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล	83
ตาราง 10	ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ	88
ตาราง 11	ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล	93
ตาราง 12	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก	98
ตาราง 13	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	118
ตาราง 14	ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล	123
ตาราง 15	ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ	128
ตาราง 16	ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล	133
ตาราง 17	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก	138
ตาราง 18	ผลการเปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตและผลการดำเนินการ	180

สารบัญรูปภาพ

สารบัญรูปภาพ		หน้า
ภาพประกอบที่ 1	ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี 2564-2565	38
ภาพประกอบที่ 2	สรุปเครือข่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย	182

บทที่ 1 บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ถึง ต้นปี พ.ศ. 2563 มีการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จึงได้มีการประกาศยกระดับให้เหตุการณ์นี้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสนี้ไปแล้วทั่วโลกกว่า 80.7 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตไปแล้วจำนวนมากถึง 1.76 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2563) ในขณะที่ในประเทศไทยโดยการประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ในวันที่ 28 ธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อไวรัสสะสมในประเทศจำนวน 6,141 คน เสียชีวิตจำนวน 60 คน และยังคงมีโอกาสมีจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (กรมควบคุมโรค ม.ป.ป.)

การระบาดของโรคที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมหลายด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้น ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึงสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจของบุคคลนั้นๆ ด้วย (Gabriele G. et al., 2020) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากเศรษฐกิจโลกมีการชะลอตัวลงอย่างรวดเร็ว ดัชนีหุ้นที่ลดลง ประชาชนหลายล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบกลายเป็นผู้ตกงาน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแบบรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต (รง 506s) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2563) พบว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในช่วง 4 เดือนแรกปี 2563 ซึ่งเป็นช่วงของการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 39.8 และได้มีการศึกษาเปรียบเทียบการมีระบบสวัสดิการที่มั่นคงและระบบสวัสดิการที่ไม่มั่นคง ในช่วงของภาวะเศรษฐกิจถดถอยพบว่าในประเทศที่มีระบบสวัสดิการที่มั่นคงมีอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าในประเทศที่ระบบสวัสดิการไม่มั่นคง (Haw C. et al., 2015) ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีโปรแกรมที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตกงานโดยตรง

กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักถึงความสำคัญกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชาชน และมอบให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบใน 7 จังหวัด ปี พ.ศ.2542 จึงนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยมีลำดับการพัฒนางาน ดังนี้

ระยะที่ 1 “Model จังหวัดต้นแบบ” (ปี 2542 - 2546) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งจากการสัมภาษณ์ และสังเกต และนำมาพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมเพื่อการคัดกรอง ค้นหาและดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข แพทย์และพยาบาล และจัดทำคู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชนเป็นรูปแบบที่บ่งบอกถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือและการเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเองระหว่างหน่วยบริการและชุมชน โดยใช้แนวคิดที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน ประสิทธิผลของ

การดำเนินงานดังกล่าว สามารถลดจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายของจังหวัดได้เป็นผลสำเร็จ บทเรียนแห่งการเรียนรู้นี้จึงเป็นที่มาของ Model จังหวัดต้นแบบ และได้ขยายวิธีการดำเนินงานของจังหวัดต้นแบบไปยัง 33 จังหวัดทั้งประเทศ พัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ (DS10)

ระยะที่ 2 "เข้าถึงทั่วประเทศ" (ปี 2547 - 2549) มีการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศโดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์และกิจกรรมที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนงาน ดังนี้ 1) การสร้างให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือได้ 2) การพัฒนาขีดความสามารถให้ทีมช่วยเหลือทั้งในและนอกเครือข่ายระบบสาธารณสุข และ 3) การพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้มีการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดระบบรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506DS) และได้กลายมาเป็นฐานข้อมูลของผู้พยายามทำร้ายตนเองและเมื่อนำมาจัดแบ่งตามระดับความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ อธิบายให้เห็นถึงภาพของระบบบริการที่มีอยู่และได้มีการกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา

ระยะที่ 3 "สนับสนุนการบริการให้ต่อเนื่อง เกิดการต่อยอดด้านความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะ" (ปี 2550 - 2553) ระบบดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง พบว่าแต่ละจังหวัดมีการจัดส่งรายงาน "รง 506 DS" และยังพบว่าระยะนี้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศได้มีการชะลอการลดระดับลง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนการเรียนรู้ พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย เกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย อาทิเช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องไปกับความเห็นขององค์การอนามัยโลก (2552) ที่กล่าวไว้ว่า Suicide Prevention in Different Cultures นอกจากนี้ ได้รวบรวมและจัดทำคลังความรู้ ผลงานวิชาการและงานวิจัย ผ่านผลงานที่ได้จากการนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมพื้นที่ (เฉลี่ย 25 - 30 เรื่องต่อปี) รวมทั้งได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองขึ้นใหม่ "แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8)" เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรอง ค้นหา และให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเสี่ยงได้

ระยะที่ 4 "ถอดบทเรียนระดับประเทศ สู่ความเป็นเลิศระดับสากล" (ปี 2553 - 2555) เป็นช่วงระยะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมเป็นพันธมิตรกับกลุ่มอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ เพื่อถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้เกิดการนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้น และได้ขยายเครือข่ายความร่วมมือร่วมกับองค์กรภาคประชาชน (สมัชชาสุขภาพ) ทำให้ "การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย" ถูกประกาศให้เป็นหนึ่งในวาระแห่งชาติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ประจำปี 2554

ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พัฒนานี้ เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการดูแลสุขภาพ ที่ถูกพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่ได้จากการทำงานในพื้นที่ การศึกษาทางระบาดวิทยาของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองของประเทศไทย ทำให้มีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของสังคมไทย เพื่อการคัดกรอง และประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ในการเข้าถึงบริการ บำบัดรักษา ด้วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยได้จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลและแพทย์ทั่วไปสำหรับ โรงพยาบาลศูนย์/รพช. และโรงพยาบาลจิตเวช ระดับจังหวัดมีการพัฒนาบุคลากรในแต่ละจังหวัด ให้เกิดวิทยากรหลักระดับเขตเพื่อทำหน้าที่ถ่ายทอดชุดความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีละ 1-3 ครั้ง/จังหวัดละ 1 - 5 คน ด้านการพัฒนาระบบข้อมูล

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงาน รง.401/402 ซึ่งเป็นฐานข้อมูล 10 โรค ทำให้ได้รายงาน รง.506DS เป็นรูปแบบมาตรฐานในประเทศไทย โดยจังหวัดจะเป็นเจ้าของข้อมูลและสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ ด้านเทคนิคได้มีการผลิตเครื่องมือและสื่อเทคโนโลยีเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย จำแนกเป็นสำหรับประชาชน บุคลากรสาธารณสุข แพทย์ และ พยาบาล

การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่ผ่านมาจะเห็นช่องว่างของการพัฒนา 3 ประเด็น ดังนี้ 1. ส่วนใหญ่มุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายบุคลากรในระบบสาธารณสุข ด้านการเข้าถึงบริการ บำบัดรักษาในรูปแบบคลินิก ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชนที่กระตุ้นให้ประชาชนเกิดการฆ่าตัวตาย เช่น การตกงาน ไม่มีรายได้ ปัญหาความสัมพันธ์ สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก เป็นต้น 2. ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและครอบครัวเข้าร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชน และร่วมกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน และ 3. ขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาคบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำได้หรือไม่ ซึ่งการดำเนินงานโดยใช้ภาคบริการสาธารณสุขอย่างเดียวไม่อาจครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายจำเป็นต้องมีภาคส่วนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง

กรมสุขภาพจิตจึงได้สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิต ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยกำหนดแนวทางการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ทุนมนุษย์ ในเป้าหมายที่ 4 ให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ 4.3 เกี่ยวกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.0 ต่อประชากรแสนคน ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ต่อมากรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ (พ.ศ. 2564 -2565) โดยปรับเป้าหมาย อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน และปรับแนวทางการดำเนินงานเป็น 4 กิจกรรม ดังนี้ 1. ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคมและสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเศรษฐกิจและสังคม 2. พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหาและเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ 3. พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน และ 4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรม สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยดำเนินการวิจัย 4 โครงการที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติในช่วงระบาด COVID-19 ในช่วงปี 2564 ในพื้นที่ 25 จังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปี (หรือมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥8 ต่อแสนประชากร) ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย 3) การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด 19

ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประเมินผลการดำเนินงานโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ จากการดำเนินงานวิจัย 4 โครงการที่กล่าวข้างต้น เพื่อทราบถึงรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานจากนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และเป็นการติดตามพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 โดยมุ่งหวังต่อการควบคุมแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร หรือผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดจำนวนลง ร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา โดยนำแนวคิดการวิจัยประเมินผลโครงการเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามรายละเอียดของ นิยมพร ถาน้อย (2556) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแล ศึกษาในประชากร 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากรระดับผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มญาติผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชน โดยคัดเลือกกลุ่มละ 10 คน พบว่า ด้านโครงสร้าง 1) มีโครงสร้างองค์กร นโยบาย และแผนการดูแล 2) มีงบประมาณเพียงพอ 3) มีอัตรากำลังด้านสุขภาพจิตเพียงพอ บุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้แต่ขาดทักษะในการดูแล 4) มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเฉพาะที่งานสุขภาพจิตและงานผู้ป่วยใน 5) มียา และเวชภัณฑ์เพียงพอ 6) มีห้องให้คำปรึกษาเฉพาะแยกเป็นสัดส่วนแต่ไม่มีความเป็นส่วนตัวด้านกระบวนการ การดูแลช่วยเหลือของบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่า 1) มีการประเมินคัดกรองผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ครอบคลุม 2) มีการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร 3) มีการฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีการส่งเสริมป้องกันและมีการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวช 4) พยาบาลทั่วไปมีความรู้แต่ขาดทักษะและความมั่นใจในการปรึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 5) ระบบการส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแต่ไม่สมบูรณ์ สำหรับการดูแลช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลพบว่า 1) ญาติผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2) มีการปลอบใจและให้กำลังใจ 3) มีการดูแลเรื่องการรับประทานยา รับประทานอาหาร และการนำส่งโรงพยาบาลตามนัด การสนับสนุนช่วยเหลือของแกนนำชุมชน พบว่า 1) มีการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและมีภาวะเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 2) มีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ และจิตสังคม 3) มีการประสานความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วน ด้านผลลัพธ์ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง 2) มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ 3) คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและญาติ/ผู้ดูแลอยู่ในระดับดี

ทั้งนี้ผู้วิจัยและคณะทำการศึกษาการประเมินผลโครงการโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกำหนดวิธีการสร้างและตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (จากการทบทวนวรรณกรรม) ซึ่งการสร้างแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) นี้ ผู้วิจัยและคณะต้องการศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และทำการทดลองแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ 3) บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4) กลุ่มผู้รับบริการ ที่แผนกให้บริการสุขภาพจิตป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ประเด็นการรับบริการ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ และได้รับบริการที่เพียงพอ ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย Stigma) และ 5) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล สุ่มจากญาติหรือผู้ดูแลที่มาพร้อมผู้รับบริการ (ประเด็น การรับบริการ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ และได้รับบริการที่เพียงพอ ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย Stigma) เพื่อตอบวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยและวัตถุประสงค์รอง

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระหว่าง ปี 2560-2563 กับ ปี 2564-2565 มีบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ต่างกันอย่างไร

2. โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 2564-2565 ลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

2. วัตถุประสงค์รอง

2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

2.2 เพื่อพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงระบบบริการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

2. นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง และ ปรับปรุงตัวชี้วัดให้เหมาะสม

3. นำข้อมูลที่ได้เสนอผู้บริหารระดับนโยบาย เพื่อใช้ในการตัดสินใจ รูปแบบ แนวทางการบริหารจัดการขับเคลื่อน และจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมกับพื้นที่ในการจัดการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยและคณะแบ่งขอบเขตของการวิจัยเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ขอบเขตด้านเนื้อหา 2) ขอบเขตด้านวิธีดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีในแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) (Creswell, 2015) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขยายความอธิบายร่วมกัน อีกทั้งนำข้อมูลจากการประมวลเอกสารรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายของหน่วยบริการในพื้นที่ เอกสารอื่นๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการ ได้แก่ แนวคิดการวิจัยประเมินผลโครงการ แนวคิดการประเมินผลการบริหารนโยบาย และแนวคิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย เป็นฐานความรู้ในการทำความเข้าใจการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และเป็นพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมทั้งการออกแบบสอบถามความคิดเห็น

เพื่อรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงมุ่งทำการศึกษาเพื่อค้นหาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ของกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากร สาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักใน 4 จังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมี อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 – 2562)

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ บริบท(Context) ปัจจัยนำเข้า(Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) ของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ใน 49 จังหวัด โดยยังคงมี อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 – 2562)
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลง (ในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง)

2. ขอบเขตด้านวิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ บุคลากรสาธารณสุขบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคประชาชน ได้แก่ ผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ใน 49 จังหวัด ที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2562) ทั้งนี้ประชากรมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ใน 4 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้และภาคกลาง ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่

<u>กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ</u> ได้แก่ 1) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือตัวแทน 2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน 3) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 4) แรงงานจังหวัด 5) ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม 6) ประชาสัมพันธ์จังหวัด 7) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 8) นายกเทศมนตรี 9) ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 10) เจ้าคณะจังหวัด 11) ประธานหอการค้าจังหวัด 12) ผู้อำนวยการธนาคารกรุงไทย 13) ธนาคารออมสิน 14) ธนาคารเกษตรและสหกรณ์ 15) ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 16) คลังจังหวัด 17) ผู้อำนวยการสำนักงานพาณิชย์จังหวัด และ 18) ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด 19) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชในเขตสุขภาพ 20) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป 21) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 22) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 23) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกตัวแทนจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน 4-5 คน/จังหวัด หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ คัดเลือกมาจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน 4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

กลุ่มที่ 3 บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) กลุ่มหน่วยงาน ได้แก่ สำนักแรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และสำนักงานประกันสังคม สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา กองบังคับการตำรวจภูธร สำนักงานเกษตรอำเภอ โรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิ หน่วยกู้ภัย เจ้าของกิจการในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด19 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3)กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมระดับหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักบวช หมอพื้นบ้าน หมอธรรม ครู คัดเลือกมาจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน 4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

กลุ่มที่ 4 ผู้มารับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการ ในแผนกที่ให้บริการสุขภาพจิตป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด และต่ำสุดใน 49 จังหวัด จำนวน 4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน(Data Saturated)

กลุ่มที่ 5 ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ ได้แก่ ญาติที่พาผู้มารับบริการในแผนกที่ให้บริการสุขภาพจิตป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 49 จังหวัด จำนวน 4-5 คน/จังหวัด หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

รูปแบบที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ในช่วงตั้งแต่มกราคม 2562 - ธันวาคม 2563 ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัด และ โรงพยาบาลระดับอำเภอ จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 49 จังหวัด ของประเทศไทยและมารับบริการเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศและอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ ได้แก่ ญาติของผู้รับบริการตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมายเป็นคนไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลระดับอำเภอ จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 49 จังหวัด โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนรวบรวมศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในภาพกว้าง เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยประเมินผลโครงการ

1.1 ความหมายของการประเมินผลโครงการ

1.2 แนวคิดทฤษฎีการประเมินผลโครงการ

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการ

ส่วนที่ 2 การฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์และแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างปี 2560-2564 และ 2564-2565

3.1 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)

3.2 ยุทธศาสตร์แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี 2564-2565

3.3 แผนปฏิบัติราชการกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2563-2565)

3.4 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงศึกษาธิการ (พ.ศ.2563-2565)

3.5 แผนปฏิบัติการด้านแรงงานของกระทรวงแรงงาน (พ.ศ.2563-2565)

3.6 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงพาณิชย์ (พ.ศ.2563-2565)

3.7 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ศ.2560-2564)

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ส่วนที่ 6 สมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิจัยประเมินผลโครงการ

1.1 ความหมายของการวิจัยประเมินผลโครงการ

สมพิศ สุขแสน (2545) กล่าวว่า การประเมินผลเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับนโยบายหรือวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โดยกำหนดเครื่องมือวัดที่น่าเชื่อถือ เพื่อทราบสิ่งที่ควรปรับปรุงหรือสิ่งที่ควรพัฒนา เป็นการสะท้อนการดำเนินงานของโครงการสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2549) อธิบายเพิ่มว่า การวิจัยประเมินผลเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเกี่ยวกับความก้าวหน้าและความสำเร็จของโครงการ เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างไร ซึ่งเป็นการวางแผนอนาคตจากการพัฒนาคุณค่างานเดิม ด้วยการพิจารณาทางเลือกที่จะดำเนินโครงการ นอกจากนี้ ฟิไลวรรณ อินทรักษา (2550) ได้ให้ความหมาย การประเมินผลเป็นกระบวนการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดผลลัพธ์ของโครงการทั้งที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ จากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ ด้วยการกำหนดคุณค่าของความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ โดยประกอบด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมายการประเมิน กฎเกณฑ์ตรวจสอบความสำเร็จ และการรายงานเสนอแนะการดำเนินงานครั้งต่อไป

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของการวิจัยประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการศึกษาหาคำตอบจากการดำเนินกิจกรรมโครงการ ด้วยการได้มาซึ่งสารสนเทศแสดงรายงานความก้าวหน้าของโครงการ โดยการกำหนดเครื่องมือวัดที่มีมาตรฐานเน้นจุดมุ่งหมายการประเมิน กฎเกณฑ์ตรวจสอบความสำเร็จ และการรายงานเสนอแนะเพื่อวางแผนการพัฒนาคุณค่าของงานเดิม ด้วยการพิจารณาทางเลือกต่อการดำเนินงานในอนาคต

1.2 แนวคิดทฤษฎีการประเมินผลโครงการ

สตีมฟาร์บีน (2000) กล่าวว่า การประเมินผลรูปแบบ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดของการประเมินการดำเนินการและการรายงาน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ให้บริการ เช่น นโยบาย โปรแกรม โครงการต่าง ๆ การกำกับบริการที่หลากหลาย เป็นต้น ทั้งนี้เป็นรูปแบบการกำหนดสำหรับประเมินการบริหารจัดการภายใน หรือการประเมินตนเองแบบรายบุคคลที่สัมพันธ์กับการประเมินภายนอก ได้แก่ องค์กรที่ให้งบประมาณ กลุ่มผู้สนับสนุนบริการ กลุ่มนโยบาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรม และกลุ่มผู้เข้าอบรม

แนวคิดหลักของ CIPP Model ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประเมินด้านบริบท (Context) เป็นการประเมินความต้องการ สภาพปัญหา และโอกาสเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป้าหมาย การลำดับความสำคัญ และการตัดสินผลลัพธ์

2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการประเมินวิธีการหลายทางเลือกเพื่อสอดคล้องกับความต้องการ ตามแผนของโปรแกรมและเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม

3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process) เป็นการประเมินการดำเนินการตามแผนกิจกรรม และเป็นการช่วยอธิบายผลลัพธ์

4) การประเมินด้านผลผลิต (Product) เป็นการระบุประเด็นผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นการช่วยกำกับกระบวนการดำเนินงานและกำหนดประสิทธิผล

วัตถุประสงค์ของการประเมินผลด้วย CIPP Model เพื่อเป็นการบรรยายการประเมิน ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต นำสู่การเสนอเทคนิคที่เป็นประโยชน์ของแต่ละประเภทการประเมินผล อีกทั้งเป็นการกำหนดคุณค่าและลักษณะที่เหมาะสมกับการประเมินผลด้วยการประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model ซึ่งสามารถอธิบายวัตถุประสงค์ของแต่ละด้านได้ ดังนี้

1) ด้านบริบท (Context) เพื่ออธิบายบริบทสำหรับงานบริการ โดยเน้นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากปัญหาและอุปสรรคที่พบ นำไปสู่การกำหนดโปรแกรมและเป้าหมายของบริการที่เหมาะสม
2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) เพื่อช่วยกำหนดโปรแกรม โครงการ หรือบริการอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุง โดยการประเมินแผนโปรแกรม โครงการ กลยุทธ์บริการ และแผนงานงบประมาณ ซึ่งปัจจัยนำเข้าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวและการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิผล
3) ด้านกระบวนการ (Process) เพื่อตรวจทานการดำเนินงานตามแผนและการบันทึกข้อมูลของกระบวนการ รวมถึงแผนการดำเนินงานที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น สิ่งที่ไม่ได้ทำ การดำเนินงานที่ไม่ดี เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินต้องเห็นแผนกิจกรรมที่แตกต่างกัน อธิบายปัญหาของการดำเนินงานและประเมินคณะทำงานทำได้ดีอย่างไร นอกจากนี้ควรทำการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ต้นทุนของการดำเนินงาน รวมทั้งความคิดเห็นของผู้สังเกตการณ์และผู้เข้าอบรมต่อคุณภาพของกระบวนการ
4) ด้านผลผลิต (Product) เพื่อการวัด ตีความ ตัดสินพิจารณาความสำเร็จทั้งหมด ซึ่งมีเป้าหมายหลักในการค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการแสดงผลลัพธ์ตามที่คาดหวังและไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รวมถึงผลลัพธ์เชิงบวกและเชิงลบ

1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลโครงการ

ปิยะวดี งามดี, วงศ์พันธ์ ลิมปเสนีย์ และเพชร รอดอารีย์(2563) ได้ศึกษาการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง: นนทบุรี เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ ประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุและเสนอแนะแนวทางดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP model เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ 1) ด้านบทบาท มีวัตถุประสงค์การจัดตั้งสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน มีสถานที่ตั้งชัดเจน 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรมีความรู้ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานที่เพียงพอ 3) ด้านกระบวนการมีการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงทันเวลา มีการติดตามและวัดผลหลังจัดกิจกรรม 4) ด้านผลผลิต ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี

ศักดา เมืองคำ (2563) ได้ศึกษาการประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายการดูแลทางการแพทย์ครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ ระบุปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการ และเสนอแนะการปรับปรุงการบริหารจัดการนโยบายทีมหมอครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 174 ราย และเชิงคุณภาพ 10 ราย วิเคราะห์โดยตัวแบบ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต (CIPP) และภาคสถิติบรรยาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักทีมหมอทั้งที่มีประสบการณ์รับบริการจากทีมหมอครอบครัวเมื่อได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัวโดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนทีมงาน หมอครอบครัวมีองค์ประกอบหลักเป็นแพทย์มากที่สุด การบริหารจัดการนโยบายทีมการแพทย์ครอบครัวมีประสิทธิผล สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิผลได้แก่ การดูแลรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลและเป็นที่พึ่งเวลาเจ็บป่วย การจัดทำข้อมูลสถานะครอบครัว การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง ให้คำปรึกษาแนะนำและสุดท้ายการดูแลในกรณีส่งต่อ

เกศสุดา สิทธิสันติกุล, วิรัตน์ คำศรีจันทร์, บัญจรัตน์ โจลานันท์ และปรารถนา ยศสุข (2562) ได้ศึกษาการประเมินการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 1 โดยใช้หลักการประเมินเชิงระบบบ CIPP model ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยนำเข้า คือ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 2) กระบวนการจัดเวที ประกอบด้วยการเตรียมการ การดำเนินงาน การประเมินผล 3) ผลผลิตที่คาดหวัง คือการได้รับฟังความคิดเห็นเชิงนโยบายและปฏิบัติการ และผลลัพธ์ 4) สภาพแวดล้อม พบว่า สภาพแวดล้อมภายใน มีจุดแข็งเชิงโครงสร้างและเครือข่ายการดำเนินงาน 5) ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมเวที พบว่าระดับดีด้านกระบวนการ การมีส่วนร่วม และเป็นรับฟัง

วรารัตน์ ใจชื่น (2563) ได้ศึกษาประเด็นทายของระบบสุขภาพตามเจตนารมณ์สาธารณสุขมูลฐาน: บทสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทย โดยพบความท้าทาย 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความชัดเจนของเป้าหมายในการพัฒนาที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยเฉพาะประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพช่องปากตัวจริง 2) การทบทวนและปรับปรุงองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วนของระบบสุขภาพ (six building block of health system) เพื่อขับเคลื่อนไปสู่การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชากรส่วนใหญ่ และ 3) การจัดการปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก

Hahn Yi, Jeongeun Hwang, Hyun-Jin Bae & Namkug Kim (2019) ได้ศึกษาอายุ เพศที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับการเลียนแบบการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า 1) ขนาดของการเลียนแบบการฆ่าตัวตายจากผู้มีชื่อเสียง จำนวน 10 ราย พบในเพศหญิงมากที่สุด อายุ 20 - 29 ปี (95% CI, 1.76 - 2.96) รองลงมาอายุ 30 - 39 ปี (1.45 - 2.40) และ 2) อัตราการฆ่าตัวตายจากผู้มีชื่อเสียงจำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 20 - 29 ปี มากที่สุด (95% CI, 8.9 - 26.5) รองลงมา คือ เพศชาย อายุ 40 - 49 ปี (95% CI, 7.0 - 25.9) และ อายุ 50 - 59 ปี (95% CI, 10.7 - 30.3) จะเห็นว่า การเลียนแบบการฆ่าตัวตายพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุที่เลียนแบบฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 การฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ โดยเฉพาะทฤษฎีทางด้าน ชีวะ-จิต-สังคม (Bio-psycho-social) มาศึกษาและวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต (Scoping review) ปี ค.ศ. 2020 ที่ต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 23 การศึกษา พบ มีการใช้ 9 ทฤษฎีในการศึกษาการฆ่าตัวตาย (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564) ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงผลของความผูกพัน จากความใกล้ชิดที่ลึกซึ้งหรือต่อเนื่องของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่งที่ถูกยอมรับว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในโลกนี้ได้ดี เช่น บริบทของความผูกพันระหว่างครอบครัวกับเด็ก (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564) ตามทฤษฎีของ Bowlby (1980) ที่กล่าวไว้ว่า ความผูกพันหรือความเชื่อมต่อทางกายภาพและทางอารมณ์จากผู้ดูแลหลัก เช่น มารดาจะมีความสัมพันธ์ที่สำคัญต่อเด็กในวัยเยาว์ เป็นต้น ดังการศึกษาที่อธิบายว่า เด็กวัยเยาว์ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จะเพิ่มความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย(Panyawong W et all, 2020) หรือเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากการทำร้ายตัวเอง (Sinyor M et all, 2017) และ

ความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี (Hua P et all, 2020) โดยเฉพาะบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (Bowlby J, 1980)

2) ทฤษฎีแบบแผนการถ่ายทอดในครอบครัวของการฆ่าตัวตาย (Familial transmission of suicide) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง การสืบทอดการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว ที่เป็นปัจจัยหลักในการฆ่าตัวตายของลูกหลานวัยรุ่น เช่นการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนในครอบครัวตอนที่ตนอยู่ในวัยเด็ก เป็นต้น10 ทั้งนี้ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนแนวคิดจากการศึกษาในเรื่องครอบครัวการรับเลี้ยงลูกบุญธรรมการมีคู่แฝด การศึกษาระดับโมเลกุลในองค์ประกอบพันธุกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การเฝ้าสังเกตการณ์การฆ่าตัวตายหมู่ ในกลุ่มที่มีสัมพันธ์กันเชิงชีววิทยา (Jakobsen IS, Christiansen E, 2011 ; Rostila M et all, 2016) เป็นต้น

3) ทฤษฎีแรงจูงใจของมนุษย์ต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรที่มีอยู่ (Conservation of resources framework) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แรงจูงใจของมนุษย์ต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรที่มีอยู่ ที่อ้างถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ไม่เพียงแต่การสูญเสียทรัพยากรต่าง ๆ ในช่วงแรก แต่ยังหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะอนุรักษ์ทรัพยากรนั้น สำหรับการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564 ; Kuramoto SJ et all, 2010 ; Hollingshaus MS, Smith KR, 2015) ทั้งนี้ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนแนวคิดจากการศึกษาที่ว่า การสูญเสียบุคคลในครอบครัวจากการฆ่าตัวตาย จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในการใช้ชีวิตหรือความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีอยู่ ซึ่งในบางครอบครัวที่ยังคงอยู่ในปัจจุบัน ความสามัคคีระหว่างคู่ชีวิตกับลูก ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ จะเป็นปัจจัยที่ป้องกันการฆ่าตัวตายอีกครั้งของคนในครอบครัว แต่ในกรณีที่ทายาทที่มีชีวิตอยู่ต้องย้ายครอบครัวไปอยู่กับ ปู่ ย่า ตา หรือ ยายนั้น อาจจะเกิดแรงกดดันจากการอาศัยอยู่ร่วมกันของบุคคลที่แตกต่างกัน 3 รุ่น ก็จะทำให้เด็กรู้สึกสูญเสียทรัพยากรที่เขาต้องการเก็บไว้ให้คงอยู่เหมือนเดิม เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน การศึกษา ความรัก และความปลอดภัยในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการขาดสิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นการสะสมให้เกิดความอ่อนแอในความสามารถของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตของตนเอง จนอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ของเขาได้ (Kuramoto SJ et all, 2010)

4) ทฤษฎีแบบแผนการเกิดโรคที่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความตึงเครียด (Diathesis-stress model) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง ความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด ที่กล่าวว่า การที่บุคคลประสบกับความเครียดและความเศร้าที่เรื้อรังในวัยเด็ก จะส่งผลที่ฉับพลันหรือเรื้อรังต่อการพัฒนาของสมองและกลไกทางชีววิทยาของระบบเส้นประสาทที่ไม่เหมาะสม อันจะเป็นความเสี่ยงต่อสภาวะทางกายภาพและจิตเวชที่เพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งการสูญสียบุคคลในครอบครัวจะสัมพันธ์กับความเครียดและความเศร้าที่เรื้อรังตลอดทั้งชีวิต ซึ่งจะเป็นการสะสมของความสึกกร่อนจากความเครียด (Allostatic load) และจะปรากฏผลต่อสุขภาพ ขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต ผ่านกลไกทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและกลไกการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564; Sinyor M et all, 2017; Bowlby J,1980) โดยพบว่า การสูญเสียบิดาของเด็กก่อนวัยเรียนจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากการทำร้ายตัวเองหรือจากการกินยาพิษ ซึ่งจะมีมากกว่าการสูญเสียที่เกิดขึ้นในวัยชรา (Sinyor M et all, 2017) และความเครียดนั้นจะเพิ่มความเสี่ยงของบุคคลต่อความเจ็บป่วยทางกายภาพ เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ และโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าโรคบุคลิกภาพผิดปกติ และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Beauchaine TP et all, 2011; Heim C et all, 2008; Mittendorfer-Rutz E et all, 2008)

5) ทฤษฎีการบูรณาการณ์ทางสังคม (Social integration theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง บทบาทซึ่งกันและกันระหว่างกลไกทางสังคม และกลไกทางชีวภาพ ที่เป็นต้นเหตุของการฆ่าตัวตาย (Gravseth HM, 2010) โดยการเข้าร่วมสังคมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้ามามีความสัมพันธ์ในเรื่องบรรทัดฐานและโครงสร้างทางสังคมด้วย

การเข้าสังคมและส่งเสริมด้วยการติดต่อหรือสร้างความสัมพันธ์กับบุคลอื่นในสังคม (Ratnarajah D et al, 2008) และระดับของการเข้าร่วมสังคมมักจะลดลงภายหลังที่มีบุคคลภายในครอบครัวเสียชีวิตไป เช่น การเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของเด็กจะมีผลต่อระดับของการสนับสนุนและการสร้างกฎระเบียบทางสังคมของเด็ก เป็นต้น(Gravseth HM, 2010)

6) ทฤษฎีแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม (Socio-ecological model) เป็นทฤษฎีที่อ้างถึงแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมที่หลากหลาย สำหรับใช้ในการวิจัยและวิพากษ์เกี่ยวกับระบาดวิทยาสังคม ที่รวมถึงการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564; Panyawong W et all, 2020; Blum R et all, 2012) โดยกรอบทฤษฎีแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคมจะอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่มีอยู่จะขึ้นกับระดับทางระบบนิเวศวิทยาทางสังคมของบุคคล และเกี่ยวกับบทบาทที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน ชุมชน และประเทศ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยของสังคมโดยทั่วไปและปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงของวัฒนธรรมในสังคมนั้น ๆ (Blum R et all, 2012) อีกทั้งแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม ได้อ้างถึงสาเหตุจำนวนมากของการฆ่าตัวตายในวัยเด็ก ที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว หรือความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ) และปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ และปัจจัยเชิงป้องกันที่มีมาตั้งแต่ต้น ในด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Panyawong W et all, 2020) อีกทั้งทฤษฎีแบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม จะเป็นแนวคิดในเรื่องการสะสมความเสี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงหลายระดับในระบบนิเวศวิทยาของสังคม ที่ทำให้มีการเพิ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Perkins DF et all, 2002)

7) ทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง การคัดลอกจากต้นแบบหรือการลอกเลียนแบบ ที่อธิบายถึงการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว ที่อาจจะทำให้เด็กอาจจะเรียนรู้หรือสังเกตและคัดลอกพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ วิธีการฆ่าตัวตาย เป็นต้น (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564; Bandura A et all,1965) โดยทฤษฎีนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในความพยายามฆ่าตัวตายจะมีโอกาสสูงในบุคคลที่เคยสัมผัสกับเหตุการณ์ความพยายามฆ่าตัวตายหรือการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมาก่อน (Spiwak R et all, 2011)

8) ทฤษฎีสมมุติฐานถึงช่วงเวลาวิกฤต หรือการเข้าถึงช่วงเวลาดำเนินชีวิต (Critical period hypothesis or life course approach) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเข้าถึงช่วงเวลาดำเนินชีวิต เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเชิงป้องกันการฆ่าตัวตายในช่วงอายุที่แตกต่างกัน (เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564) โดยเป็นการสะสมประสบการณ์ที่สัมผัสถึงผลลัพธ์ที่เคยพบเห็นมาตลอดชีวิตหรือบางช่วงเวลา หรืออาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างในบางช่วงอายุ (Hobfoll SE, 1989) ส่วนของสมมุติฐานถึงช่วงเวลาวิกฤตนั้น เป็นการศึกษาในช่วงเวลาที่เปราะบางสำหรับการสัมผัสถึงประสบการณ์การฆ่าตัวตายในชีวิต ดังเช่น ช่วงวัยรุ่น ที่เป็นช่วงอัตรายในการที่บุคคลปรับแต่งชีวิตของตนเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การสัมผัสซึ่งเหตุการณ์อันรุนแรงในชีวิต ที่นำมาซึ่งความผิดปกติทางอารมณ์ การลดการรับรู้คุณค่าของตนเองและการปรับตัวต่อสิ่งที่เผชิญอย่างไม่เหมาะสม เช่น ความก้าวร้าว ความเกลียดชัง และการแสดงความรุมแรง ซึ่งจะสืบทอดต่อมาถึงตอนเป็นผู้ใหญ่ และเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Beauchaine TP et al, 2011)

9) การพัฒนาแบบจำลองพฤติกรรมต่อต้านสังคม (The developmental model of antisocial behavior) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง พฤติกรรมต่อต้านสังคมของเด็ก ที่ถูกพัฒนาผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัว โดยครอบครัวที่มีเด็กที่แสดงความผิดปกติจากการส่งเสริมของครอบครัวอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ความรุนแรง การลงโทษ การขาดความอบอุ่น และการให้คำแนะนำที่ไม่ดี ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม

ที่มีต่อสังคมและเป็นการให้คำแนะนำแก่เด็กในแง่ลบ(เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์,2564; Heim C et all, 2008) โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและอิทธิพลของครอบครัว จะเป็นตัววัดว่า เด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมความรุนแรงหรือการต่อต้านสังคมจากความพยายามฆ่าตัวตายหรือการเสียชีวิตของคนในครอบครัวหรือจากการหาแนวทางอยู่รอดจากการเผชิญกับภาวะการสูญเสียอันทำให้เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือการทำลายสิ่งของ ที่จะนำมาซึ่งการกระทำความรุนแรงต่อตนเองตามมา เช่น การฆ่าตัวตาย(Beauchaine TP et all, 2011)

และจากการทบทวนวรรณกรรม ในปี ค.ศ. 2020 สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่า มีการแนะนำในการใช้ 3 ทฤษฎีในการศึกษาการฆ่าตัวตาย (Rostila M et all, 2011) ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อการฆ่าตัวตาย (Interpersonal theory of suicide) (Rostila M et all, 2011) ซึ่งทฤษฎีนี้จะถูกนำมาใช้ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยเป็นการศึกษาถึงการเหนี่ยวนำให้มีความคิดฆ่าตัวตายจากการรวมกันระหว่างองค์ประกอบเรื่องการปล่อยวางและการรับรู้ภาระหนักที่จะตามมา และเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตายนั้นอย่างมั่นคงและไม่สามารถเปลี่ยนแปลง จะทำให้การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นได้จริง ในขณะเดียวกัน สมรรถภาพการฆ่าตัวตายและความต้องการฆ่าตัวตายอย่างมั่นคงจะกระตุ้นความต้องการฆ่าตัวตายอีกประการหนึ่ง โดยตัวแปรหลักของสมรรถภาพการฆ่าตัวตาย จะประกอบด้วย ความอดทนต่อความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น และความสามารถก้าวผ่านความกลัวต่อการตายได้
2) ทฤษฎีกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอนต่อการฆ่าตัวตาย (Three-step theory of suicide) (Rostila M et all, 2011) ซึ่งทฤษฎีนี้จะถูกนำมาใช้ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยขั้นตอนแรกของทฤษฎี คือ ขั้นตอนที่แสดงว่า ความเจ็บปวดและความสิ้นหวังจะเหนี่ยวนำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนขั้นตอนที่สองของทฤษฎี คือ ความคิดฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น ถ้าขาดความเชื่อมโยงที่เพียงพอ โดยความเชื่อมโยงที่เหมาะสม จะประกอบด้วย ความเป็นตัวตนที่เพียงพอและการหมดสิ้นภาระหนักที่มีอยู่ เช่น การมีความสำนึกถึงความสำคัญหรือเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่ หรือการมีคุณค่าของภาระที่มีอยู่ และขั้นตอนที่สามของทฤษฎี คือ ปัจจัยบุคคลในเรื่องความคิดในการฆ่าตัวตายและสมรรถภาพในการฆ่าตัวตายที่จะก่อให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตาย โดยสมรรถภาพในการฆ่าตัวตายจะตั้งต้นมาจากการมีความรู้สึกที่ไร้ความกลัวต่อการตาย การอดทนต่อความเจ็บปวดทางกายภาพ และการปฏิบัติตามแผนการที่ได้วางไว้
3) ทฤษฎีแห่งความสิ้นหวังของภาวะซึมเศร้า (Hopelessness theory of depression) (Rostila M et all, 2011) ซึ่งทฤษฎีนี้จะถูกนำมาใช้ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยเป็นการวัดแนวทางที่เกิดจากการรักษาอย่างไม่ถูกต้องในวัยเด็กอันเป็นผลให้เกิดการสร้างรูปแบบที่สืบทอดในทางลบขึ้น และเป็นสาเหตุให้บุคคลจะกล่าวโทษตัวเองในทางลบ และมองว่า มีการแข่งขันหรือความยุ่งยากเกิดขึ้นโดยทั่วไปในโลกใบนี้ ซึ่งจะเป็นที่มาอย่างแน่วแน่ของการสร้างให้เกิดผลกระทำในทางลบขึ้น อีกทั้งรูปแบบที่สืบทอดในทางลบนั้น จะเป็นสิ่งเร่งให้บุคคลมองว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับสถานะความสิ้นหวังของตน และสถานการณ์ความสิ้นหวังจะนำมาซึ่งการรวมกันระหว่างภาวะซึมเศร้าแห่งความสิ้นหวังกับความคิดและความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย โดยการพูดและการแสดงรูปแบบที่สืบทอดในทางบวกระหว่างกันและกัน จะเป็นตัววัดถึงการก่อให้เกิดอุบัติการณ์และการถ่ายทอดให้เกิดความพร้อมที่จะให้เกิดการสิ้นสุดของปัญหาลงด้วยดี

ปัจจุบันยังไม่พบการตีพิมพ์เผยแพร่วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการฆ่าตัวตายในประเทศไทย แต่ได้พบรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ตั้งแต่มีการระบาดของ COVID-19 และรัฐบาลไทยได้ประกาศจำกัดการออกนอกเคหสถาน ระหว่างเวลา 22.00 น. ถึง 04.00 น. ในวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 (Hollingshaus MS, 2015) ทำให้ในปีงบประมาณ 2563 ได้มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.37 คนต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.64 คนต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายร้อยละ 11.0 ในระหว่างที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2564)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในปี ค.ศ. 2017 จาก 35 การศึกษา(House JS et al, 1988) ซึ่งได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ/ปัจจัยชีวะ-จิต-สังคม (Bio-psycho-social) ดังเช่น

1) ปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ ได้แก่

1.1) ปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพบจำนวน 4 ปัจจัย คือ โรคซึมเศร้า (Depression) โรคทางอารมณ์ (Mood disorders) โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) และ โรคผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder: PTSD) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- โรคซึมเศร้า (Depression) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.20 (95%CI: 1.05–4.60) และยังพบว่า ความรู้สึกสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.20 (95%CI: 1.49–3.23) และการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.17 (95%CI: 1.77–2.66) ประกอบด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยอัตรา odds 2.47 (95%CI: 1.40-4.36) และการใช้ยาเสพติด ด้วยอัตรา odds 2.66 (95%CI: 1.37-5.20) (Panyawong W et al, 2020)
- โรคแปรปรวนอารมณ์ (Mood instability) เพิ่มความเสี่ยงต่อความฆ่าตัวตายด้วยระดับความสัมพันธ์ (Effect size) เท่ากับ 0.35 (95%CI: 0.26–0.44 และ $p < .001$) (Palmier-Claus J et al, 2012)
- โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) ด้วยอัตรา odds 2.89 (95%CI: 2.09–4.00) ความพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ด้วยอัตรา odds 2.47 (95%CI: 1.96–3.10) การกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicidal activities) ด้วยอัตรา odds 2.85 (95%CI: 2.35-3.46) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete suicide) ด้วยอัตรา odds 3.34 (95%CI: 2.13–5.25) นอกจากนั้นยังพบว่าโรคแพนิก (Panic disorder) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) ด้วยอัตรา odds 4.39 (95%CI: 2.38–8.10) และความพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ด้วยอัตรา odds 3.96 (95%CI: 2.13–7.35) และยังพบ โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ในเด็ก มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) ด้วยอัตรา odds 3.08 (95%CI: 1.94–4.90) และการกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicidal activities) ด้วยอัตรา odds 2.82 (95%CI: .92–4.14) (Kanwar A et al,2013)

- โรคผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง (Posttraumatic stress disorder: PTSD) ที่มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มทหารผ่านศึก (Pompili M et al, 2013)

1.2) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพบจำนวน 3 ปัจจัย คือ การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า การเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช และความผิดปกติในการนอน โดย

- การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มยา Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ที่เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือความพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ด้วยอัตรา odds 1.92 (95%CI: 1.51–2.44) แต่พบความเสี่ยงที่ลดลงในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ด้วยอัตรา odds 0.57 (95%CI: 0.47–0.70) และพบผลเชิงป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 65 ปี) ด้วยอัตรา odds 0.46 (95%CI: 0.27–0.79) (Barbui C et al, 2009)
- การเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ที่พบว่า ภายหลังการออกจากโรงพยาบาลที่เกิดการฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี จะมีความสัมพันธ์กับประวัติการทำร้ายตนเองหรือความพยายามฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 3.15 (95%CI: 2.28–4.33) และสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วยอัตรา odds 2.70 (95%CI: 1.63–4.48) และยังพบความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ด้วยอัตรา odds 2.47 (95%CI: 1.76–3.47) และนอกจากนั้นยัง พบว่า การขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ด้วยอัตรา odds 0.69 (95%CI: 0.51–0.94) (Large M et al, 2011)
- ความผิดปกติในการนอน ซึ่งพบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ด้วยอัตรา odds 1.99 (95%CI: 1.72–2.30) ซึ่งการนอนละเมอจะเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากที่สุด ด้วยอัตรา odds 4.69 (95%CI: 2.58–8.51) และการนอนกรนจะเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายน้อยที่สุด ด้วยอัตรา odds 2.56 (95%CI: 1.91–3.43)(Malik S et al, 2014)
- การทำร้ายตนเอง (Self-harm) ซึ่งการเจตนาทำร้ายตนเองจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างมาก ด้วยอัตรา odds 16.33 (95%CI: 7.51–35.52) (Yoshimasu K et al, 2008)

1.3) ปัจจัยเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพทางกาย ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมนี้ ได้รายงานปัจจัยของ 2 โรค ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตาย คือ การบาดเจ็บของสมอง (Traumatic brain injury:TBI) และโรคเบาหวานชนิดที่ 1

- การบาดเจ็บของสมอง (Traumatic brain injury:TBI) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการตายจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีชีวิตรอดจากการบาดเจ็บของสมองมาก่อน ดังรายงานที่พบร้อยละ 7 ถึง 27.3 ของทหารผ่านศึกที่ได้รับการบาดเจ็บของสมองจะมีความพยายามฆ่าตัวตาย(Bahraini NH et al,2013)
- โรคเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าประชากรทั่วไป ทั้งในวัยเด็ก และผู้ใหญ่ (Pompili M et al,2014)

1.4) ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมนี้ ได้รายงานพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

- การสูบบุหรี่ ซึ่งพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสมบูรณ์ที่เพิ่มขึ้นในคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ด้วยอัตราเสี่ยง (Risk ratio) 1.28 (95%CI: 1.00–1.64) และในคนที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำด้วยอัตราเสี่ยง (Risk ratio) 1.81 (95%CI: 1.50–2.19) และคนที่สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันด้วยอัตราเสี่ยง (Risk ratio) 1.23 (95%CI: 1.18–1.27) (Li D et al, 2012)
- การใช้สารเสพติด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 5.24 (95%CI: 3.30–8.31) และความเสี่ยงในผู้หญิงด้วยอัตรา odds 8.34 (95%CI: 2.18–31.82) ที่มากกว่าในเพศชายด้วยอัตรา odds 3.87 (95%CI: 1.85–8.13) (Yoshimasu K et al, 2008)

2) ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ/ปัจจัยชีวะ-จิต-สังคม (Bio-psycho-social) ได้แก่

2.1) การฆ่าตัวตายในครอบครัว (Parental suicide) ซึ่งเด็กที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวด้วยการฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา odds 1.94 (95%CI: 1.54–2.45) และความเสี่ยงต่อความพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา odds 1.95 (95%CI: 1.48–2.57) นอกจากนั้น เด็กที่มีคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายเช่นกันด้วยอัตรา odds 3.40 (95%CI: 2.82–4.10) และความพยายามฆ่าตัวตายอัตรา odds 3.74 (95%CI: 3.54–3.95) ซึ่งต่างจากเด็กที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวด้วยการตายจากสาเหตุอื่น ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา odds 1.91 (95%CI: 1.56–2.10) และความเสี่ยงต่อความพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา odds 1.73 (95%CI: 1.63–1.83) (Geulayov G et al, 2012)

2.2) การกระทำในทางผิด (Abuse) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมนี้ได้รายงานการกระทำในทางผิดต่าง ๆ เช่น

- การเลี้ยงดูเด็กในแบบที่ผิด ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ เพศ หรือทั้งสามด้านผสมกันจะเพิ่มความเสี่ยงในความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่ได้มีประสบการณ์กระทำ 4 เท่า
- การกระทำผิดทางเพศต่อเด็ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.43 (95%CI: 1.94–3.05) (Geulayov G et al, 2012)
- การกระทำความรุนแรงในชีวิตคู่ (Intimate partner violence: IPV) ในเพศหญิงจำนวน 2 การศึกษา ซึ่งอัตรา odds อยู่ระหว่าง 3.2 ถึง 7.97 (Devries KM et all, 2013)
- การกลั่นแกล้ง (Bullying) ซึ่งการเผชิญกับการกลั่นแกล้งจากเพื่อนจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.23 (95%CI: 2.10–2.37) และสัมพันธ์กับความพยายามฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.55 (95%CI: 1.95–3.34) ส่วนการกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต (Cyberbullying) มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความคิดฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 3.12 (95%CI: 2.40–4.05) ซึ่งมากกว่าการกลั่นแกล้งทั่วไป ที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความคิดฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 2.16 (95%CI: 2.05–2.28) (Van Geel M et al, 2014)
- การใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งของการสัมผัสรับรู้ถึงการฆ่าตัวตาย ดังรายงานที่พบร้อยละ 59 ได้เรียนรู้การฆ่าตัวตายแบบออนไลน์ และในวัยผู้ใหญ่ พบว่า การเพิ่มขึ้นของการติดอินเทอร์เน็ต จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความคิดฆ่าตัวตายเช่นกัน (Daine K et al, 2013)
- เพศศึกษา ซึ่งความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มเลสเบี้ยน (Lesbian) และเกย์ (Gay)

ไบเซ็กชวล (Bisexual) พบการรายงานความเสี่ยงที่มากกว่าในร้อยละ 0.03 ถึง 0.25 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรักต่างเพศ (Heterosexuals) และพบว่าความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ชายจะมากกว่าผู้หญิง (King M et al, 2008)

2.3) การจ้างงาน ซึ่งการว่างงานจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นด้วยอัตราเสี่ยง 1.58 (95%CI: 1.33–1.83) (Milner A et al, 2014) โดยการว่างงานระยะยาวจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยง 1.70 (95%CI: 1.22–2.18) และการว่างงานไม่เกิน 5 ปี จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยง 2.50 (95%CI: 1.83–3.17) (Milner A et al, 2013)

2.4) อาชีพ ซึ่งอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ อาชีพขั้นพื้นฐาน เช่น คนทำความสะอาด จะมีอัตราเสี่ยง 1.84 (95%CI: 1.46–2.33)(Milner A et al, 2013) และได้มีรายงานความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยองค์กรด้านแรงงานระดับนานาชาติ (International Labour Organization: ISCO) ที่พบว่า อาชีพกลุ่ม ISCO กลุ่มที่ 8 เช่น ที่เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องจักรกล มีความเสี่ยงสูงสุดด้วยอัตราเสี่ยง 1.78 (95%CI: 1.22–2.60) อาชีพกลุ่ม ISCO กลุ่มที่5 เช่น ตำรวจ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยง 1.52 (95%CI: 1.28–1.80) อาชีพกลุ่ม ISCO กลุ่มที่6 เช่น เกษตรกร มีความเสี่ยงด้วยอัตราเสี่ยง 1.64 (95%CI: 1.19–2.28) และอาชีพกลุ่ม ISCO กลุ่มที่1 เช่น กลุ่มผู้จัดการ ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยง 0.68 (95%CI: 0.50–0.93) และอาชีพกลุ่ม ISCO กลุ่มที่4 เช่น เสมียน จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยง 0.77 (95%CI: 0.64–0.92)

2.5) สิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงอาวุธปืนจะเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายด้วยอัตรา odds 3.24 (95%CI: 2.41–4.40) (Anglemyer A et al,2014)

นอกจากนั้นยังมี การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ถึงปัจจัยเสี่ยงทางจิตวิทยาต่อความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรง (Serious suicide attempts) ในปี ค.ศ. 2018 จาก 39 การศึกษา ที่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายที่ร้ายแรง(Gvion Y et al,2018) ได้แก่

2.5.1 ความเจ็บปวดทางจิต (Mental pain) เช่น ประสบการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะสิ้นความหวัง และภาวะเครียด

2.5.2 ปัจจัยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) เช่น ความยากลำบากในการสื่อสาร (Communication difficulties) ที่พบว่า การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) และการรับรู้ความเหงา (Loneliness) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรง (Levi Y et al,2008)

2.5.3 ปัจจัยด้านการตัดสินใจ (Decision-making factor) ที่เป็นกระบวนการเลือกชุดของการแสดงการกระทำ หรือการรับรู้ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งความล้มเหลวในการควบคุมจัดการกับคำสั่งงานที่ยากและการปิดกั้นการรับรู้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรง (Kessler RCJBp. 2004; Zimmerman M et al,2012)

2.5.4 ปัจจัยความหุนหันพลันแล่นและความก้าวร้าว (Impulsivity-aggression factor) ซึ่งทั้งสองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและไม่สามารถแยกออกจากกันในการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และปัจจัยความก้าวร้าว เช่น ความรุนแรง ความก้าวร้าว ความหงุดหงิด และความเกลียดชัง จะทำให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายร้ายแรงเป็นอย่างมากถ (Doihara C et al, 2008)

2.5.5 ปัจจัยทางสังคมดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองในเด็กและวัยรุ่นกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเครือข่ายทางสังคม ในปี ค.ศ. 2017 จาก 86 การศึกษา(Quigley J et al,2017) ที่พบว่า พฤติกรรมในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองในเด็กและวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่ตนรู้จัก เช่น พฤติกรรม

ของสมาชิกในครอบครัวและพฤติกรรมของเพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้จากการวิเคราะห์สถิติเชิงอภิมาน (Meta-analysis) ถึงความสัมพันธ์ทางสังคมและความคิดฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2017 จาก 31 การศึกษุ (Chang Q et al, 2017) ที่พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมในสังคมที่ไม่ลงรอยกัน ด้วยอัตรา odds 1.57 (95%CI: 1.40-1.76) โดยความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการทารุณกรรมด้วยอัตรา odds 2.31 (95%CI: 1.81-2.94) ความโดดเดี่ยวด้วยอัตรา odds 2.24 (95%CI: 1.73-2.90) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีด้วยอัตรา odds 1.59 (95%CI: 1.37-1.83) อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในปี ค.ศ. 2021 จาก 12 การศึกษา(Du L et al,2021) ที่พบความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยค่าความสัมพันธ์ Correlation (r) เท่ากับ -0.22 (95%CI: -0.30, -0.14; $p < 0.001$)

2.5.6 ปัจจัยจากสื่อต่าง ๆ ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมกับความคิดและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ในปี ค.ศ. 2021 จาก 46 การศึกษา (Macrynikola N et al, 2021) ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมและโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนบ่อย ๆ จะมีแนวโน้มให้เกิดความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายการใช้สื่อสังคมที่สัมพันธ์กับการสื่อสารทางเพศและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย และการเสพติดการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนจะมีความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อมโยงระหว่างสื่อทางสังคมกับการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มใน ปี ค.ศ. 2018 จาก 97 การศึกษา (Intahchomphoo C, 2018) ที่แสดงความเชื่อมโยงทั้งทางบวกและทางลบระหว่างสื่อทางสังคมกับการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่ม โดยสื่อทางสังคมมีประโยชน์ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การค้นหาวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจากการโพสต์ในสื่อสังคมของเขา การดำเนินการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่ม และการให้คำปรึกษาแก่คนหนุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายผ่านสื่อสังคม และความเชื่อมโยงในทางลบ เช่น การใช้สื่อสังคมเพื่อเป็นเครื่องมือในการชี้นำและสร้างความกดดันแก่วัยรุ่นที่กำลังจะฆ่าตัวตาย ได้แก่ การกลั่นแกล้งทางอินเตอร์เน็ต (Cyberbullying) การสื่อสารทางเพศ การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคทำร้ายตนเอง หรือเนื้อหาชี้นำการฆ่าตัวตายบนสื่อสังคม

2.5.7 ปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมที่สัมพันธ์กับความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรง ได้แก่

- การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตทางลบ เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กและจากครอบครัว (การกระทำผิดในทางเพศ หรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดี) ในกลุ่มที่เกิดความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรงในจำนวนมาก (Beautrais AL, 2003)
- การเคลื่อนย้ายทางภูมิศาสตร์ (ในกลุ่มคนที่มีการย้ายที่อยู่อาศัยภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความพยายามฆ่าตัวตายอย่างร้ายแรง(Potter LB et al,2001)

2.3 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.3.1 การส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตาย

ปัจจุบันได้มีการรวบรวมและศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายจำนวนมาก โดยแบ่งรายละเอียด ดังนี้

1) การทำงานแบบภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาทบทวนพบว่าเครือข่ายจะเกิดได้ย่อมต้องมีกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเข้ามาเพื่อประสานให้เกิดการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยของสังคม โดยผลจากการศึกษาทบทวนสามารถประมวลกระบวนการสร้างเครือข่ายที่สำคัญ พบใน 3 ส่วนหลัก ดังนี้

1.1 การพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลง หลังจากที่ได้ค้นหาเครือข่ายที่จะเข้าร่วมแล้ว ผู้นำถือเป็นหลักสำคัญเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ที่จะเป็นแกนนำหรือศูนย์กลางทั้งหมดนี้ ควรมีภาวะผู้นำและเน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยกลยุทธ์ วิธีการ และการสานเครือข่าย อย่างไรก็ตามพบว่ากระบวนการพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยกระบวนการย่อยอีก 2 กระบวนการได้แก่

1.1.1 ระบุผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการสร้างเครือข่าย หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการสร้างความตระหนักให้กับชุมชนและคนที่เกี่ยวข้อง และนำมาสู่ความต้องการการรวมกลุ่มแล้ว กระบวนการต่อมา คือ การค้นหาและระบุบุคคล ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรที่คาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างประเด็นที่ต้องการขับเคลื่อน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เหมาะสมจะเป็นผู้นำได้นั้น ควรเลือกจากบุคคลนั้นเป็นคนที่ได้หรือเสียประโยชน์จากการขับเคลื่อน เป็นบุคคลหรือองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ตามประเด็นดังกล่าว ยิ่งเป็นคนที่มีความสนใจในเรื่องดังกล่าวและมีบทบาทหน้าที่โดยตรงย่อมเป็นบุคคลที่มีพลังในการขับเคลื่อนสูงตามไปด้วย

1.1.2 การแสวงหาแกนนำที่ดีของกลุ่มที่จะเป็นเครือข่าย เป็นประเด็นเพิ่มเติมจากการพิจารณาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรง โดยการแสวงหาแกนนำนี้ ควรพิจารณาเพิ่มเติมว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้เล่นหลัก (Key Actor) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือไม่ มีอิทธิพลเพียงพอต่อการผลักดันการทำงานหรือช่วยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายอันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้หรือไม่ อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรต่าง ๆ ดังเช่น จำนวนบุคลากร งบประมาณสนับสนุน การหาผู้นำหลัก (Key Leaders) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะบุคคลดังกล่าวจะเป็นผู้สร้างแรงผลักดันให้เกิดภายในกลุ่ม สามารถใช้อำนาจต่าง ๆ ช่วยสร้างให้เกิดการขับเคลื่อนในแต่ละระดับ รวมถึงสร้างให้เกิดการร่วมมือร่วมใจหรือได้รับความร่วมมือซึ่งส่งผลต่อการขยายเครือข่าย ทั้งนี้แกนนำกลุ่มอาจมีหลายคนที่ดูแลรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป เครื่องมือที่สามารถช่วยในเรื่องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครือข่ายได้ดีขึ้น คือ ผังเครือข่าย ซึ่งจะทำให้เห็นถึงศักยภาพของทีมและทุนทางสังคมของเครือข่าย ดังเช่น การแยกออกเป็นฐานทุนเดิม ฐานทุนที่สนับสนุนเพิ่มเติมจากการทำกิจกรรม รวมถึงแสดงให้เห็นถึงภาพความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน พื้นที่ เครือข่ายต่าง ๆ และกลุ่มคนในระดับต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้การทำงานในรูปแบบเครือข่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การจัดตั้งเครือข่าย เป็นระยะของการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย หรือเรียกว่ารวมกลุ่มกันอย่างมีจุดประสงค์ ทั้งนี้การรวมตัวเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเดิมที่เคยมีเป้าหมายร่วมกันมาก่อนและมารวมตัวอีกครั้งเพื่อเป้าหมายใหม่หรือเป้าหมายเดิม หรือเป็นกลุ่มใหม่ที่มาร่วมกันทำกิจกรรมอันมีเป้าหมายเดียวกัน ทั้งนี้การวางเครือข่ายร่วมกันนั้นอาจเป็นการทำสัญญาทางใจ คือ การใช้ความเชื่อใจกันว่าจะรวมกลุ่มกันและการสร้างพันธะสัญญาอย่างเป็นทางการ จากการศึกษาทบทวนพบว่าการรวมกลุ่มเครือข่ายได้ ประกอบกด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1.2.1 การสร้างพันธสัญญาสู่เป้าหมายร่วมกัน เป็นกระบวนการที่เครือข่ายแสดงเจตจำนงร่วมกันที่จะสร้างความผูกพันกัน โดยตกลงทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ไขปัญหา จากนั้นควรมีกิจกรรมที่สร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม/ เครือข่าย หรือเรียกว่าเป็นการศึกษาเรียนรู้กลุ่ม (learning Group) ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่ม เครือข่าย และความรู้ในเชิงของพื้นที่และชุมชนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

1.2.2 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน เป็นกระบวนการสร้างจุดร่วมของกลุ่มเพื่อให้ทุกคนเข้าใจต่อเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้จุดร่วมนี้ควรเป็นจุดร่วมที่ทุกคนได้รับผลประโยชน์ตามที่แต่ละคนต้องการ ดังเช่น ตัวเงิน ชื่อเสียง การได้รับการยอมรับ โอกาสของความก้าวหน้า ความสุขหรือความพึงพอใจ เป็นต้น เนื่องจากการรวมตัวกันเพื่อเหตุผลที่เป็นประโยชน์ร่วมกันนั้นยิ่งสร้างพลังและดึงดูดให้เกิดความเหนียวแน่นของกลุ่ม ดังนั้นเมื่อเจออุปสรรคใด ๆ ก็ตามทีมหรือกลุ่มจะช่วยเหลือกัน ไม่ทอดทิ้งกันระหว่างทาง ทั้งนี้คำว่าวิสัยทัศน์หรือจุดร่วมยังเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ มุมมองและเหตุผลที่อธิบายถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้จุดร่วมอาจอธิบายในรูปแบบของรูปธรรมหรือนามธรรม ยกตัวอย่าง สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยถือเป็นปัญหาที่ต้องตระหนัก เพราะอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ตัวหรือคนในครอบครัวของเราได้ จุดร่วมของการแก้ไขปัญหาจะนำไปสู่การร่วมกันหาทางป้องกัน แก้ไข หรือหาระบบรองรับวิสัยทัศน์ที่เป็นรูปธรรมได้มากขึ้น เนื่องจากวิสัยทัศน์เป็นการมองภาพของอนาคตที่ทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น ร่วมมือกันได้มากขึ้นเพราะรับทราบต่อสถานการณ์ปัญหาได้ดีและทราบว่าสิ่งใดต้องทำบ้าง และใครจะรับบทบาทต่อกระบวนการนั้นได้ดี ทำให้เห็นลำดับขั้นตอนของเครือข่าย ทำให้ศักยภาพของกลุ่มดีมากขึ้น

1.2.3 พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือ เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน นั่นคือ เมื่อมองเห็นภาพของอนาคตที่อาจยังเป็นรูปธรรม กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่พากลุ่มเครือข่ายไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน โดยองค์ประกอบสำคัญเรื่องของแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือนี้ อาจมีการตกลงกันในเรื่องการบริหารจัดการกลุ่ม กำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กำหนดกิจกรรม จัดวางข้อตกลงในการทำงาน การบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงกำหนดบทบาทย่อยของสมาชิกและสิทธิหน้าที่ของหัวหน้ากลุ่ม รวมถึงเรื่องการประสานงานกับหน่วยประสานนอกกลุ่มเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของเครือข่าย อย่างไรก็ตามข้อสำคัญอีกประการหนึ่งของการทำงานเชิงเครือข่าย คือ การสร้างลักษณะกายภาพของที่ตั้งกลุ่ม ในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นโครงสร้างของอาคารหรือการกำหนดที่ตั้งบนที่ดิน แต่อาจเป็นลักษณะของ Platform Online ต่าง ๆ ที่จะใช้เป็นศูนย์บัญชาการหรือแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งแพลตฟอร์มที่ได้รับความนิยม ดังเช่น Facebook Line Twitter เป็นต้น โดยผลการศึกษาของ พีรพัฒน์ รุ่งเรือง และวรรณวีร์ บุญคุ้ม(2562) พบว่าการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์จะช่วยกำกับทิศทางให้เกิดการทำงานร่วมกันในทิศทางเดียวกัน โดยผลการวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การสร้างภาคีเครือข่ายด้านการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายกับกลุ่ม 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายกับกลุ่ม 3) การพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง 4) การสร้างและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายกับกลุ่ม 5) ยุทธศาสตร์ต้องมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้และควรแก่การนำไปใช้เพื่อสร้างประโยชน์ รวมถึงมีความถูกต้องสอดคล้องกับกฎระเบียบและจรรยาบรรณ

2). การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามหลักศาสนา

จากการศึกษาต่อคำสอนของแต่ละศาสนาแล้ว จะพบว่าประเด็นเรื่องของศาสนากับเสรีภาพในการฆ่าตัวตายนั้นเริ่มเป็นกระแสที่สร้างความฉุกคิดให้กับคนในสังคม เนื่องจากยังมีข้อถกเถียงในอีกหลายประการเกี่ยวกับสิทธิและความชอบธรรมในการฆ่าตัวตายของตนเอง เพราะมนุษย์มีความต้องการพื้นฐานในการมีชีวิตรอด แต่เมื่อถึงเวลาหนึ่งแล้วมนุษย์มักให้เหตุผลบางอย่างเพื่อยุติการมีชีวิตของตนเอง ดังเช่น การป่วยหนัก การสิ้นหวังและไร้ความหวังในการมีชีวิตต่อไป ซึ่งความคิดนี้ ถูกเรียกว่า การฆ่าตัวตายอย่างมีเหตุผล (Rational Suicide) (Werth J, 1995) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ได้มองในมุมมองของปัญหาสังคม ที่พิจารณาในเรื่องการฆ่าตัวตายอันเกิดจากปัญหาทางกาย จิต สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม มุมมองทางการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ที่เห็นได้ว่าการควบคุมทางสังคมผ่านความเชื่อนั้นเริ่มถูกท้าทายจากความคิดในภาวะสังคมสมัยใหม่ ที่สร้างการรับรู้และทัศนคติที่เปลี่ยนไปต่อเรื่องการปลิดชีพของตนเองหรือร่วมกันกับผู้อื่นเพื่อทำให้เสียชีวิต (Strack, S et al, 2008)

สถาบันการศึกษามีหน้าที่หลักในการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจเพื่อให้สมาชิกในสังคมเกิดความสงบสุขทางใจ ทำหน้าที่ประสานสมาชิกในสังคมให้เกิดสำนึกร่วม (Collective Consciousness) อันนำไปสู่ความเป็นปึกแผ่นของมวลชน ให้มีหลักในการยึดเหนี่ยวจิตใจ โดย Durkhiem(1951) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับการฆ่าตัวตายในศาสนาคริสต์ โดยพบว่าผู้ที่นับถือนิกายโปรแตสแตนท์มีโอกาสในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่นับถือนิกายคาทอลิก เนื่องจากคำสอนจากนิกายโปรแตสแตนท์นั้นได้ถูกตีความให้เข้ากับการใช้ชีวิตในสมัยใหม่หรืออำนวยให้เกิดการปรับประยุกต์การใช้ชีวิตภายใต้สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าคำสอนจากฝั่งนิกายคาทอลิก ที่มีแนวจารีตประเพณีที่ปลูกฝังมายาวนาน โดยนิกายโปรแตสแตนท์ให้มุมมองเกี่ยวกับชีวิตว่า พระเจ้าได้มอบเสรีภาพในการดำรงชีวิตให้แก่มนุษย์ มนุษย์จึงมีสิทธิในการกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมถึงความพอใจต่อการมีหรือไม่มีชีวิตอยู่ซึ่งสอดคล้องกับการสอนของศาสนาฮินดูที่เชื่อในเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด (Reincarnation) การฆ่าตัวตายอาจเป็นช่องทางหนึ่งแห่งการหลุดพ้นจากชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ ในทางตรงกันข้ามนิกายคาทอลิกได้ตีความว่าชีวิตมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของพระเจ้าและเป็นของพระเจ้า ดังนั้นการทำลายชีวิตตนเองด้วยการฆ่าตัวตายจึงเป็นบาป สอดคล้องกับแนวคิดจากศาสนาอิสลามที่พบว่าศาสนาอิสลามต่อต้านการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน

แม้ศาสนาพุทธได้ให้มุมมองหลักคิดคล้ายศาสนาฮินดูในเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด แต่ศาสนาพุทธได้มีข้อห้ามเกี่ยวกับการฆ่าสิ่งมีชีวิตซึ่งร่วมถึงการฆ่าตัวเองโดยเจตนาไว้ด้วย ดังนั้นการต่อต้านด้านการฆ่าตัวตายในหลักศาสนาจึงมีความเข้มข้นแตกต่างกัน แม้จะตีความให้เกิดช่องว่างเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นสิทธิเสรีหรือเป็นหนทางแห่งความหลุดพ้นได้ แต่ในแง่ของสภาพสังคมแล้วนั้นยังไม่ยอมรับเรื่องการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการทางศาสนากับการฆ่าตัวตาย พบว่า งานวิจัยของ ณัทธีร์ ศรีดี (2560) ได้ศึกษาเรื่องพุทธจริยศาสตร์กับแนวคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย ได้กล่าวว่าปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตายตามทรรศนะของศาสนาต่าง ๆ ส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่ได้บัญญัติไว้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ไม่ควรเกิดขึ้น ซึ่งให้เหตุผลที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่นศาสนาคริสต์ไม่สนับสนุนให้มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเนื่องจากเป็นการขัดต่อพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าที่ให้ชีวิตมนุษย์มาและพระผู้เจ้าเป็นเจ้าเป็นผู้ล้างบาปเพื่อให้มนุษย์ได้ดำเนินชีวิตอันเกิดจากการสร้างจากฉายาพระเจ้า ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงเป็นบาปในศาสนาคริสต์ ในขณะที่ศาสนาอิสลามเห็นสอดคล้องว่าการฆ่าตัวตายนี้ถือได้ว่าเป็นบาปกรรมเพราะพระเจ้าเป็นผู้สร้างมนุษย์อันเกิดจากดินแห้งหรือดินดำเป็นโคลนตม และ “เมื่อข้าได้ทำให้เขามีรูปร่างสมส่วนและเป่าวิญญาณจากข้าไปในตัวเขาจนกลายเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตแล้ว ฉะนั้นพวกเจ้าจงก้มหัวแสดงการให้เกียรติ” นั่นแปลว่าพระอัลเลาะห์เป็นผู้ประทานชีวิตให้แก่มนุษย์ทั้งหลาย พระผู้เป็นเจ้าจะเป็นผู้กำหนดเองว่าจะให้ผู้ใดกำเนิดและเป็นผู้กำหนดให้ผู้ใดตาย ในขณะที่พระพุทธศาสนาเอง เป็นศาสนาที่ไม่ยอมรับเรื่องการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน ดังคำกำกับว่า “กิจโฉ มนุสฺสปฏิลาโภ” ที่แปลว่า การได้อัตภาพเป็นมนุษย์นั้น เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ดังนั้นมนุษย์ทุกคนพึงควรรักษาชีวิตที่มาด้วยความยากลำบากนี้ไว้ให้ดีที่สุด (ณัทธีร์ ศรีดี,2560) แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตได้ว่าปัจจุบันแนวคิดต่าง ๆ ได้วิพากษ์กลับมาเพื่อตั้งคำถามว่าชีวิตเป็นของใครกัน ชีวิตเป็นของเราใช่หรือไม่ ดังนั้นเสรีภาพควรเป็นเรื่องที่เราสามารถตัดสินใจได้เรื่องการฆ่าตัวตาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าศาสนากับเรื่องการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในแง่ของการเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวของจิตใจ การศึกษาคำสอนและการตีความของแต่ละหลักธรรมนำไปสู่การดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคต มนุษย์ย่อมเลือกทางเดินของตนเองได้เพียงแต่บุคคลเหล่านั้นจะเลือกเป็นเช่นไร ดังนั้นจึงมีงานวิจัยที่เกิดขึ้นอีกหลายงานที่พยายามลดหรือป้องกันการฆ่าตัวตายโดยผสานกับหลักธรรมทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่บาป ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของพระเจ้า การมีชีวิตอยู่เพื่อตอบแทนพระเจ้า รวมถึงการนำหลักธรรมมาใช้เพื่อปลดปล่อยจากความวุ่นวายทางจิตใจ ลดการยึดมั่นถือมั่น และสร้างความเชื่อมั่นการใช้

ชีวิตในอนาคตว่าพระเจ้าจะเป็นผู้นำทางให้กับตนเอง จึงได้เกิดโปรแกรมบำบัดต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ป้องกันและลดภาวะต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ทั้งในระดับความคิดจนกระทั่งการลงมือปฏิบัติ

3) การสร้างสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทในชุมชนและทุกกลุ่มวัย

จากผลการศึกษาทบทวนพบว่าการป้องกันปัญหาด้านการฆ่าตัวตายผ่านการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ปรับทัศนคติในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นทิศทางที่เหมาะสม เพราะเข้าถึงกลุ่มใหญ่ได้ง่ายขึ้น โดยผลการศึกษาของ สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช และ Bailey และคณะ(2563) ได้พบว่าการเรียนทางคอมพิวเตอร์นั้นให้ผลดีทั้งในแง่ความรู้ และทัศนคติของในเรื่องการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ซึ่งใช้รูปแบบออนไลน์มาช่วยจัดการเรื่องการฆ่าตัวตาย รวมถึงช่วยลดอุปสรรคในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการเพื่อรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.05 ในปี พ.ศ.2552 มาเป็นร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ.2559 เพราะได้มีการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น มีโครงการพัฒนาสื่อ บทความ บทเพลง สปอตโฆษณา หนังสั้น โปสเตอร์ แผ่นพับ หนังสืออ่านเล่น และอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมในชุมชนนั้นๆ (Bastiampillai T et al, 2019)

จากกระแสที่หลั่งไหลด้านเทคโนโลยี ดิจิทัลทำให้ผู้คนเริ่มปรับพฤติกรรมในการรับชม รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) มากขึ้นโดยรูปแบบเช่นนี้ เป็นรูปแบบของการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้ใช้งานสามารถสร้างชุมชนออนไลน์เพื่อแบ่งปันสารสนเทศได้อย่างไม่จำกัดในด้านเนื้อหา เวลา สถานที่ โดยบุคคลสามารถสร้างความคิด แบ่งปันข้อความ ส่งข้อมูลข่าวสารในช่วงเวลาที่ไม่จำกัด ทำให้ลดอุปสรรคของการเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนี้ยังเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ ผ่านเครือข่ายทางอินเตอร์เน็ต ทำให้สื่อสังคมออนไลน์นี้กลายเป็นสื่อใหม่ที่มีพลังอำนาจที่ผู้คนนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายแง่มุม และด้วยการเผยแพร่ข้อความได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และราคาถูกทำให้ปัจจุบันถือได้ว่าเป็นช่องทางที่ช่วยทำให้เข้าถึงประชาชนได้จำนวนมาก(Schonert-Reichl, K. A et al,1996)

4) การเพิ่มช่องทางการให้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านสื่อออนไลน์

จากสถิติการใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี พ.ศ.2562 ที่ผ่านมาพบว่ามีวัยรุ่นไทยอายุ 11-19 ปี โทรเข้ามาใช้บริการปรึกษาจำนวนมาก ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดเป็นอันดับหนึ่ง สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าสถิติผู้ใช้สายด่วน 1323 ประมาณ 10,000 สาย พบปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ อันดับที่ 1 มีปัญหาเรื่องความเครียด/ วิตกกังวล ร้อยละ 51.36 รองลงมาอันดับที่ 2 มีปัญหาด้านความรัก ร้อยละ 21.39 และรองลงมาอันดับที่ 3 มีปัญหาซึมเศร้า ร้อยละ 9.82 ตามลำดับ ซึ่งการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเอง หรือเทคนิคการจัดการความเครียดที่เหมาะสม คือ เน้นการให้วัยรุ่นเกิดความคิด ความรู้สึก รับรู้ มีความหวัง สร้างความเป็นตัวตนที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น 1) ฝึกเรื่องการแก้ปัญหา เมื่อเริ่มเกิดความเครียดมากเกินไป นักจิตวิทยาจะให้คำแนะนำแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมกับปัญหา ช่วยให้วัยรุ่นปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่สร้างให้เกิดความตึงเครียด สร้างความคิดเชิงบวก และมองเห็นข้อดีของตนเอง แบ่งเวลาให้ครอบครัวเพื่อสร้างความสุขแบบแบ่งปัน 2) ให้คำแนะนำด้านการฝึกผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจ การคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการถึงบรรยากาศที่มีความสุข การฟังเพลง ออกกำลังกาย ท่องเที่ยว ทำกิจกรรมที่สนุกสนานตามที่ตนเองชื่นชอบ และหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา และเลี่ยงการสูบบุหรี่ 3) การนำเทคโนโลยีมาช่วยดูแลความเครียด โดยได้พบว่าช่องทางอีกช่องทางหนึ่งสำหรับสื่อสารนั้น คือ ช่องทางออนไลน์ผ่าน Mobile Application ดังเช่น Mental Health Check Up 6 Packages

ช่องทางสื่อสารผ่านแอพลิเคชั่น Mental Health Check Up 6 Packages ได้พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองประเมินความเครียดใน

เบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาความเครียด ด้วยคำถามประเมินความเสี่ยง 6 รายการ หากพบว่าผู้รับบริการได้รับการประเมินความเสี่ยงที่สูงแล้ว แอพลิเคชั่นจะแนะนำให้ไปพบแพทย์หือโทรเข้าสายด่วน ซึ่งทำให้ผู้รับบริการสามารถประเมินตนเองเกี่ยวกับแนวทางการจัดการต่อความเครียด จากการศึกษาทบทวนพบว่าในปัจจุบันมีการพัฒนาแอพลิเคชั่นเพื่อการดูแลสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอีกหลายช่องทาง เพื่อรองรับการประเมินหรือคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้การพัฒนาแอพลิเคชั่นในภาคเอกชนได้มีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังเช่น OOCA Platform ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้คำปรึกษาออนไลน์ สามารถ VDO Call เพื่อพูดคุยกับนักจิตวิทยาได้อย่างส่วนตัวและปลอดภัยในทุกที่ทุกเวลา

5) รูปแบบหรือวิธีการคืนข้อมูลที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตาย

การคืนข้อมูลในเชิงวิชาการและเชิงการปฏิบัติอาจมีความแตกต่างกันบ้างไปตามลักษณะของข้อมูล และจุดประสงค์ของการสื่อสาร ดังเช่น หากต้องการคืนข้อมูลเรื่องเกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายเพื่อสร้างความตระหนักในวงกว้าง ควรใช้การสื่อสารผ่านช่องทางที่ประชาชนกลุ่มใหญ่เข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ในขณะที่การคืนข้อมูลเพื่อนำมาใช้ขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย มีรูปแบบที่นิยม 2 ประการ ดังนี้

5.1 รูปแบบการวิจัยเชิงพื้นที่

เมื่อปี พ.ศ.2550 สกว. ได้เริ่มงาน ABC ที่ย่อมาจาก Area Based Collaborative Research for Development ซึ่งถือได้ว่าเป็นหน่วยงานลำดับแรกที่นำงานวิจัยเชิงพื้นที่มาใช้อย่างจริงจัง โดยในระยะแรกได้ทดลองสร้างรูปธรรมของงานที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการตั้งโจทย์เรื่องของพื้นที่ตามความต้องการของพื้นที่เอง จากนั้นจึงเริ่มนำรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้ามา พร้อมกับพัฒนากระบวนการศึกษาให้เป็นแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้ ABC เป็นงานวิจัยที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นในพื้นที่ผ่านการมีส่วนร่วม ทั้งนี้กิจกรรมหลักของการศึกษา คือ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถซึมซับเอาข้อมูลความรู้ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนแนวคิดด้วยการคืนข้อมูลและปรับปรุงแผนแบบหมุนเกลียวความรู้และยกระดับการจัดการงานต่อไป(สีลาภรณ์ บัวสาย, 2557) ดังนั้นสรุปได้ว่าแนวคิด ABC นี้เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ดำเนินการไปพร้อมกับการคืนข้อมูลสู่เครือข่ายความร่วมมือหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตามจุดเด่นของการศึกษาแนวนี้เป็นการศึกษาบนพื้นฐานความต้องการของผู้รับบริการหรือชุมชนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ผู้รับบริการได้รับประโยชน์ที่สุด การศึกษาไม่ขึ้นอยู่กับอคติของนักวิจัยและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงผลลัพธ์ของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้รับบริการมากกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะนักวิจัย

5.2 รูปแบบการทำงานของเครือข่ายช่วยเหลือด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่/ชุมชน ในการดำเนินการด้านการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายต้องอาศัยการทำงานร่วมกับคนในพื้นที่ เครือข่ายระดับชุมชน ดังนั้นจึงได้ศึกษาทบทวนและยกตัวอย่างเกี่ยวกับรูปแบบการทำงานในลักษณะเครือข่ายไว้ดังนี้

5.2.1. เครือข่ายการทำงานในพื้นที่และชุมชน ผ่าน อสม. ถือเป็นกลไกหลักอีกประการหนึ่งในการเข้าถึงกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดย อสม. เน้นการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและครอบครัวให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในการสังเกตความเสี่ยงหรือสัญญาณที่บ่งบอกถึงความสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตาย ดังเช่น การทำงานของกลุ่ม อสม. จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่จัดทำโครงการอบรมผู้นำชุมชนป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแม่บ้าน โดยมอบหมายให้ อสม.และผู้นำชุมชนเป็นผู้ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผลการดำเนินการพบว่า อสม. สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยง ผู้มีปัญหาซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 90 ผ่านการใช้แบบประเมินความเสี่ยง แล้วจึงส่งต่อไปยังสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานได้ถูกขยาย

เครือข่ายออกไปทำงานกับคนนอกชุมชน โดยเฉพาะในสถานประกอบการ ที่พบว่ามีโครงการสนับสนุนและเชื่อมโยงไปยังนิคมอุตสาหกรรมหรือพื้นที่รอบนอกของชุมชน เพื่อใช้กลุ่มเพื่อนพนักงานด้วยกันเป็นเครือข่ายให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ผลการดำเนินการพบว่า การใช้เครือข่ายคัดกรองกลุ่มเพื่อนและให้คำปรึกษา สามารถคัดกรองผู้มีกลุ่มเสี่ยงในสถานที่ทำงานได้ถึงร้อยละ 75 โดยปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่พบได้มากผ่านเครือข่ายเพื่อนในที่ทำงาน คือ ปัญหาการทำงานที่หมุนเวียนจนไม่มีเวลาพักผ่อนหรือเวลาส่วนตัว เรื่องราวปัญหาด้านความรักและการเงิน เป็นต้น จากนั้นจึงผลักดันเข้าสู่การแก้ปัญหาในระดับสถานประกอบการ ดังเช่น การสร้างกล่องรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน การให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์พูดคุยเบื้องต้น และจัดส่งพนักงานเข้ารับการอบรมเพื่อส่งต่อกลุ่มเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยที่ให้บริการได้อย่างเหมาะสมต่อไป

อย่างไรก็ตามในการทำงานเชิงพื้นที่ ยังพบว่าการดึงความร่วมมือจากทรัพยากรที่มีในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ ยิ่งมีมากเพียงใดยิ่งส่งผลดีต่อการสร้างเกราะการป้องกัน ดังเช่นการทำงานเชิงภาคีเครือข่ายของชุมชน ที่ประกอบด้วยกลุ่มเทศบาล วัด โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิต สสส/ สสจ./ สสอ. มหาวิทยาลัย ชมรมต่าง ๆ ผู้นำชุมชน สปสช. ซึ่งเป็นภาพการทำงานที่ครอบคลุมต่อการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการร่วมกันค้นหาปัจจัยและสาเหตุของชุมชนร่วมกันเพื่อกำหนดการขับเคลื่อนงาน เป็นต้น

5.2.2 เครือข่ายการทำงานแบบภาคประชาสังคม จากการศึกษาพบว่า กรมสุขภาพจิตยังได้ร่วมมือกับกองปราบและเพจที่ได้รับความนิยมจากวัยรุ่น ดังเช่น เพจหมอแล็บแพนด้าน, Drama Addict และแหม่มโพธิ์ดำ ที่เข้าร่วมปฏิบัติการการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยกันดูแลเยียวยาสภาพจิตใจซึ่งกันและกัน โดยการทำงานภายใต้เครือข่ายทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตายหรือ HOPE Task Force โดยคำว่า HOPE ย่อมาจากคำว่า Helpers of Psychiatric Emergency ซึ่งหมายถึงผู้ช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตฉุกเฉิน เพื่อนำมาใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ที่กำลังได้รับผลกระทบหรือมีสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโลกโซเชียล เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (เฮชโฟกัส, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการจัดทำโครงการอบรมนักจัดรายการวิทยุ เพื่อเผยแพร่และรณรงค์พื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เป็นต้น

2.3.2 การรักษาการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) สามารถแบ่งการรักษาการฆ่าตัวตายออกเป็น การรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

2.3.2.1 การรักษาการฆ่าตัวตายด้วยการใช้ยา

ผลของการรักษาที่มีหลายเทคนิคต่อระบบประสาทส่วนกลาง Neuromodulation ในการฆ่าตัวตาย จาก 129 การศึกษา ในปี ค.ศ. 2021 ที่พบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นสมองด้วยกระแสไฟฟ้าอย่างอ่อนแบบ Non-invasive (Transcranial direct-current stimulation: TDCS) อย่างเดียว และรวมกับการใช้ยา Sertraline สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) และการรักษาด้วยแม่เหล็ก (Magnetic seizure therapy) สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ รวมถึงการกระตุ้นสมองซ้ำด้วยแม่เหล็ก (Repetitive transcranial magnetic stimulation: rTMS) กับบทบาทในเรื่องการฆ่าตัวตาย จาก 20 การศึกษาในปี ค.ศ. 2021179 ที่พบว่า การใช้คลื่นความถี่สูงของ rTMS ที่ตำแหน่ง dorsolateral prefrontal cortex ของสมองซีกซ้าย เพื่อช่วยในการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า จะสามารถลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาได้

2.3.2.2 การรักษาการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา โดยการใช้จิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่

2.3.2.2.1 การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ)

มีหลักการแนวคิดของการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ หรือคำว่า Resilience Quotient: RQ เมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้วถูกนำมาใช้เป็นหลายคำ ไม่ว่าจะเป็นคำว่า ความยืดหยุ่นทางใจ ความเข้มแข็งทางใจ การกลับคืนสู่สภาพเดิม ความสามารถในการฟื้นพลัง ความยืดหยุ่น เป็นต้น(กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งคำว่า Resilience เป็นภาษาละตินที่ถูกนิยามความหมายว่า ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเรียกว่า ความเข้มแข็งทางใจ โดยหลักการแนวคิดและองค์ประกอบสำคัญของ RQ ประกอบด้วย ฉันเป็น (I am), ฉันมี (I have), ฉันทำได้ (I can) สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้ (เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ,2550)

1. ฉันเป็น (I am) หมายถึง สิ่งที่ฉันเป็น คือการเป็นคนที่มีการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกที่ทำให้จิตใจเข้มแข็ง ดังเช่น

1) ฉันเป็นที่รักของคนอื่น คือ การที่รับรู้ว่าตนเองนั้นเป็นที่ชื่นชอบและเป็นที่รักของผู้อื่น รับรู้ว่าผู้อื่นมีความคาดหวังอย่างไรกับตนเอง

2) ฉันเป็นผู้ที่มีความรัก คือ การรับรู้ว่าตนเองนั้นมีความรัก มีความเห็นใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อบุคคลอื่นที่ถูกแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ โดยตนเองมีความเข้าใจถึงสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมาให้รับรู้ทำให้เกิดทักษะการเข้าสังคมได้ดี

3) ฉันเป็นผู้มีความภาคภูมิใจในตนเอง คือ การแสดงความเชื่อมั่นภายในตนเอง รับรู้ว่าตนเองนี้มีความสำคัญอยู่ มั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้ ผ่านจุดที่ยากลำบากไปได้และประสบความสำเร็จได้

4) ฉันเป็นผู้ที่มีอิสรภาพในตนเอง คือ มีความเชื่อมั่นในความสามารถและเข้าใจในขีดความสามารถของตนเอง รับผิดชอบสิ่งที่ตามมาได้อย่างแน่นอน

5) ฉันเป็นผู้มีความหวัง คือ เป็นผู้ที่มีศรัทธา ให้ความเชื่อมั่นต่อสิ่งที่ถูกต้อง มีหลักและยึดปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเป็นอย่างดี

2. ฉันมี (I have) หมายถึง สิ่งที่ฉันมี เป็นการรับรู้ถึงการมีแหล่งทรัพยากรภายนอกที่ดูแล และช่วยเหลือและเอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของฉัน โดยแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

1) ฉันมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ คือ ฉันได้รับการยอมรับจากครอบครัว คนภายนอก และได้รับการดูแลจากครอบครัวมาเป็นอย่างดี

2) ฉันมีความสามารถในการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพราะได้รับการอบรมสั่งสอนจากผู้ปกครองเมื่อได้ปฏิบัติหรือแสดงออกตามการกระทำต่าง ๆ ดังเช่น หากฉันทำผิด ฉันก็จะได้รับการลงโทษ หากทำตามกฎระเบียบ หรือกติกาที่วางไว้ จะได้รับการชมเชยยกย่อง เป็นต้น

3) ฉันมีต้นแบบ คือ มีการดำเนินชีวิตที่ดี มีต้นแบบที่ควรเอาเยี่ยงอย่างและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องมีหลักศีลธรรมตามศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่

4) ฉันมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง คือ การได้รับการสนับสนุนในการทำสิ่งต่าง ๆ สามารถคิดริเริ่มสร้างสรรค์และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในยามจำเป็นได้

5) ฉันมีแหล่งสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการ รวมทั้งด้านความปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชีวิต

3. ฉันสามารถ (I Can) หมายถึง ฉันเป็นคนที่มีความสามารถ มีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือคนอื่น ๆ โดยมีองค์ประกอบย่อย 5 ประการ ได้แก่

1) ฉันสามารถสื่อสารได้

2) ฉันสามารถแก้ไขปัญหาได้

3) ฉันสามารถควบคุมอารมณ์และผลักดันสิ่งต่าง ๆ ได้

4) ฉันสามารถประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นได้

5) ฉันมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจจากคนที่อยู่รอบตัวเพื่อขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกได้ ดังเช่น ฉันมีพ่อแม่ ฉันมีครู ฉันมีเพื่อนที่พร้อมจะช่วยเหลือฉัน เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการนำหลักการ 3 ประการของ RQ ไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยซึมเศร้าหรือผู้ที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย สามารถทำได้โดยการชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่ฉันเป็น ฉันมี และฉันสามารถ เมื่อเห็นหรือตระหนักได้แล้ว ย่อมนำไปสู่การปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด การกระทำต่อไป

2.3.2.2.2 เสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

จากการมี Self-esteem ต่ำ คือ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ ปลีกตัวออกห่างจากสังคม กลัวการเริ่มต้นใหม่ ไม่กล้าตัดสินใจ เสพติดความสมบูรณ์แบบ มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นนักวิจัยจึงได้พยายามค้นหาแนวทางการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันและลดความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายได้ ดังเช่น งานวิจัยของ ปัญจวัฒน์ จูมลี สหัทยา รัตนจรณะ และวารี กังจ (2564) ได้พัฒนาโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มเพื่อเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน โดยพัฒนาโปรแกรมด้วยการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Established Rapport) ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาปัญหา (Exploration) ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนประสบการณ์ (Experiencing) และ ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างพลังใจ (Empowerment) ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การระบายสีอิสระ การระบายสีนี่คือฉัน การวาดภาพอิสระ การวาดภาพนี่คือฉัน กิจกรรมภาพปะติดต้นไม้แห่งความสุข และ ภาพปะติความภาคภูมิใจของฉัน นอกจากเป็นการบำบัดระหว่างการทำกิจกรรมด้วยศิลปะแล้ว ผู้สูงอายุยังรู้สึกถึงความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้นเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ ณดล โตไทยะ และลักขณา สริวัฒน์ (2565) ได้พัฒนาโปรแกรมโดยนำหลักคิดเชิงพุทธ ดังเช่น หลักโยนิโสมนสิการ ซึ่งประกอบด้วยวิธีคิด 10 วิธี ได้แก่ วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย วิธีคิดแบบแยกแยกส่วนประกอบ วิธีคิดแบบสามัญลักษณ์ วิธีคิดแบบอริยสัจ วิธีคิดแบบอรรถสัมพันธ์ วิธีคิดแบบเห็นคุณโทษและทางออก วิธีคิดแบบคุณค่าแท้-คุณค่าเทียม วิธีคิดแบบอุบายปลุกเร้าคุณธรรม วิธีคิดแบบเป็นอยู่ในขณะปัจจุบัน และวิธีคิดแบบวิภัชชวาท (2547) ผลการพัฒนาพบว่ากิจกรรมกลุ่มช่วยทำให้นักเรียนสะท้อนความคิดของตนเองให้เหมาะสมกับการพัฒนาตนเองได้ ทำให้เกิดการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ไม่นำความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบมาเป็นตัวกำหนด มีความคิดเป็นกลาง มองทุกอย่างได้ตามความเป็นจริง และส่งผลให้คะแนนด้านการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมากขึ้น

ดังนั้นจากการศึกษาทบทวนสามารถสรุปได้ว่า การนำแนวคิดเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นจิตวิทยาเชิงบวกอีกประการหนึ่งมาใช้ในการป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากผลการวิจัยบ่งชี้ว่าหากมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้บุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ระบาย หรือสร้างให้เกิดการรับรู้ว่ามีที่พึ่งพาได้ ย่อมทำให้กลุ่มคนนั้นสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ในขณะที่มีความคิดที่ฟุ้งซ่านหรือความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายขึ้นมานั้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แต่หากได้นำหลักการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มเข้ามาย่อมเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับการป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน

2.3.2.2.3 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของครอบครัว (Role Family) ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ครอบครัวนั้นย่อมมีความสุข มีความอบอุ่น หรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวบกพร่องเรื่องการทำหน้าที่ ครอบครัวดังกล่าวจะขาดความอบอุ่น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

ในบ้านจะน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และหรรษา เศรษฐบุปผา (2563) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r = .52$, $p<.001$) และรายด้านทุกด้าน ดังนั้นชี้ให้เห็นได้ว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการจัดการปัญหาและการเผชิญปัญหาจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ขึ้นอยู่กับครอบครัวมีระดับความสัมพันธ์เป็นเช่นไร มีการทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ จากการศึกษาทบทวนพบว่าบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่

1. บทบาทหน้าที่การแก้ปัญหาของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวต้องเจอกับสถานการณ์ปัญหา หรือวิกฤตของครอบครัวร่วมกัน สถานการณ์ปัญหานั้นไม่ถือว่าเป็นเรื่องของบุคคลเท่านั้น แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นได้ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังคนอื่น ๆ ในครอบครัวร่วมด้วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีหน้าที่หันหน้าเข้าคุยกันเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา

2. บทบาทการทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การดูแลอบรมสั่งสอน ควบคุมให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนที่ดี เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม มีจารีตประเพณีที่ดีงาม

3. การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว หมายถึง ในการอยู่ร่วมกันนั้นทุกคนจะเป็นกลไกของอีกคนอื่นเสมอ การทำบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ดีที่สุดย่อมส่งผลให้ครอบครัวเดินหน้าไปในทิศทางที่วางแผนร่วมกันไว้ ดังเช่น ลูกมีหน้าที่สนใจศึกษาเล่าเรียนหนังสือ ลูกควรปฏิบัติหน้าที่ให้ดีและเหมาะสม ในขณะที่แม่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องการดูแลลูกเป็นหลัก แม่จึงควรให้ความใส่ใจ สนใจเรื่องความเป็นอยู่ของลูก สอบถาม ให้ความใกล้ชิด เป็นต้น

4. สร้างครอบครัวที่มีสายใยรักและความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง การเชื่อมความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวให้เป็นไปในทิศทางเชิงบวก ดังเช่น การมีกิจกรรมที่ทุกคนในบ้านสามารถร่วมกันทำได้ เช่น การปรุงอาหาร การทำขนม เพื่อให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยน สอบถามชีวิตประจำวันและความคิดความรู้สึกของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดการแบ่งปันความคิด ทัศนคติ ความรู้สึก ส่งผลให้เกิดความผูกพันกันมากขึ้น

5. ครอบครัวเป็นที่พึ่งพาทางใจและความผูกพันในครอบครัว หมายถึง กระบวนการที่ใช้ครอบครัวเป็นแกนกลางหลักในการยึดเหนี่ยวจิตใจของสมาชิกทุกคนในบ้าน เพื่อให้เกิดความระลึกถึงครอบครัว สมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเป็นพื้นที่สำหรับการพักใจ สมาชิกในครอบครัวจะได้รับการโอบอุ้มด้วยความรักและสร้างเกราะป้องกันในการเผชิญต่อปัญหา

6. มีการสื่อสารภายในครอบครัว หมายถึง กระบวนการที่นำมาใช้ในการเชื่อมความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก โดยผ่านการสื่อสารทั้งในรูปแบบภาษา และท่าทาง ดังเช่น การพูดคุยสนทนา การกอด การแสดงความรักต่าง ๆ หากมีการสื่อสารที่ดี ชัดเจน ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้ถึงความรู้สึกห่วงใย และปรารถนาดีต่อกัน

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าบทบาทหน้าที่ของครอบครัว มี 6 บทบาทหลัก ได้แก่ 1) การแก้ปัญหาของครอบครัว 2) การอบรมสั่งสอนและควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีงาม 3) ทำบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับมอบหมายให้สมบูรณ์ 4) สร้างความรักและความผูกพันทางอารมณ์ 5) เป็นแหล่งที่พึ่งทางจิตใจให้กับสมาชิกในครอบครัว และ 6) สื่อสารเชิงบวกภายในครอบครัว ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งด้านกายภาพ สภาพเศรษฐกิจ สภาพความเป็นอยู่ และสภาพจิตใจของสมาชิกด้วย ทั้งนี้การฆ่าตัวตายหรือความเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตายในปัจจุบันมีทั้งรูปแบบการฆ่าตัวตายด้วยตนเองตามลำพังและการฆ่าตัวตายร่วม คือ ดึงสมาชิกในครอบครัวมาฆ่าตัวตายร่วมกัน ดังปรากฏในหน้าข่าว ดังเช่น แม่พาลูกกระโดดน้ำฆ่าตัวตาย พ่อหนีปัญหาหนี้สินด้วยการยิงภรรยาและบุตรจากนั้นจึงฆ่าตัวตายตาม การฆ่าตัวตายพร้อมกับคู่รักเพื่อหลีกหนีจากการกีดกันของพ่อแม่ เป็นต้น

แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งกับครอบครัว

เนื่องจากรูปแบบการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนหลายมิติมากขึ้น ทำให้ครอบครัวต้องเน้นการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือ หมั่นสังเกตต่อความผิดปกติของสมาชิกในครอบครัว เช่น เริ่มมีการพูดว่าอยากตาย อยากฆ่าตัวตาย เขียนจดหมายลาตาย เป็นต้น โดยมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่หลากหลายเพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังเช่น งานวิจัยของ ปาจรีย์ ติ้วสิขเรศ และรัตนา นฤภัทร (2558) ได้พัฒนาโปรแกรมรูปแบบ BRAIN Model มาใช้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ดังนี้

ขั้น B: Be Present at the moment เป็นขั้นการสำรวจความคิด ทำจิตใจให้สงบ เตรียมพร้อมตนเองเพื่อให้เกิดสมาธิ พร้อมสำหรับการทำกิจกรรมขั้นต่อไป หรือเรียกได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมเรื่องความสัมพันธ์ให้เกิดความไว้วางใจกัน

ขั้น R: Realize the Importance of Learning เป็นขั้นแรกที่นำมาใช้ในการเปิดความคิด จุดประการให้คิดผ่านกิจกรรมต่าง ๆ

ขั้น A: Appreciatively Listen to Others' Perspectives เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิด ความรู้สึกระหว่างผู้เข้าร่วมด้วยกัน ดังเช่น การเลือกภาพที่ตนเองชอบและถ่ายทอดความคิดหรือแสดงความคิดเห็นที่มีต่อภาพ จากนั้นจึงร่วมกันแต่งหน้าเค้กกับครอบครัว

ขั้น I: incorporate Learning Within Yourself เป็นขั้นที่บุคคลจะร่วมกันทบทวน ใคร่ครวญเพื่อให้เกิดการตกผลึกความคิด สรุปเขียนเป็นความตั้งใจหรือแนวทางที่วางไว้ต่ออนาคต

ขั้น N: Naturalize the Learning You Have Experienced in Order to Value It คือ กระบวนการรายงานผลการสรุปความคิดของตนเองต่อผู้อื่น เป็นขั้นที่บุคคลและครอบครัวจะกล่าวถึงผลลัพธ์ร่วมกัน จากการร่วมทำกิจกรรมและบอกสิ่งที่จะปฏิบัติต่อตนเองและคนในครอบครัว ทั้งนี้ผลการวิจัยบ่งบอกว่า ผู้เข้าร่วมที่มีได้รับการประเมินว่ามีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำ มีการเห็นคุณค่าของตนเองสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาด้วยรูปแบบ BRAIN Model

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ของน้ำทิพย์ วิชาชัย (2555) โดยใช้แนวคิดของ McMaster Model of Family Function ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ ด้วยวิธีการดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว
2. การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารภายในครอบครัว
3. การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว
4. การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์
5. การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์
6. การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรมและยุติการให้คำปรึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสามารถลดความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการชี้แนะให้ครอบครัวเข้าใจปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด เพื่อทำให้ครอบครัวได้หันหน้าคุยกันและเกิดความเข้าใจต่อกันและกันมากขึ้นเพราะในกระบวนการได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริง และนำมาสู่การช่วยกันหาแนวทางแก้ไขพร้อมกับแสดงออกถึงความรักความใส่ใจ เห็นอกเห็นใจกัน แลกเปลี่ยนความคิดและร่วมกันรับผิดชอบกัน ซึ่งถือได้ว่ามีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

2.3.2.2.4 กระบวนการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน ดังเช่น โปรแกรม PST-PP เป็นโปรแกรมที่ย่อมาจาก Problem-Solving Therapy Program for Psychiatric Patients with Suicidal Ideations and Behaviors: PST-PPS โดยโปรแกรมนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้จริงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและลดการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ดังเช่นในการศึกษาของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุนันท์ คำชมภู และสาคร บุปผาเฮ้า (2563) ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรม PST-PSS โดยเน้นเรื่องการแก้ปัญหาของบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการ ทีละขั้นตอน ด้วยกระบวนการระบุปัญหาและปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน พร้อมกับเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational Problem Solving) ให้มากขึ้น ซึ่งผลลัพธ์คือ ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงได้ สังเกตได้จากผู้ที่เคยคิดฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมสามารถกำกับตนเองได้ ปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาด้วยหลักเหตุและผล วางแผนได้ดีจนสามารถลดความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีอีกหลายโปรแกรมที่นำมาใช้ในการบำบัดการฆ่าตัวตาย เช่น I.T.C.H. ของ Wenzel และคณะ (2009) ที่มีขั้นตอนการบำบัด คือ การระบุปัญหา (Identify the Problem: I) การคิดวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ (Think of Possible Solution: T) การเลือกวิธีการที่เป็นไปได้ (Choose a Possible Solution: C) และ สรุปผลว่าจะทำอย่างไร (How did it work?/ Evaluation: H)

นอกจากนี้ในกระบวนการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายผ่านการใช้ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทย ได้แบ่งวิธีการดูแลออกเป็นแต่ละระยะ โดยการดูแลระยะยาวในขั้นของการเฝ้าระวังเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำนั้น ควรดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ อรพิน ยอดกลาง มธุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ(2563) ได้ถอดบทเรียนกับชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่ดี ผลการถอดบทเรียนพบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 บทบาทของภาคประชาชนต่อการขับเคลื่อนงาน แม้จะพบว่าชุมชนมีความตระหนักต่อเรื่องการฆ่าตัวตายหรือความเสี่ยงของกลุ่มลูกหลานในชุมชน แต่ปัจจัยที่ขาดคือ องค์ความรู้ ความเข้าใจต่อเจตคติด้านการอยู่อย่างมีความสุข การสร้างแนวคิดเชิงบวกด้วยการโอบอุ้มความสัมพันธ์ให้เสมือนเป็นญาติที่ดีต่อกัน ดังนั้นผลการวิจัยพบว่าปัจจัยประสบความสำเร็จของชุมชน คือ การนำประเพณี ศิลปวัฒนธรรมเป็นกิจกรรมที่ดึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เพราะจะทำให้ทุกกลุ่มวัยมาร่วมกันทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ลดช่องว่างระหว่างวัย เกิดการแลกเปลี่ยนและร่วมกันสื่อสารระหว่างกันเพื่อเน้นย้ำทางความคิดในการสร้างมุมมองให้คนในชุมชนเชื่อว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนในชุมชนสามารถช่วยเหลือกันได้ และดึงให้เกิดความร่วมมือกันวางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 2 บทบาทของภาครัฐ/ นโยบาย/ กลไกในการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ การบริหารดูแลอย่างเป็นขั้นตอน มีระบบดูแลทั้งชุมชนแบบองค์รวม ไม่แยกกายและจิตใจออกจากกัน มุ่งเน้นการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมากกว่าการตั้งรับในหน่วยบริการ มีรูปแบบการทำงานขับเคลื่อนทั้งแบบเป็นทางการดังเช่น การจัดตั้งคณะกรรมการ และไม่เป็นทางการ มีพื้นที่ส่วนกลางที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนความคิด

ประเด็นที่ 3 รูปแบบความสัมพันธ์และค่านิยมในชุมชน โดยพบว่าปัจจัยความสำเร็จเรื่องความสัมพันธ์ในชุมชนคือ การมีเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการอยู่ร่วมกันแบบให้เกียรติและยอมรับต่อบทบาทหน้าที่ มีพื้นที่ที่เอื้ออำนวยต่อการระดมความคิดเห็น

ประเด็นที่ 4 เรื่องการสื่อสาร เป็นปัจจัยสำคัญของการขับเคลื่อนงานของชุมชนเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ การสื่อสารต้องเชื่อมต่อกับเครือข่ายการทำงานในชุมชนแบบสองทาง คือ การแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร กัน ทั้งนี้รูปแบบการสื่อสารเป็นได้ทั้งการสื่อสารผ่านตัวบุคคล และการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เนื้อหาหลัก ประกอบด้วยการส่งข่าวสารข้อมูลองค์ความรู้ การนัดหมายและส่งต่องาน

ประเด็นที่ 5 เรื่องปัจจัยวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นอีกหนึ่งช่องทางสำหรับการดึงความสนใจและเป็นศูนย์รวมของชุมชนเพื่อร่วมกันสื่อสารเรื่องการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้องเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจระหว่างกัน อย่างไรก็ตามยังพบว่าปัจจัยที่มีส่วนต่อการดูแลและเฝ้าระวังใกล้ชิดกับผู้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล คือตัวบุคคลที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงเช่น มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายและเสริมแรงใจให้ยังมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง มีความหวัง เข้าใจและให้เหตุผลต่อการมีชีวิตอู่ต่อไป 2) ปัจจัยด้านครอบครัวหรือผู้ดูแล ที่ให้ความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่เสมอ ยอมรับ สนับสนุนกำลังใจและสังเกตเห็นสัญญาณเตือน 3) ชุมนและการมีระบบบริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่องจากชุมชน สู่ชุมชน เน้นการสร้างปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจากครอบครัวและสังคมรอบข้าง

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่ากระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสามารถทำได้หลากหลายวิธี ทั้งการสร้างแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบในระบบสาธารณสุข การพัฒนาโปรแกรมดูแลช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อสาเหตุและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปทั้งในเวลาปกติและสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ ดังเช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นต้น รวมถึงกระบวนการดูแลช่วยเหลือยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับนโยบาย ระดับหน่วยงาน ระดับปฏิบัติการ ระดับชุมชน สถาบันครอบครัว สถาบันสื่อสารมวลชน เพื่อร่วมกับออกแบบแนวทางการดูแลช่วยเหลืออันนำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือลดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์และแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างปี 2560-2564 และ 2564-2565

3.1 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)(กรมสุขภาพจิต, 2564) เป็นแผนแม่บทในการพัฒนาประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และเป็นกลไกในการช่วยถ่ายทอดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560-2579) ซึ่งมีการกำหนดช่วง 5 ปีแรกบรรลุมิติเศษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อวิเคราะห์ต่อยอดผลสัมฤทธิ์ในอีก 3 ปี เป็นแผนพัฒนฯฉบับที่ 15 กรมสุขภาพจิตจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตสอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตให้มีศักยภาพและเข้มแข็ง สนับสนุนและผลักดันงานสุขภาพจิตระดับประเทศ ช่วงปี 2560-2564 โดยกำหนดจุดยืนทางยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เป็นผู้ชี้นำทิศทางงานสุขภาพจิตของประเทศทำหน้าที่เป็น Regulator และ Policy Advocacy 2) เป็นศูนย์กลางเรียนรู้งานสุขภาพจิตระดับอาเซียน และ3) เป็นองค์กรที่ใช้ข้อมูลทางวิชาการมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนางานสุขภาพจิต อีกทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต **ดังตาราง 1**

ตัวชี้วัดระดับวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต	ค่าเป้าหมายระยะยาว 5 ปี (สิ้นปี 2564)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสน
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย	ไม่ต่ำกว่า 100
ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ร้อยละ 70
ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่สำคัญเข้าถึงสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 20

โดยแบ่งยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 4 ประเด็น ตามรายละเอียดดังนี้

ยุทธ์ศาสตร์ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยมีกลยุทธในการขับเคลื่อนแผนยุทธ์ 1 ดังนี้

1.1 พัฒนาองค์ความรู้/รูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

1.2 สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย

1.3 พัฒนาสู่การเป็นศูนย์สุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต รวมถึงหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีความเชี่ยวชาญทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีกลยุทธในการขับเคลื่อนแผนยุทธ์ 2 ดังนี้

2.1 บูรณาการระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (Service Plan)

2.3 ผลักดันและติดตามบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีประสิทธิภาพ

2.4 พัฒนาบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (Super Specialist Service)

2.5 พัฒนาสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ (Excellence Center)

2.6 พัฒนานวัตกรรม/องค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของปรแทศ

2.7 พัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

2.8 พัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดวิชาการด้านสุขภาพจิตกับเครือข่ายนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ 3 สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนมีความตระหนักและมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยมีกลยุทธในการขับเคลื่อนแผนยุทธ์ 3 ดังนี้

3.1 พัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ

3.2 พัฒนากลไกการสื่อสารต่อสถานการณ์ที่สังคมให้ความสนใจและในภาวะวิกฤต

3.3 สนับสนุนให้ครอบครัว/ชุมชน ยอมรับและให้โอกาสกับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล มีเป้าประสงค์ คือ กรมสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล โดยมีกลยุทธในการขับเคลื่อนแผนยุทธ์ 4 ดังนี้

4.1 พัฒนาระบบการบริหารองค์กรให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

4.2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้มีคุณภาพเพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงในระดับภูมิภาคอาเซียน

4.3 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิตและสร้างความยั่งยืนขององค์กร

4.4 พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

จากยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ประเด็น และแผนกลยุทธ์ที่กล่าวมา กรมสุขภาพจิตได้สร้างกลไกการขับเคลื่อนงานในช่วงแผนฯ 12 โดยกำหนดตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์และกลยุทธ์การดำเนินงาน ระหว่างปี 2560-2564 ซึ่งตัวชี้วัดเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายถูกกำหนดว่า ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะปานกลาง 3 ปี สิ้นปี 2562 ร้อยละ 50 และระยะยาว 5 ปี สิ้นปี 2564 ร้อยละ 70 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีแนวทางการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมป้องกัน

เน้นการบูรณาการระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

1.1 การจัดบริการแบบบูรณาการสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต/ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/ผู้เจ็บป่วยทางจิตทุกกลุ่มอายุและครอบครัว

1.2 พัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพกายร่วมกับสุขภาพจิต

1.3 สนับสนุนและผลักดันให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบลจัดการสุขภาพร่วมกันดูแลสุขภาพจิตประชาชนภายใต้มาตรการดำเนินงานสุขภาพจิต

2. ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู

เน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับ (Service Plan) แบ่งออกเป็น 6 กิจกรรม ได้แก่

2.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น รวมถึงลดอัตราการป่วยซ้ำ เช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดยาเสพติดที่มี ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

2.2 จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กของเขตสุขภาพที่ครอบคลุม

2.3 พัฒนาเขตให้จัดทำแผนที่ระบุศักยภาพและความสามารถของหน่วยบริการจิตเวชเด็ก

2.4 ส่งเสริมเขตสุขภาพในการจัดทำแผนกลยุทธในการพัฒนางานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

2.5 ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยทางจิตทุกกลุ่มวัย

2.6 พัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตให้ได้รับการประกันคุณภาพทั้งในระบบสุขภาพและในชุมชน

3. ด้านการส่งต่อ

เน้นการผลักดัน ติดตามการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่

3.1 พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแล ผู้มีความผิดปกติทางจิต

3.2 เสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนเพื่อให้สังคมปลอดภัย

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้มีการกำหนดนโยบายที่สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ประเด็น ช่วงปี 2560-2561 เพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีนโยบายดูแลสุขภาพจิตประชาชน ดังนี้

1. นโยบายที่ 1 การพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ได้แก่

*เด็กปฐมวัย เน้นการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทั้งในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการโดยเฉพาะ Psychosocial Development และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ

*วัยเรียน เน้นการเฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ สร้างระบบการดูแลช่วยเหลือวัยเรียนเชื่อมต่อระหว่างสาธารณสุขกับโรงเรียน เตรียมความพร้อมด้านทักษะชีวิตก้าวสู่วัยรุ่น และส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์และสติปัญญา

*วัยรุ่น เน้นการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา เน้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลช่วยเหลือ และเยี่ยวยาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศ ความรุนแรงและสารเสพติด พัฒนามาตรฐานการดูแลระดับมัธยมศึกษา อาชีวะศึกษา และสร้างพัฒนาศักยภาพทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ต่อเนื่อง

*วัยทำงาน เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยพัฒนาหลักสูตรให้คำปรึกษาเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว และพัฒนาสนับสนุนระบบการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Care)ในโรงพยาบาลชุมชน

*วัยผู้สูงอายุ เน้นการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิก NCD/คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตด้วยกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ร่วมกับ Walking Laughing Working Learning สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง

*คนพิการ เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้และออทิสติกให้ได้รับการฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคมตามกฎหมาย และพิการทางกายให้ได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิคนพิการได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับ รพ.สต.และ รพช.

2. นโยบายที่ 2 การพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการ/วิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่

2.1 พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในระบบบริการปฐมภูมิ เน้นการบูรณาการงานสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยผ่านกลไกระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง และขยายเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนลงตำบลจัดการสุขภาพ

2.2 พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการในเขตสุขภาพ เน้นเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) ทั้งจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพ

2.3 พัฒนาระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกลไกทางกฎหมาย เน้นผลักดันและติดตามบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีประสิทธิภาพ

2.4 พัฒนาหน่วยงานกรมสุขภาพจิตสู่ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศ เน้นยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ รวมถึงพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน

2.5 พัฒนาระบบบริการวิกฤตสุขภาพจิต เน้นดูแลและเยี่ยวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

2.6 พัฒนาวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เน้นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการสุขภาพจิตชุมชนกับกับเครือข่ายนานาชาติ

3. นโยบายที่ 3 การพัฒนากลไกเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเน้นประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดการตีตราต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

4. นโยบายที่ 4 การพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มุ่งให้ความสำคัญกับการบริหารองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลที่เน้นการดำเนินงานอย่างมีคุณธรรมและโปรงใสทั้งองค์กร ด้วยเกณฑ์คุณภาพการบริหารการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

3.2 ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ปีพ.ศ.2564-2565

จากแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) กรมสุขภาพจิตมีการกำหนดเป้าประสงค์ของวิสัยทัศน์ในช่วงระยะ 3 ปีแรก (พ.ศ.2563-2565) โดยเน้นงานสุขภาพจิตก้าวเข้าสู่ 4.0 ประชาชนไทยมีสุขภาพจิตดี มีสติปัญญาดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและบุคลากรกรมสุขภาพจิตมีความสุข รวมถึงการกำหนดจุดยืนของยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตปี 2560-2564 อีกทั้งมีการกำหนดประเด็นเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 ซึ่งมีเป้าประสงค์ เน้นประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต โดยกำหนดตัวชี้วัดร้อยละ 90 ของพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปีของ พ.ศ.2565 ระหว่างการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตัวตายกับประชากรทั่วไป เกิดสถานการณ์แพร่ระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในปี 2563 ส่งผลให้ประชาชนมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากขึ้นจากปี 2560 ประชากรฆ่าตัวตาย 6.03 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี 2563 ประชากรฆ่าตัวตาย 7.35 ต่อประชากรแสนคน กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย

ระดับชาติ ปี 2564-2565 (พรรณพิมล วิปุลากร, 2564) เพื่อผลักดันมาตรการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโควิด 19 โดยประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 2 ประเด็นหลัก ตามรายละเอียดดังนี้

1) การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ มีเป้าหมายสำคัญ คือ อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน โดยมีกลยุทธในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักในพื้นที่ที่อัตรา ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง พื้นที่สีเหลืองที่มีกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และพื้นที่สีเขียวที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ ได้แก่

1.1 กิจกรรมที่เป็นสากล (Universal Intervention) โดยดำเนินการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการฆ่าตัวตายและสัญญาณเตือน การเสริมพลังใจร่วมกับชุดสวัสดิการทางสังคม ผลิตสื่อสังคมออนไลน์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยระบบ Mental Health Check-In Application และวิธีการจัดเก็บอาวุธ

1.2 กิจกรรมทางเลือก (Selective Intervention) โดยดำเนินการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยการจัดอบรมการคัดกรองการฆ่าตัวตาย การประเมินกลุ่มเสี่ยง สำหรับแพทย์ พยาบาล เพื่อการปฐมพยาบาลด้านจิตใจเบื้องต้น รวมทั้งมีบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการเพิ่มปัจจัยปกป้องสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และเพิ่มแหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.3 กิจกรรมตัวชี้วัด (Indicated Intervention) โดยดำเนินการพัฒนาทีม 3 หมอเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคจิต ฆ่าตัวตัวซ้ำ และโรคเรื้อรังทางกาย ด้วยการบำบัดทางสังคมจิตใจ รวมทั้งระบบเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีช่องทางการส่งต่อสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

2) โครงการวิจัยเพื่อหารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายที่ชัดเจน จาก 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥ 8 ประชากรแสนคน มีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ประกอบอาชีพแรงงานฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งมีกลยุทธ์ดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการวิจัย 4 โครง ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

3. การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด 19

นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้เสนอนโยบายเพิ่ม มุ่งเน้นปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระสำคัญระดับจังหวัด โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภายนอกประสานงานผ่านคณะอนุกรรมการมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ อีกทั้งสนับสนุนสถานพยาบาลพร้อมดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายเน้นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พร้อมพัฒนาทีม 3 หมอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ Mental Health Check-In ในสถานประกอบการ สถานศึกษา และชุมชน



ยุทธศาสตร์ที่ 2
พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวัง

ยุทธศาสตร์ที่ 1
ส่งเสริมการรับรู้
ด้านสวัสดิการและระบบบริการทางสังคม



ยุทธศาสตร์
ปี 2564-2565



ยุทธศาสตร์ที่ 3
พัฒนากลไกการบูรณา
ในระดับจังหวัด



ยุทธศาสตร์ที่ 4
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม

ภาพประกอบที่ 1 ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี 2564-2565

3.3 แผนปฏิบัติราชการกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2563-2565)

แผนปฏิบัติราชการกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2563-2565) (สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2563) จัดทำขึ้นเพื่อให้กระทรวงมหาดไทยมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายและแผนด้านความมั่นคงแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา ซึ่งมีโครงสร้างหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมที่ดิน กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมการพัฒนาชุมชน รวมถึงหน่วยงานรัฐวิสาหกิจในสังกัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ

3.3.1 วิสัยทัศน์ของกระทรวงมหาดไทย คือ ประชาชนมีรากฐานการดำรงชีวิตและพัฒนาสู่อนาคตได้อย่างมั่นคงและสมดุลตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3.3.2 พันธกิจกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย 1) รักษาความสงบเรียบร้อย ความปลอดภัยและความมั่นคงภายใน 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเศรษฐกิจฐานราก 3) ส่งเสริมการพัฒนาเมืองและโครงสร้างพื้นฐาน 4) ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารราชการในระดับพื้นที่

3.3.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การเสริมสร้างความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงภายใน มีเป้าหมายเพื่อให้สังคมมีความสงบเรียบร้อยและปลอดภัย

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาภูมิภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจ มีเป้าหมายเพื่อภูมิภาค เมือง และพื้นที่เศรษฐกิจมีขีดความสามารถในการแข่งขัน

ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างความสุขของชุมชนและพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก มีเป้าหมายให้ชุมชนมีความสุข

ประเด็นที่ 4 การเพิ่มศักยภาพการพัฒนาสภาพแวดล้อมสู่อนาคต มีเป้าหมายเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมในพื้นที่มีคุณภาพเอื้อต่อการพัฒนา

ประเด็นที่ 5 การวางรากฐานการพัฒนาองค์กรอย่างสมดุล มีเป้าหมายเพื่อให้องค์กรมีการบริหารจัดการที่ดีและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้มแข็ง

จากกลยุทธ์และตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงมหาดไทย พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การเสริมสร้างความสุขของชุมชนและพัฒนาเศรษฐกิจ โดยมีเป้าหมายเพื่อ สร้างชุมชนให้มีความสุข โดยมี 3 กลยุทธ์และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง คือ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสวัสดิการผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2) เสริมสร้างความสุขของชุมชน โดยมีตัวชี้วัดคือ การกำหนดดัชนีความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (Gross Village Happiness: GVH) เพิ่มขึ้น โดยมีกรมการพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3) พัฒนาเศรษฐกิจฐานราก มีตัวชี้วัดคือ ร้อยละของครัวเรือนเป้าหมายในหมู่บ้าน/ ชุมชน มีอาชีพและรายได้สูงขึ้น โดยมีกรมการพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

3.4 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงศึกษาธิการ (พ.ศ.2563-2565) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2563)

3.4.1 วิสัยทัศน์ของกระทรวงศึกษาธิการ คือ กระทรวงศึกษาธิการวางระบบเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทักษะ มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อบ้านเมือง มีพื้นฐานชีวิตที่มั่นคง มีคุณธรรม มีงานทำ มีอาชีพและเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง

3.4.2 พันธกิจของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย 1) ยกระดับคุณภาพของการจัดการศึกษา 2) ลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา 3) มุ่งความเป็นเลิศและสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ 4) ปรับปรุงระบบบริหารจัดการการศึกษาให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเพิ่มความคล่องตัวในการรองรับความหลากหลายของการจัดการศึกษาและสร้างเสริมธรรมาภิบาล

3.4.3 ประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาหลักสูตร กระบวนการจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ผลิตและพัฒนากำลังคน รวมทั้งงานวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มโอกาสให้คนทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการทางการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบบริหารจัดการและส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลยุทธ์สำคัญของกระทรวงศึกษาธิการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การลดความเครียดจากการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางที่เน้นการพัฒนาตามศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคน การเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติทำให้นักเรียนได้สะท้อนคุณค่าของตนเองในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากวิชาการ การฝึกกระบวนการทางความคิดให้คิดอย่างมีเหตุผล คิดอย่างเป็นระบบ มีความคิดเชิงวิจารณญาณแยกแยะข้อมูลตามความเป็นจริง รวมถึงสร้างแหล่งเรียนรู้และจัดบรรยากาศการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมเพื่อลดภาวะความเครียด ขัดแย้งในการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมงานวิจัยที่สามารถสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเชิงสังคม โดยเน้นงานวิจัยที่สามารถช่วยแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในเชิงพื้นที่ระดับภาคภูมิศาสตร์ ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศของกรมสุขภาพจิต ทำให้เกิดการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอันเกิดจากปัจจัยด้านสังคม ดังเช่น ความเหลื่อมล้ำในเชิงพื้นที่และสังคมในบริบทต่าง ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับกลุ่มเด็กหลุดจากระบบการศึกษาหรือด้อยโอกาสทางการศึกษาให้เกิดความครอบคลุมทุกพื้นที่ ลดข้อจำกัดของบุคคลเพื่อให้เข้าถึงการเรียนรู้ได้อย่างเสมอภาค ส่งเสริมการเรียนรู้ให้เกิดตลอดชีวิตยาวต่อเนื่องไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนระบบการให้คำปรึกษาผ่านการแนะแนวนักเรียนเป็นรายบุคคล อันนำไปสู่การรับรู้และประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือภาวะความเครียดต่อการมีงานทำในอนาคต

3.5 แผนปฏิบัติการด้านแรงงานของกระทรวงแรงงาน (พ.ศ.2563-2565) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน, 2564)

3.5.1 วิสัยทัศน์ของกระทรวงแรงงาน คือ แรงงานมีศักยภาพสูง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี “Productive Manpower”

3.5.2 พันธกิจของกระทรวงแรงงาน ประกอบด้วย 1) เพิ่มศักยภาพแรงงานและผู้ประกอบการให้พร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของประเทศ 2) คุ้มครองและส่งเสริมให้แรงงานมีความมั่นคงในการทำงาน มีหลักประกันและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) เสริมสร้างองค์กรธรรมาภิบาล 4) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอย่างบูรณาการเพื่อการบริหารจัดการและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ส่งเสริมความร่วมมือด้านแรงงานระหว่างประเทศ

3.5.3 นโยบายเร่งด่วนของกระทรวงแรงงาน

แนวทางที่ 1 เยียวยาความเจ็บปวดที่ประเทศกำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะ SMEs และประชาชนตกงาน ดังนี้

1.1 โครงการมาตรการชดเชยรายได้แก่ลูกจ้างของสถานประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า (COVID-19) ซึ่งยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยา

1.2 ลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคมให้นายจ้างและผู้ประกันตน

1.3 มาตรการช่วยเหลือผู้ประกอบกิจการที่กู้ยืมเงินกองทุนพัฒนาฝีมือแรงงาน โดยปลอดดอกเบี้ย

1.4 มาตรการเชิงรุกให้ลูกจ้างที่ว่างงานได้รับสิทธิประโยชน์โดยเร็ว

แนวทางที่ 2 แก้ปัญหาต่าง ๆ ในแนวทางที่ต้องยั่งยืน (เศรษฐกิจยั่งยืน) ต้องใช้เงินที่เหมาะสมและที่สำคัญช่วยเหลือตรงกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือจริงและกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลไกศูนย์บริหารสถานการณ์เศรษฐกิจ (ศบศ.) ดังนี้

2.1 มาตรการสนับสนุนการจ้างงาน เพื่อคนว่างงานในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจโควิด

2.2 เร่งรัดการออกกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบเพื่อรองรับแรงงานนอกระบบทุกคน

2.3 มาตรการส่งเสริมแรงงานสัมพันธ์เชิงรุกในภาวะวิกฤติ

แนวทางที่ 3 สร้างแรงจูงใจให้ธุรกิจต่าง ๆ ยังคงจ้างงานต่อไป และใช้วิกฤติพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและแข่งขันได้ ดังนี้

3.1 สร้างแรงจูงใจให้ธุรกิจต่าง ๆ ยังคงจ้างงานต่อไป และใช้วิกฤติพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพและแข่งขันได้

3.2 โครงการสินเชื่อเพื่อส่งเสริมการจ้างงาน

3.3 มาตรการส่งเสริมการเข้าสู่ระบบมาตรฐานแรงงานไทยและมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการทำงาน

แนวทางที่ 4 รัฐ (หน่วยงานของรัฐ) ให้มีแผนการจ้างงานคนรุ่นใหม่ และผู้ไม่เคยเข้าสู่ตลาดแรงงานให้มีงานทำ ดังนี้

4.1 มาตรการสนับสนุนการจ้างงานผู้สำเร็จการศึกษาใหม่

4.2 THAILAND JOB EXPO 2020

4.3 Platform ไทยมีงานทำ.com

ดังนั้นเมื่อพิจารณาความเกี่ยวข้องของแผนปฏิบัติการด้านแรงงานของกระทรวงแรงงานกับงานขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าแนวทางการดำเนินงานและพัฒนามีความสอดคล้องในเรื่องการพัฒนาศักยภาพแรงงานให้สอดคล้องกับตลาดแรงงาน คุ้มครองและส่งเสริมหลักประกันการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะการมีนโยบายเร่งด่วน ดังเช่น แนวทางที่ 1 การช่วยเหลือประชาชนที่ตกงาน ดังเช่น การลดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม เร่งรัดการให้บริการสิทธิประโยชน์กับลูกจ้างที่ว่างงาน แนวทางที่ 2 แก้ปัญหาเศรษฐกิจโดยเน้นการช่วยเหลือกผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 และกลุ่มเปราะบาง ดังเช่น สนับสนุนการจ้างงาน เร่งรัดการออกกฎหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ แนวทางที่ 3 สร้างแรงจูงใจให้ภาคธุรกิจยังคงจ้างงานพนักงานต่อไป และแนวทางที่ 4 รัฐจัดทำแผนเพื่อจ้างคนรุ่นใหม่โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งจบการศึกษาให้มีงานทำ แนวทางดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ในภาวะวิกฤติ ลดความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่ภาวะทางจิต ซึมเศร้า รวมถึงรู้สึกท้อแท้และพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

3.6 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงพาณิชย์ (พ.ศ.2563-2565) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์, 2564)

3.6.1 วิสัยทัศน์ของกระทรวงพาณิชย์ คือ เศรษฐกิจการค้าเติบโตสู่เศรษฐกิจยุคใหม่อย่างยั่งยืนภายในปี 2565

3.6.2 พันธกิจของกระทรวงพาณิชย์ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางการค้าของประเทศ 2) พัฒนาเศรษฐกิจการค้าของประเทศให้มีความเข้มแข็งลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับรายได้ของประเทศ 3) ยกระดับโครงสร้างพื้นฐานทางการค้าให้มีประสิทธิภาพมาตรฐาน เป็นธรรมและรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ 4) ส่งเสริมการค้าและพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ 5) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร

3.6.3 ประเด็นเป้าหมายของกระทรวง แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก

ประเด็นที่ 2 ส่งเสริมผู้ประกอบการและสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการประกอบธุรกิจ

ประเด็นที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถและส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาระหว่างประเทศ

ประเด็นที่ 4 พัฒนาการบริหารจัดการองค์กรเชิงรุกและมีธรรมาภิบาล

จากประเด็นการขับเคลื่อนดังกล่าว พบว่า มีประเด็นที่สอดคล้องกับงานขับเคลื่อนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย กล่าวคือ ประเด็นที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานราก ที่เน้นการกระตุ้นเศรษฐกิจให้กับพื้นที่และพัฒนาขีดความสามารถของผู้ประกอบการ สร้างเสถียรภาพของราคาสินค้า ดูแลคุ้มครองค่าครองชีพและกระจายรายได้ลงสู่ชุมชน นั่นคือการช่วยกระตุ้นสภาพเศรษฐกิจ ควบคุมราคาสินค้า, ประเด็นที่ 2 ส่งเสริมผู้ประกอบการและสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการประกอบธุรกิจ โดยส่งเสริมธุรกิจทั้งรายย่อยและรายใหญ่ให้มี

ศักยภาพด้านการแข่งขัน และประเด็นที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถและส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาโดยการขยายตลาดและส่งเสริมการค้าไทยกับต่างประเทศ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เศรษฐกิจให้ผู้ค้าไทยมีความสะดวกในการขายสินค้า/ บริการ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี 2564-2565 ของกรมสุขภาพจิตในยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคม และสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการ แบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกันเนื่องจากการขับเคลื่อนของแผนฯ ทั้งสองมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงจากความเครียดเชิงเศรษฐกิจ/ สังคม เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพราะเป็นกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นการพัฒนากลไกการจัดการเชิงบูรณาการในพื้นที่ ร่วมกับการกระตุ้นเรื่องการกระจายรายได้ลงสู่พื้นที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือคนในพื้นที่ได้ดีขึ้น

3.7 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ศ.2560-2564) (ยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหลักด้านสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัวและชุมชน จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนไว้ดังนี้

3.7.1 วิสัยทัศน์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาคนและสังคมเพื่อความอยู่ดีมีสุขอย่างยั่งยืน

3.7.2 พันธกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วย 1) พัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพเต็มตามศักยภาพและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง 2) สร้างเสริมเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม 3) พัฒนาองค์ความรู้ ขีดความสามารถและระบบการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม 4) จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันและมีความมั่นคงในชีวิต

3.7.3 ค่านิยมองค์การ คือ อุทิศตน อาสางาน เอื้ออาทร อำนวยประโยชน์สุข

3.7.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมโอกาสทางสังคมบนฐานแห่งความพอเพียง มีเป้าประสงค์ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยทำให้คนในกลุ่มที่ต่ำกว่าสามารถมีโอกาสทางสังคม มีภูมิคุ้มกันช่วยเหลือตนเองได้โดยเน้นการขับเคลื่อนในมิติการพัฒนา ป้องกัน ในลักษณะการเสริมสร้างโอกาส พร้อมกับเสริมศักยภาพไปที่ตัวตน ครอบครัว และชุมชน

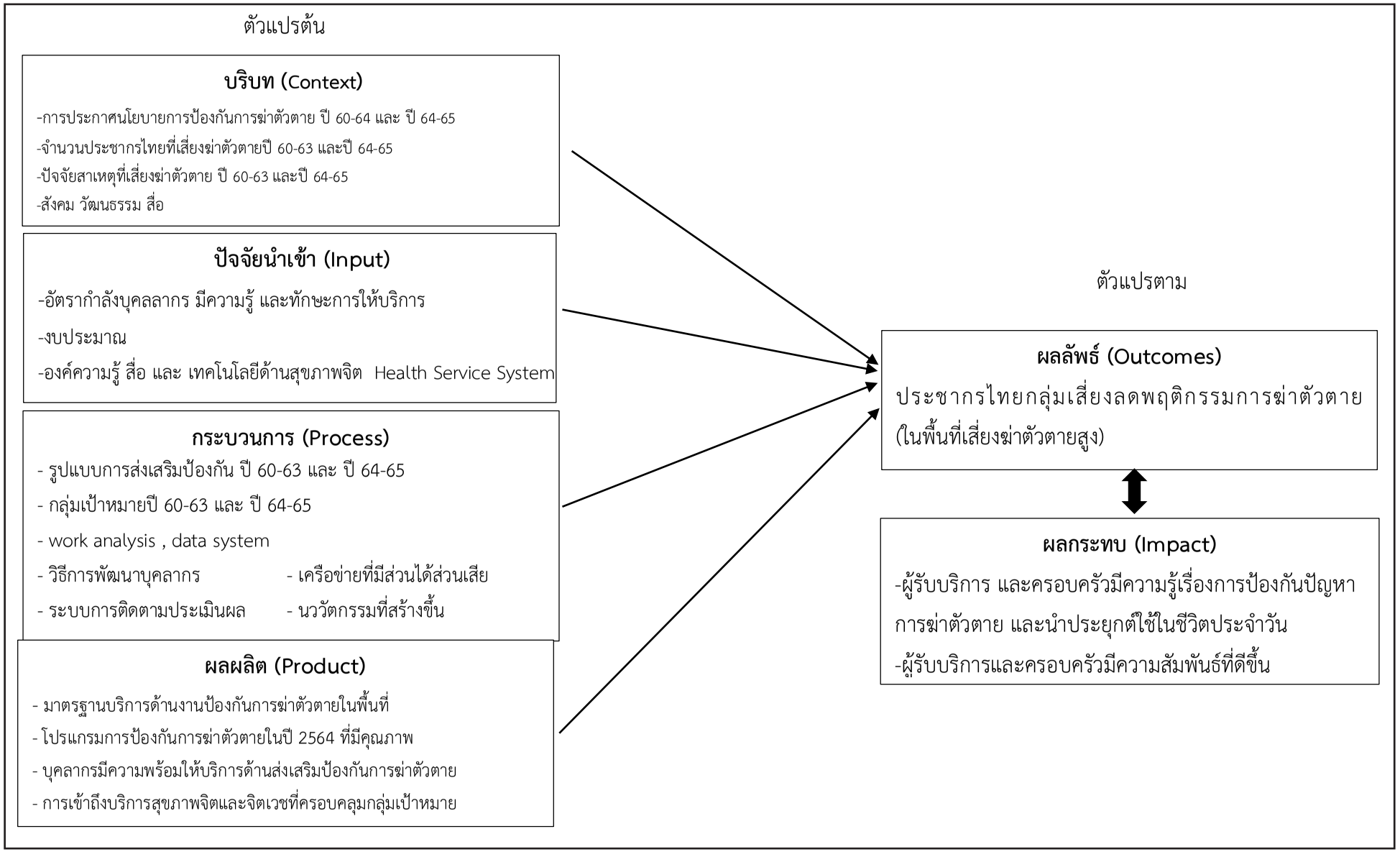
ประเด็นที่ 2 เสริมประสิทธิภาพทางสังคมในลักษณะการพัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่าย มีเป้าประสงค์เพื่อให้ เกิดกลไกขับเคลื่อนที่คนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นการสร้าง/ ขยายและพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย

ประเด็นที่ 3 ผนึกกำลังทางสังคมจากทุกภาคส่วนและเสริมสร้างธรรมภิบาล มีเป้าประสงค์เพื่อ 1) การผนึกกำลังทางสังคม การสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน คนไทยมีความตระหนักร่วมรับผิดชอบตนเอง สร้างค่านิยมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบตนเอง รับผิดชอบสังคม และ 2) องค์กรมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคมและการเสริมสร้างธรรมาภิบาล

ประเด็นที่ 4 จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย มีเป้าประสงค์เพื่อให้เกิดการวางรากฐานของประเทศเพื่อความมั่นคงและสร้างหลักประกันให้ความช่วยเหลือโดยการสร้างโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการตามต้องการและความจำเป็นเร่งด่วน

จากแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวเห็นได้ว่า มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงในแง่การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องได้อย่างครอบคลุมกับมิติด้านสังคม ทั้งเรื่องของการเพิ่มสวัสดิการทางสังคม ลดภาระต่างๆ พร้อมทั้งเสริมต้นทุนชีวิตให้ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากแบกรับภาระหลากหลายด้าน และปัญหามีความซับซ้อน จึงกำหนดยุทธศาสตร์ประเด็นที่ 1 สร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมโอกาสทางสังคมบนฐานแห่งความพอเพียง นอกจากนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้พยายามวางแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อเสริมประสิทธิภาพทางสังคม โดยเน้นทำงานในรูปแบบเครือข่ายสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์ประเด็นที่ 2 เสริมประสิทธิภาพทางสังคมในลักษณะการพัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่าย รวมถึงเร่งจัดทำระบบสวัสดิการที่เหมาะสมเพื่อสร้างหลักประกันการดำเนินชีวิตให้กับกลุ่มเปราะบาง ดังเช่นประเด็นยุทธศาสตร์ประเด็นที่ 4 จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมภูมิคุ้มกันด้านการฆ่าตัวตาย และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงอยู่กับปัญหาที่ยาวนานหรือรู้สึกโดดเดี่ยวมากเกินไปจนนำไปสู่การกระทำการเพื่อฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ส่วนที่ 5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ด้านบริบท หมายถึง สถานการณ์ของประชากรจำนวนมากประสบปัญหาการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ส่งผลให้เกิดการประกาศนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในปี 2560-2564 และมีการปรับปรุงแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายปี 2564-2565 จากการแพร่ระบาดโรคโควิด19

ด้านปัจจัยนำเข้า หมายถึง การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร งบประมาณ สถานที่ รวมถึงอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมโครงการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

ด้านกระบวนการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของภาครัฐร่วมกับภาคีเครือข่ายได้รับการอบรม ให้ความรู้ฝึกปฏิบัติด้านการจัดบริการหรือกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ได้รับการประเมิน 8Q และมีคะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 1 หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยแบ่งกิจกรรมบริการเป็น 2 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงปี 2560-2564 ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย 2) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช 3)การสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต และ 4)การพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

2. ช่วงปี 2564-2565 ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 3) การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับคัดกรองและประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดเชื้อโควิด19

ด้านผลผลิต หมายถึง การจัดบริการด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าถึงบริการสะดวกรวดเร็ว บุคลากรมีความพร้อมทั้งความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยใช้โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ หมายถึง ประชาชนไทยใน 25 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ลดจำนวนการฆ่าตัวตาย และประชาชนสามารถดำเนินชีวิตกับครอบครัวได้อย่างปกติสุข

ผลกระทบ หมายถึง ผู้รับบริการ และครอบครัวมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันจนเกิดความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการถูกลดการตีตราจากครอบครัว

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง มีความคิดทำร้ายตัวเองด้วยการวางแผนการลงมือกระทำโดยมีเจตนาหวังผลให้ตัวเองเสียชีวิต

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หมายถึง มีความคิดทำร้ายตัวเองด้วยการวางแผนการลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย โดยมีเจตนาที่ไม่ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิต แต่ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง หมายถึง พื้นที่จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตของประชาชนด้วยการลงมือทำร้ายตัวเองสำเร็จสูงกว่าหรือเท่ากับ 8 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา และจำนวนผู้ประกอบอาชีพแรงงานฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ หมายถึง พื้นที่จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตของประชาชนด้วยการลงมือทำร้ายตัวเองสำเร็จน้อยกว่า 8 ต่อประชากรแสนคน หรือ มีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าปีที่ผ่านมา หรือจำนวนผู้ประกอบอาชีพแรงงานฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 6 สมมติฐานการวิจัย

ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลงหลังได้รับกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ปี 2564

บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ (Evaluation research in National suicide prevention program) เป็นการศึกษา วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน (Creswell, 2015) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็นเพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดวิธีดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรเป้าหมาย : ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 100 คน บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 100 คน บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 100 คน และภาคประชาชน ได้แก่ ผู้รับบริการ จำนวน 100 คน และญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 100 คน ใน 49 จังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2562) ทั้งนี้ประชากรมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก : การวิจัยนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกันและปัญหาการวิจัยเหมือนกัน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิตแต่ละเขตสุขภาพเป็นผู้ประสานหลักและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์การคัดเข้าของแต่ละกลุ่ม ซึ่งแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 100 คน ได้แก่ 1) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือตัวแทน 2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน 3) ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 4) แรงงานจังหวัด 5) ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม 6) ประชาสัมพันธ์จังหวัด 7) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 8) นายกเทศมนตรี 9) ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 10) เจ้าคณะจังหวัด 11) ประธานหอการค้าจังหวัด 12) ผู้อำนวยการธนาคารกรุงไทย 13) ธนาคารออมสิน 14) ธนาคารเกษตรและสหกรณ์ 15) ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต 16) คลังจังหวัด 17) ผู้อำนวยการสำนักงานพาณิชย์จังหวัด และ 18) ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด 19) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชในเขตสุขภาพ 20) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป 21) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 22) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 23)ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกตัวแทนจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน 4-5 คน/จังหวัด หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีบทบาทในการบริหารองค์กร ไม่ต่ำกว่า 1 ปี
2. มีรายงานหรือเอกสารประกาศนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. มีประสบการณ์ทำงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่ต่ำกว่า 1 ปี
4. อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ
5. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria)

อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ จำนวน 100 คน ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิต คัดเลือกมาจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน(Data Saturated)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. บุคลากรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี
2. มีการรับรู้ประกาศนโยบายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกออก

อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 3 บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 100 คน ได้แก่ 1) กลุ่มหน่วยงาน ได้แก่ สำนักแรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และสำนักงานประกันสังคม สถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา กองบังคับการตำรวจภูธร สำนักงานเกษตรอำเภอ โรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิหน่วยกู้ภัย เจ้าของกิจการในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด19 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3)กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมระดับหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนักบวช หมอพื้นบ้าน หมอธรรม ครู คัดเลือกมาจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด จำนวน 4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1) กลุ่มหน่วยงาน

1.1 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

1.2 มีการรับรู้ประกาศนโยบายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

1.3 เป็นองค์กรเครือข่ายในพื้นที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

1.4 เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ

1.5 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2) กลุ่มอาสาสมัคร

2.1 เป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือสถานบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ และส่งต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ทำงานไม่ ต่ำกว่า 1 ปี

2.2 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

2.3 เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ

2.4 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) กลุ่มผู้นำชุมชน

3.1 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เป็นผู้นำชุมชนของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ

3.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก

อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 4 ผู้มารับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 100 คน ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการในแผนกที่ให้บริการสุขภาพจิตป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 50 จังหวัด จำนวน 4-5 คน/จังหวัด หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นผู้ที่มารับบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลในช่วงตั้งแต่มกราคม 2562 - ธันวาคม 2563 และมารับบริการเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล

2. เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ

3. อยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก

อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 5 ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ จำนวน 100 คน ได้แก่ ญาติที่พาผู้มารับบริการในแผนกที่ให้บริการสุขภาพจิตป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 50 จังหวัด จำนวน 4-5 คน/จังหวัดหรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัวเป็นทิศทางเดียวกัน (Data Saturated)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นผู้ที่อยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับกลุ่มที่4 และมีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย

2. เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ
3. อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก

อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณี (Case Study)

การวิจัยในรูปแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approaches) คือวิธีการวิจัยที่มุ่งศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา (Stake, 2000) และเป็นการศึกษาชีวิตจริงอยู่ในบริบทหรือสถานที่เช่นเดียวกัน มีขอบเขตที่ชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง มีเวลาและสถานที่แน่นอน ซึ่งจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลเชิงลึกด้วยอาศัยข้อมูลจากหลากหลายแหล่ง เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ เอกสาร และรายงานต่างๆ เป็นต้น (Yin, 2009) การเลือกตัวอย่างศึกษาเป็นตัวแทนของกรณี เพื่อศึกษาและค้นหารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 ในมุมมองของกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก โดยมีขั้นตอนการดำเนินเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. สนามวิจัย
2. ผู้ให้ข้อมูลและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
5. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สนามวิจัย

สนามวิจัยที่ใช้สำหรับศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง จำนวน 2 จังหวัด และจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ จำนวน 2 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 6 และ 12 ซึ่งเป็นการคัดเลือกสนามวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนั้นจึงได้กำหนดคุณสมบัติของจังหวัด ที่จะเป็นตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.1 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ซึ่งมาจากข้อมูล 4 ปีย้อนหลังจากฐานข้อมูลรายงานของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระหว่าง ปี 2559-2563 โดยคัดเลือกจำนวน 3-4 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคใต้ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีนิยม เป็นต้น

1.2 ผู้บริหารของจังหวัดเล็งเห็นความสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรในพื้นที่ และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายและจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ผู้วิจัยและคณะจึงคัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทน 4 ภาค ที่มีอัตรา

การฆ่าตัวตายสูง จำนวน 2 จังหวัด และจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ จำนวน 2 จังหวัดที่อยู่ในลำดับใกล้เคียงกันจากฐานข้อมูลรายงานของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ดังนั้น คุณสมบัติของจังหวัดที่เป็นตัวแทนกรณีศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะจึงประสานกับผู้ประสานงานหลักของศูนย์สุขภาพจิต 1, 4, 6 และ 12 เบื้องต้นเพื่อทำการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 จังหวัด 4 ภาค เพื่อทำการนัดหมายขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักต่อไป

2. วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

การดำเนินการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยและคณะได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ทำหนังสือประสานขออนุญาตภายนอก ได้แก่

2.1.1 หนังสือขออนุมัติจากกรมสุขภาพจิตสำหรับขออนุญาตลงเก็บข้อมูลขอผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและจัดทำหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

2.1.2 หนังสือเรียนผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 4 เขตสุขภาพ ที่ดำเนินการโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติเพื่อลงเก็บข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยโดยกำหนดข้อปฏิบัติในการลงสนามวิจัยในการขอจริยธรรมในคน เช่น การขอเก็บข้อมูลกลุ่มบุคลากรนอกสังกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มประชาชน จะรักษาข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับการวิจัยต้องไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ให้ข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจหลังให้ข้อมูลสามารถแจ้งยกเลิกการให้ข้อมูลได้ และการให้บริการปรึกษาเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักมีความต้องการเป็นต้น

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสนามจริง เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงลึก เพื่อผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกสบายใจและยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และยินยอมลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริงหรือใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสนามจริง 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน 4 โครงการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ช่วงเดือน กันยายน-ตุลาคม 2564 และระยะหลังจาก 4 โครงการดำเนินการวิจัยในพื้นที่เสร็จสิ้น ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2565 หากทีมวิจัยไม่สามารถลงสนามจริงได้ในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด19 ทีมวิจัยจะปรับวิธีการเก็บข้อมูลด้วยระบบ Online ผ่าน ZOOM

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เช่นห้องทำงาน ห้องประชุม ห้องให้คำปรึกษาในหน่วยบริการ เป็นต้น กรณีปรับวิธีการเก็บข้อมูลด้วยระบบ Online ผ่าน ZOOM ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถใช้สถานที่ที่พักอาศัย ห้องพัก ห้องทำงาน หรือ ห้องประชุม ฯลฯ ผู้เก็บข้อมูลใช้สถานที่ห้องทำงาน หรือห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว

ผู้วิจัยลงพื้นที่คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

ตาราง 2 เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เกณฑ์การคัดเข้า	เกณฑ์การคัดออก	เกณฑ์การถอนตัว
กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ	1. เป็นผู้มีบทบาทในการบริหารองค์กรไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2. มีรายงานหรือเอกสารประกาศนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 3. มีประสบการณ์ทำงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 1 ปี 4. อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ 5. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล	อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการ	1. บุคลากรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2. มีการรับรู้ประกาศนโยบายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 3. อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ 4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล	อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 3 บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1) กลุ่มหน่วยงาน 1.1 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น ไม่ต่ำกว่า1 ปี 1.2 มีการรับรู้ประกาศนโยบายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 1.3 เป็นองค์กรเครือข่ายในพื้นที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและ กลุ่มเสี่ยง 1.4 อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ 1.5 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล	อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	เกณฑ์การคัดเข้า	เกณฑ์การคัดออก	เกณฑ์การถอนตัว
	2) กลุ่มอาสาสมัคร 2.1 เป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือสถานบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ และส่งต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ทำงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2.2 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2.3 เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ 2.4 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย		
กลุ่มที่ 4 ผู้มารับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย	1. เป็นผู้ที่มารับบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล ในช่วง ตั้งแต่มกราคม 2562-ธันวาคม 2563 และมารับบริการเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล 2. เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ 3. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย	อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล	อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง
กลุ่มที่ 5 ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ	1. เป็นผู้ที่อยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับกลุ่มที่4 และมีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย 2 เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปทุกเพศ 3. อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย	อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล	อาสาสมัครมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

งานวิจัยเชิงคุณภาพมีเครื่องมือที่สำคัญคือตัวผู้วิจัย และใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึก มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก

เพื่อศึกษาและค้นหารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 ด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure)

กับผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3) กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข 4) กลุ่มผู้รับบริการ และ 5) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก ด้วยการสร้างแนวคำถามในกรอบอย่างคร่าว ๆ สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อใช้ในรวบรวมข้อมูล ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ อย่างมีทิศทาง ซึ่งแนวคำถามเป็นประเด็นกว้าง ๆ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกรอบคำถามการวิจัย โดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อสร้างประเด็นหลักให้ผู้ตอบสามารถตอบได้กว้างและยืดหยุ่น ทั้งนี้การเรียบเรียงเนื้อหาเป็นไปตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับเปลี่ยนคำถามจากการบอกเล่าประสบการณ์ ความคิด ความรู้ และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อประเด็นคำถาม ที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการสนทนา ขณะรับฟังผู้วิจัยใช้วิธีการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อตอบสนองต่อเรื่องเล่าของผู้ให้ข้อมูล พร้อมคอยกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเรื่องราวประสบการณ์ความรู้ของตนเอง

3.2 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาตามกรอบ CIPP MODEL ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบความถูกต้องของแนวคำถามสัมภาษณ์ (trustworthiness) และผู้วิจัยทำการปรับแก้ไขแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตามข้อเสนอแนะโดยประสานขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิตในกระบวนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักโดยเลือกตัวแทนของกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก

หลังจากนั้นทำการทดสอบแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ต่อมาผู้วิจัยและคณะตรวจสอบข้อมูลที่ได้รวบรวมมาจากการสัมภาษณ์ตลอดเส้นทาง ข้อมูลมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ และทำการปรับแก้ไขแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง หากพบว่าบางคำถามไม่ครอบคลุม ตามกรอบ CIPP MODEL ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มีการปรับเปลี่ยนคำถามนำไปสู่ประเด็นการศึกษาเพื่อเตรียมพร้อมการใช้สัมภาษณ์จริง โดยมีรายละเอียดตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ใช้สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 แนวคำถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1 สร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งปรากฏดัง ตาราง 3

3.2.2 สร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งปรากฏดัง ตาราง 4

3.2.3 สร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปรากฏดัง ตาราง 5

3.2.4 สร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ ตาราง 6

3.2.5 สร้างและพัฒนาเครื่องมือแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก ตาราง 7

ตาราง 3 สำหรับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านบริบท	- ด้านบริบท	1. การมีนโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นอย่างไร	1.1 ท่านเคยรับทราบ หรือได้ข้อมูลที่เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ปี 2560-2564 และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 อย่างไรบ้าง 1.2 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.3 ท่านคิดว่านโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรคโควิด19(COVID-19) ควรเป็นอย่างไร 1.4 ท่านคิดว่าโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรคโควิท-19 (COVID-19) ตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือไม่ อย่างไร 1.5 ท่านคิดว่าสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 1.6 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่ 1.7 ท่านให้การดูแลช่วยเหลือกับปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่อย่างไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ปี 2560-2564 - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ.2564-2565

ตาราง 3 สำหรับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านปัจจัยนำเข้า	- ด้านปัจจัยนำเข้า	2. การเตรียมความพร้อมของแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	2.1 ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนมีประสิทธิภาพ 2.2 ท่านมีแผนการเตรียมบุคลากรสหวิชาชีพสำหรับดำเนินงานป้องกันฆ่าตัวตายอย่างไร 2.3 ท่านมีการจัดสรรงบประมาณ และสถานที่ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร 2.4 ท่านคิดว่าควรส่งเสริมความรู้และทักษะบุคลากรอย่างไร เพื่อให้มีความพร้อมในงานป้องกันการฆ่าตัวตาย	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านกระบวนการ	- ด้านกระบวนการ	3. การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	3.1 จากนโยบายที่ได้รับมีการนำไปดำเนินการอย่างไร (ช่วยยกตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินการ ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร มีใครเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนบ้าง และเกี่ยวข้องอย่างไร กลุ่มเป้าหมายคือใคร และหน่วยงานหลักที่ดำเนินการ) 3.2 จากการนำกิจกรรมปรับใช้กับพื้นที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร กับใครบ้าง (ช่วยยกตัวอย่างสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและกลุ่มเป้าหมาย เช่น ความรู้ความเข้าใจ ความคิด พฤติกรรม) 3.3 ท่านคิดว่าบุคคลใดมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 3 สำหรับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านผลลัพธ์	- ด้านผลลัพธ์	4. ผลของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร	4.1 ผลจากการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร 4.2 ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 4.3 ท่านคิดว่าการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรเพิ่มเติมหรือปรับปรุงอะไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)และการปรับปรุงนั้นควรดำเนินการอย่างไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 4 สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านบริบท	- ด้านบริบท	1. การมีนโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นอย่างไร	1.1 ท่านคิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 1.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่ 1.3 ท่านให้การดูแลช่วยเหลือกับปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่อย่างไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.4 ท่านเคยได้ยินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ปี 2560-2564 และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 หรือไม่ เป็นอย่างไร 1.5 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.6 ท่านคิดว่าวัตถุประสงค์ของโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรค โควิท-19(COVID-19) มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ. 2564-2565 หรือไม่ อย่างไร 1.7 ท่านคิดว่าโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรคโควิท 19(COVID-19) ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ปี 2560-2564 - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ. 2564-2565

ตาราง 4 สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านปัจจัยนำเข้า	- ด้านปัจจัยนำเข้า	2. การเตรียมความพร้อมของแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	2.1 ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านมีแผนการเตรียมบุคลากรสหวิชาชีพอย่างไร 2.2 หน่วยงานของท่านมีการจัดสรรงบประมาณ และสถานที่ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร 2.3 ท่านคิดว่าอะไรทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับงานป้องกันการฆ่าตัวตาย 2.4 ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ /การอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 4 สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านกระบวนการ	- ด้านกระบวนการ	3. การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	3.1 ท่านคิดว่าการจัดกิจกรรม /อบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตาย /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.2 ท่านคิดว่าการจัดกิจกรรม /อบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตาย /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชนได้หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.3 ท่านคิดว่าบุคคลใดมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แนวคิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย

ตาราง 4 สำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และสหวิชาชีพอื่นๆ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านผลลัพธ์	- ด้านผลลัพธ์	4. ผลของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร	4.1 ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยความสำเร็จของการอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล/การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 4.2 ท่านคิดว่าการอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลควรปรับปรุงอะไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 5 สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านบริบท	- ด้านบริบท	1. การมีนโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นอย่างไร	1.1 ท่านคิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 1.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่ 1.3 ท่านให้การดูแลช่วยเหลือกับปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่อย่างไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.4 ท่านเคยได้ยินแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 หรือไม่ เป็นอย่างไร 1.5 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.6 ท่านคิดว่าวัตถุประสงค์ของโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรค โควิด 19(COVID-19) มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 หรือไม่อย่างไร 1.7 ท่านคิดว่าโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบาดโรคโควิด 19 ตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือไม่ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565

ตาราง 5 สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านปัจจัยนำเข้า	-ด้านปัจจัยนำเข้า	2. การเตรียมความพร้อมของแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	2.1 ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านมีแผนการเตรียมบุคลากรอย่างไร 2.2 หน่วยงานของท่านมีการจัดสรรงบประมาณ และสถานที่ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร 2.3 ท่านคิดว่าอะไรทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับงานป้องกันการฆ่าตัวตาย 2.4 ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ /การอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 5 สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านกระบวนการ	-ด้านกระบวนการ	3. การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	3.1 ท่านคิดว่าการจัดกิจกรรม /อบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตาย /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.2 ท่านคิดว่าการจัดกิจกรรม /อบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตาย /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชนได้หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.3 ท่านคิดว่าบุคคลใดมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แนวคิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย

ตาราง 5 สำหรับกลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านผลลัพธ์	- ด้านผลลัพธ์	4. ผลของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร	4.1 ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยความสำเร็จของการอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล/การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน/การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำหรับหน่วยงานท่าน เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 4.2 ท่านคิดว่าการอบรมวัคซีนใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน /การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล /การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน/การทำฐานข้อมูลเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำหรับหน่วยงานท่านควรปรับปรุงอะไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 6 สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านบริบท	- ด้านบริบท	1. การมีนโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นอย่างไร	1.1 ท่านคิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 1.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตาย 1.3 ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.4 ท่านเคยได้ยินแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 หรือไม่ เป็นอย่างไร 1.5 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 มีความเหมาะสมกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.6 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตายในช่วงระบาดโรคโควิท 19(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่านหรือไม่ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ.2564-2565
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่า ตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านปัจจัยนำเข้า	- ด้านปัจจัยนำเข้า	2. การเตรียมความพร้อมของแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	2.1 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ท่านรับบริการมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่อย่างไร 2.2 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ท่านรับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร 2.3 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับงานป้องกันการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร 2.4 ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 6 สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านกระบวนการ	- ด้านกระบวนการ	3. การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	3.1 ท่านคิดว่าการจัดบริการการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและในชุมชนมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.2 ท่านคิดว่าการจัดบริการการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ทำให้ท่านเกิดการเปลี่ยนความคิดและลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.3 ท่านคิดว่าบุคคลใดมีส่วนสำคัญในการจัดบริการโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แนวคิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในด้านผลลัพธ์	- ด้านผลลัพธ์	4. ผลของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร	4.1 ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยความสำเร็จของการ ดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 4.2 ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล และในชุมชน ควรปรับปรุงอะไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 7 กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท	- ด้านบริบท	1. การมีนโยบายและแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีเป็นอย่างไร	1.1 ท่านคิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 1.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตาย 1.3 ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานใดบ้าง อย่างไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.4 ท่านเคยได้ยินแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 หรือไม่ เป็นอย่างไร 1.5 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565 มีความเหมาะสมกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 1.6 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตายในช่วงระบาดโรคโควิท 19(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่านหรือไม่ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ.2564-2565
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านปัจจัยนำเข้า	- ด้านปัจจัยนำเข้า	2. การเตรียมความพร้อมของแผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	2.1 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ท่านรับบริการมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่อย่างไร 2.2 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ท่านรับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร 2.3 ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับงานป้องกันการฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะอะไร 2.4 ท่านคิดว่าอะไรที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

ตาราง 7 กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก

จุดประสงค์งานวิจัย	ประเด็นคำถาม	แนวคำถามหลัก	แนวคำถามซัก	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านกระบวนการ	- ด้านกระบวนการ	3. การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร	3.1 ท่านคิดว่าการจัดบริการการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและในชุมชนมีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.2 ท่านคิดว่าการจัดบริการการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ทำให้ญาติของท่านเกิดการเปลี่ยนความคิดและลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้หรือไม่ เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 3.3 ท่านคิดว่าบุคคลใดมีส่วนสำคัญในการจัดบริการโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพราะอะไร	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model - แนวคิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย
- เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านผลลัพธ์	- ด้านผลลัพธ์	4. ผลของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร	4.1 ท่านคิดว่าอะไรคือปัจจัยความสำเร็จของการ ดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย เพราะอะไร (ช่วยยกตัวอย่าง) 4.2 ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล และในชุมชน ควรปรับปรุงอะไรบ้าง (ช่วยยกตัวอย่าง)	- แนวคิดการประเมินผล CIPP Model

จากแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ข้างต้นผู้วิจัยและคณะใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลร่วมกับอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และระบบ Online ผ่าน ZOOM กรณีไม่สามารถลงสนามจริง ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด 19 เพื่อบันทึกและเก็บข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ เป็นทิศทางเดียวกันในการเก็บข้อมูลในสนามจริง โดยผู้วิจัยและคณะขออนุญาตบันทึกเสียงและภาพผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

3.3 การสังเกต

ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด 19 ผู้วิจัยและคณะใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ซึ่งเป็นการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Lofland,1971) ด้วยระบบ Online ผ่าน ZOOM ได้แก่ การสังเกตจากการแสดงออกทางสีหน้า แววตาและการสบตา ท่าทาง น้ำเสียง และบรรยากาศรอบข้างของผู้ให้ข้อมูล เช่น ห้องทำงาน ห้องประชุม บ้าน เป็นต้น

3.4 การจดบันทึก

ผู้วิจัยทำการจดบันทึกลักษณะท่าทางและข้อมูลตามแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) รวมถึงประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติม เช่น น้ำเสียง แววตาและการสบตา เป็นต้น ทั้งนี้มีการทบทวนและประเมินข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งไม่รวมความคิดเห็นของผู้วิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วง ได้แก่

4.1 ช่วงก่อนการลงสนามวิจัย

ผู้วิจัยและคณะได้ดำเนินการเสนอโครงวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยการเสนอข้อปฏิบัติในการขอจริยธรรมในคน เช่น การขอเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการรักษาข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับการวิจัยนี้ต้องไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมสามารถแจ้งยกเลิกการให้ข้อมูลได้ และหากผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลืออื่น ๆ เป็นต้น

เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติเอกสารรับรองจริยธรรมของโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ผู้วิจัยและคณะจัดประชุมชี้แจงสำหรับกลุ่มผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12 ถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติของตัวแทนกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล ที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2562) และที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 4 โครงการที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติในช่วงระบาด COVID-19 ในช่วงปี 2564 เพื่อแสดงตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักฐานเหตุการณ์ในสนามจริง ผู้วิจัยและคณะพยายามสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ประสานงานหลัก ต่อมาผู้ประสานงานหลักคัดเลือกพื้นที่ตัวแทนที่ใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อทดสอบเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยและคณะจะค่อยๆเริ่มใช้หลักการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อได้ข้อมูลที่หลากหลายและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยและวัตถุประสงค์รอง ช่วงแรกของการลงสนามวิจัยด้วยระบบOnline ผ่าน Zoom ระหว่างเดือนสิงหาคม – เดือนกันยายน 2564 ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเมื่อพบว่าประเด็นใดไม่สอดคล้องวัตถุประสงค์การวิจัยและเข้าใจยาก ได้คำตอบที่บิดเบือน ผู้วิจัยและคณะดำเนินการปรับแก้ไขประเด็นคำถามเพื่อใช้คำถามได้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยและคณะได้นำร่างแนวคำถามแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 10 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและมีการปรับปรุงแก้ไขบางข้อคำถาม ให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลมากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง เช่น บางคำถามใช้คำศัพท์วิชาการมาก ผู้วิจัยจึงต้องปรับใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นต้น

4.2 ช่วงการเก็บข้อมูลและปิดท้ายงานในสนามวิจัย

ผู้วิจัยและคณะมีการค้นหาผู้รับผิดหลักด้านโครงการป้องกันการฆ่าตายในเขตสุขภาพที่ 1-12 (gate keeper) ที่มีความน่าเชื่อถือและมีความเชื่อมั่นสามรถนำพาผู้วิจัยและคณะเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่ง gate keeper จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลยอมแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ที่เป็นจริงกับผู้วิจัย99 (Fetterman,1989)

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ประสานหลักของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12 โดยการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ให้กับพื้นที่เป้าหมาย นอกจากนี้ช่วยแจ้งการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักกับผู้วิจัยล่วงหน้า และมีการแนะนำผู้วิจัยและคณะให้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยใช้ระบบ Online ผ่าน Zoom ในการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อแสดงความจริงใจและสร้างความไว้วางใจสำหรับทุกฝ่าย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามทำความเข้าใจ และยินยอมลงนามในเอกสาร Inform Consent ก่อนเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ทุกท่านรับทราบการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และประโยชน์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชากรไทย

การเริ่มเก็บข้อมูลในสนามจริง ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามใช้ระบบ Online ผ่าน Zoom แนะนำตัวและเริ่มสร้างสัมพันธภาพ (rapport) กับกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัยเลือกใช้สรรพนามแทนตัวเองตามลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น ดิฉัน หรือ ผม กับกลุ่มผู้บริหารภาครัฐ เป็นต้น การแต่งกายของผู้วิจัยใส่ชุดสุภาพทั่วไป ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยระบบ Online ผ่าน Zoom ช่วงวันจันทร์ – วันศุกร์ และเก็บข้อมูลตามช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกให้ข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และมีการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงการบันทึกภาพและเสียงด้วยระบบ Online ผ่าน Zoom ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเลือกใช้ห้องที่มิดชิดเป็นสัดส่วนไม่มีบุคคลอื่นรบกวน และผู้ให้ข้อมูลใช้ห้องส่วนตัวในการให้ข้อมูล โดยช่วง 3 สัปดาห์แรกของเดือนตุลาคม 2564 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ด้วยระบบ Online ผ่าน Zoom ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ของเดือนตุลาคม - ต้นเดือนพฤศจิกายน 2564 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 6 และ 12 ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยปรับคำถามให้เหมาะสมและยืดหยุ่นตามสถานการณ์เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย และได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับค่าตอบแทนจากผู้วิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกต (Observation) อย่างมีส่วนร่วม ซึ่งอยู่ในรูปแบบการบันทึกเสียง และบันทึกแบบจดข้อมูล ผู้วิจัยและคณะพิจารณาร่วมกันโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทีมวิจัยที่มีความชำนาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้ (ชาย โพธิสิตา, 2554)

5.1 การจัดระเบียบข้อมูล จากการบันทึกเสียงและการจดบันทึกสังเกตอย่างมีส่วนร่วมจัดเขียนบรรยายอย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อนำข้อมูลใช้ได้อย่างสะดวกและน่าเชื่อถือ

5.2 นำข้อมูลดิบมาทำจัดเป็นกลุ่มย่อยให้รหัสข้อมูล (Code) ตามประเด็นการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้จริงได้

5.3 นำข้อมูลที่ให้รหัสมาจัดหมวดหมู่ (Clustering) เพื่อสรุปเป็น Theme ตามประเด็นข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบพรรณนา อีกทั้งผู้วิจัยและคณะทำการสรุปและตีความ ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

5.4 นำข้อมูลแสดงเป็นเรื่องราวตามความเป็นจริงกับสิ่งที่ศึกษา

5.5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนำข้อมูลคืนกลับไปผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยัน (Member Check) และลงนามในเอกสาร รวมถึงผู้วิจัยและคณะมีการบันทึกร่องรอยของการมีอคติจากผู้ให้ข้อมูลและระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล จากการสังเกตพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วมนอกจากนี้ผู้วิจัยและคณะทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ยืนยันข้อมูลจากการเทียบเคียงข้อมูลที่ได้จากแหล่งแตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาโครงการ หากพบข้อมูลที่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยและคณะทำการสรุปและตีความข้อมูลวิเคราะห์เทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาข้อมูลโดยปราศจากอคติของผู้วิจัยและคณะ

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) และการยืนยันผล (Confirmability) ของข้อมูลเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อข้อมูลที่เก็บรวมรวมมีความสอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับรวมถึงสามารถถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ไปยังสภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือและข้อมูลดังนี้

6.1 นำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และด้านวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้พิจารณา

6.2 นำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

6.3 นำแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ทดลองใช้กับตัวอย่างที่ใกล้เคียงผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 2 คน กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 2 คน และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 2 คน

เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างให้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและประเด็นที่ศึกษา ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้การทวนสอบข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลเพื่อให้กับผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบการตีความให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด และเป็นการยืนยัน (Member Check) ด้วยระบบ Online ผ่าน Zoom

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้วิจัยด้วยระบบ Online ผ่าน Zoom ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) และการยืนยันผล (Confirmability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ยืนยันข้อมูลดังกล่าวจากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อเป็นการตรวจความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล โดยการเทียบเคียงข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 6 และ 12 เมื่อพบข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันผู้วิจัยทำการสรุปและตีความข้อมูลวิเคราะห์เทียบเคียงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาข้อมูลโดยปราศจากอคติของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณแบบการสำรวจ (Survey Approach)

การวิจัยเชิงปริมาณแบบการสำรวจ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติมีประชากร 2 กลุ่มดังนี้

1.1 กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 250 คน ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในช่วงตั้งแต่มกราคม 2562 - ธันวาคม 2563 ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอ และศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 50 จังหวัดของประเทศไทยและมารับบริการเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นคนไทย ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศและอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2 กลุ่มญาติและผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด จำนวน 250 คน ได้แก่ ญาติของผู้รับบริการตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมายเป็นคนไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ณ โรงพยาบาลระดับอำเภอ จากจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดใน 50 จังหวัด โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและคณะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดของหน่วยบริการระหว่างปี 2560-2563 และ 2564-2565 ใน 50 จังหวัด จำนวน 250 คน และญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้รับบริการ จำนวน 250 คน และผู้ตอบแบบสอบถามมีความสมัครใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างดังนี้

3.1 มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการประเมินผลโครงการและตามกรอบ CIPP MODEL ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์

3.2 นำแบบสอบถามความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติเสนอผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อสารมวลชน จำนวน 1 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมของปัญหาที่ต้องการศึกษา ให้ค่าคะแนนความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC)

3.3 ผู้วิจัยและคณะปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิและเลือกข้อคำถามที่มีคะแนน IOC > 0.5 มาเป็นข้อคำถาม

3.4 ปรับปรุงแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์และนำไปทดลองใช้ (Try out) ในการเก็บข้อมูล

3.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ Reliabilityด้วยสถิติ Cronbach's alpha = 0.8

4. เกณฑ์ในการให้คะแนนแบบสอบถาม

ระดับมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับรู้สึกของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักมาก กำหนดให้ 5 คะแนน

ระดับมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับรู้สึกของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักปานกลาง กำหนดให้ 4 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงนั้นอาจจะไม่มั่นใจกับความรู้สึกของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก กำหนดให้ 3 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักปานกลาง กำหนดให้ 2 คะแนน

ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักมาก กำหนดให้ 1 คะแนน

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการดำเนินงานการ

5.2 ป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อสารมวลชน จำนวน 1 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5.3 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยและคณะทำการตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถามฯ ที่แก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มญาติที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยหาความเที่ยง และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's AlphaCoefficient) (Joseph A. Gliem Rosemary R. Gliem,2003) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

6.1 จัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุด 49 จังหวัด ให้กับผู้ประสานงานหลักของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12

6.2 ผู้วิจัยและคณะจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากสำนักวิชาการสุขภาพจิตถึงผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อชี้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทั้งนี้ได้ดำเนินการประสานเขตสุขภาพ โดยแบ่งตามลักษณะการดำเนินงาน ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1-12 มีขั้นตอนขอให้จัดส่งหนังสือถึงเขตและจังหวัด สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีขั้นตอนขอให้จัดส่งหนังสือไปยังสำนักการแพทย์และสำนักอนามัยในเขตกรุงเทพมหานคร หลังจากที่ได้หนังสือตอบรับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากสำนักการแพทย์และสำนักอนามัย เพื่อยื่นเป็นหลักฐานหนังสือตอบรับอนุญาตฯ ในการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เพื่อเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

6.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการดำเนินงานการป้องกัน การฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับบริการและญาติ/ผู้ดูแลหลัก เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ทำให้การเก็บข้อมูลในพื้นที่แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ Online ด้วย QR CORD ซึ่งประกอบด้วย เอกสารใบยินยอม ใบสำคัญรับเงินและแบบสอบถามฯ 2) รูปแบบ Off line ด้วยการกรอกเอกสารแบบสอบถามและผู้ ประสานงานใน พื้นที่ทำการบันทึกภาพเอกสารที่ตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งภาพถ่ายผ่าน line กลับมายังผู้วิจัยและคณะเบื้องต้น จากนั้นให้พื้นที่ส่งเอกสารทั้งหมดทางไปรษณีย์กลับมายังผู้วิจัยและคณะ

6.4 ผู้วิจัยและคณะรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามรูปแบบ Online และ Offline รวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกันใน Google form

6.5 นำข้อมูลที่รวบรวมใน Google form จัดทำการวิเคราะห์

7. การพิทักษ์สิทธิ์ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้หลักการของแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินการวิจัย เช่น การจัดทำกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ การระบุในเอกสารข้อมูลอาสาสมัครเกี่ยวกับ ผลดี และผลเสียที่อาจเกิดต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัย การวางแผนแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น การขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งแนวปฏิบัติดังนี้ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 2) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่อาสาสมัคร (Risk and Benefit) โดยการระบุว่าอาสาสมัครจะได้รับประโยชน์อะไรบ้าง และความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อตัวอาสาสมัครมีอะไรบ้าง 3) การรักษาความลับของอาสาสมัคร (Privacy and Confidentiality) โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร 4) หลักความยุติธรรม (Justice) คือมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกชัดเจน 5) อุปสรรคและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและความรับผิดชอบของผู้วิจัย (Challenges and risks towards participants including investigator's Responsibility) 6) การคำนึงถึงชุมชน (Community consideration) การกำหนด key person ไม่ได้มี input จากชุมชนโดยตรง 7) การปกป้องความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ (Protection of research participants' privacy and confidentiality) คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ทีมวิจัยไม่สามารถลงสนามได้เนื่องจาก การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จึงมีการปรับวิธีการเก็บข้อมูลด้วยระบบออนไลน์ด้วยความสมัครใจของอาสาสมัคร โดยผู้วิจัยและคณะเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลเท่านั้น ระยะเวลาการเก็บรักษาและทำลายข้อมูลประมาณ 6 เดือน หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสร็จสิ้น จึงทำลายข้อมูล

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

8.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science)

8.2 ข้อมูลผลการสำรวจความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลักวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระหว่างปี 2560-2563 กับปี 2564-2565 โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยผสานวิธีแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน (Creswell, 2015) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 1.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการจัดรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติของ ผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ช่วงปี 2560-2563

ตอนที่ 1.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรนอกสาธารณสุข ผู้รับบริการ ญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 1.4 ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ช่วงปี 2560-2563

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 2.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการจัดรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ช่วงปี 2564-2565

ตอนที่ 2.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรนอกสาธารณสุข ผู้รับบริการ ญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 2.4 ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ช่วงปี 2564-2565

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิจัยรอบที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน (Creswell, 2015) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น ทั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ(Inclusion Criterion)โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก จำนวน 144 คน โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยเป็นนามสมมติทั้งหมด สำหรับการศึกษาตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก จำนวน 236 คน ข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยนามสมมติทั้งหมด ไม่ใช่ชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดแต่ละตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยนำเสนอประวัติและข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นถึงข้อมูลเบื้องต้นของตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลลัพธ์และผลกระทบโดยตรงจากบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2560-2563 โดยมีข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 236 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด 236	ผู้รับบริการ ผู้ดูแล	ผู้ดูแล (93)	
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา (1)	9 (3.8)	7 (4.9)	2 (2.2)	0.725
ประถมศึกษา (2)	67 (28.4)	37 (25.9)	30 (32.2)	
มัธยมศึกษา/ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (3)	92 (39.0)	56 (39.1)	36 (38.7)	
ปริญญาตรี /ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) (4)	63 (26.7)	40 (28.0)	23 (24.7)	
สูงกว่า ปริญญาตรี (5)	5 (2.1)	3 (2.1)	2 (2.2)	
อื่น ๆ (ระบุ)..... (6)	-	-	-	
อาชีพ				

ตาราง 8 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 236 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด 236	ผู้รับบริการผู้ดูแล	ผู้ดูแล (93)	
อาชีพ				
ว่างงาน (1)	55 (23.3)	40 (28.0)	15 (16.1)	0.008
รับจ้าง (2)	95 (40.2)	56 (39.1)	39 (41.9)	
ค้าขาย (3)	23 (9.8)	11 (7.7)	12 (12.9)	
ธุรกิจส่วนตัว (4)	18 (7.6)	10 (7.0)	8 (8.6)	
รับราชการ (5)	11 (4.7)	3 (2.1)	8 (8.6)	
อาสาสมัคร (6)	3 (1.3)	1 (0.7)	2 (2.2)	
เกษตรกรรม (7)	17 (7.2)	9 (6.3)	8 (8.6)	
นักเรียน/นักศึกษา (8)	14 (5.9)	13 (9.1)	1 (1.1)	
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มี (1)	50 (21.2)	38 (26.5)	12 (12.9)	0.082
500 – 1,000บาท (2)	23 (9.7)	14 (9.8)	9 (9.7)	
1,000-5,000บาท (3)	47 (19.9)	31 (21.7)	16 (17.2)	
5,000-10,000บาท (4)	63 (26.7)	34 (23.8)	29 (31.2)	
10,000-15,000บาท (5)	28 (11.9)	12 (8.4)	16 (17.2)	
15,000-20,000บาท (6)	13 (5.5)	8 (5.6)	5 (5.4)	
มากกว่า 20,000บาท (7)	12 (5.1)	6 (4.2)	6 (6.4)	

ตาราง 8 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 236 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด 236	ผู้รับบริการผู้ดูแล	ผู้ดูแล (93)	
สถานภาพสมรส				
โสด (1)	83 (35.2)	66 (46.1)	17 (18.3)	<0.001
คู่ (2)	122 (51.7)	59 (41.3)	63 (67.7)	
หย่าร้าง (3)	12 (5.1)	7 (4.9)	5 (5.4)	
แยกกันอยู่ (4)	5 (2.1)	2 (1.4)	3 (3.2)	
หม้าย (5)	14 (5.9)	9 (6.3)	5 (5.4)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
อยู่คนเดียว (1)	3 (1.3)	3 (2.1)	0 (0.0)	0.387
2-3 คน (2)	80 (34.0)	48 (33.6)	32 (34.8)	
4-5 คน (3)	107 (45.5)	68 (47.5)	39 (42.4)	
มากกว่า 5 คน (4)	45 (19.2)	24 (16.8)	21 (22.8)	
กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
จำนวนผู้เสียชีวิตสูง 25 ลำดับ (1)	122 (51.7)	75 (52.4)	47 (50.5)	0.791
จำนวนผู้เสียชีวิตต่ำ 25 ลำดับ (2)	114 (48.3)	68 (47.6)	46 (49.5)	
ภาค				
เหนือ (1)	48 (20.4)	31 (21.7)	17 (18.3)	0.955
ตะวันออกเฉียงเหนือ (2)	49 (20.8)	29 (20.3)	20 (21.6)	

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด 236	ผู้รับบริการผู้ดูแล	ผู้ดูแล (93)	
กลาง (3)	34 (14.4)	20 (14.0)	14 (15.0)	
ภาคตะวันออก (4)	35 (14.8)	21 (14.7)	14 (15.0)	
ภาคตะวันตก (5)	26 (11.0)	14 (9.8)	12 (12.9)	
ใต้ (6)	44 (18.6)	28 (19.5)	16 (17.2)	

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 8 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 236 คน) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด ร้อยละ 39.0 (จำนวน 92 คน) รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.4 (จำนวน 67 คน) และระดับปริญญาตรี หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 26.7 (จำนวน 63 คน) ตามลำดับ โดยระดับการศึกษาของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p =0.725)

ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40.2 (จำนวน 95 คน) รองลงมาเป็นบุคคลว่างงาน ร้อยละ 23.3 (จำนวน 55 คน) และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 9.8 (จำนวน 23 คน) ตามลำดับ โดยอาชีพของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการทั้งหมด 143 คน จะมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.1 (จำนวน 56 คน) ว่างงาน ร้อยละ 28.0 (จำนวน 40 คน) และนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 9.1 (จำนวน 13 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมด 93 คน จะมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.9 (จำนวน 39 คน) ว่างงาน ร้อยละ 16.1 (จำนวน 15 คน) และค้าขาย ร้อยละ 12.9 (จำนวน 12 คน) ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 26.7 (จำนวน 63 คน) รองลงมาเป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 21.2 (จำนวน 50 คน) ช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 19.9 (จำนวน 47 คน) ตามลำดับ โดยรายได้ต่อเดือนของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p =0.082)

ผู้ตอบแบบสอบถามมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 51.7 (จำนวน 122 คน) รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 35.2 (จำนวน 83 คน) และสถานภาพหม้าย ร้อยละ 5.9 (จำนวน 14 คน) ตามลำดับ โดยสถานภาพสมรสของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการมีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.1 (จำนวน 66 คน) สถานภาพคู่ ร้อยละ 41.3 (จำนวน 59 คน) และสถานภาพหม้าย ร้อยละ 6.3 (จำนวน 9 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลจะมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 67.7 (จำนวน 63 คน) สถานภาพโสด ร้อยละ 18.3 (จำนวน 17 คน) และมีสถานภาพหย่าร้าง และสถานภาพหม้ายเท่ากัน ร้อยละ 5.4 (จำนวน 5 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามจะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด 4-5 คน ร้อยละ 45.5 (จำนวน 107 คน) รองลงมาจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 34.0 (จำนวน 80 คน) และจำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 19.2 (จำนวน 24 คน) ตามลำดับ โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.387$)

ผู้ตอบแบบสอบถามจะอาศัยอยู่ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 20.8 (จำนวน 49 คน) รองลงมาอยู่ภาคเหนือ ร้อยละ 20.4 (จำนวน 48 คน) และภาคใต้ ร้อยละ 18.6 (จำนวน 44 คน) ตามลำดับ โดยภูมิภาคที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.955$) และจะอาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง มากกว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ ด้วยร้อยละ 51.7 (จำนวน 122 คน) และร้อยละ 48.3 (จำนวน 114 คน) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะอาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.791$)

ตอนที่ 1.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการจัดรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ช่วงปี 2560-2563

ตาราง 9 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 236 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการผู้ดูแล					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	16 (11.2)	41 (28.7)	41 (28.7)	21 (14.7)	24 (16.7)	10 (10.8)	37 (39.8)	21 (22.6)	14 (15.0)	11 (11.8)	0.438
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน	19 (13.3)	46 (32.1)	31 (21.7)	32 (22.4)	15 (10.5)	18 (19.4)	31 (33.3)	21 (22.6)	14 (15.0)	9 (9.7)	0.568
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	13 (9.1)	36 (25.1)	42 (29.4)	28 (19.6)	24 (16.8)	12 (12.9)	29 (31.2)	29 (31.2)	14 (15.0)	9 (9.7)	0.376
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	30 (21.0)	43 (30.0)	45 (31.5)	13 (9.1)	12 (8.4)	16 (17.2)	33 (35.5)	30 (32.3)	8 (8.6)	6 (6.4)	0.889
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม(มิดชิด เป็นส่วนตัว)	56 (39.2)	51 (35.6)	28 (19.6)	6 (4.2)	2 (1.4)	27 (29.0)	41 (44.1)	20 (21.5)	4 (4.3)	1 (1.1)	0.565
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือสื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	35 (24.5)	40 (27.9)	42 (29.4)	16 (11.2)	10 (7.0)	23 (24.7)	34 (36.6)	23 (24.7)	9 (9.7)	4 (4.3)	0.654

ตาราง 9 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 236 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการผู้ดูแล					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านกระบวนการ(ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7. การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	37 (25.9)	59 (41.2)	31 (21.7)	10 (7.0)	6 (4.2)	25 (26.9)	38 (40.8)	21 (22.6)	4 (4.3)	5 (5.4)	0.931
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	33 (23.1)	40 (28.0)	36 (25.1)	23 (16.1)	11 (7.7)	16 (17.2)	35 (37.6)	26 (28.0)	10 (10.8)	6 (6.4)	0.415
9. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	57 (39.9)	56 (39.2)	24 (16.8)	4 (2.8)	2 (1.4)	33 (35.5)	(37.6) 45	12 (12.9)	1 (1.1)	2 (2.1)	0.598
10. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	38 (26.6)	63 (44.0)	29 (20.3)	4 (2.8)	9 (6.3)	22 (23.7)	42 (45.2)	23 (24.7)	4 (4.3)	2 (2.1)	0.546

ตาราง 9 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 236 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการผู้ดูแล					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	40 (28.0)	55 (38.4)	30 (21.0)	11 (7.7)	7 (4.9)	21 (22.6)	43 (46.2)	20 (21.5)	5 (5.4)	4 (4.3)	0.759
12.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	46 (32.2)	55 (38.4)	28 (19.6)	10 (7.0)	4 (2.8)	22 (23.6)	42 (45.2)	25 (26.9)	1 (1.1)	3 (3.2)	0.093
13.การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	60 (42.0)	53 (37.0)	23 (16.1)	10 (7.0)	4 (2.8)	36 (38.7)	36 (38.7)	16 (17.2)	2 (2.1)	3 (3.2)	0.987
ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้)											
14.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	60 (42.0)	54 (37.7)	23 (16.1)	2 (1.4)	4 (2.8)	43 (46.2)	38 (40.9)	11 (11.8)	0 (0.0)	1 (1.1)	0.641
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	58 (40.5)	59 (41.3)	20 (14.0)	3 (2.1)	3 (2.1)	42 (45.2)	40 (43.0)	10 (10.7)	0 (0.0)	1 (1.1)	0.656

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 9 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (ทั้งหมดจำนวน 236 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.438) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และระดับปานกลางเท่ากัน ด้วยร้อยละ 28.7 (จำนวน 41 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.8 (จำนวน 37 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.568) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.1 (จำนวน 46 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 33.3 (จำนวน 31 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.376) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 42 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และปานกลางเท่ากัน ด้วยร้อยละ 31.2 (จำนวน 29 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.889) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 31.5 (จำนวน 45 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 35.5 (จำนวน 33 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.565) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 39.2 (จำนวน 56 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.1 (จำนวน 41 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.654) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 42 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 36.6 (จำนวน 34 คน)

ด้านกระบวนการ(ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.931) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.2 (จำนวน 59 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 40.8 (จำนวน 38 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.415) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 28.0 (จำนวน 40 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 37.6 (จำนวน 35 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.598) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 39.9 (จำนวน 57 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 48.4 (จำนวน 45 คน) และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.546) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.0 (จำนวน 63 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.2 (จำนวน 42 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.759) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.4 (จำนวน 55 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.2 (จำนวน 43 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.093) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.4 (จำนวน 55 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.2 (จำนวน 42 คน) และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.987) ผู้รับบริการส่วใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 42.0 (จำนวน 60 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด และมาก เท่ากัน ด้วยร้อยละ 38.7 (จำนวน 36 คน)

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.641) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 42.0 (จำนวน 60 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 46.2 (จำนวน 43 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.656) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.3 (จำนวน 59 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.2 (จำนวน 42 คน)

ตาราง 10 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 143 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	9 (12.0)	22 (29.3)	22 (29.3)	10 (13.4)	12 (16.0)	7 (10.3)	19 (27.9)	19 (27.9)	11 (16.2)	12 (17.7)	0.981
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชน	11 (14.7)	24 (32.0)	11 (14.7)	18 (24.0)	11 (14.7)	8 (11.8)	22 (32.3)	20 (29.4)	14 (20.6)	4 (5.9)	0.162
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	6 (8.0)	16 (21.3)	26 (34.7)	13 (17.3)	14 (18.7)	7 (10.3)	20 (29.4)	16 (23.5)	15 (22.1)	10 (14.7)	0.499
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	16 (21.3)	26 (34.7)	17 (22.6)	8 (10.7)	8 (10.7)	14 (20.6)	17 (25.0)	28 (41.2)	5 (7.3)	4 (5.9)	0.173
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม (มิดชิด เป็นส่วนตัว)	28 (37.3)	26 (34.7)	16 (21.3)	3 (4.0)	2 (2.7)	28 (41.2)	25 (36.8)	12 (17.6)	3 (4.4)	0 (0.0)	0.798

ตาราง 10 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 143 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
6.หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	20 (26.7)	20 (26.7)	23 (30.7)	5 (6.6)	7 (9.3)	15 (22.1)	20 (29.4)	19 (27.9)	11 (16.2)	3 (4.4)	0.345
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7.การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	19 (25.3)	35 (46.7)	15 (20.0)	3 (4.0)	3 (4.0)	18 (26.5)	24 (35.3)	16 (23.5)	7 (10.3)	3 (4.4)	0.500
8.การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	18 (24.0)	22 (29.3)	18 (24.0)	9 (12.0)	8 (10.7)	15 (22.0)	18 (26.5)	18 (26.5)	14 (20.6)	3 (4.4)	0.467
9.เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	25 (33.3)	31 (41.3)	14 (18.7)	3 (4.0)	2 (2.7)	32 (47.1)	25 (36.7)	10 (14.7)	1 (1.5)	0 (0.0)	0.339
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	21 (28.0)	33 (44.0)	14 (18.7)	2 (2.6)	5 (6.7)	17 (25.0)	30 (44.1)	15 (22.1)	2 (2.9)	4 (5.9)	0.980

ตาราง 10 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 143 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	19 (25.3)	28 (37.3)	16 (21.3)	6 (8.0)	6 (8.0)	21 (30.9)	27 (39.7)	14 (20.6)	5 (7.4)	1 (1.4)	0.487
12.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	22 (29.3)	29 (38.7)	16 (21.3)	5 (6.7)	3 (4.0)	24 (35.3)	26 (38.2)	12 (17.6)	5 (7.4)	1 (1.5)	0.866
13.การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	29 (38.7)	26 (34.7)	15 (20.0)	1 (1.3)	3 (4.0)	31 (45.6)	27 (39.7)	8 (11.8)	2 (2.9)	0 (0.0)	0.182
ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้)											
14.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	30 (40.0)	26 (34.7)	14 (18.7)	1 (1.3)	4 (5.3)	30 (44.1)	28 (41.2)	9 (13.2)	1 (1.5)	0 (0.0)	0.290
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	27 (36.0)	31 (41.3)	12 (16.0)	2 (2.7)	3 (4.0)	31 (45.6)	28 (41.2)	8 (11.7)	1 (1.5)	0 (0.0)	0.435

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 10 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (ทั้งหมดจำนวน 143 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.981) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากัน ด้วยร้อยละ 29.3 (จำนวน 22 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากัน ด้วยร้อยละ 27.9 (จำนวน 19 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.162) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.0 (จำนวน 24 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.3 (จำนวน 22 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.499) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 34.7 (จำนวน 26 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 20 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.173) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 34.7 (จำนวน 26 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 41.2 (จำนวน 28 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.798) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 37.3 (จำนวน 28 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 41.2 (จำนวน 28 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.345) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 30.7 (จำนวน 23 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 20 คน)

ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.5) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.7 (จำนวน 35 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 35.3 (จำนวน 24 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.467) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 29.3 (จำนวน 22 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และปานกลาง เท่ากัน ด้วยร้อยละ 26.5 (จำนวน 18 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.339) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัย

อยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.3 (จำนวน 31 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 47.1 (จำนวน 32 คน) และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.980) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.0 (จำนวน 33 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.1 (จำนวน 30 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.487) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 37.3 (จำนวน 28 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.7 (จำนวน 27 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.866) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.7 (จำนวน 29 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.2 (จำนวน 26 คน) และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.182) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 38.7 (จำนวน 29 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.6 (จำนวน 31 คน)

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.290) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 40.0 (จำนวน 40 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 44.1 (จำนวน 30 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.435) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.3 (จำนวน 31 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.6 (จำนวน 31 คน)

ตาราง 11 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 93 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	5 (10.6)	18 (38.3)	11 (23.4)	6 (12.8)	7 (14.9)	5 (10.9)	19 (41.3)	10 (21.7)	8 (17.4)	4 (8.7)	0.895
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชน	8 (17.0)	16 (34.1)	11 (23.4)	7 (14.9)	5 (10.6)	10 (21.7)	15 (32.6)	10 (21.7)	7 (15.3)	4 (8.7)	0.992
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	3 (6.4)	13 (27.6)	19 (40.4)	6 (12.8)	6 (12.8)	9 (19.6)	16 (34.8)	10 (21.7)	8 (17.4)	3 (6.5)	0.121
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	7 (14.9)	18 (38.3)	17 (36.2)	2 (2.4)	3 (6.4)	9 (19.6)	15 (32.6)	13 (28.3)	6 (13.0)	3 (6.5)	0.571
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม(มิดชิด เป็นส่วนตัว)	12 (25.5)	20 (42.6)	13 (27.7)	1 (2.1)	1 (2.1)	15 (32.6)	21 (45.7)	7 (15.2)	3 (6.5)	0 (0.0)	0.387

ตาราง 11 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 93 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	8 (17.0)	19 (40.4)	14 (29.8)	4 (8.5)	2 (4.3)	15 (32.6)	15 (32.6)	9 (19.6)	5 (10.9)	2 (4.3)	0.434
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7. การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	13 (27.7)	23 (49.0)	7 (14.9)	2 (4.2)	2 (4.2)	12 (26.1)	15 (32.6)	14 (30.4)	2 (4.4)	3 (6.5)	0.367
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	7 (14.9)	18 (38.3)	17 (36.2)	2 (4.2)	3 (6.4)	9 (19.6)	17 (36.9)	9 (19.6)	8 (17.4)	3 (6.5)	0.175
9. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	12 (25.6)	26 (55.3)	7 (14.9)	0 (0.0)	2 (4.2)	21 (45.6)	19 (41.3)	5 (10.9)	1 (2.2)	0 (0.0)	0.111
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	10 (21.3)	18 (38.3)	13 (27.7)	4 (8.5)	2 (4.2)	12 (26.1)	24 (52.2)	10 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.120

ตาราง 11 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 93 คน) ปี 2560-2563

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	8 (17.0)	23 (48.9)	12 (25.5)	1 (2.1)	3 (6.4)	13 (28.3)	20 (43.5	8 (17.4)	4 (8.7)	1 (2.1)	0.319
12.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	9 (19.1)	20 (42.6)	16 (34.0)	0 (0.0)	2 (4.3)	13 (28.2)	22 (47.8)	9 (19.6)	1 (2.2)	1 (2.2)	0.392
13.การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	15 (31.9)	19 (40.4)	11 (23.4)	0 (0.0)	2 (4.3)	21 (45.6)	17 (37.0)	5 (10.9)	2 (4.3)	1 (2.2)	0.231
ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้)											
14.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	17 (36.2)	24 (51.1)	5 (10.6)		1 (2.1)	26 (56.5)	14 (30.4)	6 (13.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.104
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	19 (40.4)	22 (46.8)	5 (10.7)	0 (0.0)	1 (2.1)	23 (50.0)	18 (39.1)	5 (10.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.679

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

ตาราง 11 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (ทั้งหมดจำนวน 93 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.895) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.3 (จำนวน 18 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.3 (จำนวน 19 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.992) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 34.1 (จำนวน 16 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.6 (จำนวน 15 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.121) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 40.4 (จำนวน 19 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 34.8 (จำนวน 16 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.571) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.3 (จำนวน 18 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.6 (จำนวน 15 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.387) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.6 (จำนวน 20 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.7 (จำนวน 21 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.434) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 40.4 (จำนวน 19 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด และมาก เท่ากัน ด้วยร้อยละ 32.6 (จำนวน 15 คน)

ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.367) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 49.0 (จำนวน 23 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 32.6 (จำนวน 15 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.175) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.3 (จำนวน 18 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 36.9 (จำนวน 17 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.111) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 55.3 (จำนวน 26 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.6 (จำนวน 21 คน) และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

ในช่วงการระบาด ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.120) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.3 (จำนวน 18 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 52.2 (จำนวน 24 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.319) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 48.9 (จำนวน 23 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 43.5 (จำนวน 20 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.392) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.6 (จำนวน 20 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 47.8 (จำนวน 22 คน) และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.231) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 40.4 (จำนวน 19 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 45.6 (จำนวน 21 คน)

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.104) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 51.1 (จำนวน 24 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 56.5 (จำนวน 26 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p = 0.679) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.8 (จำนวน 22 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 50.0 (จำนวน 23 คน)

ตอนที่ 1.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรนอกสาธารณสุขผู้รับบริการญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นถึงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจาก บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2560-2563 โดยมีข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 12

ตาราง 12 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก(จำนวน 144 คน)

การทำสนทนากลุ่ม (28 คน)			
จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง		**จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ**	
เขตสุขภาพที่ 1 (8 คน) จ.เชียงราย จ.ลำพูน จ.พะเยา จ.เชียงใหม่	เขตสุขภาพที่ 6 (7 คน) จ.ระยอง จ.ปราจีน จ.ตราด	เขตสุขภาพที่ 4 (7คน) จ.สระบุรี จ.อ่างทอง จ.สิงห์บุรี จ.นครนายก	เขตสุขภาพที่ 12 (6 คน) จ.นราธิวาส จ.สตูล จ.ปัตตานี
การสัมภาษณ์รายบุคคล(116 คน)			
กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.เชียงราย	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.เชียงราย	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.เชียงราย	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มผู้รับบริการ 11 คน จ.เชียงราย	กลุ่มผู้รับบริการ 11 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มผู้รับบริการ 10 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มผู้รับบริการ 10 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 13 คน จ.เชียงราย	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 9 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.นราธิวาส

ตอนที่ 1.4 ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2560-2563

ผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion Criterion) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 141 คน โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยเป็นนามสมมติทั้งหมด ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดข้อค้นพบภาพรวมตามประเด็น CIPP Model ดังนี้

1. ด้านบริบทในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.1 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตและนโยบาย/แผนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีมาตรการส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตาย และกลยุทธ์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายจากผู้บริหารหน่วยงานที่ให้ความสำคัญ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด ติดตามผลการดำเนินงาน และมีเวที Feedback ส่วนเขตสุขภาพที่ 6 มีการดำเนินงานเกิดขึ้นในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) และกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี รวมถึงการปฏิบัติงานแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตปี 2560-2564 ในพื้นที่ในส่วนงานของกระทรวงสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการในเรื่องของการทำงานเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมาย คัดกรองกลุ่มเป้าหมายอยู่ในเกณฑ์ จนถึงการทำงานเพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบในการบริการด้านบำบัด ฟื้นฟู รักษา ซึ่งรูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมคือการเสริมองค์ความรู้ ทักษะให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของชุมชน ดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นนโนบายของโรงพยาบาล ว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ของกลุ่มงานเวชชุมชนด้วย ... มีทีมประเมินนะคะ มีทีม Home ward ของโรงพยาบาลติดตามการลงข้อมูล” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“ในยุทธศาสตร์ที่เข้ามา กับ Feedback ที่ขึ้นไป บางทีไม่ค่อยมีเวทีที่เข้าไป Feedback มากอย่างเช่น ที่จะมีนิเทศ ของ Suicide” (จิตแพทย์ ประจำจังหวัด)

“เราก็ดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องนะครับ คาดว่าสืบทราบมาว่า คาดว่าทำมาแล้วถึงปี 64 นะครับ แล้วก็จะมีแผนงานของชาติ 64-65 เนี่ยก็จะมีหลายยุทธ์ เหมือนกันที่เราเนี่ยดำเนินการ แต่ว่ายุทธ์ที่เกี่ยวข้องของสาธรณสุขเราน่าจะเป็นเรื่องคัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง หรือว่าอะไรก็ทำมาต่อเนื่องตามที่เล่าไปแล้วนะครับว่า ทำในระดับชุมชน แต่ว่าพวกนี่เองเนี่ย ผมคิดว่าถ้าระบบบริการในโรงพยาบาลไม่มีระบบที่ดีพอในการรับ ส่งต่อ หรือรับการทำ investigate ต่างๆเนี่ย การคัดกรองมันก็จะเป็นแค่กระดาษที่ส่งมาเปล่าๆ ผมเลยคิดว่า มันจะต้องไปพัฒนาก็คือระบบ คัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวัง เนี่ย กรมสุขภาพจิตกับทีมสสจ. หรือ ศูนย์สุขภาพจิตเขต หรือโรงบาลจิตเวชในเขตเนี่ย น่าจะเก่งละ น่าจะลงมาแปบเดียวละสอนชาวบ้าน อสม. ....” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 บุคลากรในพื้นที่ไม่ได้รับการส่งต่อในเรื่องของรายละเอียดแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตนั้นสะท้อนแผนปฏิบัติการ หรือแผนภาพรวมที่ถูกส่งมาจากหน่วยงานต้นสังกัดนั้นไม่ได้ได้การส่งต่อ ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องดำเนินการค้นหาด้วยตนเอง สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีนโยบายหน่วยงาน โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้กำหนดตัวชี้วัด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลคนที่พยายามฆ่าตัวตายทุกราย มีการคัดกรองกลุ่มเยาวชน 15 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ ที่มีกลุ่มเสี่ยง ให้เข้าถึงระบบ และอบรมแกนนำทีมเครือข่ายแกนนำ อสม. เกี่ยวกับการประเมินคัดกรองในเรื่องของสุขภาพจิต และการส่งต่อ ดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นแผนของปี 64-65 ถ้าสมมติว่าส่งมาถึงสสจโดยตรงเนี่ย จะไม่เห็นนะ จะดูจากเวลาเราทำแผนแต่ละปี เราก็ต้องเสิร์ชข้อมูลจาก google แต่ว่าแผนที่ส่งมาจากกรมตรง ๆ เข้ามาในกลุ่มงาน ไม่เห็นนะ ของปี 64-65 เนี่ย เรื่องของแผนยุทธศาสตร์การฆ่าตัวตายใช่ป่ะ อันนี้ไม่เห็น” (ผู้บริหาร ด้านสาธารณสุขจังหวัด)

“เราจะให้น้อง ๆ วิเคราะห์ทุกคนเลยค่ะ ว่าคนนี้ทำไมเขาถึงฆ่าตัวตาย มันเป็นเพราะอะไร แล้วบ้านเขาอยู่โซนไหน ตรงไหน แล้วเขามีอะไรอย่างเนี่ยค่ะ มันเป็นคำถามที่เราชวนคุยกัน แต่ว่าเราก็จะได้ข้อมูลตรงนั้นมาวิเคราะห์แล้วก็สะท้อนกลับทุกครั้ง ในทุกไตรมาสค่ะว่าตกลงตอนนี้ผู้พยายามฆ่าตัวตายของเราเนี่ยมันอยู่ในกลุ่มไหน แล้วเราต้องทำอะไรกันบ้าง” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

1.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย/จำนวนประชากรที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย

สถานการณ์การฆ่าตัวตาย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก็จะอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัยกลางคนและผู้สูงอายุ ทุก Case มี warning sign มีอาการเตือนมาก่อนไหม 3-5 วัน หรือว่า 1 week และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางส่วนยังไม่เข้าถึงบริการ ส่วนเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มรับจ้างแรงงานต่าง ๆ เป็นจุดที่เปราะบาง เนื่องจากเผชิญกับปัญหาช่วงระบาดของโควิด การฆ่าตัวตายจำแนกออกมาเป็นจำนวนการฆ่าตัวตายแบบสำเร็จและไม่สำเร็จ พร้อมทั้งปัจจัยการกระทำซ้ำและสถานการณ์การฆ่าตัวตายมักจะเกิดในช่วงปลายปี ดังตัวอย่างคำพูด

"ช่วงการระบาดของ COVID-19 ส่วนใหญ่แล้วก็จะมีภาวะความเครียดร่วมด้วย ไม่สามารถไปทำงานได้ปกติ ก็จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ไม่มีอะไรทำ เงินก็ไม่มี ภาวะเศรษฐกิจหรือว่าครอบครัวก็จะเกิดปัญหากัน ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

"กลุ่มของรับจ้างแรงงานต่าง ๆ ตรงนี้ เป็นจุดที่เปราะบางจริง ๆ เนื่องจากว่าปีครึ่งถึงสองปีตั้งแต่ช่วงสถานการณ์โควิดระบาดมานะคะ เหมือนเผชิญกับปัญหาที่ใกล้ตัวมากนะคะ สิ่งแรกที่เจอก็คือเรื่องของการตกงาน รายได้ที่สูญเสียไป ด้วยความยาวนาน ... ซึ่งถ้ามองแล้วทำไมเขาไม่หยุดงาน ก็น่าจะ คือว่าเขาเองยังต้องมีความคาดหวังในส่วนของเนื้องานตรงนั้นอยู่ ก็เลยมองว่าถ้าเราต้องเข้าไปปิด gap ในส่วนของสถานประกอบการ เพราะอาจเป็นปัญหากลุ่มต่อไปที่จะเกิดปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย อาจจะตกงานแล้วไม่มีรายได้ ตรงนี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะตามมานะคะ" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 การฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่มีอัตราเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2560-2563 พื้นที่ จ.สิงห์บุรี และพื้นที่ จ.อ่างทอง การฆ่าตัวตาย และ ในช่วงปีเดียวกัน พื้นที่ จ.นครนายก และพื้นที่ จ.สระบุรี มีฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวนพื้นที่ละ 1 ราย แต่ไม่เกินเกณฑ์อัตราการควบคุมจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนเขตสุขภาพที่ 12 จ.สตูล การฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2560-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้น พื้นที่ จ.ปัตตานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2663 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 ราย ไม่สำเร็จ 5 ราย และพื้นที่ จ.นราธิวาสที่ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2561 - 2562 จำนวน 1 ราย ส่วนใหญ่เพศชายจะมากกว่าเพศหญิง และถ้าฆ่าตัวตายสำเร็จจะนับถือศาสนาพุทธ ดังตัวอย่างคำพูด

"ในปี 2561 ในพื้นที่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1 คน" (ประธาน อสม.)

"สำหรับ จ.สตูลนะคะ ตั้งแต่การฆ่าตัวตายปี 60-64 มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เพศชายจะมากกว่าเพศหญิง ถ้าฆ่าตัวตายสำเร็จจะนับถือศาสนาพุทธมากกว่ามุสลิม" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

1.3 ปัจจัยสาเหตุที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย/การฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปัจจัยสาเหตุการฆ่าตัวตาย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 พบสาเหตุสำคัญ 3 ประเด็น คือ 1.ปัญหาขาดการเข้าถึงบริการ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติรับการรักษาและไม่เคยได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า 2. ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โรคซึมเศร้า หรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ การเงิน และ3. ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 พบสาเหตุสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ 1. ปัญหาขาดการเข้าถึงบริการ 2. ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ เรื่องความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด หรือคู่ชีวิต เช่น ความน้อยอกน้อยใจ ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่น ความไม่เข้าใจ ความรู้สึกสูญเสียคนใกล้ชิด ความขัดแย้ง ทะเลาะกัน และเศรษฐกิจหนี้สิน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแจ้งข่าวร้าย เกี่ยวกับการสูญเสียคนในครอบครัวจากการติดเชื้อโควิด 19 และมีความกลัวการฉีดยา และ 3.ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เรื่องยาเสพติด / สุรา โรค NCDs (non-communicable disease) มีอาการเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน และหัวใจ มะเร็ง 4.ปัญหาการย้ายถิ่นฐาน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูด

“นศ.แพทย์มช. เขามาฝึกงาน เขาก็เลยเป็นเป้าหมาย Case ที่ทำวิจัย ปรากฏว่าในปี 62 คนที่ฆ่าตัวตาย เขาก็ไปสำรวจว่ามันมี warning sign หรือเปล่า มีอาการเตือนมาก่อนไหม 3-5 วัน หรือว่า 1 week ก่อนหน้าเนี่ยเขามีอะไรบ่งบอกมาก่อนหรือเปล่า ปรากฏว่ามีทุก Case เลยค่ะ แต่คนรอบข้างไม่รู้ แล้วมันก็ไม่ดำเนินการมาถึงเจ้าหน้าที่ สรุปว่าสิ่งที่หนูทำวิจัยร่วมกันมาในตอนนั้นมันไม่สำเร็จ เพราะอาการเตือนมันไม่ได้รับรู้ถึงชาวบ้าน” (พยาบาล ประจำตำบล)

“คนไข้ 2 Case แล้วที่เกิดปัญหา คือคนไข้กลัวเข็ม แล้วก็ไม่คิดหรอกนะคะว่าความที่เขาอาการแย่ลง แล้วต้องไปฉีดยา มันเป็นอะไรที่ เขาว่าเขาตายซะดีกว่า เขาขอเวลาเข้าห้องน้ำ รอเวลาสัก 5 นาที เห็นว่านานเกินไปที่จะขึ้นรถส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชุมชน คนไข้เลย hanging เลยนะคะ แต่ยังไม่ตาย ปั๊มมาเสร็จปุ๊บ ส่งต่อ แล้วอยู่ ICU ได้แค่คืนเดียวแล้วก็เสียชีวิต อันนี้คือสิ่งหนึ่งที่มองว่าการที่จะดูแลคนไข้เวลาที่เขาเกิดภาวะเครียดหรืออะไรต่าง ๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร การแจ้งข่าวร้าย เป็นสิ่งหนึ่งที่ขอเวลาสักนิดนึงเพื่อที่จะให้เขาได้ถ่าย ได้พูด มันเป็นอะไรที่ ความรู้สึกสูญเสียเพราะว่าเขาเอง คน 7 ชีวิต มาในครอบครัวเดียวกัน แล้วก็มาอยู่ที่โรงพยาบาลสนาม แต่มีเพียงแค่เขาคนเดียวที่เราต้องย้อนกลับมาสู่โรงพยาบาลเพราะอาการเขาหนักขึ้น แต่เขาน่ะ sense กับเรื่องของเข็ม” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ภาวะความเครียดจากการตกงานที่มากขึ้น เรื่องเศรษฐกิจเนาะในวิกฤตของโรคระบาดก็จะเป็นผลพวงกันตามมา ถ้าเป็นปี 63 เนี่ย จะมีตรงส่วนของผู้ป่วยย้ายถิ่นฐานด้วย มันก็สืบเนื่องมา ตกงานก็ย้ายกลับมาจากปัญหาเศรษฐกิจเนาะ แล้วก็ปัญหาของสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนี่ย ก็ยังไม่ได้ลดลงสักเท่าไหร่อะค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“กลุ่มที่เข้ามาหาเราแล้วที่มี visit กับเราแล้ว ไม่มีนะคะ ในเรื่องของแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ ฆ่าตัวตายสำเร็จเนี่ยจะลดลง แต่ที่ผ่านมา สามสี่ปีที่ผ่านมาเนี่ย 90% ของคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เคย walk-in เข้ามาหาเราก่อนเลย ก็คือไม่เคยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเลย” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบสาเหตุสำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเวช โรคซึมเศร้า สารเสพติด สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 พบสาเหตุสำคัญ 3 ประเด็น คือ 1. ปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียด ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้ว่างงาน ปัญหาความรัก ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียนออนไลน์ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 มีภาวะซึมเศร้าเยอะ 2.ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเวช โรคซึมเศร้า ยาเสพติด 3.ปัญหาด้านความเชื่อคนในชุมชน ได้แก่ คนไข้ไม่ต้องการให้คนในชุมชนรับรู้ว่ามาโรงพยาบาลพบแพทย์ในเรื่องจิตเวช ดังตัวอย่างคำพูด

“ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจ อย่างที่สองเป็นเรื่องของปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ก็คือในส่วนของสามีภรรยา สามีไปมีบ้านน้อย อะไรประมาณนี้ค่ะ ก็คือทั้งสองอย่างนี้ที่เจอค่ะ ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาภาวะเศรษฐกิจบวกกับปัญหาครอบครัว” (ผู้บริหาร ด้านสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

“ฆ่าตัวตายนี้ไม่มี แต่ถ้าถามว่า มีเครียดมั้ย ซึมเศร้ามั้ยนี้อาจจะมี มีเหมือนกัน มีเยอะ เพราะว่างานเค้าไม่ได้ทำ จะไปค้าขายก็ไปค้าขายไม่ได้ เลยทำให้ซึมเศร้านี้เป็นไปได้ แต่ถ้าถามเรื่องฆ่าตัวตายนี้มันยังไม่มีค่ะ” (อสม.)

“คนที่แบบว่าเด็กแบบมีแฟน รักเกินไปสุดท้ายแล้วก็ เด็กเกินไปก็รักมากไปก็เหมือนตัวเองไม่มีที่ไปค่ะ เลยจบชีวิตตัวเอง...แบบว่าบุคคลนั้นเด็กอยู่ค่ะ รักเขามากไปอ่ะค่ะ สุดท้ายแล้วอีกคนก็นอกใจ” (ผู้รับบริการ)

1.4 วิธีการฆ่าตัวตาย/รูปแบบการฆ่าตัวตาย

รูปแบบการฆ่าตัวตายในชุมชน พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีวิธีการฆ่าตัวตาย 2 รูปแบบ คือ 1.แบบใช้อุปกรณ์ ได้แก่ ผูกคอตาย กินยาฆ่าหญ้า กินยาฆ่าแมลง และกินยาเกินขนาด 2. แบบธรรมชาติ ได้แก่ วิธีกระโดดน้ำ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีวิธีการฆ่าตัวตาย คือ แบบใช้อุปกรณ์ ได้แก่ การแขวนคอ การใช้ยา ใช้อาวุธปืน ดังตัวอย่างคำพูด

"ช่วงก่อนที่เดือนที่แล้วที่เชียงรายมีข่าวกระโดดน้ำ กระโดดสะพาน หลังจากรายแรกเสียชีวิตก็มีรายที่ 2 ที่ 3 ตามมาอีกนะคะ แล้วก็มีเลียนแบบมาอีก 2 รายมั้ง ที่สะพานก่อนไปถึงศาลากลางจังหวัด คือเลียนแบบกันมา แต่ก็ไม่ตายค่ะ เหมือน Hits กันเป็นพักๆ แต่ของอำเภอนี้ผูกคอแทบจะ 100% ในปี 64 นี้มีรายเดียวที่เป็นแทงตัวเอง นอกนั้นแขวนคอหมดเลย ปี 63 นี้ ผูกคอ 100%" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

"การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ก็จะเป็นการผูกคอตาย ผูกคอตายเนี่ยทุกปีเลย บอกได้เลยว่าผูกคอตายสำเร็จทุกราย เพราะเป็นอุปกรณ์ที่หาง่ายมากเลย อันดับหนึ่งคือผูกคอตาย ... ปี 62 มีผูกคอตาย 11 คน ปี 63 ผูกคอตาย 16 คน ในวิธีการนอกจากผูกคอตายก็จะมีการกินยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง พวกสารเคมี เพราะมันใกล้ตัวเนื่องจากเป็นเมืองเกษตร" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

"ลักษณะการฆ่าตัวตายเนี่ยส่วนใหญ่จะใช้วิธีแขวนคอตาย ซึ่งเค้าอาจจะมีปืนเป็นส่วนน้อย ปืนนี้อาจจะใช้แค่ 6% แล้วก็ใช้ยาเนี่ยแค่ 2% ซึ่งน้อยมากนะครับ เพราะอาจจะไม่มีปืนและอาจจะหาซื้อยาได้ยากนะครับก็เลยใช้วิธีแขวนคอตาย ส่วนใหญ่ก็จะทำที่บ้าน แล้วส่วนที่ไม่สำเร็จก็จะมีญาติพี่น้องมาพบเจอซะก่อนก็เลยไม่สำเร็จ โดยมากแล้วเป็นผู้ชายจะทำมากกว่าผู้หญิง แล้วก็เป็นวัยกลางคนนะครับ" (ผู้บริหารประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีวิธีการฆ่าตัวตาย 2 รูปแบบ คือ 1.แบบใช้อุปกรณ์ คือ ผูกคอ ใช้อาวุธยิงตัวตาย กินยาหรือสารเคมี 2. แบบธรรมชาติ ได้แก่ วิธีกระโดดน้ำที่สะพานข้ามแม่น้ำ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีวิธีการฆ่าตัวตาย คือ วิธีการผูกคอ ดังตัวอย่างคำพูด

"ใช้วิธี ยิงตัวตาย กินยาหรือสารเคมี และการผูกคอ" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

"ปากเกร็ด คือมันจะอยู่คนละฝั่งกับเราอ่ะ เขาเรียกฝั่งบกกับฝั่งน้ำ ของเรานี่คือฝั่งน้ำ จะเป็นเกาะเกร็ด คลองพระอุดม อะไรเงี้ย มี 7 ตำบลฝั่งน้ำ แต่ของเทศบาลปากเกร็ดก็จะมี 5 ตำบลที่อยู่ฝั่งสะพานข้ามพระราม 4 ตรงนั้นอะจะมี แต่จะเป็นคนนอกพื้นที่ค่ะที่เขามากระโดดน้ำตาย มีหลายรายอยู่" (อสม.)

1.5 กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย/กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ

กลุ่มประชาชนที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิดระบาด ได้แก่ 1.กลุ่มวัยทำงาน คนตกงาน หนี้สิน การพนัน การหย่าร้าง เสพสารเสพติด และความรุนแรงในครอบครัว 2.กลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 13-14 ปี และ 3.กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เด็กสมาธิสั้น/LD นอกจากนี้มีกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัยกลางคนและผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางส่วน ร่วมถึงผู้ที่ยังไม่เข้าถึงบริการ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีกลุ่มอาชีพข้าราชการ ได้แก่ อาชีพครู และตำรวจ และกลุ่มประชาชนทั่วไป ดังตัวอย่างคำพูด

"แล้วเราก็จะเจอ Case ที่เข้ามาสู่ระบบบริการเยอะขึ้นในเรื่องของ Depression ในวัยรุ่นอายุเริ่มน้อยลงน้อยลงจากปกติ 15-16 ปี ซึ่งตอนนี้ถอยมา ลงมา 13 -14 ปี" (จิตแพทย์ ประจำจังหวัด)

“แต่ว่าสถานการณ์รอบข้างก็เหมือนว่าช่วงโควิดเนี่ยทำให้คนตกงานเลยคิดสั้นก็มีกระโดดน้ำฆ่าตัวตาย” (ญาติของผู้พยายามฆ่าตัวตาย)

“ว่า คนที่ฆ่าตัวตายเนี่ย ส่วนใหญ่เป็นชาวบ้าน ที่เป็นระดับข้าราชการเนี่ย แค่ คน สองคนเอง จากที่สำเร็จอะนะครับ จาก 50 คน ก็จะเป็นที่เป็นครู ตำรวจอะไรแบบเนี่ย คน สองคนเองในปีที่ผ่านมานะครับ....” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ลงมือซ้ำ และกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น อายุ ตั้งแต่ 15 – 40 ปี สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 – 6 และกลุ่มตกงาน

“จำนวนทำร้ายตนเองซ้ำกับการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“คุยกับเด็กนี่ การเรียน Online มีผลนะคะ เพราะว่าแต่ละคนเค้ามาแบบเครียด คือมาแบบเค้ากังวลอะ บริบทที่เราเป็นชนบทเนาะ เราไม่คิดว่าเค้าจะเครียดขนาดนั้น แต่คือมันมีมาเยอะ คือล่าสุดที่เจอมาไม่ใช่ มัธยม แต่เป็นแบบ ป.5 - ป.6 ที่เค้ามาละบอกว่าเค้าเครียดอะคะ เราก็งงว่าเด็กตัวเท่านี้เค้ามีความเครียดเค้ามีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง มีเบื่อหน่ายท้อแท้” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

1.6 เพศที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ประชาชนที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 6 มีประชากรเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าจะถามว่าหลักๆเลยในปี 63 เนี่ยจะคือผู้สูงอายุ อย่างสระแก้วในแต่ละพื้นที่มันก็จะแตกต่างกันออกไปอะคะ ถ้า suicide สำเร็จก็จะเป็นประมาณนี้ แต่ถ้าเป็น self-harm ส่วนมากจะเป็นผู้หญิงซะเยอะ แต่ถ้าทำสำเร็จเลยจะเป็นผู้ชาย ถ้าเป็นสำเร็จก็เป็นผูกคอแล้วสำเร็จเลย แต่ถ้าเป็นผู้หญิงก็จะมีเข้าโรงพยาบาลมีแอดมิดคนนึงก็มีไปหลายครั้งอยู่ ผู้หญิงก็จะไปทาง self-harm ส่วนผู้ชายก็จะจริงเลยสำเร็จจริงเพราะที่เราทำงานมาส่วนใหญ่ suicide จะเป็นผู้ชาย” (นักจิตวิทยา ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ พบว่าในเขตสุขภาพที่ 12 มีประชากรเพศชาย ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับเขตสุภาพที่ 6 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ดังตัวอย่างคำพูด

“สำหรับ จ.สตูลนะคะ ตั้งแต่การฆ่าตัวตายปี 60-64 มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เพศชายจะมากกว่าเพศหญิง ถ้าฆ่าตัวตายสำเร็จจะนับถือศาสนาพุทธมากกว่ามุสลิม” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2. ด้านปัจจัยนำเข้าในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

2.1 อัตรากำลังบุคลลากร มีความรู้ และทักษะการให้บริการ

2.1.1 ด้านอัตรากำลังบุคลลากร พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตรากำลังด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอต่อภาระงาน ขาดจิตแพทย์ ขาดกำลังคน (นักจิตวิทยา, เภสัชกร, พยาบาล) รวมทั้งบุคลากรที่สนใจทำด้านสุขภาพจิตมีน้อย ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตรากำลังด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดจิตแพทย์ในบางรพ แพทย์หมุนเวียน จิตแพทย์กระจุกที่ รพ.ศูนย์ขาดบุคลากรสหวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้ามีนักจิตเพิ่มขึ้น หรือว่ามีนักวิชาการ หรือว่านักกิจกรรมบำบัดอะไรแบบนี้ค่ะ ถ้าในตามโครงสร้างของโรงพยาบาล S1 ก็น่าจะดีค่ะ จะได้ออกเชิงรุกมากขึ้น” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“ดังนั้นตัวชี้วัดยังไม่ผ่านละครับ ก็คงต้องพัฒนากันต่อเรื่อยๆ ขอเพิ่มบุคลากร งบประมาณ แล้วก็เพิ่มควบคุมการคัดกรอง รวมทั้งสร้างระบบการรับ ส่งต่อ ต่างๆ ในส่วนของภาคประเทศด้วย ในภาคประเทศก็ต้องมาสื่อสารมหภาคอย่างที่ว่าไปแล้วอะครับ”(ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีอัตรากำลังด้านสุขภาพจิตไม่ครบทุกวิชาชีพ และบุคลากรดำเนินงานด้านป้องกันการฆ่าตัวตายไม่เพียงพอ บุคลากรมีมีจำนวนน้อย และต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ ทำให้ทำงานแบบเชิงรับเป็นส่วนใหญ่ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ยังขาดบุคลากร สหวิชาชีพขาดนักจิตวิทยา และพบการ Burn out ของเจ้าหน้าที่ ดังตัวอย่างคำพูด

“บุคลากรของเราถ้าพูดถึงตอนนี้เรามี 2 คน มีนักจิต 1 คน แล้วก็แพทย์ได้จิตแพทย์จากพระนั่งเกล้ามาช่วย เดือนละ 2 ครั้ง แต่ในส่วนของนักสังคมเราไม่มีแล้วเพราะในรพช. มันไม่มีค่ะ ... เรามีแค่เป็นแพทย์ที่ช่วยดู แพทย์ GP แต่ถ้าจิตแพทย์ก็จะเป็นของพระนั่งเกล้าที่ลงมาดูให้เราเดือนละ 2 ครั้ง” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“งานสุขภาพจิตไม่เพียงพอกับอัตราส่วนประชากร เพราะมีพยาบาลจิตเวช 2 คน มีนักจิต 1 คน ทั้งทีมมีแค่นี้ ต้องรับผิดชอบงานยาเสพติดด้วย ยังไม่แยกเป็นกลุ่มงาน” (นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลชุมชน)

“เสนอมาแล้ว 2 ปีก็ยังไม่ได้ในเรื่องของอัตราจำนวนนะคะ นักจิตวิทยาที่เสนอก็ยังไม่ได้ แต่มันก็ยังอยู่ในแผนนะคะ ที่เราก็ยังขอเรื่อย ๆ คือ ตอนนี้ถ้าถามคือมันก็ไม่พอจริง ๆ ในอัตรากำลัง” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

2.1.2 ด้านความรู้และทักษะการให้บริการ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 แบ่งความรู้และทักษะออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1.เรื่องการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ “วัคซีนใจ” ในชุมชน 2.เรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรอง พร้อมด้านการคัดกรอง 3. เรื่องการให้บริการปรึกษา ความพร้อมด้านการให้คำปรึกษา ทุกหน่วยงานสามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย แต่ควรพัฒนาองค์ความรู้บางอย่างเสมอ เช่น ทักษะการให้คำปรึกษา สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับ อสม. และครู โดยแบ่งความรู้และทักษะออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1. เรื่องการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เน้นการรู้สัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของคนใกล้ตัว และสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมแยกตนเองออกจากสังคม โดยวิธีการ 3 ส. สอดส่อง ใส่ใจพูดคุย และส่งต่อ สำหรับในสถานศึกษามีการปฐมนิเทศนักเรียน การเยี่ยมบ้านนักเรียน และ 2.เรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ ดังตัวอย่างคำพูด

“อย่างแรกของกำลังคนต้องเพิ่มขึ้นและศักยภาพต้องเหมาะสมในเรื่องการให้บริการที่ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการแก้ปัญหาที่จะสามารถดูแลคนไข้ได้ค่ะในทุกที่” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“ก่อนหน้าที่จะโควิดเนอะก็จะมีจัดประชุมของกลุ่มงานเวชชุมชนของโรงพยาบาลเนี่ย เค้าจะมีอบรม พี่ๆ อสม อยู่ ก็เพิ่งจะไม่ได้จัด 2 ปีนี้ เพราะมีโควิดเนอะ ก่อนหน้านี้ก็จะมีในเรื่องของการอบรม อสม แล้วก็งานสุขภาพจิตเนี่ยก็จะเข้าไปให้ความรู้ พี่ๆ อสม ด้วย เพราะฉะนั้นเราก็จะมีเครือข่ายที่มันมากขึ้น พี่ๆ อสม ก็จะเข้าใจคนไข้มากขึ้นด้วยในส่วนนึง แล้วก็จะรู้แนวทางว่าถ้าเจอแบบนี้เราจะปรึกษาใครได้บ้าง การส่งต่อเคสอะไรแบบเนี่ยค่ะ” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลประจำจังหวัด)

“การปฐมนิเทศผู้ปกครองเท่าที่ผ่านๆมาจะพูดในฐานะที่ว่าเราเป็นพี่อนนะคะ ไม่ว่ามีอะไรไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัวเนี่ย เราต้องหันมาพูดกัน หันมาคุยกัน ส่วนใหญ่คุณแม่จะเป็นคนมาประชุมปฐมนิเทศอะนะคะ หรือเวลาเยี่ยมบ้านเนี่ย ครูจะเข้าทุกบ้านอยู่แล้วค่ะสมมุติว่า ป.1 เพราะดิฉันจะสอน ป.1 เนาะ วิชาเอกภาษาไทย เวลาไปเยี่ยมที่บ้านก็จะดูค่ะ ดูแล้วก็ช่วยเป็นกำลังใจกับเค้า” (อสม.)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการแบ่งระดับการให้ความรู้และทักษะบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็น 2 กลุ่มบุคลากร คือ 1.กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ระดับตำบล รพสต. โดยการอัพเดทความรู้ทุก2-3 ปีเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. และระดับจังหวัด ทีมสหวิชาชีพ (MCATT) เพื่อการทำงานให้บริการกลุ่มเสี่ยง ทั้งในภาวะเร่งด่วนและไม่แร่งด่วน 2.กลุ่มนอกสังกัดสาธารณสุข ได้แก่ ระดับหมู่บ้าน อสม. โดยเน้นความรู้ทักษะเรื่องโรคซึมเศร้า รวมถึงวิธีการคัดกรอง ให้ความช่วยเหลือ ติดตาม การส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย และการสื่อสารกับชุมชน (ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ายังไม่ครอบคลุมบางพื้นที่) ส่วนระดับชุมชน ประกอบด้วย แกนนำด้านสุขภาพจิต ผู้นำชุมชน และเครือข่ายต่างๆ โดยเน้นความรู้เรื่องการประเมิน การค้นหากลุ่มเสี่ยง การดูแลกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 บุคลากรมีความรู้และทักษะเรื่องการฆ่าตัวตาย และ booster ความรู้จิตเวช โดยการประชุม/อบรมออนไลน์ ประมาณ 2 เดือนครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด

“เตรียมเรามีทีม MCATT จังหวัด ก็จะมีพี่เลี้ยงตามรพ. ก็จะมีรพ.อย่างน้อย 1 คนที่จะเป็นทีมให้จังหวัด พอเรามีอะไรปุ๊บเนี่ย เราก็ระดมน้องเหล่านั้นมาช่วยกัน ที่เค้าผ่านการอบรมในส่วนตรงนี้ มาทำงานเป็นภาพ เป็นทีมของจังหวัด....ก็มีแพทย์ รพ.ศูนย์ แต่ละสาขาของสุขภาพจิต ของรพ.ศูนย์ก็มีหลายท่าน ประมาณ 5-6 ท่าน อันนี้เขาก็จะแบ่งกันรับผิดชอบแต่ละอำเภอ แล้วเราก็จะมีส่วนของพยาบาลที่เป็นหลัก คือ พยาบาลรพ.ชุมชน อันที่สามก็คือ เจ้าหน้าที่ รพสต.ที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่มีการอบรมทักษะจากแพทย์ไป อันที่สี่ก็เป็นอสม.ที่เป็นกำลังสำคัญหลักของเราที่ทำงานในชุมชน” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

“มีเรียกอาสาสมัครมาอบรม เอาแผ่นโบร์ชัวให้เค้าไปเค้าก็เอาไปแจกชาวบ้านเนอะ เขาได้อ่านได้ดู มันก็ดีขึ้นมีกิจกรรมอะไรมาให้เขา ส่วนมากอบรมอาสาสมัครดีที่สุด เค้าได้ความรู้ไป เค้าก็เอาไปกระจาย เค้าจะไม่เก็บไว้คนเดียว เหมือนกับตัวเค้าเองอะเค้าก็ต้องดูแลด้วย เหมือนกับเราได้ความรู้มา เราก็ช่วยตัวเองด้วย บางทีพวกอาสาสมัครนี้ก็จิตตกเหมือนกันนะ ตัวเราเอง เรายังบอกเลย บางทีเราไม่ได้เค้าสังคม ไม่ได้คุยอะไร พอได้ความรู้มาแล้วก็มาปรับปรุงในตัวของเราเอง เหมือนมันช่วยให้เรามีกำลังใจขึ้นถ้าเราได้ความรู้มาจากหมอ จากเจ้าหน้าที่เค้ามาบอกอะไรอย่างเนี่ย มันก็ช่วยพยุงตัวเราอ่ะให้ดีขึ้น เราก็จะได้ไปบอกเขาว่าเราเป็นอย่างนี้นะ แล้วเราทำแล้วมันดีอะไรแบบเนี่ย มันดีนะที่ได้อบรม ถ้าจะให้ช่วยก็คือให้มีการอบรมบ่อยๆ ...นั่นแหละเค้าจะได้เอาไปทำในที่ที่เขาดูแลอยู่ อย่างอสม.เนี่ยเขาจะดูบ้านละ 10 คน 20 คน เขาก็ไปบอก”(อสม.)

“บางทีเจ้าหน้าที่ รพสต เค้าก็ได้รับการอบรมมาจากทางกรมแล้ว แล้ว จิตแพทย์ ของเรา ก็ทำการ booster ให้อีก เพราะว่านาน ๆ ไปบางทีอาจลืม” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

2.2 องค์ความรู้ สื่อ และ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

2.2.1 สื่อ และ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 แบ่งการใช้สื่อ/เทคโนโลยี ได้แก่ 1. การใช้ Mental Health Check in Application ประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น สแกน QR code เพื่อฝากเบอร์โทรกลับ 2. การให้บริการปรึกษา ผ่าน skype, line , zoom สายด่วน Hot Line โรงพยาบาล และสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และ3.การให้บริการความรู้ เรื่องสุขภาพจิตศึกษาส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 แบ่งการใช้สื่อ/เทคโนโลยี ได้แก่ 1.รูปแบบออนไลน์แพลตฟอร์มที่หลากหลายเหมาะสมกับสถานการณ์ และ 2.รูปแบบapplication ที่เป็นนโยบายของการกรมสุขภาพจิต แต่มีข้อจำกัดในระดับพื้นที่ ดังตัวอย่างคำพูด

“แล้วก็ NCD ที่เป็นโรคไม่ติดต่อทั้งหมดอะค่ะ เบาหวาน ความดัน ไขมัน หัวใจ เขาส่งกลับมาให้เรา โดยที่เราเป็นคน monitor โดยตรง เรามีระบบ consult ค่ะ ผ่าน skype ผ่าน line ผ่าน zoom ทุกอย่างที่จะต้องเห็นคุณหมออยู่ตรงหน้า แต่คนไข้ไม่ได้ไปไหนเลย บางครั้งถึงขั้นที่จะต้องเอามือถือหรือระบบดิจิตอลไปที่บ้านคนไข้เลย แล้วก็ไลฟ์สดกันตอนนั้นเลย เพื่อให้คนไข้ได้เจอหมอ” (พยาบาล ประจำตำบล)

“ถ้าพูดถึงแล้วของกรมเค้าทำมา โอเค แล้วค่ะ แต่อยู่ที่พื้นที่เนี่ยแหละคะ จะนำลงไปใช้ได้ค่อนข้างจะลำบากสักหน่อย เพราะว่าบางอย่างในเรื่อง application อันนี้มันอาจจะไม่ตอบโจทย์ผู้ป่วยในเชิงที่อาจจะอยู่ในกลุ่มเปราะบางหรืออะไรแบบนี้ แล้วอีกอย่างนึงเราต้องขอความร่วมมือกับกลุ่ม อสม หรือผู้นำชุมชนเนี่ยในการที่จะขอเอาเครื่องมือพวกเนี่ยลงไปด้วยอะนะคะ ถ้าจะให้ตอบโจทย์มากๆ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 แบ่งการใช้สื่อ/เทคโนโลยี ได้แก่

1. การใช้ Mental Health Check in Application ประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น 2. การให้บริการปรึกษา ผ่าน line ใช้โทรศัพท์/ VDO call Fb และ Telemedicine 3. การบริการให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดการทำร้ายตนเอง การประเมินตนเองด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q 9Q 8Q กรมสุขภาพจิต การป้องกันการทำร้ายตนเอง ผ่านสื่อ โซเชียลมีเดีย เพจ สุขภาพใจอ่างทอง และ Tiktok สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 แบ่งการใช้สื่อ/เทคโนโลยี คือ 1. เครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น ได้แก่ โครงการสร้างสุข 5 มิติ เครื่องมือประเมิน 2Q 9Q 8Q กรมสุขภาพจิต 2.การบริการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตโดยจิตแพทย์ผ่านเสียงตามสายและ Poster 2 ภาษา (ภาษาไทย และภาษายาวีของอิสลาม) 3. การประยุกต์ใช้แนวคิดทางศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ ดังตัวอย่างคำพูด

“เน้นทางสื่อ โซเชียลมีเดีย การทำสื่อช่องทาง Tiktok สอนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดการทำร้ายตนเอง แจ้งข้อมูลการประเมินตนเองหรือความรู้การป้องกันการทำร้ายตนเองผ่าน เพจ สุขภาพใจอ่างทอง การให้ mental health check in เป็นรูปแบบของหน่วยงาน เพื่อส่งต่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถประเมินตนเองได้” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ที่ผ่านมาของสตูล จะพยายามใช้ในเรื่องของศาสนาให้พยายามคิดถึงความผิดบาปอะไรอย่างนี้ว่าทำอย่างไรเมื่อเวลาเสี้ยวนาทีที่เขาจะทำร้ายตัวเองเนี่ย ให้ดึงหลักศาสนาเข้ามาให้ ซิเกร เป็นคำอ่านของศาสนาอิสลาม ก็คือเป็นการเหมือนกับอ่านซ้ำ ๆ จะทำให้เขาลืมในส่วนนั้นเหมือนฉุกคิดถึงความผิดบาป” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2.3 ระบบบริการสุขภาพ

2.3.1 ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการดูแลรักษาในสถานพยาบาล รูปแบบ one stop service ดูแลรักษาผู้ป่วยทางกายและจิต โดยแบ่งออกเป็นกระบวนการ ได้แก่ 1. มีการพบนักจิตวิทยา ดูเรื่องปัญหาสุขภาพใจให้พ้นวิกฤต 2. Admit กลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตายทุกราย 3. ส่ง consult แผนกสุขภาพจิตทุกราย 4. ก่อนผู้รับบริการจะกลับบ้าน consult ประเมินอาการภาวะซึมเศร้าทุกครั้ง และนัดหมายติดตามอาการทุก 1 สัปดาห์ทุกรายด้วยเครื่องมือประเมินสุขภาพจิต (ST5, 2Q, 9Q, 8Q) ในผู้ป่วยใน 5.เภสัชกรอธิบายสรรพคุณของยาให้ผู้รับบริการเข้าใจ 6. ส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้รับบริการระหว่างโรงพยาบาล ติดตามอาการกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด และ 7.ปรับทัศนคติบุคคลรอบข้างให้เข้าใจกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีระบบการให้บริการดังนี้ 1. กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่องพร้อมกับการทานยา และต้องพบจิตแพทย์ นักจิตวิทยาในการประเมินความรุนแรง 2. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับยาอย่างต่อเนื่อง มีโครงการรับยาใกล้บ้าน ดังตัวอย่างคำพูด

“คนที่พยายามฆ่าตัวตาย ถ้ามาที่โรงพยาบาล ทุก Case แทบจะ Admit ทุกราย Admit ดูเรื่องปัญหาสุขภาพกาย ให้พ้นวิกฤตไปก่อน แล้วก็ต้องส่ง consult ให้แผนกสุขภาพจิตทุกราย ทุกครั้ง ก่อนจะกลับบ้านก็จะ consult ประเมินอาการ ภาวะซึมเศร้า แล้วงานสุขภาพจิตจะนัด 1 อาทิตย์ทุก Case” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“ไม่ว่าจะเป็นแบบประเมินคัดกรอง 2Q 9Q 8Q ในเรื่องของคัดกรองความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย อสม.เนี่ยใช้เป็นกันทุกคนนะคะ พอเราได้กลุ่มตรงนี้แล้ว มันก็จะเกิดเป็นกรุ๊ปไลน์ ที่ทางเราเรียกว่าเป็นกลุ่ม “อสม.จิตดี” ขึ้นมา ... แล้วปี 63 (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) แต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) ในการทำงาน Service Plan ในระดับพื้นที่ สำหรับงานด้านสุขภาพจิตมีการจัดระบบการเวียนแพทย์ไปตามโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงมีระบบการคัดกรองและส่งต่อ เพื่อช่วยเหลือเคสเร่งด่วน และตรงตามความต้องการ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีระบบบริการสุขภาพ แบ่งการช่วยเหลือออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1. มีการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยเครือข่ายในชุมชน เช่น

ร่วมกับอสม. ครู และผู้นำชุมชน และส่งต่อ Case ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 2. การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล โดยจิตแพทย์ให้การรักษาด้วยยาและให้คำปรึกษาญาติเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกรณี severe depression และมีการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุก 1 อาทิตย์ รวมถึงการนำหลักศาสนาบูรณาการให้บริการปรึกษาผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำพูด

“หัวหน้าทีม service plan จัดแพทย์ลงไปยังรพ.ชุมชน เวียนกันไปเดือนละ 1 ครั้ง ไปรพ.ชุมชนเนาะ เพราะฉะนั้นการเข้าถึงบริการของประชาชนในนนทบุรีก็ค่อนข้างเข้าถึงได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ เพราะว่าเรามีการคัดกรองเรื่องซึมเศร้า เพราะฉะนั้นในเรื่องของการคัดกรองเนี่ยก็ทำให้เราได้ detect เร็ว พอ detect เร็วปุ๊บเนี่ย กลุ่มที่มันเป็น high risk เนี่ยก็จับส่งรพ.ชุมชนได้ในวันที่แพทย์ลงไปตรวจในรพ.ชุมชนเนาะจากรพ.พระนั่งเกล้า รพ.ศูนย์ ลงไปตรวจชุมชน แต่ถ้าเป็นเคส high risk จริง ๆ ก็จะมี channel ที่จะส่งรพ.พระนั่งเกล้า เป็นเคสที่จะต้องช่วยเหลือเร่งด่วนอะไรอย่างนี้” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

“ให้ดึงหลักศาสนาเข้ามาให้ ซิเกร เป็นคำอ่านของศาสนาอิสลาม ก็คือเป็นการเหมือนกับอ่านซ้ำ ๆ จะทำให้เขาลืมในส่วนนั้นเหมือนฉุกคิดถึงความผิดบาป” (พยาบาลวิชาชีพประจำจังหวัด)

“ในกรณีที่เรารู้สึกว่าเขา severe มาก ๆ เราก็จะลงทุก 1 อาทิตย์แล้วก็มีการประเมินเพื่อที่จะให้เขาได้รับยาค่ะ ก็ติดตามอาการ แต่ละครั้งที่ลงไปก็จะมีการให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ self esteem อะไรประมาณนี้ค่ะ จะหากิจกรรม ได้พบปะพูดคุย ให้เขาเห็นคุณค่าในตัวเองว่าเขามีความหมายนะ อย่าง Case ที่ผ่านมาเนี่ยทุก 1 อาทิตย์ก็จะลงไป จากที่ไม่สามารถจะทำอะไรได้ มีความคิด suicide ระดับสูงมาก จน ณ วันนี้ที่ลงไปเนี่ยเขาสามารถทำงานได้ สามารถออกไปสู่ชุมชนได้ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2.4 งบประมาณ

แหล่งงบประมาณ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ไม่มีงบประมาณสนับสนุนเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง ขาดงบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตในบางพื้นที่ และขาดงบประมาณการพัฒนาบุคลากรในบางพื้นที่ มีการใช้งบประมาณดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือการดูแลจิตเวชเรื้อรัง งบประมาณยาเสพติด สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีงบประมาณเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประชาชนค่อนข้างมีน้อย เมื่อเทียบกับงบประมาณในการดำเนินการในการสร้างและพัฒนเรื่องของอาคาร ดังตัวอย่างคำพูด

“แต่ว่าไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณ หรืออบรมว่าต้องตามเรื่องการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะนะคะ” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“งบลงทุนด้านเนี่ย เท่าที่เช็คมาเนี่ยถือว่าน้อยมากนะ เพราะว่าในประเทศเองส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการลงทุนสถานที่ อาคาร วัสดุ อุปกรณ์ ซึ่งเราไม่ค่อยได้อยู่แล้วในสาขาจิตเวชเนี่ย” (ผู้บริหารประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีงบประมาณในการดำเนินการการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากกรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรบริหารส่วนตำบลในระดับพื้นที่ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1. งบประมาณปกติทุกปีจากกรมสุขภาพจิต และเงินบำรุงของหน่วยงาน 2. งบประมาณสนับสนุนนอกสาธารณสุข เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เทศบาล และงบท้องถิ่น ดังตัวอย่างคำพูด

“จริง ๆ เราก็สามารถหาได้จากหลายแหล่งนะคะ คือถ้าเราจะทำโครงการในเรื่องของการป้องกันเราก็อาจจะขอจาก สปสช. เทศบาล งบท้องถิ่นก็ได้ หรือจะใช้งบเงินบำรุงก็ได้” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“มันจะมีงบของสปสช.อยู่ จะเป็นงบของอบต. ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เราก็จะหาวิทยากรมาให้ความรู้กับแกนนำก่อน แล้วจะมีสอดแทรกในเรื่องธรรม ให้พระมาสอนให้กลุ่มสูงอายุ เป็นกิจกรรมพระเทศน์ แล้วก็มีการฝึกอาชีพ...ไม่ได้ค่าตอบแทนเยอะอะไรหรอก ของอสม.มีค่าตอบแทนเดือนละ 1000” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ขอเพิ่มงบประมาณมาให้แต่ละรพ.สต. เหมือนมีงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตมาให้ใช้ป้องกันการฆ่าตัวตาย เราจะได้เอามาจัดกิจกรรมอะไรได้เพราะว่างบประมาณของทางอบต. เค้ามีขีดจำกัดในการให้งบเรามา อย่างฝึกอาชีพคุณก็ต้องมีกลุ่มเป้าหมายการฝึกอาชีพอย่างเนี่ย แต่ว่ากลุ่มเป้าหมายของการฆ่าตัวตายมันไม่มีไง..อย่างคนพิการเค้าก็มีงบของเค้าอยู่แล้ว ผู้สูงอายุก็มี ของอสม.ยังไม่มีงบประมาณที่จะจัดตามโครงการอะไรอย่างนี้เลย ก็อยากจะของบประมาณให้ลงมาแต่ละสสจ.ก็ได้ สสจ. ก็ประสานส่งมาแต่ละ รพ.สต. อย่างนี้ ในพื้นที่ที่มีการคิดฆ่าตัวตายอย่างพื้นที่ของปากเกร็ดมันจะเยอะไง พี่ฝั่งเทศบาลนะโดดน้ำตายเยอะมาก ตั้งแต่โควิดเนี่ยมีหลายรายแล้วในช่วงสองปีมานี้” (อสม.)

“จริง ๆ เราก็สามารถหาได้จากหลายแหล่งนะคะ คือถ้าเราจะทำโครงการในเรื่องของการป้องกันเราก็อาจจะขอจาก สปสช. เทศบาล งบท้องถิ่นก็ได้ หรือจะใช้งบเงินบำรุงก็ได้” (พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน)

2.5 ความพร้อมด้านสถานที่

สถานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 สถานที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มิดชิดและเป็นสัดส่วนเฉพาะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และบางพื้นที่มีความแออัด ระยะรอคอยนาน สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 สถานที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มิดชิดและเป็นสัดส่วนเฉพาะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และบางพื้นที่มีความแออัด ระยะรอคอยนาน และเพิ่มมาตราการรักษาความปลอดภัยของบุคลากรและผู้รับบริการ ดังตัวอย่างคำพูด

“เพราะว่าเราไปวันที่หมอจิตเวชนัดแบบเนี่ย บางคนมีน้ำลายยืดมั้ง โวยวายมั้ง มันทำให้เราหัวเสียเลย เราไม่อยากอยู่ตรงนั้นนาน ๆ ไง คือเจอสารพัดเลยอะ เค้าเอาทั้งเด็ก คนแก่ คนโต มารวมกันแบบเนี่ย เราก็ไม่อยากอยู่นาน ๆ อ่ะค่ะ” (ผู้รับบริการ)

“ห้องเราตอนนี้ก็ยังเป็นห้องเล็กๆอยู่ ทั้งสุขภาพจิต ทั้งยาเสพติดก็รวมกันมั่วๆ อยู่ตรงนี้แหละค่ะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 จัดสถานที่บริการด้านสุขภาพจิต ดังนี้ 1. บริการผู้ป่วยนอก โดยแบ่งห้องบริการเป็นสัดส่วน ระหว่างห้องให้บริการปรึกษาและห้องตรวจรับการรักษาด้านจิตเวช 2. บริการผู้ป่วยใน มีการแยกเตียงสำหรับผู้ป่วย suicide ซึ่งอยู่ใกล้บริเวณ nurse station สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 จัดสถานที่บริการด้านสุขภาพจิตเป็นสัดส่วนในการรับบริการปรึกษาแพทย์ โดยแยกแผนกจิตเวชออกจากบริการผู้ป่วยทั่วไป ดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นสัดส่วน แต่คับแคบไปนิดนึง หรือคนป่วยเพิ่มขึ้นไม่รู้นะ แต่น่าจะสองอย่างนี่แหละประสานกัน ก็เป็นสองห้องของนายแพทย์ กับคนที่รับจ่ายยา ใบนัด อีกจุดก็เป็นสัดเป็นส่วนอยู่ แต่รู้สึกจะขยายมา 2-3 ปี นี่แหละ ดีกว่าคนไปนั่งรอตรวจคัดกรอง ” (ผู้รับบริการ)

“ปีนี้เขาขยายเป็นจุด ๆ ไป แบบหลายจุดเลยค่ะ เขาแยกแบ่งอีกวันหนึ่งก็อยู่ห้องจิตเวช อีกวันก็ห้องพักใจ มีการแบ่งโซน แบ่งครึ่งกัน” (ผู้รับบริการ)

“หนูว่ามันเป็นการส่วนตัวมากเลยค่ะ เพราะมันเป็นห้อง แล้วก็ไม่มีเสียงออกไปข้างนอกค่ะ โอเคมาก แล้วก็ดูเป็นส่วนตัวมากค่ะ” (ผู้รับบริการ)

3. ด้านกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการส่งเสริมป้องกัน พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยจัดรูปแบบดังนี้ 1.การอบรมให้ความรู้ประชาชน ได้แก่ เรื่องภาวะเสี่ยงซึมเศร้า สัญญาณเตือนในการขอความช่วยเหลือ และการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้องรังต่าง ๆ รวมถึง Course เรื่องการเพิ่มพลังจิตใจในการทำงาน 2. การประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง ของความรู้ การเข้าถึงบริการ การแก้ไขปัญหา 3. การขับเคลื่อนตำบลไร้ความรุนแรง 4. บิณฑบาตความทุกข์คู่ขนาดกับการประชาคมหมู่บ้าน 5. แจก QR code เรื่องการเข้าถึงบริการกับคนทั้งอำเภอให้ติดฝาบ้าน 6. การส่งต่อ และติดตามประเมินความเสี่ยงในพื้นที่ 7. การสอบสวนญาติของ Case ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 8. การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีจัดรูปแบบดังนี้ 1. จัดอบรมบุคลากรทางการศึกษา เรื่องการจัดกิจกรรมปฐมนิเทศนักเรียน การเยี่ยมบ้านนักเรียน คู่เครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในสถานศึกษา ที่เรียกว่า “ครูจิตดี” 2.จัดอบรมกลุ่ม อสม. เรื่อง การค้นหาผู้ที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง วิธีการสอดส่องมองหา สัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายในชุมชน แบบประเมินคัดกรอง 2Q 9Q 8Q การสื่อสาร รับฟังกับกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อ เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ “อสม.จิตดี” ดังตัวอย่างคำพูด

“เน้นผู้ที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เราเน้นการเฝ้าระวังไม่ให้กลุ่มเสี่ยงสามารถทำร้ายตัวเองได้สำเร็จ” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลประจำจังหวัด)

“ก็มี Course ค่ะในเรื่องการเพิ่มพลังจิตใจในการทำงาน เพราะว่าบางทีเราก็ต้องไปต่อยอดกับเจ้าหน้าที่ท่านอื่นด้วยที่โรงพยาบาล ที่รพ.สต. ที่จะเสริมพลังในการดูแลตัวเอง แล้วก็ในการดูแลประชาชนที่เขาสามารถดูแลได้เนอะ เพราะว่าช่วงนี้เขาก็เครียดกับโควิดด้วย ภาวะเศรษฐกิจด้วย หลายๆอย่าง รวมไปถึงทั้งอสม. แทบจะทุกภาคส่วนทุกคน จะเสริมพลังในเรื่องของเจ้าหน้าที่ก่อน” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“การปฐมนิเทศผู้ปกครองเท่าที่ผ่านๆมาจะพูดในฐานะที่ว่าเราเป็นเพื่อนนะคะ ไม่ว่ามีอะไรไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัวเนี่ย เราต้องหันมาพูดกัน หันมาคุยกัน ส่วนใหญ่คุณแม่จะเป็นคนมาประชุมปฐมนิเทศอะนะคะ หรือเวลาเยี่ยมบ้านเนี่ย ครูจะเข้าทุกบ้านอยู่แล้วค่ะ” (อสม.)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยจัดรูปแบบดังนี้ 1.การอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือแบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q) ซึ่งรายละเอียดคือ2Q จะเป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คำถาม 9Qเป็นแบบประเมินโรคซึมเศร้าจำนวน 9 คำถาม และ 8Qแบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบประเมินการฆ่าตัวตายจำนวน 8 คำถาม ไปจนถึงการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) 2.การอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาพื้นฐาน และการสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากร รวมถึง อสม. คนในชุมชน สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีจัดรูปแบบดังนี้ 1.การอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือแบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และการส่งต่อ สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. 2.การอบรมเรื่องการฆ่าตัวตาย มีการ booster ความรู้จิตเวช 3.การจัดประชุม Case Conference 4.การวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตาย และแบ่งโซนพื้นที่ 5.การคืนข้อมูลให้พื้นที่ทุก 3 เดือน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา (ทีมพยาบาลวิชาชีพ) ดังตัวอย่างคำพูด

"เรื่องการที่เราทำงานด้านนี้ เราจะมีพัฒนาบุคลากรโดยที่จะมีจัดอบรมบุคลากรในรพ. ของเราเองอบรมให้น้องรพสต. และแกนนำอสม. ให้เค้าเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอเรา โดยเรื่องที่จะมีการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาพื้นฐาน เพื่อให้เขาพูดคุยกับเคสได้ และให้เค้ารู้จักสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย และเรื่องของการประเมิน 2Q 8Q 9Q ค่ะ ก็จะช่วยให้บุคลากร คนในชุมชน ช่วยดูแลเรื่องนี้" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"เราจะให้น้อง ๆ วิเคราะห์ทุกคนเลยค่ะ ว่าคนนี้ทำไมเขาถึงฆ่าตัวตาย มันเป็นเพราะอะไร แล้วบ้านเขาอยู่โซนไหน ตรงไหน แล้วเขามีอะไรอย่างเนี่ยค่ะ มันเป็นคำถามที่เราชวนคุยกัน แต่ว่าเราก็จะได้ข้อมูลตรงนั้นมาวิเคราะห์แล้วก็สะท้อนกลับทุกครั้ง ในทุกไตรมาสค่ะว่าตกลงตอนนี้ผู้พยายามฆ่าตัวตายของเราเนี่ยมันอยู่ในกลุ่มไหน แล้วเราต้องทำอะไรกันบ้าง" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย / work analysis /data system พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม ได้แก่ กลุ่มนักเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้นำชุมชน และ อสม. นอกจากนี้ยังพบการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนแก้ไขและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากฐานข้อมูล รง 506s สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม ได้แก่ อสม. ทั้งนี้มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบHIS (Hospital Information Systems) หรือ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เป็นระบบการจัดการและส่งต่อข้อมูลจำนวนผู้รับบริการจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด

"แต่ว่าก็จะมี QR code แบบนี้ติดไว้ที่...เราก็จะแจกให้กับคนทั้งอำเภอเราเลย ก็คือจะมีติดฝาบ้านที่มันเป็นแบบสายด่วนที่มีคนรับค่ะ อันนั้นเป็นเบอร์โทรศัพท์ แต่อันนี้เป็น QR code ให้เลย" (พยาบาลประจำตำบล)

"ในส่วนของ รง 506s เราก็เอามาวิเคราะปัญหาว่า ปัญหาอะไรที่มันมากที่สุด พื้นที่ไหนเป็นกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงเราก็จะเอามาทำโครงการ ที่จะแก้ไขปัญหาแต่ละพื้นที่" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน) "ก่อนหน้าที่จะโควิดเนอะก็จะมีจัดประชุมของกลุ่มงานเวชชุมชนของโรงพยาบาลเนี่ย เค้าจะมีอบรมพี่ๆ อสม อยู่ ก็เพิ่งจะไม่ได้จัด 2 ปีนี้ เพราะมีโควิดเนอะ ก่อนหน้านี้ก็จะมีในเรื่องของการอบรม อสม" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

"ตอนนี้มันใช้ระบบ HIS เป็นหลัก อย่างเวลาไปสำรวจ เราต้องมาคีย์เข้าระบบให้บริการ มันก็จะบันทึกอยู่ในรูปแบบของแฟ้มต่างๆ ผมคิดว่าตรงเนี่ยมันจะไม่สะท้อนเท่าไหร่ แต่ว่ามันเป็นข้อมูลเชิงบริหารได้นำมาปรับ service plan (ผู้บริหารประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม ได้แก่ 1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 2.กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.) และ 3. กลุ่มประชาชนในชุมชน สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ 1.กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 2.กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.) 3กลุ่มผู้นำชุมชน ดังตัวอย่างคำพูด

"เรื่องการที่เราทำงานด้านนี้ เราจะมีพัฒนาบุคลากรโดยที่จะมีจัดอบรมบุคลากรในรพ. ของเราเอง อบรมให้น้องรพสต. และแกนนำอสม. ให้เค้าเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอเรา โดยเรื่องที่จะมีการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาพื้นฐาน เพื่อให้เขาพูดคุยกับเคสได้ และให้เค้ารู้จักสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย และเรื่องของการประเมิน 2Q 8Q 9Q ค่ะ ก็จะช่วยให้บุคลากร คนในชุมชน ช่วยดูแลเรื่องนี้" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"เชิงรุก เราก็ให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า แล้วก็การส่งต่อคนไข้ ให้แก่ อสม. แกนนำชุมชน และกำนัน ผู้ใหญ่บ้านอะไรแบบเนี่ยค่ะ ถ้าเจอลูกบ้าน หรือเจอคนที่แบบฉันอยากตายก็คือเนี่ยเจอคนที่เค้าอยากให้เราช่วยละนะ ไม่ใช่การเรียกร้องความสนใจ เราก็ให้ความรู้ตรงนั้นลงไป" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

3.3 วิธีการพัฒนาบุคลากร พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 หลังการอบรมกลุ่มเป้าหมายดำเนินงานปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยมีพี่เลี้ยงดูแลตามลำดับได้แก่ รพสต เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม รพช เป็นที่ปรึกษาให้กับ รพสต มีโครงการอบรมเครือข่ายทุกระดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีการอรมเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน หรือ อสม. โดยเน้น บทบาทการสอดส่องผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือผู้ที่ส่งสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รวมถึงการคัดกรองเบื้องต้นและส่งต่อเข้าระบบบริการ ดังตัวอย่างคำพูด

"คือในพื้นที่ รพสต บ้าง อสม บ้างที่มี Line Group ของงานจิตเวชค่ะ จะเป็นเครือข่ายกันก็จะแจ้งเหตุมาค่ะ ... จะมีการติดตามในคนไข้ที่มีความเครียดสูง แล้วก็จะมีคนที่ประเมินแล้ว 9Q มากกว่า 7 หรือว่าที่มีเบื่อ หน่าย ท้อแท้ เราก็จะมีให้ตรวจสุขภาพจิตเบื้องต้นเป็นรายบุคคลไปค่ะ" (พยาบาลจิตเวช ประจำอำเภอ)

"ก่อนหน้าที่จะโควิดเนอะก็จะมีจัดประชุมของกลุ่มงานเวชชุมชนของโรงพยาบาลเนี่ย เค้าจะมีอบรม พี่ๆ อสม อยู่ ก็เพิ่งจะไม่ได้จัด 2 ปีนี้ เพราะมีโควิดเนอะ ก่อนหน้านี้ก็จะมีในเรื่องของการอบรม อสม แล้วก็งานสุขภาพจิตเนี่ยก็จะเข้าไปให้ความรู้ พี่ๆ อสม ด้วย เพราะฉะนั้นเราก็จะมีเครือข่ายที่มันมากขึ้น พี่ๆ อสม ก็จะเข้าใจคนไข้มากขึ้นด้วยในส่วนนึง แล้วก็จะรู้แนวทางว่าถ้าเจอแบบนี้เราจะปรึกษาใครได้บ้าง การส่งต่อเคสอะไรแบบเนี่ยค่ะ" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 หลังผ่านการอบรม โดยมีพี่เลี้ยงดูแลบุคลากรซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1.การฝึกงาน on the job training 2.การปฏิบัติงานเป็นแบบอย่างของรุ่นพี่ และ 3.การติดตามประเมินความรู้ รวมถึงการประยุกต์ใช้เชื่อมโยงความรู้ของเจ้าหน้าที่ เช่น การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายผ่านช่องทางสื่อต่างๆ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 หลังผ่านการอบรม มีระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่อง ได้แก่ 1. การจัดประชุมออนไลน์ติดตามประเมินผล และ 2.การอบรมทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตเสมอ โดยจิตแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูด

"เราลงไปทำงานร่วมกับเขาเลยครับ ก็คือว่า เวลาที่มีเคสเกิดขึ้น เราจะเข้าไปดูแลคนไข่ร่วมกับคุณ แล้วค่อยๆสอนวิธีการดูแล อ่ะ สมมุติว่ามีเคสเข้ามาเคสนึง มี consult มาเราก็จะลงไปดูร่วมกับเจ้าหน้าที่ไม่ว่าจะเป็น เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานจิตเวชเอง หรือวอร์ด หรือหมอที่ดูแลเนี่ย เราก็จะพยายามสอนให้เป็น

งี้ ๆ นะ ถ้าเราประเมินแล้วว่ามันเป็นไง ควรประเมินอะไรบ้าง จะดูแลเขายังไงบ้าง หรือจะคุยกับเขายังไงบ้าง ในประเด็นต่างๆตรงเนี้ย มันคล้ายๆกับเป็น on-the-job training อ่ะ เพราะที่เราประเมินความรู้ของเจ้าหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาของความรู้ในการดูแลนะ ทุกคนผ่านการอบรม ผ่านการสอน มีความเข้าใจในเรื่องการดูแลคนไข้อยู่ แต่มีปัญหาในการเอามา apply กับเคสที่เกิดจริง เพราะงั้นเมื่อมันมีการพูดคุยกันโดยทำให้เขาเห็นภาพว่ารูปแบบนี้ จะใช้ความรู้แบบนี้ในการดูแล พบว่าเขาก็สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่มีกับเคสจริงๆ แล้วหลังจากนั้นเขาก็สามารถดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น" (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

"บางทีเจ้าหน้าที่ รพสต เค้าก็ได้รับการอบรมมาจากทางกรมแล้ว แล้ว จิตแพทย์ ของเรา ก็ทำการ booster ให้อีก เพราะว่านาน ๆ ไปบางทีอาจลืม" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

3.4 เครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 พบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ 1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ สภาสาธารณสุข รพ.สต. อสม. คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับอำเภอ คปสอ. 2. บุลากรนอกสาธารณสุข ได้แก่ พชอ. พระสงฆ์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สภานักเรียน สภาเด็ก และอบรมเยาวชนต้นกล้า ประชาคมหมู่บ้าน อปพร. หน่วยงานท้องถิ่น เทศบาล สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 พบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ 1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ รพท./รพศ. รพช. รพสต. อสม. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2. บุลากรนอกสาธารณสุข ได้แก่ ครู อาสาสมัครในเรือนจำ (อสรจ.) พระคิลานุปัฏฐาก อปท ดังตัวอย่างคำพูด

"เราทำโครงการนะคะ คือปี 62-63 เราทำโครงการในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจแล้วก็ทำต่อเนื่อง แล้วก็มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในส่วนของพระสงฆ์ เพื่อไปให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษา สำหรับคนที่ไปวัดแล้วมีปัญหา พระก็สามารถที่จะคัดกรองให้คำปรึกษา แล้วก็ส่งต่อมายังโรงพยาบาล" (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

"ปี 63 เนี่ยมันเริ่มมีปัญหาเรื่องของการเลียนแบบในกลุ่มนักเรียน มีการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนขึ้นมา เราก็มองว่า เราจะต้องมีการอบรมเรื่องนักพัฒนาศักยภาพตรงนี้ขึ้นมาด้วย จะเป็นการอบรม "คุณครูจิตดี" นะคะ เพื่อจะได้มีการดูแลส่วนสถานศึกษาร่วมด้วย ... แล้วก็ส่วนบุคลากรจะได้รับการอบรมตั้งแต่ พื้นที่ชุมชนเลย อสม. ในเครือข่ายของเรา แม้กระทั่ง อสรจ. อาสาสมัครในเรือนจำนะคะ" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ 1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ และ 2.บุลากรนอกสาธารณสุข ได้แก่ ผู้นำชุมชน และสมาชิกครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 พบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือ 1.บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ รพสต. อสม. และ 2.บุลากรนอกสาธารณสุข ได้แก่ แกนนำในชุมชน กรรมการผู้นำหมู่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูด

"ขั้นตอนก็เราต้องลงไปแต่ครอบครัว จากประสบการณ์ที่ทำมานะ อย่างเคสครอบครัวของผู้ป่วยทางจิต มีอาชีพค้าขาย ตอนนี้เขามีความเครียดจากการไปกู้เงินรายวัน เขาก็มีความเครียด อยากจะฆ่าตัวตายกันทั้งครอบครัวเลย เป็นความเครียดสะสมมา 5-6 เดือนที่คิดจะฆ่าตัวตายกัน พอเรารู้ก็เข้าไปคุย เราเลยไปประสานกับทางโรงพยาบาลศรีธัญญาขอให้คุณหมอมาช่วยเรา เพราะเมื่อปีที่แล้วเขาทำ MOU ร่วมกับสาธารณสุขให้คนพิการทำงานตามรพ.สต.ในชุมชน ตามมาตรา 33 ให้ทางผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนช่วยไปเคลียร์กับเซลแต่ละราย ให้เขาผ่อน จากเคยส่ง 500 ก็เหลือ 100 หรือ 200 ตามกำลังที่เขาพอจะส่งได้ แล้วเราก็ไปประสานกับทางพัฒนาชุมชนของอำเภอ"(อสม.)

“ภาคีเครือข่ายค่ะ และแกนนำในชุมชน อสม. (นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลชุมชน)

“ผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อสม. ร่วมมือ กรรมการผู้นำหมู่บ้านเห็นด้วย ชาวบ้านมีทางออก” (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชน)

3.5 ระบบการติดตามประเมินผล พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 โรงพยาบาลได้ปรับรูปแบบการติดตามอาการผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี โดยติดตามอาการทางโทรศัพท์ ผ่าน Line group โครงการในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ติดตามคนไข้ที่มีความเครียดสูง (ประเมิน 9Q) และติดตามกลุ่มเสี่ยง ช่วยลดความเครียดจากผลกระทบโควิด รวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์หรือ อสม และ รพสต ทีมงานสุขภาพจิต ลงเยี่ยมและจ่ายยาด้วย สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีโปรแกรมการติดตามในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประกอบด้วย การนัดหมายของแพทย์ การนัดรับยาเดิม ให้บริการ individual case หรือว่า family case ลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกันระหว่าง พยาบาลจิตเวชกับพยาบาล รพสต. โรงพยาบาลจิตเวชเป็นที่ปรึกษา ดังตัวอย่างคำพูด

“ในช่วงที่แรกที่โควิดระบาด เราก็ให้ รพสต ดำเนินการจ่ายยาให้ ปรากฏว่าเราตามอีก 3 เดือนปุ๊บ คนไข้อาการเปลี่ยนหมดเลย ไม่แน่ใจว่ากินยามั้ย อาการกำเริบค่อนข้างเยอะ ก็เลยเปลี่ยนแผนมาว่า ลง รพสต เหมือนเดิม โดยที่งานสุขภาพจิตเราลงไปเอง ไปจ่ายยาเอง ไปพูดคุยเอง” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“ก็ดีค่ะ เหมือนว่าเค้าติดตามอาการเราตลอด บางที่เค้าจะโทรมาถามอาการ Line มาถามอาการบ้าง มาพูดคุยด้วย ทั้งโรงพยาบาลประจำตำบล และประจำอำเภอ” (ผู้รับบริการ)

“เราก็มีนักจิตที่จะส่งต่อ อาจจะเป็น individual case หรือว่า family case อะไรแบบนี้คะแล้วก็มี follow up ตามที่หมอนัด รับยา แบบนี้ นอกเหนือจากนี้ พยาบาลก็จะ ถ้าหมอนัดนานเกินไป เราก็จะนัดเข้ามาเป็น individual case ตามโปรแกรมแบบนี้อยู่แล้ว แล้วก็จะมีโปรแกรมติดตาม ของ างราย ถ้ายุ่งยากซับซ้อนในพื้นที่แบบนี้ เราก็จะมีการจัดลงเยี่ยมอยู่แล้วนะคะเพราะว่าเราจะมีพยาบาลแบ่งตามพื้นที่ดูแล cover พยาบาลจิตเวช1 กับพยาบาล รพสต ที่ดูแลด้วยอะคะ ส่วนในแผนก เราก็มีการโทร โทรทุกวันอยู่แล้วว่ามีคนไข้เข้ามามั้ย แล้วถ้าช่วยชีวิตในด้านกายเสร็จแล้ว ก็จะส่งมาที่แผนก ก็จะได้พูดคุยกับ โรงพยาบาลจิตเวช นักจิต ส่งเข้ามาดูแล แล้วก็ติดตามทางด้านจิตเวชแล้วก็ทางกาย เพราะบางทีก็มีป่วยทางจิตเพศมีหูแว่ว ประสาทหลอน อะไรแบบนี้ด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีรูปแบบการติดตามผู้รับบริการ ดังนี้ 1.การนัดหมายประเมินอาการ ได้แก่ การรับยาเดิม การให้คำปรึกษา ทั้งเผชิญหน้าและผ่านออนไลน์ และ 2.การส่งต่อพื้นที่ติดตามดูแลต่อเนื่อง สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 การประเมินคนไข้ในชุมชน และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง กรณี Severe case เยี่ยมทุก 1 อาทิตย์ ดังตัวอย่างคำพูด

“ติดตามกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ก็คือตอนนี้อย่างของเจ้าหน้าที่เนี่ย เราใช้วิธีการให้เขาตอบแบบประเมินออนไลน์ แล้วก็ศูนย์เขตเขาก็ให้เจ้าหน้าที่ไปตอบออนไลน์ ทีนี้พอเจอเคสเข้ามาก็จะแจ้งให้เราเราก็จะใช้วิธีการโทร counseling ค่ะ แล้วก็นัดถ้าเคสไหนรุนแรงเราก็นัดมาพบแพทย์ ถ้าเคสไหนนั่นเราก็ตามต่อโดยใช้วิธีขออนุญาตโทร(พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ก็คือคนในชุมชน ในระแวกที่เค้าอยู่ อย่างมีคนที่เป็นซึมเศร้า ก็คนที่ครอบครัวเค้า ญาติพี่น้องเค้าคอยให้กำลังใจเค้า เพราะเดี๋ยวโรงพยาบาลเค้าก็ออกมาเรื่อย ๆ ไม่ใช่ว่าเค้าจะปล่อยละเลย คือเค้าไม่ใช่มาครั้งเดียว เดี๋ยวเค้าก็จะมาประเมินบ่อย ๆ” (อสม.)

3.6 นวัตกรรมที่สร้างขึ้นป้องกันการฆ่าตัวตายจากสถานการณ์โรคโควิด-19 พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัว ตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีนวตกรรมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ 1.นวตกรรมที่เป็นภูมิปัญญาด้านความเชื่อ เช่น บิณฑบาตความทุกข์ คู่ไปกับการประชาคมหมู่บ้าน ทำพิธีสู่ขวัญให้กับคนไข้ที่มีภาวะทางด้านจิตใจ เป็นการเสริมกำลังใจให้ครอบครัว ผ้ายันต์เตือนสติคนพยายามฆ่าตัวตาย โครงการในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจร่วมกับพระสงฆ์ โรงเรียนดนตรีผู้สูงอายุ 2. นวตกรรมที่ใช้เทคโนโลยี เช่น การสื่อสารผ่าน Line Application และ Line official คลินิกให้บริการปรึกษา การมี Line กลุ่มทุกเครือข่าย และการส่ง Infographic เพื่อสื่อข่าวและให้ความรู้ การส่งงาน อสม. Online สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีนวตกรรมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ 1.นวตกรรมที่เป็นภูมิปัญญาด้านความเชื่อ เช่น อบรมด้านสุขภาพจิตให้กับพระคิลานุปัฏฐาก ที่ดูแลสงฆ์อาพาธ การดำเนินงาน “ล้อมรักให้ครอบครัว ล้อมรั้วให้ชุมชน”2. นวตกรรมที่ใช้เทคโนโลยี เช่น สร้าง QR code ในการเข้าถึงบริการ ส่วนโรงงานและ รพ.สนาม และจะส่งข้อมูลจาก QR code ต่อกรมสุขภาพจิต อีกรอบหนึ่ง YouTube สื่อสร้างสรรค์ เพื่อให้ทุกคนได้สร้างกำลังใจกัน ได้เข้าใจกัน ได้ให้อภัยกัน แอปพริเคชั่น Smart community เน้นในเรื่องของสุขภาพกายสุขภาพใจ พัฒนาสื่อให้ความรู้ ในสถานีวิทยุหรือสื่อชุมชน และระบบHIS (Hospital Information Systems) เป็นระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด

“เมื่อก่อนเรามีการทำพิธีสู่ขวัญค่ะให้กับคนไข้ที่มีภาวะทางด้านจิตใจ เป็นการเสริมกำลังใจให้ครอบครัว เขาจะเรียกว่าการทำสืบชะตาค่ะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ในแนวคิดของชุมชนของเรา เราอยากจะสร้างเป็นแอพพลิเคชั่นตัวนึง ... ชื่อว่านาปรือ Smart community ... เราจะเน้นในเรื่องของสุขภาพกายสุขภาพใจ คือทำยังไงให้คนมีความสุข เราจะเอาข้อมูลของผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ... จะเอามา เราจะมีจุดเชื่อมโยงให้เขาได้เข้าถึงบริการของเราได้เร็วที่สุด เราก็จะเชื่อมโยงกับทาง รพ.สต รพศ. มีระบบ SOS เอาไว้ช่วยเหลือให้ได้เร็วที่สุด” (สมาชิกสภาเทศบาล)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีนวัตกรรมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ แผ่นพับ จัดบอร์ดในพื้นที่ชุมชน สื่อสังคมออนไลน์อบรม สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีนวัตกรรมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ Poster 2 ภาษา ไทย/ภาษายาวีของอิสลาม สื่อรูปภาพมีความเหมาะสม และบริการแบบออนไลน์ ดังตัวอย่างคำพูด

“ช่วงโควิดน่าจะปรับมาเป็นออนไลน์ให้มากขึ้นนะคะ แบบให้เค้าเข้าถึงเราได้ เรียกร้องขอความช่วยเหลือได้ง่ายมากขึ้น คือแบบ กดโทรศัพท์ผ่านไลน์ หรือมีแชทบอร์ดที่คุยกันอะไรแบบนี้ค่ะ” (จิตแพทย์ประจำจังหวัด)

4. ด้านผลผลิตการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

4.1 มาตรฐานบริการด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และเขตสุขภาพที่ 6 ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานบริการงานป้องกันการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 ไม่ปรากฏข้อมูล

4.2 บุคลากรมีความพร้อมให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตจำนวนน้อยเน้นการทำงานประจำและต้องหาคนที่มีใจในการทำงานด้านสุขภาพจิต สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน ที่ขาดจิตแพทย์ขาดกำลังคน (นักจิตวิทยา, เภสัชกร, พยาบาล) พยาบาลทำหลายหน้าที่หลายงานเภสัชกร ไม่มี Job description ด้านสุขภาพจิต ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าพูดถึงงานในกลุ่มนี้ พูดตรง ๆ เลยว่างานด้านนี้ไม่มีใครอยากทำ น้องพยาบาลหลาย ๆ คนเนี่ย ถ้าคนไม่มีใจจริง ๆ ไม่ได้มองเห็นถึงปัญหา วิเคราะห์เพื่อทำจริง มันก็จะทำในเชิงงาน routine ธรรมดา เราต้องหาคนที่ 1. มีใจ แต่น้อยเนอะ” ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ถ้ามีนักจิตเพิ่มขึ้น หรือว่ามีนักวิชาการ หรือว่านักกิจกรรมบำบัดอะไรแบบนี้ค่ะ ถ้าในตามโครงสร้างของโรงพยาบาล S1 ก็น่าจะดีค่ะ จะได้ออกเชิงรุกมากขึ้น” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 บุคลากรมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลกลุ่มเป้าหมาย สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 บุคลากรมีความรู้เรื่องการให้คำปรึกษา และงานยาเสพติด ทำงานเชิงรุก แต่มีภาระงานมาก เกิดภาวะ Burn out ดังตัวอย่างคำพูด

“ก่อนจะมี service plan ก็จะมีหมอสรวุฒิ เป็นพี่เลี้ยงให้ในเรื่องเชิงความรู้ ก็คือหมายถึงว่าเจ้าหน้าที่รพสต. หรือสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สาสุขเราก็จะมีความรู้เนาะ ที่เหลือก็เป็นพยาบาล แล้วก็ขยายลงไปในชุมชน เพื่อที่จะให้อสม.เป็นแกนนำหลักที่เอาเข้ามาอบรม ก็จะเป็นตัวแทนของรพสต.ของพี่มี 76 รพสต.ที่อยู่ในพื้นที่ของจ.นนทบุรี ฉะนั้นรพสต.นึงจะมีอสม.ประมาณ 10 ท่าน ที่มีทักษะเรื่องของการอบรมเรื่องของสุขภาพจิต เพราะส่วนหนึ่งเนี่ยพี่ต้องเอาอสม.ไปช่วยคัดกรองด้วย คัดกรองเรื่องภาวะซึมเศร้าเนาะ อสม.ตรงนี้ก็จะมีความรู้ ทีนี้พออสม.มีความรู้เนี่ย อสม.ที่เค้ามีพื้นที่ที่มีประเด็นในเรื่องของสุขภาพจิตเขาก็จะไปทำกันกับผู้นำชุมชน” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

“ซึ่งภาระงานมากเป็นงานเชิงรุก และมีงานยาเสพติด ผู้ป่วยจำนวนมาก คือตอนนี้มันตรึงมากเลย คือห้ามป่วย ห้ามตายค่ะ ได้ขอพยาบาลเพิ่ม 1 แต่ไม่ได้ เพราะเกินกรอบอัตรากำลัง” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“สำหรับหนู เจ้าหน้าที่ ค่ะ คือ ถ้าเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับเราใช่มั้ยคะ พูดคุยดูแลเราดี คือถ้ามีเจ้าหน้าที่ ที่คอยซัพพอร์ตเราก็จะดีกว่า เพราะเค้ามีทักษะที่จะพูดคุยกับเรา คือเค้าจะรู้ว่าเรารู้สึกยังไงเค้าเข้าใจเรา” (ผู้รับบริการ)

4.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ดำเนินการบริการรูปแบบสหวิชาชีพ ทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล เช่น ร่วมกับ พมจ. และเชื่อมต่อการเข้าถึงบริการระหว่างหน่วยงาน โดยใช้เทคโนโลยีเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังพบการขาดการเข้าถึงบริการของคนชายขอบ บนดอยไกล ติดชายแดน เดินทางลำบาก โดยเฉพาะด้านยาจิตเวช ใน รพช. ที่ไม่เพียงพอ สิทธิ์การรักษาไม่ครอบคลุม เช่น สวัสดิการข้าราชการ ในการรักษาแต่ละครั้งมีการเปลี่ยนยา และค่ายาแพงขึ้น สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่มีกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จขาดการเข้าถึงบริการ 90% ดังตัวอย่างคำพูด

“การเข้าถึงของโรงพยาบาลเราที่เราเข้าไปเยี่ยมทุกที่ ทุก รพสต. ที่เราเอาจิตเวชชุมชนไปลงก็ยังไม่ครบ 100%ในอำเภอ บนดอยไกลๆ ที่บนภูชี้ฟ้า เราก็ยังไม่ได้ไป มันมีคนไข้ 1-2 คน เราไปทีมันก็ไม่คุ้มแล้วก็ที่อยู่ติดชายแดนลาวทางมันลำบากมาก แล้วคนไข้ก็ไม่เยอะมีแค่ 2-3 คน” (พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน)

“แนวโน้มในการดำเนินงานเนี่ยในกลุ่มเป้าหมายที่เราพยายามจะตอบโจทย์ของกระทรวงที่เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่ะ ทีนี้กลุ่มที่เข้ามาหาเราแล้วที่มี visit กับเราแล้ว ไม่มีนะคะ ในเรื่องของแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ ฆ่าตัวตายสำเร็จเนี่ยจะลดลง แต่ที่ผ่านมา สามสี่ปีที่ผ่านมาเนี่ย 90% ของคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เคย walk-in เข้ามาหาเราก่อนเลย ก็คือไม่เคยเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเลย” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ดำเนินการบริการรูปแบบสหวิชาชีพ แบ่งการทำงานออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1. การให้บริการกลุ่มเสี่ยงทั้งในภาวะเร่งด่วนและไม่แร่งด่วน 2.การให้บริการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ทำงานระดับจังหวัด สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 การเข้าถึงบริการจากการสร้างเครือข่ายทำงานร่วมกัน ได้แก่ อสม. ครู ผู้นำชุมชน และตำรวจ ประสานงานกันส่งต่อ Case เพื่อการค้นเจอกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

"เตรียมเรามีทีม MCATT จังหวัด ก็จะมีพี่เลี้ยงตามรพ. ก็จะมีรพ.อย่างน้อย 1 คนที่จะเป็นทีมให้จังหวัด พอเรามีอะไรปุ๊บเนี่ย เราก็ระดมน้องเหล่านั้นมาช่วยกัน ที่เค้าผ่านการอบรมในส่วนตรงนี้ มาทำงานเป็นภาพ เป็นทีมของจังหวัด....ก็มีแพทย์ รพ.ศูนย์ แต่ละสาขาของสุขภาพจิต ของรพ.ศูนย์ก็มีหลายท่าน ประมาณ 5-6 ท่าน อันนี้เขาก็จะแบ่งกันรับผิดชอบแต่ละอำเภอ แล้วเราก็จะมีส่วนของพยาบาลที่เป็นหลัก คือ พยาบาลรพ.ชุมชน อันที่สามก็คือ เจ้าหน้าที่ รพสต.ที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ที่มีการอบรมทักษะจากแพทย์ไป อันที่สี่ก็เป็นอสม.ที่เป็นกำลังสำคัญหลักของเราที่ทำงานในชุมชน " (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

"ถ้าในเรื่องของตำรวจก็คืองานของจิตเวชมีการประสานงานกันอยู่แล้ว แต่ถ้าเกิดว่าอย่างนี้เราก็จะมีการส่งต่อค่ะ เหมือนเราก็ทำงานร่วมกันค่ะ ตำรวจจะอยู่ในทีมของเราในการทำงานร่วมกันอยู่แล้วค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

5. ผลกระทบจากมาตรการและการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

5.1 ผู้รับบริการ และครอบครัวมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ในเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จากการเสริมพลัง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เข้าใจความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

"ในด้านที่รักษาโรคของเราค่ะ ก็ดีขึ้น จากแนวโน้มเริ่มแรกที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายสูงมาก ตอนนี้ไม่มีเลยค่ะ พฤติกรรมก็ไม่มีเลยค่ะ...ช่วงแรกที่รักษาจะไม่กล้าเข้าหาสังคมเลยค่ะ พอผ่านไปเราก็กลับมากล้าเหมือนเดิมค่ะ แต่ด้านร่างกายก็จะเปลี่ยนไปแบบถ้าเรากินยาเยอะ ก็มีน้ำหนักลงมากอะไรประมาณนี้... รู้สึกดีค่ะ เพราะมันก็ทำให้เราเกือบหายมาถึงทุกวันนี้ ดีขึ้นมาถึงทุกวันนี้" (ผู้รับบริการ)

5.2 ผู้รับบริการและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ เขตสุขภาพที่ 6 ไม่ปรากฏข้อมูล ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้รับบริการและญาติมีความสัมพันธ์ดีขึ้นหลังเข้าถึงการรักษา ดังตัวอย่างคำพูด

"ด้านอารมณ์ค่ะ ใจเย็นขึ้นไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ...เคยทำอะไรเร็ว ๆ โมโหไม่ได้ดังใจ ก็ไม่เอาล่ะไม่โมโห ทำใจเย็น ใจสบายไป...มันดีขึ้น เขาทำให้เรามีกำลังใจ เราอยู่กับครอบครัวพร้อมหน้าพร้อมตา มีลูกก็ไม่เกเร มีแฟนช่วยเหลือตลอด" (ผู้รับบริการ)

5.3 ผู้รับบริการถูกลดการตีตราจากครอบครัว พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ เขตสุขภาพที่ 6 ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับการลดการตีตราจากครอบครัว

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 คนในชุมชนมีความตระหนักปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นและรู้แหล่งที่จะขอความช่วยเหลือ

6. ผลลัพธ์

ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยงลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (ในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง) พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ญาติ/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจและรู้สึกดีต่อการให้บริการของแพทย์และพยาบาล ให้คำปรึกษาดี ทำให้ผู้รับบริการ มีความคิดที่ดีไม่คิดฆ่าตัวตายและมีภูมิคุ้มกันในใจ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับกิจกรรม ได้แก่ 1. อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ต่อเนื่อง 2 ปี ในรอบ 10 ปี 2. มีการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น 3. ประชาชนทุกคนมีความตระหนักถึงการฆ่าตัวตายมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“ก็มีความสุขแล้วแนวคิดเขาก็เปลี่ยน หลายอย่างเราทำให้เขามีความสนุก ความสุขก่อน แล้วก็ค่อยๆ เสริมหลักในการใช้ชีวิต” (ผู้รับบริการ)

“คิดว่าพร้อมมาก ๆ เลยค่ะ เพราะว่าทุกครั้งที่ไป ไม่ว่าน้องจะไปในอาการแย่แค่ไหน พอได้อยู่กับเจ้าหน้าที่แล้วน้องก็จะบอกว่าสนุกนะแม่ อยู่ด้วยแล้วสบายใจ สบายใจกว่าอยู่บ้านเราอีก เพราะว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเค้ามีความเข้าใจอะนะคะ” (ญาติของผู้พยายามฆ่าตัวตาย)

“ช่วงแรกๆจะไปถี่อ่ะค่ะ ไปเดือนละครั้ง แล้วก็พอดีขึ้นจะเป็นช่วงประมาณต้นปี 64 จะเริ่มห่างออกมา หมอเริ่มนัด 3 เดือนที 3 เดือนครั้งจนถึงตอนนี้ โควิดบางทีก็โทรหา follow มาทางโทรศัพท์แล้วก็จะบอกอาการดีขึ้น”(ผู้รับบริการ)

“ผลของการดูแลกลุ่มเป้าหมายก็ถือว่าดีนะคะ ได้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ทั้งในกลุ่มของโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป แล้วก็คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายลดลงนะคะปี 60 ถึง 63 อย่างที่ได้เรียนไปตั้งแต่ครั้งแรก ... ในรอบ 10 ปีลดลงมาได้ 2 ปีค่ะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้รับบริการ/ญาติเกิดการเปลี่ยนแปลงหลังรับบริการ ดังนี้ 1. เกิดความเข้าใจต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย 2.เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช 3.เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ดังตัวอย่างคำพูด

“ผมว่ามาจากครอบครัวด้วย ต่อไปก็ไปปรึกษาแพทย์ แพทย์ก็ให้คำปรึกษามา แต่ถ้ามีที่พักพิงจิตใจ หน่วยงานไหนที่ช่วยได้ ถ้ามีตรงนั้นเพิ่มอีกมันก็จะขยายกว้างขึ้นดูแลได้เพิ่มไปอีก ก็จะมีผู้ช่วยเพิ่มขึ้น... เจ้าหน้าที่สำคัญมาก โดยเบื้องต้นเนี่ยให้คำแนะนำว่า สมมติให้จุดนี้เดินไปจุดนี้ จากจุดแรกเดินไปจุดสองก็พูดจาเกลี้ยกล่อมหว่านล้อมกันไป ให้ใจเย็นลง ไม่งั้นไม่คิดว่านั่งอยู่คนเดียว อะไรประมาณนี้ ในความคิดผม ผมว่ามันช่วยกันได้ถ้าทุกฝ่ายช่วยกัน ถ้าจะไปพึ่งแพทย์ พยาบาลอย่างเดียวก็พอดีไม่ทัน” (ผู้รับบริการ)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิจัยรอบที่ 2 เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยเหมือนกัน (Creswell, 2015) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น ทั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ(Inclusion Criterion)โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก จำนวน 143 คน โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยเป็นนามสมมติทั้งหมด สำหรับการศึกษาตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก จำนวน 227 คน ข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยนามสมมติทั้งหมด ไม่ใช่ชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดแต่ละตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยนำเสนอประวัติและข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ และญาติ/ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นถึงข้อมูลเบื้องต้นของตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลลัพธ์และผลกระทบโดยตรงจาก บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2564-2565 โดยมีข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 13

ตาราง 13 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 227 คน) ปี 2564-2565

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด (227)	ผู้รับบริการ (136)	ผู้ดูแล (91)	
การศึกษา				0.007
ไม่ได้ศึกษา (1)	15 (6.61)	5 (3.68)	10 (10.99)	
ประถมศึกษา (2)	60 (26.43)	30 (22.06)	30 (32.97)	
มัธยมศึกษา/ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (3)	94 (41.41)	57 (41.91)	37 (40.66)	
ปริญญาตรี /ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) (4)	55 (24.23)	41 (30.15)	14 (15.38)	
สูงกว่า ปริญญาตรี (5)	3 (1.32)	3 (2.20)	0 (0.0)	
อื่น ๆ (ระบุ)..... (6)	-	-	-	

ตาราง 13 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 227 คน) ปี 2564-2565

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด (227)	ผู้รับบริการ (136)	ผู้ดูแล (91)	
อาชีพ				0.011
ว่างงาน (1)	44 (19.38)	31 (22.79)	13 (14.28)	
รับจ้าง (2)	69 (30.40)	39 (28.68)	30 (32.97)	
ค้าขาย (3)	34 (14.98)	14 (10.29)	20 (21.98)	
ธุรกิจส่วนตัว (4)	11 (4.85)	7 (5.15)	4 (4.40)	
รับราชการ (5)	14 (6.17)	9 (6.62)	5 (5.49)	
อาสาสมัคร (6)	4 (1.76)	1 (0.74)	3 (3.30)	
เกษตรกรรม (7)	24 (10.57)	12 (8.82)	12 (13.18)	
นักเรียน/นักศึกษา (8)	24 (10.57)	21 (15.44)	3 (3.30)	
ไม่ระบุ (9)	3 (1.32)	2 (1.47)	1 (1.10)	
รายได้ต่อเดือน				0.037
ไม่มี (1)	44 (19.38)			
500 – 1,000บาท (2)	27 (11.89)			
1,000-5,000บาท (3)	44 (19.38)			
5,000-10,000บาท (4)	55 (24.23)			
10,000-15,000บาท (5)	31 (13.66)			

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด (227)	ผู้รับบริการ (136)	ผู้ดูแล (91)	
15,000-20,000บาท (6)	10 (4.41)	8 (5.88)	2 (2.20)	
มากกว่า 20,000บาท (7)	14 (6.17)	7 (5.15)	7 (7.69)	
ไม่ระบุ (8)	2 (0.88)	2 (1.47)	0 (0.0)	
สถานภาพสมรส				<0.001
โสด (1)	77 (33.92)	65 (47.78)	12 (13.19)	
คู่ (2)	114 (50.22)	65 (47.78)	61 (67.03)	
หย่าร้าง (3)	16 (7.05)	9 (6.62)	7 (7.69)	
แยกกันอยู่ (4)	7 (3.08)	5 (3.68)	2 (2.20)	
หม้าย (5)	11 (4.85)	3 (2.21)	8 (8.79)	
ไม่ระบุ (6)	2 (0.88)	1 (0.74)	1 (1.10)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				0.024
อยู่คนเดียว (1)	1 (0.44)	1 (0.74)	0 (0.0)	
2-3 คน (2)	88 (38.77)	62 (45.59)	26 (28.57)	
4-5 คน (3)	99 (43.61)	50 (36.76)	49 (53.85)	
มากกว่า 5 คน (4)	39 (17.18)	23 (16.91)	16 (17.58)	
กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				0.893
จำนวนผู้เสียชีวิตสูง 25 ลำดับ (1)	121 (53.30)	73 (53.68)	48 (52.75)	

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (ร้อยละ)			p-value*
	ทั้งหมด (227)	ผู้รับบริการ (136)	ผู้ดูแล (91)	
จำนวนผู้เสียชีวิตต่ำ 25 ลำดับ (2)	106 (46.70)	63 (46.32)	43 (47.25)	
ภาค				
เหนือ (1)	24 (10.57)	14 (10.29)	10 (10.99)	
ตะวันออกเฉียงเหนือ (2)	48 (21.15)	25 (18.38)	23 (25.27)	
กลาง (3)	68 (29.96)	46 (33.82)	22 (24.18)	
ภาคตะวันออก (4)	20 (8.81)	11 (8.10)	9 (9.89)	
ภาคตะวันตก (5)	21 (9.25)	12 (8.82)	9 (9.89)	
ใต้ (6)	46 (20.26)	28 (20.59)	18 (19.78)	

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 13 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 227 คน) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด ร้อยละ 41.4 (จำนวน 94 คน) รองลงมามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.4 (จำนวน 60 คน) และระดับปริญญาตรี หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 24.2 (จำนวน 55 คน) ตามลำดับ โดยระดับการศึกษาของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการทั้งหมด 136 คน จะมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 41.9 (จำนวน 57 คน) ระดับปริญญาตรี หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 30.2 (จำนวน 41 คน) และประถมศึกษาร้อยละ 22.1 (จำนวน 30 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมด 91 คน จะมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 40.7 (จำนวน 37 คน) ประถมศึกษาร้อยละ 33.0 (จำนวน 30 คน) และระดับปริญญาตรี หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 15.4 (จำนวน 14 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 30.4 (จำนวน 69 คน) รองลงมาเป็นบุคคลว่างงาน ร้อยละ 19.4 (จำนวน 44 คน) และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 15.0 (จำนวน 34 คน) ตามลำดับ โดยอาชีพของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการ

ทั้งหมด 136 คน จะมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.7 (จำนวน 39 คน) ว่างงาน ร้อยละ 22.8 (จำนวน 31 คน) และเป็นนักเรียน หรือ นักศึกษา ร้อยละ 15.4 (จำนวน 21 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมด 91 คน จะมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.0 (จำนวน 30 คน) ค้าขาย ร้อยละ 22.0 (จำนวน 20 คน) และว่างงาน ร้อยละ 14.3 (จำนวน 13 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 24.2 (จำนวน 55 คน) รองลงมาเป็นผู้ไม่มีรายได้ และ ช่วง 1,000-5,000 บาท ด้วยร้อยละ 19.4 เท่ากัน (จำนวน 44 คน) และ ช่วง 10,000-15,000บาท ร้อยละ 13.7 (จำนวน 31 คน) ตามลำดับ โดยรายได้ต่อเดือนของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการทั้งหมด 136 คน จะเป็นผู้ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ด้วยร้อยละ 22.1 เท่ากัน (30 คน) รองลงมาช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 21.3 (จำนวน 29 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมด 91 คน จะมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ด้วยร้อยละ 27.5 เท่ากัน (25 คน) รองลงมาช่วง 10,000-15,000บาท ร้อยละ 22.0 (จำนวน 20 คน) และช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 16.5 (จำนวน 15 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.2 (จำนวน 114 คน) รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 33.9 (จำนวน 77 คน) และสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 7.0 (จำนวน 16 คน) ตามลำดับ โดยสถานภาพสมรสของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการมีสถานภาพโสด ร้อยละ 47.8 (จำนวน 65 คน) สถานภาพคู่ ร้อยละ 39.0 (จำนวน 53 คน) และสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 6.6 (จำนวน 9 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลจะมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 67.0 (จำนวน 61 คน) สถานภาพโสด ร้อยละ 13.2 (จำนวน 12 คน) และมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 8.8 (จำนวน 8 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามจะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด 4-5 คน ร้อยละ 43.6 (จำนวน 99 คน) รองลงมาจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 38.8 (จำนวน 88 คน) และจำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 17.2 (จำนวน 39 คน) ตามลำดับ โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด จำนวน 2-3 คน ร้อยละ 45.6 (จำนวน 62 คน) รองลงมาจำนวน 4-5 คน ร้อยละ 36.8 (จำนวน 50 คน) และจำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 16.9 (จำนวน 23 คน) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ดูแลจะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด 4-5 คน ร้อยละ 53.8 (จำนวน 49 คน) รองลงมาจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 28.6 (จำนวน 26 คน) และจำนวนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 17.6 (จำนวน 16 คน) ตามลำดับ

ผู้ตอบแบบสอบถามจะอาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางมากที่สุด ร้อยละ 30.0 (จำนวน 68 คน) รองลงมาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 21.2 (จำนวน 48 คน) และภาคใต้ ร้อยละ 20.3 (จำนวน 46 คน) ตามลำดับ โดยภูมิภาคที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.652$) และจะอาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง มากกว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ ด้วยร้อยละ 53.3 (จำนวน 121 คน) และร้อยละ 46.7 (จำนวน 106 คน) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลจะอาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.893$)

ตอนที่ 2.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจ/การนำไปใช้ต่อการจัดรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติของ ผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ช่วงปี 2564-2565

ตาราง 14 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 227 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	16 (11.76)	41 (30.15)	34 (25.00)	25 (18.38)	20 (14.71)	10 (10.99)	29 (31.87)	22 (24.18)	14 (15.38)	16 (17.58)	0.955
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชน	22 (16.18	40 (29.41)	33 (24.26)	27 (19.85)	14 (10.30)	15 (16.48)	25 (27.48)	18 (19.78)	18 (19.78)	15 (16.48)	0.706
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	10 (7.36)	33 (24.26)	42 (30.88)	30 (22.06)	21 (15.44)	12 (13.19)	19 (20.88)	26 (28.56)	22 (24.18)	12 (13.19)	0.641
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	22 (16.18)	48 (35.29)	33 (24.26)	21 (15.44)	12 (8.83)	7 (7.69)	34 (37.36)	22 (24.18)	16 (17.58)	12 (13.19)	0.363
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม (มิดชิด เป็นส่วนตัว)	44 (32.35)	53 (38.97)	30 (22.06)	4 (2.94)	5 (3.68)	19 (20.88)	40 (43.96)	23 (25.27)	3 (3.30)	6 (6.59)	0.363

ตาราง 14 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 227 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	19 (13.97)	52 (38.24)	43 (31.62)	16 (11.76)	6 (4.41)	11 (12.09)	26 (28.57)	30 (32.97)	8 (8.79)	16 (17.58)	0.021
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7. การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	34 (25.00)	64 (47.06)	29 (21.32)	6 (4.41)	3 (2.21)	16 (17.58)	41 (45.04)	18 (19.78)	9 (9.89)	7 (7.69)	0.111
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	24 (17.65)	53 (38.97)	38 (27.94)	15 (11.03)	6 (4.41)	12 (13.19)	27 (29.67)	27 (29.67)	12 (13.19)	13 (14.28)	0.076
9.เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	50 (36.76)	67 (49.26)	19 (13.98)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (25.27)	50 (54.95)	7 (7.69)	4 (4.40)	7 (7.69)	<0.001
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	34 (25.00)	63 (46.32)	34 (25.00)	4 (2.94)	1 (0.74)	20 (21.98)	39 (42.86)	23 (25.27)	5 (5.49)	4 (4.40)	0.361

ตาราง 14 ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (จำนวน 227 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	31 (22.79)	66 (48.53)	29 (21.32)	8 (5.88)	2 (1.48)	15 (16.48)	43 (47.25)	21 (23.08)	5 (5.49)	7 (7.69)	0.176
12.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	35 (25.74)	56 (41.18)	37 (27.21)	7 (5.15)	1 (0.74)	13 (14.29)	38 (41.76)	26 (28.57)	6 (6.60)	8 (8.79)	0.013
ด้านผลลัพธ์(การนำไปใช้)											
14.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	48 (35.29)	63 (46.32)	22 (16.18)	3 (2.21)	0 (0.0)	27 (29.67)	41 (45.05)	16 (17.58)	4 (4.40)	3 (3.30)	0.226
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	41 (30.15)	71 (52.20)	21 (15.44)	3 (2.21)	0 (0.0)	22 (24.18)	43 (47.25)	16 (17.58)	4 (4.40)	6 (6.59)	0.024

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 14 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแล (ทั้งหมดจำนวน 227 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.955) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ร้อยละ 30.2 (จำนวน 41 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 31.9 (จำนวน 29 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.706) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 40 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 27.5 (จำนวน 25 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.641) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 30.9 (จำนวน 42 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลางร้อยละ 28.6 (จำนวน 26 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.363) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 35.3 (จำนวน 48 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 37.4 (จำนวน 34 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.363) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.0 (จำนวน 53 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.0 (จำนวน 40 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.2 (จำนวน 52 คน) รองลงมาตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 31.6 (จำนวน 43 คน) และ ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 14.0 (จำนวน 19 คน) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 33.0 (จำนวน 30 คน) รองลงมาตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 28.6 (จำนวน 26 คน) และ ตอบในระดับน้อยที่สุด ด้วยร้อยละ 17.6 (จำนวน 16 คน) ตามลำดับ

ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.111) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 47.1 (จำนวน 64 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.0 (จำนวน 41 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.076) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.0 (จำนวน 53 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมากและปานกลาง ด้วยร้อยละ 29.7 (จำนวน 27 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 49.3 (จำนวน 67 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 36.8 (จำนวน 50 คน) และ ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 14.0 (จำนวน 19 คน) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 55.0 (จำนวน 50 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 25.3 (จำนวน 23 คน) และ ตอบในระดับปานกลางและน้อยที่สุด ด้วยร้อยละ 7.7 เท่ากัน (จำนวน 7 คน) ตามลำดับ และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.361) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.3 (จำนวน 63 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.9 (จำนวน 39 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.176) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 48.5 (จำนวน 66 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก

ด้วยร้อยละ 47.2 (จำนวน 43 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.2 (จำนวน 56 คน) รองลงมาตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 27.2 (จำนวน 37 คน) และ ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 25.7 (จำนวน 35 คน) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.8 (จำนวน 38 คน) รองลงมาตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 28.6 (จำนวน 26 คน) และ ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 14.3 (จำนวน 13 คน) ตามลำดับ และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 40.4 (จำนวน 55 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 36.8 (จำนวน 50 คน) และ ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 19.1 (จำนวน 26 คน) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.6 (จำนวน 36 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 24.2 (จำนวน 22 คน) และ ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 22.0 (จำนวน 20 คน) ตามลำดับ

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.226) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.3 (จำนวน 63 คน) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.0 (จำนวน 41 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้รับบริการและกลุ่มผู้ดูแลตอบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 52.2 (จำนวน 71 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 30.2 (จำนวน 41 คน) และ ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 15.4 (จำนวน 21 คน) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 47.2 (จำนวน 43 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 24.2 (จำนวน 22 คน) และ ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 17.6 (จำนวน 16 คน) ตามลำดับ

ตาราง 15 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 136 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	9 (12.33)	25 (34.24)	18 (24.66)	10 (13.70)	11 (15.07)	7 (11.11)	16 (25.40)	16 (25.40)	15 (23.80)	9 (14.29)	0.589
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชน	22 (16.18)	40 (29.41)	33 (24.26)	27 (19.85)	14 (10.30)	15 (16.48)	25 (27.48)	18 (19.78)	18 (19.78)	15 (16.48)	0.706
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	7 (9.59)	18 (24.66)	23 (31.50)	16 (21.92)	9 (12.33)	3 (4.77)	15 (23.80)	19 (30.16)	14 (22.22)	12 (19.05)	0.743
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	13 (17.81)	29 (39.72)	17 (23.29)	9 (12.33)	5 (6.85)	9 (14.29)	19 (30.15)	16 (25.40)	12 (19.05)	7 (11.11)	0.584
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม(มิดชิด เป็นส่วนตัว)	28 (38.36)	28 (38.36)	13 (17.80)	2 (2.74)	2 (2.74)	16 (25.40)	25 (39.68)	17 (26.98)	2 (3.18)	3 (4.76)	0.462
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	11 (15.07)	31 (42.46)	20 (27.40)	8 (10.96)	3 (4.11)	8 (12.70)	21 (33.33)	23 (36.51)	8 (12.70)	3 (4.76)	0.752

ตาราง 15 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 136 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านกระบวนการ(ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7.การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	18 (24.66)	38 (52.05)	13 (17.81)	2 (2.74)	2 (2.74)	16 (25.40)	26 (41.26)	16 (25.40)	4 (6.35)	1 (1.59)	0.585
8.การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	16 (21.92)	30 (41.09)	16 (21.92)	8 (10.96)	3 (4.11)	8 (12.70)	23 (36.51)	22 (34.92)	7 (11.11)	3 (4.76)	0.416
9.เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	34 (46.57)	30 (41.10)	9 (12.33)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (25.40)	37 (58.73)	10 (15.87)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.038
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	22 (30.14)	35 (47.94)	13 (17.81)	2 (2.74)	1 (1.37)	12 (19.05)	28 (44.44)	21 (33.33)	2 (3.18)	0 (0.0)	0.172
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11.ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	19 (26.03)	39 (53.42)	12 (16.44)	2 (2.74)	1 (1.37)	12 (19.05)	27 (42.86)	17 (26.98)	6 (9.52)	1 (1.59)	0.170

ตาราง 15 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 136 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
12. ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	23 (31.51)	28 (38.35)	18 (24.66)	3 (4.11)	1 (1.37)	12 (19.05)	28 (44.44)	19 (30.16)	4 (6.35)	0 (0.0)	0.420
13. การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	30 (41.10)	31 (42.46)	9 (12.33)	1 (1.37)	2 (2.74)	20 (31.75)	24 (38.10)	17 (26.98)	2 (3.17)	0 (0.0)	0.117
ด้านผลลัพธ์(การนำไปใช้)											
14. ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	28 (38.36)	32 (43.83)	12 (16.44)	1 (1.37)	0 (0.0)	20 (31.75)	31 (49.21)	10 (15.87)	2 (3.17)	0 (0.0)	0.761
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	29 (39.73)	33 (45.20)	10 (13.70)	1 (1.37)	0 (0.0)	12 (19.05)	38 (60.32)	11 (17.46)	2 (3.17)	0 (0.0)	0.052

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 15 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามในผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (ทั้งหมดจำนวน 136 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.89) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 34.2 (จำนวน 25 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากัน ด้วยร้อยละ 25.4 (จำนวน 16 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.706) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 29.4 (จำนวน 40 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 27.5 (จำนวน 25 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.743) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 31.5 (จำนวน 23 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 30.2 (จำนวน 19 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.584) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.7 (จำนวน 29 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 30.2 (จำนวน 19 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.462) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และมากที่สุด ด้วยร้อยละ 38.4 เท่ากัน (จำนวน 28 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.7 (จำนวน 25 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบแตกต่างกัน (p =0.752) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.5 (จำนวน 31 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 36.5 (จำนวน 23 คน)

ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.585) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 52.0 (จำนวน 38 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.3 (จำนวน 26 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.416) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.1 (จำนวน 30 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 36.5 (จำนวน 23 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 46.6 (จำนวน 34 คน) รองลงมาตอบใน

ระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.1 (จำนวน 30 คน) และตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 12.3 (จำนวน 9 คน) ตามลำดับ กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 58.7 (จำนวน 37 คน) รองลงมาตอบในระดับมากที่สุด ด้วยร้อยละ 25.4 (จำนวน 16 คน) และตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 15.9 (จำนวน 10 คน) ตามลำดับ และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.172) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 47.9 (จำนวน 35 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.4 (จำนวน 28 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.170) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 53.4 (จำนวน 39 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.9 (จำนวน 27 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.420) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.4 (จำนวน 28 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.4 (จำนวน 28 คน) และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.117) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 42.7 (จำนวน 31 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 38.1 (จำนวน 24 คน)

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.761) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 43.8 (จำนวน 32 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 49.2 (จำนวน 31 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.052) กลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.2 (จำนวน 33 คน) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 60.3 (จำนวน 38 คน)

ตาราง 16 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 91 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)											
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับบริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	6 (12.50)	17 (35.41)	11 (22.92)	6 (12.50)	8 (16.67)	4 (9.31)	12 (27.91)	11 (25.58)	8 (18.60)	8 (18.60)	0.868
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ในชุมชน	9 (18.75)	17 (35.41)	8 (16.67)	9 (18.75)	5 (10.42)	6 (13.95)	8 (18.60)	10 (23.26)	9 (20.93)	10 (23.26)	0.249
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	7 (14.58)	10 (20.83)	12 (25.00)	14 (29.17)	5 (10.42)	5 (11.63)	9 (20.93)	14 (32.56)	8 (18.60)	7 (16.28)	0.699
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)											
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในชุมชน	4 (8.33)	21 (43.75)	9 (18.75)	8 (16.67)	6 (12.50)	3 (6.99)	13 (30.23)	13 (30.23)	8 (18.60)	6 (13.95)	0.647
5. หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสม(มิดชิด เป็นส่วนตัว)	13 (27.08)	22 (45.83)	9 (18.75)	2 (4.17)	2 (4.17)	6 (13.95)	18 (41.86)	14 (32.56)	1 (2.33)	4 (9.30)	0.305

ตาราง 16 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 91 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
6. หน่วยงานที่ท่านใช้บริการมีการนำเครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In App	7 (14.58)	16 (33.33)	14 (29.17)	6 (12.50)	5 (10.42)	4 (9.30)	10 (23.26)	16 (37.21)	2 (4.65)	11 (25.58)	0.186
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)											
7. การคัดกรอง ซักประวัติข้อมูลผู้รับบริการหรือญาติด้วยระบบโปรแกรมฯที่ทันสมัย	10 (20.83)	23 (47.92)	9 (18.75)	4 (8.33)	2 (4.17)	6 (13.95)	18 (41.86)	9 (20.93)	5 (11.63)	5 (11.63)	0.615
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง	7 (14.58)	14 (29.17)	16 (33.33)	6 (12.50)	5 (10.42)	5 (11.64)	13 (30.23)	11 (25.58)	6 (13.95)	8 (18.60)	0.801
9. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม	14 (29.17)	27 (56.24)	2 (4.17)	2 (4.17)	3 (6.25)	9 (20.93)	23 (53.49)	5 (11.63)	2 (4.65)	4 (9.30)	0.622
10.เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน	13 (27.08)	19 (39.58)	12 (25.00)	1 (2.09)	3 (6.25)	7 (16.28)	20 (46.51)	11 (25.58)	4 (9.30)	1 (2.33)	0.391

ตาราง 16 ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (จำนวน 91 คน)

ข้อคำถาม	ความถี่ (ร้อยละ)										p-value*
	กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง					กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำ					
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	
ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)											
11. ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	12 (25.00)	22 (45.83)	9 (18.75)	1 (2.09)	4 (8.33)	3 (6.98)	21 (48.83)	12 (27.91)	4 (9.30)	3 (6.98)	0.107
12. ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน	11 (22.92)	20 (41.66)	11 (22.92)	2 (4.17)	4 (8.33)	2 (4.66)	18 (41.86)	15 (34.88)	4 (9.30)	4 (9.30)	0.107
13.การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง	15 (31.25)	21 (43.75)	7 (14.58)	1 (2.08)	4 (8.34)	7 (16.29)	15 (34.88)	13 (30.23)	4 (9.30)	4 (9.30)	0.125
ด้านผลลัพธ์(การนำไปใช้)											
14.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับบริการเพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง	15 (31.25)	24 (50.00)	6 (12.50)	1 (2.08)	2 (4.17)	12 (27.91)	17 (39.52)	10 (23.26)	3 (6.98)	1 (2.33)	0.497
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข	14 (29.17)	24 (50.00)	7 (14.58)	1 (2.08)	2 (4.17)	8 (18.60)	19 (44.19)	9 (20.93)	3 (6.98)	4 (9.31)	0.445

หมายเหตุ * ค่า p-value จาก Fisher's exact test

จากตาราง 16 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถามในผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำ (ทั้งหมดจำนวน 91 คน) ในคำถามด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย) ข้อ 1. “มีการประชาสัมพันธ์ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.868) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 35.4 (จำนวน 17 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 27.9 (จำนวน 12 คน) ข้อ 2. “มีการแจ้งมาตรการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบแตกต่างกัน (p =0.249) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 35.4 (จำนวน 17 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง และน้อยที่สุด ด้วยร้อยละ 23.7 (จำนวน 10 คน) และข้อ 3. “ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.699) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับน้อย ด้วยร้อยละ 29.2 (จำนวน 14 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 32.6 (จำนวน 14 คน)

ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์) ข้อ 4. “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.647) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 43.8 (จำนวน 21 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก และปานกลาง ด้วยร้อยละ 30.2 เท่ากัน (จำนวน 13 คน) ข้อ 5. “หน่วยงานที่ท่านได้รับบริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.305) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.8 (จำนวน 22 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.9 (จำนวน 18 คน) และข้อ 6. “หน่วยงานที่ท่านใช้บริการ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบแตกต่างกัน (p =0.186) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 33.3 (จำนวน 16 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 37.2 (จำนวน 16 คน)

ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) ข้อ 7. “การคัดกรอง ซักประวัติ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.615) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 47.9 (จำนวน 23 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.7 (จำนวน 18 คน) ข้อ 8. “การเผยแพร่ความรู้ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.801) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับปานกลาง ด้วยร้อยละ 33.3 (จำนวน 16 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 30.2 (จำนวน 13 คน) ข้อ 9. “เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.622) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 56.2 (จำนวน 27 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 53.5 (จำนวน 23 คน) และข้อ 10. “เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วง

การระบาด ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.391) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.6 (จำนวน 19 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 46.5 (จำนวน 20 คน)

ด้านผลผลิต (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ) ข้อ 11. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวกรวดเร็ว” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.107) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 45.8 (จำนวน 22 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 48.8 (จำนวน 21 คน) ข้อ 12. “ท่านได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.107) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.7 (จำนวน 20 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 41.9 (จำนวน 18 คน) และข้อ 13. “.การให้คำปรึกษาแนะนำ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.125) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 43.8 (จำนวน 21 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 34.9 (จำนวน 15 คน)

ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้) ข้อ 14. “.ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่ ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.497) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 50.0 (จำนวน 24 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 39.5 (จำนวน 17 คน) และข้อ 15. “.ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ...” กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและต่ำตอบไม่แตกต่างกัน (p =0.445) กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 50.0 (จำนวน 24 คน) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำส่วนใหญ่ตอบในระดับมาก ด้วยร้อยละ 44.2 (จำนวน 19 คน)

ตอนที่ 2.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรนอกสาธารณสุข ผู้รับบริการ ญาติ/ผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรนอกสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เห็นถึงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจาก บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2560-2563 โดยมีข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 17

ตาราง 17 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก (จำนวน 143 คน)

การทำสนทนากลุ่ม (30 คน)			
จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง		**จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ**	
เขตสุขภาพที่ 1 (8 คน)	เขตสุขภาพที่ 6 (8 คน)	เขตสุขภาพที่ 4 (6คน)	เขตสุขภาพที่ 12 (8 คน)
จ.เชียงราย	จ.ระยอง	จ.สระบุรี	จ.ตรัง
จ.ลำพูน	จ.ปราจีน	จ.อ่างทอง	จ.สงขลา
จ.พะเยา	จ.สมุทรปราการ	จ.สิงห์บุรี	จ.ยะลา
จ.เชียงใหม่	จ.จันทบุรี	จ.นครนายก	จ.ปัตตานี
การสัมภาษณ์รายบุคคล(113 คน)			
กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.เชียงราย	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 2 คน จ.นราธิวาสช
กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.เชียงราย	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 3 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.เชียงราย	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มผู้รับบริการ 10 คน จ.เชียงราย	กลุ่มผู้รับบริการ 10 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มผู้รับบริการ 10 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มผู้รับบริการ 11 คน จ.นราธิวาส
กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.เชียงราย	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.สระแก้ว	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.นนทบุรี	กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล 10 คน จ.นราธิวาส

ตอนที่ 2.4 ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2564-2565

ผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion Criterion) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key Informants) เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารภาครัฐ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มนอกสังกัดสาธารณสุข กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลหลัก และข้อมูลการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 143 คน โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ซึ่งชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยเป็นนามสมมติทั้งหมด ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดข้อค้นพบภาพรวมตามประเด็น CIPP Model ดังนี้

1. ด้านบริบทในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.1 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตและนโยบาย/แผนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีมาตรการ และนโยบายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายจากผู้บริหารตั้งแต่การป้องกันกลุ่มเสี่ยงอย่างบูรณาการกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และให้การรักษา ส่วนเขตสุขภาพที่ 6 มีการสอบสวนโรค และวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อนำไปส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้สุขศึกษาใน อสม. ครู และนักเรียน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ก่อนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ และการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิต ดังตัวอย่างคำพูด

"ประเด็นของงานสุขภาพจิตยาเสพติดแล้วก็ประเด็นการฆ่าตัวตาย เข้าสู่ พชอ นะคะ เสร็จแล้วก็มีการนำเสนอข้อมูลสะท้อนกลับให้กับผู้นำชุมชนหัวหน้าหน่วยราชการในเรื่องของความเสี่ยงหรือว่าสถานะการฆ่าตัวตายในอำเภอ การพยายามฆ่าตัวตายแล้วก็กลุ่มเสี่ยงหนึ่งในกลุ่มเปราะบางหรือว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะ ฆ่าตัวตายซ้ำ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ปี65 เนี่ยเราก็จะพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนซึ่งก็จะเป็นแกนนำชุมชน อปท ผู้ดูแล ให้เน้นย้ำในเรื่องของการคัดกรองการช่วยเหลือแล้วก็การออกเยี่ยมบ้าน แล้วก็การส่งต่อ ปีนี้เราก็ยังจะทำต่อเนื่องอีกนะคะ เรายังมีโครงการอีกก็คือสร้างความเข้มแข็งใจในกลุ่มเสี่ยงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก็คือเราจะเอาผู้พยายามฆ่าตัวตายในปี64-65 มาทำในเรื่องของการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ก็พักหลังๆเนี่ย เราก็เลยประสานวิทยากรครับผม ให้มาให้ความรู้คุณครูว่าสัญญาณเตือนที่เด็กจะทำร้ายตัวเองที่เด็กจะฆ่าตัวตาย ก็เป็นวิทยากรจากทีมจากโรงพยาบาลจิตเวชเข้ามาครับเข้ามาให้ความรู้กับคุณครูก่อน ขั้นต้นอันนี้มันเป็นช่วงปิดเทอมซึ่งผมมองว่าถ้าช่วงเปิดเทอมเนี่ยจะให้เด็ก ๆ ได้ฟังด้วยอย่างเนี่ย เพื่อที่จะคือถ้าคุณครูไปสื่อสารเนี่ยบางครั้งมันอาจจะ เขาชินกับการที่เป็นคุณครูให้ความรู้ละแต่ถ้าคุณหมอมาด้วยเนี่ย ความสนใจหรือว่า สิ่งที่เขาจะได้รับนั้น อาจจะสื่อสารได้ชัดเจนขึ้น" (ผู้บริหารส่วนสถานศึกษา ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มองว่าแผนนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเน้นการดูแลในภาพรวม แต่ยังไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายของ จ.นนทบุรี ที่มีบริบทซับซ้อนและควรต้องบูรณาการกับศักยภาพของชุมชน อีกทั้งควรเน้นในการค้นหาและจัดการบุคคล ส่งต่อไปตามระดับความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคล และนโยบายของหน่วยงาน ที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์วิกฤต ที่จะเฝ้าระวังแต่ละพื้นที่ ติดตามเยี่ยมทุกเดือน หรือโทรศัพท์ถามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีจัดประชุมวิชาการเล็ก ๆ ให้กับพยาบาลที่ดูแลคนไข้ภาวะวิกฤต และหอผู้ป่วย และได้รับงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.) ในการจัดอบรมแกนนำ อสม. ให้สามารถประเมิน 2Q ได้ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มองว่ายังไม่เหมาะสม เนื่องจาก บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องทำงานเกี่ยวกับ COVID-19 และจำนวนกลุ่มเสี่ยงมีมาก ยังไม่เข้าถึงบริการ อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีจำกัดและมีงานเยอะมาก โดยจะรับทราบนโยบาย จะมาจากหนังสือราชการ โดยนโยบายของหน่วยงาน ได้แก่ อบรมเรื่องสัญญาณเตือน และการให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โครงการร่วมกับพมจ. ในการเยี่ยมบ้าน อบรม อสม. เครือข่าย การให้ความรู้ โดยเสียงตามสาย และนำข้อมูลมา mapping เน้นชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังคำกล่าว

“มาตรการเนี่ยครอบคลุม เฟียงแต่ว่าพื้นที่นั้น ต้องบูรณาการกันจริง คือว่า 1. ต้องเอาศักยภาพของชุมชนออกมาใช้ เสร็จแล้วต้องมีแกนหลัก” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“ถ้าโดยหลักการของแผนอันนี้ มันก็ค่อนข้างสอดคล้องกับหลักการเรื่อง suicide ทางวิชาการนี่แหละ แต่นนจะมีปัจจัยอันหนึ่งคือ มีความหลากหลายค่อนข้างเยอะ ทั้งเรื่องของกลุ่มประชากร คือมีทั้งประชากรในพื้นที่ ประชากรแฝง ประชากรที่กลางวันอยู่กรุงเทพ อยู่นนเฉพาะช่วงกลางคืน ก็เลยกลายเป็นมีความหลากหลายเยอะ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของนนเนี่ยมันค่อนข้างเร็ว ทั้งความเปลี่ยนแปลงของประชากร ทำให้สถานการณ์การฆ่าตัวตายของนนค่อนข้างซับซ้อน มันก็เลยทำให้แผนที่เน้นการดูแลภาพรวม จัดการปัจจัยต่าง ๆ เน้นส่งเสริมให้เขาไม่ทำร้ายตัวเอง อาจจะไม่ได้ครอบคลุมทั้งหมดของนน ทีนี้สิ่งที่เราเสริมจากแผนที่พยายามทำคือ เรามีระบบเครือข่ายและการส่งต่อที่ connect กันทั้งจังหวัด โดยผ่านกลไกของ OPD จิตเวชในรพ.ชุมชนและรพ.พระนั่งเกล้า เพื่อเน้นในการค้นหาและจัดการปัญหา คงไม่ใช่เป็นระดับ individual แต่เราเน้นจัดการบุคคลส่งต่อไปตาม level ก็คือว่าถ้าคนไข้มีอาการรุนแรงก็จะถูกส่งต่อเข้ารพ.ระดับใหญ่ ดีขึ้นก็ส่งต่อไปรพ.ย่อย ๆ เพราะเรามองว่าแต่ละคนไม่ได้ต้องการการดูแลที่เหมือนกัน และต้องการดูแลระยะยาว เราเลยใช้ระบบนี้เข้ามาเสริมกับแผนที่กรมวางไว้” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“ถ้าเราได้ทำนะคะ อันนี้ต้องออกตัวก่อนว่า ในบริบทถ้าวิเคราะห์จริงจังเลยยังไม่สามารถทำได้ เพราะตอนนี้มีเจ้าหน้าที่ในมือเนี่ยแค่ 2 คน รับผิดชอบงานสุขภาพจิตยาเสพติด เราต้อง cover ทั้งอำเภอด้วย คือภาระงานเราค่อนข้างเยอะค่ะ แต่เราก็จะประเมินจากณสถานการณ์ตอนนี้ว่ามันเกิดวิกฤตอะไรก็จะมีการเฝ้าระวังแต่ละพื้นที่” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“จะเป็นภาพโครงการจังหวัด และทำแต่ละอำเภอค่ะ มีช่วยกันทุก ๆ รพช.ค่ะ แล้วก็แต่ละ อ. รพ. เป็นงบ สสจ. อบรมแกนนำอสม.ค่ะ ให้ประเมิน 2Q ได้ และถ้าเจอ 2Q ก็ส่งรพช.ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ผมมองว่าไม่เหมาะสม แล้วก็ไม่ทั่วถึง ณ ขณะนี้ เพราะว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีเยอะ การเข้าถึง การให้กำลังใจ ไปดูแลเนี่ยไม่ทั่วถึง อย่างกองสวัสดิการสังคมเนี่ย ทุกเทศบาลเรามีเจ้าหน้าที่จำกัด มีงานเยอะมาก แต่พอทำเรื่องนี้ถามว่าเรามีความสุขกับการทำงานนี้ไหม เรามีความสุขมาก เพราะเราตั้งใจอยากจะช่วย อยากจะดูแล แต่เจ้าหน้าที่เรามีน้อย บางทีเราไป มีปัญหาตรงนู้น เราก็ต้องทิ้งตรงนี้ ฝากตรงนี้ไปกับอีกที่หนึ่ง แล้วกลุ่มที่มีปัญหาอย่างเนี้ย ต้องอยู่กับเขา ต้องดูแลเขาเป็นระยะ ๆ อย่างจริง ๆ จัง ๆ ไม่ใช่ไปคุยแล้วก็ทิ้ง ปัญหาที่เราเจอเนี่ยพอเราเจอกลุ่มแบบนี้เราต้องดูแล และเจ้าหน้าที่ที่จะดูแลใกล้ชิดเนี่ยไม่มีต้องฝากต่อ ต้องรอ อันนี้คือปัญหา” (เจ้าหน้าที่เทศบาล ประจำจังหวัด)

“มันจะต่อยอดจากของปี 64 ที่เราเจอมันบังเอิญว่าในเจ้าหน้าที่ของเราเองที่มีเรื่องสำเร็จ เราก็ย้อนกลับไปดู เพราะว่าคนที่ทำสำเร็จของเจ้าหน้าที่เราประเมิน 2Q แล้วไม่เจอ แต่เขาประเมินตอน ธ.ค. ที่มันเกิดเหตุมันเดือนก.พ. ก็เลยเอาเรื่องนี้กลับมาทบทวนของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด เราก็ประชุมกันว่าเราต้องทำยังไง เพราะตอนนี้เราก็สรุปในเรื่องของ คือเราจะต้องเข้มข้นในการจะคัดกรองแบบนี้แล้วก็การให้ความรู้ ไม่ใช่เฉพาะของเจ้าหน้าที่เนอะ ความรู้นี่ทั้งของเจ้าหน้าที่แล้วก็ข้างนอกที่จะได้ทำกิจกรรมหลังจากนี้ ที่เราได้ตั้งแผนไว้เนอะ บวกกับเสียงตามสายของรพ.ในเรื่องของญาติผู้ดูแลที่มาอยู่ จะต้องเข้าถึงให้เยอะมากขึ้น” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“อย่างที่ผ่านมาพอเราดูแนวโน้มงบปี 64 เนี่ยคนไข้มีในเรื่องของภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะสำเร็จไม่สำเร็จเราก็เอาข้อมูลตรงนี้มาในเรื่องของการอบรม แล้วก็เสียงตามสายค่ะ ... พี่คิดว่าข้อมูลตรงนี้สำคัญที่จะทำให้พัฒนางานของเราต่อไปเรื่อย ๆ อย่างปีนี้รู้สึกชุมชนนี้มีการทำร้ายหรือพบภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เราก็จะเน้นชุมชนนี้ แต่ก็ไม่ปล่อยชุมชนอื่น แต่ก็จะเน้นหนักที่นี่หน่อย ถ้าเราไม่มีเราก็ไม่รู้จะเอาข้อมูลตรงไหนไปทำอะไรยังไง” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

1.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย/จำนวนประชากรที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ปี 2564-2565 ซึ่งมีอัตราสูง 22.17-24.19 ต่อแสนประชากร ในปี 2564 และ 17.18 ต่อแสนประชากร ในครึ่งปี 2565 หรือ คนฆ่าตัวตาย ในปี 2564 เพิ่มขึ้นมาจาก 7 คนเป็น 27 คน ส่วนเขตสุขภาพที่ 6 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย ปี 64-65 จ.สระแก้ว ปี 64 เท่ากับ 9.7 ต่อแสนประชากร และ ปี 65 (ถึง 15 มี.ค.) 21 ราย ดังตัวอย่างคำพูด

“ตั้งแต่ Follow up มาตั้งแต่ 62 จนถึง 65 นะครับ ก็ 2 ไตรมาศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แล้วก็เกินค่าที่เป็นตัวชี้วัดกลาง ... มันบ่งชี้ที่ค่อนข้างเป็นเชิงประจักษ์ก็คืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมัน Peak มากในตอนต้นปีที่เราทำแผนยุทธศาสตร์ตอนนี้ปี64 ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 20.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินไปหนัก เกินไปตั้งสองเท่าเกือบสามเท่า” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

“ปี 64 9.7ต่อแสนประชากรค่ะ แล้วปี 65 ถึงแค่ 15 มีนาคม นะคะ เป็น ตอนนี้ 21 รายค่ะ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมากกว่า 8 ต่อแสนประชากรแต่การฆ่าตัวตายสำเร็จมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนเขตสุขภาพที่ 12 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดการณ์ว่าเกินกว่า 8 คนต่อแสนประชากร โดยพบรายงานในอายุ 60 ปีขึ้นไป และช่วงวัยรุ่น 10-24 ปี มากขึ้น และมากกว่าช่วงอายุวัยทำงาน 24-59 ปี ดังตัวอย่างคำพูด

“มีพยายามสูงขึ้น แล้วก็เป็นในกลุ่มวัยรุ่นเยอะขึ้นด้วยโรคอารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้ค่ะ ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงค่ะถ้าเทียบใน 3 เดือนด้วยกัน” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ปี 64 มีเยอะขึ้นนะคะ ... ปี 65 ตั้งแต่มกรามาเนี่ยก็จะลดลงหน่อยค่ะ แต่ว่าตอนปี 64 ช่วงครึ่งปีหลังเยอะค่ะ ... เท่าที่ดูเนี่ยปัญหาจะคล้าย ๆ กัน แต่ว่าอันที่ดูว่าชัดเจนมากก็คืออายุของคนที่ทำเนี่ยจะค่อย ๆ น้อยลง เป็นกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ค่ะ” (ผู้บริหารส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

“ปี 64 สถานการณ์ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 64 ของเฉพาะอำเภอเมืองนะคะ จังหวัดตรัง เราเจอมา 19 ราย ซึ่งถ้าคิดเป็นต่อแสนประชากร ได้เป็น 14.82 ต่อแสนประชากร ซึ่งก็เกินตามเป้าหมายที่วางไว้ใช่ค่ะ แล้วก็สำหรับปี 65 ตั้งแต่ตุลาจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ในอำเภอเมืองมีฆ่าตัวตายสำเร็จไปแล้ว 5 ราย ปีนี้ก็คงจะ ตัวชี้วัดตัวนี้ก็คงจะเกินอยู่ดีนะคะของอำเภอเมือง ภาพรวมของจังหวัดตรังเลยก็เกินค่ะ เกิน 8” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

1.3 ปัจจัยสาเหตุที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย/การฆ่าตัวตายสำเร็จ

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 6 มีสาเหตุของปัญหาเหมือนกันคือ เกิดจากปัญหาการติดสุรา และสารเสพติด ภาวะเศรษฐกิจ การกู้หนี้ยืมสิน ความสัมพันธ์ในเรื่องส่วนตัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ความเครียด ดังตัวอย่างคำพูด

“สาเหตุส่วนใหญ่ก็จะหนีไม่พ้นเรื่องความสัมพันธ์นะคะ 22.7 นะคะ แล้วก็รองลงมาก็จะเป็นติดสุรากับโรคทางจิตเวช 18.1ค่ะ แล้วก็โรคทางกาย โรคระบาดกับยาเสพติด 9.1 เท่า ๆ กันค่ะ แล้วก็เศรษฐกิจเนี่ย 13.6 ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 เศรษฐกิจและการขาดรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว หึงหวง สุรา ยาเสพติด โรคเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคซึมเศร้า โรคจิตเวช การเปลี่ยนแปลงการทำงาน และการเรียนออนไลน์ของเด็กนักเรียน สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 กลุ่มเปราะบาง กลุ่มโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุวัยกลางคน 50 ปี และผู้พิการ ดังตัวอย่างคำพูด

“หลัก ๆ ของนนทบุรีก็เป็นเรื่องของภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อีกเรื่องหนึ่งก็ปัญหาเศรษฐกิจ ก็เรื่องจัดการปัญหาภายในครอบครัวนั่นแหละ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)
“ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องปัญหาความสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นระหว่างชายหญิง หรือว่าในครอบครัว แฟน ส่วนใหญ่จะให้เหตุผลว่ามีการทะเลาะกันเรื่องความสัมพันธ์ก่อนที่จะมีการทำร้ายตัวเองครับ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“ความเครียดสะสมทุกเรื่องเลย ไม่ว่าจะเป็นการงาน ปัญหาครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ... ก็เลยเป็นความเครียด ทำให้เราหาทางออกไม่เจอ ซึ่งจริง ๆ แล้วคนรอบข้างเขาอาจจะยินดีที่จะช่วยซัพพอร์ตเราในทุก ๆ เรื่องก็ได้” (ผู้รับบริการ)
“วิเคราะห์ได้จากจังหวัดนะคะ เป็นข้อมูลก็จะมีเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ สุรา ยาเสพติด แล้วก็ประมาณนี้ค่ะอาจารย์ แล้วก็โรคเจ็บป่วยเรื้อรังทั่วไป พบมากในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยทำงานตอนต้นค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“เยอะค่ะ เพราะว่าช่วงแรก ๆ ในเรื่องการใช้ชีวิตหรือการทำงานก็ยังได้ แต่พอมันเป็นเรื้อรังปีสองปีซึ่งเขาจะต้องใช้ชีวิตอยู่แบบนี้ บางคนเรื่องของปัญหาเศรษฐกิจเนอะ บางคนถึงกับแบบเครียดจากเรื่องเศรษฐกิจ ถ้าพี่เจอในกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่เขาจะพูดก็คือการเรียน ระบบวิถีชีวิตเขาเปลี่ยนมันทำให้เครียด...ในเรื่องความรู้เนี่ยเราไม่ได้ให้ แต่เราจะดึงคนที่เรารู้สึกว่าเสี่ยงสูงเข้ามาคุย พอเสี่ยงสูงที่เรียกเข้ามาคุยก็จะต้องดูว่าเขาจะเปิดใจกับใครมากที่สุดตอนคุยเบื้องต้น เพราะทุกคนพอมาแบบนี้เขาก็จะเหมือนเอ๊ะเราถูกเรียกมา เรากรอกอะไรไปผิดไหมอะไรแบบนี้ เราจะต้องสร้างสัมพันธภาพตรงนั้น ตอนนี้ก็ทยอยถ้าเขาสนิทใจกับพี่ เขาจะมาคุยกับพี่ก่อนเบื้องต้น เราจะต้องประเมินเจาะลึกในเรื่องของปัญหา ถ้าเราเห็นว่านั่นเราก็จะแนะนำให้เขามาเจอหมอ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“กลุ่มเสี่ยงปี 64 ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ประมาณ 28 คนนะ เพราะว่ามันจะมีกลับมาเป็นซ้ำ 2 คน ที่ไม่สำเร็จ แต่ที่เก็บยอดของ 65 ก็ยังเจอนะที่กลับซ้ำ เป็นในกลุ่มวัยรุ่นนะที่ไม่สำเร็จของพี่... 2 คนที่กลับมาซ้ำคือนี่ถ้าเป็นของกลุ่มวัยรุ่น เราจะไม่เจอในเรื่องของสำเร็จนะ สำเร็จที่พี่เจอนี่จะเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ไปเลย กลุ่มก็มีผู้ชายคนนึงผู้หญิงคนนึง มันมีปัญหาเรื่องของยาเสพติด แต่สำเร็จของผู้ชายก็คือผูกคอฆ่าตัวตายเลยเหมือนสำเร็จง่ายกว่า ที่กลับมาเป็นซ้ำก็จะเป็นของปี 64 ก็เป็นเด็กวัยรุ่นที่น้อยใจกินยา overdose คนเดิมก็คือมี MDD อยู่แล้ว ... กลุ่มเสี่ยงรายชื่อที่อยู่กับพี่ส่วนใหญ่เป็นคนไข้ที่จะต้อง walk-in เข้ามาหาเรา เพราะว่าเราจะมี follow up ที่ถี่ขึ้นค่ะ เหมือนถ้าเราดูแล้วเหมือนเราดูว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหมอก็จะนัดเร็วขึ้น 2 อาทิตย์ครั้ง คนไข้ก็จะไม่หลุดไปจากเรา ซึ่งพอเวลามาตามนัดเราก็จะมีรายชื่อว่านัดใครบ้าง ถ้าเกิดว่ายังไม่มาตามนั้นเราก็จะมีการประสาน นัดถี่ขึ้นค่ะ จากปกติเราให้ยาเดือนนึง กลุ่มแบบนี้เราจะให้แบบ 2 อาทิตย์ครั้ง...จริง ๆ กลุ่มเสี่ยงปี 64 ถ้าเราดูมันจะเป็นกลุ่มเสี่ยงเด็กที่อยู่ช่วงวัยรุ่น ซึ่งช่วงวัยรุ่นจริง ๆ มันจะมีโครงการอีกนะที่เราจะทำหลังจากนี้ ให้ความรู้ค่ะที่โรงเรียนที่เราจัดไป แต่ตอนนี้ยังทำไม่ได้ แผนทำโรงการเราก็ตั้งไว้แล้ว” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ทางอสม.ก็เป็นคนที่คัดกรองตั้งแต่สุขภาพ 7 โรคเรื้อรัง ในส่วนนี้เราก็คัดกรองตั้งแต่เบาหวาน ความดัน 3 เดือน 2 เดือน ตรวจ 1 ครั้ง ในส่วนการดูแลสุขภาพจิตของชาวบ้านนั้นเราก็ดูแลผู้ป่วย กลุ่มพิการ และป่วยติดเตียง ตรงนั้นเป็นกรณีพิเศษ ตอนนี้ผมมีโครงการ เป็นโครงการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุนะครับ ตอนนี้เราได้งบประมาณจาก ม.จุฬา เชียงใหม่ พึ่งได้มาสด ๆ ร้อน ๆ แล้วตอนนี้ซ่อมแซมไปหมดแล้ว ในเขตเทศบาลนครสงขลา ทั้งหมด 22 หลัง แล้วมันก็เชื่อมโยงกับโรคซึมเศร้าด้วย เพราะในกรณีนั้นเราดูแลตั้งแต่บ้านของผู้สูงอายุนะครับ ที่จะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น และอีกอย่างนึง คนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงจากคนไม่เคยเดินได้ กลับเดินได้ในตอนนี้ มันก็เป็นแรงจูงใจให้กับชาวบ้านและผู้ป่วยติดเตียงด้วยนะครับ” (อสม. ประจำจังหวัด)

1.4 วิธีการฆ่าตัวตาย/รูปแบบการฆ่าตัวตาย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 การผูกคอตาย ยิงตัวตาย กินสารพวกวัชพืช และกินยาเกินขนาด สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 เป็นการผูกคอตายเกือบทั้งหมด ดังตัวอย่างคำพูด

“ส่วนมากแล้วคือผูกคอตาย จะยิงตัวตายสองราย แล้วก็กินสารพวกวัชพืชหนึ่งรายค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ของพื้นที่ของวัฒนานะคะ น่าจะเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์เลยค่ะอาจารย์ที่ผูกคอตายค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีการผูกคอ กระโดดน้ำ ยิงตัวตาย กินยาเกินขนาด มีการกินสารพิษ น้ำยาล้างห้องน้ำ เคมีเกษตร สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีวิธีการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การผูกคอตาย ให้รถไฟชน ใช้อาวุธ กินสารเคมี และกินยาเกินขนาด ดังตัวอย่างคำพูด

“ส่วนใหญ่จะกินยาเกินขนาดค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ผูกคอ และยิงขมับตัวเองค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“วัยรุ่นส่วนใหญ่ มาจากการกินสารพิษ น้ำยาล้างห้องน้ำ พวกเคมีเกษตรค่ะ ส่วนมากนะคะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“วิธีการก็คือ กินสารเคมี มีดปาดคอ ใช้ปืนจ่อคาง และผูกคอ นะคะ” (นักจิตวิทยา ประจำจังหวัด)

1.5 กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย/กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย/กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 เป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 40 กลุ่มผู้ป่วย NCD ร้อยละ 30 กลุ่มสูงอายุร้อยละ 1 โดยกลุ่มเสี่ยง ใน 2 เขตสุขภาพมีลักษณะเหมือนกัน คือเป็นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่ประสบปัญหาเรื่องโควิด กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูด

“โดยจากการเข้าไปสำรวจโดยใช้ 2Q นะครับ แล้วก็เอามายืนยันที่ 9Q นะครับ ก็พบว่ากลุ่มจิตเวชนะครับ ผู้ป่วยจิตเวชรายเก่ามีความชุกสูงสุดนะครับ ร้อยละ 40 ครับ รองลงมาก็คือกลุ่มผู้ป่วย NCD นะครับ อยู่ที่ร้อยละ30 แล้วก็อีกกลุ่มนึง กลุ่มสูงอายุร้อยละ1 นะครับ” (ผู้บริหาร ประจำจังหวัด)

“กลุ่มเสี่ยงตอนนี้เราเน้นไปในเรื่องของกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่ประสบปัญหาเรื่องโควิดบ้าง กลุ่ม NCD บ้าง แล้วก็กลุ่มผู้สูงอายุ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“...กลุ่มเสี่ยงนะคะ ก็จะเป็นในส่วนของประชาชนทั่วไปนะคะ กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด ผู้ที่ถูกกักตัวนะคะ หรือแม้กระทั่งญาติหรือครอบครัวนะคะ ซึ่งเขาก็จะมีในเรื่องของความรู้สึกที่กระทบนะคะตรงนี้นะคะ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์นะคะ ตรงนี้ที่เป็นโอกาสที่อาจจะมีภาวะเสี่ยงในเรื่องของกระบวนการทำงานนะคะ แล้วก็กลุ่ม อสม ซึ่งจะเป็นแขนขาของทางเจ้าหน้าที่ของเรานะคะ กลุ่มผู้ที่ตกงานนะคะแล้วก็มีความเสี่ยงนะคะ ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ นะคะหรือกลุ่มผู้ที่ไปสัมผัสเชื้อสูงตรงนี้นะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 พบในกลุ่มผู้ตกงาน จากการระบาด COVID-19 ในกลุ่มผู้มีอาการซึมเศร้า สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ดังตัวอย่างคำพูด

“เยอะนะคะ ส่วนใหญ่ก็จะเครียด ตกงาน บางรายก็จะเครียดจากการที่ลูกไม่มีงานทำ กลับมาอยู่บ้าน อันนี้ประเมินจากคนไข้จิตเวชที่เข้ามารับบริการนะคะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ในกรณีที่เขามีภาวะเสี่ยงอย่างเช่น เป็นโควิดที่มีภาวะวิกฤต เราก็ counselling แล้วหาทางออกให้เขา ว่าถ้าในกรณีอย่างนี้แล้วจะทำยังไง ให้เขาคิดดูว่าเขาจะมีตัวช่วยตรงไหนก่อน ถ้าไม่ได้จริง ๆ ก็จะอาศัย พม.ว่าพอจะมีมั้ย บางรายที่พม.พอจะช่วยได้ มาประเมินพื้นที่ ส่วนหนึ่งก็ประสานเทศบาล อบท. อย่างน้อยให้ถุงยังชีพเข้าไปถึงเขาก่อน เขาก็ใจชื้นแล้วค่ะ ก็เป็นตรงนี้ที่ดูแลเขาได้ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2. ด้านปัจจัยนำเข้าในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

2.1 อัตรากำลังบุคลลากร มีความรู้ และทักษะการให้บริการ

2.1.1 ด้านอัตรากำลังบุคลลากร พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีบุคลากรไม่เพียงพอในการป้องกันเชิงรุก โดยเฉพาะใน รพช. ขาดทั้งนักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์ Turnover rate สูง สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ส่วนโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ ขาดจิตแพทย์ พยาบาลนักจิตวิทยา มีการย้ายออกของจิตแพทย์ในพื้นที่ ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าในโรงพยาบาลชุมชน คิดว่าไม่เพียงพอนะคะ เพราะว่า มีพยาบาลจิตเวช 1 คน แล้วก็มีพยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติดอีก 1 คนค่ะ เพราะฉะนั้นสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวชจะต้องดู ต้องทำทั้งหมดเลยค่ะ ทั้งวัยเรียน วัยรุ่น ท้องไม่พร้อมทุกอย่างนะคะ ด้านสุขภาพจิต ก็เลยเกิด work load ตรงนี่ล่ะค่ะ ส่วนยาเสพติดมันก็จะมีในส่วนของคนไข้ติดยา สารเสพติด แล้วก็ดื่มสุราอย่างนี้ค่ะ การเข้ามาบำบัดก็จะลดลงในช่วงที่โควิด การกลับไปเสพซ้ำสูง การแพร่ระบาดยาเสพติดมีมากขึ้น แล้วก็คนไข้เรื่องของการดื่มสุราก็จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ทำร้ายตัวเองค่ะ ส่วนมากจะมีการดื่มสุราร่วมด้วยประมาณนี้ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ก็พอดีปีนี้ทางโรงพยาบาลวัฒนาได้บุคลากรมาเพิ่มในเรื่องของสุขภาพจิตคนนึงค่ะ ก็จะมีแพลนเพราะว่าเริ่มเปิดในเรื่องของยาใจคลินิกนะคะ ก็อนาคตเนี่ยก็คือแพลนว่าจะมีจิตแพทย์เข้ามาร่วมตรวจอาจจะเดือนละครั้ง แพทย์จะต้องผ่านการอบรมในเรื่องของยาจิตเวชค่ะ ในเรื่องของการดูแลคนไข้จิตเวชค่ะ แล้วก็ของพยาบาลที่มาใหม่เนี่ยค่ะ ก็ต้องอบรม PC ค่ะ แล้วก็ในเรื่องของยาอะไรประมาณนี้นะคะ ที่แพลนไว้นะคะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ณ ตอนนี้ก็คือมี 2 อำเภอนะคะที่เราเองอาจจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพเต็มที่ของเราเนี่ยนะคะ ในเรื่องของการอบรมนะคะสี่เดือนนะคะตรงนี้ ในเรื่องของการดูแลสุขภาพจิต จิตเวชในพื้นที่นะคะตรงนี้แล้วก็เรื่องของเป็นการ refresh ในพื้นที่ขึ้นมานะคะ ในเรื่องของการที่จะเพิ่มเติมบุคลากรในเรื่องของนักจิตวิทยานะคะ เพื่อที่จะช่วยนะคะ ในการให้คำปรึกษานะคะ ในแต่ละ รพช ในพื้นที่เพื่อเพิ่มการดูแลอย่างครอบคลุมนะคะตอนนี้เรามีทั้ง แพทย์นะคะพยาบาลจิตเวช ผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางมา แต่ที่มีการเสริมก็คืออยากจะมีนักจิตประจำ รพช ค่ะ ขอนำเรียนเพียงเท่านี้ก่อนนะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ขาดนักจิตวิทยาคลินิก เนื่องจากยังไม่มีกรอบอัตราตำแหน่งนักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช อาจถูกดึงไปทำงานตำแหน่งอื่นง่ายกว่านักจิตวิทยา ทำให้จำนวนบุคลากรด้านจิตเวชไม่เพียงพอสำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ยังขาดจิตแพทย์ทั่วไป และนักจิตวิทยาคลินิก โดยมีแผนพัฒนาบุคลากร ดังตัวอย่างคำพูด

"ไม่เพียงพอ การตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด อย่างสสจ.นน เนี่ยปกติแล้วกล่องโครงสร้างที่กระทรวงสร้างมาเนี่ยมันจะไปรวมกับของงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตยาเสพติดจะอยู่ด้วยกันแต่ของ สสจ.นน เนี่ยจะแยกออกมา เป็นอีกกลุ่มงานหนึ่งที่แยกออกมาจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นงานสุขภาพจิตและยาเสพติด เราก็พยายามทำให้ทุกโรงพยาบาลมีกลุ่มงานนี้เกิดขึ้น ทุกโรงพยาบาลก็มีกลุ่มงานนี้เกิดขึ้นแต่ว่าอัตรากำลังที่เข้ามาในส่วนของกลุ่มงานนี้ก็ยังไม่พอ เราก็สนับสนุนให้แต่ละโรงพยาบาลจ้างนักจิต ส่วนหนึ่งเราแบ่งปันจะเงินในเรื่องของยาเสพติดที่คาบเกี่ยวในส่วนที่เราจะบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติดและสุขภาพจิต เราเลยมีการจัดสรรงบที่ได้จากสปสช.ด้านยาเสพติดเนี่ยให้กับโรงพยาบาลในเรื่อง การทำเมทริกซ์โปรแกรม เงินบางส่วนก็ใช้จากที่เราจัดสรรไปให้แล้วก็จากเงินบำรุงส่วนหนึ่งเรื่องของการจ้างนักจิตเข้ามาในกลุ่มงานนี้" (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

"มันก็ยังขาด แต่เทียบกับที่อื่นแล้วก็ยังดีกว่า แต่ขาดไหมก็ขาด อาจจะมีปัญหาหนัก ๆ ตรงรพ.ชุมชน เนื่องจากว่าพวกกรอบอัตรากำลังของเขาจะไม่ได้แยกออกมาเหมือนงานจิตเวช เลยทำให้คนทำงานจิตเวชในรพ.ชุมชนเนี่ยต้องเอาไปวนอยู่กับฝ่ายกลางบ้าง ทำให้มันหนักสำหรับเขา รวมถึงความก้าวหน้าของสายงานในรพ.ชุมชนมันยังไม่ชัดเจน แต่ก็มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือบางที่กำลังแยกออกมาเป็นกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดละ เพราะฉะนั้นถ้าเกิดแยกออกมาชัดเจน กรอบอัตรากำลังน่าจะดีขึ้น ปัญหาเรื่องคนทำงาน ความมั่นคง ความก้าวหน้าในการทำงานน่าจะดีขึ้น รู้สึกตอนนี้จะมี 2 ที่ที่อนุมัติโดยหลักการแล้วว่าให้แยกได้ แต่ในทางปฏิบัติก็คือแยกไม่ได้ชัดเจนอยู่ กับอีกตำแหน่งหนึ่งที่มีปัญหาคือนักจิตวิทยา สำหรับผมมองว่านักจิตวิทยาจะมี function บางอย่างซึ่งจำเป็นในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช เรื่องทักษะการให้คำปรึกษา การประเมินเขาค่อนข้างโอเค แต่กรอบตรงนี้ยังไม่ค่อยเกิด ส่วนใหญ่เขาจะเทไปทางพยาบาลมากกว่า ก็มีการคุยกันเหมือนกัน กลุ่มหนึ่งเขาจะมีความเห็นว่าถ้าจะให้เลือก เอาพยาบาลจิตเวชมาเติมดีกว่าเพราะว่าจะ function ได้เยอะ ใช้งานได้หลาย ๆ อย่าง สำหรับผม ผมมองว่าพยาบาลก็มี function บางอย่างที่เขาทำได้ แต่มีบางจุดมันอาจจะทำได้ไม่ดีเท่านักจิต อันที่สองถ้าเป็นพยาบาล มีโอกาสจะถูกดึงไปทางสายงานอื่นมากกว่าทั้งความต่อเนื่องในการทำงาน ถ้ามีแผนกอื่นที่เกิดจำเป็น ก็มีโอกาสที่พยาบาลกลุ่มนี้จะถูกดึงออกไป เลยทำให้ไม่มีความแน่นอนเท่าไหร่ แต่ถ้านักจิต โอกาสจะถูกดึงไปทำงานสายอื่นน้อยกว่า มีโอกาสที่จะได้พัฒนาต่อเนื่องไปในสายงานนี้ยาวนานกว่า ถ้าเอานักจิตวิทยามาเติมในอัตรากำลังของสายงานจิตเวชได้น่าจะ work กว่า" (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

"มีค่ะ เพราะว่าตั้งแต่ของปีงบนี้ก็ 2 ครั้งแล้วนะที่เราอบรมเรื่องของ suicide แต่ว่ามันเป็นออนไลน์ ถ้าในเรื่องพัฒนาบุคลากรก็จะให้น้องเขาฟังอบรมค่ะ...ถ้าในประชุมเขาจะมีทำอยู่แล้วในบางครั้ง แต่ถ้าของเราเองเราไม่ได้มีทำขนาดนั้นค่ะ...จะมี pretest posttest อยู่แล้วที่เราอบรม...ถ้าเป็นทำโครงการแล้วประเมินเราทำ หมายถึงว่าทุกครั้งที่เราทำโครงการเราก็จะมีการประเมินค่ะ... ทางรพ.มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร... เราจะทำ training meet นะ ทำทุกปี" (พยาบาลวิชาชีพ จ.นราธิวาส)

"จะไม่ได้เป็นอบรมเชิงนั้น จะเป็นแค่การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างหน่วยงานว่าหน่วยงานตำรวจหรือพม.ก็จะเป็นการประชุมร่วมกันทำความเข้าใจว่าเวลามีเคสกระบวนการในการดำเนินการของเราจะเป็นอย่างไร เพราะว่าตำรวจบางทีก็เป็นคนจับกุมมา เลยต้องมีการประชุมกันก่อนเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2.1.2 ด้านความรู้และทักษะการให้บริการ พบว่า พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีผู้ให้ข้อมูลว่า เจ้าหน้าที่มีความรู้ให้คำแนะนำดี เนื่องจากมีการส่งเสริมความรู้ (แก่เจ้าหน้าที่ รพสต. และอสม.) โดยจะมีการส่งเสริมปรับตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และฟื้นฟูด้านการให้คำปรึกษา Brief Advice (BA) และ Brief Intervention (BI) แรงจูงใจ หรือเรื่องของ Cognitive Behavior Therapy (CBT) และเรื่องของการเสริมพลังใจ แก่ อสม เจ้าหน้าที่ ที่จะ Burn out สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ได้มีการเสริมความรู้บุคลากร โดยการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการ Refresh เรื่องสุขภาพจิต ในพื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ ให้คำแนะนำดี พูดให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และให้คำแนะนำ เรื่องจัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น จัดเก็บเครื่องมือฆ่าตัวตายต่าง ๆ ส่วนความรู้เรื่อง 10 สัญญาณเตือนนั้น มีผู้ดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า จะสังเกตอาการผิดปกติของคนไข้ เช่น นอนอย่างเดียว เล่นแต่มือถือ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูด

“คือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพิ่ม ในด้านของการให้คำปรึกษา BA BI ค่ะ แรงจูงใจ หรือว่ามีเรื่องของการฟื้นฟูความรู้อ่ะค่ะ เรื่องของ CBT ค่ะ เพราะว่าช่วงนี้จะมีเจ้าหน้าที่ที่มีการโยกย้ายก็อยากจะให้ครอบคลุมไปถึงเจ้าหน้าที่ รพสต ด้วยค่ะ เพราะว่า ในแต่ละ รพสต จะมีผู้รับผิดชอบ ด้านสุขภาพจิตอยู่ถ้าเค้าได้รับการติดอาวุธหรือว่ามีความรู้ในด้านนี้ด้วยก็จะดีมาก” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ค่ะ มาก ๆ เลย อันนี้คือ ณ เวลาที่น้องไป น้องดูแย่ น้องพยายามทำร้ายตัวเอง น้องแอบไปกินยาเกินขนาดในห้องน้ำของโรงพยาบาลอะไรอย่างนะคะ คือ คุณหมอ พยาบาลทุกคนคือแบบช่วยทันช่วยทันตลอด แล้วก็ดูแลน้องดีตลอดจนเห็นน้องอาการดีขึ้นตามลำดับนะคะ จนน้องปกติ พูดว่าน้องปกติได้เลย กล้าที่จะพูดว่าน้อง ปกติแล้ว” (ญาติผู้รับบริการ ประจำจังหวัด)

“ณ ตอนนี้ก็คือมี 2 อำเภอนะคะที่เราเองอาจจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพเต็มที่ของเราเนี่ยนะคะ ในเรื่องของการอบรมนะคะสี่เดือนนะคะตรงนี้ ในเรื่องของการดูแลสุขภาพจิต จิตเวชในพื้นที่นะคะตรงนี้ แล้วก็เรื่องของเป็นการ refresh ในพื้นที่ขึ้นมานะคะ ในเรื่องของการที่จะเพิ่มเติมบุคลากรในเรื่องของนักจิตวิทยานะคะ เพื่อที่จะช่วยนะคะ ในการให้คำปรึกษานะคะ ในแต่ละ รพช ในพื้นที่เพื่อเพิ่มการดูแลอย่างครอบคลุมนะคะตอนนี้เรามีทั้ง แพทย์นะคะพยาบาลจิตเวช ผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางมา แต่ที่มีการเสริมก็คืออยากจะมีนักจิตประจำ รพช ค่ะ ขอนำเรียนเพียงเท่านี้ก่อนนะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ได้อยู่ค่ะ เพราะ วันนั้นก็คุยที่ได้คุยกับเขาก็เหมือน เปิดใจกับเค้าว่าเราเป็นอย่างงี้อะไรเงี้ยเหมือนอย่างน้อยก็ยังมีคนที่เข้าใจเรา แล้วก็รับฟังเราอยู่ค่ะ” (ผู้รับบริการ)

“มีค่ะ แล้วเค้าก็เตือนแม่ด้วยว่า อุปกรณ์ มีดอะไรอย่าให้ลูกเห็น เก็บให้มิดชิด คือ ยาที่เขากินเยอะเนี่ย เพราะว่าแม่ซื้อเป็นกระปุกมา มันก็เลยเยอะ ก็ไม่เคยมีประวัติก็เลยวางไว้ ใครอยากกินก็หยิบอะไรอย่างเงี้ย ไม่เคยมีประวัติแบบนี้” (ญาติผู้รับบริการ)

“ถ้าเค้ามีอาการบ่น เค้าอยากฆ่าตัวตาย เบื่อ บางทีเราพูดอะไรผิดหูเขา เขาก็จะโมโห เค้าชอบไปถอนต้นไม้ ดอกไม้คนอื่นด้วยที่ไม่ขอแบบเนี่ย เพราะว่าผมโกรธ โกรธบางทีผมก็โมโห เค้าก็งอนก็โกรธผมบางทีผมไม่พูดก็ไม่ได้ เราก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ผมก็กลัวนะ ไม่ใช่ไม่กลัว เพราะเราอยู่กับน้องตัวเล็กด้วย คุณหมอก็คงจะเห็นมั้ง แต่ผมมองอาการแล้วก็ตอนนี้ก็ดีขึ้นเยอะนะ ตอนมาทีแรกผมก็ตกใจเหมือนกัน เพราะว่าผมไม่เคยเห็น ตอนมาหาผมอะร้องไห้ หัวเราะ ร้องไห้ละหัวเราะทั้งคืน อย่างเงี้ยผมก็ตกใจ” (ญาติผู้รับบริการ)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางจิตเวช การให้คำปรึกษา และ basic counselling แต่ยังขาดเรื่องความรู้เรื่อง 10 สัญญาณเตือน สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการให้คำปรึกษา และความรู้ในการบูรณาการด้านศาสนา แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่ทราบเรื่อง 10 สัญญาณเตือน ดังตัวอย่างคำพูด

"ก็พอรู้ค่ะ ... ก็คือมันจะมีอาการผิดปกติ แบบ เครียดมาก อะไรประมาณนี้หรือเปล่าคะ ... ส่วนมากคนรอบข้างเค้าจะไม่ขึ้นเสียง จะทะเลาะกันเองกับเรามากกว่า เรื่องไม่เป็นเรื่อง นิด ๆ หน่อย ๆ อารมณ์เค้าจะแปรปรวนง่าย" (ญาติผู้รับบริการ)

"เขาให้ความรู้ อย่างเช่น หนูศาสนาอิสลามค่ะ เขาก็จะมีพยาบาลที่เป็นอิสลาม เขาจะแนะนำวิธีอิสลามด้วย ว่าเราต้องละหมาดแล้วก็ขอพรจากพระเจ้า" (ผู้รับบริการ)

2.2 องค์ความรู้ สื่อ และ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการใช้ Application ช่วย ในรูปสื่อที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนเมือง สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีการใช้ 3Q ในโรงเรียนของ สพฐ. มีสื่อกรมสุขภาพจิต Metal health check in และแบบประเมินในเรื่องของความเครียด สื่อออนไลน์ สื่อ ให้ อสม ไปให้ความรู้กับชาวบ้าน เช่น 10 สัญญาณเตือนอันตราย การเพิ่มสื่อในกลุ่ม Line ของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูด

"ถ้าถามว่าของหนูนะคะ มันเป็นชุมชนที่กึ่งเมืองแล้วก็ชนบท แล้วก็มีกระเหรี่ยงค่ะ มีชนเผ่าด้วยค่ะ คือถ้าถามหนูว่าสำหรับที่กรมออกมาเนี่ย เราก็ยังยึดถือว่าเราปรับตามบริบทค่ะ คือมัน มันไม่สามารถที่จะทำให้สำเร็จได้ในทุก ๆ อย่างที่กรมเขาตั้งไว้ หนูคิดว่าที่อื่นก็คงมีปัญหาเหมือนกันและตอนนี้ก็กำลังปรับตามบริบทอยู่ค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"สื่อส่วนมากตอนนี้ เราจะเป็นออนไลน์ แล้วถ้ามีสื่อในเรื่องของอย่างเช่นโควิดก็จะเป็นในเรื่องของการให้กำลังใจ การคัดกรอง แบบประเมิน เราก็จะใช้ตัวนี้ส่ง Line ไปให้กับ รพสต แล้วก็ อสม ในพื้นที่ แล้วเราก็ใช้ตัวนี้เอาไปใช้กับประชาชน แล้วส่วนหนึ่งคนไข้ที่ติดโควิด เราก็จะมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เราก็จะเอาสื่อเนี่ยแอด Line ของคนไข้ เพราะว่าคนไข้เนี่ยอยู่ในวอร์ด กับ HI CI แล้วก็เอาสื่อเนี่ยลงไป" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้สื่อจากกรมสุขภาพจิต รพ.ศรีธัญญา และ อินเตอร์เน็ต แต่ยังไม่เพียงพอ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์เข้าใจง่าย ๆ และภาษาสำหรับประชากรแฝง สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ดังตัวอย่างคำพูด

"ไม่เพียงพอค่ะ จริง ๆ ก็น้อย ...อยากให้เป็นแผ่นพับ โปสเตอร์เข้าใจง่าย ๆ ไม่ใช่ตัวเล็ก ๆ ตอนนี้ชุมชนของเราก็มีต่างด้าวเข้ามา เราก็ต้องรู้จักภาษาอะไรของเขาด้วย เพราะมีประชากรแฝงมากกว่าคนในพื้นที่ ... เพิ่มเป็นภาษาให้อบรมแกนนำเราก็ได้ ให้เราอยู่กับเขาได้ เวลาเขาจะสื่อสารตอนเจ็บป่วย เราจะถามเขา เขาก็จะพูดกับเราไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดกับหมอ บอกอาการก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง เป็นล่ามค่ะ" (อสม.)

"ก็มีการจัดอบรม train กันเองเรื่องดูแลคนไข้ ลงรายงานข้อมูล และสสจ.ที่จัดอบรมให้เรา เราก็ส่งน้องไปอบรม เพราะเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่" (พยาบาลวิชาชีพ จ.นนทบุรี)

2.3 ระบบบริการสุขภาพ

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการให้บริการคัดกรองสุขภาพจิตตั้งแต่คลินิก NCD และคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการรักษาด้วยยา และการรับนอนโรงพยาบาล บริการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลจิตเวช ติดตามเยี่ยมบ้าน นัดหมายทุกเดือน หรือ 3 เดือนครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด

"ที่เรากำหนดไว้ตรงนี้ก็คือถ้าเป็นโรคของจิตเวช ตอนนี้เราจะเป็นการเข้าไปประเมินในส่วนของทางโทรศัพท์นะครับ เพราะว่าเราติดตามมารับยาอยู่แล้ว แต่ส่วนหนึ่งเป็นการส่งยาไปบ้าน เพราะฉะนั้นการติดตามอาจจะต้องอาศัยเครือข่ายเข้าไป โทรศัพท์ติดตามว่าการกินยา การดูแลตนเอง ถูกต้องเหมาะสมไหม อันที่สองก็คือคลินิก NCD นะครับ กลุ่มนี้จะต้อง link เข้ามาประเมิน 2Q นะครับ ซึ่งหน้างานตอนนี้เราวางให้หน้างานประเมินตนเอง แล้วก็ส่ง Case ที่มีปัญหาขึ้นมาประเมินละเอียดซ้ำนะครับ อีกอันหนึ่งก็คือคลินิกผู้สูงอายุนะครับ อันนี้ก็จะเป็นอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งก็จะเป็นกลุ่มประชากรซึ่ง ต้องเข้าไปประเมินเพราะงั้นเราก็จะวาง channel ของการที่จะประเมิน 2Q ในกลุ่มนี้น่ะครับ ส่วนอื่น ๆ นี้ก็จะเป็นในกลุ่มซึ่งเราก็เพิ่มนะครับก็คือกลุ่มติดสุรานะครับ ซึ่งกลุ่มนี้ก็จะเจออยู่ได้บ้าง ว่าจะมีปัญหาเรื่องของซึมเศร้าหรือว่าเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย แล้วก็คลินิกเลิกสุรา เราก็พยายามเข้าไปให้ถึงนะครับ อีกอันหนึ่งที่เรามองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ก็คือแต่จริง ๆ นัยยะของปัญหายังไม่มากนะครับคลินิกโรคเอดส์นะครับ คลินิกยาต้านไวรัส ซึ่งตรงนี้เราจะเชื่อมเข้าไปนะครับ ใน HOSxP เอง จะมีช่องในการเข้าไปติ๊กในส่วนของ 2Q ทุกรายอยู่ละ สุดท้ายก็คือกลุ่มของคลินิกไตเทียมนะครับ คือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในอาการเข้ามาฟอกไตทั้งทางหน้าท้องและทางฟอกเลือดนะครับ กลุ่มนี้ก็เป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งนะครับ" (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นการดำเนินงานตามนโยบาย ได้แก่ ประเมินคัดกรองโดยใช้ Mental health check in ในประชาชนทั่วไป ประเมิน 2Q ในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคจิตเวชต่าง ๆ ที่ OPD และ PCU หรือผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลทุกราย แพทย์ลงรหัสวินิจฉัยโรค ICD-10 เป็นรหัส X และมีเลข ของคนไข้ที่เคยผ่านทำร้ายตัวเอง เพื่อแจ้งงานจิตเวช ตามเพื่อเข้าระบบการรักษาทุกคน ลงพื้นที่เพื่อประเมิน 2Q ประเมิน 2Q 9Q Mental health check in ในผู้ป่วย Admit ด้วย COVID-19 รพ.สต. ร่วมกับ รพ.ในการกำหนดแผน การให้ความรู้อสม.ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มีการบริการของหน่วยงาน ได้แก่ การคัดกรอง 2Q ในทุก OPD แผนกจิตเวชเพื่อประเมิน 9Q และ 8Q Admit คนที่พยายามฆ่าตัวตายทุกราย ให้บริการ individual และ family therapy มี Line official การให้ความรู้ รถเคลื่อนที่ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การป้องกันตัวเองส่งต่อให้กับ รพ.สต.ดูแลต่อ และเยี่ยมบ้าน มีบริการในชุมชน ได้แก่ ให้ความรู้ ในพื้นที่ชุมชน โรงเรียนหรือสถานประกอบการ ในเรื่องการส่งเสริม เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต จัดอบรมเรื่องของเทคนิคการพูดคุยโน้มน้าวให้กับคนในชุมชน ทำสื่อ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษา อสม. คัดกรองโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลมีช่องทางลับสำหรับอสม. ในการพาผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเข้ารับการรักษา กิจกรรมรณรงค์หรือการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูด

"กลุ่มที่ 3 ผู้ที่เคยทำร้ายตัวเอง ก็จะเข้ารหัสประจำโรงพยาบาล หมอจะ diag เป็นรหัส X และมีเลข และเค้าก็จะแจ้งมาที่หน่วยงานจิตเวชเพื่อเข้าระบบการรักษาทุกคน ถ้ารอ22.57จากการแจ้งจากแพทย์เราจะดึงข้อมูลสิ้นเดือน เป็นรหัส X ทั้งหมด คนไข้ที่เคยผ่านทำร้ายตัวเอง เราก็จะตามเพื่อเข้าระบบการรักษาทุกคนเลยค่ะ อันนี้วิเศษชัยชาญทำได้ 100% เพราะรหัส X เข้ามา หมอ diag โรคแน่นเลยค่ะ ก็จะดึงได้ง่าย ติดตามได้ง่าย จะเข้าระบบการรักษา 100% ถ้ามี diag การฆ่าตัวตายหรือผ่านการทำร้ายตัวเอง ก็จะเข้าโปรแกรมตามระบบ HOSxP" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“เราได้ทำย้อนหลังไป 8 ปีนะคะ ในการเก็บข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จค่ะ และส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่ม 50-59 ปีนะคะ เป็นผู้ชาย เกือบทั้งหมดผูกคอ แต่ที่เราค้นพบ ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป เช่น DM Hypertension Stroke จิตเภท แล้วเราก็มาวางแผนลงไปประเมินคลินิกอายุรกรรม คลินิกโรคทั้งหมด DM HT โดยจิตเวชลงไปดู ลงไปประเมินเรื่องของซึมเศร้า เรื่องของความเสี่ยงฆ่าตัวตาย แล้วก็ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เราประเมินสมองเสื่อมให้ด้วย ตอนนี้ก็ประมาณ 300 คนแล้วค่ะ ก็จะไปทุกวันที่มีคลินิก ก็ออกอาทิตย์ละ 2 วันค่ะ จันทร์กับศุกร์ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2.4 งบประมาณ

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีแหล่งทุนจากศูนย์สุขภาพจิต กองทุนหมู่บ้าน และ สพจ.พะเยา ในการดำเนินกิจกรรมป่องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ไม่มีงบประมาณเฉพาะในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่มีการใช้งบประมาณของโรงเรียน ในการอบรมความรู้สักเรียนและเครือข่ายใช้งบประมาณท้องถิ่น ในการดูแลชุมชน และงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สนับสนุนโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการ “วันกรู” ดังตัวอย่างคำพูด

“ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ใจนะคะ ในปี 64 นะคะ เราเป็นพื้นที่นำร่องในการทำกิจกรรมของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 ของเราได้งบประมาณในการมาทำวิจัยนะคะเรื่องของของที่ศูนย์สุขภาพจิตเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย แล้วก็งบอีกส่วนหนึ่งมาจาก สพจ. พะเยา ค่ะในการที่มาช่วยในการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แล้วก็ในพื้นที่ของอำเภอแม่ใจของกองทุนหมู่บ้านนะคะ ในส่วนของ รพสต. ค่ะ และก็มีการขอทุนของกองทุนหมู่บ้านฯ ในการทำกิจกรรมเป็นบางตำบลนะคะ ที่สามารถขอทุนของกองทุนหมู่บ้านค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ในงบของแผนงานโครงการทั้งหมดในปี 65 เราจะอยู่ที่วงเงินหนึ่งล้านบาทครับ ก็แบ่งเป็นงบสนับสนุนที่ได้จากของสุขภาพจิตมาอยู่ที่25%นะครับ ก็ตรงสัดส่วนตรงนี้ก็เป็นการใช้งบประมาณตามวัตถุประสงค์นะครับ ก็ตามแหล่งที่มาเพราะฉะนั้นเนี่ยเราก็ใช้ในการทำเรื่องของโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 36,000บาท แล้วก็อีกเรื่องหนึ่งที่เป็นเรื่องของสุขภาพจิตก็คือโครงการ OSCC นะครับ ซึ่งขับเคลื่อนในภาคเครือข่ายอยู่ที่5,000 บาทนะครับ เพราะฉะนั้นในส่วนของกิจกรรมของสุขภาพจิตเนี่ยเรา coverless ในส่วนของงบประมาณสนับสนุนอยู่ที่ร้อยละ16 นะครับ มันอาจจะดูที่ scale ของการเข้าไปทำงานนะครับ ถ้า scale ขนาดนี้เรามีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน บางครั้งเนี่ยมันไม่ได้นับกันที่ตัวเงินแล้วก็คงนับกันที่เรื่องของการทำกิจกรรมมากกว่านะครับ ก็ถือว่าให้การสนับสนุนตรงนี้เต็มที่” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

“ก็ทั้งงบประมาณของระบบดูแลครับ เราจะมีงบประมาณสำหรับการอบรมให้ความรู้นักเรียน ไม่ว่าจะเป็นคุณแม่วัยใส อ่าเรื่องของจิตอาสา เรื่องอะไรพวกเนี่ยที่เกี่ยวกับการป้องปรามทั้งในส่วนของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ดีด้วย กลุ่มที่ยังไม่เป็นปัญหาด้วยอย่างเงี้ย ก็จะเป็นเครือข่ายให้กับเรานะครับ ตรงนี้ก็มี เราตั้งงบประมาณไว้ด้วยครับ เป็นงบของที่เราได้รับจัดสรรมาจากทางภาครัฐอยู่แล้วครับ ซึ่งเขาก็โอเพ่นให้เรา ว่าเราจะจัดกิจกรรมอะไร ซึ่งเราอ่ะ มันมีเกม มีอะไรหลากหลาย เช่น ค่ายวิชาการเขาก็จัดของเขาไป จัดค่ายวิทย์ จัดค่ายนี้ ค่ายอะไร แต่เป็นของฝ่ายของผมรับผิดชอบก็จะเป็นค่ายระเบียบ วินัย ค่ายคุณธรรม จริยธรรม ค่ายในเรื่องของคุณหญิงแม่หยุดปัญหาการท้องในวัยเรียนอย่างเงี้ย เขาก็จะมีพี่ๆที่เค้าทำรุ่นต่อรุ่น รุ่นต่อรุ่นมาแล้วก็คุณครูคอยเป็นพี่เลี้ยงเนี่ย เค้าจะทำกันตลอดครับตลอดเลย” (ผู้บริหารส่วนสถานศึกษา ประจำจังหวัด)

“งบประมาณจาก สสจ ค่ะ โดยปีนี้ของเราแบบมีโครงการ “วันกรู” ซึ่งจริง ๆ แล้ว “วันกรู” ไม่ใช่มีแค่ด้านสุขภาพจิตอย่างเดียว มันเป็นการบูรณาการงานทุกกลุ่มวัยใน สสจ. ที่จะเอาลงไปทำร่วมกัน ส่วนสุขภาพจิต ก็จะเป็นหนึ่งงานในกลุ่มงานค่ะ” (นักวิชาการสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ไม่มีงบประมาณด้านการป้องกันฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ ได้เพิ่มหัวข้อการฆ่าตัวตายในโครงการอื่น ๆ มีโครงการเสนองบประมาณ สปสช. และกรมสุขภาพจิต งบประมาณ สสจ. งบ สปสช. ของ pp area based และเงินบำรุงของโรงพยาบาลเอง และยังมีผู้ให้ข้อมูลว่า ยังไม่มีค่าตอบแทน อสม. สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ได้รับงบประมาณจาก กองสวัสดิการของเทศบาล กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และเงินบำรุงโรงพยาบาล โดยมีค่าตอบแทน อสม. ในการเข้าร่วมอบรม ดังตัวอย่างคำพูด

“บริหารเนี่ยต้องให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพจิต ให้มากขึ้น กว่านี้ เพราะเนื่องจากว่าสุขภาพจิตก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะสุขภาพจิตถ้ามันไม่เข้มแข็งไม่สมบูรณ์สุขภาพกายมันก็ไปนะ แต่คนที่ทำงานในเรื่องของสุขภาพจิตเนี่ย ในการทำงานก็จะมีเงินลงมา แต่ด้านการพัฒนาศักยภาพทีมแทบจะไม่มี เงินลงมาให้เห็นเลย หรือการสร้างภาพจำในชุมชนเพื่อจะเป็นการบูรณาการ ก็อยากฝาก ในส่วนของอาจารย์ด้วยว่าประเด็นเหล่านี้ ที่อยากจะให้งานของสุขภาพจิตหรือนโยบาย สภาพจิตให้มีการพัฒนา ว่าให้เป็นงานแบบ Highlight ที่เราต้อง ดูแล สุขภาพจิตกันจริง ๆ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“งบจริง ๆ มีจากหลายแหล่ง ทั้งสปสช.เป็นโครงการ หรือกรมสุขภาพจิตมา แต่เอาเข้าจริง ๆ อันนี้เป็นข้อจำกัดสำคัญของที่นี่ เวลาทำโครงการใช้งบประมาณเนี่ยเป็นเรื่องยุ่งยากมาก มีข้อจำกัดเยอะอย่างมาก เลยทำให้เราไม่สามารถทำโครงการที่ต้องใช้งบพวกนี้ได้มากนัก ที่เราทำได้ก็คือแค่ประชุม อบรม ซึ่งผมก็มองว่าไม่ค่อยมีประโยชน์เท่าไหร่ในยุคนี้ แต่โครงการอย่างที่ผ่านมาเช่น เราจะทำ map แผนที่คนไข้เนี่ย ที่เราต้องการคือคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ในการจัดการพวกนี้ แต่เราพบว่ามันไม่สามารถจัดซื้อพวกนี้ได้เลย จะติดอะไรเยอะมาก สารพัด มันจะมาเป็นงบอบรม พวกซื้อวัสดุสำนักงานพวกนี้ ซึ่งมันทำให้เราไม่สามารถทำอะไรที่เป็น project ใหม่ ๆ ได้เลย จะซื้ออุปกรณ์อะไรแปลก ๆ ขึ้นมาก็ซื้อไม่ได้” (ผู้บริหารส่วนสาธารณาสุข จ.นนทบุรี) “ของเราเองเราก็มีกองสวัสดิการ คือเทศบาลจะมีกองสวัสดิการดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตอยู่แล้ว ดูแลตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงเนี่ยมีปัญหาอย่างนี้เราก็มี เรามีคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนของเทศบาล แล้วก็มีหน่วยงานข้างนอกก็คือพมจ.เขามีงบประมาณตรงนี้ของเขาอยู่แล้วครับ” (เจ้าหน้าที่เทศบาล ประจำจังหวัด)

“ถ้าทำโครงการจะมีงบของรพ.ส่วนหนึ่ง ของเทศบาลที่จะสนับสนุนด้วยก็จะมีงบช่วยเรื่องของโครงการ ส่วนใหญ่ที่เราทำโครงการแล้วก็ใช้งบก็ของรพ.” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

2.5 ความพร้อมด้านสถานที่

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 6 มีการจัดบริการแบบ one stop service แยกสถานที่เป็นสัดส่วน มีห้องให้คำปรึกษา ดังตัวอย่างคำพูด

"ในส่วนของสุขภาพจิตของเรา จะแยกออกจากโซน OPD ตรวจโรคทั่วไปนะคะ เป็นสัดส่วนแล้ว ก็เอาคนไข้ที่ walk in เข้ามาสามารถเดินเข้ามาหาเราที่คลินิกได้โดยตรง โดยที่ไม่ต้องไปทำบัตร ตรงจุด OPD ข้างหน้ารวมกับผู้ป่วยอื่นคือเราสามารถ registerหรือว่าทำแบบ one stop service ในตรงนั้นได้เลยค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ก็เอ่อในเรื่องของกระบวนการทำงานในโรงพยาบาลนะคะตรงนี้มีอยู่แล้วเนาะ ว่ามีเจ้าหน้าที่ก็คือ พยาบาลนะคะ ก็จะมีพยาบาล มีนักจิตนะคะที่คอยดูแลในเรื่องของสุขภาพจิตและยาเสพติดนะคะ ก็ส่วนห้องเนี้ยคือเราจะมีห้องแยกของเราเลย เป็นงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอ่ะค่ะ ก็จะมีห้องแยกย่อยเฉพาะส่วน ward คือถ้าห้องมันชนกันนะคะสั่งบอกเขาก็จะมีแบบเป็นห้องพิเศษอ่ะค่ะที่เราสามารถเข้าไปใช้คุยกับคนไข้ได้ OPD ก็จะมีห้องเป็นห้อง counseling สำหรับเราเดินไปให้คำปรึกษาให้ได้ค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 รพช.บางแห่ง ยังไม่สามารถแยกห้องให้คำปรึกษาสุขภาพจิตโดยเฉพาะ และ รพช.บางแห่ง ยังไม่มีห้องแยกให้คำปรึกษาบน Ward สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 มี OPD แผนกจิตเวช และมีห้องเป็นสัดส่วน มีห้องแยก IPD สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรง ดังตัวอย่างคำพูด

"สถานที่มีความสำคัญแต่รพ.เอง อย่างรพ.ชุมชนนะ ในเรื่องสถานที่มันอาจจะยังไม่ชัดเจน ไปรวมกับสุขภาพจิตยาเสพติดอย่างนี้ โอเคมันไปด้วยกันได้ แต่ว่าอาจจะไม่ชัดเจนเรื่องห้อง ฝ่าย มันยังไปคาบเกี่ยวกันอยู่ อาจจะมีสัก 50% ในนนทบุรีเนี่ย ที่บริหารจัดการได้ว่าอันนี้เป็นห้องให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเนอะ ทุกรพ.อาจจะยังจัดพื้นที่ได้ไม่ชัดเจนนัก" (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

"ของเราจะมีการจัดพื้นที่ privacy ส่วนหนึ่งละทั้งที่ OPD แล้วก็ด่านหน้าอย่าง ER ก็จะมีห้องให้คำปรึกษาแยกออกมา ส่วนใน ward จะยังไม่มีแต่เราก็พยายามที่จะ keep privacy ให้มีพื้นที่ให้คนไข้พูดคุยได้มากที่สุด มีกรณีบางส่วนที่เรามองว่าไม่เหมาะจะพูดคุยใน setting ตรงนั้น เราก็จะนัดเขาเข้ามาเพื่อทำ intervention กันในพื้นที่ของเราอีกทีหนึ่ง" (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

"ก็ให้ห้องเรามาห้องหนึ่ง เนื่องจากว่าเราได้ตั้งกลุ่มงานขึ้นมาเนอะ เป็นกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ก็ถือว่าเป็นห้องโอเคค่ะ เขายกให้เป็นห้องตรวจห้องหนึ่ง แล้วก็พอดีทำงานยาเสพติดก็มีห้องข้าง ๆ ให้อีกห้องหนึ่งเป็นห้องทางกลุ่ม ส่วนห้องทำงานเราก็จะทำเป็นห้อง individual counselling ได้ ให้แพทย์ไว้ตรวจได้ ถ้าตามสภาพรพ.เราก็ถือว่าเขาให้สถานที่เราโอเคนะ" (พยาบาลวิชาชีพ จ.นนทบุรี) "ที่ OPD มีแผนกจิตเวชเลยค่ะ ก็จะตรวจเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชตรงบริเวณนี้ แต่ถ้าเป็น IPD สำหรับคนที่มีอาการรุนแรงเราก็จะมีห้องแยก เดิมเคยเป็นห้องพิเศษมาก่อนก็จะกันไว้ให้ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรง ก้าวร้าวค่ะ" (ผู้บริหารส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

3. ด้านกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการส่งเสริมป้องกัน

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการสร้างความตระหนักรู้ทั้งตำบล ประชาสัมพันธ์ชี้ช่องทางให้สำหรับผู้ป่วย ที่เขามีความพยายามฆ่าตัวตาย มีการประเมินซึมเศร้าในกลุ่มต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดสุรา NCDs กลุ่มผู้รับยาต้านไวรัส HIV และคลินิกไตเทียม มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลให้ชุมชน การสร้าง “ชุมชนวัคซีนใจ” โครงการอบรม Care giver สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีการวิเคราะห์ จำแนกสาเหตุการฆ่าตัวตาย และจัดกิจกรรมเน้นตามสาเหตุของแต่ละพื้นที่ ให้ข้อมูลเรื่อง Mental health literacy คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงคือประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด ผู้ที่ถูกกักตัว และญาติหรือครอบครัว ระวังภาวะเสี่ยงในเรื่องของกระบวนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และอสม. คัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้ที่ไปสัมผัสเชื้อสูง ป้องกันดูแลช่วยเหลือ และคัดกรองเชิงรุก โดยใช้ mental health check in วางระบบร่วมกับ รพสต. และ อสม. ในการเฝ้าระวังการแสดงสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์ โครงการ “วันกรู” เน้นลงชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทุกกลุ่มวัย คือ ปฐมวัย สร้างความเข้าใจให้กับวัยเรียน วัยรุ่น เสริมสร้างพลังใจพลังบวก ในวัยทำงาน และสร้างสุข 5 มิติ ในวัยสูงอายุ ดังตัวอย่างคำพูด

“อบต เราสามารถ Support ได้ในเรื่องของการจัดอบรมให้ความรู้การป้องกันนะครับ เราอบรมให้ความรู้การป้องกันไปประมาณ 4 ชุดนะครับ จะเป็นชุด อสม ชุดจิตอาสา ชุดสภาเด็กและเยาวชนนะครับ แล้วก็ชุดของกลุ่ม NGO ในพื้นที่นะครับ เพื่อให้ตระหนักรู้ในเรื่องของปัญหาการฆ่าตัวตายนะครับ” (เจ้าหน้าที่งานพัฒนาชุมชน อบต.)

“...คลินิก NCD นะครับ กลุ่มนี้จะต้อง link เข้ามาประเมิน 2Q นะครับ ซึ่งหน้างานตอนนี้เราวางให้หน้างานประเมินตนเอง แล้วก็ส่ง Case ที่มีปัญหาขึ้นมาประเมินละเอียดซ้ำนะครับ อีกอันหนึ่งก็คือคลินิกผู้สูงอายุนะครับ อันนี้ก็จะเป็นอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งก็จะเป็นกลุ่มประชากรซึ่ง ต้องเข้าไปประเมินเพราะงั้นเราก็จะวาง channel ของการที่จะประเมิน 2Q ในกลุ่มนี้น่ะครับ ส่วนอื่น ๆ นี้ก็จะเป็นในกลุ่มซึ่งเราก็เพิ่มนะครับก็คือกลุ่มติดสุรานะครับ ซึ่งกลุ่มนี้ก็จะเจออยู่ได้บ้าง ว่าจะมีปัญหาเรื่องของซึมเศร้าหรือว่าเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตาย แล้วก็คลินิกเลิกสุรา เราก็พยายามเข้าไปให้ถึงนะครับ อีกอันหนึ่งที่เรามองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ก็คือแต่จริง ๆ นัยยะของปัญหายังไม่มากนะครับคลินิกโรคเอดส์นะครับ คลินิกยาต้านไวรัส ซึ่งตรงนี้เราจะเชื่อมเข้าไปนะครับ ใน HOSxP เอง จะมีช่องในการเข้าไปติ๊กในส่วนของ 2Q ทุกรายอยู่ละ สุดท้ายก็คือกลุ่มของคลินิกไตเทียมนะครับ คือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในอาการเข้ามาฟอกไตทั้งทางหน้าท้องและทางฟอกเลือดนะครับ กลุ่มนี้ก็เป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งนะครับ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

“โดยในชุมชนเป้าหมายอย่างแม่จันก็คือตำบลแม่ไร่นะครับ ก็เข้าไปเป็นตำบลนำร่องนะครับ โดยที่เราเข้าไปคืนข้อมูลให้กับชุมชนนะครับ โดยทางปกครองก็เข้ามามีส่วนร่วมและก็ในส่วนของกำนันผู้ใหญ่บ้านนะครับก็เข้ามารับทราบปัญหาในพื้นที่นะครับ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

“ปี 64-65 ก็จะเรื่องของการให้ความรู้กับอสมในเรื่องของการประเมิน 2Q, 8Q, 9Q เรื่องของการประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วก็สัญญาณเตือนในการที่จะทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายในการช่วยเหลือโดยใช้สื่อของ องค์ความรู้ของกรมสุขภาพจิตที่ใช้ 3ส ค่ะ สอดส่อง ใส่ใจ และส่งต่อค่ะ ก็จะเน้น อสม. ในเรื่องของ 3ส นี้ แล้วก็ รพสต. เราก็จะมีแผนที่จะพัฒนาศักยภาพของ อสม อีกหมู่บ้านละ 15 คนนะคะ แล้วก็จะเป็นเรื่องของ ตามหมอค่ะ อสม. แล้วก็ รพสต. เราก็จะพัฒนาศักยภาพในเรื่องของสอดส่องในเรื่องของคนไข้ที่จะมีสัญญาณเตือน แล้วคนไข้ที่จะเสี่ยงทำร้ายตัวเองซ้ำค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“เราก็มีการดำเนินตามนโยบายในเรื่องของการคัดกรองนะคะของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเนี่ยนะคะ เราจะเข้าไปคัดกรอง โดย ณ ตรงนี้เนี่ยมันก็ร่วมด้วยในสถานการณ์โควิดนะคะให้กลุ่มเป้าหมาย ณ ตรงนี้เนี่ยก็จะมีกลุ่มเป้าหมายในส่วนของกลุ่มเสี่ยงนะคะ ก็จะเป็นในส่วนของประชาชนทั่วไปนะคะ กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด ผู้ที่ถูกกักตัวนะคะ หรือแม้กระทั่งญาติหรือครอบครัวนะคะ ซึ่งเขาก็จะมีในเรื่องของความรู้สึกที่กระทบนะคะตรงนี้นะคะ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์นะคะ ตรงนี้ที่เป็นโอกาสที่อาจจะมีภาวะเสี่ยงในเรื่องของกระบวนการทำงานนะคะ แล้วก็กลุ่ม อสม ซึ่งจะเป็นแขนขาของทางเจ้าหน้าที่ของเรานะคะ กลุ่มผู้ที่ตกงานนะคะแล้วก็มีความเสี่ยงนะคะ ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ นะคะหรือกลุ่มผู้ที่ไปสัมผัสเชื้อสูงตรงนี้นะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ระบบของการจัดส่งนวัตกรรมที่ทำอยู่เนี่ยก็คือ group line call ตรงนี้นะคะ บางทีเนี่ย ไม่สามารถจะพูดออกมาได้แต่ให้ส่งเป็นวีดีโอมา เราก็จะสามารถรู้เลยนะคะว่า ใบหน้า สีหน้า ท่าทาง ของคนที่ อสม. ใช่ไหมไป เค้าเป็นยังไง มีความเชื่อมั่นตรงนี้มั้ย จะทำยังไงอย่างนี้นะคะ ส่งมาเลย ส่งมาแล้วจะได้สังเกตตรงนี้นะคะ อีกจุดนึงก็คือ คุณหมอจิตแพทย์ของเราเนี่ยเวร 24 ชั่วโมงในเรื่องของการ consultant ตรงนี้นะคะ เรามีระบบของการที่จะดูแล Case ตรงนี้ คุณหมอจะเข้าไปตอบคำถามหรือว่าในเรื่องของตัวยานะคะตรงนี้ในการจัดบริการตรงนี้แบบ real time ให้นะคะ ตรงนี้จะเป็นจุดจุดหนึ่งนะคะ ที่จะมองถึง telemedicine ด้วย” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ปี65 ... เราจะมีเกี่ยวกับโครงการ “วันกรู” เราจะใช้คำว่า “วันกรู” ค่ะ ซึ่งเราจะเป็นการไป เน้นลงชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ แล้วก็อารมณ์ในทุกกลุ่มวัยค่ะ ซึ่งของเราจะทำทุกกลุ่มวัย ก็คือ ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุค่ะ” (นักวิชาการสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 คัดเลือกชุมชนนำร่อง เป็นต้นแบบเรื่องวัคซีนใจ เพื่อพัฒนาเจ้าหน้าที่ แต่ละอำเภอ ในการเชื่อมต่อกับชุมชน ประกวด อสม.ทางด้านสุขภาพจิต การคัดกรอง 2Q โดย อสม. และจัดโปสเตอร์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพจิต สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำแผนคัดกรองคนไข้ ดังคำกล่าว

“จะมีการประชุมเรื่อง service plan ตรงนี้เราก็จะมีการ add ตรงนี้เข้าไปเหมือนเป็นการฟื้นฟูด้านวิชาการ อันนี้ปีละ 1-2 ครั้ง ที่ผ่านมาก็เป็นปีละครั้ง อันที่สองก็คือ เรามี on the job training เวลาที่เราเจอ Case พวกนี้จะมี mini conference คุยกันระหว่างจิตแพทย์ พยาบาล แล้วก็นักจิตวิทยา บางทีก็มีนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้เป็นการฟื้นฟูวิชาการ มุมมองตรงนี้เป็นอย่างไร ควรทำอะไรกันต่อ จะทำอยู่เรื่อย ๆ เวลามี Case” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“ส่วนเจ้าหน้าที่เอง ที่อยู่พื้นที่ตามรพ.สต.หรืออำเภอนั้น ๆ เนอะ เพราะว่าที่อบรม 40 คนแต่ละรุ่นเนี่ยก็จะเป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอแต่ละรพ.สต.มา แล้วก็ไปคัดเลือกชุมชนนำร่องค่ะ เพื่อขยายพื้นที่จากของเดิมเราทำอยู่แล้ววัคซีนใจเนี่ย ทำกับอสม. มันก็จะมีชุมชนต้นแบบอยู่แล้วที่มีการปรระกวดอสม.ทางด้านสุขภาพจิต เราจะเห็นได้ชัดว่าชุมชนไหนมีความเข้มแข็ง ปีนี้โครงขยายเป้าหมายจากพื้นที่เดิมให้มีความเข้มแข็งในส่วนของชุมชนมากขึ้นค่ะ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“มีการมาประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่าง ๆ เค้าบอกว่าถ้ามีปัญหาอะไร ให้มาสอบถามเค้าได้เลย เกี่ยวกับสุขภาพจิต ให้เข้าไปติดต่อที่สุขภาพจิตได้เลย” (ผู้รับบริการ)

“มีคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำแบบประเมิน เอาไปให้เขาเขียนมา แล้วก็มาประเมินให้เขา ... เขาก็จะมีลงไปครั้งหนึ่ง มีจัดโปสเตอร์แล้วก็จำไม่ได้เดือนพ.ย.หรือเดือนอะไร” (อสม.)

“ทางอสม.ก็เป็นคนที่คัดกรองตั้งแต่สุขภาพ 7 โรคเรื้อรัง ในส่วนนี้เราก็คัดกรองตั้งแต่เบาหวาน ความดัน 3 เดือน 2 เดือน ตรวจ 1 ครั้ง ในส่วนการดูแลสุขภาพจิตของชาวบ้านนั้นเราก็ดูแลผู้ป่วย กลุ่มพิการ และป่วยติดเตียง ตรงนั้นเป็นกรณีพิเศษ” (อสม.)

3.2 กลุ่มเป้าหมาย / work analysis /data system

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ ในเขตสุขภาพที่ 1 ใช้ฐานข้อมูล รง506s ดังตัวอย่างคำพูด

“ที่ใช้อยู่ก็จะมี รง506s แล้วก็ในส่วนของ ER ก็จะมีรายงานของนิติเวชที่ออกชันสูตรนะคะ แล้วก็ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิตจากทะเบียนราษฎร์ของอำเภอค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

3.3 วิธีการพัฒนาบุคลากร

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 6 มีการเสริมความรู้บุคลากร โดยการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการ Refresh เรื่องสุขภาพจิต ในพื้นที่ มีการส่งเสริมให้แพทย์และพยาบาลที่มาใหม่ ให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมากขึ้น มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ. ในเรื่อง การดูแลคนไข้จิตเวชดังตัวอย่างคำพูด

“ณ ตอนนี้ก็คือมี 2 อำเภอนะคะที่เราเองอาจจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพเต็มที่ของเราเนี่ยนะคะ ในเรื่องของการอบรมนะคะสี่เดือนนะคะตรงนี้ ในเรื่องของการดูแลสุขภาพจิต จิตเวชในพื้นที่นะคะตรงนี้ แล้วก็เรื่องของเป็นการ refresh ในพื้นที่ขึ้นมานะคะ ในเรื่องของการที่จะเพิ่มเติมบุคลากรในเรื่องของนักจิตวิทยานะคะ เพื่อที่จะช่วยนะคะ ในการให้คำปรึกษานะคะ ในแต่ละ รพช ในพื้นที่เพื่อเพิ่มการดูแลอย่างครอบคลุมนะคะตอนนี้เรามีทั้ง แพทย์นะคะพยาบาลจิตเวช ผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางมา แต่ที่มีการเสริมก็คืออยากจะมีนักจิตประจำ รพช ค่ะ ขอนำเรียนเพียงเท่านี้ก่อนนะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ก็พอดีปีนี้ทางโรงพยาบาลวัฒนาได้บุคลากรมาเพิ่มในเรื่องของสุขภาพจิตคนนึงค่ะ ก็จะมีแพลนเพราะว่าเริ่มเปิดในเรื่องของยาใจคลินิกนะคะ ก็อนาคตเนี่ยก็คือแพลนว่าจะมีจิตแพทย์เข้ามาร่วมตรวจอาจจะเดือนละครั้ง แพทย์จะต้องผ่านการอบรมในเรื่องของยาจิตเวชค่ะ ในเรื่องของการดูแลคนไข้จิตเวชค่ะ แล้วก็ของพยาบาลที่มาใหม่เนี่ยค่ะ ก็ต้องอบรม PC ค่ะ แล้วก็ในเรื่องของยาอะไรประมาณนี้นะคะ ที่แพลนไว้นะคะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ครับผม อยากได้ทีมงานที่มีความรู้เฉพาะทาง เช่น ที่เราเอามาอบรมให้คุณครูเนี่ย ดีมากเลยครับ เพราะท่านถ่ายทอดจากประสบการณ์จริง แล้วเป็นอะไรที่เห็นภาพที่เห็นชัดเจนมาก แล้วก็อย่างที่ผมบอกอะครับ ถ้าเด็กได้รับทราบด้วยนะครับ เช่นบางเรื่องเนี่ย อย่าง วินัยจราจรการลดอุบัติเหตุ คุณครูพูดเด็กก็จะเชื่อ แต่เด็กก็จะไม่อิน เชื่อแค่ส่วนหนึ่ง แต่ถ้าผมเชิญพี่ตำรวจมาพูด เช่น กู้ภัยมาสาธิต เขาก็จะตระหนักเยอะขึ้นอย่างเงี้ย ผมก็อยากได้ภาพบรรยากาศที่เป็นของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเฉพาะทางมาเลยครับ โดยส่วนใหญ่แล้วก็จะทำหนังสือโดยขอความร่วมมือ แต่ว่า คือเราก็เกรงใจเพราะว่าด้วยภารกิจของบุคลากรทางการแพทย์เขาหน้าที่ ภาระงานเขาเยอะ แบบนี้ครับ” (ผู้บริหารส่วนสถานศึกษา ประจำจังหวัด)

“เอ่อในแพลน ในแผนนะคะมีค่ะอาจารย์ ก็คือ จะมีในเรื่องของการดูแลคนไข้สุราด้วยเนาะ เพราะว่าเราเคยเจอเคสที่แบบสุราแล้วแบบมีทะเลาะปัญหาครอบครัวอะไรเงี้ย เราก็เลย แล้วก็เคสที่มาแอดมิทที่เรา เรื่องคือดื่มสุราเยอะเชิญอาจารย์จากสถาบันสัญลักษณ์มาแล้วด้วย แต่พอถึงเวลาก็คือเรื่อง

โควิดนะคะก็เลยยกเลิกไปของปี 64 เอ่อ แล้วก็พัวพันมาถึงปี65 ก็เลยยังระงับไว้อยู่อ่ะค่ะเรื่องนี้ แต่ว่าก็จะมีของแม่ข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วค่ะ เขากำลังจะจัดเรื่องสุราเดือนเมี่ยแหล่ะค่ะวันที่ 21 ก็คือจะเชิญเจ้าหน้าที่ ward เนาะที่ดูแลคนไข้สุราค่ะ แล้วก็เจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตอ่ะคะไปประชุมอบรม" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 อบรมในการประเมิน 2Q ของทุกแผนกใน รพ. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมความรู้เฉพาะทางจิตเวช การให้คำปรึกษา สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในการดูแลตัวเอง ดังคำกล่าว

"ก็มีการจัดอบรม train กันเองเรื่องดูแลคนไข้ ลงรายงานข้อมูล และสสจ.ที่จัดอบรมให้เราเราก็ส่งน้องไปอบรม เพราะเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ถ้าในเรื่องพัฒนาบุคลากรก็จะให้น้องเขาฟังอบรมค่ะ ทางรพ.มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร... เราจะทำ training meet นะ ทำทุกปี" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

3.4 เครือข่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ อปท. พชอ. แกนนำพระสงฆ์ โรงเรียน สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง พม. และตำรวจ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ คปสอ. รพสต. และ อสม. อบท. เช่น นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการ พชอ.และ โรงเรียน และครูที่ปรึกษานักเรียน ดังตัวอย่างคำพูด

"โดยในชุมชนเป้าหมายอย่างแม่จันก็คือตำบลแม่ไร่นะครับ ก็เข้าไปเป็นตำบลนำร่องนะครับ โดยที่เราเข้าไปคืนข้อมูลให้กับชุมชนนะครับ โดยทางปกครองก็เข้ามามีส่วนร่วมและก็ในส่วนของกำนันผู้ใหญ่บ้านนะครับก็เข้ามารับทราบปัญหาในพื้นที่นะครับ" (ผู้บริหาร จ.เชียงราย)

"เครือข่ายในพื้นที่และ รพสต. ทุกแห่งนะคะ อปท. ทุกแห่ง แล้วก็ในส่วนของโรงเรียน โรงเรียนเมี่ยเราเลือกในส่วนของโรงเรียนมัธยมในพื้นที่ค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ก็มีเครือข่ายทั้งสถานศึกษานะคะ ตอนนี้เราก็พยายามเค้าเรียกว่า สถานศึกษาท้องถิ่นนะคะ ผู้นำชุมชนนะคะ เราไม่ใช่แค่ อสม. อย่างเดียว มีทั้งผู้นำชุมชนเลย อยากให้ผู้นำชุมชนเค้าตระหนักแล้วก็เห็นความสำคัญในพื้นที่เขาว่าตอนนี้มันมี คนไหนที่มีความเสี่ยงอะไรบ้างปัญหาสุขภาพจิตต้องทำยังไงบ้างอะไรอย่างเมี่ยค่ะ แม้กระทั้งเรื่องสุราเองที่มันเป็นสาเหตุปัจจัยที่เรามองว่าเป็นปัจจัยนี้ เราก็พยายามขับเคลื่อนเรื่องสุรา เรื่องการลดการดื่ม มีกิจกรรมในเรื่องของการลดการดื่มสุรา หรือมีชุมชนเรื่องปลอดสุราอะไรเงี้ยค่ะที่อำเภอเราก็จะมีขับเคลื่อนเรื่องสุราด้วยนะค่ะ เรื่องการที่จะเขาเรียกว่า ลด ละ เลิกเรื่องสุราค่ะ แล้วก็ส่วนหนึ่งก็มีท้องถิ่น อปท ที่จะคือดึงเค้า ให้เค้าเห็นความสำคัญแล้วก็พยายามที่จะ เค้าเรียกว่าสนับสนุนงบประมาณอะไรแบบนี้ค่ะให้กับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเรื่องของสุขภาพจิต ซึ่งที่ผ่านมาเมี่ยเราพบว่ามันมีท้องถิ่นที่เค้าเห็นความสำคัญแล้วก็เข้าเรียกว่า set โครงการแก้ไขปัญหาในหมู่บ้านเลยนะคะ แล้วก็ให้เราไปเป็นวิทยากรให้อะไรแบบนี้ค่ะ เค้าก็เชิญมาเราจะเปิดกว้าง แล้วจะประชาสัมพันธ์ว่าเราสามารถให้ความรู้ได้อะไรได้" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"ก็ร่วมกับ อปท อบต ในเรื่องของการช่วยเหลือ ด้านปัจจัย 4 หรือว่า ด้านเครื่องอุปโภคบริโภคค่ะที่จะช่วยเหลืองบประมาณตรงนั้น แล้วก็ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพสต. ของสาธารณสุข อสม. นะคะ แล้วก็มีพระสงฆ์ร่วมด้วยค่ะ ก็มีตำรวจร่วมด้วย เพราะว่า ในเรื่องของการดำเนินงานนะคะ มีหมู่บ้านที่แบบว่าชุมชนยั่งยืนก็จะเป็นอยู่ในเขตของโรงพยาบาลเราค่ะ ก็มีเจ้าหน้าที่ตำรวจสอดส่องในเรื่องการใช้ยาเสพติด" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ในเรื่องของการฆ่าตัวตายเนอะก็จะมี ตัวแทนของ สสอ อ่ะค่ะ สสอ เนี่ยก็จะนำเข้าประชุม คปสอ อะค่ะ เค้าก็จะนำเรื่องนี้เข้าด้วยในเรื่องของการฆ่าตัวตาย ที่ยังคงต้องให้ทุกหน่วย เพราะว่าที่ประชุมอำเภอก็จะมีหลายหน่วย ทุกหน่วยงานอะค่ะ เข้าร่วมประชุมด้วย อย่างเช่น คนไข้ที่เรารับการกักตัวโควิดของเมื่อปลายปีที่แล้วค่ะ ก็คือกักตัว แล้วคือคนไข้ที่กักตัวเนี่ยจะผูกคอตาย แต่ว่าก็ช่วยเหลือกันทันแล้วก็เอามาแอดมิดที่โรงบาลอะไรอย่างเงี้ยค่ะก็พูดคุย ก็ทราบว่าคนไข้เนี่ยพิษสุราแล้วพอไปอยู่ตรงนั้น เขาไม่ให้ดื่มสุราออะไรอย่างเงี้ยค่ะก็มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย วันนั้นเรื่องนี้ก็เลยนำเข้าสู่ที่ประชุมของระดับอำเภอค่ะ นายอำเภอ ผู้ใหญ่ปกครอง ผู้ใหญ่กำนันอะไรเงี้ยค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ เครือข่าย รพสต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำชุมชน เครือข่ายมูลนิธิ หรือกู้ภัย เครือข่าย ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือทำร้ายตัวเอง ในโรงเรียน เครือข่ายงานสังคมสงเคราะห์ เชื่อมกับ พม. เครือข่าย ร่วมกับตำรวจ ในการนำส่งคนไข้สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ คปสอ. ม.จุฬา เชียงใหม่ ตำรวจ พม. และวัด ดังคำกล่าว

“ที่ร่วมแน่ ๆ ก็จะเป็นพวกโรงเรียน เพราะตอนหลังเนี่ยเราพบปัญหา suicide ที่อายุน้อยลง มีการ connect กับระบบโรงเรียน ตรงนี้จิตเวชเด็กก็เป็นคนดูอยู่ ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนหรือทำร้ายตัวเอง เราก็จะ connect กับโรงเรียนในการดูแล อันที่สองคืองานสังคมสงเคราะห์ link กับ พม. ในการช่วยเหลือคนไข้ที่มีปัญหาที่อยู่ การเงิน ให้เขากลับมาใช้ชีวิตได้อย่างน้อยช่วงหนึ่ง หรือบางเคสที่มีปัญหาเรื่องความรุนแรงในครอบครัวพวกนี้ หรือมีปัญหาที่อยู่ก็จะมีประสานกับสังคมสงเคราะห์และพม.ในการหาที่อยู่ดูแลช่วงหนึ่ง ตอนหลัง ๆ มีอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ตำรวจ หลัง ๆ ก็มีบทบาทในการนำส่งคนไข้ ตำรวจแล้วก็กู้ภัยพวกนี้บางทีก็มีการคล้าย ๆ กับประสาน ว่าเขาจะมีการ detect ประเมินคนไข้อย่างไรบ้างว่าคนนี้จะมีความเสี่ยงเพราะของนนเนี่ยจะมีกรณีไปโดดสะพานค่อนข้างบ่อย ส่วนใหญ่ตำรวจ กู้ภัยเขาจะไปถึงก่อนก็จะมีการประสานว่ากรณีแบบนี้จะมีการทำอย่างไรบ้าง” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“มีสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทยค่ะ มาสนับสนุน” (อสม. จ.นนทบุรี)

“ก็จะมีตำรวจ เทศบาล อบต. จะประสานกัน เพราะเป็นอำเภอที่ไม่ใหญ่มาก พอมีคนไข้ก็จะประสานมาที่จิตเวช พยาบาลก็จะลงชุมชนไปดูให้ ถ้าเราประสานให้เขานำส่งรพ. อย่างเช่น ส่งศรีธัญญา ทางเทศบาลเขาก็จะประสานส่งให้ ทำงานร่วมกันอยู่แล้วค่ะ มูลนิธิก็มีร่วมด้วยบ้างครั้งค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“... จะเป็นแค่การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างหน่วยงานว่าหน่วยงานตำรวจหรือพม.ก็จะเป็นการประชุมร่วมกันทำความเข้าใจว่าเวลามีเคสกระบวนการในการดำเนินการของเราจะเป็นอย่างไร เพราะว่าตำรวจบางทีก็เป็นคนจับกุมมา เลยต้องมีการประชุมกันก่อนเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ถ้าเขาเป็นศาสนาพุทธก็มีพาไปวัด ไปทำบุญใส่บาตร ให้ญาติพี่น้องเขาพาไป แต่ถ้ามุสลิมก็ให้เขาไปละมาด” (อสม.)

“ที่นี่ก็มีนะ เหมือนศาสนาอิสลามเขาก็จะละหมาดขอพรกับพระเจ้าก็อ่านคัมภีร์อะไร แต่ไทยพุทธเขาก็จะไปสวดมนต์ ก็มีนะคะ เขาอาจจะปลงได้ ทำใจได้ อะไร ๆ ก็ดีขึ้น ก็พยายามจะบอกเขาว่าเราต้องมองคนที่เขาแย่กว่าเรา ไม่ใช่เราจะมองแย่แล้วขนาดนี้ จะมองคนที่สบายกว่าเรามันเป็นไปไม่ได้ เราต้องมองคนที่เขาแย่กว่าเราเขายังอยู่ได้ ทำไมเราจะอยู่ไม่ได้ ปัญหาทุกอย่างมันมีทางแก้ อยู่ที่เราจะแก้ช้าหรือเร็ว ถ้าแค่เราตัดสินใจอะไรแบบสั้น ๆ ไม่ได้ ต้องเดินต่อไป ต้องพยายามผ่านมันให้ได้” (อสม.)

“ตอนนี้ผมมีโครงการ เป็นโครงการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุนะครับ ตอนนี้เราได้งบประมาณจาก ม.จุฬา เชียงใหม่ พึ่งได้มาสด ๆ ร้อน ๆ แล้วตอนนี้ซ่อมแซมไปหมดแล้ว ในเขตเทศบาลนครสงขลา ทั้งหมด 22 หลัง แล้วมันก็เชื่อมโยงกับโรคซึมเศร้าด้วย เพราะในกรณีนั้นเราดูแลตั้งแต่บ้านของผู้สูงอายุนะครับ ที่จะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น และอีกอย่างนึง คนที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง จากคนไม่เคยเดินได้ กลับเดินได้ในตอนนี้ มันก็เป็นแรงจูงใจให้กับชาวบ้านและผู้ป่วยติดเตียงด้วยนะครับ” (อสม.)

“ของสงขลานะคะ เราจะเน้นการสร้างระบบเครือข่าย เริ่มตั้งแต่สสจ. ซึ่งเป็นแม่หลักใหญ่และนอกนั้นก็จะมีส่วนที่เป็นแม่ข่ายกับลูกข่าย แม่ข่ายก็จะเป็นรพท. รพศ. ลูกข่ายก็จะมีเขตรับผิดชอบคือรพช. แม่ข่ายจะต้องสนับสนุนลูกข่ายคือรพช. เพราะรพช.เขาไม่มีจิตแพทย์นะคะ ซึ่งตรงนี้ถ้าเรามีช่องทางหรือมีการ flow ที่ดีในการสนับสนุนในลูกข่าย รพช. มีช่องทางในการส่งต่อหรือ consult ผ่าน telemedicine นะคะ ก็จะทำให้พื้นที่ในชุมชน อำเภอเล็ก ๆ ต่าง ๆ มีที่พึ่งและมีแนวทางการรักษาป้องกันการฆ่าตัวตายค่ะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ตอนนี้คือที่บูม ๆ ก็จะเป็นวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นเนี่ยเราจะเข้าถึงอาจจะให้ความรู้ทางโรงเรียน โรงเรียนมหาลัย การศึกษานอกระบบ อะไรอย่างนี้ค่ะ จะเข้าไปให้ความรู้ตรงนั้นให้เขาได้มีทักษาที่จะสามารถประเมินตัวเองได้ เฝ้าระวังตัวเองได้ แล้วก็เข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่าย แบบว่าไม่แปลก มาโรงพยาบาลไม่แปลก อะไรแบบนี้ค่ะ แล้วก็อีกอย่างคือเรื่องของการให้ความรู้กับครอบครัว คนในครอบครัวของที่เป็นผู้ป่วยค่ะ ทำโครงการให้กับกลุ่มนี้ได้มีความรู้” (นักจิตวิทยา ประจำจังหวัด)

3.5 ระบบการติดตามประเมินผล

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 หลังจาก discharge ที่ติดตามดูโดย รพสต และ อสม ในพื้นที่ มีเครือข่าย ช่วยโทรศัพท์ ติดตามการกินยา การดูแลตนเอง ติดตาม นัดหมายทุกเดือน หรือ 3 เดือนครั้ง ครอบครัวที่ประสบปัญหาเรื่องผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จะประเมินภาวะซึมเศร้า มีการประเมินติดตามเยี่ยม ตลอด ทุก Cases สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ติดตามตัวชี้วัด จากข้อมูล HDC ทำสรุปรายงานทุกเดือน ดังตัวอย่างคำพูด

“ที่เรากำหนดไว้ตรงนี้ก็คือถ้าเป็นโรคของจิตเวช ตอนนี้เราจะเป็นการเข้าไปประเมินในส่วนของทางโทรศัพท์นะครับ เพราะว่าเราติดตามมารับยาอยู่แล้ว แต่ส่วนหนึ่งเป็นการส่งยาไปบ้าน เพราะฉะนั้นการติดตามอาจจะต้องอาศัยเครือข่ายเข้าไป โทรศัพท์ติดตามว่าการกินยา การดูแลตนเอง ถูกต้องเหมาะสมไหม” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ประเมินตัวชี้วัดของกลุ่มงานจิตเวช สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 จะประเมินจากความพึงพอใจต่อการบริการ ความพึงพอใจต่อจ้าหน้าที่ และความพึงพอใจต่อสถานที่

3.6 นวัตกรรมที่สร้างขึ้นป้องกันการฆ่าตัวตายจากสถานการณ์โรคโควิด-19

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ Application “smart อสม.” การประสานกับของพระสงฆ์ แกนนำของอสม. หรือ แกนนำในชุมชนที่ออกร่วมเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ที่มีส่วนกลุ่มเปราะบาง การมอบพระ บูชา เครื่องราง ของขลัง การจำลองสังคมเล็ก ๆ ให้ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ลองควบคุมอารมณ์ ลองปฏิบัติกับคนรอบข้างดู ก่อนออกจากโรงพยาบาล สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มี group line call ที่ อสม. สามารถส่งวีดีโอของผู้ที่สงสัยว่าป่วยในไลน์กลุ่ม และมีจิตแพทย์คอยให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม. รวมถึงการใช้วัคซีนใจลงทุกตำบล ดังตัวอย่างคำพูด

“อ๋อ มีปีนี้ ปี 65 ค่ะ มีการทำประชาคมที่อำเภอนะคะ คือทำทุกตำบล ในอำเภอเขาฉกรรจ์นะคะ ก็คือประชาคมเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันปัญหาการพยายามแล้วก็ฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ประชาคมเนี่ยเราก็จะใส่กระบวนการวัคซีนใจเข้าไปด้วยค่ะ โดยทำทุกตำบลเลย แล้วก็เอาปัญหาแต่ละตำบลนะที่ได้จากกระบวนการอะไรงี้ค่ะ มา discuss กันอย่างเงี้ยค่ะ แล้วก็ไปดูว่าแก้ปัญหาตรงไหนที่เราสามารถทำได้ก่อน ในช่วงวันที่ 29-30-31 เนี่ยค่ะ ก็ถึง innovation สุดท้าย คือแบบการใส่ข้อมูลเข้าไปเหลือเก็บคนในปีหน้าว่าจะลดลงไหม” (ผู้บริหารส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 Mapping พื้นที่ที่เสี่ยงหรือมีการฆ่าตัวตายสูง มี Google form ที่ รพ.สร้างขึ้นในการประเมิน 2Q 9Q ชมรม “เพื่อนรักคลองพระอุดม” ลดความกลัวผู้ป่วยจิตเวช ของประชาชน ทำ CBR รวบรวมข้อมูลทั้งตำบลตั้งเป็น GPS บ้านคนป่วยและแบ่งโซนดูแลกัน ทำ Tiktok พูดถึง 10 สัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 สื่อประชาสัมพันธ์ออกตามเสียงวิทยุหรือแผ่นพับที่สามารถจะประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาล MCATT โทรศัพท์หาคนไข้ที่ติดโควิด Line official ของกลุ่มงานสุขภาตจิต มีรถเคลื่อนที่โมบายเข้าไปให้บริการในชุมชน สร้างเรื่องหนังสั้นสอนใจ เพื่อให้คนในชุมชนดู ดังคำกล่าว

“เมื่อก่อนปี 38-39 ที่มีชมรมเพื่อนรักพระอุดมนี้มาเนี่ย ชาวบ้านเขาก็จะหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชค่ะ แล้วก็ไม่ยุ่ง ถือว่าเป็นคนบ้า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเดินตามข้างถนน พอทางรพ.ศรีธัญญา เขามาจัดอบรมแกนนำสุขภาพจิตของเราตั้งแต่ปี 38 แล้วกจัดตั้งชมรมเพื่อนรักพระอุดมขึ้นมาก็ทำให้เราเป็นที่ยอมรับตอนนี้ก็คือมีผู้ป่วยจิตเวชของเรา 12 ราย สามารถใช้ชีวิตประจำวัน ทำงานตามม.33 ได้แล้วค่ะ ตอนนี้ก็มีทำงานการไฟฟ้า ทำตามรพ.สต. ทำที่วัด ก็มี 3 รายค่ะ ... ก็สามารถเดินสวนกับคนในชุมชนได้โดยที่เขาไม่กลัว ... เราก็จัดทำกันเองโดยชมรมเรา ตั้งกลุ่มไลน์อสม. ชมรมเพื่อนรักคลองพระอุดม ก็จะไปทั้งจังหวัดนนเลยค่ะ ตอนนี้มีผู้ป่วยจิตเวชของนนทบุรีประมาณ 2 พันกว่ารายค่ะ” (อสม.)

“เราจะทำ CBR ค่ะ รวบรวมข้อมูลกันทั้งตำบล มีตั้งเป็น gps ว่าบ้านคนป่วยของเราอยู่ตรงจุดนี้นะ แล้วก็แบ่งโซนดูแลกัน 6 หมู่ เราก็จะมีแกนนำของเราทุกหมู่ ... จะเป็นการค้นหาข้อมูลของคนป่วยทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้า หรือคิดจะฆ่าตัวตาย ก็จะรวบรวมทั้งหมดมาประชุมร่วมกันวางแผน ...หลับตาก็รู้แล้วว่าบ้านนี้เป็นแบบนี้ ๆ นอกจากว่าตอนนี้มีหมู่บ้านจัดสรรเข้ามาเยอะ เมื่อก่อนเราทำงานลำบากพอมีหมู่บ้านจัดสรรเข้ามา แต่ตอนนี้พอโควิดเข้ามาเหมือนบ้านจัดสรรเขาต้องการความช่วยเหลือจากอสม. จากหมอ เขาก็เข้ามาหาเราเอง ตอนนี้ที่พี่ทำกันก็คือตั้งกลุ่ม เมื่อมีคนติดเขาก็จะโทรมาประสานอสม.ว่าหมู่ไหน โทรมาประสานกับหมอที่รพ.สต. แล้วให้เราตั้งกลุ่มไลน์อสม.เลยว่าเป็นโควิดบ้านสมคิดอะไรอย่างนี้” (อสม.)

“อาจจะมีการทำ Tiktok พูดถึง 10 สัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย ในการนำสื่อใหม่ๆมาใน 1 นาที อธิบายให้เค้าเข้าถึงและเข้าใจได้ง่ายๆในแอพ Tiktok ค่ะ ติดตามได้ที่สุขภาพใจอ่างทองได้เลยค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ส่วนในชุมชนในช่วงสถานการณ์โควิดเนี่ยค่ะ เราจะมีการประเมินโดยผ่าน mental health check ด้วยสถานการณ์การระบาดและด้วยคนทำงานที่มันลดลง เนื่องจากเราต้องส่งเจ้าหน้าที่ไปโรงพยาบาลสนามและไปร่วมฉีดวัคซีน ตรงนี้การที่เราจะลงประเมินเองไม่ได้ ก็เลยประสานกับงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลค่ะ ทีมงานสุขศึกษานี่จะออกไปประจำที่โรงพยาบาลสนาม แล้วก็ที่จุดฉีดวัคซีน ก็จะเอา mental health check in เอา QR code แล้วก็ไปให้ความรู้ตรงนี้ด้วย ก็จะได้เป็นการประเมินกับชุมชนไปนะคะ ส่วนใน cohort และในคนไข้ที่ติดโควิด เราทีม MCATT ก็จะมีการโทร พอดีทางหน่วยที่รับผิดชอบนี่ส่งรายชื่อมาให้เราเป็นไฟล์ เราก็จะประเมินผ่าน mental health check in ทุก Case แล้วใน Case ผิดปกติก็จะมีการให้คำปรึกษาและบำบัดผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งตรงนี้ทางผู้บริหารสนับสนุนโทรศัพท์และค่าโทรให้ค่ะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

“ในเรื่องของนวัตกรรมค่ะ พอดีว่าทางโรงพยาบาลรามันเขาเคยทำเรื่องหนังสั้น เพื่อให้คนในชุมชนดู ทีนี้เลยมีไอเดียมานิดนึงว่า ตอนนี้ ณ ชุมชนที่อยู่นะคะ ทั้งวัยรุ่นแม้กระทั่งวัยทำงานหรือผู้สูงอายุตอนนี้นิยมดูหนังสั้นในเพจหนังสั้นกันมากเลย ก็เลยมองว่าถ้าเราเอาเรื่องของการฆ่าตัวตายอะไรอย่างนี้มาทำเป็นหนังสั้นเพื่อสอนใจหรือว่าเพื่อให้ความคิดก็เลยมองว่ามันน่าจะประสบความสำเร็จนะคะ น่าจะทำให้คนคิดฆ่าตัวตายน้อยลงถ้าทำเป็นหนังสั้น เพราะไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ เขาจะดูกันทั้งนั้นเลยค่ะ ไม่ว่าจะเดินไปตรงไหนก็จะเห็นเปิดเพจหนังสั้นเรื่องนู้นเรื่องนี้เรื่องนั้น เป็นหนังสั้นสอนใจค่ะ ก็เลยอยากจะเสนอ” (อสม.)

4. ด้านผลผลิตการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

4.1 มาตรฐานบริการด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 จะประเมินมาตรฐานตาม Hospital Accreditation (HA) ตัวชี้วัด ของกรมสุขภาพจิต ตามนโยบายของเขต และจังหวัด ประเมินตนเองโดยใช้ มาตรฐานของกลุ่มงานสุขภาพจิต ประเมินความพร้อมของกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ประเมินในเรื่องการมีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน ที่ได้กำหนดไว้ใน HA และการประเมินผลการดำเนินงาน ดังคำกล่าว

“การประเมินที่ผ่านมาก็โอเคนะคะ แต่ว่าเราเราอยากให้มีการ แยกกลุ่มงานนะคะเพราะว่าจากการที่ประเมินงานสุขภาพจิตแล้ว เราจากที่น่าจะสามารถมีกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนนะคะ ซึ่งผ่านการประเมินแล้วแต่เราก็ยังไม่ได้รับการที่มีคำสั่งชัดเจนแล้วก็ทางผู้บริหารก็ไม่ได้แยกให้ค่ะ ทำให้การดำเนินงานหรือว่าบางอย่าง การประสานงานอะไรมันยุ่งยากซับซ้อนค่ะ มันต้องหลายขั้นตอนเพราะว่าของบางที่ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงรายก็จะอยู่ภายใต้ของกลุ่มงานเวช ปฐมภูมิและองค์รวมค่ะ แล้วก็บางโรงพยาบาลก็จะอยู่ที่กลุ่มการพยาบาล ดังนั้นการประสานงานการ co คนมาช่วยหรือว่าภาระงานจะถูกดึงไปหมดนะคะ ดังนั้นการทำงานด้านสุขภาพจิตก็จะลดน้อยลง การเข้าถึงชุมชนก็จะน้อยลงด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ส่วนมากก็จะประเมินในเรื่องของผลลัพธ์ที่ออกมามากกว่าค่ะ คุณภาพนี้เป็นประมาณการมากกว่าค่ะ ว่าโครงการหรือว่าที่เราจัดการดำเนินงานไปเนี่ยทำให้คนไข้มีชีวิตที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี คือ ชีวิตที่ดีขึ้นนะคะ แล้วการพยายามซ้ำลดลง” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 จะประเมินตัวเองตาม HA อย่างน้อยปีละ 1 รอบ ประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประเมินตนเองของหน่วยงานและส่งผลไปยัง รพ.แม่ข่าย (รพ.ศรีธัญญา) เพื่อช่วยประเมินระบบอีกครั้ง มีการประเมินการดำเนินงานของ อสม. เช่น ความครบถ้วนของจำนวนหลังคาเรือน สำหรับในเขตสุขภาพที่ 12 ไม่ปรากฏข้อมูล ดังคำกล่าว

"ที่ตั้งกลุ่มงานเนี่ยเราต้องประเมินตัวเองเนอะส่งให้กลับรพ.จิตเวชแม่ข่าย อย่างของบางกรวยรพช.ทั้งหมดของเรา เราต้องประเมินส่งรพ.ศรีธัญญา แล้วรพ.ศรีธัญญาก็จะมีเจ้าหน้าที่ลงมาตรวจเราว่าเรามีการพัฒนาระบบ เข้าถึงระดับหนึ่งค่ะ คือมันจะมีเกณฑ์ 1 2 3 เนอะ ต้องปรับปรุงต้องอะไร 1 คือมีทุกอย่างตามมาตรฐานที่ควรมีค่ะ ของจ.นนทุกรพ.ยกเว้น 2 โรง ผ่านเกณฑ์อันนี้หมดนะ ข้อที่สองคือเราต้องผ่าน HA ของที่สถาบันธัญลักษณ์มาตรวจค่ะ ถ้าเราผ่านมาตรฐาน ผ่าน HA ด้วยที่ยังไม่หมดอายุ และเราต้องมีพยาบาล 2 คนด้วยค่ะ เขาถึงจะให้เราตั้งกลุ่มงานได้" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

"อย่างเรื่องของการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นตัวชี้วัดของ HA และก็เป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลด้วยค่ะ" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

4.2 บุคลากรมีความพร้อมให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตาย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการเสริมพลังใจ แก่ อสม เจ้าหน้าที่ที่จะ Burn out สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 อบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ รพสต. ปีละ 2 รอบ ดังตัวอย่างคำพูด

"คือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพิ่ม ในด้านของการให้คำปรึกษา BA BI ค่ะ แรงจูงใจ หรือว่ามีเรื่องของการฟื้นฟูความรู้อ่ะค่ะ เรื่องของ CBT ค่ะ เพราะว่าช่วงนี้จะมีเจ้าหน้าที่ที่มีการโยกย้ายก็อยากจะให้ครอบคลุมไปถึงเจ้าหน้าที่ รพสต ด้วยค่ะ เพราะว่า ในแต่ละ รพสต จะมีผู้รับผิดชอบ ด้านสุขภาพจิตอยู่ถ้าเค้าได้รับการติดอาวุธหรือว่ามีความรู้ในด้านนี้ด้วยก็จะดีมาก" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ไม่ปรากฏข้อมูล ในเขตสุขภาพที่ 12 มีการอบรมเรื่องของ suicide แบบออนไลน์ ดังคำกล่าว

"มีค่ะ เพราะว่าตั้งแต่ของปีงบนี้ก็ 2 ครั้งแล้วนะที่เราอบรมเรื่องของ suicide แต่ว่ามันเป็นออนไลน์" (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

4.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และสวัสดิการที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2564 เข้าถึงบริการในเรื่องของโรคทางจิตเวชเกินร้อยละ 85 โดยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 78 ส่วนปี 2565 การเข้าถึงของผู้ป่วยโรคจิตเวชเกินร้อยละ 97.79 ส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 95.56 และมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกปี ซึ่งเมื่อการเข้าถึงของคนไข้มากขึ้น ความรุนแรงจะลดลง และมีการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือเอง เช่นเงินสงเคราะห์ต่างๆ ตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อบรรเทาปัญหาและเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้กับครอบครัวผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย แก่ผู้ป่วยจิตเวช เทศบาลช่วยเหลือเรื่องค่าพยาบาล แก่ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลให้ความช่วยเหลือเรื่องสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราการเข้าถึงบริการของซึมเศร้า จ.สระแก้ว อยู่ที่ 85.8 ณ เดือน ก.พ. 65 ดังตัวอย่างคำพูด

“ในส่วนของการเข้าถึงบริการของเราถ้าในเรื่องของซึมเศร้าของเราก็เข้าถึงบริการนะคะ เข้าถึงบริการทั้งหมดค่ะ ในเรื่องของโรคทางทางจิตเวชเนี่ยค่ะก็เข้าถึงบริการเกินร้อยละ 85 ค่ะ ตอนปี64 เนี่ยโรคทางจิตเนี่ยเราเข้าถึง 89 นะคะ แล้วก็โรคซึมเศร้าเนี่ยเราก็เข้าถึงบริการร้อยละ78 ตอนปี 64 ค่ะ พอ ปี 65 เนี่ย ก็เข้าถึงบริการครึ่งปีไปก็สูงเกินร้อยละ90 นะคะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตนะคะ ในปี 65 นี่ก็คือเปอร์เซ็นต์ของการเข้าถึงของสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชนี่ก็คือเกินร้อยละ 97.79 เปอร์เซ็นต์นะคะ แล้วก็ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตก็ 95.56 เปอร์เซ็นต์ค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ถ้าเราจัดบริการเนี่ย มันมีเข้าถึงบริการในแต่ละกลุ่มวัยนะคะ กลุ่มเด็กก็ 4 กลุ่มโรค อัตราการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้นและพวกเด็กวัยรุ่นซึมเศร้าฆ่าตัวตายก็มีแนวโน้มสูงขึ้นนะคะ ส่วนในเรื่องอัตราซึมเศร้า เข้าถึงบริการและกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้านะคะมันก็จะรวมทุกกลุ่มเลยก็คือของเรา 90 กว่าเปอร์เซ็นต์นะคะ ใน HDC ก็ 96-97 เปอร์เซ็นต์ค่ะ เข้าถึงบริการถ้านับจากประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เค้าคือตามตัวชี้วัดเลยค่ะ 90 กว่าค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ประเมินผลในเรื่องของการเข้าถึงของคนไข้มากขึ้น แล้วก็คนไข้ คือความรุนแรงมันจะลดลงค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำจังหวัด)

“ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือเอง เช่นเงินสงเคราะห์ต่าง ๆ ตามกลุ่มเป้าหมายที่เราดูแลอยู่ ตามภารกิจของหน่วยงานนะคะ เพื่อบรรเทาปัญหาแล้วเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้กับครอบครัวผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนค่ะ” (ผู้บริหาร ส่วนพม. ประจำจังหวัด)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 อัตราการเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีจำนวนของการส่งต่อเข้ามาปรึกษาจาก อสม. ในพื้นที่มากขึ้น ดังนี้ อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 77.39 ของคนในพื้นที่ การเข้าถึงซึมเศร้ายังไม่ตามเป้า เท่ากับร้อยละ 40.27 สำหรับในเขตสุขภาพที่ 12 เพิ่มการเข้าถึงผ่านทาง Line Official และสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน เช่น หนังสั้นสอนใจ ดังคำกล่าว

“การเข้าถึงบริการของเราเนี่ยถ้าแยกมาแล้วเป็นร้อยละ 77.39 คือคนในพื้นที่ แต่ถ้ารวมผลงานทั้งหมดของคนที่มารับบริการในนนทบุรีเนี่ย ทั้งคนที่เข้ามาอาศัยด้วยก็เข้าถึงการเข้าถึงบริการ 128% ค่ะ” (ผู้บริหาร ส่วนสาธารณาสุข ประจำจังหวัด)

“การเข้าถึงทางจิตเวชร้อยกว่าค่ะ แต่ซึมเศร้าอยู่ที่ 80 กว่าค่ะ” (พยาบาลวิชาชีพ จ.อ่างทอง)

“Line official นี่เราจะมีทั้ง ตอบข้อคำถามสำหรับผู้ที่มีปัญหา แล้วก็ประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตทุกรายนะคะ แล้วก็เป็นช่องทางสำหรับการสื่อประชาสัมพันธ์อะไรต่าง ๆ ที่เราจะสามารถสื่อไปถึงบุคคลกลุ่มที่เราเฝ้าระวังได้นะคะ อันนี้ก็จะเป็น Line official ของงานเรา อีกอันก็จะเป็นเรื่องของเพจของกลุ่มงานสุขภาพจิต และเป็นการสื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่องทางที่จะเปิดให้ประชาชนสามารถเข้ามาปรึกษากับทีมงานของเราได้ ก็คือเปิดช่องทางในการเข้าถึงบริการให้มากขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิดอะนะคะ” (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

5. ผลกระทบจากมาตรการและการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

5.1 ผู้รับบริการ และครอบครัวมีความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 มีผู้รับบริการได้บอกว่า รู้สึกดี และเขตสุขภาพที่ 6 ผู้รับบริการไม่ทำพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และคิดถึงผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง จะไม่อยู่คนเดียว ต้องออกมาคุยกับคนอื่น ๆ ญาติจะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว พูดคุย และสอบถามผู้ป่วย เพื่อหาทางออก สังเกต สอบถาม ให้กำลัง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มีผู้ให้ข้อมูลว่า อาการดีขึ้น พูดดีขึ้น มีความสดใส ร่าเริง เหมือนปกติ ความเครียดลดลง วิตกกังวลน้อยลง จัดการกับความคิดตัวเองได้ดีขึ้น และไม่อยากตายแล้ว ดังคำกล่าว

“ขอบคุณที่ช่วยให้น้องกลับมาได้ใช้ชีวิตปกติ” (ญาติผู้รับบริการ)

“คือตอบโจทย์ชีวิตของเราได้ทุกด้าน ทุกเรื่องค่ะ” (ผู้รับบริการ)

“ถ้าเป็นเมื่อก่อนนะก็ยังจะทนทำต่อไป แต่ถ้าเป็นตอนนี้ก็ไม่ ก็เฟตตัวเองออกมา ไม่ทำ ไม่ทน ไม่ทำต่อ ... ไม่เชิงทิ้งไปเลย แค่เฟตตัวเองออกมา เฟตตัวเองออกมาพักกนึง แล้วก็ถ้ามันเป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างเช่นเรื่องงานอย่างงี้ มันเฟตตัวเองออกมาได้แปบนึงแล้วเราก็ต้องกลับไปทำต่อ เราต้องรับมันให้ได้อะ แล้วเราก็ต้องนึกถึงวันที่เราทำวันนั้นนะว่าผลกระทบกับใครบ้างอะ พ่อแม่เราเป็นยังไงบ้าง เราก็จะไม่กลับไปทำอีก ... คือแบบ เราจะไม่กลับไปทำอีกอะ แต่ถ้าจะให้เรามาทน เราก็จะทนเท่าที่เราทนไหว แต่เราจะเฟตตัวเองออกมาก่อน ถ้าเราเห็นว่ามันไม่ได้ เราต้องทำสิ่งเหล่านี้ต่อไป เราต้องปรับทัศนคติ แล้วค่อยกลับไปทำใหม่ แต่อยู่ในจุดที่เราทนไหว ถ้าไม่ไหวก็เฟตออกมาใหม่แบบเนี่ย” (ผู้รับบริการ)

“ก็คงต้อง ตอนนี้เนี่ยผมต้องออกงานอะครับ เพราะว่ายังไงอะครับ ตอนนี้ผมต้องเผชิญเต็มตัวละออกจากงานบริษัทมาเนี่ย เพื่อที่มาเฝ้าเค้าโดยเฉพาะ พูดง่ายๆว่า มีก็กิน ไม่มีก็ไม่ต้องกิน ก็แค่นั้นอะ เพราะว่ามันทิ้งไม่ได้ คุณหมอต้องเข้าใจนะ ผู้หญิงเป็นอะ ถ้าผมไม่อยู่อะ ไม่มีผู้ปกครองอยู่อะ ไว้ใจไม่ได้อะ เพราะว่าหมู่ 4 เนี่ยรู้ว่ามีคนไว้ใจไม่ได้อยู่ ผมเลยต้องยอมออกจากงาน ... เพราะว่าผมไม่ได้ออกไปไหนเลยครับ ผมดูเค้าอยู่ตลอดเวลาเลยนะครับ แม้แต่จะขอขยับตัวไปซื้อขนม เค้าก็ต้องเอาน้องเค้าไปด้วย” (ญาติผู้รับบริการ)

“ก็รู้สึกดีขึ้นอะค่ะ ความคิดอะไรที่ เราก็ปรับปรุงตัวด้วย เมื่อก่อนจากมีอะไรหน่อยก็จะคิด แบบหงุดหงิด ตีโพยตีพาย พอตอนนี้ก็จะเบาลง คิดไปตามอารมณ์อะค่ะเมื่อก่อน ไปตามอารมณ์แล้วก็จะเครียดหงุดหงิด อะไรพวกนี้ นิดหน่อยก็จะดุหมาดุแมว แล้วก็ด่าคนไปทั่ว ชอบด่าค่ะพอทำอะไรไม่ถูกใจ หรือทำอะไรหล่นก็ด่าตัวเอง ทำไมวะอะไรอย่างเงี้ย แต่พอไปเขาก็พูดนั้นพูดนี้ เราก็โอเคนะ เราก็ตั้งใจแบบไม่นึก ถึงเราจะอยากด่าพอนึกปุ๊บเราก็ไม่ละ ไม่อยากทำแล้วก็ปรับปรุงตัว เขาก็พูดดีอะค่ะ” (ผู้รับบริการ)

“อารมณ์ดีขึ้นเยอะ กลับมาสดใส ไปไหนมาไหนกับเรา เราชวนไปไหนก็ไป ออกมากินข้าวพร้อมเรามั้ง ดีขึ้นเยอะ สดใสขึ้นเยอะ พูดเป็น พูดเก่งขึ้น” (ญาติผู้รับบริการ)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง โดยทบทวนความคิดตัวเอง แล้วปรึกษากับคนใกล้ชิด ตั้งสติ และเบี่ยงเบนความสนใจไปทางอื่น และนึกถึงจิตใจพ่อแม่และบุคคลใกล้ตัว ครอบครัวจะอยู่ห่าง ๆ หลีกเลี่ยงการทะเลาะกัน เมื่อผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน และเมื่อมีสัญญาณเตือน จะดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ให้อยู่ในสายตาตลอดสังเกตการใช้ชีวิตประจำวัน และพยายามเบี่ยงเบนความสนใจ ส่วนความรู้เรื่อง 10 สัญญาณเตือน ที่มีผู้ปกครองบางคน ยังไม่รู้และไม่ได้ศึกษาเรื่องนี้ และผู้ปกครองบางคนรู้เพียงบางข้อ และบางคนสามารถสังเกตสัญญาเตือนได้ สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ส่วนใหญ่อาการดีขึ้น สุขภาพจิตที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความคิดการฆ่าตัวตายลดลง ดังคำกล่าว

“พูดตรง ๆ เลย คิดเอง เออเอง แล้วพอเราจะมีจุดของตัวเอง เราก็มาฉุกคิดว่า มันไม่ใช่อย่างนั้น เราคิดไปเองทั้งนั้นเลยนี่ คิดได้ยังไง มันยังไม่ได้เกิดขึ้น มันยังไม่ได้เลวร้ายขนาดนั้น พี่สะใภ้ก็บอกว่าคิดอย่างงั้นได้ยังไง มันไม่ใช่ คิดแบบนั้นไม่ได้ ตัวเราก็คิดได้ว่า เราคิดของเราเอง พอเราได้พูดเราก็สบายใจมากขึ้น เหมือนกลับมาทบทวนความคิดตัวเองใหม่ ว่าสิ่งที่เราคิดน่าจะมีสิ่งผิดปกติ แล้วเอาไปปรึกษากับคนใกล้ชิดเรา” (ผู้รับบริการ)

“อย่างแรกก็คือ เราต้องมีสติตลอด ว่ามันไม่ใช่ความผิดของเรา อาจจะหันไปทางอื่น เบี่ยงเบนความสนใจ” (ผู้รับบริการ)

“ก็พอรู้ค่ะ ... ก็คือมันจะมีอาการผิดปกติ แบบ เครียดมาก อะไรประมาณนี้หรือเปล่าคะ ... ส่วนมากคนรอบข้างเค้าจะไม่ขึ้นเสียง จะทะเลาะกันเองกับเรามากกว่า เรื่องไม่เป็นเรื่อง นิด ๆ หน่อย ๆ อารมณ์เค้าจะแปรปรวนง่าย” (ญาติผู้รับบริการ)

“บางข้อค่ะ บางทีถ้าคนไข้เผลอพูด เคยรู้จักคนนึงนานแล้ว เค้าพูดว่า เค้าไม่รู้จะอยู่ทำไม ไม่รู้จะอะไรทำไม” (ญาติผู้รับบริการ จ.นนทบุรี)

“รู้สึกว่าตัวเองมีค่ามากขึ้น คนรอบข้างคือเคียงข้างเราทุกคนอะค่ะ สิ่งที่เราคิดเมื่อก่อนก็ไม่เป็นจริง ทุกคนอยู่เคียงข้างเราเสมอ” (ผู้รับบริการ จ.นราธิวาส)

“ก็ดีขึ้นค่ะ ดีขึ้นกว่าเก่า เพราะแต่ก่อนน้องมีอารมณ์แปรปรวนง่าย และบ่อย พูดอะไรไม่ได้เลย เดี๋ยวนี้พูดคุยกัน เข้าใจมากขึ้นค่ะ จากเมื่อก่อนมากอด มาหอม มีช่วงนึงที่เค้าเป็นมากๆ เค้าไม่มากอด ไม่มาแสดงความรัก คือท่าทางเฉยชา แต่ตอนนี้ก็กลับมาเหมือนเดิม อาจจะถามว่าย่าเหนื่อยไหม กลับจากที่ทำงานเป็นยังไงบ้าง ก็ถือว่าดีขึ้นค่ะ มากอด มาหอมย่า ก็ถือว่าดีขึ้น” (ญาติผู้รับบริการ จ.นราธิวาส)

“ความคิดการฆ่าตัวตายจะลดลง แต่ว่าก็ยังมีที่จะคิดการฆ่าตัวตาย แกก็ยังมี แต่ก็ไม่ทำ แกคุมตัวแกได้ละ ก็ยังมีความคิดอยู่ แต่แกไม่ทำ เพราะว่าแกอาจจะคิดก่อน รู้ตัวทัน กลับตัวมากขึ้น คุมตัวเองได้” (ญาติผู้รับบริการ จ.นราธิวาส)

5.2 ผู้รับบริการและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และต่ำ ไม่ปรากฏข้อมูลด้าน ผู้รับบริการและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นจากการได้รับบริการเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

5.3 ผู้รับบริการถูกลดการตีตราจากครอบครัว

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับลดการตีตราจากครอบครัว แต่เขตสุขภาพที่ 6 ผู้ดูแลยังมีความกลัว การกลับมากระทำซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูด

“แม่ก็ดีใจนะ แต่แม่ยังกลัวอยู่นะ เพราะว่าบางทีเค้าก็ทำอะไรโดยที่เค้าไม่รู้สึกตัวอะ ทุกวันนี้แม่ก็กลัวอยู่นะ เวลาเค้าไปเข้าห้องน้ำนานๆ แม่ก็จะเรียกเค้านะ แม่ยังกลัวอยู่นะ ไม่ใช่ว่าแม่ไม่กลัว เพราะว่าตอนนั้นมันก็ห่างมา ตอนที่เค้าพูดไปเรื่อยตอนนั้นประมาณสิงหาปีที่แล้วใช่มั้ย มันห่างมาตั้ง 5-6 เดือนอะแล้วเค้ามาเป็นอีกอะ โดยที่เราไม่คาดคิดอะ มันเว้นระยะห่างอะ แม่ก็เลยกลัว” (ญาติผู้รับบริการ)

ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 4 และ เขตสุขภาพที่ 12 ไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับลดการตีตราจากครอบครัว

6. ผลลัพธ์

ประชากรไทยกลุ่มเสี่ยงลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (ในพื้นที่เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง)

พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กล่าวคือ ในเขตสุขภาพที่ 1 ไม่ปรากฏข้อมูล สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 บางพื้นที่ ผู้พยายามทำร้ายตัวเองไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ดังตัวอย่างคำพูด

"แต่ ณ สถานการณ์ตรงนี้ของเรา บอกได้เต็มที่เลยนะคะว่า 2 ปี ปีนี้เป็นปีที่สามนะคะ การที่ผู้พยายามทำร้ายตัวเองไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำของเราเนี่ย เราดูแลได้ 100เปอร์เซ็นต์คือยังเป็นศูนย์อยู่นะคะ" (พยาบาลจิตเวช ประจำจังหวัด)

"ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 64 กลุ่มเสี่ยงก็ประมาณ 7-8 คน ที่เป็นแบบผู้ป่วยจิตเวช ... ทำซ้ำประมาณ 4 คน ปี 65 ตอนนี้ทำซ้ำไปแล้ว 3 คน" (ผู้บริหารส่วนสาธารณสุข ประจำจังหวัด)

สรุปภาพรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินผลเกี่ยวโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างช่วงปี 2560-2563 และ ปี 2564-2565

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

	2560-2563	2564-2565
	ประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง-ต่ำ - บริบท ค่า p-value ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.162, 0.499, 0.981 กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.121, 0.895, 0.992 - ปัจจัยนำเข้า ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.17, 0.345, 0.798 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.387, 0.434, 0571 - กระบวนการ ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.339, 0.467, 0.500, 0.980 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.111, 0.120, 0.175, 0.367 - ผลผลิต ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.182, 0.487, 0.866 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.231, 0.319, 0.392 - ผลลัพธ์ ค่า p-value เรื่องการนำไปใช้ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.290, 0.435 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.104, 0.679	**ประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง-ต่ำ** - บริบท ค่า p-value ด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.589, 0.706, 0.743 กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.249, 0.699, 0.868 - ปัจจัยนำเข้า ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.462, 0.584, 0.752 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.615, 0.622, 0.801 - กระบวนการ ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.038*, 0.172, 0.416, 0.585 พบค่าความแตกต่างเรื่องเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.391, 0.615, 0.622, 0.801 - ผลผลิต ค่า p-value เรื่องความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.170, 0.117, 0.420 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.107, 0.107, 0.125 - ผลลัพธ์ ค่า p-value เรื่องการนำไปใช้ ในกลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย 0.052, 0.761 และ กลุ่มผู้ดูแล ประกอบด้วย 0.445, 0.497
เชิงคุณภาพ	- บริบท: มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อแผนจากหน่วยงานต้นสังกัด ผลการวิจัยพบว่าการนำไปประยุกต์ใช้ต้องปรับให้เหมาะตามบริบทพื้นที่ดังนั้นอาจมีทิศทางที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นที่ - ปัจจัยนำเข้า: มีจุดแข็งเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและศักยภาพของบุคลากรในสังกัดสาธารณสุข ยกตัวอย่าง เช่น การอบรมให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง, การพัฒนาพื้นที่ให้บริการให้เป็นพื้นที่ส่วนตัว มีสัดส่วนชัดเจน พร้อมกับใช้เครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย	- บริบท ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านคุณภาพชีวิต ดังเช่น กระทรวงการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ - ปัจจัยนำเข้า : โดดเด่นเรื่องการใช้แผนบูรณาการงบประมาณร่วมกัน เพื่อลดช่องว่างด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ยกตัวอย่างการสอนเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายให้นักเรียน ใช้งบโครงการจากโรงเรียนร่วมกับงบประมาณสนับสนุนวิทยากร/ ผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข, เพิ่มช่องทางการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร และเพิ่มช่องทางสำหรับการแจ้งหรือให้คำปรึกษาตามช่องทางที่หลากหลาย

	2560-2563	2564-2565
	- กระบวนการ: โดดเด่นเรื่องการพัฒนาบุคลากรและสร้างเครื่องมือต่าง ๆ ให้พร้อมสำหรับรองรับการประเมินคัดกรอง ร่วมกับใช้ Application ต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง/สัญญาเตือนคนใกล้ชิดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ พร้อมทั้งจัดระบบพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. ให้กับทีม อสม., พชอ. เพื่อเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน - ผลผลิต: เกิดกิจกรรมที่หลากหลายในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น การทำดนตรีผู้สูงอายุ การทำผ้ายันต์เตือนสติ การใช้นวัตกรรม QR Code เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มเป้าหมายตามโรงงาน ตามโรงเรียน ตามชุมชน เป็นต้น รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์	- กระบวนการ: โดดเด่นเรื่องกระบวนการคัดกรองที่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ เข้าไปคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ที่กลุ่มเป้าหมายเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารักษา/ ติดตามอาการต่าง ๆ ทำงานเชิงรุกกับโรงเรียนโดยให้โรงเรียนเป็นฐานที่มีครูนักจิตคอยให้คำปรึกษาอยู่ภายในโรงเรียน, มีการดึงเครือข่ายหลายภาคส่วนมาช่วยในงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การดึงผู้นำชุมชนมาช่วยดูแลกลุ่มเป้าหมาย การดึงหน่วยงานนอกสังกัดมาช่วยให้ความรู้และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้เร็วขึ้น การดึงผู้นำทางจิตวิญญาณมาสนับสนุนในเรื่องพลังใจหรือการปัดเป่าความทุกข์ใจ เป็นต้น - ผลผลิต: เกิดชุมชนต้นแบบด้านวัคซีนใจ เครือข่ายที่เข้าร่วมได้ดึงภาระงานที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายเข้ามาบูรณาการงานกับงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้นำชุมชนได้พัฒนาโครงการชุมชนปลอดสุราและบูรณาการงานแก้ปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย ซึ่งเป็นการสอดส่องและส่งเสริมสนับสนุนงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สรุปผลข้อเสนอแนะจากจัดเวทีสะท้อนข้อมูลการวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างปี 2560 - 2563 และปี 2564 – 2565 สำหรับผู้บริหารกรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 กรมสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตาย
จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 30 คน

การประมวลผลการวิจัยสู่มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ สามารถจัดทำแผนระบบเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ (Blue print) ตามรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยความสำเร็จของการจัดทำแผนระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย**
   - 1.1 การจัดระบบฐานข้อมูลรายงานสถิติการฆ่าตัวตาย
   - 1.2 การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้บุคลากรสำหรับการสอบสวนโรคและคีย์ข้อมูล รวมถึงรางวัลความก้าวหน้าทางวิชาชีพ
   - 1.3 การจัดประชุม Conference Case สำหรับทีมสอบสวนโรค เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตาย
2. **ระบบฐานข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย**
   - 2.1 ใช้ข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ ใบมรณะบัตร รง.506 และการสอบสวนโรค
   - 2.2 เพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายในระบบรายงาน
   - 2.3 แต่ละจังหวัดรับผิดชอบการคีย์ข้อมูล
   - 2.4 ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดต้องให้ความสำคัญสนับสนุนการคีย์ข้อมูล
   - 2.5 กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ KPI ในระดับชาติตามแผนยุทธศาสตร์ KPI ในระดับกระทรวง KPI ระดับเขตสุขภาพ
   - 2.6 ติดตามผลการป้องกันฆ่าตัวตายโดยเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล
   - 2.7 สร้างทีมสอบสวนโรคให้ครบทุกจังหวัด อำเภอละ 35 คน
3. **กระบวนการสอบสวนโรค เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังป้องกันของพื้นที่**
   - 3.1 จัดอบรมทีมสอบสวนโรคในชุมชนของแต่ละจังหวัด
   - 3.2 จังหวัดเป็นเจ้าของข้อมูลสอบสวนโรค ณ จุดที่เกิดเหตุ
   - 3.3 ส่งรายงานเข้าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
   - 3.4 เชื่อมข้อมูลระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด
   - 3.5 แต่ละจังหวัดมีจุดรับแจ้งเหตุตามความพร้อมของจังหวัด
4. **ระบบบริการในสถานพยาบาล**
   - 4.1 การคัดกรองเบื้องต้น ประเมินปัญหาฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง
   - 4.2 ระบบที่ตอบสนองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะฉุกเฉินเร่งด่วน
   - 4.3 Step care Model เป็นการดูแลเยียวยาตามกระบวนการ
   - 4.4 เชื่อมโยงกับระบบการสอบสวนโรค เพื่อทำงานป้องกันเชิงรุก

สรุปผลข้อเสนอแนะจากจัดเวทีสะท้อนข้อมูลการวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ระหว่างปี 2560 - 2563 และปี 2564 – 2565 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 กรมสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ บุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย
จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด 80 คน

สรุปปัจจัยความสำเร็จร่วมของระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

1. พื้นที่รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน
2 การจัดระบบสอบสวนโรคทุกระดับ ตั้งแต่ตำบล อำเภอ จังหวัด
3. ควรทำข้อมูลให้มีคุณภาพทุกระดับ เจ้าหน้าที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลลงสู่ชุมชนได้
4. การคืนข้อมูล ควรเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและใช้ให้เกิดประโยชน์จริง
5. ผู้นำทุกระดับ มีความสำคัญตั้งแต่ระดับกระทรวงถึงผู้ว่าราชการจังหวัด
6. ควรใช้สื่อสุขภาพจิตที่น่าสนใจ ให้ติดหู ติดตา ติดใจ เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมรู้สัญญานเตือนการฆ่าตัวตาย สามารถเข้าถึงประชาชน เช่น สื่อ Tiktok สื่อชุมชน
7. ควรพัฒนาเครื่องมือดักจับสัญญานเตือนการฆ่าตัวตาย
8. ควรกำหนดตัวชี้วัดดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่คุณแม่ตั้งครรภ์ จนถึงผู้สูงอายุ
9. ควรจัดทำ self-report เพื่อดักจับกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น
10. ใช้กลุ่ม influencer ช่วยเผยพร่ความรู้สุขภาพจิตผ่านสื่อ
11. สพฐ ควรเพิ่มสุขภาพจิตให้กับนักจิตวิทยาในสถานศึกษา
12. ควรให้สื่อมวลชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโนบายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย
13. ควรเพิ่มเนื้อหา life skill ในสถานศึกษาอย่างเข้มข้น

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตายจากบทเรียนการปฏิบัติจริงในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19

ประเด็น	พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง	พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ
การกำหนดนโยบาย	- การเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม - ระบบบริการมีคุณภาพ - บูรณาการร่วมกับเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข - เพิ่มสิทธิ์การรักษา 30 บาทรักษาทุกที่	- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง ผ่าน Gate Keeper และผู้นำชุมชน กลไก 3 หมอ แบบบูรณาการ - พัฒนาระบบสารสนเทศและนวัตกรรม
เชิงคุณภาพ	- บริบท: มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการคัดกรอง ประเมิน ส่งต่อแผนจากหน่วยงานต้นสังกัด ผลการวิจัยพบว่าการนำไปประยุกต์ใช้ต้องปรับให้เหมาะตามบริบทพื้นที่ดังนั้นอาจมีทิศทางที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นที่ - ปัจจัยนำเข้า: มีจุดแข็งเรื่องการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและศักยภาพของบุคลากรในสังกัดสาธารณสุข ยกตัวอย่าง เช่น การอบรมให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง, การพัฒนาพื้นที่ให้บริการให้เป็นพื้นที่ส่วนตัว มีสัดส่วนชัดเจน พร้อมกับใช้เครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย	- บริบท ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านคุณภาพชีวิต ดังเช่น กระทรวงการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ - ปัจจัยนำเข้า : โดดเด่นเรื่องการใช้แผนบูรณาการงบประมาณร่วมกัน เพื่อลดช่องว่างด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ยกตัวอย่างการสอนเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายให้นักเรียน ใช้งบโครงการจากโรงเรียนร่วมกับงบประมาณสนับสนุนวิทยากร/ผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข, เพิ่มช่องทางการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารและเพิ่มช่องทางสำหรับการแจ้งหรือให้คำปรึกษาตามช่องทางที่หลากหลาย
แผนยุทธศาสตร์	- Big rock7 สุขภาพจิต 2565 เพิ่มการเข้าถึงบริการ	ดำเนินการตามนโยบาย 2564-2565
กิจกรรม	- พัฒนาระบบฐานข้อมูล ด้านระบาดวิทยา - พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น - เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ - พัฒนาศักยภาพทีมงานสุขภาพจิตและกู้ชีพ-กู้ภัยในการช่วยเหลือและส่งต่อกรณีเกิดเหตุวิกฤตสุขภาพจิต - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านระบบ Tele Psychiatry - พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ	- เวทีการประชุมคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด - พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับปฐมภูมิ - พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพด้วยระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน - สำรวจอัตรากำลังและระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและให้การสนับสนุนด้านวิชาการ - การสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ - วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย คืนข้อมูลในพื้นที่ Tiktok

ประเด็น	พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง	พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ
		- ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในการกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกัน - การใช้สื่อสัญญานเตือนการฆ่าตัวตายให้ความรู้ประชาชน เช่น ประกวด
ติดตามประเมินผล	- มีตัวชี้วัดกำกับการดำเนินงาน	

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากบทเรียนการปฏิบัติจริงในช่วงการระบาดของโรคโควิด

ประเด็น	หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
การกำหนดนโยบาย	- Facilitator เชื่อมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาและดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการศึกษา (ผู้ทรงคุณวุฒิจาก วช) - ให้กรมสุขภาพจิต Facilitator ประเมินสุขภาพจิต อบรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ออกแบบการทำงานแบบบูรณาการเชื่อมต่อภาครัฐและนอกกระทรวง - ควรปรับ Data Input เน้นสถานที่และเวลาการเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย (ผู้ทรงคุณวุฒิจาก วช) - แผนในการป้องกันการฆ่าตัวตายพนักงานในสถานประกอบการ (ผู้แทนด้านแรงงาน)
แผนยุทธศาสตร์	- มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตาย ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ของกรมสุขภาพจิต
กิจกรรม	- ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน และงานแนะแนว (ผู้แทนด้านการศึกษา) - คัดกรองด้วยแบบประเมินด้านสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ ซึมเศร้า ฯ ให้คำปรึกษา ผู้ใช้แรงงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาเข้าไปดูแลภายใต้โครงการ to be no.1 ในสถานประกอบการ สวัสดิการดูแลค่าจ้างสวัสดิการสังคม ประกันสังคม สำหรับพนักงาน ฝึกพัฒนาฝีมือแรงงานในกลุ่มตกงาน (ผู้แทนด้านแรงงาน)
ติดตามประเมินผล	- ครูแนะแนว/ครูที่ปรึกษา ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า (ผู้แทนด้านการศึกษา)
ข้อเสนอแนะ	- เพิ่มการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตสำหรับ ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการศึกษา (ผู้แทนด้านการศึกษา) - เพิ่มการให้ความรู้วิธีการจัดการความเครียดสำหรับบุคลากรด้านแรงงาน (ผู้แทนด้านแรงงาน)จัดทำแผนป้องกันการฆ่าตัวตายยุทธศาสตร์ร่วมกับกรมสุขภาพจิต (ผู้แทนด้านแรงงาน)

บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล

จากการศึกษาในโครงการวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยรูปแบบการวิจัยผสานวิธีแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน ด้วยปัญหาการวิจัยแบบเดียวกัน (Creswell, 2015) ในส่วนของการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้ดำเนินการในรูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการสำรวจ (Survey Approach) ความคิดเห็น เพื่อประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ผลการวิเคราะห์ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายในยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2560-2563 และผลการประเมินภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2564-2565 อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย โดยแบ่งการนำเสนอได้ดังนี้

1. การอภิปรายผล

การอภิปรายผลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบและผลการวิจัยมาเชื่อมโยงเพื่ออธิบายและยกระดับข้อมูลให้เห็นถึงพัฒนาการของงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชาติ ผ่านการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ชาติทั้งสองระยะ ได้แก่ 2560-2563 และ 2564-2565 ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การอภิปรายผลตามกรอบการประเมิน CIPP Model

ผลการประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบ CIPP Model เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั้งด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ สามารถแบ่งการอภิปรายได้ดังนี้

1.1 ด้านบริบท

การพัฒนาด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายจากยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2560-2563 และปี 2564-2565 ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ การดำเนินการดึงเครือข่ายในระดับย่อยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงเข้ามาร่วมกันทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังเช่น การดึงความร่วมมือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม เยี่ยมบ้านและการค้นหากลุ่มเป้าหมาย ทำให้การป้องกันการฆ่าตัวตายมิได้ดำเนินการในรูปแบบเดี่ยวคือ การให้บริการรักษาสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังเน้นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตควบคู่กัน ผลกระทบเชิงบวกที่ตามมา คือ แนวทางการแก้ปัญหาตอบโจทย์กับสาเหตุของปัญหา รวมถึงกลุ่มคนเหล่านี้จะไม่หลุดออกจากระบบการให้บริการหรือการเข้าถึงการให้บริการ ส่งผลดีต่อการติดตามของแพทย์และพยาบาล ในขณะที่การดำเนินการที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตได้พยายามสร้างฐานข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับภาคส่วนต่าง ๆ และนำผลการเชื่อมโยงเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนงานร่วมกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจากการวิเคราะห์จึงทำให้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ในช่วงยุทธศาสตร์ชาติ

ปี 2560-2563 คือ กลุ่มคนติดสุรา ยาเสพติด ทำให้การดำเนินการในช่วงปียุทธศาสตร์ชาติปี 2564-2565 ได้ดึงเครือข่ายตำรวจที่จับกุมและดำเนินคดีกับกลุ่มคนติดยาเสพติด เข้ามาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพราะกลุ่มเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าในด้านบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้สถานการณ์การฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนมากขึ้น รูปแบบของการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการฆ่าตัวตายจึงมีแนวทางที่เฉพาะให้สอดคล้องกับพื้นที่แต่ละพื้นที่มากขึ้น ดังเช่น ในพื้นที่นนทบุรีที่มีบริบทที่ซับซ้อน การใช้แผนยุทธศาสตร์ชาติจึงต้องเน้นการประยุกต์ปรับใช้ให้เข้ากับบริบทชุมชน ดังจะเห็นได้ว่าจากเดิมในปี พ.ศ.2560-2564 แนว0โน้มสาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ ปัญหาการติดสุรา/ ยาเสพติด ปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่ในระยะหลัง ปี พ.ศ.2564-2565 สาเหตุด้านผลกระทบจากสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำลงเริ่มเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ในการฆ่าตัวตาย เพราะปัญหาเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้ผู้คนตกงานมากขึ้น มีปัญหาด้านรายได้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่เว้นแม้แต่เด็กเล็กที่งานวิจัยพบว่าเด็กระดับประถมศึกษาปีที่ 5 เริ่มคิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตายพร้อมกับลงมือทำร้ายตนเอง อันเนื่องมาจากความเครียดจากการเรียนออนไลน์ เพราะเรียนออนไลน์อยู่ที่บ้านนั้น บางครอบครัวประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์สื่อสารออนไลน์ (ไม่มีเงินสำหรับเติมชั่วโมงอินเทอร์เน็ต ไม่มีอุปกรณ์เพียงพอกับสมาชิกในครอบครัว อุปกรณ์ที่มีไม่รองรับการเรียนออนไลน์) และสาเหตุอีกส่วนหนึ่งของการฆ่าตัวตาย คือ การใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ใช้เวลานานมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ ดังจะเห็นได้จากการสะท้อนความคิดความรู้สึกว่า “หนูก็ไม่รู้ว่าหนูเกิดมาทำไมอยู่ไปก็ไม่มีความสุข”

นอกจากแนวโน้มด้านสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายจะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ แล้ว ยังพบว่าปัญหาหรือสาเหตุของการฆ่าตัวตายยังเป็นเรื่องใหม่ที่ได้รับผลกระทบมาจากการปรับตัวในการใช้ชีวิตตามวิถีชีวิต New Normal ดังเช่น สถานการณ์การเรียนออนไลน์ เด็กไม่สามารถปรับตัวเข้ากับรูปแบบการเรียนแบบใหม่ได้ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ปัญหาการติดเชื้อโควิด-19 และ Long Covid-19 ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อการใช้ชีวิตเพิ่มสูงขึ้น การห่างเหินกับสังคมยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนเหล่านี้ไม่มีหนทางระบายออก การเข้าถึงบริการในช่วงเวลาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำได้ยากมากขึ้น ดังนั้นจึงปรากฏผลการศึกษาว่าในปี 2564-2565 ยังคงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น แม้จะมีการปรับรูปแบบและแผนงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่แล้ว แต่ด้วยปัจจัยอีกหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้องและซับซ้อนขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับการประเมินซึมเศร้า ไม่เคยรับบริการกับโรงพยาบาล มีแนวโน้มเป็นการฆ่าตัวตายแบบกะทันหันหรือใช้เวลาสะสมความเครียด ในทางตรงกันข้ามพบว่าผู้ที่มารับบริการหรือเป็นผู้ป่วยในระบบมีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำลดน้อยลงตามลำดับ ดังนั้นสรุปได้ว่า แนวทางการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ต้องเน้นการทำงานร่วมกับพื้นที่มากขึ้น ดึงเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังเช่น ในกลุ่มนักเรียนต้องดึงโรงเรียนเข้าร่วม ในกลุ่มติดยาเสพติดได้ดึงตำรวจเข้ามาช่วยเหลือและสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในกลุ่มคนเปราะบางทางสังคมได้ดึงเครือข่ายจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มาช่วยหนุนเสริมในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และในกลุ่มคนทำงานได้ดึงเครือข่ายด้านสถานประกอบการให้ตระหนักและเฝ้าสังเกตเพื่อจัดส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตต่อไป เนื่องจากผลการวิจัยปรากฏชัดเจนว่าผู้ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษา รักษาอาการซึมเศร้าและการบำบัดในคอร์สต่าง ๆ มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายซ้ำลดต่ำลง

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ให้ข้อมูลทั้งสองระยะให้ความเห็นเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญของบุคลากรอยู่ในระดับมากทั้งสองระยะ สอดคล้องกับผลการดำเนินการของกรมสุขภาพจิตที่ได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการให้ความรู้ อบรมทักษะการใช้เครื่องมือเบื้องต้นเพื่อการประเมินคัดกรอง กระบวนการส่งต่อระบบบริการ การให้คำปรึกษา การสังเกตและการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ซึ่งการอบรมจะมีความถี่มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ โดยมีความถี่ต่ำที่สุดคือ 2 ปีต่อครั้ง ในขณะที่รูปแบบการอบรมปัจจุบันเริ่มหันมาใช้รูปแบบอบรมออนไลน์มากขึ้นทำให้มีความถี่เพิ่มมากขึ้นเป็น 2-3 เดือน/ ครั้ง ทำให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายได้รับการอัพเดทให้เป็นข้อมูลปัจจุบันอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังพบว่ากรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หันมารณรงค์พร้อมทั้งจัดทำสื่อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายมากขึ้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนเพื่อใช้ในการสังเกตบุคคลใกล้ชิดในรูปแบบต่าง ๆ ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น รวมถึงเพิ่มช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทำให้ในปัจจุบันมีผู้คนรู้จักสายด่วนต่าง ๆ มีรถเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การป้องกันตนเองและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ นอกจากนี้สื่อที่ผลิตออกมายังสอดคล้องกับแต่ละบริบทพื้นที่เพราะมีหลายภาษาเพื่อสื่อสารกับประชากรในชุมชนต่าง ๆ

ในปัจจุบันพบว่าสื่อที่ถูกนำมาใช้สื่อสาร ให้ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายกับประชาชนมีทั้งรูปแบบเอกสาร ดังเช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายรณรงค์ พร้อมทั้งรูปแบบออนไลน์ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือน 10 สัญญาณผ่านแอพพลิเคชั่นต่าง ๆ เช่น Tiktok Facebook Line และสายด่วน 1323 นอกจากนี้ยังนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้บริการให้คำปรึกษากับกลุ่มเสี่ยงในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น Telemedicine VDO Call Skype Zoom Hot line เป็นต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการอยู่ห่างไกล เจ้าหน้าที่ อสม. ได้นำเครื่องมือสื่อสารของตนเองเป็นสื่อกลางเพื่อติดต่อกับจิตแพทย์ ทำให้การให้บริการเป็นไปอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มที่ใช้ภาษาอื่น ๆ เจ้าหน้าที่ อสม. ยังไม่สามารถสื่อสารด้วยได้ จึงมีความต้องการล่ามภาษาเข้ามาช่วยเหลือในการค้นหา คัดกรองหรือสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้ผลการวิจัยได้ปรากฏว่า ทั้งระยะที่ 1 (พ.ศ.2560-2563) และระยะที่ 2 (พ.ศ.2564-2565) ยังคงมีความขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะนักจิตวิทยา จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ในขณะที่แนวโน้มของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายมีเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์/ สาธารณสุข เหล่านี้เกิดภาวะ Burn Out และ Turnover สูงขึ้น รวมถึงกลุ่มเหล่านี้ยังเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าจับตามองเพราะมีภาวะความเครียดจากการทำงานที่สูงมากขึ้น ภาระงานที่มากขึ้นในขณะที่แรงจูงใจหรือความก้าวหน้าในงานไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนไม่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ปรากฏว่ากลุ่มข้าราชการตำรวจ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มข้าราชการครู มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น สอดคล้องกับสถิติที่รายงานการฆ่าตัวตายของตำรวจในปี พ.ศ.2564 ที่พบว่ามีความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายของตำรวจจำนวน 21 ราย แม้เป็นตัวเลขที่ไม่แตกต่างจากอาชีพอื่นแต่พบว่าฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ มากถึง 2-3 เท่า (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2560) โดยมีสาเหตุสำคัญอันดับแรก คือ มีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุหลัก โดยยังมิได้วิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพนั้นเกี่ยวกับกับปัญหาสุขภาพจิตมากน้อยเพียงใด และอันดับที่สองคือ ปัญหาด้านหนี้สิน และอันดับที่สามคือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ความเครียดจากภาวะการทำงานภายใต้แรงกดดันสูง (ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล, 2564) ในขณะที่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และ อสม. ได้มีผลการรายงานว่ามีเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟในการทำงาน โดยพบว่าจากการเก็บสถิติในปี พ.ศ.2564 ช่วงเดือนกรกฎาคม เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ได้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10

เป็นร้อยละ 14.6 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาของการเกิดวิกฤตการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหรือเดินทางจากต่างจังหวัดเพื่อมาช่วยงานที่โรงพยาบาลสนามเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2564) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในกลุ่มบุคลากรที่เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ กลับเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตายด้วยเช่นเดียวกัน

ในด้านงบประมาณแม้ผลการวิจัยยังไม่พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งสองระยะ ทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการลงพื้นที่ การพัฒนาบุคลากร การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในระยะปี 2564-2565 งานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายได้รับการจัดสรรแบ่งงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าในระยะปี 2564-2565 โรงเรียนได้จัดสรรงบประมาณของโรงเรียนเพื่อขับเคลื่อนโครงการครูจิตดี เชิญวิทยากรจากสาธารณสุขเข้ามาให้ความรู้ด้านการฆ่าตัวตายบูรณาการงานส่งเสริมในรายวิชาสุขศึกษาเพื่อเป็นการป้องกันก่อนทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า ในระยะแรกนั้นหน่วยการให้บริการกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายยังไม่เป็นสัดส่วน ไม่มีพื้นที่เฉพาะกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ห้องให้บริการไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือมิดชิด สัดส่วนของการให้บริการไม่ชัดเจน รวมถึงระบบการให้บริการมีความหนาแน่นแออัดรอคอยนาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้ถูกพัฒนาปรับปรุงด้านสถานที่ดีมากขึ้นในระยะปี พ.ศ.2564-2565 โดยพบว่าเริ่มมีการแบ่งพื้นที่ให้บริการอย่างเป็นสัดส่วนระหว่างห้องตรวจกับห้องให้คำปรึกษา โดยเน้นระบบการรับที่สะดวกรวดเร็วแบบ One Stop Service ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยในได้จัดพื้นที่การดูแลให้อยู่ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station) ทำให้ดูแลได้ใกล้ชิดและเข้าชาร์ตผู้ป่วยได้ทัน ดังนั้นสรุปได้ว่าปัจจัยนำเข้าในด้านบุคลากรได้รับการอบรมและเพิ่มพูนทักษะอยู่เสมอ มีความชำนาญในด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้นกลับเป็นกลุ่มเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตายด้วยเช่นเดียวกัน เพราะเป็นกลุ่มที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากการรับภารกิจงานที่มากเกินไป ในขณะที่งบประมาณที่ผ่านมายังมีไม่เพียงพอต่อการเพิ่มอัตราจ้าง การสร้างแรงจูงใจหรือสร้างความก้าวหน้าในงานโดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรอย่างมาก ซึ่ง อสม. ได้กลายเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญต่อการทำงานในชุมชนและการค้นหากลุ่มเป้าหมาย และเนื่องจากการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี 2564-2565 เน้นการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายมากขึ้น ทำให้การทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการได้เพิ่มมากขึ้น

1.3 ด้านกระบวนการ

การดำเนินการในครั้งนี้ได้ศึกษาเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์การฆ่าตัวตายพบว่าการดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ในแต่ละช่วงปีได้เปลี่ยนแปลงเพราะมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การสร้างองค์ความรู้ให้เกิดขึ้นกับประชาชนทั่วไป รวมถึงเร่งสร้างเสริมองค์ความรู้ด้านการคัดกรอง การประเมิน การค้นหาและการส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับสื่อที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับ 10 สัญญาณอันตรายที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย จากปัจจัยดังกล่าวนั้นสามารถทำให้อัตราการเข้าถึงบริการสูงมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่แทรกซ้อนเข้ามากลับเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินการเพราะทำให้มีกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มักมีความเครียดที่เกิดขึ้นไม่รู้ตัวและไม่เคยได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้รูปแบบของการฆ่าตัวตายเริ่มเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือมีระยะของสัญญาณอันตรายที่สั้นลง ซึ่งผลการวิจัยปรากฏชัดเจนว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้คนที่คิดฆ่าตัวตายพยายามลงมือฆ่าตัวตายมากขึ้น ด้วยเหตุผลว่าต้องการหนีปัญหาและหนีหนี้สิน ซึ่งจากการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มเหล่านี้มักไม่ได้อยู่ในรายชื่อของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่ากลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ แต่พบความแตกต่างกันในลักษณะของการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของแต่ละจังหวัด โดยรูปแบบของการดำเนินการมีความแตกต่างกัน ดังเช่น ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ สามารถดำเนินการตามแผนปฏิบัติได้อย่างดี จึงเพิ่มนวัตกรรมในพื้นที่โดยการนำศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การแจกเครื่องรางของขลัง การให้สายสิญจน์สัจจะว่าจะไม่ทำร้ายตัวเอง การนำหลักคำสอนมาสื่อสารเพื่อให้เห็นโทษจากการทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย การบิณฑบาตความทุกข์ ซึ่งเป็นการดำเนินการในชุมชน เป็นหลักการที่เข้าถึงได้ง่ายพร้อมกับใช้สังคมเข้ามาเป็นตัวจัดการบริหารความเสี่ยงของคนในชุมชน ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงยังคงต้องดำเนินการค้นหาสาเหตุ การจัดทำแผนที่เหมาะสมกับความซับซ้อนของพื้นที่ตนเอง การบูรณาการและขับเคลื่อนงานด้วยข้อมูล แต่อย่างไรก็ตามจากการเฝ้าสังเกตของคณะวิจัยพบว่า ในกระบวนการด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายในระยะหลัง (พ.ศ.2564-2565) มีกระบวนการทำงานแบบผสมผสานระหว่างงานในกลุ่มป้องกันการฆ่าตัวตายกับงานด้านอื่น ๆ มีการดูแลส่งต่ออย่างเป็นระบบ ดังเช่น

1. ระบบการทำแผนคัดกรอง ได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายและโซนการรับผิดชอบได้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง โดยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลและค้นหาหลัก คือ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มกักตัว กลุ่มญาติและครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

2. กระบวนการสร้างความตระหนักและให้ความรู้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข อสม. ในด้านการประเมินคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง การสื่อสารสัญญาณเตือน การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยเน้นการจัดกิจกรรมตามสาเหตุการฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่

3. การวิเคราะห์จำแนกสาเหตุ เป็นกระบวนการที่กลุ่มผู้เกี่ยวข้องได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง ๆ เข้ามาพิจารณาเพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทบทวนพบว่าข้อจำกัดของการสืบสวนสอบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตายและการใช้ฐานข้อมูล (Data Base) คือ 1) ข้อมูลและสถิติการฆ่าตัวตายไม่สอดคล้องกันในแต่ละฐานข้อมูล 2) การสืบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตายและระบุว่าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นต้องอาศัยเกณฑ์พิจารณาและสืบสวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะดังนั้น 3) ผลการสืบสวนสอบสวนจากญาติหรือครอบครัวผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจนเพราะไม่มีสัญญาณเตือน ไม่รู้แน่ชัดในสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และบางรายมีการปกปิดข้อมูลหรือให้ข้อมูลเป็นเท็จเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการขอผลตอบแทนจากประกันชีวิต หรือเงินช่วยเหลือสมทบจากหน่วยงานต้นสังกัดในกรณีที่เป็นข้าราชการ ดังนั้นด้วยข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้นทำให้ผลการรายงานด้านสถิติและสาเหตุการฆ่าตัวตายจึงไม่สอดคล้องและยังไม่ชัดเจน

4. การลงพื้นที่และการให้บริการในสถานพยาบาล พบว่า กระบวนการทำงานได้ถูกพัฒนาให้เป็นไปในเชิงรุกมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของการค้นหากลุ่มเสี่ยงในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ทั้งในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงปรับรูปแบบการสืบหาตามกลุ่มโรคต่าง ๆ นั่นคือ ผู้ที่มารับบริการรักษาโรคต่าง ๆ ดังเช่น HIV กลุ่มฟอกไต/ฟอกเลือด จะได้รับการประเมินเบื้องต้น โดยการทำ 2Q เป็นต้น

5. การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้กับประชาชน ในปัจจุบันมีหลากหลายช่องทางมากขึ้นโดยนำสื่อทั้งรูปแบบเอกสารและสื่อออนไลน์มาช่วยในการสื่อสารกับประชาชนในทุกกลุ่มวัย

6. การคัดเลือกชุมชนนำร่องเพื่อสร้างต้นแบบและเสริมพลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อพัฒนาไปสู่พื้นที่อื่น ๆ รวมถึงยกย่องเชิดชูผ่านการจัดกิจกรรมประกวด อสม. ทางด้านสุขภาพจิต เพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มที่มีภาวะ Burn out

จากกระบวนการดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่ากระบวนการดำเนินการที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวซ้ำ คือ การดักจับกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและการผลักดันส่งต่อให้เข้าสู่ระบบการให้บริการ ซึ่งการศึกษาทบทวนพบว่าการดักจับกลุ่มเสี่ยงนี้มีความท้าทายอยู่หลายประการ เพราะจากผลการวิจัยที่พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของพื้นที่ที่มีอัตราการตายสูง คือ ไม่เคยมีประวัติรับการรักษาหรือการประเมินภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่เคยเข้ารับบริการในระบบการรักษาแล้ว กลุ่มเหล่านี้มีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำต่ำลงมาก จึงเกิดเป็นข้อค้นพบว่า การผลักดันเข้าระบบการรักษาเป็นคำตอบที่สำคัญของการป้องกันปัญหา การดักจับที่รวดเร็วจะเป็นตัวช่วยที่ทำให้เกิดการเข้าระบบการรักษา แต่อย่างไรก็ตามความท้าทายที่น่าสนใจคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงกลับเป็นกลุ่มที่ไม่มารับบริการไม่ว่าช่องทางใด ส่วนหนึ่งเพราะไม่รู้ช่องทางการรับบริการ อีกส่วนหนึ่งคือไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตาย ดังนั้นกลุ่มเหล่านี้จึงยังมิใช่กลุ่มลูกค้าของระบบสาธารณสุข

สิ่งที่น่าสนใจต่อมาคือ กลุ่มเหล่านี้เป็นลูกค้าของใคร? เมื่อพิจารณาแล้วพบว่ากลุ่มเหล่านี้เป็นสมาชิกของสถานประกอบการในกรณีที่เป็นวัยทำงาน เป็นกลุ่มลูกค้าของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในกรณีที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เป็นกลุ่มลูกค้าของกระบวนการยุติธรรมในกรณีที่เป็นผู้ติดยาเสพติด กลุ่มลูกค้าของสถานศึกษาในกรณีที่เป็นเด็กนักเรียน/ นักศึกษา เป็นต้น ดังนั้นในกระบวนการทำงานจึงต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพราะสถานการณ์การฆ่าตัวตายในปัจจุบันมีความหลากหลายและมีปัจจัยที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มเหล่านี้กลับไม่ได้เข้าสู่ระบบการให้บริการ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยในเชิงคุณภาพที่พบว่า สถานที่สำหรับการให้การรักษาตามโรงพยาบาลยังขาดความพร้อมในหลายด้าน เช่น ไม่มีห้องที่มิดชิดหรือเป็นสัดส่วน ผู้ป่วยด้าน จิตเวชถูกนำไปปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป การรอรับการรักษาต้องใช้เวลานาน จำนวนแพทย์ไม่เพียงพอต่อการรักษาและไม่กระจายไปสู่ชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการยังไม่สามารถดึงเข้าสู่ระบบได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ พบว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายหลัก มิใช่การไม่ได้เข้ารับการรักษาเหมือนดังเช่นพื้นที่ที่มีอัตราสูง แต่เป็นเรื่องของภาวะความเครียดที่มีสาเหตุมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังเช่น ปัญหาเศรษฐกิจไม่มีรายได้ ตกงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียนออนไลน์ เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะความเครียดเพิ่มสูงขึ้น คือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และกลุ่มวัยรุ่นที่พบปัญหาเรื่องความสัมพันธ์และการสับสนในบทบาทของตนเองสูงขึ้น อธิบายได้ตามทฤษฎีสมมุติฐานถึงช่วงเวลาวิกฤต หรือการเข้าถึงช่วงเวลาดำเนินชีวิต (Critical period hypothesis or life course approach) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเข้าถึงช่วงเวลาดำเนินชีวิตว่า เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเชิงป้องกันการฆ่าตัวตายในช่วงอายุที่แตกต่างกัน(Hua P et al, 2020) โดยเป็นการสะสมประสบการณ์ที่สัมผัสถึงผลลัพธ์ที่เคยพบเห็นมาตลอดชีวิตหรือบางช่วงเวลา หรืออาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างในบางช่วงอายุ(Ben-Shlomo Y et al, 2002) และช่วงวัยรุ่น ที่เป็นช่วงอันตรายในการที่บุคคลปรับแต่งชีวิตของตนเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การสัมผัสซึ่งเหตุการณ์อันรุนแรงในชีวิต ที่นำมาซึ่งความผิดปกติทางอารมณ์ การลดการรับรู้คุณค่าของตนเองและการปรับตัวต่อสิ่งที่เผชิญอย่างไม่เหมาะสม เช่น ความก้าวร้าว ความเกลียดชัง และการแสดงความรุนแรง ซึ่งจะสืบทอดต่อมาถึงตอนเป็นผู้ใหญ่ และเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย(Björkenstam E et al, 2018)

จากการให้ข้อมูลของผู้ให้บริการพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นยังมีความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในลักษณะของการรักกัน คบหากันแบบแฟน หากอีกฝ่ายเปลี่ยนแปลงไปแล้วสามารถเรียกร้องความสนใจหรือดึงให้กลับมารักกันดังเดิมด้วยการฆ่าตัวตาย ส่วนหนึ่งเป็นอิทธิพลจากการซึมซับเนื้อหาจากรายการหรือละครในโทรทัศน์

ที่นำเสนอจากเรื่องจริง (บางส่วน) มักนำเสนอเนื้อหาที่มีความรุนแรงด้านความสัมพันธ์และสะท้อนเรื่องการฆ่าตัวตาย เพื่อให้อีกฝ่ายหันกลับมาคบหากันดังเดิมบ่อยครั้ง ทำให้กลุ่มวัยรุ่นที่มีความสับสนในช่วงการเปลี่ยนผ่านของตนเองเลียนแบบตาม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิเคราะห์สถิติเชิงอภิมาน (Meta-analysis) ถึงผลลัพธ์ในการฆ่าตัวตายที่ตามมาจากการแสดงพรรณนาถึงการฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตายในสื่อบันเทิง ในปี ค.ศ. 2020 จาก 12 การศึกษา(Niederkrotenthaler T et al, 2021) พบว่า มี 6 การศึกษาที่เกี่ยวกับการแสดงพรรณนาถึงการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่ตามมาด้วยอัตราเสี่ยง 1.33 (95%CI: 0.84-2.09) และมี 6 การศึกษาที่เกี่ยวกับการแสดงพรรณนาถึงความพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่ตามมาด้วยอัตราเสี่ยง 1.33 (95%CI: 0.84-2.09)

ดังนั้นสรุปได้ว่ากระบวนการดำเนินการที่ค้นพบในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การทำแผนคัดกรอง โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายและโซนการรับผิดชอบให้ชัดเจน 2) กระบวนการสร้างความตระหนักและให้ความรู้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข อสม. 3) วิเคราะห์จำแนกสาเหตุ 4) การลงพื้นที่และการให้บริการเชิงรุก 5) การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้กับประชาชน 6) การคัดเลือกชุมชนนำร่องเพื่อสร้างต้นแบบและเสริมพลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข

1.4 ผลลัพธ์

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานนี้ส่วนใหญ่ได้ประเมินมาตรฐานตาม Hospital Accreditation (HA) ตัวชี้วัด ของกรมสุขภาพจิต และมีการประเมินตนเองร่วมด้วย โดยการสำรวจผลลัพธ์ส่วนใหญ่ใช้การดำเนินการผ่านการสำรวจของ อสม. ในทุกหลังคาเรือนโดยพิจารณาการเข้าถึงระบบการให้บริการของผู้รับบริการ ประเมินความรุนแรงของอาการ รวมถึงพิจารณาผลลัพธ์จากการลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การลงประเมินผลตามบ้าน ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งคณะทำงานได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดตามเป็นช่องทางออนไลน์เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงาน คือ ผู้รับบริการรู้สึกดี มีคุณค่าในตนเอง มีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำลดต่ำลง มีความรุนแรงในการทำร้ายตนเองต่ำลงหลังจากเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหรือเข้าถึงระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขในการรักษา บำบัด ทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น มีสังคมที่เข้าใจมากขึ้นและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสำเร็จมักเกิดขึ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา ไม่เคยมีประวัติการรับบริการ และมีแนวโน้มการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในปัจจุบันมีระยะเวลาการสะสมปัญหาสั้นลงโดยกลุ่มที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมักทำด้วยความหุนหันพลันแล่น โดยมีปัจจัยกระตุ้นจากการดื่มสุรา ปัญหาครอบครัว (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2558) รวมถึงการกลั่นแกล้งทางโลกออนไลน์เริ่มเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ดังนั้นแนวทางการลดสัดส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จควรดำเนินการในหลายรูปแบบ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์จากการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ การพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีที่นำมาใช้กับการให้บริการกลุ่มเป้าหมายดังเช่น Application “smart อสม.”, Tiktok นำเสนอ 10 สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่าผลลัพธ์จากการดำเนินงานยังก่อให้เกิดนวัตกรรมอีก 3 รูปแบบ คือ 1) นวัตกรรมในการทำงาน เพื่อให้เกิดการทำงานในเชิงรุกจึงได้นำเทคโนโลยีเข้ามาให้บริการกับประชาชนมากขึ้น ดังเช่น Group line call ที่ อสม. ส่งวิดีโอของผู้ที่สงสัยว่าป่วยในไลน์กลุ่ม และมีจิตแพทย์คอยให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม. การสร้างแผนที่พื้นที่เสี่ยงหรือมีการฆ่าตัวตายสูง มีการปักหมุด GPS เพื่อวางแผนการแบ่งโซนความรับผิดชอบให้มีความชัดเจน 2) นวัตกรรมการป้องกันผ่านความเชื่อและความศรัทธา

ของชุมชน ดังเช่น นวัตกรรมในเขตสุขภาพที่ 1 มีนวัตกรรมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ นวัตกรรมภูมิปัญญาด้านความเชื่อ เช่น บิณฑบาตความทุกข์ คู่ไปกับการประชาคมหมู่บ้าน ทำพิธีสู่ขวัญให้กับคนไข้ที่มีภาวะทางด้านจิตใจ เป็นการเสริมกำลังใจให้ครอบครัว ผ้ายันต์เตือนสติคนพยายามฆ่าตัวตาย โครงการในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจร่วมกับพระสงฆ์ เป็นต้น และ 3) นวัตกรรมการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ช่วยให้คนสามารถเข้าถึงและเท่าทันสถานการณ์ รู้ตัวเองว่ากำลังต้องการความช่วยเหลือ และนำไปสู่การเข้ารับบริการในที่สุด ดังเช่น การสร้างหนังสั้น สื่อเตือนใจ การใช้รถโมบายเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้กับประชาชน เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการเปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิตและผลการดำเนินการ

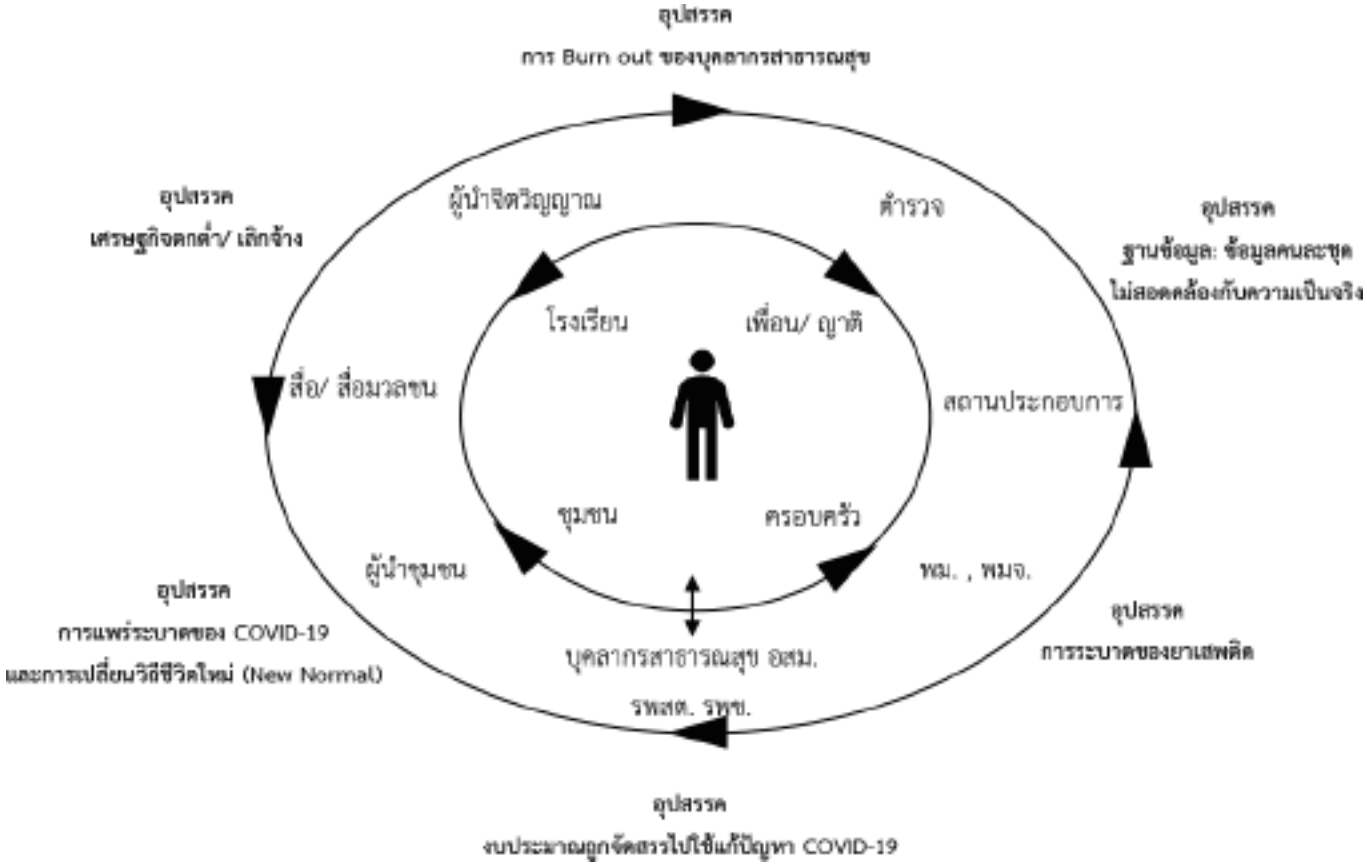
ประเด็น	หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย	มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังนี้ - มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่ม ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีกลุ่มใหม่เกิดขึ้นและมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงแนวโน้มของการฆ่าตัวตายมีเพิ่มมากขึ้น และเกิดกับกลุ่มที่มีอายุน้อยลง - การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้พัฒนาองค์ความรู้ในด้านการป้องกันให้กับคนหลายวัย ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น รถโมบายเคลื่อนที่ให้ความรู้ การแจกแผ่นพับ เป็นต้น - การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการดึงภาคีเครือข่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังเช่น การผนึกกำลังของหน่วยงานภาครัฐ ด้านสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม และการสร้างเครือข่ายในภาคประชาสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ผู้นำชุมชน ศาสนา โรงเรียน เป็นต้น - การสร้างการเป็นศูนย์กลางที่มีมาตรฐานในการให้บริการ ดังเช่น การปรับปรุงกายภาพของหน่วยให้บริการ การให้บริการเชิงรุกด้วยการประเมินคัดกรองกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช	มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังนี้ - การบูรณาการระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังเช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคต่าง ๆ ที่โรงพยาบาล - การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิต มีการจัดโซนการรักษาในลักษณะ One stop service ผู้มารับการรักษาสามารถขึ้นทะเบียนที่หน่วย โดยแยกออกจากพื้นที่การรักษาทั่วไป เพื่อให้เกิดความมิดชิด เป็นส่วนตัวและสะดวกต่อการมารับบริการ - การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยพบว่าจุดเด่นของงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายคือการมีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ โดยพบว่าการจัดอบรมให้ความรู้กับกลุ่ม อสม. และบุคลากรด้านสาธารณสุขจัดขึ้นบ่อยครั้ง มีระบบการติดตามและเป็นพี่เลี้ยง ทำให้การทำงานไม่โดดเดี่ยวส่งผลอย่างดีต่อคุณภาพของการทำงาน

ประเด็น	หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต	มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังนี้ - การพัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้บริการสื่อสารสุขภาพในชุมชนได้ใช้กลไก อสม. เข้าไปเชื่อมโยงให้ความรู้และดักจับ พร้อมทั้งการสื่อสารผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เข้าถึงประชาชนมากขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสายด่วน Line tiktok เป็นต้น - การสร้างความตระหนัก โดยการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพราะการฆ่าตัวตายมิใช่เรื่องส่วนบุคคลแต่คือเรื่องของลูกหลานของเรา - การพัฒนาจัดทำคอร์สบำบัดต่าง ๆ ที่เน้นการดึงครอบครัวมาร่วมออกแบบและรับฟังแนวทางการอยู่ร่วมกันเพื่อลดปัญหาด้านความสัมพันธ์และดึงคุณค่าของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายให้กลับมา
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังนี้ - การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งได้มีความพยายามจะนำข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง ๆ เช่น รง506s มาบูรณาการข้อมูลกับทะเบียนราษฎร์ และสถาบันนิติเวช เพื่อติดตามแนวโน้มเรื่องการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด

ประเด็นที่ 2 การเสริมสร้างการทำงานแบบภาคีเครือข่ายเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติทั้งสองระยะได้ให้ความสำคัญกับการทำงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมโยงของฐานข้อมูล แผนงานและทิศทางการดำเนินงาน งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวเพราะในระยะแรก การทำงานนั้นยังคงมุ่งเน้นการทำงานเชิงเดี่ยว มีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในด้านของการดูแลรักษาสุขภาพจิตและปัญหาต่าง ๆ ที่นำมาสู่การฆ่าตัวตาย ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายในระยะแรกจึงเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในระบบสาธารณสุข เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีโรคจิตเวช กลุ่มที่มีปัญหาซึมเศร้า ความเครียด ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะถูกประเมินวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยง แต่ในระยะหลังการทำงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนงานสู่การทำงานเชิงรุก เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนโดยมีกลไกสำคัญคือ อสม. ที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลระหว่างกันเพื่อดักจับกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการให้บริการสาธารณสุข

นอกจากนี้การเชื่อมโยงงานยังเกิดเป็นระบบมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงระบบการให้บริการของโรงพยาบาลเพื่อรองรับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อทำโครงการหรืองานออกเยี่ยมผู้ป่วยเป็นทีม พร้อมกับร่วมกันจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้วิจัยสามารถสรุปภาพประกอบการทำงานในรูปแบบเครือข่ายเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดังภาพ 2



ภาพประกอบ 2 สรุปเครือข่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากภาพประกอบ 2 จะเห็นได้ว่าเครือข่ายที่เริ่มเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติในปี พ.ศ.2564-2565 มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่มีความเฉพาะและหลากหลายมากขึ้น ในการอภิปรายผลครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมใน 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายหรืออาจเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลโดยตรงกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และระดับที่ 2 เป็นหน่วยงานหรือสถาบันที่มีผลทางอ้อมต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตายหรือเป็นปัจจัยที่สร้างผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มเสี่ยง สามารถแบ่งการนำเสนอได้ดังนี้

ระดับที่ 1 กลุ่มที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาทบทวนจะเห็นได้ว่าในสมัยก่อนนั้นมีความเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของบุคคล การแก้ปัญหานั้นจึงมุ่งเน้นเพียงการดึงคนที่มีความเสี่ยงเข้ามาแก้ไข ปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือนำมาบำบัด แต่ในระยะหลังที่มีองค์ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายทำให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาหรือการป้องกันนั้นมิใช่เรื่องของปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงคนรอบข้าง โดยเฉพาะคนใกล้ชิด ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เช่น การสะสมความอ่อนแอจากการสูญเสียสภาพครอบครัวที่อบอุ่น(Ratnarajah D et al,2008) การมีปัญหาความสัมพันธ์หรือเป็นครอบครัวแตกแยก การกลั่นแกล้งกันในโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้นการอภิปรายในระดับที่ 1 กลุ่มคนที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย ครอบครัวรวมถึงญาติพี่น้อง เพื่อน โรงเรียน และชุมชน

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้ปรากฏว่าการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 2564-2565 ได้มุ่งทำงานเชิงชุมชนมากขึ้น พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ดังเช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ดังจะเห็นว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นการทำงานในเชิงเครือข่ายตั้งแต่ระดับของครอบครัว ที่ต้องมีความเข้าใจและใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง ไม่ปล่อยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต้องอยู่ลำพังคนเดียว เก็บสิ่งของที่อาจนำมาสู่การทำร้ายตัวเองออกไปให้ไกลหรือพ้นจากสายตา ระมัดระวังเรื่องการสื่อสาร พร้อมกับมีความรู้ในการสังเกตอาการของคนในครอบครัวอยู่เสมอ นอกจากนี้เครือข่ายด้านโรงเรียนเป็นอีกเครือข่ายที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกรายงานว่ามีจำนวนมากขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้เห็นได้ชัดเจนว่าโรงเรียนได้มีความพยายามป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในการเห็นคุณค่าของตนเอง มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่คอยจับสัญญาณเตือนต่าง ๆ โดยมีเครือข่ายเพื่อนนักเรียนที่คอยรายงานข่าว/ ข้อมูลกลับมายังครูแนะแนวเพื่อหาทางช่วยเหลือหรือเรียกมาพูดคุยปรึกษาร่วมกัน โดยครูจะพิจารณาส่งต่อหรือดูแลช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้อาจต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะการส่งต่อนักเรียนไปรับการรักษายังต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและโรงเรียนในการช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเป็นโรคจิตเวชหรือโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ผลการวิจัยยังได้สะท้อนว่าโรงเรียนมีความเข้าใจในธรรมชาติหรือลักษณะของการฆ่าตัวตายของกลุ่มเด็กนักเรียนมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าบางโรงเรียนได้ บูรณาการองค์ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย แนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเครียด และวิธีการจัดการปัญหาเมื่อพบว่าคนใกล้ตัวมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการเข้ากับวิชาสุขศึกษา ส่วนหนึ่งเป็นการป้องกันและให้ความรู้เมื่อนักเรียนต้องประสบปัญหาดังกล่าว อีกส่วนหนึ่งทำให้เห็นว่าโรงเรียนมีความเข้าใจว่า การฆ่าตัวตายอาจไม่ได้เกิดกับกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเท่านั้น แต่สามารถเป็นใครก็ได้เพราะวันนี้เด็กนักเรียนในโรงเรียนอาจจะมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นเด็กปกติ แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาจกลายเป็นกลุ่มซึมเศร้าย่อมเป็นไปได้ ดังนั้น แนวทางการดูแลของโรงเรียนจึงครอบคลุมไปยังเด็กปกติด้วยเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาทบทวนยังพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นไทยมีเพิ่มสูงมากขึ้น โดยงานวิจัยของ วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาตากุล และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ (2563) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 11-19 ปี ศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 5,345 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ร้อยละ 6.4 โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ว่าการวินิจฉัยในกลุ่มผู้หญิงและผู้ชายอาจมีการวินิจฉัยเกินจริง ในขณะที่ผู้ชายอาจถูกมองข้ามและไม่นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงทำให้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าที่ควร ทั้งนี้ ภาวะของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้น ได้รับการศึกษาถึงสาเหตุและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียน ดังเช่น งานวิจัยของ สุรชัย เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัทธ์ คล่องดี (2564) ที่พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายในนักเรียนประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ความคาดหวังในการเรียนและการใช้ชีวิตจากผู้ปกครองที่เชื่อมโยงระหว่างผลการเรียนไปสู่การสร้างความกดดันในการใช้ชีวิต รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ สิ้นหวัง ตึงเครียดทางอารมณ์ 2) ปัญหาภายในครอบครัวขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ ครอบครัวที่แตกแยกมักส่งผลต่อความคิด อารมณ์และความรู้สึกในเรื่องของการขาดความอบอุ่น จนอาจมีพฤติกรรมหนีออกจากบ้านหรือคิดฆ่าตัวตาย นักเรียนในบางครอบครัวได้กลายเป็นที่รองรับอารมณ์ของผู้ใหญ่จนรู้สึกว่าตนเองเป็นสิ่งไม่ดีของครอบครัว และนำไปสู่การพึ่งพายาเสพติดในที่สุด 3) วัยรุ่นขาดทักษะในการเผชิญกับปัญหา เป็นสาเหตุที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยที่กล่าวข้างต้น คือ มีปัญหาครอบครัว มีปัญหาด้านการเรียน มีปัญหาการคบเพื่อนหรือมีความรักในวัยเรียนจนนำไปสู่ปัญหาสังคมอื่น ๆ เช่น การท้อง

ในวัยเรียน การพึ่งพายาเสพติด และทำให้รู้สึกผิดในภายหลังที่ทำให้ครอบครัวผิดหวังจนนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายในที่สุด และ 4) พฤติกรรมกลั่นแกล้งและการลอกเลียนแบบจากสื่อ โดยพบว่า การกลั่นแกล้งในโรงเรียนทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากมาโรงเรียน ไม่อยากเข้าเรียนบางรายได้ลาออกจากโรงเรียนเนื่องจากรู้สึกเศร้าและน้อยเนื้อต่ำใจ ในขณะที่บางส่วนมีพฤติกรรมลอกเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากสื่อ ภาพยนตร์ ละคร ทั้งนี้ โรงเรียนได้มีแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายใน 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต (Cultivating the self-resilience) เป็นวิธีการเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ค้นพบตนเอง ค้นพบความถนัดของตนเองเพื่อสร้างคุณค่าและเข้าใจตนเอง 2) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) ให้เพื่อนได้มีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาและเก็บความลับของเพื่อนที่มีปัญหา 3) การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นแนวทางการดึงครอบครัวให้เข้ามาร่วมเพื่อเข้าใจ ให้ความรัก คอยรับฟัง ให้ความอบอุ่น ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และ 4) การสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนภายในโรงเรียน (Teacher and school are supportive environments) โดยสร้างเสริมให้ครูมีทักษะการรับฟัง เปิดใจยอมรับในตัวนักเรียน เป็นที่ปรึกษาคอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศที่น่าเรียน อบอุ่น เป็นสุข ช่วยค้นหาหน่วยงานอื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนต่อไป

นอกจากกลุ่มนักเรียนแล้วยังพบว่ากลุ่มอื่น ๆ ที่พยายามฆ่าตัวตาย ยังมีความต้องการความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวเช่นเดียวกัน โดยผลการวิจัยของสุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และหรรษา เศรษฐบุปผา (2563) พบผลการวิจัยว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r=-.52$, $p<.001$) และรายด้าน บ่งบอกชัดเจนว่ายิ่งมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดียิ่งส่งผลต่อการฆ่าตัวตายต่ำลง ทั้งนี้ การเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ลงได้ งานวิจัยของ อนงค์ อรุณรุ่ง (2564) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุ 15-60 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และกลุ่มครอบครัวที่เข้าร่วมมีทั้งสิ้น 40 ครอบครัว พบว่าการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถช่วยปรับเปลี่ยนให้ความคิดของผู้พยายามคิดฆ่าตัวตายให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยเทคนิคสำคัญที่ถูกนำมาใช้ คือ การร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Joining) การมองมุมใหม่ (Reframing) การแสดงบทบท (Enactment) และการปรับขอบเขต (Boundary) ซึ่งมีรูปแบบทั้งการฟัง สะท้อนความรู้สึก การเงียบ การสรุปและการแนะนำ และการปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม ดังนั้นเมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เห็นคุณค่าในตนเองและปรับตัวกับครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ยังได้เห็นการทำงานเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายที่บูรณาการงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายกับงานของชุมชน ดังจะเห็นได้ว่าแม้หน่วยงานด้านสาธารณสุขจะไม่ได้รับงบประมาณเฉพาะด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายแต่ยังคงดำเนินโครงการต่าง ๆ ได้ผ่านการจัดสรรงบประมาณจากท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ พบว่า การดึงส่วนร่วมจากชุมชนมีประสิทธิภาพสูงในการดูแลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นงานที่สามารถทำร่วมกันได้ ดังเช่น โครงการดนตรีเพื่อผู้สูงอายุ โครงการบิณฑบาตความทุกข์ เป็นต้น นอกจากเป็นการดึงกลุ่มเปราะบางให้เข้ามาทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าและเบี่ยงเบนความคิดแล้ว ยังเป็นการดึงศาสนาให้เข้ามาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวของจิตใจ และส่วนหนึ่งทำให้กลุ่ม อสม. สามารถดักจับกลุ่มเสี่ยง จึงช่วยลดการฆ่าตัวตายซ้ำลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพิน ยอดกลาง มธุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ (2563) ที่ถอดบทเรียนกับชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่ดี พบประเด็นสำคัญที่ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ด้วยแนวทางการสร้างบทบาท

ของภาคประชาสังคมให้เข้ามาร่วมกับเคลื่อนงาน สร้างมุมมองว่าการฆ่าตัวตายไม่ใช่เรื่องของคนใดคนหนึ่ง แต่ทุกคนคือลูกหลานหรือญาติพี่น้องกัน วิธีการที่มักถูกนำมาใช้คือการจัดกิจกรรมนำประเพณีศิลปวัฒนธรรมเข้ามาบูรณาการกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตระหว่างคนในชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยกันสังเกตเพื่อส่งต่อมายัง อสม. นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการสื่อสารในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตายต้องเปิดโอกาสให้สื่อสารได้สองทางเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดซึ่งกันและกัน รวมถึงสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น เสียงตามสายในชุมชน วิทยุชุมชน สื่อสารจาก อสม. ผู้นำชุมชน เป็นต้น

ระดับที่ 2 หน่วยงานที่มีผลทางอ้อมต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย

นอกจากการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายแล้ว การดำเนินการงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระหว่างปี 2564-2565 ยังได้ดึงความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมด้วย ดังเช่น การดึงหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านสวัสดิการทางสังคมดังเช่น พมจ. อบต. แรงงานจังหวัด เป็นต้น เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ได้เข้ามาเป็นกลไกทั้งในด้านการสนับสนุนคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มเปราะบางที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประสานส่งต่อให้กับหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพจิตต่อไป นอกจากนี้ยังเข้ามามีส่วนร่วมในด้านงบประมาณโดยการให้งบประมาณจัดทำโครงการ การเชิญวิทยากร การสานพลังชุมชนเพื่อเข้าร่วมรับรู้ รับฟัง เพิ่มพูนทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน บางหน่วยงานได้ลงพื้นที่ติดตาม ประเมินร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล อสม. ที่ลงเยี่ยมบ้าน

นอกจากนี้ยังพบว่า นวัตกรรมของชุมชนได้ดึงนำศาสนาและหลักธรรมเข้ามาพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังเช่น การบิณฑบาตความทุกข์ เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยแบ่งเบาความเครียด ให้ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สงบสติอารมณ์ลงได้ พร้อมทั้งมีผ้ายันต์ที่ได้รับการปลุกเสกจากผู้นำจิตวิญญาณที่ได้รับการยกย่องนับถือของคนในชุมชน เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจและให้สัจจะระหว่างกันว่าจะไม่พยายามทำร้ายตัวเองอีก สอดคล้องกับการวิจัยของ พระครูกิตติพัฒนานุยุต วันชัย พลเมืองดี และเทพประวิณ จันทร์แรม (2563) ที่ได้นำหลักธรรมะมรรคมีองค์ 8 ร่วมกับหลักธรรมอริยสัจ 4 มาใช้เพื่อลดการฆ่าตัวตาย ร่วมกับพิธีกรรมสืบชะตาในล้านนาที่เป็นกระบวนการทำงานทางจิตของพระพุทธศาสนามาเป็นการควบคุมทางกาย และใช้การปฏิบัติธรรมในการฝึกฝนจิตใจเพราะกายและจิตแยกออกจากกัน ซึ่งพิธีกรรมสืบชะตาล้านนานั้นมีความเชื่อแฝงไว้ว่าทุกข์ภัยทั้งหลายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว จะหมดหายไปจากชีวิต จึงก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป ซึ่งการนำหลักการทางศาสนานี้สามารถนำมาบำบัดให้กับผู้มีความคิดฆ่าตัวตายได้จากการค้นหาสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา, นำหลักการทางศาสนามาป้องกันและแก้ไขปัญหา, ให้คำปรึกษาและแนะนำเพื่อการทำจิตบำบัด, ร่วมกันหาแนวทางป้องกันการกระทำซ้ำ และสร้างพลังกลุ่มช่วยเหลือร่วมกัน นอกจากนี้พบว่างานวิจัยของพระมหาอินทร์วงค์ อิสฺสรภาณี พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ และจันทรัสมิ์ ตาปูลิง (2562) ได้นำหลักการทางพระพุทธศาสนามาป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตาย โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้แก่บุคคลทั่วไปในการสังเกตผู้ที่อาจจะฆ่าตัวตาย (สังวรปธาน) เป็นการเฝ้าระวังจากกลุ่มกัลยาณมิตรและผู้ที่มีจิตสาธารณะ การเฝ้าระวังนี้ต้องแจ้งให้ผู้มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้เห็นถึงทุกข์อริยสัจ หรือรู้ถึงสาเหตุของปัญหาที่จะตามมา แม้บางคนยังไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่หากไม่มีคนคอยเตือนอาจไม่รู้ตนว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง เมื่อเจอปัญหาอาจตัดสินใจฆ่าตัวตายได้อย่างกะทันหัน 2) ใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย (ปหานปธาน) ซึ่งเป็นหลักการที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้ง ลด ละ ด้วยจิตอันเป็นกุศลธรรม มีสัมมาทิฐิ นั่นคือมีความยืดหยุ่นของการแก้ปัญหา ผู้ที่จะนำหลักการทางศาสนาไปปรับใช้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายต้องเข้าใจปัญหาของแต่ละคน และใช้หลักการทางจิตวิทยาที่เหมาะสมและถูกต้อง 3) การสร้างภูมิคุ้มกัน (ภาวนาปธาน)

เป็นหลักการที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับชาติ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีตลอดจนมีนโยบายสนับสนุนจากส่วนราชการ มีการกำหนดเป้าหมายและทิศทางการทำงานร่วมกัน 4) สร้างแนวทางที่มั่นคงในการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตาย (อนุรักขนาปธาน) เป็นการสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิต ความเป็นไปของชีวิต สร้างความหนักแน่นในการใช้ชีวิตและการทำงานด้านการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อันนำไปสู่การมีแนวทางการดำเนินการที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

ในขณะที่ความร่วมมือจากสถานประกอบการ มีส่วนสำคัญเช่นเดียวกัน จากผลการวิจัยพบว่าแนวโน้มความเครียด การเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงเวลาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งเป็นตัวกระตุ้นให้คนปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นผู้ลงมือฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้ว่ามีคนดังหลายคนที่ฆ่าตัวตาย เจ้าของธุรกิจหลายรายฆ่าตัวตายเพื่อหนีหนี้สิน พ่อค้าแม่ค้าไม่สามารถขายของได้หมดหนทางทำกินจึงตัดสินใจซดยาฆ่าแมลงเพื่อฆ่าตัวตาย เป็นต้น (BBC News ไทย, 2564) อย่างไรก็ตามในการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานประกอบการในผลการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ได้ปรากฏชัดเจนว่ามีการดูแลเฉพาะด้านนี้ แต่ได้มีรายงานจากสถานประกอบการในบางแห่งมีห้องให้คำปรึกษาและผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานให้กับบุคลากร รวมถึงในกลุ่มที่มีหนี้สินเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งทำให้มีความเครียดเรื่องการเป็นหนี้สิน ดังนั้น ในสถานประกอบการหรือหน่วยงานภาครัฐได้จัดหาแหล่งเงินทุนสำหรับการกู้ยืมในอัตราที่ดอกเบี้ยต่ำ เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและป้องกันการฆ่าตัวตาย

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมกับตำรวจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มติดยาเสพติดเพราะเป็นผู้จับกุมและดำเนินคดี ดังนั้น ตำรวจจึงได้เข้ามาร่วมอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย สังเกตสัญญาณเตือนและพฤติกรรมของกลุ่มผู้รับโทษ ทั้งนี้ ยังพบว่ากลุ่มในเรือนจำเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงเรื่องการฆ่าตัวตายสูงเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกศาลพิพากษาจำคุกในการกระทำผิดครั้งแรก อาการซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นเพราะถูกตัดขาดจากโลกภายนอก บางรายมีอาการร่วมกับทางกายที่รักษาไม่ได้ มีปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว ถูกตัดสินโทษเป็นเวลานานทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงตัดสินใจปลิดชีวิตตนเอง (อัจฉรา มุ่งพานิช กิติยา กุตกุง, 2563)

ในขณะที่กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและ อสม. ถือได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่อยู่ได้ทั้งสองระดับและจะมีความเกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้นหากกลุ่มเสี่ยงได้ถูกส่งเข้าสู่ระบบสาธารณสุข เนื่องจากกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำหรับการป้องกัน ดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมบำบัดต่าง ๆ การวินิจฉัยและให้การรักษา การมีเครื่องมือช่วยคัดกรองและประเมิน ทั้งแบบเบื้องต้นและเชิงลึก นอกจากนี้ยังจัดทำสื่อและช่องทางการสื่อสารกับประชาชน ดังเช่น สายด่วน 1323 สื่อเผยแพร่การดูแลสุขภาพจิตในภาวะการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่บุคลากรบางส่วนได้ประสานความร่วมมือไปยังกลุ่มโรงเรียน ชุมชน หน่วยงานอื่น ๆ เพื่อวางแผนงานปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมกัน ดังเช่น การให้ความรู้กับโรงเรียนและสร้างครูจิตดี การสร้าง อสม.ที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบในการทำงานเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังได้พัฒนาองค์ความรู้และฐานข้อมูลเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากหลายฐาน ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงจะเห็นได้ว่าในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมสุขภาพจิตได้ขับเคลื่อนงานด้านสื่อกับทีมสื่อมวลชน เช่น การส่งเนื้อหาไปยังรายการต่าง ๆ เพื่อให้ย้ำเตือนช่องทางการให้บริการกับประชาชน การสร้างเนื้อหา (Content) วิธีสังเกตสัญญาณเตือนใน Tiktok เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ได้มีการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการดึงการมีส่วนร่วมทั้งจากกลุ่มคนใกล้ชิดและกลุ่มหน่วยงานเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาและร่วมกันเฝ้าระวัง ทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการดูแลและผลักดันให้เข้าสู่ระบบได้ดีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานนี้ยังพบกับอุปสรรคอีก 6 ประการ ได้แก่

1. อุปสรรคด้านบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะ Burn out สูงมากขึ้น ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการแก้ปัญหาและรับภาระที่มากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้บุคลากรพักผ่อนน้อยลง มีความสมดุลในการใช้ชีวิตกับชีวิตการทำงานต่ำลง มีความเครียดเพิ่มขึ้นเพราะการทำงานไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและไม่มีงบประมาณสนับสนุนต่อค่าตอบแทนให้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งภาวะเหล่านี้บั่นทอนจิตใจจนนำไปสู่ภาวะเครียด ซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน แม้หน่วยงานสาธารณสุขจะจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดเติมพลังใจให้ อสม. แล้วแต่มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องศึกษาถึงความต้องการและข้อจำกัดของกลุ่มเหล่านี้

2. อุปสรรคด้านฐานข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้ฐานข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในปัจจุบันมีการใช้ฐานข้อมูลสำคัญ 3 ฐาน ได้แก่ รง506s รายงานจากสถาบันนิติเวช รายงานทะเบียนราษฎร์ แต่อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญคือ ผลการรายงานที่มีการเก็บสถิติไม่ครบถ้วน มีจำนวนสัดส่วนของการฆ่าตัวตายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าฆ่าตัวตายอีกจำนวนมาก (under report) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ 2 อย่าง ได้แก่ 1) แต่ละฐานข้อมูลมีผลการรายงานสถิติไม่สอดคล้องกัน 2) ข้อมูลการฆ่าตัวตายที่รายงานยังไม่ตรงกับความเป็นจริงที่คาดการณ์ว่าจะมีสถิติการฆ่าตัวตายสูงกว่าที่รายงานจริง สืบเนื่องมาจากเกณฑ์การตัดสินการเสียชีวิตว่าเป็นการฆ่าตัวตายที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นคนระบุ รวมถึงการปกปิดข้อมูลจากญาติ/ ครอบครัวของผู้เสียชีวิต เพราะมีผลต่อเงินประกัน เป็นต้น

3. อุปสรรคด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูงมากขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กวัยรุ่นเพราะการเรียนออนไลน์ทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น ไม่มีกิจกรรมทางสังคม ขาดการกระตุ้นเตือนเรื่องโทษของยาเสพติด ทำให้กลุ่มเด็กเหล่านี้ถูกชักจูงจากรุ่นพี่มากขึ้น และในกลุ่มคนทำงานที่ตกงานหรือถูกเลิกจ้าง มีความเครียดและมีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวทำให้หันมาพึ่งพายาเสพติดมากขึ้น ประกอบการหาซื้อได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูง ดังเช่น จังหวัดตะเข็บชายแดน เป็นต้น ดังนั้น ด้วยการแพร่ระบาดของยาเสพติดทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสั่งผ่านช่องทางออนไลน์ ทางไปรษณีย์ ทำให้มีกลุ่มคิดฆ่าตัวตายจากปัญหาการติดสารเสพติด ติดสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงตาม

4. อุปสรรคด้านงบประมาณ จากผลการวิจัย พบว่าการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติทั้งสองระยะประสบข้อจำกัดด้านงบประมาณทั้งสองระยะ เนื่องจากมีงบประมาณจำกัดประกอบกับประเทศต้องเผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้งบประมาณบางส่วนถูกดึงไปใช้กับการแก้ปัญหาโควิด-19 แม้บุคลากรสาธารณสุขยังคงได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการดักจับ การประเมิน การหาทางแก้ไขและช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตามการลงพื้นที่เพื่อควานหาความเสี่ยง เก็บข้อมูลเพื่อการรายงานกลับมา การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากเนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุนค่าตอบแทนให้กับ อสม. เพิ่มเติม เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณสำหรับการลงพื้นที่ ดังนั้น แนวโน้มการทำงานเชิงรุกจึงยังไม่สามารถทำได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

5. อุปสรรคด้านการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอีกอุปสรรคที่ทำให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการแพร่ระบาดทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีชีวิต New Normal ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้สิ่งที่ทำได้ยากกับกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นทุนเดิม เมื่อต้องปรับตัวและรับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ย่อมส่งผลให้สูญเสียคุณค่าในตนเอง บางรายมีความกลัวและตระหนกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น ดังเช่นผลการวิจัยพบว่ามีคนพยายามฆ่าตัวตายเมื่อติดเชื้อโควิด-19 เพราะกลัวเข็มฉีดยา เป็นต้น ในขณะที่บางรายมีความเชื่อมโยงกับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังจะเห็นได้จากข่าวที่ปรากฏว่าโรงเรียนปิด นักเรียนต้องเรียนออนไลน์ ส่งผลให้ผู้ปกครองเครียดและรมควันตนเองกับลูกน้อยเสียชีวิตในรถยนต์ (ไทยรัฐออนไลน์, 2564)

6. อุปสรรคด้านเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายตกงาน มีปัญหาหนี้สินที่พอกพูนมากขึ้น ความเครียดจากการถูกทวงหนี้ทำให้กลุ่มเหล่านี้คิดสั้น และยังมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายยกครอบครัวเพื่อหนี้สิน เพราะไม่ต้องการทิ้งภาระให้ใครรับผิดชอบ

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าการทำงานแบบภาคีเครือข่ายที่ปรากฏในปัจจุบันนี้ ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ดังเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น หน่วยงานด้านการศึกษา ภาคประชาสังคม ดังเช่น ผู้นำจิตวิญญาณ พระ ครอบครัว กลุ่มชุมชนในพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง ชมรม สถานประกอบการ เป็นต้น การมีส่วนร่วมที่ปรากฏในข้อค้นพบงานวิจัยครั้งนี้ คือ มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร แบ่งปันบุคลากรในการให้ความรู้ อบรม ทำความเข้าใจร่วมกัน แบ่งปันงบประมาณ แบ่งปันความรับผิดชอบทำให้ขอบเขตการทำงานคู่ขนานไปพร้อมกัน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบอุปสรรคสำคัญในการทำงานร่วมกันอีก 6 ประการ ได้แก่ 1) อุปสรรคด้านบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะ Burn out สูงมากขึ้น 2) อุปสรรคด้านฐานข้อมูลที่มีข้อมูลไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับความเป็นจริง 3) อุปสรรคด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติด 4) อุปสรรคด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ 5) อุปสรรคด้านการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 6) อุปสรรคด้านเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้การทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายทำได้ยากมากขึ้น

บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาผลการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2560-2563 โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 236 คน และผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 144 คน ระยะที่ 2 การศึกษาผลการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี 2564-2565 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 227 คน และผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 143 คน ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์การประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2560-2563

1.1 ด้านบริบท พบว่าผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามรับทราบเกี่ยวกับการบริการและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก ในขณะที่การรับทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตและนโยบาย/ แผนงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่เน้นการส่งเสริมมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย การคัดกรองและค้นหากลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งเสริมความรู้และทักษะให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ได้ถ่ายทอดกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำนั้นได้ปรับรูปแบบการดำเนินการโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยรูปแบบหรือแผนงานของตนเอง เพราะขาดการส่งต่อแผนงานจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบ เกิดข้อค้นพบว่าสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของพื้นที่ที่มีอัตราการตายสูง มักมาจาก 3 ประเด็น คือ ไม่เคยมีประวัติรับการรักษาหรือการประเมินภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้มีปัญหาสุขภาพ และผู้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ในขณะที่พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ มีสาเหตุสำคัญ คือ เรื่องปัญหาสุขภาพจิต มีความเครียดสูง รองลงมาคือผู้ป่วยที่เป็นโรคด้านจิตเวช ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายส่วนมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน แต่มีรายงานถึงกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายแนวโน้มอายุน้อยลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบล่าสุดคือเด็กนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 รวมถึงกลุ่มคนตกงาน

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยนำเข้าด้านอัตรากำลังบุคลากรยังคงขาดแคลนโดยเฉพาะจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ไม่สามารถกระจายจิตแพทย์ไปยังหน่วยต่าง ๆ ได้ ต้องตั้งรับกลุ่มผู้รับบริการอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบอัตราการ Burn Out ของเจ้าหน้าที่สูงมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่าทั้งพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ ได้ดำเนินการเสริมสร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งจัดให้มีการประชุมอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้อยู่เสมอ รูปแบบของการใช้สื่อพบว่ามีทั้งใช้สื่อหลักคือ Mental Health Check in Application

ร่วมกับเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโปรแกรม Line Skype Zoom สายด่วน เป็นต้น โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงการทำร้ายตนเอง การประเมินตนเองด้วยเครื่องมือ 2Q, 8Q, 9Q เป็นต้น นอกจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์แล้วยังได้จัดบุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย จัดทำโปสเตอร์หลายภาษา

ในส่วนของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการ พบว่าบางจังหวัดได้มีรูปแบบการส่งต่อของแผนจากระดับยุทธศาสตร์ชาติลงสู่แผนปฏิบัติงานย่อยของตำบล แต่บางพื้นที่ขาดการส่งต่อของแผนย่อยลงสู่การปฏิบัติ ทำให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานต้องคิดรูปแบบหรือกระบวนการดำเนินงานด้วยตนเอง ทั้งนี้ แผนปฏิบัติที่ส่งลงมายังหน่วยย่อยมักมาพร้อมกับงบประมาณ โดยรูปแบบของงบประมาณแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) งบประมาณที่ส่งมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยตรง ดังเช่น งบประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, งบประมาณจาก สปสช. เป็นต้น 2) งบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม ซึ่งมาจากหลากหลายหน่วยงาน ดังเช่น งบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน งบประมาณการทำโครงการจาก อบต. เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณรูปแบบใดก็ตาม ยังคงพบข้อจำกัดเรื่องความต่อเนื่องของงบประมาณ ทำให้ในบางปีที่ได้รับจัดสรรงบประมาณโดยตรงเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย คณะทำงานจะนำมาบริหารจัดการการทำงานเพื่ออำนวยความสะดวกต่อการรับบริการ รวมถึงการค้นหาเชิงรุก ดังจะเห็นว่าบางจังหวัดที่ได้รับงบประมาณโดยตรงเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย มักมีพื้นที่การให้บริการที่แยกออกเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว ผู้รับบริการสามารถเข้าถึง/ลงทะเบียนได้รวดเร็ว ในขณะที่บางพื้นที่ที่ไม่ได้มีแผนเฉพาะด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย งบประมาณส่วนใหญ่มักนำไปใช้จัดสรรแบบบูรณาการกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การจัดค่ายป้องกัน/บำบัดผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น

1.3 ด้านกระบวนการ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการคัดกรองซักประวัติ การเผยแพร่ความรู้ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ การแก้ไขปัญหาของเจ้าหน้าที่ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า นอกจากเจ้าหน้าที่จะได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การสังเกตสัญญาณเตือน การประเมินการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาด้านพื้นฐานแล้ว ยังได้อบรมให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องภาวะเสี่ยงซึมเศร้า สัญญาณเตือนในการขอความช่วยเหลือ รวมถึงการจัดทำคอร์สเพิ่มพลังจิตใจต่าง ๆ รวมทั้งผู้นำด้านจิตใจและผู้นำศาสนาเข้ามาช่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และได้ดำเนินการควบคู่กับโรงเรียนเพื่อให้ความรู้กับนักเรียน เยี่ยมบ้านนักเรียน พร้อมทั้งอบรมให้กับครูเพื่อช่วยเหลือดูแลนักเรียนต่อไป ทั้งนี้กระบวนการอบรมพัฒนาบุคลากรยังมุ่งเน้นการสร้างเครือข่าย โดยมี รพสต. เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. รพช. เพื่อให้ช่วยสอดส่องและรายงานกลับมาเพื่อเข้าสู่ระบบการให้บริการพร้อมทั้งติดตามประเมินผล กระตุ้นและทบทวนองค์ความรู้อยู่เสมอ นอกจากนี้ ระบบการให้บริการติดตามประเมินผล ยังมีโปรแกรมการติดตามผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังเช่น การนัดหมายของแพทย์ การนัดรับยาเดิม การให้บริการ Individual Case หรือ Family Case และการลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมระหว่างพยาบาลจิตเวชกับพยาบาล รพสต. โรงพยาบาลจิตเวชเป็นที่ปรึกษา

1.4 ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการได้รับบริการการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างสะดวกรวดเร็ว มีขั้นตอนการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน และพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำ ซึ่งปรากฏผลว่าพื้นที่ที่อัตราการฆ่าตัวตายต่ำมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษา และการนำความรู้ไปป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนของ

ผลลัพธ์พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการนำไปใช้ ดังเช่น การคิดอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสอดคล้องกับปัจจัยนำเข้า นั่นคือจำนวนบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอทำให้ผลผลิตในการสร้างมาตรฐานการให้บริการด้านงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ยังทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายถือได้ว่าเป็นคนที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมาย เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา และทำงานเชิงรุกร่วมกับทีมงานจาก พมจ. เพื่อเชื่อมระบบการทำงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้ยังควรพึงระวังเรื่องจำนวนภาระงานที่มากเกินไปและส่งผลต่อภาวะ Burn Out ของเจ้าหน้าที่ ดังนั้น การนำเทคโนโลยีมาช่วยด้านการให้บริการกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นสิ่งที่สามารถช่วยเจ้าหน้าที่ได้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการเดินทางไปยังพื้นที่ที่เดินทางลำบาก

นอกจากการให้บริการในเชิงรุกแล้ว ผลการวิจัยยังพบอุปสรรคอีกประการหนึ่งของการเข้าถึงการให้บริการ นั่นคือแม้จะมีการพัฒนาโดยนำเทคโนโลยีมาช่วยในการเข้าถึงบริการ แต่พื้นที่ที่ห่างไกลความเจริญสัญญาณอินเทอร์เน็ตเข้าไม่ถึงอาจทำให้ไม่ได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องรวมถึงกลุ่มเหล่านี้ยังขาดการเข้าถึงบริการเพราะเป็นกลุ่มคนชายขอบ ไม่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ดังนั้น เมื่อมีการเปลี่ยนยาอาจทำให้ค่ายาแพงขึ้นและไม่สามารถจ่ายได้ ประกอบกับเวชภัณฑ์ใน รพช. ไม่เพียงพอ ทำให้กลุ่มเหล่านี้ไม่ได้รับการให้บริการที่เหมาะสม

2. ผลการวิเคราะห์การประเมินโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายในยุทธศาสตร์ช่วงปี 2564-2565

2.1 ด้านบริบท ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้รับบริการและผู้ดูแล โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริบทในด้านความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายทั้งในด้านการประชาสัมพันธ์ การแจ้งมาตรการอยู่ในระดับมาก ส่วนความพึงพอใจต่อการรับทราบสาเหตุเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านบริบท คือ พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมีการดึงความร่วมมือและบูรณาการกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มากขึ้น และยังคงขับเคลื่อนกับโรงเรียนเพื่อสร้างครูจิตดี และอสม. ที่ช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก่อนนำไปสู่การทำร้ายตนเอง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2564-2565 เริ่มเป็นระบบและมีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ยังคงดำเนินการตามแผนงานแต่พบกับความท้าทายใหม่ในบางพื้นที่ที่มีบริบทซับซ้อน ทำให้การทำงานต้องอาศัยเครือข่ายชุมชนมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานจึงเลือกแบ่งการดูแลตามลักษณะความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคล สถานการณ์เรื่องการฆ่าตัวตายในช่วงปีนี้ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำยังคงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นแต่การฆ่าตัวตายสำเร็จมีจำนวนน้อย

ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ การฆ่าตัวตายในช่วงเวลานี้มักเป็นกลุ่มเปราะบางที่ประสบปัญหาเรื่องโควิด-19 รวมถึงมีกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ข้าราชการ และครูเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีความสอดคล้องกันทั้งสองพื้นที่คือมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นและผู้ฆ่าตัวตายมีอายุลดน้อยลง สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาใกล้เคียงกันคือ เป็นกลุ่มติดสุราสารเสพติด ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจ และผู้ที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ ในขณะที่สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ คือ ปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากสภาพเศรษฐกิจ ขาดรายได้ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์

ในช่วงปี 2560-2563 สาเหตุเริ่มเปลี่ยนแปลงมาเป็นเรื่องภาวะความเครียด การพึ่งพิงยาเสพติดและสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการฆ่าตัวตายในระยะหลัง วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือ การผูกคอ รองลงมาคือ การกระโดดน้ำ และการยิงตัวตาย

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่และหน่วยการให้บริการ อยู่ในระดับมาก โดยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในด้านการได้รับบริการที่นำเครื่องมือ สื่อ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยในการดูแลสุขภาพจิตกับประชาชน โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 38.2) ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า อัตรากำลังบุคลากรมีแนวโน้มการ Turnover เพิ่มมากขึ้นซึ่งซ้ำเติมกับปัญหาเดิมคือมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะนักจิตวิทยาจิตแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช ดังนั้นการให้บริการในเชิงรุกจึงทำได้ยากมากขึ้น อย่างไรก็ตามแผนการพัฒนาด้านความรู้และทักษะของการให้บริการ ยังคงทำอย่างต่อเนื่องซึ่งได้ดำเนินการควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังใจให้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่จะ Burn out ในขณะที่การอำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเอง

งบประมาณภายใต้ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2564-2565 ยังคงมีจำกัดเช่นเดิม ไม่มีงบประมาณด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ เนื่องจากงบประมาณถูกดึงไปใช้เพื่อจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หน่วยที่ทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายต้องพึ่งพิงงบประมาณในส่วนอื่น ๆ เช่น กองทุนหมู่บ้าน พมจ. งบประมาณจากโรงเรียน งบประมาณจากท้องถิ่น งบประมาณจาก สสจ. เป็นต้น ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยนำเข้าในประเด็นของความพร้อมด้านสถานที่ ได้พบว่าในระยะนี้หน่วยให้บริการในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงได้ปรับรูปแบบการให้บริการที่มีความเป็นส่วนตัว แยกสัดส่วนได้มากขึ้นแม้บางแห่งจะยังไม่สามารถแยกห้องให้คำปรึกษาสุขภาพจิตให้ออกมาเป็นสัดส่วนชัดเจนได้ แต่ได้พยายามอำนวยความสะดวกให้ผู้มารับบริการได้รับการบริการที่ดีที่สุด

2.3 ด้านกระบวนการ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในด้านการคัดกรอง ซักประวัติ การเผยแพร่ความรู้ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ในขณะที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพนอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่ากระบวนการเริ่มปรับเปลี่ยนไปจากเดิม คือ เริ่มดำเนินการที่เน้นชุมชนเป็นฐานมากขึ้น โดยดึงเครือข่ายภาคชุมชน ดังเช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำจิตวิญญาณ กลุ่ม/ชมรม อสม. ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง เข้ามาร่วมในกระบวนการ โดยกระบวนการดำเนินการกับชุมชนประกอบด้วยการประชาสัมพันธ์ช่องทางการให้บริการผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือคนที่พยายามฆ่าตัวตาย การเก็บข้อมูลด้วยประเมินซึมเศร้าในกลุ่มต่าง ๆ ที่มารับบริการรักษาติดตามในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการค้นหาและทำให้พบเจอกลุ่มเสี่ยงได้เร็วขึ้น นอกจากนี้กระบวนการด้านการเก็บข้อมูล ยังได้ถูกนำมาวิเคราะห์อย่างละเอียดมากขึ้นทำให้สามารถจำแนกสาเหตุของการฆ่าตัวตายและนำไปสู่การสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4 ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า มีความพึงพอใจแตกต่างกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในด้านการให้บริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมี

ขั้นตอนที่ชัดเจน การให้คำปรึกษาแนะนำและผลลัพธ์ในด้านการนำความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าจากการดำเนินการที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาอย่างรอบด้าน ดังเช่น การสร้างอาชีพ รายได้เสริมให้กับกลุ่มที่ตกงาน การเชื่อมประสานกับสถานประกอบการเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการกับชุมชนที่ดึงบ้าน วัด โรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการป้องกันและดูแลกลุ่มเสี่ยงคือ การให้บริการเพื่อลดการทำร้ายตัวเองร่วมกับการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ดังเช่น การเดินทางไปเยี่ยมติดตามอาการของผู้รับบริการจะเดินทางไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อค้นหาปัญหาความเดือนร้อน โดยมีเจ้าหน้าที่จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้ช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ในด้านผลกระทบจากมาตรการและการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่าในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ผู้รับบริการได้สะท้อนว่ามีความรู้สึกดีขึ้น การทำร้ายตนเองน้อยลงเพราะคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับคนรอบข้างมากขึ้น ในขณะที่ครอบครัวเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือมากขึ้น หมั่นสังเกตอาการของกลุ่มเสี่ยง ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว ชวนพูดคุย ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความร่าเริง ความเครียดความวิตกกังวลลดน้อยลง ส่งผลให้การกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำลดน้อยลง

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2560-2564	เพื่อการพัฒนา
1. ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย	<u>พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง</u> 1. ควรมีเวทีประชุมบูรณาการงานในระดับพื้นที่จนถึงระดับจังหวัด เพื่อให้ภาคีเครือข่ายที่มียุทธศาสตร์ร่วมกันได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การออกแบบงาน บทบาทหน้าที่ ตลอดจนการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน 2. ควรเพิ่มการผลักดันงานป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง ได้แก่ งบประมาณ และอัตรากำลัง
2. พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช	<u>พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง</u> ควรเพิ่มการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านหลักศาสนาบูรณาการในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานพยาบาล
3. สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต	<u>พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ</u> ควรขับเคลื่อนการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาเหตุและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในระดับกรมสุขภาพจิต โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดและมีโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล	<u>พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ</u> ควรมีเกณฑ์กำหนดหรือดัชนีชี้วัดกลางเพื่อสอบสวนโรค ประเมินการตายด้วยวิธีการฆ่าตัวตาย พัฒนาระบบการติดตามที่มีตัวชี้วัดจากส่วนกลางที่ชัดเจน

จุดแข็งของยุทธศาสตร์ช่วงปี 2564-2565 :

1. เป็นแผนยุทธศาสตร์เพื่อตอบสนองการป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด 19
2. มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องจากยุทธศาสตร์ช่วงปี 2560-25563

จุดอ่อนของยุทธศาสตร์ช่วงปี 2564-2565

1. การเชื่อมโยงและความร่วมมือกับบุคลากรนอกสาธารณสุขยังมีน้อย เช่น กลุ่มสื่อสารมวลชน กลุ่มที่มีอิทธิพลทางสังคมออนไลน์ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน กระทรวงแรงงาน กระทรวงดิจิตอลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมกระทรวงวัฒนธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2. ขาดการติดตามประเมินความสามารถการคัดกรองของ GATEKEEPER

ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2560-2564	เพื่อการพัฒนา
1. ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคม และสุขภาพด้านพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเศรษฐกิจและสังคม	<u>พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ</u> 1. เพิ่มการทำงานร่วมกับหน่วยงานนอกสาธารณสุข โดยร่วมกันกำหนดนโยบายทิศทางเดียวกัน เพื่อให้งานขับเคลื่อนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติเกิดประสิทธิภาพ 2. ควรกำหนดนิยามของกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงด้านเศษรฐกิจสอดคล้องกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับบุคลากรนอกสังกัดสาธารณสุข
2. พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหาและเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ	<u>พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ</u> 1. เพิ่มข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยมีการกลั่นกรองและวิเคราะห์ให้เหมาะสมจากข้อมูลในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล/ชุมชน 2. การศึกษาที่ลงลึกถึงสถานที่การฆ่าตัวตาย รูปแบบการฆ่าตัวตาย แรงจูงใจก่อนฆ่าตัวตาย 3. การป้องกันปัญหาควรดำเนินการเป็นระบบและฝึกอบรมบุคลากรนอกสาธารณสุข รวมถึงเพิ่มการจัดทำเนียบผู้ผ่านการอบรม
3. พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน (25 จังหวัด)	พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง 1. เพิ่มการทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับภาคประชาชนต้องเป็นภาพใหญ่ 2. นำทฤษฎีนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological systems theory) เข้ามาร่วมอธิบายความเกี่ยวข้องของเครือข่าย เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของแต่ละโครงการหรือกิจกรรมที่ทำเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาแนวทางการผสานงานที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การวางนโยบายรองรับการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับหน่วยงานนอกสังกัดสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ช่วงปี 2560-2564	เพื่อการพัฒนา
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	<u>พื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ</u> 1. ควรมีการถอดบทเรียนกับกลุ่มหน่วยงานต่าง ๆ 2. ควรเร่งสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ ค่าตอบแทน การเลื่อนตำแหน่ง

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2564). *ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ.2564-2565.* กรมสุขภาพจิต ขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

กรมสุขภาพจิต. (2564). *สำรวจสุขภาพใจบุคลากรทางสาธารณสุข.* https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2417

กรมสุขภาพจิต. (2552). *5 เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ RQ.* กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580)*

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์. *แผนปฏิบัติราชการรายปี พ.ศ.2565 ของสำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์*;https://www.ops.moc.go.th/cms/s2/u1/1.46.pdf.2564

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. *แผนปฏิบัติการด้านแรงงาน (พ.ศ.2563-2565) ฉบับทบทวน พ.ศ.2564 เพิ่มเติม.* https://www.mol.go.th/wp- content/uploads/sites/2/2022/03/แผนปฏิบัติการด้านแรงงาน-พ.ศ.2563-–-5.pdf. 2546

เกศสุดา สิทธิสันติกุล, วิรัตน์ คำศรีจันทร์, บัญจรัตน์ โจลานันท์ และปรารถนา ยศสุข.(2562). *การประเมินการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)*

เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2560). *ห่วงปัญหาฆ่าตัวตายพุ่ง ตำรวจฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า.* https://www.hfocus.org/content/2016/06/12273

ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล. (2564). *ตำรวจเครียดพุ่งประเดิมปี 65 ฆ่าตัวตายแล้ว 2 ราย.* https://www.thansettakij.com/politics/508972

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2558). *การฆ่าตัวตายและแนวคิดการแก้ปัญหาโดยพิจารณาจากห้าปัจจัย.* วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 2(3), 1-6.

ณดล โตไทยะ และลักขณา สริวัฒน์.(2565). *การพัฒนาโปรแกรมฝึกการคิดแบบโยนิโสมนสิการ เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม,* 7(1), 263-280.

ณัทธีร์ ศรีดี.(2560). *พุทธจริยศาสตร์กับแนวคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย. วารสาร มจร พุทธศาสตร์ปริทรรศน์,* 1(1), 25-39. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jmb/article/view/240103/163612.

ดร.พญ.เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์. (2564.) *แผนการดูแลสุขภาพจิต ในสถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.

ไทยรัฐออนไลน์. (2564). *สลด แม่กอดลูกออทิสติก รมควันคารถ 2 ศพ คาดเครียด ร.ร.ปิดต้องเลี้ยงลูก.* https://www.thairath.co.th/news/local/north/2165897

น้ำทิพย์ วิชาชัย.(2555). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น.* วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,26(2), 99-111.

ปัญจวัฒน์ จูมลี, สหัทยา รัตนจรณะ และวารี กังใจ.(2564). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ.* วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,29(2), 47-58.

ปิยะวดี งามดี, วงศ์พันธ์ ลิมปเสนีย์ และเพชร รอดอารีย์.(2563) *การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง.* วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง.

แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี.(พ.ศ.2561-2565). *กรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ 3 ปี.* (พ.ศ.2563-2565)

พรรณพิมล วิปุลากร.(2564). *ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ.2564-2565.* Power Point เสนอการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2564.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต),(2547) *วิธีคิดตามหลักพุทธธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 10).* สำนักพิมพ์ ศยาม.

พระมหาอินทร์วงค์ อิสฺสรภาณี, พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ และจันทรัสมิ์ ตาปูลิง. (2562). *การศึกษากระบวนการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา.* วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 5(2), 15-25.

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

พีรพัฒน์ รุ่งเรือง และวรรณวีร์ บุญคุ้ม.(2562). *ยุทธศาสตร์การสร้างภาคีเครือข่ายในการจัดการศึกษาของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.* วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย,11(2), 256-273.

ยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2559). *ยุทธศาสตร์กระทรวง พ.ศ.2560-2569 และยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวง พ.ศ.2560-2564 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.* http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER18/DRAWER003/GENERAL/DATA0000/00000037.PDF.

เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ.(2550). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง).* กรุงเทพฯ:สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาตากุล และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2563). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ.* วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(2), 136-149.

วรารัตน์ ใจชื่น.(2563).*ประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพตามเจตนารมณ์สาธารณสุขมูลฐาน: บทสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทย.* วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 14 (3):227-42.

ศักดา เมืองคำ.(2563) *การประเมินผลการบริหารจัดการนโยบายทีมการดูแลทางการแพทย์ครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร.* วารสารเกษมบัณฑิต, 21(1):26-37.

ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย.* 2564.

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

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

สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช.(2563). *การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย: อุบัติการณ์สาเหตุและการป้องกัน.* วารสารเวชบันทึกศิริราช,13(1), 40-47.

สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2563). *สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช.* พยาบาลสาร, 47(3), 240-252.

สุรชัย เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนัทธ์ คล่องดี. (2564). *การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.* วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(1), 38-50.

สีลาภรณ์ บัวสาย.(2557). *งานวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่ (Area Based Collaborative Research) กับการสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่.* วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่, 6(3), 123-128. https://so01. tci-thaijo.org/index.php/abcjournal/article/view/96940/75556.

สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2563). *แผนปฏิบัติราชการกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ 2563-2565).* https://dl.parliament.go.th/bitstream/handle/lirt/588207/2563_แผนปฏิบัติราชการ_มท_วริษฐา.pdf?sequence=1.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.(2563). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงศึกษาธิการ.* https://www.moe.go.th/wp-content/uploads/2022/02/แผนยุทธศาสตร์กระทรวงศึกษาธิการ-พ.ศ.-2563-2565-rev.pdf.

อนงค์ อรุณรุ่ง. (2564). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.* วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1(2), 35-46.

อรพิน ยอดกลาง, มธุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ. (2563). การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย: เรื่องสังคมไร้ความรุนแรง. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. https://suicide.dmh.go.th/download/files/การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศ.pdf

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุนันท์ คำชมภู และสาคร บุปผาเฮ้า.(2563). *การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย.* วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,28(1), 86-98.

อัจฉรา มุ่งพานิช และกิติยา กุตกุง. (2563). *ผลของกลุ่มบำบัดที่ใช้สติเป็นพื้นฐานต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขัง.* วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 8(3), 240-251.

(เฮชโฟกัส).(2565). *เปิดตัว "ทีมปฏิบัติการพิเศษป้องกันการฆ่าตัวตาย HOPE TASK FORCE ดึง 3 เพจดังเข้าร่วม.* สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.hfocus.org/content/2020/10/20280.

BBC News ไทย. (2564). *ฆ่าตัวตาย: ตัวเลขคนไทยปลิดชีพตัวเองไต่ระดับขึ้นระหว่างการระบาดของโควิด-19.* https://www.bbc.com/thai/thailand-57721370

Anglemyer A, Horvath T, Rutherford GJAoim.(2014). *The accessibility of firearms and risk for Suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis*. 160(2):101-10.

Bahraini NH, Simpson GK, Brenner LA, Hoffberg AS, Schneider ALJBI.(2013) *Suicidal ideation and behaviours after traumatic brain injury: a systematic review.* 14(1):92-112.

Bandura A, Mischel W.(1965). *Modifications of self-imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models*. Journal of personality and social psychology.2(5):698.

Bastiampillai T, Allison S, Perry SW, Licinio J.(2019) *Social network theory and rising suicide rates in the USA.* Lancet.;393(10183):1801.

Barbui C, Esposito E, Cipriani AJC.(2009) *Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies*.180(3):291-7.

Beautrais AL.(2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. The American journal of psychiatry.160(6):1093-9.

Beauchaine TP, Neuhaus E, Zalewski M, Crowell SE, Potapova N.(2011). The effects of allostatic load on neural systems subserving motivation, mood regulation, and social affiliation. Development and Psychopathology.23(4):975-99.

Beauchaine TP, Neuhaus E, Zalewski M, Crowell SE, Potapova N.(2011).The effects of allostatic load on neural systems subserving motivation, mood regulation, and social affiliation. Development and Psychopathology.23(4):975-99.

Ben-Shlomo Y, Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. Oxford University Press; 2002.

Blum R, Sudhinaraset M, Emerson MR.(2012). Youth at risk: suicidal thoughts and attempts in Vietnam, China, and Taiwan. Journal of Adolescent Health.50(3):S37-S44.

Björkenstam E, Hjern A, Björkenstam C, Kosidou K. Association of cumulative childhood adversity and adolescent violent offending with suicide in early adulthood. Jama Psychiatry. 2018;75(2):185-93.

Bowlby J.(1980). Attachment and loss: Loss (vol. 3). New York: Basic Books.

Chang Q, Chan CH, Yip PSF.(2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. Social science & medicine (1982).191:65-76.

Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery PJPo.(2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people.8(10):e77555.

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al.(2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies.10(5):e1001439.

Devries KM, Mak JY, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J, et al.(2014) Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis.133(5):e1331-e44.

Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, Sato R, Hasegawa H, Furuno T, et al.(2008). Trait aggression in suicide attempters: a pilot study.62(3):352-4.

Du L, Shi HY, Qian Y, Jin XH, Li Y, Yu HR, et al.(2021). Association between social support and suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. European journal of cancer care.30(2):e13382.

Durkhiem, E.(1951). Suicide. New York: Free Express.

Fetterman, D.M.(1989). Ethnography: Step by step(Applied Social Research Methods Series, No.17). Newbury Park, CA: Sage.

Geulayov G, Gunnell D, Holmen T, Metcalfe CJPm.(2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis.42(8):1567-80.

Gravseth HM, Mehlum L, Bjerkedal T, Kristensen P.(2010). Suicide in young Norwegians in a life course perspective: population-based cohort study. Journal of Epidemiology & Community Health.64(5):407-12.

Gvion Y, Levi-Belz Y. (2018).Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. Front Psychiatry.9:56.

Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB.(2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendocrinology.33(6):693-710.

Hobfoll SE.(1989).Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. American psychologist.44(3):513.

Hollingshaus MS.(2015). Seeds of sorrow: A life-course approach to early-life parental death and later-life suicide and behavioral health risk: The University of Utah.

Hollingshaus MS, Smith KR.(2015). Life and death in the family: Early parental death, parental remarriage, and offspring suicide risk in adulthood. Social Science & Medicine.;131:181-9.

House JS, Umberson D, Landis KR.(1988). Structures and processes of social support. Annual review of sociology.14(1):293-318.

Hua P, Maple M, Hay K, Bugeja L.(2020). Theoretical frameworks informing the relationship between parental death and suicidal behaviour: A scoping review. Heliyon.6(5):e03911.

Hyun-Jin Bae & Namkug Kim.(2019). Age and sex subgroups vulnerable to copycat suicide: evaluation of nationwide data in South Korea. Scientific Reports.17253.

Intahchomphoo C.(2018). Social media and youth suicide: A systematic review.

Jakobsen IS, Christiansen E.(2011). Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: A population-based register study. Journal of child psychology and psychiatry.52(2):176-83.

Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, et al.(2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis.30(10):917-29.

Kessler RCJBp.(2004). The epidemiology of dual diagnosis.56(10):730-7.

King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al.(2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people.8(1):1-17.

Kuramoto SJ, Stuart EA, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N, Wilcox HC.(2010).Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. Pediatrics.;126(5):e1026-e32.

Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen OJA, Psychiatry NZJo.(2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis.;45(8):619-28

Levi Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E, Apter AJJoAD.(2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”.111 (2-3):244-50.

Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, et al.(2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies.46(10):1257-66.

Lofland, J. (1971). Analyzing Social Settings. Belmont, CA: Wadsworth.

Macrynikola N, Auad E, Menjivar J, Miranda R.(2021). Does social media use confer suicide risk? A systematic review of the evidence. Computers in Human Behavior Reports.;3:100094.

Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, et al.(2014). The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis.3(1):1-9.

Milner A, Page A, LaMontagne ADJPm.(2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review.44(5):909-17.

Milner A, Page A, LaMontagne ADJPo.(2013). Long-term unemployment and suicide:a systematic review and meta-analysis.8(1):e51333.

Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D.(2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. Social psychiatry and psychiatric epidemiology.;43(1):28-36.

Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Till B, Sinyor M, Tran US, Pirkis J, et al. Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. EClinicalMedicine. 2021;36:100922.

Palmier-Claus J, Taylor PJ, Varese F, Pratt DJJoad.(2012). Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice.143(1-3):5-15.

Panyawong W, Santitadakul R, Pavasuthipaisit C.(2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents. J Ment Heal Thail.28(2):136-49.

Perkins DF, Hartless G.(2002). An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents. Journal of Adolescent Research.17(1):3-26.

Pompili M, Forte A, Lester D, Erbuto D, Rovedi F, Innamorati M, et al.(2014).Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: a systematic review.76(5):352-60.

Pompili M, Sher L, Serafini G, Forte A, Innamorati M, Dominici G, et al.(2013). Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: A literature review.201(9):802-12.

Potter LB, Kresnow M-j, Powell KE, Simon TR, Mercy JA, Lee RK, et al.(2001). The influence of geographic mobility on nearly lethal suicide attempts.32(Supplement to Issue 1):42-8.

Ratnarajah D, Schofield MJ.(2008). Survivors' narratives of the impact of parental suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior.38(5):618-30.

Rostila M, Berg L, Arat A, Vinnerljung B, Hjern A.(2016).Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults-a national cohort study from Sweden. European Child & Adolescent Psychiatry.25(10):1103-11.

Rostila M, Saarela JM.(2011). Time does not heal all wounds: Mortality following the death of a parent. Journal of marriage and family.73(1):236-49.

Schonert-Reichl, K. A. &Muller, J. R.(1996). Corrlates of Help-seeking in Adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 25(6), 705-731.

Spiwak R, Pagura J, Bolton JM, Elias B, Beesdo-Baum K, Lieb R, et al.(2011). Childhood exposure to caregiver suicidal behavior and risk for adult suicide attempts: findings from a national survey. Archives of suicide research.;15(4):313-26.

Stake, R. E. Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research, 2000.pp. 435-453. Thousand Oaks, CA: Sage

Strack, S., & Kposowa, A. J. (2008).The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross-National Analysis. Social Science Quarterly, ; 89(1), 39-59.

Stufflebeam, D.L.(2000). The CIPP model for evaluation. In Stufflebeam, D.L., Madaus, G.F. Quigley J, Rasmussen S, McAlaney J.(2017). The Associations Between Children's and Adolescents' Suicidal and Self-Harming Behaviors, and Related Behaviors Within Their Social Networks: A Systematic Review. Arch Suicide Res.21(2):185-236.

Van Geel M, Vedder P, Tanilon JJJp.(2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis.168(5): 35-42.

Werth, J.(1995).Rational Suicide Reconsidered: AIDs as an Impetus for Change. Death Studies, 19(1), 65-80.

Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and method. (4th ed). Thousand Oak. CA: Sage.

Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita KJEh, medicine p.(2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies.13(5):243-56.

Zimmerman M, Martinez JA, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al.(2012) Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission?;73(6):0-.

ภาคผนวก

สรุปผลงานวิจัยสำหรับประชาสัมพันธ์

1. **ชื่อผลงาน/โครงการ**

   ชื่อภาษาไทย : วิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

   ชื่อภาษาอังกฤษ : Evaluation research in National suicide prevention program

2. **ชื่อ-นามสกุล นักวิจัย**

   นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร และคณะ Doctor Samai Sirithongthaworn et al.

3. **ที่อยู่ที่ติดต่อได้**

   สำนักวิชาการกรมสุขภาพจิต เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 เบอร์โทรศัพท์ 084-428-7008 Email: samais2001@yahoo.com, sankamon.sw@gmail.com

4. **ชื่อหน่วยงาน** สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. **ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ** พ.ศ. 2565

6. **คำค้น Keyword :** วิจัยประเมินผล, โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

7. **รูปภาพ**



ภาพการสัมภาษณ์เชิงลึก



ภาพสนทนากลุ่ม



8. คำอธิบาย 1 หน้ากระดาษ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปี พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2563 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างรวดเร็ว ประชาชนทั่วโลกได้รับผลกระทบกลายเป็นผู้ตกงาน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2563) การดำเนินงานระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2542 ยังพบช่องว่าง 3 ประเด็น ดังนี้ 1. มุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายบุคลากรในระบบสาธารณสุขเพื่อการเข้าถึงบริการในรูปแบบคลินิก 2. ขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและครอบครัว และ 3. ขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาคบริการสาธารณสุขและภาคประชาชน คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ติดตามคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564 โดยมุ่งหวังให้ปัญหาการฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร หรือผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ร้อยละ 10

วัตถุประสงค์การวิจัย

ประเมินการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ และศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ นำสู่การพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564

วิธีการดำเนินงานวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีในแบบแผนการวิจัยแบบลู่เข้า (Convergent Design) (Creswell, 2015) เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพขนานกัน

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ
   - 1.1 บริบท ปี 60-63 : ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ไม่ทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตาย
     ปี 64-65 : ประชาชนไม่ทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
   - 1.2 ปัจจัยนำเข้า ปี 60-63 : อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัย
     ปี 64-65 : สถานบริการแบ่งสัดส่วน/ใช้เทคโนโลยีทันสมัยให้บริการมากขึ้น
   - 1.3 กระบวนการ ปี 60-63 : การเผยแพร่ความรู้ด้านสวัดิการทางสังคม/สุขภาพจิตไม่ทั่วถึง
     ปี 64-65 : เจ้าหน้าที่มีความรู้และจัดบริการสุขภาพจิตเหมาะสมมากขึ้น
   - 1.4 ผลลัพธ์ ปี 60-63 : ประชาชนที่ได้รับบริการสามารถนำความรู้ มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชีวิตประจำวันได้ ปี 64-65 : ญาติผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม
2. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่
   - 2.1 ในระบบสาธารณสุข 2 รูปแบบ 1. การเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม บูรณาการเข้ากับเครือข่ายนอกสาธารณสุข 2. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางผ่าน gate keeper และกลไกต่าง ๆ เช่น 3 หมอ สารสนเทศและนวตกรรม
   - 2.2 นอกระบบสาธารณสุข มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน
3. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยประเมินผลฯ โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายในปี 2564

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. คืนข้อมูลผลการวิจัยแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. เสนอข้อค้นพบการวิจัย ต่อโครการวิจัยย่อย 4 โครง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังฯ
3. เสนอข้อค้นพบงานวิจัยต่อผู้บริหารระดับสูงเพื่อกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาการจัดบริการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

สรุปผลงานวิจัย (5 บรรทัด)

1. **ชื่อผลงาน/โครงการ**

   ชื่อภาษาไทย : วิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

   ชื่อภาษาอังกฤษ : Evaluation research in National suicide prevention program

2. **ชื่อ-นามสกุล นักวิจัย**

   นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร และคณะ Doctor Samai Sirithongthaworn et al.

3. **ที่อยู่ที่ติดต่อได้**

   สำนักวิชาการกรมสุขภาพจิต เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 เบอร์โทรศัพท์ 084-428-7008 Email: samais2001@yahoo.com, sankamon.sw@gmail.com

4. **ชื่อหน่วยงาน** สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. **ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ** พ.ศ. 2565

6. **คำค้น Keyword :** วิจัยประเมินผล, โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

7. **อ้างอิง** ไม่มี

8. **รูปภาพ**








9. **คำอธิบาย 5 บรรทัด**

จากการดำเนินงานวิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ศึกษาด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งผลการวิจัยแบ่งเป็นช่วงปี 2560-2563 และ ปี 2564-2565 พบว่า การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนประเด็นการป้องกันการฆ่าตัวตายทำให้บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างมีทิศทาง มีศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชดีขึ้นรวมถึงการทำงานกับภาคีเครือข่ายเชิงรุกมากขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ดูแล อีกทั้งเกิดความตระหนักเรื่องการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน

สรุปงานวิจัยในรูปแบบ infographic

1. **ตราสัญลักษณ์ของ วช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

2. **ชื่อภาษาไทย** : วิจัยประเมินผลโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ
   ชื่อภาษาอังกฤษ : Evaluation research in National suicide prevention program

3. **ชื่อ-นามสกุล นักวิจัย**
   นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร และคณะ Doctor Samai Sirithongthaworn et al.

4. **E.mail:** samais2001@yahoo.com

5. **ชื่อหน่วยงาน** สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

6. info



แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อโครงการวิจัย วิจัยประเมินผลโครงการ การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ

ชื่อนักวิจัย นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร และคณะ **หน่วยงาน** กรมสุขภาพจิต

งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 1,200,000 (บาท) **ปีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน** 2564

วัน/เดือน/ปี ที่ดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ ตุลาคม 2565

เป้าหมายดำเนินการ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติต่อผู้บริหารกรมสุขภาพจิตเพื่อผลักดันเป็นนโยบาย

พื้นที่การใช้ประโยชน์ เขตสุขภาพที่ 1-12

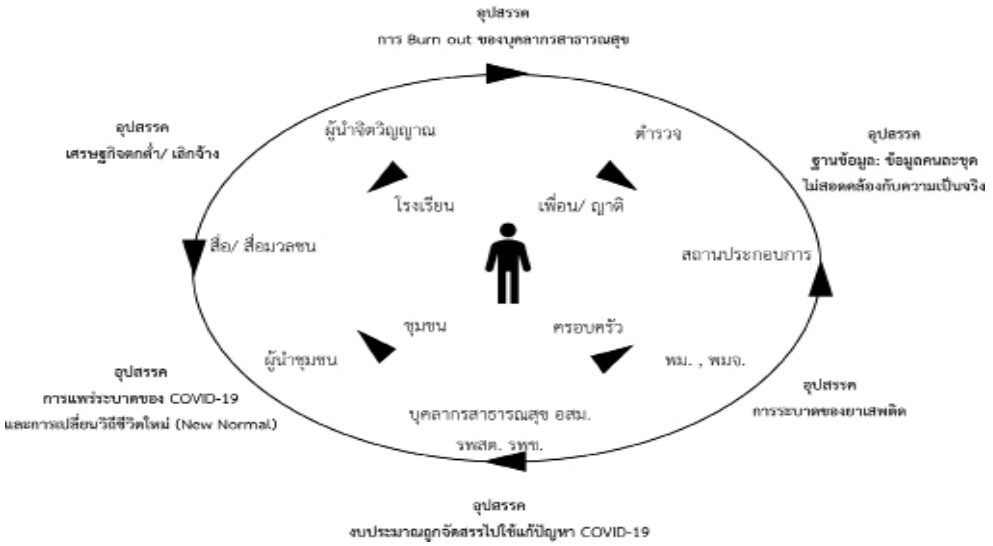
ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

2.1 การนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 มิติ)

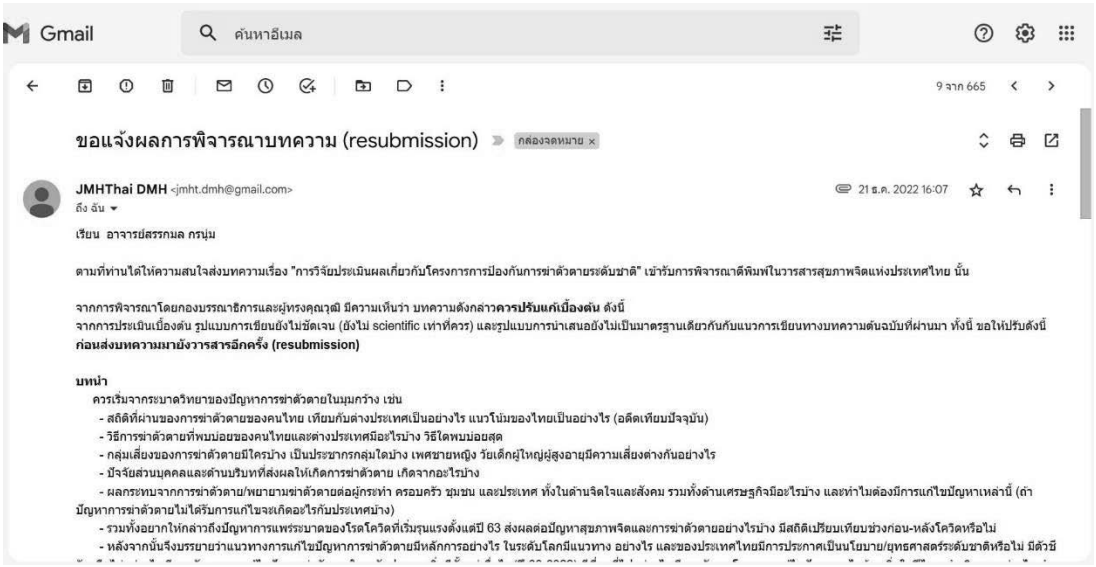
☑ **มิตินโยบาย** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ ความต้องการ หรือการนำข้อมูลและแนวทางแก้ไขซึ่งได้จากผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมมาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาสำคัญและปัญหาเร่งด่วนของประเทศในองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

- ปัญหาสำคัญ/ปัญหาเร่งด่วนของประเทศ คือ แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายในเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น
- ชื่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ช่วงเวลาที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (วัน/เดือน/ปี) 25 กรกฎาคม 2566
- ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ) กำหนดนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (โปรดให้คำอธิบายพร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ) ปรับรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



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



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

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

☑ **มิติพาณิชย์** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ หรือความต้องการในการนำผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมไปพัฒนา/ปรับปรุง กระบวนการผลิตและจำหน่ายในภาคการผลิตและภาคอุตสาหกรรม

- ภาคการผลิต/ภาคอุตสาหกรรม ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์
- ช่วงเวลาที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (วัน/เดือน/ปี)
- ลักษณะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อภาคการผลิตและภาคอุตสาหกรรม (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)

2.2 ทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากงานวิจัย (โปรดระบุเดือน/ปี ที่ยื่นขอและได้รับ)

2.3 ผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (โปรดระบุหน่วยงาน บุคคล หรือพื้นที่ที่นำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และประชาชนในเขตสุขภาพ 1-12

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวิจัย (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☐ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค

☑ มีปัญหาและอุปสรรค (โปรดระบุสาเหตุ) ไม่สามารถเก็บข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.5 ผลกระทบจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

☐ ไม่มีผลกระทบ

☑ มีผลกระทบ (โปรดระบุสาเหตุ) ผู้กำหนดนโยบายมีการทบทวนและเปลี่ยนแปลงการกำหนดยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติตามบริบทพื้นที่

ลงชื่อ

(นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร)

ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการวิจัย

ส่วนประกอบตอนท้าย

ชื่อหัวหน้าแผนงานและคณะนักวิจัย

รายชื่อผู้วิจัย ผู้วิจัยร่วมและที่ปรึกษาโครงการวิจัย

หัวหน้าโครงการ

ชื่อ นพ. สมัย ศิริทองถาวร ข้าราชการบำนาญ .
สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8014 และ 08-1881-8918
e-mail: samais2001@yahoo.com

ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8537 และ 08-1918-1208
e-mail: drterd@yahoo.com

ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ พญ. กุสุมาวดี คำเกลี้ยง รองผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8043 และ 065-610-4294
e-mail: kkusumavadee@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 3

ชื่อ นพ. ศุภเสก วิโรจนาภา นายแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 09-4915-6365
e-mail: supasaek.vir@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 4

ชื่อ นางวรรณวิไล ภู่ตระกูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8568 และ 08-1842-1249
e-mail: wanvilai04@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม 5
ชื่อ ดร. สรรกมล กรนุ่ม นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 08-4428-7008
e-mail: sankamon_sw@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม 6
ชื่อ นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น .
หมายเลขโทรศัพท์ 09-4905-8877
e-mail: suicidethailand@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 7
ชื่อ นายอภิชา ฤธาทิพย์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8568
e-mail: ssso.research@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 8
ชื่อ นางสาวสาธิดา แรกคำนวน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8443, 0-2149-5536 และ 08-4654-5844
e-mail: sathida_tuck@hotmail.com

ผู้วิจัยร่วม 9
ชื่อ นางสาวสิรี สุวรรณ์ศิลป์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2590-8568 และ 08-4262-4156
e-mail: siree.moph@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 10
ชื่อ นางสาวเบญจพร ตุ่มประสงค์ นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 1 ซอยเจริญกรุง 34 (วัดม่วงแค) ถนนเจริญกรุง แขวงบางรัก เขตบางรัก
กรุงเทพมหานคร 10500.
หมายเลขโทรศัพท์ 02 -236- 9446 และ 06-4050-8511
e-mail: Motbenjarporn@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 11
ชื่อ นางสาวระวิพิมพ์ อุดมโภชน์ นักวิชาการสาธารณสุข
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
เลขที่47 หมู่4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000.
หมายเลขโทรศัพท์ 0-2528-7800 และ 09-3671-3676
e-mail: rawipim3676@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 12
ชื่อ นายวรวุฒิ เลิศเชาวนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 08-1890-4625
e-mail:worawut23@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม 13
ชื่อ นางสาวสุวิมล อินทร์เชื้อ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
หมายเลขโทรศัพท์ 08-7595-4466
e-mail: joliejoy.dmh@gmail.com