



รายงานการวิจัย เรื่อง

การพัฒนารูปแบบ **การป้องกันการฆ่าตัวตาย**

สำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย
ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

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

หัวหน้าโครงการวิจัย

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564

จัดพิมพ์ปี พ.ศ.2566

รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับกลุ่มเปราะบาง
ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

ผู้วิจัย นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

จัดทำโดย สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2566

สนับสนุนโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ISBN (e-book) 978-974-296-985-1

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย โดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลทุกระดับในระบบสุขภาพในพื้นที่ 25 จังหวัด ดำเนินการภายใต้แผนงานการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ดำเนินการ 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 คือ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชน กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และระยะที่ 2-4 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด กระจายอยู่ใน 4 ภาคของประเทศไทย โดยการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2564 คณะนักวิจัยขอขอบคุณราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนนักวิจัยและงานวิชาการ นักวิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ร่วม ให้สัมภาษณ์ รับการอบรม และร่วมการนิเทศงาน จากหลายภาคส่วนทั้งในระบบสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย นอกกระบวนสาธารณสุข เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข จากโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป (M1-S) โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (P2-3) PCU (P1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้บริหารและบุคลากรหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิต และที่สำคัญเครือข่ายนอกสาธารณสุขจาก 4 จังหวัดน่าน คือ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ นครศรีธรรมราช และ 21 จังหวัด เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด สำนักงานพาณิชย์จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด ธนาคารออมสิน ศาลากลางจังหวัด สำนักงาน แรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัด ธนาคาร ออมสิน ที่ทำการปกครองอำเภอ ที่มีส่วนร่วมให้โครงการวิจัยครั้งนี้ ประสบความสำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์ อันเกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ คณะนักวิจัยขอมอบสู่ทุกท่านที่ได้มีส่วนในการช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม

ทั้งนี้ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2564 ในการทำวิจัยโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย และขอขอบคุณผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือจนการดำเนินงานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในอันดับที่ 32 เทียบกับประเทศในโลก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นปี 2563 มีสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) กระตุ้นต่อเกือบทุกระบบของประเทศ โดยคาดว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจจะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการรายงานปี 2562-2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในระบบการดูแลรักษาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากศึกษาและพัฒนารูปแบบที่เป็นมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เข้าใจบริบทกระบวนการในการดำเนินงานในสถานพยาบาลทุกระดับ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายมารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ระยะที่ 1

วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,617 คน โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองสำหรับประชาชนทั่วไป 400 คน กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย 487 คน กลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง 486 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 87 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้บริหารในระบบสาธารณสุข 35 คน การสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ 122 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายดำเนินการร่วมกันกับโครงการย่อยที่ 1 โดยการจัดเวทีสะท้อนผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และจัดเวทีเพื่อสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมรูปแบบ TOP (Technology Of Participation) เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลกลุ่มผู้เปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ร่อง ทบทวนข้อมูลความต้องการการพัฒนาศักยภาพจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 1 จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในกรมสุขภาพจิตพัฒนาชุดหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือ (core intervention package) ในการบำบัดข้างต้นเพื่อฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละระดับ และดำเนินการฝึกอบรมตามหลักสูตร core intervention package ทั้งในพื้นที่และระบบสื่อสารทางไกล รวมทั้งมีการติดตั้งไว้ใน e-learning platform ของกรมสุขภาพจิต ระยะที่ 3 การขยายผลแนวทางฯ การดำเนินการ ที่ดำเนินการเป็นรูปแบบชัดเจนไปยังอีก 21 จังหวัด จากการทบทวนผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มีข้อค้นพบว่าปัจจัยสำคัญต่อการแก้ไขปัญหามาตัวตาย คือ การคัดกรองด้วยข้อคำถามความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มเติมจากซึมเศร้า (2Q plus) ในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤตสำหรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว จึงกำหนดให้เนื้อหาสำหรับการประเมินกระบวนการสำหรับพื้นที่ทำการวิจัย นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนมาทดลองใช้ในพื้นที่น่าน ร่อง 4 จังหวัด และปรับปรุงแก้ไข

จนสมบูรณ์ เมื่อได้โปรแกรมที่สมบูรณ์จาก 4 จังหวัด นำไปขยายผลในอีก 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นใน 25 จังหวัด โดยการประชุมสรุปผลการดำเนินการ เป็นการเยี่ยมติดตามเพื่อให้คำปรึกษา และประเมินกระบวนการผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ อัตราการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดตั้งจุดแจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤต การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมการช่วยเหลือ อัตราการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรในเครือข่ายที่เข้ารับการอบรม อัตราการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดลดลง ร้อยละ 10 ของอัตราการฆ่าตัวตายของปีที่ผ่านมา (ของปี 2563) รวมทั้งการนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจ

4. ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งแบ่ง 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 1,617 คน ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช มีดังนี้

1) กลุ่มเปราะบาง 487 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน อายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป และอาศัยชนบทห่างไกล ตัวเมือง พักอาศัยร่วมกับคู่สมรส/ลูกและพ่อแม่ จังหวัดกาฬสินธุ์มีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิมมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดลำพูนมีสัดส่วนประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจมากที่สุด เรื่องโรคประจำตัวต้องรับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา แต่จังหวัดลำพูนที่พบว่าดื่มเกือบทุกวัน ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด การได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าร่วมสวัสดิการของรัฐ คือ โครงการคนละครึ่ง และเราชนะ

2) กลุ่มญาติผู้ดูแล 486 คน สถานะด้านเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ สภาพถิ่นที่อยู่ เหมือนกันกับกลุ่มเปราะบาง พักอาศัยร่วมกับคู่สมรส/ลูกและพ่อแม่ จังหวัดกาฬสินธุ์มีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิมมากที่สุด จังหวัดลำพูนประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจ ส่วนโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา การได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ พบว่าส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการคนละครึ่ง

3) กลุ่มประชาชนทั่วไป 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา สถานถิ่นที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา รับจ้างทั่วไป ยังพบว่าประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจในจังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่สมรส ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐมากที่สุด คือ โครงการคนละครึ่ง ไม่ได้รับสวัสดิการใดเลยเพียงร้อยละ 2.5

ผลของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างจากเชิงปริมาณและคุณภาพ 4 จังหวัดน่าน ทั้งสามกลุ่ม พบว่า จังหวัดลำพูนมีความตระหนัก เฝ้าระวัง ติดตามในคนที่พยายามฆ่าตัวตายมาก และมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง ส่วนจังหวัดที่ควรสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการฆ่าตัวตายเพิ่มเติมในพื้นที่ คือ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช สะท้อนให้เห็นว่ามีความจำเป็นต้องให้ความรอบรู้ด้านการฆ่าตัวตายกับกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้ดูแล โดยพบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 จังหวัดน่าน มีทัศนคติด้านบวกที่เหมือนกันคือ การฆ่าตัวตายเป็นบาป นั้นแสดงว่าการใช้บริบทศาสนาช่วยเป็นที่พึ่งทางใจให้กับทุกกลุ่มเป้าหมายได้ ส่วนความรู้ทัศนคติด้านลบ คนฆ่าตัวตาย คือ คนอ่อนแอ หนีปัญหา คนฆ่าตัวตายไม่บอกใคร และการถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตายยังมีกลุ่มประชาชนและผู้ดูแลเห็นด้วย ซึ่งต้องมีการสื่อสารในประชาชนและ

ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าว ในเรื่องการเข้าถึงอาวุธทั้ง 3 กลุ่ม รายงานว่าของมีคม น้ำยาเคมี ยาแก้ปวด เชือก เตาถ่าน จะมีอยู่ในห้องต่างๆ ภายในบ้านมากกว่าอยู่ในที่มืดซิด และความสะดวกในการเข้าถึงอาวุธของทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับง่ายมากถึงค่อนข้างง่าย

4) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 87 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยวัยกลางคน ระหว่าง 47-50 ปี สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน การศึกษาดำรงปริญญาตรี อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป มีความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าตนเองมีบทบาทเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ต้องสำรวจความเสี่ยงฆ่าตัวตายของคนในหมู่บ้าน จะคัดกรองเพียง 2Q อาการซึมเศร้าเท่านั้น หากคนในหมู่บ้านบ่นว่ามีความทุกข์ใจมากถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย แหล่งช่วยเหลือที่สำคัญคือครอบครัวและวัด รองมาคือคลินิก เนื่องจากการไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ยาก ไม่สะดวก

ข้อค้นพบจากการสะท้อนข้อมูลระยะที่ 1 พบว่า 1) ระบบการคัดกรอง จังหวัดลำพูนมีการทำแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายร่วมกับภาวะซึมเศร้า (2Q plus) มีการคัดกรองโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่ได้ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคทางกาย ยาเสพติด กลุ่มผู้ที่ตกงาน ไม่ได้ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและซึมเศร้า ดังนั้น กลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกราย เมื่อการประเมินพบความเสี่ยงจึงจะไปลงบันทึกในฐานข้อมูล รง 506s 2) ระบบการเข้าถึงบริการการป้องกันการฆ่าตัวตายมีการเชื่อมโยงเครือข่ายมาถึงหน่วยบริการ แต่ผู้มีภาวะฉุกเฉินที่พยายามทำร้ายตนเองเข้าถึงบริการไม่ได้ทันเวลา ระบบส่งต่อมีปัญหา ไม่มีแนวทางชัดเจนพื้นที่มีการดูแลเรื่องจิตสังคมเบื้องต้น เช่น ภาพลัทธิสังคมที่มสุขภาพจิตดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านแต่ไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นจึงพบว่าระบบจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤติ (suicide rescue) ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน เป็นประเด็นสำคัญ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น ไม่มี core intervention ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ พื้นที่มีแค่ basic support ยังมีความต้องการหลักสูตรการรับฟังเชิงลึก (deep listening) ยังไม่มีการรักษาด้วย CBT Suicide รวมทั้งการเผยแพร่ Prakarn Model ซึ่งเป็นการดูแลญาติผู้สูญเสียจากการฆ่าตัวตายในทางภาคเหนือ ยังไม่ได้ขยายผลไปภาคอื่น เนื่องจากผู้ดูแลในระบบมีความต้องการการพัฒนาทักษะ ผู้วิจัยจึงจัดทำชุดการพัฒนาทักษะ (core intervention package) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษากลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ พบว่า หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Core Intervention Package) มีทั้งหมด 15 หลักสูตร และมีการอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ จำนวน 8 หลักสูตร ทั้งนี้การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core Intervention Package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขเข้าถึงการฝึกอบรม 66% ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 78.9% ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 57.9% และบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าถึงการฝึกอบรมพึงพอใจ 95% นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเผยแพร่ Program Training: Core Intervention Package ทางเว็บไซต์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต www.mhso.dmh.go.th สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่สนใจเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) ซึ่งมียอดการเข้าถึง 198 ราย แบ่งเป็น หลักสูตร CBT-suicide 107 ราย MBTC 70 ราย และ Prakarn Model 21 ราย

ระยะที่ 3 และ 4 การขยายผลแนวทางฯ การดำเนินการที่เป็นรูปแบบชัดเจนไปยังอีก 21 จังหวัด และนิเทศงาน กำกับติดตามการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ใน 25 จังหวัด คณะผู้วิจัยได้พัฒนา รูปแบบแนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายของ 4 จังหวัดนำร่อง ด้วยกระบวนการ การศึกษา ทบทวน และถอดบทเรียน จากโครงการต้นแบบ best practice การป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น จังหวัดลำพูน คือ “4 Pillar เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล)” จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ “ฮักแพง แบ่งปัน” และ “นาคาพิทักษ์” จังหวัดนครสวรรค์ คือ “นครสวรรค์...ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ “Zet zero...” จึงนำมาสู่การได้แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicidal Care Plan) โดยผ่านการพิจารณา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการดำเนินงาน รวมถึงมีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่เพื่อขยายผลไปยัง 21 จังหวัดทั่วประเทศต่อไป เมื่อทีมผู้วิจัยได้นำแนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow มาพัฒนา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง จนกระทั่งตกผลึกเป็นโมเดล ที่เรียกว่า “แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” ที่นำไปขยายผลใน 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของ ประเทศไทยต่อไป

จากการนิเทศลงพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้ผลสรุปว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร มีมากขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ใน 3 จังหวัดได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช ส่วนร้อยละ ของการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น พบว่า **ทั้งสามจังหวัดข้างต้น มีร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 15.34, 11.38, 33.78 ตามลำดับ** ส่วนลำพูนมีร้อยละเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ การกระจายตัวของพื้นที่แต่ละจังหวัดจะมีรูปแบบแตกต่างกัน ส่วนใหญ่อำเภอเสี่ยงสูงจะเป็นพื้นที่อำเภอเดิม ทุกปี สำหรับร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ ลำพูน เป็นจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายขึ้นน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด รองลงมาเป็นจังหวัดนครศรีธรรมราช นครสวรรค์ ซึ่งมีความไม่แตกต่างกันมาก อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและ ต่อเนื่องจากเครือข่ายภาคสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายขึ้นน้อยลง ส่วนการเข้าถึงบริการนั้น พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ได้รับการเข้าถึงบริการจากการคัดกรองมากที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลการเข้าถึงบริการ และยังขาดฐานข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถสรุปผลการเข้าถึง บริการได้ ซึ่งอาจจะอธิบายถึงความไม่เชื่อมโยงของการลงบันทึกและการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายในและ นอกกระบวนการสาธารณสุข

โดยสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อย มองเป็นเรื่องปัจเจกชนมากกว่า ปัญหาสังคม อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อคนที่ฆ่าตัวตายว่าอ่อนแอ ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่กล้าแสดงตนออกมา จากข้อมูลของการวิเคราะห์สถานการณ์และการนิเทศ พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัด ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก อีกทั้งชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง จึงมีความต้องการให้เพิ่มเรื่องการตระหนักรู้ของปัญหาฆ่าตัวตาย โดยผู้บริหารระดับจังหวัดและองค์กรเครือข่าย ตัวอย่างเช่น ลำพูนมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด สร้างความตระหนักในระดับผู้บริหาร และผลักดันลงสู่ชุมชนผ่านการทำงานในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนทำให้ ทุกองค์กรในจังหวัดลำพูนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

2. ระบบการคัดกรองเดิมยังใช้แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ คือ เริ่มจาก 2Q ตาม ด้วย 9Q หากมากกว่า 7 คะแนนจึงจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้มีผู้ที่มีความคิด ทำร้ายตนเองไม่ได้ถูกซักถาม และไม่ได้เข้าถึงระบบการช่วยเหลือ ดังนั้นเพื่อให้การคัดกรองครอบคลุมไปถึง

ประชากรกลุ่มเสี่ยง โครงการวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบคัดกรอง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนทั่วไป ให้อสม.ใช้เครื่องมือคัดกรอง 2Q plus ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มทักษะการฟังอย่างใส่ใจ และสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการได้ นอกจากนี้ยังมีศูนย์แจ้งเหตุซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดรับแจ้งเหตุการณ์กรณีผู้ป่วย หรือ อสม. พบสัญญาณเตือนตามบริบทของจังหวัด เช่น นาคาพิทักษ์, 1669, Hope task force, 191 ฯลฯ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและทีมช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

3. ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้องเห็นได้จากกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายหากประสบกับวิกฤติในชีวิต มีความเห็นว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจริง ๆ จะไม่บอกคนอื่น การถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะเป็นการชี้แนะและกระตุ้นให้เกิดการทำมากขึ้น และไม่แน่ใจว่าควรถามและเอาใจใส่ผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือไม่ จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้มีความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชน ให้กล้าถามคำถามง่าย ๆ และตรง ๆ เช่น เคยทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่ คุณมีความคิดถึงขั้นที่อยากจะทำร้ายตนเองหรือเปล่า เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อระบบบริการ นำไปสู่การบรรจุใน care plan ในโครงการวิจัยย่อยที่ 2

4. การเข้าถึงความช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อระบบบริการสุขภาพยังมีน้อย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเองไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ต้องให้การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น (Psychological First Aid: PFA) หลังจากคัดกรองด้วย 2 คำถามแล้วรับส่งต่อ แม้ว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น เฝ้ารอติดตามและส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วก็ตาม

5. ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลฝ่ายกายกับโรงพยาบาลจิตเวช ยังมีปัญหาเนื่องจากแพทย์ทั่วไปขาดความรู้ ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลจิตเวชก็มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยทางกาย และจำนวนเตียงจำกัดในช่วงระบาดของ COVID-19

6. ระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทุกพื้นที่ขาดแนวทางที่ชัดเจนในกลุ่มเสี่ยงน้อยและปานกลางจากข้อจำกัดด้านภาระงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 และความรู้ความเข้าใจในแนวทางการติดตามที่ได้กำหนดไว้ คือ มีการติดตามในระยะแรกโดยเจ้าหน้าที่รพสต. และเครือข่าย อสม. แต่ยังไม่มีการติดตามปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงเกิดการพัฒนากลุ่มเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้านสังคมและเศรษฐกิจตามโครงการย่อยที่ 1 เพื่อให้มีเครือข่ายความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อลงติดตามในชุมชน

7. บุคลากรด้านสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้นในช่วงระบาดของ COVID-19 จนเกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ การศึกษาวิจัยนี้จึงสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์และเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตทุกสาขาวิชาชีพ เพิ่มขวัญกำลังใจในด้านสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในสายงาน

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

5. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัย พบว่า

1. ควรมีโครงการวิจัยเพื่อติดตามผลจากนวัตกรรมหรือรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราฆ่าตัวตายเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
2. นโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ระยะยาวไม่ต่ำกว่า 10 ปี เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกภาคส่วน เพราะปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ไม่ใช่สาเหตุจากสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาเชิงสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ต้องกำหนดเป้าหมายและทำงานร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างยั่งยืน
3. การเชื่อมโยงข้อมูลการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือและห่วงใยเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข โดยมีการใช้ข้อมูลในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ในการดำเนินงาน
4. บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้เชิงวิชาการ และการบริหารจัดการด้านข้อมูล สามารถถ่ายทอดนโยบาย ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินการในพื้นที่
5. ควรนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้จากโครงการวิจัยนี้ไปกำหนดเป็นมาตรการดำเนินงานและใช้ในการกำกับติดตามการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกด้วยสามคำถามที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤตสำหรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ปรับปรุงให้มีการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการโดยเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การพัฒนาการปฐมพยาบาลทางใจและการรับฟังเชิงลึกสำหรับเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

ปัญหา : การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต จากปัญหาด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ภาวะเครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนช่องว่างของระบบการให้บริการรักษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของกลุ่มเปราะบางที่มารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพประเทศไทย

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

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

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

ข้อเสนอแนะ : ลดปัจจัยเสี่ยงโดยมาตรการจำกัดการเข้าถึงอาวูร เพิ่มปัจจัยปกป้องโดยปรับทัศนคติและความรู้ด้านสัญญาณเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เพิ่มมาตรการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน มีจุดแจ้งเหตุและทีมผู้วิกฤตพื้นที่ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย ติดตามต่อเนื่องร่วมกับชุมชนผ่านภาคีเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งการทำงานโดยใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการดูแลในระดับพื้นที่

คำสำคัญ : รูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตาย, คิดฆ่าตัวตาย, วางแผนฆ่าตัวตาย, พยายามฆ่าตัวตาย, ฆ่าตัวตายสำเร็จ

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ซ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ณ
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	12
บทที่ 4 ผลการวิจัย	25
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล	94
บทที่ 6 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม	103
ภาคผนวก	105
ส่วนประกอบตอนท้าย	124

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย 6 กลุ่ม	12
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ให้บริการสาธารณสุข	14
ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มเปราะบางและญาติผู้ดูแลที่สัมภาษณ์เชิงโครงสร้างตามแบบสอบถาม	15
ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ	18
ตารางที่ 5 การสะท้อนข้อมูลผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับโครงการย่อยที่ 1 ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน	20
ตารางที่ 6 Core Intervention Package	23
ตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1	25
ตารางที่ 8 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง	38
ตารางที่ 9 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ดูแล	39
ตารางที่ 10 ความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	40
ตารางที่ 11 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป	41
ตารางที่ 12 การตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มเปราะบาง	42
ตารางที่ 13 การตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มผู้ดูแล	43
ตารางที่ 14 การตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มประชาชนทั่วไป	44
ตารางที่ 15 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการ ดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ กลุ่มเปราะบาง	45
ตารางที่ 16 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการ ดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ กลุ่มผู้ดูแล	48
ตารางที่ 17 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจของประชาชนทั่วไป	50
ตารางที่ 18 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการ ดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ กลุ่มผู้ทำงาน	51
ตารางที่ 19 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ของคนในครอบครัวจากประสบการณ์ของกลุ่มเปราะบาง	52
ตารางที่ 20 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวกลุ่มผู้ดูแล	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 21	การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบาง	54
ตารางที่ 22	การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มผู้ดูแล	55
ตารางที่ 23	การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไป	56
ตารางที่ 24	ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการ การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย	57
ตารางที่ 25	Core Intervention Package หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากร	75
ตารางที่ 26	กำหนดการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ	76
ตารางที่ 27	ผลความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ	78
ตารางที่ 28	สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ใน 4 จังหวัดนำร่อง	85
ตารางที่ 29	สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคเหนือ	87
ตารางที่ 30	สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคใต้	88
ตารางที่ 31	สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	89
ตารางที่ 32	สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคกลาง	90
ตารางที่ 33	ปัจจัยการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564-2565	91
ตารางที่ 34	แสดงการนำแนวทางทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ในพื้นที่	93

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ	59
ภาพที่ 2	4 Pillar เพื่อแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล)	59
ภาพที่ 3	การกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว นำไปใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ 25 จังหวัด	77
ภาพที่ 4	ระบบเฝ้าระวังเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง	80
ภาพที่ 5	แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow	82
ภาพที่ 6	แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	83
ภาพที่ 7	Evidence-based Suicidal Stepped Care Model	84
ภาพที่ 8	Core Intervention Program	84

บทที่
1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก คาดประมาณว่ามีคนตายจากการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 700,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 77 ของการฆ่าตัวตายจะเกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การฆ่าตัวตายส่งผลต่อครอบครัว ตั้งแต่ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และชุมชน (1) ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าในปี 2020 จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเฉลี่ย 10.6 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2018) ในประเทศไทย ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2011 และ 2017 คือ 12.0 และ 14.4 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (World mental health atlas, 2011 และ 2017) โดยประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในอันดับที่ 32 เทียบกับประเทศในโลก สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยที่ใช้ฐานข้อมูลจากใบมรณบัตรนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2561, 2562, 2563 จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.32, 6.64, 7.35 (ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ) เมื่อจำแนกเป็นรายเดือน ทำให้พบว่าตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561-2563 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตาย (Annual Percent Change) มีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตายจากการปรับตัวของคนไทยต่อปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาโรคจิตเวช และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สุราและสารเสพติด และเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เป็นต้น

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

ศาสตราจารย์ Paul Yip Siu-fai ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตาย (Center for Suicide Research and Prevention) มหาวิทยาลัยฮ่องกง กล่าวว่าโรคระบาดโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อคนฆ่าตัวตายสูง ซึ่งหนึ่งในนั้นคือกลุ่มเสี่ยงที่เป็นคนทำงานและต้องตกงาน ว่างานเพราะประสบปัญหาหนี้ด้านการเงิน รวมถึงคนสูงอายุที่ต้องถูกให้อยู่ในพื้นที่จำกัด แม้การแพร่ระบาดของโรคจะลดลง หรือมาตรการล็อกดาวน์ ถูกยกเลิกแล้ว ผลกระทบต่อสุขภาพจิตอาจไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงสั้นๆ จะดำรงอยู่ไปอีกระยะเวลาหนึ่ง อาจยาวนานมากกว่า 3-6 เดือน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความเครียดที่กำลังประสบปัญหาอยู่ ครอบคลุมไปถึงผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอาจกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ อีกรักษาจากสหรัฐอเมริกา พบว่า อุบัติการณ์ของความคิดฆ่าตัวตายมีสูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าการระบาด คิดเป็นร้อยละ 10.7 เทียบกับ 4.3 (CDC, 2019.) ส่วนการศึกษาจากประเทศอังกฤษ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของความคิดทำร้ายตนเองและการเกิด physical abuse พบในเพศหญิงวัยรุ่น และกลุ่มที่มีปัญหาการเลิกจ้าง กลุ่มพิการกลุ่มโรคประจำตัวทางกายและจิตเวชเรื้อรัง ในกลุ่มนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 14.5 ที่พบกับบุคลากรสุขภาพจิต แต่จะใช้บริการพูดคุยกับญาติหรือเพื่อนมากกว่าการใช้บริการบุคลากรสาธารณสุข

ประเทศไทยได้มีโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยมีกิจกรรมสำคัญคือชักชวนพื้นที่ที่สนใจเข้าร่วมอบรมระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขยายผลไป 33 จังหวัดทั่วประเทศ พัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ (DS10) พัฒนาบุคลากรในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบประเมินและให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จนในปี พ.ศ.2547 ขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ เพิ่มการจัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อบรมบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ความมั่นใจ ในการให้คำปรึกษา เริ่มจัดเก็บระบบรายงานการพยายามทำร้ายตนเอง จากเครือข่ายที่รับผิดชอบจากพื้นที่ทั่วประเทศ ต่อมา พ.ศ.2550-2553 มีการพัฒนาระบบบริการและองค์ความรู้เทคโนโลยี พัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะเสี่ยงต่อซึมเศร้า เป็น DS8 พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ความมั่นใจ ในการให้คำปรึกษา และฝึกทักษะการทำจิตบำบัดด้านการเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม แล้วทำแผนผังแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นแบบ Stepped Care มีระบบส่งต่อสถานบริการปฐมภูมิและเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน กำหนดการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ผลการดำเนินการช่วยเหลือลดของอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2550-2551 ในปี พ.ศ.2550 เกิดวิกฤตการณ์เศรษฐกิจใหม่ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2553-2555 มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตและก้าวสู่ความเป็นเลิศด้านป้องกันการฆ่าตัวตาย เน้นการขยายผลการช่วยเหลือนี้ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง มีการอบรมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. สถานศึกษา และควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6 ต่อแสนประชากร พัฒนาแบบคัดกรอง 9 คำถาม (SU 9) มาใช้ในระบบบริการ จนถึงปี พ.ศ.2556 เป็นยุคแห่งนวัตกรรมและดิจิทัล ได้มีการออกแบบอุปกรณ์ต่างๆ ให้ผ่านอุปกรณ์มือถือ ใช้งานง่าย และผ่านเว็บไซต์ www.suicidethai.com จัดอบรมแพทย์ทั่วไปภายใต้หลักสูตรระยะสั้น อย่างเป็นรูปธรรม จัดระบบการส่งต่อ จัดประชุมวิชาการนานาชาติ เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จากการรายงานปี 2562-2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่าระบบนี้น่าจะมีช่องว่างในระบบการดูแล รักษา ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กระบวนการคัดกรอง กระบวนการรักษาในระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และการติดตามหลังจำหน่าย การดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากศึกษาและพัฒนาแนวทางที่เป็นมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เข้าใจบริบทกระบวนการในการดำเนินงานในสถานพยาบาลทุกระดับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เริ่มจาก 4 จังหวัด น่าน ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี และ เชียงใหม่ กระจายอยู่ใน 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช ระยะเวลาดำเนินการในระยะที่ 1 ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564 ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรกฎาคม – ตุลาคม 2564 ระยะที่ 3 ระยะขยายผลรูปแบบฯ ไปในพื้นที่ 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ระหว่าง พฤศจิกายน 2564 – กันยายน 2565 จากนั้นระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ใน 25 จังหวัด ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565 แล้วจึงสรุปผลรายงานวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1) กลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิตชนิดเรื้อรัง และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 จนไม่สามารถปรับตัวได้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2) พฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดอยากตาย มีความคิดฆ่าตัวตาย มีการวางแผนการฆ่าตัวตาย มีความตั้งใจที่จะกระทำการฆ่าตัวตาย มีการลงมือกระทำเพื่อจบชีวิตตัวเอง รวมถึงการลงมือกระทำการทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง (Self-harm)

3) Indicated suicide prevention หมายถึง การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มาใช้บริการ ในสถานพยาบาลทุกระดับ

4) Survivors of suicide loss หมายถึง ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ได้รับผลกระทบจากสมาชิกในครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

5) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบาง หมายถึง แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมารับบริการในสถานพยาบาลทุกระดับ พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลภาวะวิกฤติในสถานพยาบาลทุกระดับ (suicide screening with crisis intervention) 2) แนวทางการรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและมารักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ (practice guideline for acute care, maintenance care, and after-care) 3) แนวทางการเยียวยาครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ได้รับผลกระทบจากสมาชิกในครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

2.1 สำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จะมีแนวทางการดูแลในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลทุกระดับและชุมชน

2.2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขได้มีแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พร้อมหลักสูตรการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพ ร่วมกับคู่มือในการดูแลระยะสั้นและระยะยาว และเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อในระบบเขตสุขภาพทำให้การทำงานมีความสะดวก รวดเร็ว ไร้รอยต่อและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณภาพในการดูแล รักษา กลุ่มเปราะบาง

2.3 สำหรับผู้บริหาร ได้เห็นกระบวนการการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการ และขับเคลื่อนนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนและเหมาะสม

2.4 สำหรับนักวิจัย ได้เห็นช่องว่างในการดูแลรักษากลุ่มเปราะบางที่สามารถทำวิจัยได้ลึก รวมถึงการวิจัยต้นทุนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางเพื่อแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย

บทที่
2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เป็น “ภาวะการณ์ระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)” ผลจากมาตรการกักกันโรคและการ lockdown กระทบต่อเกือบทุกระบบของประเทศ โดยเฉพาะระบบสังคมและเศรษฐกิจมีการชะลอตัวเสียหายอย่างรุนแรง มีการเปรียบเทียบว่าคล้ายกับวิกฤติเศรษฐกิจใหญ่ในช่วง พ.ศ. 2551-2552 (OECD economics department , 2020) มีการเปรียบเทียบว่าการฆ่าตัวตายจะมีผลกระทบต่อปัญหาของเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการตกงาน (Chang et al, 2009) การศึกษาจากสหรัฐอเมริกาพบว่า อุบัติการณ์ของความคิดฆ่าตัวตายเป็นสูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าการระบาดคิดเป็นร้อยละ 10.7 เทียบกับ 4.3 (CDC, 2019.) ส่วนการศึกษาจากประเทศอังกฤษ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของความคิดทำร้ายตนเองและการเกิด physical abuse พบในเพศหญิงวัยรุ่น และกลุ่มที่มีปัญหาการเลิกจ้าง กลุ่มพิการ กลุ่มโรคประจำตัวทางกายและจิตเวชเรื้อรัง

ช่วง Covid-19 ปี 2020 ที่ผ่านมา จากสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่น พบคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 20,919 คน ข้อมูลเบื้องต้นเผยว่าเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นราวร้อยละ 3.7 จากปีก่อนหน้า 3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น คือ 1.ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การหดตัวของเศรษฐกิจญี่ปุ่นในไตรมาสที่สองหลังจากที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน 2.ปัจจัยปัญหาการลอกเลียนแบบพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของผู้หญิงชาวญี่ปุ่นที่มีจำนวนมากขึ้น 3.ปัจจัยปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สภาวะเศรษฐกิจตกต่ำที่เกิดจากโควิด-19 มีผู้ได้รับผลกระทบแตกต่างกันไปแต่ละช่วยวัย เพศ อาชีพ ลดเงินเดือน ลดตำแหน่ง ถูกไล่ออก ต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว การฆ่าตัวตายของผู้หญิงในญี่ปุ่นยังมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นหรือสาเหตุที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าหนึ่งสาเหตุและมากกว่าหนึ่งปัจจัย ปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงขับให้ผู้หญิงญี่ปุ่นคิดที่จะฆ่าตัวตายนั่น คือ ปัญหาการฆ่าตัวตายลอกเลียนแบบ (copycat suicide) การฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นของเด็ก โดยเฉพาะนักเรียนมัธยมหญิงเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า ความกังวลเกี่ยวกับตัวเลือกในอนาคต ผลการเรียนที่อ่อนแอ ถูกเพื่อนกลั่นแกล้งที่โรงเรียน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่ จำนวนผู้ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น "เด็กจำนวนมากกำลังมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากความเครียดในชีวิตภายใต้การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ยืดเยื้อ" (การฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่น ในช่วงสถานการณ์โควิด-19, 2021)

สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2561, 2562, 2563 จะมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 6.32, 6.64, 7.35 (ข้อมูลจากศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายแห่งชาติ) เมื่อจำแนกเป็นรายเดือน โดยเฉพาะเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.19 นับเป็นอัตราสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญในช่วงที่ผ่านมา คือ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาโรคจิตเวช และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สุราและสารเสพติด แต่ที่เพิ่มมากขึ้นคือปัญหาเศรษฐกิจ ถึงแม้ประเทศไทยมีระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย ยังพบปัญหาที่สูงขึ้นต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลกให้แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายว่า “การฆ่าตัวตายป้องกันได้” โดยมียุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicide prevention strategies) ที่แนะนำให้กับประเทศต่างๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ (1) ยุทธศาสตร์ป้องกันสำหรับประชากรทั่วไป (Universal prevention) คือ การป้องกันในกลุ่มประชากรทั่วไปเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและคนอื่นๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ลดการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดการเข้าถึงอาวุธที่ใช้ทำร้ายตนเอง รวมทั้งการแนะนำให้สื่อรู้จักวิธีรายงานสังคม (2) ยุทธศาสตร์การป้องกันในกลุ่มเปราะบาง (selective prevention) เจาะจงเฉพาะกลุ่มเปราะบางต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายต่อภาวะวิกฤต กลุ่มชายขอบและด้อยโอกาสทางสังคม และผู้ที่สูญเสียญาติจากการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาทักษะบุคลากรด่านหน้า (gatekeeper) ที่ต้องพบเจอหรือทำงานกับบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ให้สามารถช่วยเหลือ ดูแล ส่งต่อกลุ่มเปราะบางสู่บริการสายด่วนสุขภาพจิต หรือระบบบริการสาธารณสุข (3) ยุทธศาสตร์การป้องกันในกลุ่มเปราะบางที่มีความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (indicated prevention) ได้แก่ การค้นหา วินิจฉัยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้มีความคิดทำร้ายตนเอง การส่งต่อและติดตามต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมปัจจัยปกป้องต่อการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การเสริมทักษะด้านสังคมและกลไกการจัดการด้านบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต

หัวใจสำคัญต่อยุทธศาสตร์เหล่านี้ คือการให้ความสำคัญกับเครือข่ายไม่ใช่แค่เครือข่ายในระบบสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีเครือข่ายนอกกระบวนสาธารณสุข ได้แก่ ภาคการศึกษา ภาคพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ภาคระบบยุติธรรม ภาคการปกครองและอื่นๆ และการพัฒนาระบบการดูแลทั้งในและนอกกระบวนสาธารณสุข รวมทั้งมีแผนระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวต่อเนื่อง (WHO, 2018)

ในเอกสาร LIVE LIFE ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แนะนำกุญแจสำคัญจากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ ได้แก่

- การลดหรือจำกัดการเข้าถึงอาวุธที่ใช้ทำร้ายตัวเอง (ยาฆ่าแมลง ปืน ยา สารเคมี เป็นต้น)
- การสื่อสารกับสื่อมวลชนเพื่อการรายงานข่าวฆ่าตัวตายอย่างมีความรับผิดชอบ
- การพัฒนาให้เด็กวัยเรียนวัยรุ่นมีทักษะทางสังคมและการจัดการอารมณ์ของตนเอง
- การค้นหา คัดกรอง จัดการและติดตามบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นอกจากนั้น หัวใจสำคัญของการดำเนินงานในพื้นที่ ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ได้แก่

- การทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์
- การร่วมมือกันในสหองค์กร
- การสร้างความตระหนักและสนับสนุนข้อตกลง
- กาพัฒนาศักยภาพผู้ให้ความช่วยเหลือ
- การสนับสนุนงบประมาณ
- การเฝ้าระวัง การประเมินติดตามผล

บทเรียนแนวทางการดำเนินงานป้องกันฆ่าตัวตายของประเทศอื่นๆ

ญี่ปุ่น

การดำเนินงานที่โดดเด่นของประเทศญี่ปุ่น คือ การมีแผนยุทธศาสตร์ชาติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่สามารถถ่ายทอดลงสู่ระดับภาค จังหวัด โดยทุกที่ต้องมีแผนปฏิบัติการระยะยาว การบูรณาการข้อมูลและการดูแลร่วมกันในภาคส่วนในและนอกระบบสาธารณสุข ตัวอย่างคือ คนที่มาแผนกสังคมและสวัสดิการด้วยปัญหาทางการเงินจะถูกส่งต่อแผนกสุขภาพเพื่อดูแลร่วมกันโดยอัตโนมัติ และการรณรงค์ให้ความรอบรู้ suicide awareness day ทั้งประเทศในเดือนมีนาคมทุกปี

ออสเตรเลีย

ออสเตรเลียมีการดำเนินงานการป้องกันฆ่าตัวตายในแผนระดับชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมีการแต่งตั้ง National Suicide Prevention Advisor ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี และมีการแต่งตั้ง National Suicidal Prevention Taskforce โดยเป็นการทำงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูง และมีบุคลากรดำเนินการจากทุกรัฐ มีการดำเนินการผ่านโปรแกรม LifeSpan ซึ่งเป็น primary health network ที่ทำงานแบบสหวิชาชีพ และสหองค์กร โดยมีการนำผู้ที่เคยมีประสบการณ์การฆ่าตัวตายเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกลุ่มนี้ในรูปแบบของสมัชชาชุมชน ที่เสนอนโยบายต่อระดับบริหาร รวมทั้งการดำเนินโปรแกรมในวัยทำงาน (MATES in construction program) ซึ่งไม่ได้ให้คำแนะนำทางคลินิกแต่ให้คำปรึกษาเบื้องต้นจากคนทำงานที่ได้รับการฝึกทักษะและจิตอาสาต่างๆ และเชื่อมโยงความช่วยเหลือต่อไปโดยโปรแกรมได้งบประมาณจากภาครัฐเพียงร้อยละ 30 และภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 70 นอกจากนั้นยังมีโปรแกรมสถานศึกษา (Youth Awareness of Mental Health : YAM program) ซึ่งเป็นการดำเนินการพัฒนาทักษะให้เข้าใจตัวเองและผู้อื่น และแสดงความเห็นใจ ความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต อีกประการคือมีโปรแกรม web application สำหรับประเมินตนเองด้านอารมณ์ความรู้สึกและสังคม โดยใช้แนวคิดด้าน Acceptance and Commitment Therapy และ cognitive therapy มาปรับใช้ โดยพัฒนาให้ใช้สำหรับชนกลุ่มน้อย Aborigines ของออสเตรเลีย นอกจากนี้ออสเตรเลียยังมีการทบทวนและปรับข้อมูลให้มีการบูรณาการระหว่างตำรวจ การชันสูตรศพ และพัฒนาเป็น real time database ที่สามารถเข้าถึงได้และทำเป็นรายงานในการเฝ้าระวังแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงต่างๆ กระบวนการฆ่าตัวตาย อาวุธที่ใช้ ที่อยู่ที่สามารถเข้าถึงการดูแล มีต้นแบบในหลายรัฐ เช่น Queensland ที่มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและสะท้อนข้อมูลนำไปใช้ได้ ตัวอย่างที่น่าสนใจคือการติดตั้งสิ่งกีดขวางการเข้าถึงการกระโดดจากสะพาน ที่มีการนำไปเป็นต้นแบบใช้ในประเทศอื่นๆ ได้แก่ เกาหลีใต้

ศรีลังกา

ศรีลังกาจุดแข็งในด้าน multisectoral collaboration จากระดับรัฐบาลจนถึงท้องถิ่น (Pearson et al., 2010; Pearson et al., 2015) ซึ่งการสนับสนุนที่เกิดขึ้นจากผู้บริหารระดับสูง มีผลต่อการทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างเครือข่ายที่ทำให้ทุกภาคส่วน มิใช่เพียงแค่สาธารณสุข สามารถร่วมกันป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ศรีลังกามี presidential suicide prevention taskforce ในปี พ.ศ. 2540 ประกอบด้วย ตัวแทนจากสาธารณสุข การศึกษา การเกษตร พัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยและภาคประชาสังคม เป็นสมดุของอำนาจการบริหารและนักวิชาการ ทำหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะ แนวทาง และติดตามการดำเนินการด้วย กฎเกณฑ์สำคัญ

คือ taskforce และชุมชน โปรแกรมที่สามารถบังคับซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการกำกับติดตามต่อเนื่อง และบอกว่าบุคลากรสาธารณสุขควรมีการเตรียมพร้อมสำหรับการเสนอโยบายให้กับผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้เกิดความสำเร็จ โดยมีหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนการแก้ไขปัญหา ตัวอย่างที่น่าสนใจคือ การออกกฎหมายห้ามใช้ยาฆ่าแมลง จากข้อเสนอแนะในงานวิจัย และนำไปสู่การลดการใช้สารเคมีเพื่อฆ่าแมลงอื่นๆ

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการให้บริการป้องกันการฆ่าตัวตายในระบบสุขภาพ โดยมีแผนผังแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นแบบ Stepped Care มีระบบการดูแลต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (ไม่รุนแรง เช่น กรีดข้อมือ)
 - ในกรณีรุนแรง เช่น ตีฆ่าฆ่าหญ้า ผูกคอ ส่งต่อโรงพยาบาลระดับต่อไป
2. รักษาอาการบาดเจ็บหรืออันตรายทางกายจนปลอดภัย เฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ
3. ประเมินสภาพจิต แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q
4. สามารถประเมินความเสี่ยงได้ชัดเจน

- ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงได้ชัดเจน หาข้อมูลจากญาติเพิ่มเติม เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

- มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายปานกลาง-สูง ($8Q \geq 9$) ส่งต่อ ปรีกษาแพทย์ ให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาจิตใจ ให้คำปรึกษา ประสานแหล่งช่วยเหลือ นัดติดตามอาการทุกๆ 1-2 อาทิตย์ เมื่ออาการ Stable ส่งกลับรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อาการไม่ดีขึ้น ส่งโรงพยาบาลทั่วไปต่อไป

- ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย หรือ ความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย ให้คำปรึกษา/การช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจ ให้คำปรึกษา นัดติดตามอาการทุกๆ 1-2 อาทิตย์ เมื่ออาการ Stable ส่งกลับรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับระบบส่งต่อสถานบริการปฐมภูมิและเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือน กำหนดการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน สิ่งที่ยังไม่ชัดเจนพบว่าเกี่ยวกับกระบวนการคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การจัดการในภาวะวิกฤติ การรักษาด้วยยา เพื่อส่งอาการการจำกัดพฤติกรรม การดูแลต่อเนื่องด้านจิตสังคม การติดตามเยี่ยมบ้าน (ความถี่ เครื่องมือที่ใช้ แนวทางการช่วยเหลือในชุมชน)

จากบทเรียนของการทบทวนวรรณกรรมนั้น พบว่าระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีจะต้องเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นๆนอกเหนือจากสาธารณสุข ในด้านการศึกษา สังคมสวัสดิการ สุขภาพ ความมั่นคง ชุมชน อาชีพ และรายได้ โดย J.M. Bertolote ได้ เสนอแนวคิดกว้างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. การเฝ้าระวังข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายเป็นการพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บครอบคลุมที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่ตายและไม่ตายเพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มเพศ และอายุ เพราะการรู้ข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงว่าเป็นกลุ่มผู้ชาย ผู้หญิง เด็ก หรือคนสูงอายุ จะมีผลต่อการวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายให้ตรงเป้าและถ้าขาดข้อมูลก็ประเมินผลไม่ได้เพราะไม่รู้ว่าคุณกลุ่มไหนเป็นกลุ่มเสี่ยง
2. การผลิตและเผยแพร่ข้อมูลออกไปให้ได้มากที่สุด เพื่อพัฒนาความตระหนักให้กับภาคส่วนต่างๆ
3. การทำหน้าที่ให้การสนับสนุนให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงการทำวิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตาย

สำหรับแนวทางการดูแลและบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ใช้เป็นมาตรฐานในทุกประเทศ เช่น การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม (Zalsman et al., 2016)

1) การคัดกรอง (screening) การประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจในการวางแผนการรักษา เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยและบริบท ที่หลากหลาย ดังนั้น ประสิทธิภาพทางด้านคลินิกจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการประเมินนี้ เพราะในท้ายที่สุด การกำหนดความเสี่ยงก็คือการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgement) มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับผลลัพธ์ ของการคัดกรองในประชากรว่ามีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่ออัตราการฆ่าตัวตาย (Williams, O'Connor, Eder & Whitlock, 2009; LeFevre, 2014)

2) การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แม้การใช้ยาจะมีรายงานว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย แต่ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง อาจต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งโดยสมัครใจหรือโดยบังคับรักษา (Chang, Gitlin & Patel, 2011) อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานที่สนับสนุน ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (Chang, Gitlin & Patel, 2011) และในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ อาจทำ การรักษาอาการทางจิตแบบผู้ป่วยนอก (Tintinalli & Judith, 2010) สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของสมอง และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเรื้อรัง การรักษาในโรงพยาบาลด้วยระยะเวลาที่สั้นไม่พบว่ามีประสิทธิภาพ มากกว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Paris, 2004; Goodman, Roiff, Oakes & Paris, 2012)

3) การรักษาด้วยยา มีหลักฐานน้อยมากว่ายารักษาโรคจิตมีผลป้องกันการฆ่าตัวตาย (Fakra & Azorin 2012) วิธีการบูรณาการของการบำบัดทางเภสัชวิทยาและทางจิตอาจเป็นความสำคัญที่เฉพาะ เนื่องจาก ตามหลักฐานการบำบัดทางจิตสังคมอาจลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอื่น ๆ เช่น ความสิ้นหวัง (Power et al. 2003) และอาการซึมเศร้า (Peters et al. 2010; Turkington et al. 2002) และเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิต (Bebbington & Kuipers 1994; Leucht & Heres 2006) อย่างไรก็ตาม การทบทวนอย่างไม่เป็นระบบได้อธิบายว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าการรักษาแบบผสม มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิต (Carlborg et al. 2010; Kasckow et al. 2011; Marshall & Rathbone 2011; Malmberg et al. 2001) และผลในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยตรงยังเป็นที่ต้องพิสูจน์ (Tarrier & Picken 2011)

4) การบำบัดทางจิตสังคม Donker et al., (2013) ได้ทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อ ตรวจสอบ ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมต่อการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิต พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมทั้งหมดเกี่ยวข้องกับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอาการทางจิต (Peters et al., 2010; Bateman et al., 2007; Grawe et al., 2006; Tarrier et al., 2006) ทำให้มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย เพิ่มขึ้น (Turkington et al., 2002; Owens et al., 2001) ลดซึมเศร้า (Turkington et al., 2002) ลดความสิ้นหวัง (Power et al., 2003) ลดการใช้สารเสพติด (Barrowclough et al., 2010) หรืออาการวิตกกังวล ทั้งหมด (เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์, ความวิตกกังวล, ความผิดปกติทางกาย (Turkington et al., 2002) เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาตามปกติ ในงานวิจัยด้านสุขภาพจิตช่วง 40 ปีหลังสุด ได้แนะนำว่า จิตบำบัดเป็น ส่วนประกอบที่สำคัญการรักษา และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในรักษามากกว่าชนิดอื่น ๆ และเพิ่มประสิทธิภาพ ในการลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าวิธีอื่น ๆ (Sexton & Whiston, 1991) การบำบัดทางจิตสังคมที่มี ผลต่อการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีหลากหลายวิธีการ เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดโดยการแก้ไขปัญห (problem solving therapy: PST) โปรแกรม BIC (brief intervention and contact: BIC) พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ครอบครัวบำบัด (Family interventions) และการบำบัด เชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) เป็นการบำบัดที่ออกแบบมา เพื่อการดูแล

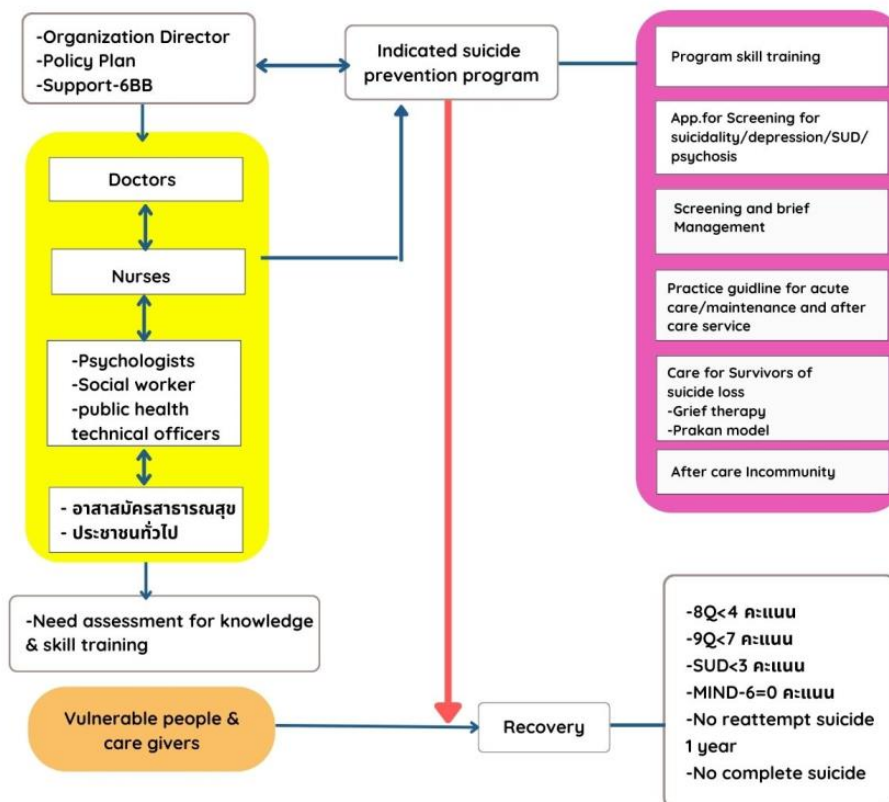
อย่างใกล้ชิด ลดการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ในชุมชน ผู้ป่วยจะถูกโอนการดูแลให้กับทีมรวมทั้งจิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ใช้ทีมดำเนินการ ในกลุ่มเล็ก สามารถดูแลผู้ป่วยในบ้านของตนเองและช่วยให้บริการติดต่อและให้บริการผู้ป่วยที่ไม่เต็มใจหรือไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ ACT ยังเน้นความร่วมมือในการรับประทานยา และครอบคลุมการบริการฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง

5) ในปี 2016 (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016) สรุปว่า การจำกัดและควบคุม การเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายเป็นวิธีป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดี

โดย WHO ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญที่จะต้องระบุวิธีการแทรกแซงที่พิสูจน์แล้วว่ามีความมีประสิทธิภาพ ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO, 2014)

ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการป้องกันการฆ่าตัวสำหรับป้องกันในกลุ่มเปราะบางซึ่งมีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การจัดการ ในภาวะวิกฤติ การรักษาด้วยยาเพื่อส่งอาการการจำกัดพฤติกรรม การรักษาด้วยไฟฟ้า โปรแกรมการติดตาม เยี่ยมบ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนการรักษาในระยะต่อเนื่อง ได้แก่ การรักษาทางด้านจิตสังคม โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา เสริมสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ จึงเป็น ที่มาของการดำเนินกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



จากกรอบแนวคิดจะมีผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการดำเนินการวิจัย ทั้งหมด 6 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารในระบบสาธารณสุข ได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ คณะอำนวยการแผนงานวิจัยการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประเทศไทย อธิบดีกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและถ่ายทอดแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตายลงสู่ผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ให้การสนับสนุนทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดบริการในระบบสาธารณสุข (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพจิต (workforce) 3) ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (IT) 4) คลังยาและชุดความรู้ เทคโนโลยี (drug & equipment) 5) งบประมาณและค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (financing) และ 6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (governance)
2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลหรือเวชสถิติ เวชระเบียน มีบทบาทในการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ รวมถึงการลงทะเบียนในระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (รง 506s)
3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการทำความเข้าใจและมีทัศนคติต่อปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง สามารถค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตามแนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำของคนในชุมชน
4. กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทางกายด้วยโรคเรื้อรัง NCDs 2) กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสารเสพติด 3) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) 4) ผู้ป่วยโควิดและญาติผู้เสียชีวิตจากสถานการณ์โควิด 19 จะได้รับการช่วยเหลือให้เข้าถึงระบบบริการได้โดยง่าย ได้รับการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นและติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจและความต้องการ
5. กลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง จะได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือจากผลกระทบของคนในครอบครัวที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการประเมินภาวะการดูแล ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจและความต้องการในระบบบริการ
6. กลุ่มประชาชนทั่วไป จะได้รับความช่วยเหลือจากสวัสดิการภาครัฐในสถานการณ์โควิด-19 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย จากตนเองหรือคนในครอบครัว หรือคนในพื้นที่ การให้ความช่วยเหลือ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย และผลกระทบต่อชุมชน การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย การรับรู้สื่อสาธารณะที่เผยแพร่เกี่ยวกับเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเมินสภาพของปัญหาผ่านการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) โดยระยะที่ 1 คือ วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และระยะที่ 2-4 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด กระจายอยู่ใน 4 ภาคของประเทศไทย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเมินสภาพของปัญหาผ่านการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มในกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมด 6 กลุ่ม ดูตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย 6 กลุ่ม

ลำดับ	ภาค	จังหวัด	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	กลุ่มเปราะบาง	ญาติผู้ดูแล	อสม.	ประชาชนทั่วไป	รวม
1	เหนือ	ลำพูน	9	20	54	53	25	100	261
2	กลาง	นครสวรรค์	9	23	125	122	22	160	461
3	ตะวันออก	กาฬสินธุ์	9	46	36	39	25	41	196
4	ใต้	นครศรีธรรมราช	8	33	272	272	15	99	699
รวม			35	122	487	486	87	400	1,617

ประชากรที่ทำการศึกษา มีทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้บริหารในระบบสาธารณสุข ได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ คณะอำนวยการแผนงานวิจัยการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประเทศไทย อธิบดีกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและถ่ายทอดแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตายลงสู่ผู้เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ให้การสนับสนุนทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดบริการในระบบสาธารณสุข (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพจิต (workforce) 3) ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (IT) 4) คลังยาและชุดความรู้เทคโนโลยี (drug & equipment) 5) งบประมาณและค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (financing) และ 6) ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (governance)
2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลหรือเวชสถิติ เวชระเบียน มีบทบาทในการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ รวมถึงการลงทะเบียนในระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (รง 506s)
3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการทำความเข้าใจและมีทัศนคติต่อปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง สามารถค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตามแนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำของคนในชุมชน
4. กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทางกายด้วยโรคเรื้อรัง NCDs 2) กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสารเสพติด 3) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) 4) ผู้ป่วยโควิดและญาติผู้เสียชีวิตจากสถานการณ์โควิด 19 จะได้รับการช่วยเหลือให้เข้าถึงระบบบริการได้โดยง่าย ได้รับการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นและติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจและความต้องการ
5. กลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือจากผลกระทบของคนในครอบครัวที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการประเมินภาวะการดูแล ความเครียด ความเหนื่อยล้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจและความต้องการในระบบบริการ
6. กลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ อาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 41 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การได้รับความช่วยเหลือจากสวัสดิการภาครัฐในสถานการณ์โควิด-19 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายจากตนเองหรือคนในครอบครัว หรือคนในพื้นที่ การให้ความช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย และผลกระทบต่อชุมชน การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย การรับรู้สื่อสาธารณะที่เผยแพร่เกี่ยวกับเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

2. การเลือกตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 6 กลุ่ม มีดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารระบบบริการสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1) เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารระบบบริการสาธารณสุข ทำงานในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชในเขตสุขภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M 1-2 ระดับ F 1-3 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล P 1-3

2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ไม่มีเกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การถอนตัว

คัดเลือกได้จำนวน 9 คนจากกาฬสินธุ์ 9 คน จากนครสวรรค์ 9 คน จากลำพูน และ 8 คน จากนครศรีธรรมราช รวมทั้งหมด 35 คน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไป พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลหรือเวชสถิติ และเวชระเบียน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1) เป็นทีมงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานบริการในเขตสุขภาพ และเครือข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้บริหารในข้อที่ 1 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ไม่มีเกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การถอนตัว

คัดเลือกกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งหมด 122 คน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ให้บริการสาธารณสุข

จังหวัด	กลุ่มผู้ให้บริการ				
	แพทย์	พยาบาล	นักจิตวิทยา	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	รวม
ลำพูน	11	7	1	1	20
นครสวรรค์	7	4	2	10	23
กาฬสินธุ์	9	15	1	21	46
นครศรีธรรมราช	4	6	2	21	33
รวม	31	32	6	53	122

3. กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

- 1) ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์กลุ่มเปราะบาง ทั้ง 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยทางกายด้วยโรคเรื้อรัง NCDs 2) กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสารเสพติด 3) กลุ่มผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ/วัยทำงานที่ตกงาน 4) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ 5) กลุ่มที่เผชิญสถานะความรุนแรงในครอบครัวจากสถานการณ์โควิด-19 (Domestic Violence) 6) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) 7) กลุ่มญาติผู้สูญเสียบุคคลที่ตายด้วยสถานการณ์โควิด-19 และ 8) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเครียดสูงและเหนื่อยล้าอย่างมากจากการทำงาน

2) ได้ผ่านการคัดกรองด้วย Mental health check-in แล้วได้ผลทดสอบเป็นบวก และถูกส่งต่อจากหน่วยงานต่างๆ ทุกระดับในระบบบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่สิงหาคม 2564 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565

ไม่มีเกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การถอนตัว

คัดเลือกได้จำนวนทั้งหมด 487 คน (ดังตารางที่ 3)

4. กลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

- 1) เป็นผู้ที่อยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับกลุ่มที่ 3 และมีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือ หรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย

ไม่มีเกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การถอนตัว

คัดเลือกได้จำนวนทั้งหมด 486 คน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มเปราะบางและญาติผู้ดูแลที่สัมภาษณ์เชิงโครงสร้างตามแบบสอบถาม

จังหวัด	กลุ่มผู้รับบริการ				
	โรคทางกายเรื้อรัง (NCD)	โรคทางจิตเวช	ผู้มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด	เคยพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง	รวม
กลุ่มเปราะบาง					
ลำพูน	29	18	6	1	54
นครสวรรค์	90	20	15	0	125
กาฬสินธุ์	34	0	2	0	36
นครศรีธรรมราช	140	100	21	1	272
รวม	293	138	44	2	487
กลุ่มญาติผู้ดูแล					
ลำพูน	29	18	6	0	53
นครสวรรค์	89	19	14	0	122
กาฬสินธุ์	36	0	3	0	39
นครศรีธรรมราช	140	100	21	1	272
รวม	294	137	44	1	486

5. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือสถานบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ และส่งต่อประชากรกลุ่มเปราะบางเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ทำงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี

2) เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ

3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะที่ลงทะเบียนข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัวจากโครงการ

1) มีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

คัดเลือกได้จำนวน 25 คน จากกาฬสินธุ์ 22 คน จากนครสวรรค์ 25 คน จากลำพูน และ 15 คน จากนครศรีธรรมราช รวมทั้งหมด 87 คน

6. กลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดทั้ง 4 นั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี อาจมีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน เพื่อนบ้านของกลุ่มเปราะบาง

2) เป็นคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ

3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น หูไม่ได้ยิน ตามองไม่เห็น หรือพูดไม่ได้

2) ป่วยเป็นโรคจิตที่อาการยังปรากฏอยู่

เกณฑ์การถอนตัวจากโครงการ

1) ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างตามแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2) ผู้ที่มีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง

คัดเลือกได้จำนวน 41 คน จากกาฬสินธุ์ 160 คน จากนครสวรรค์ 100 คน จากลำพูน และ 99 คน จากนครศรีธรรมราช รวมทั้งหมด 400 คน

3. วิธีดำเนินการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นที่ “จนข้อมูลอ้อมตัว” อย่างน้อย 10 คน ดังนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกคือ กลุ่มผู้บริหารในระบบสาธารณสุข จำนวน 35 คน มุ่งศึกษานโยบายและแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล การควบคุม กำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินการในสถานบริการทุกระดับ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างคือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 122 คน มุ่งศึกษาระบบการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัยโรค การรักษาระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว การติดตามการรักษา การส่งต่อ และการลงทะเบียน รง 506s ความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข ในด้านความรู้ ทักษะ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการช่วยเหลือ แนวทางการรักษากลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีอยู่ ส่วนรูปแบบเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง สุ่มเลือกแบบสะดวกในกลุ่มเปราะบาง จำนวน 487 คน มุ่งศึกษาความเข้าใจและทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในญาติ ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย การเข้าถึงระบบบริการ ความพึงพอใจในระบบบริการ และความต้องการการช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข กลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 486 คน มุ่งศึกษาความเข้าใจและทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว ความพึงพอใจในระบบบริการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และภาระการดูแล ความต้องการการช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้านสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 87 คน มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย การใช้แนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) ความต้องการฝึกอบรมด้านทักษะการเฝ้าระวังเบื้องต้น และกลุ่มประชาชนทั่วไป มุ่งศึกษาความรู้ ความเข้าใจการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง การช่วยเหลือกันเองในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เมื่อมีเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้น จำนวน 400 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. กรอบประเด็นในการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร มี 7 ข้อ
2. กรอบประเด็นในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ให้บริการในระบบสาธารณสุข มี 12 ข้อ
3. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเปราะบางที่พัฒนาโดยทีมวิจัย มี 61 ข้อ
4. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มญาติผู้ดูแลกลุ่มเปราะบางที่พัฒนาโดยทีมวิจัย มี 74 ข้อ
5. แบบสอบถามสำหรับสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 20 ข้อ
6. แบบสอบถามสำหรับประชากรทั่วไปที่พัฒนาโดยทีมวิจัย มี 41 ข้อ

แบบสอบถามและประเด็นคำถามทั้ง 6 นี้ได้รับการตรวจสอบความตรง (content validity) ในแง่ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาในข้อคำถามและความเหมาะสมของคำที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คือ 1. จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2. พยาบาลมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลชุมชน 3. ผู้เชี่ยวชาญในด้านพฤติกรรมศาสตร์ ประเมินจากค่า IOC (Index of Item) โดยการใช้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในช่วงทดสอบการใช้แบบสอบถาม (pilot study) ในผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient โดยต้องมีค่า 0.6 ขึ้นไป จึงจะยอมรับใช้แบบสอบถามนี้ในการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากเสนอโครงการวิจัยระยะที่ 1 ให้แก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิต เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ จึงทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดที่ทำการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ใน 6 กลุ่มใช้วิธีการและประเด็นที่ศึกษาดังนี้

ลำดับที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	ประเด็นที่ศึกษา
1	กลุ่มผู้บริหารระบบสาธารณสุข	สัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัย ผู้มีความชำนาญในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวนทั้งสิ้น 8 คน	นโยบายและแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล การควบคุมกำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินการในสถานบริการทุกระดับ ความเป็นมาและสภาพปัญหาในพื้นที่ การเตรียมความพร้อมกระบวนการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนสนับสนุนแผนการป้องกันการฆ่าตัวตาย ความต้องการของผู้รับผิดชอบและสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบอบโรคโควิด-19 (COVID-19) ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในช่วงระบอบโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประเทศไทย และข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและต่อยอด
2	บุคลากรสาธารณสุข	สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยทีมพยาบาลผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง	ระบบการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัยโรค การรักษา ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว การติดตามการรักษา การส่งต่อ และการลงทะเบียน รง 506s ความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข ในด้านความรู้ ทักษะ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง การช่วยเหลือ แนวทางการรักษากลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีอยู่

ลำดับที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	ประเด็นที่ศึกษา
3	กลุ่มเปราะบาง	แบบสอบถามชนิดตอบเอง	ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายในญาติ ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย การเข้าถึงระบบบริการ ความพึงพอใจในระบบบริการ และความต้องการการช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข
4	กลุ่มญาติผู้ดูแล	แบบสอบถามชนิดตอบเอง	ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว ความพึงพอใจในระบบบริการ การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการดูแล ความต้องการการช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข
5	กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	แบบสอบถามชนิดตอบเอง	ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย การใช้แนวทาง 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) การติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำของคนในชุมชน ความต้องการฝึกอบรมด้านทักษะการเฝ้าระวังเบื้องต้น
6	ประชาชนทั่วไป	แบบสอบถามชนิดตอบเอง	ความรู้ ความเข้าใจการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง การช่วยเหลือกันเองในชุมชน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเมื่อมีเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม จะมีการถอดเทปและรวบรวมตรรกหาคำแล้วสังเคราะห์เป็นกลุ่มหัวเรื่อง เชื่อมโยงตามกรอบแนวคิดที่วางไว้ กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาจะกระทำโดยทีมวิจัยเชิงคุณภาพประชุมพิจารณาร่วมกัน ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทีมวิจัยที่มีความชำนาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการประชุมทีมวิจัยเป็นระยะๆ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดำเนินการร่วมกันกับ โครงการย่อยที่ 1

- จัดเวทีสะท้อนผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับโครงการย่อยที่ 1
- จัดเวทีเพื่อสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมรูปแบบ TOP (Technology Of Participation)

ร่วมกับโครงการย่อยที่ 1 เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและแนวปฏิบัติ
เพื่อการดูแลกลุ่มผู้เปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 การสะท้อนข้อมูลผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับโครงการย่อยที่ 1 ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน

จังหวัดน่าน	วันที่ดำเนินการ	ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมสำคัญ
นครสวรรค์	28 ธันวาคม 2564 (คืนข้อมูล) 31 มีนาคม 2565 (TOP MODEL)	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ ดังนี้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพาณิชย์จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด ธนาคารออมสิน ศาลากลางจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัด ธนาคารออมสิน ที่ทำการปกครองอำเภอ

จังหวัดนำร่อง	วันที่ดำเนินการ	ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมสำคัญ
กาฬสินธุ์	15 ธันวาคม 2564	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นตะวันออกเฉียงเหนือ เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ ดังนี้ ศาลากลางจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัด ธนาคารออมสิน ที่ทำการปกครองอำเภอ
ลำพูน	20 มกราคม 2565	อธิบดีกรมสุขภาพจิต รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 โรงพยาบาลสวนปรุง เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ ดังนี้ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศาลากลางจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัด ธนาคารออมสิน ที่ทำการปกครองอำเภอองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จังหวัดนำร่อง	วันที่ดำเนินการ	ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมสำคัญ
นครศรีธรรมราช	28 มกราคม 2565	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เครือข่ายนอกระบบบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ดังนี้ ศาลากลางจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรจังหวัด ธนาคารออมสิน ที่ทำการปกครองอำเภอ

- ทบทวนข้อมูลความต้องการการพัฒนาศักยภาพจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 1 ผลจากข้อค้นพบคือการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาที่มีประสิทธิภาพควรมีความจัดทำ care intervention ได้แก่ การฟังอย่างใส่ใจ (deep listening) การบำบัดโดยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา (problem solving therapy) การให้คำปรึกษาคอครอบครัว (family counseling) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) มีหลักฐานทางวิชาการในการรักษาผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

- จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในกรมสุขภาพจิตพัฒนาชุดหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือ (core intervention package) ในการบำบัดข้างต้นเพื่อฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละระดับ

- ดำเนินการฝึกอบรมตามหลักสูตร core intervention package ทั้งในพื้นที่และระบบสื่อสารทางไกล รวมทั้งมีการติดตั้งไว้ใน e-learning platform ของกรมสุขภาพจิต

ตารางที่ 6 Core intervention package

หน่วยบริการ	หลักสูตร	Online Course		Onsite Training	Self-Learning
		Training	Learning		
รพ.สต. (P2-3) / PCU (P1)/ รพ.สนาม	การปฐมพยาบาลทางใจ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต		✓		✓
	Psychoeducation for suicide prevention				✓
	Basic counselling (Deep listening / emotional support / Family counseling)			✓	
	Brief Problem Solving Therapy	✓		✓	
	RQ program		✓		
รพช. (F1-3,M2) และ รพศ./รพท. ที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)				✓
	BA/ BI / MBBI ใน NCD เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการฆ่าตัวตาย (BPSC)		✓	✓	✓
	Grief counselling				✓
	การดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิตด้วย Prakarn model		✓		
	Psychological autopsy	✓			
	ฝึกทักษะการสอบสวนโรคสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน MCATT			✓	
รพศ./รพท. กรณีแพทย์จะมี CPG (สำหรับแพทย์) ซึ่ง รพจ.ขอนแก่น พัฒนาขึ้น	Therapy				
	- Problem Solving Therapy	✓		✓	
	- Mindfulness Based therapy and counselling (MBTC)	✓	✓	✓	
	- Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention	✓		✓	
	- Grief therapy	✓		✓	

ทั้งนี้การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core intervention package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้รับผิดชอบจัดอบรม

พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

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

ในระหว่างนั้น ได้เพิ่มเติมหลักสูตรการสอบสวนโรคให้กับบุคลากรในพื้นที่เพื่อพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพื้นที่และระบบข้อมูลการฆ่าตัวตายที่สามารถ โดยนายแพทย์ธรินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผู้พัฒนาหลักสูตรและทำการอบรมตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

ระยะที่ 3 ระยะขยายผลรูปแบบ

- จากการทบทวนผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มีข้อค้นพบว่าปัจจัยสำคัญต่อการแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตาย คือ การคัดกรองด้วยข้อคำถามความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มเติมจากซีเอ็มเคร้า (2Q plus) ในเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤตสำหรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะ การจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว จึงกำหนดให้เนื้อหาสำหรับการประเมินกระบวนการสำหรับพื้นที่ทำการวิจัย

- นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนมาทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด และปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์
- เมื่อได้โปรแกรมที่สมบูรณ์จาก 4 จังหวัดนำไปขยายผลในอีก 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

ระยะที่ 4 ระยะสรุปประเมินผล

การประชุมสรุปผลการดำเนินการ โดยเป็นการเฝ้าติดตามเพื่อให้คำปรึกษา และประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ อัตราการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดตั้งจุดแจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤต การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมการช่วยเหลือ อัตราการเข้าถึง ระบบบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรในเครือข่ายที่เข้ารับการอบรม อัตราการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ลดลงร้อยละ 10 ของอัตราการฆ่าตัวตายของปีที่ผ่านมา (ของปี 2563) รวมทั้งการนำเสนอผลงานที่ภาคภูมิใจ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์หาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเมินสภาพของปัญหา มีผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเมิน สภาพของปัญหาผ่านการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างตามแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษา มีดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ดูตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1

กลุ่มประชากร	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
เพศ					
- ชาย	29 (53.70)	50 (40.00)	8 (22.00)	133 (48.90)	220 (45.17)
- หญิง	24 (44.44)	71 (56.80)	28 (77.78)	138 (50.74)	261 (53.59)
- เพศที่ 3	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	2 (0.41)
- ไม่ระบุเพศ	0 (0.00)	4 (3.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (0.82)
อายุเฉลี่ย (SD)	49.91 (18.88)	53.82 (19.03)	67.37 (11.51)	46.89 (18.36)	
ศาสนา					
- พุทธ	54 (100.00)	123 (98.40)	36 (100.00)	259 (95.22)	472 (96.92)
- คริสต์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.74)	2 (0.41)
- อิสลาม	0 (0.00)	1 (0.80)	0 (0.00)	7 (2.57)	8 (1.64)
- อื่นๆ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.57)	7 (1.44)
- ไม่มีศาสนา	-	-	-	-	
สถานภาพสมรส					
- คู่อยู่ด้วยกัน	24 (44.44)	59 (47.20)	22 (61.11)	123 (45.22)	228 (45.82)
- คู่แยกกันอยู่	2 (3.70)	11 (8.80)	0 (0.00)	18 (6.62)	31 (6.37)
- หม้าย	11 (20.37)	21 (16.80)	11 (30.56)	36 (13.24)	79 (16.22)
- หย่าร้าง	4 (7.41)	5 (4.00)	0 (0.00)	9 (3.31)	18 (3.70)
- โสด	12 (22.22)	28 (22.40)	2 (5.56)	86 (31.62)	128 (26.28)

กลุ่มประชากร	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
ระดับการศึกษาสูงสุด					
- ไม่ได้เรียน	4 (7.41)	4 (3.20)	0 (0.00)	8 (2.94)	16 (3.29)
- ประถมศึกษา	26 (48.15)	78 (62.40)	29 (80.56)	102 (37.50)	235 (48.25)
- มัธยมศึกษา	16 (29.63)	30 (24.00)	6 (16.67)	100 (36.76)	152 (31.21)
- อนุปริญญา	3 (5.56)	4 (3.20)	0 (0.00)	21 (7.72)	28 (5.75)
- ปริญญาตรี	4 (7.41)	7 (5.60)	0 (0.00)	34 (12.50)	45 (9.24)
- สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	2 (1.60)	0 (0.00)	3 (1.10)	5 (1.03)
- อื่นๆ (ป.กศ./ปวช./ กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.10)	3 (0.62)
สถานที่อยู่ปัจจุบัน					
- ชานเมือง	15 (27.78)	24 (19.20)	10 (27.78)	113 (41.54)	162 (33.26)
- ใกล้ตัวเมือง	8 (14.81)	44 (35.20)	2 (5.56)	45 (16.54)	99 (20.33)
- ชนบทห่างไกลตัวเมือง	30 (55.56)	41 (32.80)	22 (61.11)	90 (33.09)	183 (37.58)
- อยู่ในเมือง	0 (0.00)	15 (12.00)	0 (0.00)	17 (6.25)	32 (6.57)
- อยู่ถิ่นทุรกันดาร	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.84)	6 (1.23)
การย้ายถิ่นฐานจาก ภูมิลำเนาเดิม	8 (14.81)	27 (21.60)	7 (19.44)	41 (15.07)	83 (17.04)
การพักอาศัยในบ้านเดียวกันกับ					
- พ่อแม่	13 (24.07)	29 (23.20)	0 (0.00)	115 (42.28)	157 (32.24)
- คู่สมรส/ลูก	22 (40.74)	59 (47.20)	22 (61.11)	109 (40.07)	212 (43.53)
- ลูก	12 (22.22)	30 (24.00)	11 (30.56)	41 (15.07)	94 (19.30)
- พี่น้อง	5 (9.26)	18 (14.40)	1 (2.78)	46 (16.91)	70 (14.37)
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย	3 (5.56)	5 (4.00)	2 (5.56)	9 (3.31)	19 (3.90)
- เพื่อน	0 (0.00)	1 (0.80)	0 (0.00)	2 (0.74)	3 (0.62)
- อยู่คนเดียว	2 (3.70)	9 (7.20)	0 (0.00)	11 (4.04)	22 (4.52)
- อื่นๆ (อยู่กับหลาน ญาติ)	7 (12.96)	12 (9.60)	5 (13.89)	19 (6.99)	43 (8.83)
อาชีพหลัก					
- ว่างาน	10 (18.52)	21 (16.80)	5 (13.89)	23 (8.46)	59 (12.11)
- เกษตรกรรม	8 (14.81)	44 (35.20)	26 (72.22)	91 (33.46)	169 (34.70)
- ค้าขาย	4 (7.41)	4 (3.20)	1 (2.78)	15 (5.51)	24 (4.93)
- รับจ้างทั่วไป	17 (31.48)	22 (17.60)	1 (2.78)	46 (16.91)	86 (17.66)
- แม่บ้าน	3 (5.56)	8 (6.40)	2 (5.56)	30 (11.03)	43 (8.83)

กลุ่มประชากร	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
- ธุรกิจส่วนตัว	2 (3.70)	5 (4.00)	0 (0.00)	12 (4.41)	19 (3.90)
- ครู/อาจารย์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.84)	5 (1.03)
- ทหาร/ตำรวจ	0 (0.00)	2 (1.60)	0 (0.00)	1 (0.37)	3 (0.62)
- ข้าราชการ	2 (3.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.57)	9 (1.85)
- นักเรียน/นักศึกษา	0 (0.00)	5 (4.00)	0 (0.00)	16 (5.88)	21 (4.31)
- ลูกจ้างโรงงาน	0 (0.00)	1 (0.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.21)
- อื่นๆ	3 (5.56)	32 (25.60)	0 (0.00)	49 (18.01)	84 (17.25)
ประสบปัญหา การเลิกจ้าง ติดธุรกิจ	15 (27.78)	18 (14.40)	3 (8.33)	34 (12.50)	70 (14.37)
โรคประจำตัว					
- โรคเบาหวาน	4 (7.41)	39 (31.20)	20 (55.56)	39 (14.34)	102 (20.94)
- โรคความดันโลหิตสูง	11 (20.37)	44 (35.20)	16 (44.44)	68 (25.00)	139 (28.54)
- โรคไขมันในเลือดสูง	4 (7.41)	20 (16.00)	7 (19.44)	58 (21.32)	89 (18.28)
- โรคมะเร็ง	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.56)	0 (0.00)	2 (0.41)
- โรคกระเพาะอาหาร	1 (1.85)	4 (3.20)	2 (5.56)	11 (4.04)	18 (3.70)
- โรคเส้นเลือดสมองอุดตัน	2 (3.70)	3 (2.40)	2 (5.56)	8 (2.94)	15 (3.08)
- โรคอัลไซเมอร์	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.56)	0 (0.00)	2 (0.41)
- โรคลมชัก	0 (0.00)	3 (2.40)	1 (2.78)	5 (1.84)	9 (1.85)
- โรคหัวใจวาย	1 (1.85)	4 (3.20)	1 (2.78)	0 (0.00)	6 (1.23)
- โรคเรื้อน	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (0.21)
- โรคข้อเข่าเสื่อม	0 (0.00)	7 (5.60)	2 (5.56)	5 (1.84)	14 (2.87)
- โรคถุงลมโป่งพอง/ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4 (7.41)	2 (1.60)	0 (0.00)	3 (1.10)	9 (1.85)
- ต่อมลูกหมากโต	0 (0.00)	2 (1.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.41)
- โรคเกาต์	2 (3.70)	3 (2.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.03)
- โรควิตกกังวล	6 (11.11)	9 (7.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (3.08)
- โรคซึมเศร้า	12 (22.22)	16 (12.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	28 (5.75)
- โรคจิต	11 (20.37)	20 (16.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	31 (6.37)
- โรคอารมณ์สองขั้ว/ ไบโพลาร์	0 (0.00)	2 (1.60)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.41)
- ไวรัสตับอักเสบ	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.21)
- ไข้ยาเสพติด	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.21)
- ไม่มีโรคประจำตัว	11 (20.37)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (2.26)
- อื่นๆ	1 (1.85)	21 (16.80)	0 (0.00)	0 (0.00)	22 (4.52)

กลุ่มประชากร	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
มีความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรัง					
- ไม่เลย	24 (44.44)	29 (23.20)	6 (16.67)	107 (39.34)	166 (34.09)
- เล็กน้อย	9 (16.67)	11 (8.80)	14 (38.89)	68 (25.00)	102 (20.94)
- ปานกลาง	10 (18.52)	49 (39.20)	11 (30.56)	52 (19.12)	122 (25.05)
- มาก	8 (14.81)	19 (15.20)	4 (11.11)	25 (9.19)	56 (11.50)
- มากที่สุด	2 (3.70)	14 (11.20)	0 (0.00)	2 (0.74)	18 (3.70)
- ไม่ตอบ	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.21)
มีการดื่มสุรา					
- ไม่เลย	27 (50.0)	77 (61.60)	32 (88.89)	184 (67.65)	320 (65.71)
- 1-3 ครั้ง	7 (12.96)	20 (16.00)	2 (5.56)	52 (19.12)	81 (16.63)
- ทุกเดือน	6 (11.11)	5 (4.00)	0 (0.00)	8 (2.94)	19 (3.90)
- ทุกสัปดาห์	1 (1.85)	7 (5.60)	0 (0.00)	14 (5.15)	22 (4.52)
- เกือบทุกวัน	13 (24.07)	12 (9.60)	1 (2.78)	10 (3.68)	36 (7.39)
ใช้สารเสพติด					
- ไม่เลย	48 (88.89)	106 (84.80)	35 (97.22)	196 (72.06)	385 (79.06)
- เพียง 1-3 ครั้ง	2 (3.70)	8 (6.40)	28 (77.78)	28 (10.29)	66 (13.55)
- ทุกเดือน	1 (1.85)	3 (2.40)	12 (33.33)	12 (4.41)	28 (5.75)
- ทุกสัปดาห์	1 (1.85)	2 (1.60)	16 (44.44)	16 (5.88)	35 (7.19)
- เกือบทุกวัน	2 (3.70)	2 (1.60)	19 (52.78)	19 (6.99)	42 (8.62)
- ไม่ตอบ	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (0.21)
ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ					
- โครงการคนละครึ่ง	16 (29.63)	38 (30.40)	7 (19.44)	160 (58.82)	221 (45.38)
- โครงการเราไม่ทิ้งกัน	9 (16.67)	26 (20.80)	0 (0.00)	36 (13.24)	71 (14.58)
- โครงการเรารักกัน	2 (3.70)	6 (4.80)	1 (2.78)	8 (2.94)	17 (3.49)
- โครงการเราเที่ยวด้วยกัน	4 (7.41)	5 (4.00)	1 (2.78)	3 (1.10)	13 (2.67)
- โครงการเราชนะ	21 (38.89)	42 (33.60)	11 (30.56)	127 (46.69)	201 (41.27)
- โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	30 (55.56)	53 (42.40)	22 (61.11)	80 (29.41)	185 (37.99)
- โครงการซื้อปศุสัตว์	1 (1.85)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.74)	3 (0.62)
ได้รับการช่วยเหลือ แหล่งทุนอื่นๆ					
	0 (0.00)	18 (14.40)	2 (5.56)	28 (10.29)	48 (9.86)

กลุ่มญาติผู้ดูแล	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
เพศ					
- ชาย	24 (45.28)	32 (26.22)	6 (15.38)	74 (27.21)	136 (27.98)
- หญิง	28 (52.83)	89 (72.95)	33 (84.62)	197 (72.43)	347 (71.40)
- เพศที่ 3	1 (1.88)	1 (0.82)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.41)
อายุเฉลี่ย (SD)	46.04 (17.24)	51 (42 - 62)	56.24 (54.27)	43.74 (15.25)	
ศาสนา					
- พุทธ	53 (100.00)	121 (99.18)	39 (100.00)	265 (97.43)	478 (98.35)
- คริสต์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	1 (0.21)
- อิสลาม	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.84)	5 (1.03)
สถานภาพสมรส					
- คู่อยู่ด้วยกัน	34 (64.15)	76 (62.30)	33 (84.62)	168 (61.76)	311 (63.99)
- คู่แยกกันอยู่	3 (5.66)	10 (8.20)	1 (2.56)	13 (4.78)	27 (5.56)
- หม้าย	2 (3.77)	11 (9.02)	4 (10.26)	18 (6.62)	35 (7.20)
- หย่าร้าง	3 (5.66)	6 (4.92)	1 (2.56)	13 (4.78)	23 (4.73)
- โสด	11 (20.75)	18 (14.75)	0 (0.00)	57 (20.96)	86 (17.70)
- อื่น ๆ (คู่เสียชีวิต)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	1 (0.21)
ระดับการศึกษา					
- ไม่ได้เรียน	2 (3.77)	2 (1.64)	0 (0.00)	2 (0.74)	6 (1.23)
- ประถมศึกษา	27 (50.94)	64 (52.46)	28 (71.79)	77 (28.31)	196 (40.33)
- มัธยมศึกษา	15 (28.30)	37 (30.33)	9 (23.08)	84 (30.88)	145 (29.84)
- อนุปริญญา	4 (7.55)	5 (4.10)	0 (0.00)	23 (8.46)	32 (6.58)
- ปริญญาตรี	5 (9.43)	13 (10.66)	2 (5.13)	73 (26.84)	93 (19.14)
- สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (0.82)	0 (0.00)	3 (1.10)	4 (0.82)
- อื่นๆ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	10 (3.68)	10 (2.06)
สถานที่อยู่ปัจจุบัน					
- อยู่ในเมือง	1 (1.89)	14 (11.48)	0 (0.00)	21 (7.72)	36 (7.41)
- อยู่ชนเมือง	4 (7.55)	6 (4.92)	6 (15.38)	48 (17.65)	64 (13.17)
- อยู่ชนบทแต่ใกล้ตัวเมือง	8 (15.09)	47 (38.52)	2 (5.13)	73 (26.84)	130 (26.75)
- อยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง	36 (67.92)	54 (44.26)	30 (76.92)	122 (44.85)	242 (49.79)
- อยู่ถิ่นทุรกันดาร	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (2.21)	7 (1.44)
- อื่น ๆ (บ้านสวน/หมู่บ้าน)	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	2 (0.41)
การย้ายถิ่นฐานจาก ภูมิลำเนาเดิม	11 (20.75)	17 (13.93)	13 (33.33)	0 (0.00)	41 (8.44)

กลุ่มญาติผู้ดูแล	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
อาชีพ					
- ว่างงาน	3 (5.66)	3 (2.46)	4 (10.26)	6 (2.21)	16 (3.29)
- เกษตรกรรม	16 (30.19)	65 (53.28)	28 (71.79)	86 (31.62)	195 (40.12)
- ค้าขาย	2 (3.77)	9 (7.38)	6 (15.38)	29 (10.66)	46 (9.47)
- รับจ้างทั่วไป	18 (33.96)	18 (14.75)	1 (2.56)	42 (15.44)	79 (16.26)
- แม่บ้าน	3 (5.66)	6 (4.92)	0 (0.00)	16 (5.88)	25 (5.14)
- นักเรียน นักศึกษา	4 (7.55)	2 (1.64)	0 (0.00)	10 (3.68)	16 (3.29)
- ข้าราชการ	1 (1.89)	3 (2.46)	0 (0.00)	21 (7.72)	25 (5.14)
- ธุรกิจส่วนตัว	3 (5.66)	5 (4.10)	0 (0.00)	14 (5.15)	22 (4.53)
- ครู/อาจารย์	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.57)	8 (1.65)
- ทหาร/ตำรวจ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.74)	2 (0.41)
- ขับรถรับจ้าง	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.47)	4 (0.82)
- ลูกจ้างโรงงาน	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.74)	3 (0.62)
- นักบวช	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	1 (0.21)
- อื่นๆ	4 (7.55)	13 (10.66)	0 (0.00)	34 (12.50)	51 (10.49)
ประสบปัญหาการ เลิกจ้างหรือปิดธุรกิจ	15 (28.30)	16 (13.11)	0 (0.00)	40 (14.71)	71 (14.61)
อยู่บ้านเดียวกันร่วมกับ					
- พ่อ แม่	13 (24.53)	48 (39.34)	15 (38.46)	107 (39.34)	183 (37.65)
- คู่สมรส	32 (60.38)	78 (63.93)	30 (76.92)	156 (57.35)	296 (60.91)
- ลูก	7 (13.21)	26 (21.31)	10 (25.64)	49 (18.01)	92 (18.93)
- พี่น้อง	2 (3.77)	17 (13.93)	0 (0.00)	36 (13.24)	55 (11.32)
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย	0 (0.00)	10 (8.20)	0 (0.00)	7 (2.57)	17 (3.50)
- ญาติห่าง ๆ	0 (0.00)	2 (1.64)	0 (0.00)	5 (1.84)	7 (1.44)
- เพื่อน	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.37)	2 (0.41)
- อยู่คนเดียว	3 (5.66)	1 (0.82)	0 (0.00)	4 (1.47)	8 (1.65)
- อื่น ๆ	6 (11.32)	8 (6.56)	0 (0.00)	13 (4.78)	27 (5.56)

กลุ่มญาติผู้ดูแล	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
โรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ					
- โรคหัวใจวาย	0 (0.00)	1 (0.82)	0 (0.00)	2 (0.74)	3 (0.62)
- โรคถุงลมโป่งพอง	0 (0.00)	2 (1.64)	0 (0.00)	2 (0.74)	4 (0.82)
- โรคลมชัก	0 (0.00)	1 (0.82)	0 (0.00)	1 (0.37)	2 (0.41)
- ต่อมลูกหมากโต	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.10)	3 (0.62)
- โรคเบาหวาน	7 (13.21)	23 (18.85)	9 (23.08)	21 (7.72)	60 (12.35)
- โรคความดันโลหิตสูง	16 (30.19)	33 (27.05)	13 (33.33)	33 (12.13)	95 (19.55)
- โรคไขมันในเลือดสูง	6 (11.32)	17 (13.93)	3 (7.69)	39 (14.34)	65 (13.37)
- โรคเส้นเลือดสมองอุดตัน	1 (1.89)	1 (0.82)	0 (0.00)	2 (0.74)	4 (0.82)
- โรคข้อเสื่อม	0 (0.00)	8 (6.56)	1 (2.56)	4 (1.47)	13 (2.67)
- โรคกระเพาะอาหาร	2 (3.77)	9 (7.38)	4 (10.26)	18 (6.62)	33 (6.79)
- โรคเกาต์	1 (1.89)	3 (2.46)	0 (0.00)	1 (0.37)	5 (1.03)
- โรคผิวหนังโรค	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (0.21)
- โรคไต	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (0.21)
- โรคโลหิตจาง	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (0.21)
- โรคไทรอยด์	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.56)	0 (0.00)	1 (0.21)
ป่วยโรคจิตเวช					
- โรควิตกกังวล	1 (1.89)	3 (2.46)	1 (2.56)	9 (3.31)	14 (2.88)
- โรคซึมเศร้า	1 (1.89)	2 (1.64)	1 (2.56)	16 (5.88)	20 (4.12)
- โรคจิต	0 (0.00)	2 (1.64)	0 (0.00)	1 (0.37)	3 (0.62)
- โรคอารมณ์สองขั้ว	0 (0.00)	2 (1.64)	0 (0.00)	2 (0.74)	4 (0.82)
ความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว					
- ไม่เลย	27 (50.94)	58 (47.54)	12 (30.77)	163 (59.93)	260 (53.50)
- เล็กน้อย	12 (22.64)	13 (10.66)	7 (17.95)	47 (17.28)	79 (16.26)
- ปานกลาง	5 (9.43)	31 (25.41)	16 (41.03)	33 (12.13)	85 (17.49)
- มาก	1 (1.89)	9 (7.38)	2 (5.13)	5 (1.84)	17 (3.50)
- มากที่สุด	1 (1.89)	4 (3.28)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.03)

กลุ่มญาติผู้ดูแล	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272	รวม N = 487
ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาคุณมีการดื่มสุรามากน้อยเพียงใด					
- ไม่เลย	30 (56.60)	90 (73.77)	35 (89.74)	219 (80.51)	374 (76.95)
- เพียง 1-3 ครั้ง	14 (26.42)	22 (18.03)	0 (0.00)	30 (11.03)	66 (13.58)
- ทุกเดือน	1 (1.89)	3 (2.46)	1 (2.56)	11 (4.04)	16 (3.29)
- ทุกสัปดาห์	2 (3.77)	3 (2.46)	1 (2.56)	6 (2.21)	12 (2.47)
- เกือบทุกวัน	5 (9.43)	3 (2.46)	2 (5.13)	2 (0.74)	12 (2.47)
ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาคุณมีการใช้สารเสพติดมากน้อยเพียงใด					
- ไม่เลย	50 (94.34)	117 (95.90)	37 (94.87)	235 (84.40)	439 (90.33)
- เพียง 1-3 ครั้ง	0 (0.00)	4 (3.28)	0 (0.00)	10 (3.68)	14 (2.88)
- ทุกเดือน	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.13)	5 (1.84)	7 (1.44)
- ทุกสัปดาห์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.84)	5 (1.03)
- เกือบทุกวัน	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (2.21)	7 (1.44)
ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ					
- โครงการคนละครึ่ง	14 (26.42)	50 (40.98)	6 (15.38)	166 (61.03)	236 (48.56)
- โครงการเรารักกัน	2 (3.77)	2 (1.64)	0 (0.00)	16 (5.88)	20 (4.12)
- โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	29 (54.72)	65 (53.28)	21 (53.85)	82 (30.15)	197 (40.53)
- โครงการเราไม่ทิ้งกัน	13 (24.53)	19 (15.57)	7 (17.95)	54 (19.85)	93 (19.14)
- โครงการเราเที่ยวด้วยกัน	3 (5.66)	6 (4.92)	0 (0.00)	11 (4.04)	20 (4.12)
- โครงการเราชนะ	23 (43.40)	45 (36.89)	12 (30.77)	127 (46.69)	207 (42.59)
- โครงการช้อปดีมีคืน	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (2.21)	7 (1.44)
- ไม่ได้รับสวัสดิการ	-	-	-	-	-
ได้รับการช่วยเหลือแหล่งทุนอื่นๆ					
ได้รับการช่วยเหลือแหล่งทุนอื่นๆ	7 (13.21)	7 (5.74)	1 (2.56)	20 (7.35)	35 (7.20)

กลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ลำพูน N = 25	นครสวรรค์ N = 12	กาฬสินธุ์ N = 25	นครศรีธรรมราช N = 15	รวม N = 76
เพศ					
- ชาย	0 (0.00)	2 (16.67)	0 (0.00)	1 (6.67)	3 (3.90)
- หญิง	25 (100.00)	10 (83.33)	25 (100.00)	14 (93.33)	74 (96.10)
อายุเฉลี่ย (SD)	48.64 (8.10)	47.08 (7.33)	50.00 (8.10)	49.93 (7.18)	
ศาสนา					
- พุทธ	25 (100.00)	12 (100.00)	25 (100.00)	15 (100.00)	77 (100.00)
สถานภาพสมรส					
- คู่อยู่ด้วยกัน	19 (76.00)	1 (8.33)	17 (68.00)	11 (73.33)	48 (62.34)
- คู่แยกกันอยู่	1 (4.00)	2 (16.67)	1 (4.00)	2 (13.33)	6 (7.79)
- หม้าย	1 (4.00)	1 (8.33)	5 (20.00)	0 (0.00)	7 (9.09)
- หย่าร้าง	2 (8.00)	4 (33.33)	0 (0.00)	1 (6.67)	7 (9.09)
- โสด	2 (8.00)	4 (33.33)	1 (4.00)	1 (6.67)	8 (10.39)
ระดับการศึกษาสูงสุด					
- ประถมศึกษา	7 (28.00)	3 (25.00)	1 (4.00)	5 (33.33)	16 (20.78)
- มัธยมศึกษา	15 (60.00)	8 (66.67)	21 (84.00)	6 (40.00)	50 (64.94)
- อนุปริญญา	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (12.00)	2 (13.33)	5 (6.49)
- ปริญญาตรี	3 (12.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (13.33)	5 (6.49)
- สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (8.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.30)
อาชีพหลัก					
- เกษตรกรรม	8 (32.00)	6 (50.00)	20 (80.00)	4 (26.67)	38 (49.35)
- ค้าขาย	4 (16.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (26.67)	8 (10.39)
- รับจ้างทั่วไป	9 (36.00)	6 (50.00)	2 (8.00)	4 (26.67)	21 (27.27)
- แม่บ้าน	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	2 (13.33)	4 (5.19)
- ธุรกิจส่วนตัว	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (6.67)	2 (2.60)
- อื่นๆ	3 (12.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	0 (0.00)	4 (5.19)

กลุ่มประชาชนทั่วไป	ลำพูน N = 100	นครสวรรค์ N = 160	กาฬสินธุ์ N = 41	นครศรีธรรมราช N = 99	รวม N = 400
เพศ					
- ชาย	38 (38.00)	59 (36.87)	16 (39.02)	22 (22.22)	135 (33.75)
- หญิง	62 (62.00)	100 (62.5)	25 (60.97)	75 (75.75)	262 (65.50)
- เพศที่สาม	0 (0.00)	1 (0.62)	0 (0.00)	2 (2.02)	3 (0.75)
อายุเฉลี่ย (SD)	45.63 (14.97)	46.35 (14.04)	(SD=13.93)	40.29 (SD=11.60)	
ศาสนา					
- พุทธ	98 (98.00)	158 (100.00)	41 (100.0)	98 (98.99)	397 (99.25)
- คริสต์	2 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.01)	3 (0.75)
สถานภาพสมรส					
- คู่อยู่ด้วยกัน	60 (60.61)	105 (65.63)	29 (70.73)	55 (55.56)	249 (62.41)
- คู่แยกกันอยู่	3 (3.03)	14 (8.75)	1 (2.43)	7 (7.07)	25 (6.27)
- หม้าย	8 (8.08)	10 (6.25)	5 (12.19)	8 (8.08)	31 (7.77)
- หย่าร้าง	6 (6.06)	9 (5.63)	1 (2.43)	7 (7.07)	23 (5.76)
- โสด	22 (22.22)	22 (5.63)	5 (12.19)	22 (22.22)	71 (17.79)
ระดับการศึกษาสูงสุด					
- ไม่ได้เรียน	3 (3.00)	1 (0.63)	0 (0.00)	1 (1.01)	5 (1.25)
- ประถมศึกษา	40 (40.00)	63 (39.38)	24 (58.53)	19 (19.19)	149 (37.25)
- มัธยมศึกษา	26 (26.00)	75 (46.88)	11 (26.82)	32 (32.32)	144 (36.00)
- อนุปริญญา	9 (9.00)	5 (3.13)	1 (2.43)	13 (13.13)	28 (7.00)
- ปริญญาตรี	19 (19.00)	12 (7.50)	5 (12.19)	33 (33.33)	69 (17.25)
- สูงกว่าปริญญาตรี	1 (1.00)	3 (1.88)	0 (0.00)	1 (1.01)	5 (1.25)
สถานที่อยู่ปัจจุบัน					
- อยู่ในเมือง	2 (2.02)	8 (5.06)	0 (0.00)	11 (11.22)	21 (5.30)
- อยู่ชนเมือง	2 (2.02)	8 (5.06)	0 (0.00)	13 (13.27)	23 (5.81)
- อยู่ชนบทแต่ใกล้ตัวเมือง	38 (38.38)	60 (37.97)	14 (34.2)	32 (32.65)	144 (36.36)
- อยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง	53 (53.54)	82 (51.90)	27 (65.9)	42 (42.86)	204 (51.52)
- อยู่ถิ่นทุรกันดาร	2 (2.02)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.51)
- อื่นๆ (หมู่บ้าน)	2 (2.02)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.51)
อาชีพ					
- ว่างาน	0 (0.00)	1 (20.00)	3 (7.31)	1 (9.09)	4 (1.00)
- เกษตรกรรม	16 (16.00)	77 (48.43)	28 (68.29)	20 (20.20)	141 (35.34)
- ค้าขาย	5 (5.00)	13 (8.18)	3 (7.31)	6 (6.06)	27 (6.77)
- รับจ้างทั่วไป	43 (43.00)	44 (27.67)	3 (7.31)	19 (19.19)	109 (27.32)
- แม่บ้าน	4 (4.00)	8 (5.03)	1 (2.43)	13 (13.13)	26 (6.52)

กลุ่มประชาชนทั่วไป	ลำพูน N = 100	นครสวรรค์ N = 160	กาฬสินธุ์ N = 41	นครศรีธรรมราช N = 99	รวม N = 400
- นักเรียน นักศึกษา	0 (0.00)	4 (2.52)	1 (2.43)	3 (3.03)	8 (2.01)
- ข้าราชการ	3 (3.00)	3 (1.89)	2 (4.87)	14 (14.14)	22 (5.51)
- ธุรกิจส่วนตัว	5 (5.00)	3 (1.89)	0 (0.00)	6 (6.06)	14 (3.51)
- ครู/อาจารย์	3 (3.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (3.03)	6 (1.50)
- ลูกจ้างโรงงาน	3 (3.00)	2 (1.26)	0 (0.00)	1 (1.01)	6 (1.50)
- ลูกจ้างโรงแรม	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.01)	1 (0.25)
- อื่นๆ	17 (17.00)	5 (3.14)	0 (0.00)	13 (13.13)	35 (8.77)
ประสบปัญหาการเลิกจ้าง หรือปิดธุรกิจ	18 (18.95)	30 (20.13)	0 (0.00)	11 (11.22)	59 (14.75)
พักอยู่รวมบ้านกับ					
- พ่อ แม่	35 (35.00)	48 (30.00)	3 (7.31)	33 (33.33)	119 (29.75)
- คู่สมรส	56 (56.00)	98 (61.25)	28 (68.29)	56 (56.57)	238 (59.50)
- ลูก	16 (16.00)	35 (21.88)	4 (9.75)	14 (14.14)	69 (17.25)
- พี่น้อง	7 (7.00)	19 (11.88)	3 (7.31)	12 (12.12)	41 (10.25)
- ปู่ ย่า ตา ยาย	2 (2.00)	6 (3.75)	0 (0.00)	8 (8.08)	16 (4.00)
- อยู่คนเดียว	5 (5.00)	5 (3.13)	3 (7.31)	6 (6.06)	19 (4.75)
-ญาติห่างๆ	1 (1.00)	2 (1.25)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.75)
- เพื่อน	1 (1.00)	1 (0.63)	0 (0.00)	1 (1.01)	3 (0.75)
- อยู่คนเดียว	5 (5.00)	5 (3.13)	0 (0.00)	6 (6.06)	16 (4.00)
- อื่นๆ	4 (4.00)	12 (7.50)	0 (0.00)	3 (3.03)	19 (4.75)
ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ					
- โครงการคนละครึ่ง	40 (40.00)	52 (32.50)	9 (21.95)	78 (78.79)	179 (44.75)
- โครงการเรารักกัน	7 (7.00)	14 (8.75)	1 (2.43)	13 (13.13)	35 (8.75)
- โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	47 (47.00)	80 (50.00)	21 (51.21)	20 (20.20)	168 (42.00)
- โครงการเราไม่ทิ้งกัน					
- โครงการเราเที่ยวด้วยกัน	31 (31.00)	25 (15.63)	0 (0.00)	16 (16.16)	72 (18.00)
- โครงการเราชนะ	2 (2.00)	8 (5.00)	0 (0.00)	6 (6.06)	16 (4.00)
- โครงการช้อปดีมีคืน	41 (41.00)	54 (33.75)	0 (0.00)	37 (37.37)	132 (33.00)
- ไม่ได้รับสวัสดิการ	0 (0.00)	2 (1.25)	0 (0.00)	2 (2.02)	4 (1.00)
	0 (0.00)	0 (0.00)	10 (24.39)	0 (0.00)	10 (2.50)
ได้รับการช่วยเหลือ แหล่งทุนอื่นๆ	13 (13.00)	20 (12.50)	2 (4.87)	4 (4.04)	39 (9.75)

จากตารางที่ 7 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1 ซึ่งแบ่ง 4 กลุ่ม ในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ลำพูน นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช มีดังนี้

1) **กลุ่มเปราะบาง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างใน 4 จังหวัด อยู่ระหว่าง 49.91-53.82 ปี นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ในบ้านเดียวกันพร้อมบุตร และบุพการี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี อาศัยอยู่ชนบทห่างไกลตัวเมือง มีการย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิมไม่เกินร้อยละ 25 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจมากที่สุด ด้านโรคประจำตัวต้องรับประทานยา หรือหาหมอเป็นประจำ คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา โรคเบาหวาน แต่ไม่มีความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว ในด้านการใช้สารเสพติดและสุราส่วนใหญ่ปฏิเสธการดื่มและใช้สารเสพติด ส่วนจังหวัดที่มีคนดื่มประจำเกือบทุกวันมากที่สุด คือ จังหวัดลำพูน กลุ่มเปราะบางส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการภาครัฐ จากโครงการคนละครึ่ง รองลงมา คือ โครงการเราชนะ และอันดับ 3 คือ โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

2) **กลุ่มญาติผู้ดูแล** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ยระหว่าง 43.74-56.24 นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่อยู่บ้านเดียวกันกับบุตรและบุพการี เกือบครึ่งได้เรียนระดับประถมศึกษา อยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง การย้ายถิ่นฐานจากภูมิลำเนาเดิม โดยเฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์ พบถึงร้อยละ 33.33 อาชีพเกษตรกรรม ส่วนการประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจพบมากในจังหวัดลำพูน โรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาหรือหาหมอเป็นประจำ คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา โรคไขมันในเลือดสูง แต่ไม่ทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากโรคเรื้อรังประจำตัว การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ปฏิเสธการดื่มและใช้สารเสพติด แต่มีคนดื่มประจำเกือบทุกวันอยู่ในจังหวัดลำพูน กลุ่มญาติผู้ดูแลได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ จากโครงการคนละครึ่งมากที่สุด รองลงมา โครงการเราชนะ อันดับที่ 3 คือ โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

3) **กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 47.08-50.00 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป

4) **ประชาชนทั่วไป** ส่วนใหญ่เป็นหญิง ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่อยู่บ้านร่วมกับคู่สมรส รองลงมาคือพ่อ-แม่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา รองลงมาคือมัธยมศึกษา สถานถิ่นที่อยู่ปัจจุบัน อยู่ในชนบทห่างไกลตัวเมือง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา รับจ้างทั่วไป ยังพบว่า ประสบปัญหาการเลิกจ้างหรือปิดธุรกิจร้อยละ 15 ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐมากที่สุดคือโครงการคนละครึ่ง

2. ความรู้ความเข้าใจ ทักษะต่อการฆ่าตัวตาย ตารางที่ 8-11

ตารางที่ 8 และ 9 แสดงความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มเปราะบาง และผู้ดูแล มีความคล้ายคลึงกัน พบว่า ทั้ง 4 จังหวัด ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในข้อที่ 1 การฆ่าตัวตายคือการตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อให้เสียชีวิต พบมากในจังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อที่ 7 คนทำร้ายตัวเอง พร้อมทั้งจะตายจริง มากที่สุดคือจังหวัดนครสวรรค์ และข้อที่ 8 การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตาย มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อที่ 11 ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายจะมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายตาม พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดตอบผิด ส่วนทัศนคติไม่ดีต่อฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด 4 จังหวัดคือ ข้อที่ 2 คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์ และข้อที่ 3 คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร พบว่า ทั้ง 4 จังหวัด ส่วนทัศนคติที่ดีต่อการฆ่าตัวตายสูงทั้ง 4 จังหวัด คือ ข้อที่ 9 การฆ่าตัวตายเป็นบาป และข้อที่ 10 ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะรู้สึกอับอายไม่กล้าเข้าสังคม เป็นส่วนที่คนทั่วไปเห็นใจและไม่รังเกียจครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนข้ออื่นๆ กลุ่มเปราะบางและผู้ดูแล ทั้ง 4 จังหวัดมีแนวทางการความรู้และทัศนคติไปในทางที่ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 10 แสดงความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่ม อสม. พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดนครศรีธรรมราชและนครสวรรค์ยังไม่ถูกต้อง ในข้อที่ 1 การฆ่าตัวตายคือการตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อให้เสียชีวิต พบมากในจังหวัดนครศรีธรรมราชและนครสวรรค์ ข้อที่ 7 คนทำร้ายตัวเอง พร้อมทั้งจะตายจริง มากที่สุดคือจังหวัดลำพูน และข้อที่ 8 การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตาย มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อที่ 11 ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายจะมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายตาม พบว่าทั้ง 4 จังหวัดตอบผิด ส่วนทัศนคติไม่ดีต่อฆ่าตัวตาย คือ ข้อที่ 2 คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์และลำพูน และข้อที่ 3 คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราช ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ อสม. ทั้ง 4 จังหวัด คือ ข้อที่ 9 การฆ่าตัวตายเป็นบาป และข้อที่ 10 ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะรู้สึกอับอายไม่กล้าเข้าสังคม เป็นส่วนที่ อสม. มีความเห็นใจและไม่รังเกียจครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนข้ออื่นๆ อสม. ทั้ง 4 จังหวัดมีความรู้และทัศนคติไปในทางเดียวกัน

ตารางที่ 11 แสดงความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์และกาฬสินธุ์ยังไม่ถูกต้อง ในข้อที่ 1 การฆ่าตัวตายคือการตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อให้เสียชีวิต ข้อที่ 7 คนทำร้ายตัวเอง พร้อมทั้งจะตายจริง มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์ และข้อที่ 8 การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตาย มากที่สุดคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อที่ 11 ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายจะมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายตาม พบว่าทั้ง 4 จังหวัดตอบผิดส่วนใหญ่ ส่วนทัศนคติไม่ดีต่อฆ่าตัวตาย คือ ข้อที่ 2 คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา ทั้ง 3 จังหวัดคือลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราชมีทัศนคติไม่ถูกต้อง มีเพียงจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ข้อที่ 3 คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร ทั้งสามจังหวัดมากกว่าร้อยละ 50 เห็นด้วย ยกเว้นคนกาฬสินธุ์ไม่เห็นด้วย ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ อสม. ทั้ง 4 จังหวัด คือ ข้อที่ 9 การฆ่าตัวตายเป็นบาป และข้อที่ 10 ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะรู้สึกอับอายไม่กล้าเข้าสังคม เป็นส่วนที่ประชาชนมีความเห็นใจและไม่รังเกียจครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนข้ออื่นๆประชาชนทั้ง 4 จังหวัดมีความรู้และทัศนคติไปในทางเดียวกัน

ตารางที่ 8 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง

รายละเอียด	ลำพูน (N=54)		นครสวรรค์ (N=125)		กาฬสินธุ์ (N=36)		นครศรีธรรมราช (N=271)	
	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตาย (✓ หมายถึง เป็นคำตอบที่ถูกต้อง, ✗ หมายถึง เป็นคำตอบที่ผิด)								
1. การฆ่าตัวตายเป็นการตั้งใจทำร้ายตนเอง เพื่อให้เสียชีวิต (✓)	27(50.00)	27 (50.00)	61 (53.04)	64 (49.96)	22 (61.11)	14 (38.89)	134 (49.63)	137 (50.37)
7. คนทำร้ายตัวเอง พร้อมที่ตายจริง (✗)	23 (42.60)	31 (57.40)	57 (50.44)	68 (49.56)	15 (41.67)	21 (58.33)	113 (41.85)	158 (58.15)
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นการชี้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (✗)	12 (22.20)	42 (77.80)	21 (18.58)	104 (81.42)	19 (54.29)	17 (45.71)	48 (17.98)	223 (82.02)
11. ครอบครัวยังมีการฆ่าตัวตาย จะมีคนในครอบครัว ฆ่าตัวตายตาม (✓)	10 (18.50)	44 (87.50)	15 (13.16)	110 (86.84)	2 (5.56)	34 (94.44)	29 (10.74)	242 (89.26)
12. คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มักฆ่าตัวตามสำเร็จในอนาคต (✓)	24 (44.40)	30 (55.60)	55 (48.25)	70 (51.75)	21 (58.33)	15 (41.67)	100 (36.90)	171 (63.10)
ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (- หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงลบ, + หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงบวก)								
2. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา (-)	25 (46.30)	29 (53.70)	48 (41.74)	77 (58.26)	24 (66.67)	12 (33.33)	129 (47.78)	142 (52.22)
3. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร (-)	24 (44.40)	30 (55.60)	63 (54.78)	62 (45.22)	17 (47.22)	19 (52.78)	127 (46.86)	144 (53.14)
4. มีแต่คนบ้าที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย (-)	9 (16.70)	45 (83.30)	26 (22.61)	99 (77.39)	6 (17.14)	30 (82.86)	50 (18.45)	221 (81.55)
5. คนพูดว่า จะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง (-)	17 (31.50)	37 (68.50)	28 (24.56)	97 (75.44)	4 (11.76)	32 (88.24)	61 (22.68)	210 (77.32)
6. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ (-)	17 (31.50)	17 (31.50)	16 (14.04)	109 (85.96)	2 (5.56)	34 (94.44)	52 (19.26)	219 (80.74)
9. การฆ่าตัวตายเป็นบาป (+)	49 (90.70)	5 (9.30)	73 (64.60)	52 (35.40)	34 (94.44)	2 (5.56)	199 (75.09)	72 (24.91)
10. ครอบครัวยังมีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอาย ไม่กล้าเข้าสังคม (-)	12 (22.20)	42 (77.80)	23 (20.35)	102 (79.65)	4 (11.11)	32 (88.89)	54 (20.07)	271 (79.93)

ตารางที่ 9 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ดูแล

รายละเอียด	ลำพูน (N=53)		นครสวรรค์ (N=118)		กาฬสินธุ์ (N=39)		นครศรีธรรมราช (N=270)	
	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตาย (✓ หมายถึง เป็นคำตอบที่ถูกต้อง, ✕ หมายถึง เป็นคำตอบที่ผิด)								
1. การฆ่าตัวตายเป็นการตั้งใจทำร้ายตนเอง เพื่อให้เสียชีวิต (✓)	28 (52.83)	25 (47.17)	61 (51.69)	57 (48.31)	24 (61.54)	15 (35.46)	126 (46.84)	144 (53.16)
7. คนทำร้ายตัวเอง พร้อมที่ตายจริง (✕)	18 (33.96)	35 (66.04)	50 (42.337)	68 (57.63)	9 (24.32)	30 (75.68)	100 (37.31)	170 (62.69)
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย (✕)	9 (17.31)	44 (82.69)	29 (25.00)	89 (75.00)	16 (41.03)	23 (58.97)	49 (18.22)	221 (81.78)
11. ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย จะมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายตาม (✓)	9 (16.98)	44 (83.02)	15 (12.71)	103 (87.29)	8 (20.51)	31 (79.49)	31 (11.48)	239 (88.52)
12. คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มักฆ่าตัวตามสำเร็จในอนาคต (✓)	23 (43.40)	30 (56.60)	53 (44.92)	65 (55.08)	18 (46.15)	21 (53.85)	94 (34.81)	176 (65.19)
ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (- หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงลบ, + หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงบวก)								
2. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา (-)	23 (43.40)	30 (56.70)	62 (52.54)	56 (47.46)	23 (58.97)	16 (41.03)	113 (42.01)	157 (57.99)
3. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร (-)	21 (39.62)	32 (60.38)	67 (57.76)	51 (42.24)	22 (56.41)	17 (43.59)	124 (45.93)	146 (54.07)
4. มีแต่คนบ้าที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย (-)	13 (24.53)	40 (75.47)	26 (22.03)	92 (77.97)	8 (20.51)	31 (79.49)	32 (11.85)	238 (88.15)
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง (-)	17 (32.69)	36 (67.31)	19 (16.10)	99 (83.90)	6 (15.79)	33 (84.21)	56 (20.82)	214 (79.18)
6. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ (-)	23 (43.40)	30 (56.60)	21 (17.80)	97 (82.20)	6 (15.38)	33 (84.62)	49 (18.22)	221 (81.78)
9. การฆ่าตัวตายเป็นบาป (+)	43 (81.13)	10 (18.87)	91 (77.12)	27 (22.88)	30 (76.92)	9 (23.08)	205 (75.93)	65 (24.07)
10. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอาย ไม่กล้าเข้าสังคม (-)	16 (30.19)	37 (69.81)	24 (20.51)	94 (79.85)	9 (23.08)	30 (76.92)	60 (22.22)	210 (77.77)

ตารางที่ 10 ความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อความ	ลำพูน (N=25)		นครสวรรค์ (N=15)		กาฬสินธุ์ (N=25)		นครศรีธรรมราช (N=12)	
	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตาย (✓ หมายถึง เป็นคำตอบที่ถูกต้อง, ✗ หมายถึง เป็นคำตอบที่ผิด)								
1. การฆ่าตัวตายเป็นการตั้งใจทำร้ายตนเอง เพื่อให้เสียชีวิต (✓)	19 (76.00)	6 (24.00)	7 (46.67)	8 (53.33)	19 (76.00)	6 (24.00)	7 (58.33)	5 (41.67)
12. คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มักฆ่าตัวตามสำเร็จในอนาคต (✓)	20 (80.00)	5 (20.00)	6 (40.00)	9 (60.00)	13 (52.00)	12 (48.00)	5 (41.67)	7 (58.33)
7. คนทำร้ายตัวเอง พร้อมที่ตายจริง (✗)	17 (70.83)	7 (29.17)	4 (26.67)	11 (73.33)	9 (36.00)	16 (64.00)	6 (50.00)	6 (50.00)
11. ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย จะมีคนในครอบครัว ฆ่าตัวตายตาม (✓)	7 (28.00)	18 (72.00)	2 (13.33)	13 (86.67)	2 (8.00)	23 (92.00)	2 (16.67)	10 (83.33)
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย (✗)	6 (24.00)	19 (76.00)	1 (7.14)	13 (92.86)	10 (40.00)	15 (60.00)	3 (25.00)	9 (75.00)
ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (- หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงลบ, + หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงบวก)								
2. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา (-)	13 (52.00)	12 (48.00)	5 (33.33)	10 (66.67)	19 (76.00)	6 (24.00)	4 (33.33)	8 (66.67)
3. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร (-)	11 (44.00)	14 (56.00)	8 (53.33)	5 (46.67)	15 (60.00)	10 (40.00)	4 (33.33)	8 (66.67)
4. มีแต่คนบ้าที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย (-)	1 (4.00)	24 (96.00)	2 (13.33)	13 (86.67)	2 (8.33)	22 (91.67)	2 (16.67)	10 (83.33)
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง (-)	4 (16.00)	21 (84.00)	1 (6.67)	14 (93.33)	5 (20.00)	20 (80.00)	2 (16.67)	10 (83.33)
6. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ (-)	6 (24.00)	19 (76.00)	1 (6.67)	14 (93.33)	6 (25.00)	18 (75.00)	0 (0.00)	12 (100.00)
9. การฆ่าตัวตายเป็นบาป (+)	22 (88.00)	3 (12.00)	11 (73.33)	4 (26.67)	24 (96.00)	1 (4.00)	9 (75.00)	3 (25.00)
10. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอาย ไม่กล้าเข้าสังคม (-)	4 (16.00)	21 (84.00)	1 (6.67)	14 (93.33)	2 (8.00)	23 (92.00)	2 (16.67)	10 (83.33)

ตารางที่ 11 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป

ข้อความ	ลำพูน (N=100)		นครสวรรค์ (N=157)		กาฬสินธุ์ (N=41)		นครศรีธรรมราช (N=99)	
	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)	เห็นด้วย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตาย (✓ หมายถึง เป็นคำตอบที่ถูกต้อง, ✗ หมายถึง เป็นคำตอบที่ผิด)								
1. การฆ่าตัวตายเป็นการตั้งใจทำร้ายตนเอง เพื่อให้เสียชีวิต (✓)	61 (61.00)	39 (39.00)	63 (40.38)	94 (59.87)	19 (47.5)	22 (52.50)	55 (56.12)	44 (43.88)
7. คนทำร้ายตัวเอง พร้อมที่ตายจริง (✗)	50 (50.00)	50 (50.00)	54 (34.84)	103 (65.60)	23 (57.50)	18 (42.50)	36 (37.11)	63 (62.89)
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (✗)	29 (29.00)	71 (71.00)	31 (19.87)	126 (80.25)	15 (37.50)	26 (62.50)	22 (22.45)	77 (77.55)
11. ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย จะมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายตาม (✓)	22 (22.00)	78 (78.00)	16 (10.19)	141 (89.81)	1 (2.44)	40 (97.56)	12 (12.12)	87 (87.88)
12. คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มักฆ่าตัวตายเป็นเรื่องง่ายในอนาคต (✓)	62 (62.00)	38 (38.00)	69 (43.95)	88 (56.05)	19 (46.34)	22 (53.66)	41 (41.41)	58 (58.59)
ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (- หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงลบ, + หมายถึง เป็นทัศนคติเชิงบวก)								
2. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา (-)	54 (54.00)	46 (46.00)	83 (54.25)	17 (10.82)	12 (29.27)	29 (70.73)	51 (51.52)	48 (48.48)
3. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร (-)	50 (50.00)	50 (50.00)	89 (57.42)	68 (43.31)	19 (46.34)	22 (53.66)	51 (51.52)	48 (48.48)
4. มีแต่คนบ้าที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย (-)	9 (9.09)	91 (91.00)	42 (27.63)	115 (73.24)	4 (9.76)	37 (90.24)	8 (8.25)	91 (91.75)
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง (-)	20 (20.41)	80 (80.00)	36 (24.16)	121 (77.07)	6 (15.38)	35 (84.62)	14 (14.29)	85 (85.71)
6. คนคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ (-)	20 (20.41)	80 (80.00)	43 (27.92)	114 (72.61)	2 (5.13)	39 (94.87)	13 (13.40)	86 (86.60)
9. การฆ่าตัวตายเป็นบาป (+)	85 (86.73)	15 (15.00)	122 (79.74)	35 (20.26)	32 (82.05)	9 (17.95)	74 (77.89)	25 (22.11)
10. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอาย ไม่กล้าเข้าสังคม (-)	13 (13.00)	87 (87.00)	33 (21.15)	124 (78.85)	6 (14.63)	35 (85.37)	10 (10.10)	89 (89.90)

3. การตระหนักรู้ปัญหาการฆ่าตัวตาย ดูตารางที่ 12-14

จากตารางที่ 12 กลุ่มเปราะบางทั้ง 4 จังหวัด ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบาง จังหวัดลำพูนและนครสวรรค์ รับฟังเกือบทุกวัน แต่จังหวัดกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราชได้ยินเกือบทุกเดือน ผลกระทบจากการฟังข่าวทำให้รู้สึกเศร้า ถึงร้อยละ 40 ขึ้นไป มีส่วนกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าร้อยละ 10 ชุมชนตระหนักรู้ปัญหาการฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับปานกลาบน้อยกว่าร้อยละ 50 ยกเว้น จังหวัดกาฬสินธุ์มีการตระหนักรู้สูงถึงร้อยละ 84.6

ตารางที่ 12 การตระหนักรู้ปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มเปราะบาง

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตาย	ลำพูน คน (%)	นครสวรรค์ คน (%)	กาฬสินธุ์ คน (%)	นครศรีธรรมราช คน (%)
ไม่เลย	6 (11.10)	10 (9.01)	4 (12.12)	28 (10.89)
1-3 ครั้ง	9 (16.70)	26 (23.42)	9 (27.27)	78 (30.35)
ทุกเดือน	13 (24.10)	21 (18.92)	13 (39.39)	62 (24.12)
ทุกสัปดาห์	8 (14.80)	18 (16.22)	3 (9.09)	44 (17.12)
เกือบทุกวัน	18 (33.30)	36 (32.43)	4 (12.12)	45 (17.51)
ข่าวฆ่าตัวตายทำให้รู้สึก				
เฉยๆ	23 (42.60)	35 (31.82)	5 (14.71)	82 (31.78)
น่าเบื่อ	5 (9.30)	15 (13.64)	10 (29.41)	21 (8.14)
น่าสนใจ	1 (1.90)	3 (2.73)	3 (8.82)	15 (5.81)
เศร้า	23 (42.60)	52 (47.27)	16 (47.06)	124 (48.06)
กระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย	2 (3.70)	5 (4.55)	0 (0.00)	16 (6.20)
ชุมชนตระหนักรู้ปัญหาฆ่าตัวตาย				
ไม่เลย	7 (13.00)	26 (27.96)	3 (11.54)	38 (31.93)
เล็กน้อย	9 (16.70)	20 (21.51)	1 (3.85)	39 (32.77)
ปานกลาง	22 (40.70)	46 (49.46)	22 (84.62)	30 (25.21)
มาก	0 (0.00)	1 (1.08)	0 (0.00)	12 (10.08)

จากตารางที่ 13 กลุ่มผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัดได้ยื่นได้เห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยเช่นกัน 1 ใน 3 ของจังหวัดลำพูน นครสวรรค์ ได้ยินและเห็นข่าวเกือบทุกวัน ขณะที่ 1 ใน 4 ของกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราชได้ยินเกือบทุกเดือน ผลกระทบจากการฟังข่าวฆ่าตัวตายทำให้กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกเศร้า รongลงมาคือเฉยๆ น้อยกว่าร้อยละ 5 ที่เชื่อว่าการฟังข่าวจะกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชน กลุ่มผู้ดูแลเชื่อว่าชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 50

ตารางที่ 13 การตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มผู้ดูแล

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตาย	ลำพูน คน (%)	นครสวรรค์ คน (%)	กาฬสินธุ์ คน (%)	นครศรีธรรมราช คน (%)
ไม่เลย	4 (7.55)	9 (7.69)	3 (8.33)	20 (7.72)
1-3 ครั้ง	11 (20.75)	25 (21.37)	13 (36.11)	60 (23.17)
ทุกเดือน	12 (22.64)	28 (23.93)	9 (25.00)	69 (26.64)
ทุกสัปดาห์	8 (15.09)	19 (16.24)	4 (11.11)	48 (18.53)
เกือบทุกวัน	18 (33.96)	36 (30.77)	7 (19.44)	62 (23.94)
ข่าวฆ่าตัวตายทำให้รู้สึก				
เฉยๆ	24 (45.28)	29 (25.00)	14 (37.84)	60 (23.17)
น่าเบื่อ	6 (11.32)	11 (9.48)	8 (21.62)	25 (9.65)
น่าสนใจ	5 (9.43)	6 (5.17)	0 (0.00)	15 (5.79)
เศร้า	17 (32.08)	70 (60.34)	15 (40.54)	151 (58.30)
กระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย	1 (1.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (3.09)
ชุมชนตระหนักถึงปัญหาฆ่าตัวตาย				
ไม่เลย	6 (13.04)	37 (38.54)	3 (11.11)	32 (28.32)
เล็กน้อย	16 (34.78)	21 (21.88)	8 (29.63)	28 (24.78)
ปานกลาง	23 (50.00)	38 (39.58)	15 (55.56)	49 (43.36)
มาก	1 (2.17)	0 (0.00)	1 (3.70)	4 (3.54)

จากตารางที่ 14 กลุ่มประชาชนทั่วไปทั้ง 4 จังหวัดได้ยื่นได้เห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยเช่นกัน 1 ใน 3 ของจังหวัดลำพูน นครสวรรค์ ได้ยื่นและเห็นข่าวเกือบทุกวัน ขณะที่ ร้อยละ 28 ของคนกาฬสินธุ์และ นครศรีธรรมราชได้ยื่นเกือบทุกเดือน ผลกระทบจากการฟังข่าวฆ่าตัวตายทำให้ประชาชนมากกว่าครึ่งรู้สึกเศร้า รongลงมาคือ เฉยๆ ส่วนความเห็นว่าการฟังข่าวจะกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายมีเพียงร้อยละ 0.5 การตระหนักถึงปัญหา การฆ่าตัวตายของชุมชน ประชาชนเห็นว่าคนจังหวัดลำพูนไม่ตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 58 ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 67

ตารางที่ 14 การตระหนักปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่กลุ่มประชาชนทั่วไป

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตาย	ลำพูน คน (%)	นครสวรรค์ คน (%)	กาฬสินธุ์ คน (%)	นครศรีธรรมราช คน (%)
ไม่เลย	8 (4.00)	9 (5.66)	2 (5.13)	3 (3.03)
1-3 ครั้ง	48 (24.00)	36 (22.64)	10 (25.64)	28 (28.28)
ทุกเดือน	39 (19.50)	29 (18.24)	11 (28.21)	28 (28.28)
ทุกสัปดาห์	41 (20.00)	31 (19.50)	11 (28.21)	18 (18.18)
เกือบทุกวัน	64 (32.00)	54 (33.96)	5 (12.82)	22 (22.22)
ข่าวฆ่าตัวตายทำให้รู้สึก				
เฉยๆ	62 (31.16)	41 (25.79)	10 (25.64)	10 (10.10)
น่าเบื่อ	14 (7.04)	25 (15.72)	8 (20.51)	10 (10.10)
น่าสนใจ	22 (11.06)	12 (7.55)	0 (0.00)	6 (6.06)
เศร้า	100 (50.25)	80 (50.31)	21 (53.85)	73 (73.74)
กระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย	1 (0.50)	1 (0.63)	0 (0.00)	0 (0.00)
ชุมชนตระหนักถึงปัญหาฆ่าตัวตาย				
ไม่เลย	109 (57.67)	39 (24.53)	2 (5.13)	12 (13.19)
เล็กน้อย	31 (16.40)	59 (37.11)	9 (23.08)	31 (34.07)
ปานกลาง	34 (17.99)	43 (27.04)	26 (66.67)	44 (48.35)
มาก	15 (7.94)	18 (11.32)	2 (5.13)	4 (4.40)

4. ประสพการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ ดูตารางที่ 15-17

4.1 กลุ่มเปราะบาง จากตารางที่ 15 แสดงถึงกลุ่มเปราะบางใน 3 จังหวัด คือ ลำพูน นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราชมีประสพการณ์ในการรับบริการทางการแพทย์ จากญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ อยู่ระหว่างร้อยละ 11.7- 18.5 และเคยมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน อยู่ระหว่างร้อยละ 24.5-44.4 แต่กลุ่มเปราะบางของจังหวัดกาฬสินธุ์ปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์จากคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือตนเองมีความคิดฆ่าตัวตาย ในช่วง 2 ปีย้อนหลัง (ปี 2562-2563) กลุ่มเปราะบาง 1 ใน 4 หรือ 1 ใน 5 ได้บอกหรือแสดงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย และจากประสพการณ์การฆ่าตัวตายในครั้งนั้น ได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. ต่ำกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดลำพูน รายงานว่าได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. ถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย และไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้รับความสะดวก ต่ำกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดลำพูนที่กลุ่มเปราะบางได้รับความสะดวกถึงร้อยละ 56 ในการรักษาตัว

ในโรงพยาบาล พบว่าจังหวัดลำพูนมีการรับผู้ป่วยไว้นอนที่โรงพยาบาลมากกว่าจังหวัดอื่น และได้รับความสะดวกขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 62.9 ส่วนการมาโรงพยาบาลพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกมีตั้งแต่มาครั้งเดียวจนถึงเฉลี่ย 2-3 ครั้ง แต่ได้รับความสะดวกมากจากการมาตรวจแผนกผู้ป่วยนอกน้อยกว่าร้อยละ 50 ทั้ง 4 จังหวัด หลังจากรับการรักษาครั้งนั้น ได้มาพบแพทย์ที่แผนกจิตเวชมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตและคำปรึกษา มีการส่งปรึกษาจิตแพทย์ไม่ถึงร้อยละ 60 อย่างไรก็ตามยังคงมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มากกว่าร้อยละ 60 มีเพียงจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีการติดตามน้อยกว่าร้อยละ 50.2 โดยรวมความพึงพอใจในบริการสูงมากกว่าร้อยละ 90 การประเมินคุณภาพอยู่ในระดับคุณภาพดีและดีมาก มากกว่าร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามกลุ่มเปราะบางที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น ได้มีการเยี่ยมบ้านหรือติดตามการรักษาต่อเนื่องจากทีมสุขภาพมากกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดนครสวรรค์ มีเพียงร้อยละ 30.3 ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนการได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมจากหน่วยงาน ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือน้อยกว่าร้อยละ 40 มีเพียงจังหวัดกาฬสินธุ์ที่รายงานสูงถึงร้อยละ 63.6 จากประสบการณ์ของกลุ่มเปราะบางรายงานปัญหาจากการรับบริการดูแลรักษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย เพียง 1 ใน 3 ยกเว้นจังหวัดกาฬสินธุ์ที่รายงานปัญหามากกว่าร้อยละ 70 ที่น่าสนใจการถูกแบ่งแยกรังเกียจจากคนในชุมชน มีน้อยกว่าร้อยละ 6 ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ยังสูงถึงร้อยละ 14.6

ตารางที่ 15 ประสิทธิภาพการรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง

ลำดับ	ประสบการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายฯ	จังหวัด			
		ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 125	กาฬสินธุ์ N = 36	นครศรีธรรมราช N = 272
		จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ
กลุ่มเปราะบาง					
1	มีญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวหรือคนในหมู่บ้านฆ่าตัวตายสำเร็จ	10 (18.52)	14 (11.67)	0 (0.00)	33 (13.04)
2	เคยมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	24 (44.44)	36 (31.03)	0 (0.00)	62 (24.51)
3	ในช่วงปี 2562-2563 คนในครอบครัวของคุณได้พยายามฆ่าตัวตายและมารักษาในโรงพยาบาล ครั้งนั้น เขาได้บอกใครเกี่ยวกับความตั้งใจหรือแผนการก่อนที่จะพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	9 (20.93)	15 (15.46)	2 (7.41)	14 (26.41)
4	ในครั้งนั้นคนในครอบครัวของคุณได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย	22 (55.00)	22 (25.00)	11 (44.00)	23 (20.54)
5	ในครั้งนั้นหลังจากคนในครอบครัวมีการพยายามฆ่าตัวตาย คุณพาเขาไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล คุณได้รับความสะดวก (ได้พบแพทย์และรับการรักษาอย่างรวดเร็ว) มากน้อยเพียงใดเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล	22 (56.41)	25 (36.76)	4 (20.00)	48 (48.98)

ลำดับ	ประสบการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายฯ	จังหวัด			
		ลำพูน	นครสวรรค์	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
		N = 54 จำนวน/ร้อยละ	N = 125 จำนวน/ร้อยละ	N = 36 จำนวน/ร้อยละ	N = 272 จำนวน/ร้อยละ
6	ครั้งนั้นคนในครอบครัวคุณได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	30 (75.00)	29 (38.67)	0 (0.00)	45 (46.39)
7	คนในครอบครัวของคุณได้รับความสะดวกมากน้อยเพียงใดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น	22 (62.86)	18 (37.50)	6 (37.50)	36 (51.43)
8	คนในครอบครัวคุณได้มาโรงพยาบาลพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกกี่ครั้งหลังจากเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น Median (IQR)	3 (1 - 5)	2 (1-3)	0	3 (1-12)
9	หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย เขาได้รับความสะดวกมากน้อยเพียงใดช่วงมาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก	17 (41.46)	19 (29.23)	2 (10.53)	40 (43.48)
10	หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น จนถึงปัจจุบันเขายังคงมาพบแพทย์ที่แผนก				
10.1	แผนกจิตเวช	27 (67.50)	40 (50.63)	14 (73.68)	77 (78.57)
10.2	แผนกอายุรกรรม	13 (32.50)	18 (22.78)	9 (47.37)	19 (19.39)
10.3	แผนกศัลยกรรม	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	12 (12.24)
11	เขาได้รับการรักษาอะไรบ้าง				
11.1	ได้รับยา	32 (78.05)	51 (63.75)	17 (77.27)	83 (80.58)
11.2	ความรู้ด้านสุขภาพจิต	28 (68.29)	49 (61.25)	10 (45.45)	68 (66.02)
11.3	คำปรึกษา	28 (68.29)	45 (56.25)	16 (72.73)	77 (74.76)
11.4	ส่งปรึกษาจิตแพทย์	23 (56.10)	26 (32.50)	10 (45.54)	54 (52.43)
11.5	ให้คำแนะนำกับครอบครัว	28 (68.29)	38 (47.50)	18 (81.82)	66 (64.08)
11.6	อื่นๆ	2 (4.88)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
12	ปัจจุบันคนในครอบครัวของคุณที่พยายามฆ่าตัวตายยังคงมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่	27 (65.85)	51 (61.45)	12 (52.17)	83 (76.15)
13	คุณรู้สึกพึงพอใจกับการบริการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับหรือไม่	38 (95.00)	75 (94.94)	22 (100.00)	105 (91.22)
14	จากการประเมินการรักษาพยาบาลที่คนในครอบครัวของคุณได้รับโดยรวม คิดว่าคุณภาพ ดี ถึง ดีมาก	36 (87.81)	67 (82.72)	15 (65.22)	84 (81.06)

ลำดับ	ประสบการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย	จังหวัด			
		ลำพูน	นครสวรรค์	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
		N = 54 จำนวน/ร้อยละ	N = 125 จำนวน/ร้อยละ	N = 36 จำนวน/ร้อยละ	N = 272 จำนวน/ร้อยละ
15	หลังจากคนในครอบครัวคุณพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น ได้มีการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามการรักษาต่อเนื่องจากทีมสุขภาพหรือไม่	27 (69.23)	23 (30.26)	20 (95.24)	48 (50.00)
16	คุณได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมจากหน่วยงานอื่นหรือไม่	15 (36.59)	23 (29.49)	14 (63.64)	31 (30.39)
17	ปัญหาที่พบจากการรับบริการดูแลรักษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย				
17.1	การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	12 (29.27)	28 (33.73)	17 (73.91)	53 (48.18)
17.2	การดูแลรักษาในโรงพยาบาล	16 (39.02)	27 (32.53)	17 (73.91)	54 (49.09)
17.3	การนัดติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	16 (39.02)	34 (40.96)	18 (78.26)	58 (52.73)
17.4	การติดตามการเยี่ยมบ้าน	15 (36.59)	27 (32.53)	17 (73.91)	33 (30.00)
17.5	การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	15 (36.59)	28 (33.73)	18 (78.26)	60 (54.55)
17.6	การถูกแบ่งแยกรังเกียจจากคนในชุมชน	2 (4.88)	5 (6.02)	0 (0.00)	16 (14.55)

4.2 กลุ่มผู้ดูแล จากตารางที่ 16 รายงานประสบการณ์ในการรับบริการทางการแพทย์ จากญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ โกล้เคียงกลุ่มเปราะบาง และในกลุ่มผู้ดูแลเคยมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน น้อยกว่าร้อยละ 10 ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราชพบร้อยละ 11.41 จากประสบการณ์ของผู้ดูแลรับรู้การบอกหรือแสดงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายต่ำกว่าร้อยละ 10 ยกเว้นจังหวัดลำพูนที่พบร้อยละ 13.95 และได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. ต่ำกว่าร้อยละ 50 ประสบการณ์ไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้รับความสะดวกต่ำกว่าร้อยละ 50 และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ต่ำกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดลำพูนสูงถึงร้อยละ 73.17 แต่ได้รับความสะดวกต่ำกว่าร้อยละ 50 ส่วนการมาโรงพยาบาลพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกมีตั้งแต่มาครั้งเดียวจนถึงเฉลี่ย 2-5 ครั้ง ได้รับความสะดวกน้อยกว่า ร้อยละ 30 ยกเว้นลำพูนและนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่มาติดตามที่แผนกจิตเวชมากที่สุด รองลงมาอายุรกรรม ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ ได้รับความรู้สุขภาพจิตศึกษา คำปรึกษา ส่วนการให้คำแนะนำครอบครัวยังมีน้อย ต่ำกว่าร้อยละ 70 เช่นเดียวกับส่งปรึกษาจิตแพทย์มีเพียงร้อยละ 50 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลยอมรับว่ามีการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามการรักษาต่อเนื่องจากทีมสุขภาพร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พบการเยี่ยมบ้านร้อยละ 94.7 อย่างไรก็ตามมีความพึงพอใจจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ สูงมากกว่าร้อยละ 95 และประเมินคุณภาพอยู่ในระดับคุณภาพดีและดีมาก มากกว่าร้อยละ 65 ปัญหาที่พบจากระบบบริการ มีเพียง 1 ใน 3 ยกเว้นจังหวัดกาฬสินธุ์และนครศรีธรรมราช ที่มากกว่าร้อยละ 50 และผู้ดูแลมีประสบการณ์การถูกแบ่งแยกรังเกียจจากคนในชุมชนมากกว่ากลุ่มเปราะบาง คือมากกว่าร้อยละ 10

ตารางที่ 16 ประสพการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ กลุ่มผู้ดูแล

ลำดับ	ประสบการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายฯ	จังหวัด			
		ลำพูน N = 53	นครสวรรค์ N = 122	กาฬสินธุ์ N = 39	นครศรีธรรมราช N = 272
		จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ
กลุ่มผู้ดูแล					
1	มีญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวหรือคนในหมู่บ้านฆ่าตัวตายสำเร็จ	9 (16.98)	21 (17.80)	0 (0.00)	28 (10.61)
2	เคยมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	2 (3.77)	10 (8.47)	0 (0.00)	30 (11.41)
3	ในช่วงปี 2562-2563 คนในครอบครัวของคุณได้พยายามฆ่าตัวตายและมารักษาในโรงพยาบาล ครั้งนั้น เขาได้บอกใครเกี่ยวกับความตั้งใจหรือแผนการก่อนที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	6 (13.95)	8 (7.84)	1 (3.13)	5 (3.33)
4	ในครั้งนั้นคนในครอบครัวของคุณได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่	20 (47.62)	31 (35.63)	12 (44.44)	23 (18.25)
5	ในครั้งนั้นหลังจากคนในครอบครัวมีการพยายามฆ่าตัวตาย คุณพาเขาไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล คุณได้รับความสะดวก (ได้พบแพทย์และรับการรักษาอย่างรวดเร็ว) มากน้อยเพียงใดเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล	17 (44.74)	23 (31.08)	7 (31.82)	44 (43.56)
6	ครั้งนั้นคนในครอบครัวคุณได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่	30 (73.17)	38 (47.5)	3 (15.00)	36 (37.11)
7	คนในครอบครัวของคุณได้รับความสะดวกมากน้อยเพียงใดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนั้น	15 (46.88)	19 (44.19)	0 (0.00)	24 (36.36)
8	คนในครอบครัวคุณได้มาโรงพยาบาลพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกกี่ครั้งหลังจากเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น Median (IQR)	2 (1-3.5)	1 (1-2)	5 (2.25-7)	2 (1-5)
9	หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย เขาได้รับความสะดวกมากน้อยเพียงใดช่วงมาตรวจแผนกผู้ป่วยนอก	12 (32.43)	19 (26.03)	1 (5.56)	38 (41.76)
10	หลังจากคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น จนถึงปัจจุบันเขายังคงมาพบแพทย์ที่แผนกใดบ้าง				
	10.1 แผนกจิตเวช	28 (70.00)	42 (56.00)	19 (100.00)	67 (70.53)

ลำดับ	ประสพการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย	จังหวัด			
		ลำพูน	นครสวรรค์	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
		N = 53 จำนวน/ร้อยละ	N = 122 จำนวน/ร้อยละ	N = 39 จำนวน/ร้อยละ	N = 272 จำนวน/ร้อยละ
	10.2 แผนกอายุรกรรม	8 (20.00)	19 (25.33)	5 (26.32)	6 (6.32)
	10.3 แผนกศัลยกรรม	2 (5.00)	2 (2.67)	1 (5.26)	4 (4.21)
11	เขาได้รับการรักษาอะไรบ้าง				
	11.1 ได้รับยา	31 (77.50)	54 (69.23)	18 (94.74)	70 (72.16)
	11.2 ความรู้ด้านสุขภาพจิต	28 (70.00)	44 (56.41)	11 (57.89)	67 (69.07)
	11.3 คำปรึกษา	26 (65.00)	48 (61.54)	14 (73.68)	70 (72.16)
	11.4 ส่งปรึกษาจิตแพทย์	20 (50.00)	29 (37.18)	4 (21.05)	49 (50.52)
	11.5 ให้คำแนะนำกับครอบครัว	25 (62.50)	42 (53.85)	8 (42.11)	65 (67.01)
12	คุณได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลคนในครอบครัวที่พยายามฆ่าตัวตายจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่	31 (73.81)	61 (71.76)	18 (90.00)	80 (80.81)
13	ปัจจุบันคนในครอบครัวของคุณที่พยายามฆ่าตัวตายยังคงมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่	27 (64.29)	47 (56.63)	13 (61.90)	69 (72.63)
14	หลังจากคนในครอบครัวคุณพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น ได้มีการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามการรักษาต่อเนื่องจากทีมสุขภาพหรือไม่	21 (51.22)	38 (45.78)	18 (94.74)	49 (52.13)
15	คุณรู้สึกพึงพอใจกับการบริการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับหรือไม่	40 (95.24)	88 (96.7)	22 (100.00)	110 (99.10)
16	จากการประเมินการรักษาพยาบาลที่คุณในครอบครัวของคุณได้รับโดยรวม คิดว่าคุณพอใจและดีมาก	33 (76.74)	60 (72.29)	15 (65.22)	84 (76.76)
17	คุณได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมจากหน่วยงานอื่นหรือไม่	21 (53.85)	42 (47.73)	11 (61.11)	49 (46.23)
18	ปัญหาที่พบจากการรับบริการดูแลรักษาเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย				
	18.1 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	13 (31.71)	31 (34.44)	20 (90.91)	52 (48.60)
	18.2 การดูแลรักษาในโรงพยาบาล	16 (39.02)	28 (31.11)	18 (81.82)	64 (59.81)
	18.3 การนัดติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	16 (39.02)	33 (36.67)	19 (86.36)	64 (59.81)
	18.4 การติดตามการเยี่ยมบ้าน	16 (39.02)	33 (36.67)	19 (86.36)	46 (42.99)
	18.5 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	17 (41.46)	37 (41.11)	19 (86.36)	60 (56.07)
	18.6 การถูกแบ่งแยกรังเกียจจากคนในชุมชน	5 (12.20)	9 (10.00)	5 (22.73)	17 (15.89)

4.3 กลุ่มประชาชนทั่วไป จากตารางที่ 17 รายงานประสบการณ์ในการรับบริการทางการแพทย์จากญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 9-18 เคยมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 2-8 จังหวัดนครศรีธรรมราชพบร้อยละ 8.08 จากประสบการณ์ของประชาชนจังหวัดลำพูนมีคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายช่วง 2 ปีก่อนมากกว่าร้อยละ 50 ความสะดวกในการเข้าระบบบริการต่ำกว่าร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไปขอความช่วยเหลือจากสถาบันศาสนาในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่าร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามชุมชนมีส่วนช่วยปลอบครอบครัวที่ประสบปัญหาคนฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 80 จังหวัดลำพูนและกาฬสินธุ์ชุมชนมีส่วนช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนจังหวัดนครสวรรค์และนครศรีธรรมราชมีนัยต่ำกว่าร้อยละ 50 สิ่งที่น่าสนใจคือชุมชนตระหนักรู้ปัญหาการฆ่าตัวตาย การแสดงออกของคนในชุมชนต่อการพยายามฆ่าตัวตายของคนในหมู่บ้านเป็นไปในทิศทางบวก คือยอมรับและกล้าเปิดเผยข้อมูลการฆ่าตัวตาย ต่างจากประสบการณ์ของกลุ่มเปราะบางและญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 17 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจของประชาชนทั่วไป

ลำดับ	ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย	จังหวัด			
		ลำพูน N = 100 จำนวน/ร้อยละ	นครสวรรค์ N = 160 จำนวน/ร้อยละ	กาฬสินธุ์ N = 41 จำนวน/ร้อยละ	นครศรีธรรมราช N = 99 จำนวน/ร้อยละ
1	มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายสำเร็จ	19 (19.0)	29 (18.13)	4 (9.76)	18 (18.18)
2	เคยมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	2 (2.0)	10 (6.25)	2 (4.88)	8 (8.08)
3	มีคนในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายช่วงปี 2562-2563	51 (51.0)	72 (48.00)	17 (41.46)	25 (25.25)
4	ความสะดวกมากน้อยเพียงใดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	27 (38.03)	31 (24.80)	23 (56.10)	24 (24.24)
6	ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรศาสนา (วัด โบสถ์ มัสยิด) ในพื้นที่	52 (61.90)	72 (48.00)	24 (70.59)	38 (45.24)
7	มีส่วนร่วมในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่	36 (40.91)	43 (27.56)	20 (52.63)	17 (18.68)
8	คนในครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้รับการดูแลช่วยเหลือปลอบโยนจากคนในชุมชน	88 (90.72)	125 (82.24)	34 (94.44)	61 (68.54)
9	ชุมชนได้มีส่วนช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	65 (74.71)	75 (49.34)	31 (81.58)	35 (40.70)
10	ปฏิกิริยาแสดงออกของคนในชุมชนต่อการพยายามฆ่าตัวตายของคนในหมู่บ้าน ทำให้คุณนั้นเก็บตัวในโลกของตัวเองมากขึ้น	18 (18.75)	35 (23.49)	11 (29.73)	29 (32.58)
11	คุณมีความกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของตัวเองหรือคนในครอบครัว	52 (54.17)	99 (63.87)	30 (76.92)	61 (66.30)
12	ตระหนักรู้ปัญหาฆ่าตัวตายในชุมชน	79 (83.16)	82 (52.57)	28 (71.80)	48 (52.75)
13	เห็นด้วยกับผลกระทบทางลบในการเปิดเผยข้อมูลการฆ่าตัวตาย	27 (27.0)	54 (34.39)	26 (66.67)	20 (21.98)

4.4 กลุ่มผู้ตกงาน จากตารางที่ 18 รายงานประสบการณ์ในการรับบริการทางการแพทย์ปัญหาการฆ่าตัวตายมีน้อย ความคิดพยายามฆ่าตัวตายเพียง ร้อยละ 3-6 แม้ว่าจะอยู่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ก็ไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่กลุ่มตกงานไม่ได้บอกใครเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แม้ความพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตกงานมีน้อย การได้รับความช่วยเหลือจาก อสม. ก็ต่ำกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีกลุ่มผู้ตกงานได้รับความช่วยเหลือจาก อสม. สูงถึงร้อยละ 62.9 มากกว่าร้อยละ 50 การรับรู้บทบาท อสม. ในการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราชมีเพียงร้อยละ 40 นอกจากนี้กลุ่มผู้ตกงานมองเห็นว่าระบบบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือแม้แต่การนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีความสะดวกน้อย ความพึงพอใจในระบบบริการมีเพียงร้อยละ 27 มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ตกงานรู้สึกพึงพอใจในระบบบริการ โดยเฉพาะจำนวนน้อยที่สุดที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 18 ประสบการณ์การรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ กลุ่มผู้ตกงาน

ลำดับ	ประสบการณ์	จังหวัด			
	การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตายฯ	ลำพูน จำนวน/ร้อยละ	นครสวรรค์ จำนวน/ร้อยละ	กาฬสินธุ์ จำนวน/ร้อยละ	นครศรีธรรมราช จำนวน/ร้อยละ
กลุ่มผู้ตกงาน					
1	ญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวหรือคนในหมู่บ้านที่คุ้นรู้จักเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จมาก่อน	8 (8.00)	4 (5.00)	5 (5.05)	2 (2.00)
2	มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	6 (6.06)	4 (5.00)	0 (0.00)	3 (3.00)
3	3.1 ในช่วงที่มีการระบาดโรคโควิด-19 คุณเคยมีความคิด อยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย	4 (4.12)	2 (2.26)	1 (1.09)	2 (2.06)
	3.2 คุณได้บอกใครเกี่ยวกับความตั้งใจหรือแผนการฆ่าตัวตายก่อนที่จะลงมือกระทำ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4	คุณมีญาติพี่น้องหรือคนในครอบครัวหรือตัวคุณเอง หลังจากมีการพยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือจาก อสม.	37 (44.58)	24 (33.80)	51 (62.96)	29 (37.18)
5	คุณรับรู้บทบาทของ อสม. ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหรือส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	48 (50.00)	42 (53.16)	57 (58.16)	40 (40.40)
6	คุณคิดว่าระบบบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด สำหรับคนที่พยายามฆ่าตัวตาย	30 (30.30)	9 (11.25)	24 (25.53)	7 (7.00)
7	คุณคิดว่าระบบบริการสำหรับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายมีความสะดวกมากน้อยเพียงใด	28 (28.28)	5 (6.33)	22 (23.40)	5 (5.10)
8	คุณคิดว่าระบบบริการสำหรับผู้ป่วยนอกที่มาด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายมีความสะดวกมาก	25 (25.25)	8 (10.13)	24 (25.00)	4 (4.00)

ลำดับ	ประสบการณ์ การรับบริการทางการแพทย์ ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย	จังหวัด			
		ลำพูน จำนวน/ร้อยละ	นครสวรรค์ จำนวน/ร้อยละ	กาฬสินธุ์ จำนวน/ร้อยละ	นครศรีธรรมราช จำนวน/ร้อยละ
9	ในหมู่บ้านของคุณมีการติดตามเยี่ยมบ้าน คนที่เคยพยายามฆ่าตัวตายโดยทีมบุคลากร สาธารณสุข	50 (50.51)	27 (27.27)	52 (56.52)	19 (19.00)
10	คุณรู้สึกพึงพอใจกับระบบการบริการรักษา พยาบาลในคนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อันได้แก่ การคัดกรองจาก อสม. การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาจากแพทย์และ พยาบาลในโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน จากทีมบุคลากรสาธารณสุข	27 (27.84)	21 (27.27)	39 (39.80)	2 (2.04)

โดยสรุปประสบการณ์ของกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มตงงานเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่ายังมีการเข้าถึงระบบบริการน้อย ความสะดวกในระบบบริการในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องก็น้อยเช่นกัน แต่ถึงกระนั้นก็ตามผู้ที่ได้ผ่านการรับบริการมีความพึงพอใจ และประเมินคุณภาพในระดับดีถึงดีมาก

5. ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของคนในครอบครัว ดูตารางที่ 19-20

จากตารางที่ 19 กลุ่มเปราะบางได้รับผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของคนในครอบครัวมากที่สุดคือผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ ถูกคนในชุมชนแอบนินทาจึงยากที่จะบอกคนอื่นให้รับรู้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้ชุมชนรู้ ผลกระทบรองลงมาคือ ด้านจิตใจมีความเครียดวิตกกังวลอันดับ 3 คือ ผลกระทบด้านการเงินและการหาเลี้ยงชีพ จังหวัดลำพูนและนครสวรรค์ เห็นผลกระทบชัดเจนในด้านสังคม จังหวัดนครศรีธรรมราชเห็นผลกระทบชัดเจนด้านสังคมและจิตใจ จังหวัดกาฬสินธุ์เห็นผลกระทบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสังคม การเงิน และการหาเลี้ยงชีพ

ตารางที่ 19 ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของคนในครอบครัวจากประสบการณ์ของกลุ่มเปราะบาง

ผลกระทบ	ลำพูน คน(%)	นครสวรรค์ คน(%)	กาฬสินธุ์ คน(%)	นครศรีธรรมราช คน(%)
1. ได้รับผลกระทบด้านการเงิน	16 (8.08)	17 (10.69)	9 (36.00)	22 (19.64)
2. ได้รับผลกระทบด้านหาเลี้ยงชีพ	57 (30.16)	23 (14.56)	10 (40.00)	27 (24.77)
3. เครียด เหนื่อย วิตกกังวล	21 (11.17)	31 (19.62)	10 (40.00)	41 (37.96)
4. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	6 (13.64)	3 (1.96)	0 (0.00)	16 (14.68)
5. ถูกคนในชุมชนแอบนินทา	78 (42.16)	38 (23.90)	3 (12.00)	27 (24.55)
6. เก็บตัวมากขึ้น	38 (20.11)	35 (22.01)	2 (8.00)	13 (11.93)
7. ยากที่จะบอกคนอื่นว่ามีคนในครอบครัว ฆ่าตัวตาย	58 (30.69)	48 (30.19)	12 (48.00)	40 (36.36)
8. การเปิดเผยข้อมูลส่งผลกระทบทางลบ	6 (13.63)	35 (22.15)	16 (51.85)	17 (15.04)

จากตารางที่ 20 กลุ่มผู้ดูแลใน 3 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ ได้รับผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของคนในครอบครัว มากที่สุดคือ ด้านการเงิน การหาเลี้ยงชีพ และจิตใจ ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงเป็นผลกระทบด้านสังคม และจิตใจมากที่สุด

ตารางที่ 20 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวกลุ่มผู้ดูแล

ผลกระทบ	ลำพูน คน(%)	นครสวรรค์ คน(%)	กาฬสินธุ์ คน(%)	นครศรีธรรมราช คน(%)
1. ได้รับผลกระทบด้านการเงิน	18 (39.13)	32 (35.96)	9 (36.00)	22 (19.64)
2. ได้รับผลกระทบด้านหาเลี้ยงชีพ	20 (45.45)	23 (26.14)	10 (40.00)	27 (24.77)
3. เครียด เหนื่อย วิตกกังวล	18 (40.91)	43 (48.86)	10 (40.00)	41 (37.96)
4. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	6 (13.64)	16 (18.18)	0 (0.00)	16 (14.68)
5. ถูกคนในชุมชนแอบนินทา	12 (27.27)	24 (27.59)	3 (12.00)	27 (24.55)
6. เก็บตัวมากขึ้น	6 (13.64)	18 (20.69)	2 (8.00)	13 (11.93)
7. ยากที่จะบอกคนอื่นว่ามีคนในครอบครัว ฆ่าตัวตาย	14 (32.56)	26 (29.89)	12 (48.00)	40 (36.36)
8. การเปิดเผยข้อมูลส่งผลกระทบทางลบ	6 (13.63)	24 (26.08)	16 (51.85)	17 (15.04)

6. การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ดูตารางที่ 21-22

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มเปราะบาง มีการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ในบ้าน พบว่า มีดเป็นอาวุธที่เข้าถึงได้มากที่สุด ในทั้ง 4 จังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์ สถานที่เก็บส่วนใหญ่ในห้องครัว อันดับที่ 2 คือ น้ำยาเคมี ได้แก่ น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก โดยจังหวัดนครศรีธรรมราช พบมากที่สุด สถานที่เก็บส่วนใหญ่ คือ ห้องครัว และอันดับที่ 3 ยาแก้ปวด โดยเฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์พบมากที่สุด สถานที่เก็บคือตู้ยา และความสะดวกในการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ นั้น กลุ่มเปราะบางระบุว่าเข้าถึงอาวุธได้ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก

ตารางที่ 21 การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบาง

รายละเอียด	ลำพูน N = 54	นครสวรรค์ N = 108	กาฬสินธุ์ N = 32	นครศรีธรรมราช N = 268	รวม N = 462
มีอาวุธปืน	4 (7.40)	6 (5.56)	0 (0.00)	31 (11.57)	41 (8.87)
เก็บไว้ที่ตู้	0 (0.00)	2 (40.00)	0 (0.00)	5 (25.00)	7 (1.52)
ภายในบ้าน	0 (0.00)	3 (60.00)	0 (0.00)	15 (75.00)	18 (3.90)
ห้องนอน	2 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.43)
มีเชือก	39 (72.22)	73 (67.59)	12 (37.50)	177 (66.04)	301 (65.15)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน/ข้างบ้าน	0 (0.00)	31 (56.36)	6 (50.00)	64 (50.00)	101 (21.86)
ห้องเก็บของ	7 (12.96)	10 (18.18)	3 (25.00)	29 (22.66)	49 (10.61)
มียาฆ่าแมลง	22 (40.70)	40 (37.04)	9 (28.13)	109 (40.67)	180 (38.96)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มิดชิด	0 (0.00)	13 (43.33)	6 (66.67)	34 (44.74)	53 (11.47)
ห้องเก็บ	4 (18.18)	11 (36.67)	0 (0.00)	18 (23.68)	33 (7.14)
มียาจำกัดศัตรูพืช	19 (35.20)	29 (26.85)	6 (18.75)	92 (34.33)	146 (31.60)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มิดชิด	0 (0.00)	7 (31.82)	3 (60.00)	24 (40.00)	34 (7.36)
ห้องเก็บของ	4 (7.40)	12 (54.55)	2 (40.00)	26 (43.33)	44 (9.52)
มียาแก้ปวด	43 (79.60)	81 (75.00)	26 (81.25)	204 (76.12)	354 (76.62)
ภายในบ้าน	0 (0.00)	32 (45.71)	8 (36.36)	76 (46.91)	116 (25.11)
ตู้ยา	12 (22.22)	38 (54.29)	14 (63.63)	86 (53.09)	150 (32.47)
มีเตาถ่าน	22 (40.70)	68 (62.96)	19 (59.38)	153 (57.09)	262 (56.71)
ห้องครัว	19 (35.18)	39 (70.91)	17 (100.00)	67 (61.47)	142 (30.74)
บริเวณบ้าน	0 (0.00)	13 (23.64)	0 (0.00)	38 (34.86)	51 (11.04)
หลังบ้าน	3 (5.55)	3 (5.45)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (1.30)
มีน้ำยาเคมี	43 (79.60)	88 (81.48)	28 (87.50)	237 (88.43)	396 (85.71)
ห้องครัว	20 (37.03)	20 (29.85)	22 (81.48)	48 (26.97)	110 (23.81)
ห้องน้ำ	23 (42.59)	29 (43.28)	0 (0.00)	77 (43.26)	129 (27.92)
มีขงมีคม	51 (94.44)	94 (92.16)	27 (96.43)	242 (94.74)	414 (89.61)
ห้องครัว	44 (81.48)	54 (72.97)	23 (88.46)	138 (76.67)	259 (56.06)
ที่มิดชิด	7 (12.96)	13 (17.57)	3 (11.54)	0 (0.00)	23 (4.98)
สะดวกในการเข้าอาวุธ					
ยากมาก	2 (3.70)	3 (2.97)	0 (0.00)	5 (2.07)	10 (2.16)
ยากพอควร	4 (7.40)	12 (11.88)	12 (38.71)	17 (7.02)	45 (9.74)
ค่อนข้างง่าย	18 (33.30)	44 (43.56)	2 (6.45)	133 (54.96)	197 (42.64)
ง่ายมาก	26 (48.10)	42 (41.58)	17 (54.84)	87 (35.95)	172 (37.23)

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มผู้ดูแลมีการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ในบ้าน พบเช่นเดียวกันกับกลุ่มเปราะบาง คือ มีด เป็นอาวุธที่เข้าถึงได้มากที่สุดในทุก 4 จังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดลำพูน สถานที่เก็บส่วนใหญ่ คือ ห้องครัว อันดับที่ 2 คือ น้ำยาเคมี ได้แก่ น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก โดยจังหวัดลำพูนพบมากที่สุด สถานที่เก็บส่วนใหญ่ คือ ห้องครัว และอันดับที่ 3 ยาแก้ปวด โดยเฉพาะจังหวัดกาฬสินธุ์พบมากที่สุด สถานที่เก็บคือตู้ยา และความสะดวกในการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ นั้น สำหรับกลุ่มผู้ดูแลให้ความเห็นว่า สามารถเข้าถึงอาวุธได้ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

ตารางที่ 22 การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มผู้ดูแล

รายละเอียด	ลำพูน N = 53	นครสวรรค์ N = 252	กาฬสินธุ์ N = 35	นครศรีธรรมราช N = 252	รวม N = 486
มีอาวุธปืน	3 (5.66)	6 (5.17)	1 (2.86)	20 (7.94)	30 (5.07)
เก็บไว้ที่ตู้	1 (33.33)	1 (20.00)	1 (100.00)	7 (38.89)	10 (1.69)
ภายในบ้าน	0 (0.00)	3 (60.00)	0 (0.00)	9 (50.00)	12 (2.03)
ห้องนอน	2 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.34)
มีเชือก	45 (84.91)	90 (77.59)	23 (65.71)	176 (69.84)	334 (56.42)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน/ข้างบ้าน	20 (46.51)	41 (56.16)	11 (52.38)	31 (23.48)	103 (17.40)
ห้องเก็บของ	12 (27.91)	17 (23.29)	5 (23.81)	33 (25.00)	67 (11.32)
มียาฆ่าแมลง	28 (52.83)	53 (45.69)	14 (40.00)	101 (40.08)	196 (33.11)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มีดชิด	8 (32.00)	20 (46.51)	5 (35.71)	0 (0.00)	33 (5.57)
ห้องเก็บ	9 (36.00)	13 (30.23)	0 (0.00)	23 (30.67)	45 (7.60)
หลังบ้าน	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (50.00)	27 (36.00)	34 (5.74)
มียาจำกัดศัตรูพืช	24 (45.28)	43 (37.07)	15 (42.86)	78 (30.95)	160 (27.03)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มีดชิด	6 (28.57)	16 (44.44)	3 (21.43)	0 (0.00)	25 (4.22)
ห้องเก็บของ	9 (42.86)	10 (27.78)	0 (0.00)	26 (43.33)	45 (7.60)
บ้าน/หลังบ้าน	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (64.29)	24 (40.00)	33 (5.57)
มียาแก้ปวด	41 (77.36)	96 (82.76)	32 (91.43)	198 (78.57)	367 (61.99)
ภายในบ้าน	41 (77.36)	47 (60.26)	13 (48.15)	65 (40.37)	166 (28.04)
ตู้ยา	19 (48.72)	31 (39.74)	14 (51.85)	96 (59.63)	160 (27.03)
มีเตาถ่าน	40 (75.47)	85 (73.28)	31 (88.57)	154 (61.11)	310 (52.36)
ห้องครัว	27 (75.00)	45 (65.22)	26 (89.66)	63 (56.76)	161 (27.20)
บริเวณบ้าน	7 (19.44)	19 (27.54)	0 (0.00)	19 (17.12)	45 (7.60)
หลังบ้าน	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (10.34)	19 (17.12)	22 (3.72)
มีน้ำยาเคมี	49 (92.45)	101 (87.07)	30 (85.71)	227 (90.08)	407 (68.75)
ห้องครัว	11 (25.58)	24 (27.27)	2 (7.41)	0 (0.00)	37 (6.25)
ห้องน้ำ	19 (44.19)	32 (36.36)	21 (77.78)	0 (0.00)	72 (12.16)
ห้องครัว/ห้องน้ำ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	149 (81.87)	149 (25.17)
มีขอมมีคม	49 (92.45)	103 (88.79)	32 (91.43)	228 (90.48)	412 (69.59)
ห้องครัว	28 (66.67)	68 (75.56)	16 (53.33)	141 (77.90)	253 (42.74)
ที่มีดชิด	4 (9.52)	11 (12.22)	5 (16.67)	23 (12.71)	43 (7.26)
สะดวกในการเข้าอาวุธ					
ยากมาก	2 (3.92)	5 (4.46)	0 (0.00)	4 (1.72)	11 (1.86)
ยากพอควร	6 (11.76)	16 (14.29)	6 (17.14)	19 (8.19)	47 (7.94)
ค่อนข้างง่าย	23 (45.10)	46 (41.07)	7 (20.00)	141 (60.78)	217 (36.66)
ง่ายมาก	20 (39.22)	45 (40.18)	22 (62.86)	68 (29.31)	155 (26.18)

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มประชาชนทั่วไปมีการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ในบ้าน พบเช่นเดียวกันกับกลุ่มเปราะบาง ญาติผู้ดูแล คือ มีด เป็นอาวุธที่เข้าถึงได้มากที่สุดในทั้ง 4 จังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดลำพูน สถานที่เก็บส่วนใหญ่ คือ ห้องครัว อันดับที่ 2 คือ น้ำยาเคมี ได้แก่ น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก โดยจังหวัดลำพูนพบมากที่สุด สถานที่เก็บส่วนใหญ่ คือ ห้องครัว และอันดับที่ 3 เชือก โดยเฉพาะจังหวัดลำพูนพบมากที่สุด สถานที่เก็บคือในบ้าน/ข้างบ้าน และความสะดวกในการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ นั้น สำหรับกลุ่มประชาชนให้ความเห็นว่า สามารถเข้าถึงอาวุธได้ค่อนข้างง่ายและง่ายมาก

ตารางที่ 23 การเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไป

รายละเอียด	ลำพูน N = 100	นครสวรรค์ N = 153	กาฬสินธุ์ N = 40	นครศรีธรรมราช N = 95	รวม N = 388
มีอาวุธปืน	10 (10.00)	12 (7.84)	1 (4.76)	7 (7.37)	30 (7.73)
เก็บไว้ที่ตู้	2 (20.00)	3 (30.00)	1 (100.00)	2 (33.33)	8 (2.06)
มีเชือก	75 (75.00)	123 (80.39)	24 (92.31)	62 (65.26)	284 (73.20)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน/ข้างบ้าน	28 (40.00)	55 (52.38)	8 (44.44)	15 (31.91)	106 (27.32)
ห้องเก็บของ	26 (37.14)	31 (29.52)	2 (11.12)	17 (36.17)	76 (19.59)
มียาฆ่าแมลง	59 (59.00)	72 (47.06)	16 (69.57)	43 (45.26)	190 (48.97)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มิดชิด	29 (51.79)	23 (36.51)	11 (78.57)	14 (42.42)	77 (19.85)
มียาจำกัดศัตรูพืช	54 (54.00)	72 (47.06)	17 (68.00)	35 (36.84)	178 (45.88)
เก็บไว้ที่บ้าน/หลังบ้าน ที่มิดชิด	27 (52.94)	25 (39.68)	11 (78.57)	9 (36.00)	72 (18.56)
มียาแก้ปวด	94 (94.00)	133 (86.93)	24 (96.00)	84 (88.42)	335 (86.34)
ตู้ยา	58 (64.44)	73 (64.04)	7 (35.00)	50 (72.56)	188 (48.45)
ภายในบ้าน	31 (34.44)	41 (35.96)	10 (50.00)	10 (14.49)	92 (23.71)
มีเตาถ่าน	79 (79.00)	109 (71.24)	24 (96.00)	55 (57.89)	267 (68.81)
ห้องครัว	69 (93.24)	69 (72.63)	17 (85.00)	15 (39.47)	170 (43.81)
บริเวณบ้าน	5 (6.76)	22 (23.16)	3 (15.00)	18 (47.37)	48 (12.37)
มีน้ำยาเคมี	98 (98.00)	140 (91.50)	24 (100.00)	89 (93.68)	351 (90.46)
ห้องครัว	25 (28.41)	19 (16.67)	16 (88.89)	41 (56.94)	101 (26.03)
ห้องน้ำ	33 (37.50)	64 (56.14)	-	-	97 (25.00)
มีของมีคม	97 (97.00)	141 (92.16)	23 (95.83)	93 (98.94)	354 (91.24)
ห้องครัว	54 (62.79)	77 (65.25)	13 (72.22)	45 (60.00)	189 (48.71)
ที่มิดชิด	6 (6.98)	31 (26.27)	3 (16.67)	16 (21.33)	56 (14.43)
สะดวกในการเข้าอาวุธ					
ยากมาก	3 (3.06)	5 (3.42)	1 (3.85)	-	9 (2.32)
ยากพอควร	3 (3.06)	21 (14.38)	4 (15.38)	3 (3.30)	31 (7.99)
ค่อนข้างง่าย	38 (38.78)	68 (46.58)	9 (34.62)	48 (52.75)	163 (42.01)
ง่ายมาก	54 (55.10)	52 (35.62)	12 (46.15)	40 (43.96)	158 (40.72)

7. ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

จากตารางที่ 24 แสดงความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการการดูแลช่วยเหลือ ผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่า อสม. มีความเห็นว่าหากคนในหมู่บ้านบ่นว่ามีความทุกข์ใจมากถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย แหล่งช่วยเหลือที่สำคัญคือครอบครัว ยกเว้นจังหวัดกาฬสินธุ์ที่คิดว่าวัดเป็นที่พึ่ง ความเห็นของ อสม. การไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ยากไม่สะดวก โดยเฉพาะจังหวัดนครสวรรค์ จากประสบการณ์ของ อสม. ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไปตรวจรักษาที่คลินิกเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นนครศรีธรรมราชที่ไป รพ.สต. นอกจากนี้ อสม. มีความเข้าใจเกี่ยวกับบุคลากรด้านหน้าที่ยังเข้าใจไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของตนเองที่เป็นบุคลากรด้านหน้า มีเพียงร้อยละ 50-60 ที่เข้าใจถูกต้อง แต่จังหวัดนครสวรรค์ยังเข้าใจว่าบุคลากรด้านหน้าเป็นพยาบาลที่อยู่ใน รพ.สต.

ตารางที่ 24 ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบบริการการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

ลำดับ	ข้อความ	จังหวัด			
		ลำพูน N = 25 จำนวน/ร้อยละ	นครสวรรค์ N = 12 จำนวน/ร้อยละ	กาฬสินธุ์ N = 25 จำนวน/ร้อยละ	นครศรีธรรมราช N = 15 จำนวน/ร้อยละ
1	หากคนในหมู่บ้านบ่นว่ามีความทุกข์ใจมากถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย ท่านคิดว่าจะมีแหล่งช่วยเหลือคนนั้นจากที่ใดบ้าง				
1.1	วัด	2 (8.00)	0 (0.00)	16 (64.00)	0 (0.00)
1.2	รพ.สต.	5 (20.00)	4 (33.33)	6 (24.00)	4 (26.70)
1.3	ผู้นำชุมชน	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (8.00)	1 (6.67)
1.4	ครอบครัว	16 (64.00)	8 (66.67)	0 (0.00)	10 (66.70)
2	ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า “การไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องง่าย สะดวก และรวดเร็ว”	18 (72.00)	3 (25.00)	14 (56.00)	6 (42.90)
3	หากคนในชุมชนของท่าน มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย หน่วยงานแรกที่คนนั้นจะไปตรวจรักษาคือที่ใด				
3.1	คลินิก	13 (54.17)	10 (83.33)	17 (68.00)	1 (6.67)
3.2	รพ.สต.	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	11 (73.30)
3.3	โรงพยาบาลชุมชน	7 (29.17)	1 (8.33)	2 (8.00)	0 (0.00)
3.4	โรงพยาบาลศูนย์	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3.5	โรงพยาบาลเฉพาะทาง	4 (16.67)	1 (8.33)	5 (20.00)	2 (13.33)
4	ท่านเคยได้ยินเกี่ยวกับบุคลากรด้านหน้าที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขหรือไม่	24 (96.00)	12 (100.00)	25 (100.00)	12 (80.00)

ลำดับ	ข้อความ	จังหวัด			
		ลำพูน	นครสวรรค์	กาฬสินธุ์	นครศรีธรรมราช
		N = 25	N = 12	N = 25	N = 15
		จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ
5	บุคลากรด้านหน้าในข้อ 4 ตามความเข้าใจของท่านหมายถึงใคร				
5.1	ตัวท่านเอง	13 (56.52)	4 (33.33)	16 (64.00)	8 (53.30)
5.2	พยาบาลที่อยู่ในรพ.สต.	4 (17.39)	6 (50.00)	4 (16.00)	4 (26.70)
5.3	ผู้นำชุมชน	2 (8.70)	1 (8.33)	4 (16.00)	1 (6.67)
5.4	หัวหน้าครอบครัว	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้บริหารระบบสาธารณสุข และการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ในบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการ ใน 4 จังหวัดนำร่อง โดยจะแบ่งเป็นข้อมูลในแต่ละจังหวัด ดังนี้

1. จังหวัดลำพูน

1.1 ระบบบูรณาการเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

ประกอบด้วย ทีมระดับจังหวัด ผู้นำศาสนา โรงพยาบาลระดับจังหวัด (รพศ./รพท.) และโรงพยาบาลระดับอำเภอ (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน กาชาด และสถานประกอบการ

1.2 การเข้าถึงบริการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

อสม. เป็นผู้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยเครื่องมือ 2Q plus ส่งต่อไปที่ รพ.สต. กรณีที่พบความเสี่ยงและในส่วนของโรงพยาบาลจังหวัดจะมีพยาบาลคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ด้วยแบบประเมิน 2Q/2Q plus 9Q 8Q ทุกราย และรายงานผลต่ออายุรแพทย์เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกราย และส่งปรึกษาจิตแพทย์กรณีพบความเสี่ยงหรือมีความคิดพยายามฆ่าตัวตาย

การประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ระยะสุดท้าย และมีการใช้ Mental Health Check-in CDI ในกลุ่มเด็ก รวมถึงการใช้แบบประเมิน 6 ข้อ ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดสุรา ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติ จะมีการส่งต่อข้อมูลเข้าไปในระบบและส่งต่อข้อมูลแบบไม่เป็นทางการ

รพช.มีการจัดทำข้อมูล mapping กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีแนวทางการปฏิบัติงานตาม “Guideline การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวิธีการดูแล”

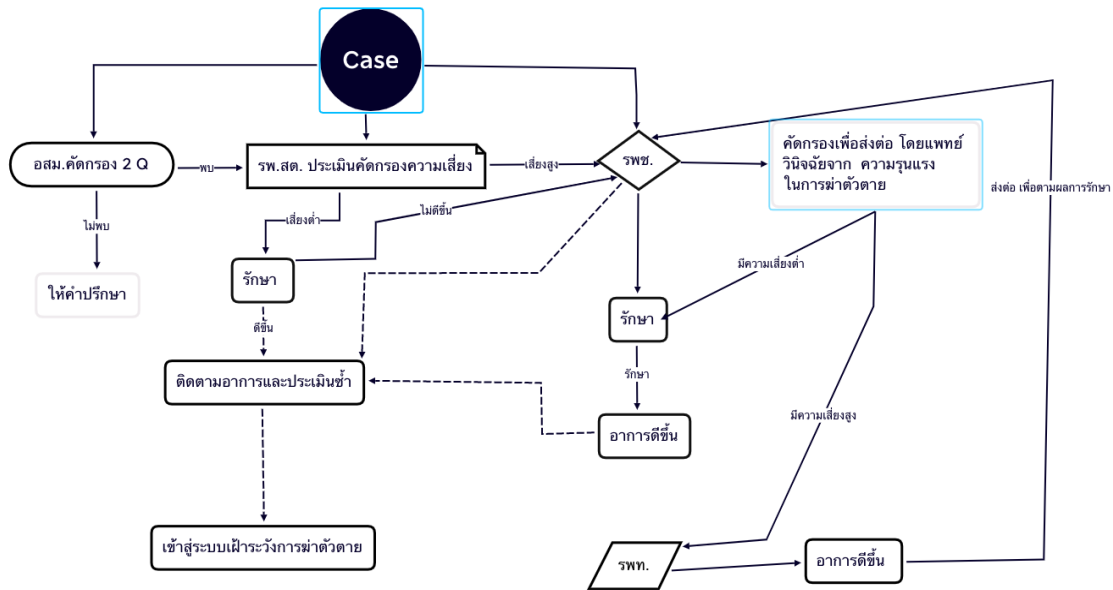
1.3 วิธีการบ่งชี้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลใช้สัญลักษณ์ “SP” บนเอกสารแฟ้มประวัติผู้ป่วย และใช้สัญลักษณ์ “ST” ติดที่ปลายเตียงผู้ป่วยเพื่อเป็นเครื่องหมายในการสังเกตแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านการสังเกตตามสัญลักษณ์ที่กำหนดเพื่อการดูแล ฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

1.4 ระบบการติดตามและการส่งต่อ

มีระบบการติดตามผู้ป่วยรายที่มีความเสี่ยงสูงโดยจะนัดทุกวัน หรือนัดอีก 2 อาทิตย์หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้เครื่องในการประเมินด้วย 2Q/3Q, 9Q, 8Q สังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ใช้รูปแบบจัดการดูแลแบบ case manager ส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ COC (Continuous of Care) เพื่อเชื่อมไปที่ รพ.สต. และประสานไปยัง อสม. และเครือข่ายชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมในการลงเยี่ยมบ้าน หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

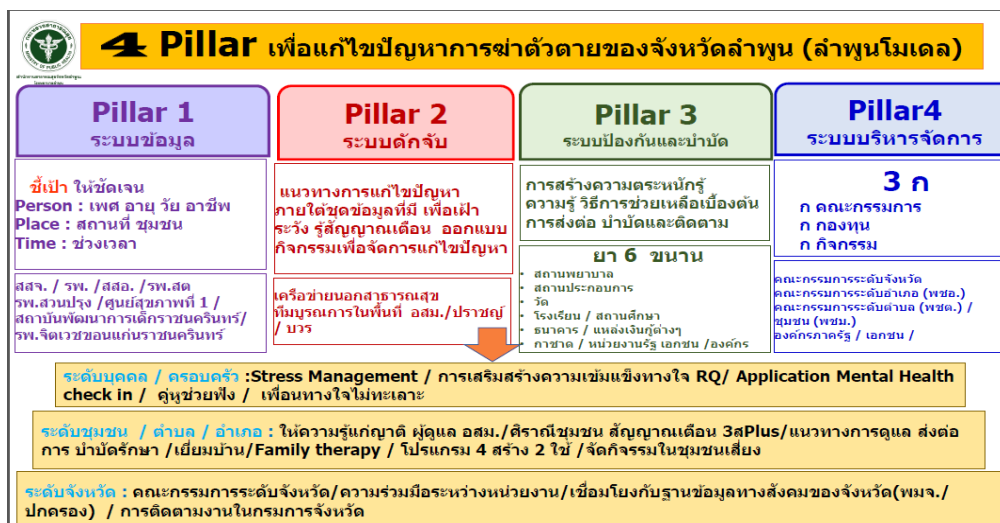
กรณีที่มีการส่งต่อทีมหรือผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลจะมีการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบจิตแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัด และจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช ผ่านระบบศูนย์วิทยุ (call center) และระบบส่งต่อประสานส่งต่อผ่าน call center และส่งต่อตามระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกระดับ ดังภาพด้านล่าง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ

1.5 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ /ญาติผู้ดูแล

มีการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะใช้โครงการ 4 เสา



ภาพที่ 2 4 Pillar เพื่อแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล)

1.6 การอบรมพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

มีชุดความรู้ มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยง มีแบบประเมิน 2Q 8Q 9Q ที่สะดวกใช้และค้นหาได้ง่ายทางออนไลน์ และมีการจัดอบรมให้ความรู้การใช้เครื่องมือเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึง อสม. ความรู้เกี่ยวกับจิตวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

1.7 บทบาทหน้าที่ของแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ฉุกเฉิน

แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนช่วยในการคัดแยกระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของผู้ป่วยและให้การรักษาระดับฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 8Q, แล้วส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์และทีมการพยาบาล หากมีความเสี่ยงรุนแรงจะรับรักษาในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายก็มีการติดตามผู้ป่วยดำเนินการโดยแผนกจิตเวช

กรณีมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนอกโรงพยาบาล ด้วยวิธีการแขวนคอตาย ทีมแพทย์และพยาบาลร่วมออกชันสูตรศพ และหากผู้ที่มีอาการทางกายร่วมด้วย มีการประเมินและวินิจฉัยแยกโรคที่เกิดจากปัญหาทางกาย ให้การรักษาเบื้องต้น เช่น ฉีดยาสงบอาการ ตรวจ ATK ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

1.8 ฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย/สื่อเทคโนโลยี

มีระบบรายงานผ่านฐานข้อมูล รง 506s มาวางแผนจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลัง ในพื้นที่ระดับตำบล เพื่อการปฏิบัติงานในชุมชนที่เร่งด่วนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ

รูปแบบในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง มีหลายช่องทาง เช่น สายด่วนสาธารณสุข บุคลากรด้านหน้า เช่น อสม. ใช้สื่อสารสังคม เพจท้องถิ่น ใช้เสียงตามสายในชุมชน เป็นต้น

1.9 กุญแจแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ได้แก่

- 1) ผู้ว่าราชการจังหวัดให้ความสำคัญ เป็นผู้นำทีมในทุกระดับในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 2) ชุมชนให้ความสำคัญและตระหนักเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- 3) เกิดการบูรณาการของทุกภาคส่วน มีการทำงานอย่างจริงจัง
- 4) มีการทำงานเชิงรุก มีการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงได้เร็ว โดยเฉพาะคนที่มีอาการนอนไม่หลับ เครียด กังวล
- 5) มีระบบติดตามผู้ป่วยทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ป่วย COVID-19 ที่รักษาหายแล้วใช้รูปแบบคณะกรรมการ Patient Care Team ที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติดเป็นประธาน และบุคลากรจากฝ่ายต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการและติดตามใกล้ชิด

1.10 ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ในสถานการณ์โควิดส่งผลให้คนตกงาน ไม่มีงานทำ เกิดหนี้สิน
- 2) การลงพื้นที่การดำเนินงาน มีข้อจำกัดในการลงพื้นที่
- 3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่เป็นรูปธรรม
- 4) การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นต้องมีความรู้รอบด้าน มีความเข้าใจ ทักษะที่ดีต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 5) การดูแลรักษาทางไกลผ่านโทรศัพท์เป็นอุปสรรคการดำเนินงาน การช่วยเหลือไม่มีประสิทธิภาพ

1.11 ความต้องการและข้อเสนอแนะ

- 1) ข้อมูลการประเมินกลุ่มเสี่ยงในเด็กและวัยรุ่น รง 506s และฝึกอบรมการใช้แอปพลิเคชันการลงทะเบียนรายงาน รง 506s ที่ปรับปรุงใหม่ และการสะท้อนข้อมูลกลับไปยังพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่มีคุณภาพ ต้องการข้อมูลเชิงลึก
- 2) องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย แนวทางการป้องกันเจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายร่างกายขณะผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อ ต้องการอยากให้สนับสนุนเรื่องการสร้างคุณภาพชีวิตให้ประชาชน สร้างพื้นฐานจิตใจให้เข้มแข็ง
- 3) สนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ชะลอหนี้ ประenomหนี้ และขอให้มีศูนย์ปรึกษาปัญหาชีวิตประจำตำบล มีการจัดทำแผนการดูแลในระดับ เทศบาล อบต. มี สสจ.เป็นกรรมการในโครงการ
- 4) อยากให้มีระบบคัดกรองในกลุ่มแรงงาน สถานประกอบการ เพื่อจัดทำข้อมูลมาวางแผนในการดูแล และส่งต่อในระบบการรักษา และมีเครื่องมือคัดกรองที่ทำได้ง่ายและไม่ใช้เวลานาน

2. จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ระบบงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินอยู่

- 1) มีนโยบายถ่ายทอดจาก สสจ. ดำเนินการร่วมกันใน service plan บางอย่างดำเนินงานเฉพาะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และจังหวัดที่รับผิดชอบ ปรับใช้ในระดับอำเภอ มี พขอ. ดำเนินงาน
- 2) มีการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานปีละครั้ง เน้น intervention หลักคือ brief PST มีการอบรมผู้ดูแล 70 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียง เยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ มีการรื้อฟื้นองค์ความรู้ มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุข ด้านการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ติดตาม เฝ้าระวังเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือญาติผู้สูญเสียผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการสอบสวนหากมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ
- 3) อสม. เป็นคนคัดกรองในชุมชน โดยใช้ 2Q หากพบกลุ่มเสี่ยง ส่ง รพ.สต. ประสิทธิภาพยังไม่ดี เคยมีการอบรม warning sign และความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติหรือในชุมชน แต่ไม่มีการอบรมตั้งแต่โควิดระบาด และยังไม่เคยเน้นในกลุ่มผู้ปกครองและญาติโดยตรง เมื่อส่งมา รพ.สต. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ 9Q, 8Q ดูแลเบื้องต้น แล้วส่งต่อ รพ.ชุมชน หากเกินศักยภาพส่งมา รพ.ศ. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย SADPERSON scale, projective psychological test โดยนักจิตวิทยา โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ส่งปรึกษาจิตแพทย์ก่อนจำหน่าย นัดติดตามอาการ และเยี่ยมบ้าน มีการดูแลด้านจิตสังคมบำบัด มีพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยา รับผิดชอบโดยตรง
- 4) มีระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน “ฮักแพงแบ่งปัน” “นาคาพิทักษ์” ระดับตำบล จะมีคณะทำงานโดยทีมของ สปสช. ร่วมกับของ อบต. โดยภาคีเครือข่าย คือ ตำรวจ กชน. รพ.สต. ที่ลงไปร่วมกันช่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด และมีคณะกรรมการเฝ้าระวังผู้ที่มีปัญหาเรื่องฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล อำเภอสมเด็จ ประกอบไปด้วยผู้อำนวยการ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต แพทย์ผู้ป่วยในทุกจุด แผนก OPD/ER จะมีแพทย์อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรมเป็นคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติพร้อมคู่มือ และมีคลินิกจิตเวชเปิดให้บริการทุกวัน มีทีมสุขภาพจิตออกตรวจ มีการติดตามและทำ mental health check in ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียงร่วมกับ คปสอ.

5) มี คปสอ. ผู้อำนวยการเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นรองประธาน ผอ.รพ.สต. แต่ละแห่ง นักวิชาการ พยาบาลที่อยู่ใน รพ.สต. มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ติดสารเสพติดและฆ่าตัวตายในพื้นที่

6) มีระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ กรณีพยายามฆ่าตัวตาย และติดตามอย่างต่อเนื่องระยะสั้น และเยี่ยมบ้านในระยะยาว รายที่มีปัญหาเยอะจะจัดประชุมทีมกับผู้นำชุมชน และมีระบบการดูแลครอบครัวที่มีความรุนแรง ผ่านการประสานงานกับหน่วย OSCC ประชุมกับบ้านพักเด็ก พมจ. คณะกรรมการพรบ.คุ้มครองเด็ก ในรายที่มีปัญหามาก และมีระบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม และต่อยอดข้อมูลเชิงคุณภาพใน รง 506s

7) มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายข้ามกระทรวงในจังหวัดร่วมมือกันดี โดยใช้โทรศัพท์ไลน์ ไลน์ refer ไลน์ consult มุ่งด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ป้องกันยาเสพติด ไม่ได้เน้นเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตาย และอำเภอสมเด็จนำสถานศึกษามาเป็นเครือข่าย สร้างกลุ่มเยาวชนแกนนำในโรงเรียนในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิต และการป้องกันการฆ่าตัวตาย

8) ลงรายงาน รง 506s ทาง website แต่การวินิจฉัยและการลงรหัสยังไม่ครอบคลุมชัดเจน ใช้ร่วมกันกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งใน รพ.ศูนย์ มีการเชื่อมต่อของฐานข้อมูลโรงพยาบาลและทะเบียน รง 506s และผู้บริการที่หน้างานสามารถเห็นข้อมูลทุกการบริการของผู้ป่วย

9) การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน เช่น กองทุนร้านค้าสวัสดิการเป็นหน่วยสงเคราะห์ช่วยเหลือคนตกงานและคนถูกกักตัว 14 วัน กลุ่มแม่บ้านและกลุ่มเกษตรอินทรีย์ มาทำกิจกรรมการเกษตร สร้างอาชีพใหม่ ผู้นำชุมชนอยู่เวรยาม 24 ชั่วโมง ดูแลอำนวยความสะดวกทุกอย่างให้ความช่วยเหลือประชาชน ซึ่งในชุมชนใช้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ในพระพุทธศาสนา ยึดเหนี่ยวใจคนในชุมชน ช่วยเปลี่ยนครอบครัวจากปัจจัยกระตุ้นมาเป็นปัจจัยสนับสนุน

2.2 อุปสรรคของการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1) ปัญหาเศรษฐกิจทำให้คนที่ไปทำงานต่างจังหวัดกลับมาตายที่บ้าน มีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะจัดการได้ในจังหวัดเดียว และระบบป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ในฐานข้อมูลไม่มีระบบแจ้งเตือนในคนที่ต้องเฝ้าระวัง ระบบการทำงานยังไม่เชื่อมโยง สอดคล้องกันทั้งประเทศ และประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทั้งโรคโควิด ปัญหาการฆ่าตัวตาย

2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีการโยกย้ายหมุนเวียน ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง พยาบาลผู้รับผิดชอบด้านจิตเวชต้องทำงานหลายด้านไปพร้อมกัน

3) ผู้ตรวจราชการไม่ตระหนักถึงความสำคัญ เห็นดีแต่ไม่ตามต่อใน multisectorial collaboration ซึ่งประเด็นการฆ่าตัวตาย อ่อนไหวเกินกว่าผู้บริหารในจังหวัดจะยอมรับได้ ไม่ง่ายที่จะยอมรับความผิดพลาด ยากที่จะเคลมว่าจังหวัดมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าที่อื่น

4) ใน รพ.สต. มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ มีการ consult จิตแพทย์ และมีนักจิตวิทยา ร่วมกันดูแล ยังไม่มี intervention ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการควบคุมอาวุธที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย มีเพียงการผลักดันมาตรการจำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต ไกลโฟเซต และคลอร์ไพริฟอส ที่คณะกรรมการวัตถุอันตรายได้มีความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้ออกประกาศเกี่ยวกับข้อบังคับในการใช้สารทั้ง 3 ชนิด โดยมีผลบังคับใช้ วันที่ 20 ตุลาคม 2562

5) รพ.สต.ไม่ค่อยได้ใช้แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย ใช้แต่แบบคัดกรองยาเสพติด ซึมเศร้า ซึ่ง รพ.สต. ส่งต่อ รพช.แล้วไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่จะมาวิเคราะห์ได้ และไม่มีงบประมาณดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ ถือเป็นงานฝาก

6) ผู้ปฏิบัติงานไม่มีการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปแล้ว มีแต่ติดตามผู้ป่วยที่ รพช.ส่งต่อให้ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ไม่มีคู่มือหรือแนวทางที่ชัดเจน ติดตามเพียง 1-3 ครั้ง ในระยะสั้นๆ โดยผู้ที่ถูกเฝ้าระวังฆ่าตัวตาย ไม่ฆ่าตัวตาย แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกลับไม่ถูกเฝ้าระวังมาก่อน และไม่ได้ติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่อเนื่องระยะยาว พออาการดีขึ้น ก็หยุด

7) แบบ รง 506s มีประโยชน์ แต่การลงข้อมูลบางอย่างไม่ชัดเจนทำให้คนลงข้อมูลไม่กล้าลง และระบบรายงานของ รพ.มีจำนวนมาก รวมทั้งคนที่เก็บข้อมูลไม่สามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลจริงของคนที่ฆ่าตัวตาย

8) บุคลากรมีจำนวนน้อย แต่งานมาก เพื่อนร่วมวิชาชีพไม่ค่อยมั่นใจในการบำบัด การติดตามหรือขาดทักษะในการจัดการกับครอบครัวที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

9) สปสช. ใช้งบประมาณช่วยเหลือ แต่ไม่ให้โดยตรงกับงานสุขภาพจิต

2.3 ความต้องการและข้อเสนอแนะในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1) เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน การป้องกันการฆ่าตัวตายแก่ประชาชนทั่วไป ควรเพิ่มระบบสัญญาณเตือนแบบอัตโนมัติในระบบฐานข้อมูลเพื่อให้ไปติดตามช่วยเหลือได้ทัน โดยชุมชนต้องการมีข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงในชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในพื้นที่ มีประชุมผู้นำชุมชน แต่การบูรณาการของจังหวัดให้ชุมชนมีส่วนร่วมไม่ชัดเจน ซึ่งควรมีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน ชุมชนช่วยชุมชน ให้เคส suicide มารวมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือกัน

2) ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นบุคคลสำคัญและมีผลต่อความสำเร็จในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด และอยากให้มีการสะท้อนผลการวิเคราะห์สถิติการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัดทุกปี

3) ระบบข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตาย การรายงานข้อมูลผ่านระบบ รง 506s upload ข้อมูลเป็นภาพจะลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก และมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น mobile application และใช้ tablet รายงานสถิติการฆ่าตัวตายในภาพรวมระดับอำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ครอบคลุมทุกระดับของการบริการ รวมทั้งฝ่ายปกครองและผู้นำชุมชน

4) พัฒนาสื่อ วิดีทัศน์ คลิปเสียงให้ความรู้ เพื่อช่วยกระจายข่าวป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน และมี hotline สายตรงที่พร้อมรับฟังให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงในระดับจังหวัด

5) บุคลากรสาธารณสุขต้องการเพิ่มทักษะ องค์ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย และความมั่นใจในการจัดการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ต้องการเครื่องมือช่วยในการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีทีมงานที่ดูแลรับผิดชอบโดยตรง และมีนักจิตวิทยาเพิ่มในพื้นที่ เพราะมีบทบาททั้งติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือครอบครัวที่สูญเสีย

3. จังหวัดนครศรีธรรมราช

3.1 การดำเนินงานในปัจจุบันที่เชื่อมโยงกับการป้องกันฆ่าตัวตาย

- 1) การประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย มีการใช้ 8Q รง 506s และ BPRS เป็นเครื่องมือ
- 2) แนวทางการดำเนินงาน CPG สำหรับดูแลผู้ป่วย suicide ในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ
- 3) การจัดการฐานข้อมูลฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
- 4) บูรณาการเครือข่ายการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยหน่วยงานเครือข่ายประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 รพ.สต. อสม. ชีวชาวนา และ โรงพยาบาลชุมชนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และมีระบบการส่งต่อโดยใช้ Mental health check in เป็นเครื่องมือในการประเมิน
- 5) ระบบการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ รพช. โดยใช้ 2Q 9Q
- 6) การวางแผนดูแลระยะสั้นและระยะยาว มีการติดตามต่อเนื่อง และเยี่ยมบ้าน เพื่อพูดคุยให้กำลังใจญาติ ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินสภาพจิตใจ และประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ช่วงปี 2564 การระบาดของ COVID-19 รุนแรงมากขึ้น จึงเปลี่ยนเป็นการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมญาติใจญาติ
- 7) การอบรมญาติหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 8) การเฝ้าระวังกลุ่มเปราะบางโดย อสม. เยี่ยมบ้าน ประเมินคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2Q 9Q และคืนข้อมูลให้ชุมชนกรณีที่มีกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ จะมี อสม. ถ่ายรูปผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์พิจารณา วินิจฉัยและรักษา
- 9) มีระบบการจัดการญาติผู้สูญเสียคนในครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จตาม Protocol MCATT

3.2 ปัจจัยสำเร็จของการดำเนินงาน

ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน รวมถึงมีการเยี่ยมญาติใจในทีมบริการด้วยกัน

3.3 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช และแพทย์ general practitioner เน้นด้านการรักษาด้านโรคทางกาย มากกว่าโรคทางจิตเวช ที่ยังขาดประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 2) ข้อจำกัดด้านฐานข้อมูล โปรแกรม server ที่เก่า และลิงค์เข้ากับ HosXP ลำบาก การบันทึกข้อมูล รง 506s ทำได้ไม่สม่ำเสมอ เพราะภาระงานมีมาก
- 3) การอบรมด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายมีน้อยมากและจำกัดจำนวนคนเข้ารับการอบรม

3.4 ความต้องการและข้อเสนอแนะ

ให้ความรู้ ความเข้าใจในระบบการศึกษาเรื่องสุขภาพจิตตั้งแต่โรงเรียนไปสู่ครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในเบื้องต้น และมีอาจารย์แนะแนวเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต

4. จังหวัดนครสวรรค์

มีข้อค้นพบที่สำคัญ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ

4.1 การรับรู้ของผู้บริหาร ไม่มีคนฆ่าตัวตายในพื้นที่

1) วิธีฆ่าตัวตาย คนนิยมวิธีการรมควันมาก จากการดูตามโซเชียลมีเดีย และปีนมีการขออนุญาต
ง่ายขึ้น

2) การดำเนินงาน

- ผู้รับผิดชอบงานคือ พยาบาลวิชาชีพ มีเครือข่ายประสานทาง สสจ. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีความรู้ด้านสุขภาพจิต มีการรับนโยบายงานสุขภาพจิตภาพรวม ไม่ได้เน้นฆ่าตัวตาย
- ใช้แบบคัดกรอง 2Q 9Q 8Q ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- มี service plan สาขาจิตเวช ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวช
- การติดตามตัวชี้วัดการฆ่าตัวตาย ผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุข
- ยกตัวอย่าง รพ.ตากฟ้า มีการแยกแผนกจิตเวช เวลา admit ผู้ป่วย มีระบบ consult case suicide attempt มีแนวทางการดูแลประจำโรงพยาบาลในเชิงป้องกัน

3) ปัญหาอุปสรรค

- ทีมผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการไม่ครบทีม เวลาส่งต่อการประสานงานติดขัดระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล
- ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย กรณี admit จะไม่มั่นใจในการดูแล อยากให้พยาบาลจิตเวชดูแลเอง หรือเคสที่ต้อง refer การติดตามไม่ได้ลงลึก ไม่มีโปรแกรมติดตามเคสฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ ใช้โปรแกรม COC เป็นโปรแกรม refer คนใช้รวมทุกเคส
- อสม. เจ้าหน้าที่ ยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินพูดคุยเบื้องต้น เช่น Mental health check in ไม่ได้เข้าใจลึกซึ้งถึงขั้นนำไปใช้ทั้งหมด

4) ข้อเสนอแนะ ความต้องการด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- อบรมเพิ่มศักยภาพทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฆ่าตัวตาย
 - ต้องการนักประชาสัมพันธ์ นักผลิตสื่อที่จะมาสนับสนุนทีมงานสหวิชาชีพที่มีอยู่เดิม
 - เพิ่ม Suicide Health Literacy ให้กับคนในชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - เร่งสร้างความตระหนักให้กับชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - สื่อชุดองค์ความรู้และเทคโนโลยี สื่อสิ่งพิมพ์อัปเดตความรู้เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- ควรควบคุมสื่อในการนำเสนอข้อมูล และควบคุมการเข้าถึงอุปกรณ์ต่างๆ เช่น สารเคมี

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ยังไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แต่มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายทั้งศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ที่ช่วยดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
- มีเครือข่ายที่เป็นหูเป็นตา คอยสังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4.2 ข้อค้นพบที่สำคัญ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ คือ ปัญหาการฆ่าตัวตายช่วง COVID-19

การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการระบาดของ COVID-19 อย่างชัดเจน มีผู้รับบริการปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะ Adjustment Disorder, Major Depressive Disorder, เครียดเรื่องการเงินและเรื่อง COVID-19, suicidal attempt และฆ่าตัวตาย รวมถึงตัวกระตุ้นคือเรื่อง COVID-19 ตกงานปัญหาการเงิน และผู้ป่วย COVID-19 ที่รักษาแบบผู้ป่วยใน มีความกังวลหลายอย่าง

4.3 ระบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายที่ทำในปัจจุบัน

1) กรณีเกินขีดความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือประสานโรงพยาบาลศูนย์ก่อนเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง เชื่อมโยงกับ อสม. และประสานกับผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรของโรงพยาบาล รายงานสาธารณสุขอำเภอ และเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินซ้ำ คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก คัดกรองด้วย 2Q ในรายที่มีอาการเครียด นอนไม่หลับ และในกลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย และส่งต่องานสุขภาพจิต

2) กรณีพยาบาลแผนกงานจิตเวชปฏิบัติงานนอกหน่วยงาน พยาบาล OPD จะประเมินด้วย 9Q และ 8Q ตามลำดับ ก่อนส่งพบแพทย์ แพทย์พิจารณา admit ในรายที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และให้พยาบาลในงานสุขภาพจิตไปประเมินและติดตามที่ IPD การส่งสัญญาณกันในระหว่างทีมใช้วิธีเขียนใน OPD card “ซึมเศร้า” มีการลงเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ป่วยติดเตียงเพื่อพูดคุย ให้กำลังใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ แก่กลุ่มนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community : CC), ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยที่ติด COVID-19 จะใช้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวชจะเน้นให้รับยาต่อเนื่อง

3) การดูแลกลุ่มเปราะบาง โรคเรื้อรัง หรือใช้สารเสพติด เน้นการพูดคุยค้นหาปัญหา ประสานญาติให้ช่วยดูแล และปรึกษาทีมใน รพ.สต. สามารถรับบริการได้ที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่มีระบบนัดล่วงหน้า การส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล ในกรณีพบมีความเครียดหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การส่งต่อจาก รพ.สต., รพช. ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะเป็นรายที่ฆ่าตัวตายแล้วจำหน่าย นัด 1-2 สัปดาห์ ห้องฉุกเฉินเมื่อนัด Follow up จะนัดให้พบนักจิตวิทยาแผนกผู้ป่วยในทำบำบัด, Csg. ในการรับให้คำปรึกษา มีระบบการรับบริการโดยจิตแพทย์

4) การรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต. คัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วย 2Q กรณีตอบ “ใช่” 1 ข้อ หรือทั้ง 2 ข้อ จะส่งต่องานสุขภาพจิตเพื่อประเมินด้วย 9Q, 8Q ก่อนส่งพบแพทย์ หรือให้หมายเลขโทรศัพท์ แก่ อสม. เพื่อสามารถติดต่อได้โดยตรง และมีการคัดกรองใน รพ.สต. และคัดกรองในชุมชนโดย อสม. และมีการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับ

4.4 บทบาทการทำงาน

1) รพ.สต. รับผิดชอบเยี่ยมบ้าน ประเมินและคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยกรณีการรักษาจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลประจำ รพ.สต. ในการคัดกรอง ประเมินจะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การทำแผนเป็นหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการมีบทบาทในส่วนของการบริหาร

2) การดำเนินงานในระดับพื้นที่เน้นการป้องกัน คือป้องกันจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด และให้การบำบัดโดยใช้ matrix program, BA, BI, พูดคุยเสริมพลัง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ และกิจกรรม to be number one บริการนิตยา long acting รวมถึงให้การปรึกษา กรณี อสม. ประสานมาว่าพบรายที่เสี่ยงสูง

พยาบาลจะให้คำแนะนำวิธีพูดคุย และมีแผนจะทำสัญลักษณ์เป็นกระดาดติดที่หัวเตียงผู้ป่วยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการฆ่าตัวตาย ประเมินว่ามีความเสี่ยงสูง รายที่ต้องเฝ้าระวังดูแลใกล้ชิด

3) หากมีผู้ป่วยเสี่ยงฆ่าตัวตายจากการประเมิน 8Q 9Q จะรายงานแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือรายงานแผนกจิตเวชพยาบาลที่ดูแลเรื่องจิตเวช จะได้รับคำแนะนำคือ ให้ญาติพาผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล บางครั้งแพทย์บำบัดด้วยยา ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งกลับชุมชน จากนั้นนัดติดตามประเมินอาการว่ามีภาวะการอยากฆ่าตัวตายว่าลดลงหรือไม่

4.5 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง 2Q, 9Q, 8Q โดย อสม. หาก positive ใน 2Q จะประเมินคนไข้ที่เป็น schizophrenia เพิ่มขึ้น และให้พยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) ประเมินด้วย 9Q หรือส่งให้แพทย์ประเมิน 9Q ถ้าเจอ positive อสม. ก็จะมาพบแพทย์

2) อสม.คัดกรองด้วย 2Q และส่งข้อมูลให้ รพ.สต. และแจ้งทางไลน์หรือทางโทรศัพท์ ในส่วนของ PCU ช่วงคนไข้ที่เข้ารับยาเดิมอยู่แล้วก็มีตอนเจาะเลือด วัดความดันโลหิต จะมีประเมินอยู่แล้วด้วย แบบประเมินคัดกรอง 2Q จะทำเฉพาะในส่วนของผู้ที่คาดว่าน่าจะมีภาวะเครียด และแยกสิทธิ์เบิกได้เอาไว้ อีกชุดหนึ่ง เอาไว้ลงประเมินในพื้นที่ แต่ทุกปีมีการประเมินในพื้นที่อยู่แล้ว สำหรับคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก คัดกรองด้วย 2Q ในรายที่มีอาการเครียด นอนไม่หลับ และในกลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย และส่งต่องานสุขภาพจิต ประเมินต่อด้วย 9Q, 8Q มีการลงเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ป่วยติดเตียงเพื่อพูดคุยให้กำลังใจ

3) ประเมินความเครียด Thai Stress Test : TST ส่วนใหญ่ที่ใช้เป็น 2Q 9Q 8Q กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรอง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเรื้อรังทางกาย

4) การประเมินอาการ/ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้ 9Q 8Q ทุกราย หากคะแนนสูง (ระดับรุนแรง) จะส่งมาพบนักจิตวิทยา มีการประเมินความเครียด โดยแบบประเมิน ST5 ถ้าคะแนนสูงจะให้ Csg. และส่งปรึกษาจิตแพทย์ สำหรับผู้ป่วยคลั่งคลั่งมีการทำงานเป็นทีมในรายที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยช่วยจับผู้ป่วย มีหอผู้ป่วยจิตเวช กรณีฉุกเฉินจะมีโรงพยาบาลจิตเวชให้ความช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4.6 การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ใช้เครื่องมือ 9Q คัดกรองคะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้คะแนน 9Q แบ่งระดับความรุนแรงถ้าคะแนนสูง คือมีความเสี่ยงมาก ต้องจ่ายยาทันทีและนัดพบแพทย์

4.7 เกณฑ์การ admit

มีความเสี่ยงสูงในการทำร้ายตนเอง ต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้าน เช่น ปัจจัยเรื่องญาติมีหรือไม่ การให้การสนับสนุน การใช้สารเสพติด หากพบผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิต ต้องนอนโรงพยาบาล

4.8 ปัญหาอุปสรรคในการใช้เครื่องมือประเมินและวินิจฉัย

ไม่เชื่อถือข้อมูลที่ได้จาก 2Q เพราะ อสม.บางคนจะขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

4.9 ระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับ PCU

แบ่งระดับความรุนแรงโดยใช้ 8Q และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะทำการรักษาด้วยยา Sertraline ในกรณีผล 8Q เข้าเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล ถ้า อสม.พามาส่วนใหญ่จะประเมิน 9Q

4.10 การดูแลผู้ป่วยที่ยุงยากซับซ้อน เป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา จิตแพทย์ทำจิตบำบัดเบื้องต้น ทำครอบครัวบำบัด นักจิตวิทยาช่วยฝึกด้านการจัดการอารมณ์ วิธีจัดการปัญหา การจัดการอารมณ์ให้ทางนักจิตวิทยาร่วมประเมิน และให้การปรึกษา พยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ติดตามเยี่ยม

4.11 ระบบการสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวัง ไม่มีข้อมูล

4.12 ระบบการติดตามต่อเนื่อง

1) นัดติดตาม 2 สัปดาห์แรก กรณีจ่ายยาเริ่มต้นที่ 2 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับว่าเยี่ยมบ้านหรือติดตามประเภทผู้ป่วยที่ต้องนัดติดตามเยี่ยมบ้าน มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคชัดเจน 2. กลุ่มโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเยี่ยมบ้าน การส่งต่อใช้ระบบไทย Continuous of Care (COC) ในการดำเนินงานผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ต้องเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย โดยพยาบาล รพ.สต. และ PCU

2) การนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ หากซึมเศร้ามาก/เสี่ยงมาก จะนัด 1-2 สัปดาห์ และเยี่ยมบ้าน ซึมเศร้าปานกลาง/เสี่ยงปานกลาง นัด 1 เดือน หากเสี่ยงน้อย นัด 3 เดือน

3) ใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน และมีการแบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อมอบหมายผู้ดูแลได้เหมาะสมและเป็นไปได้ เช่น กรณีที่ไม่เสี่ยง จะให้ อสม.ดูแลต่อ กรณีมีความเสี่ยง จะมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก โดยพยาบาล รพ.สต. เยี่ยมผู้ป่วย เดือนละ 1-2 ครั้ง ในวันศุกร์ เน้นการเก็บข้อมูลให้พยาบาลจิตเวช

4) ลงเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ป่วยติดเตียงเพื่อพูดคุยให้กำลังใจ อสม.ช่วยคัดกรองและแจ้งทางไลน์หรือทางโทรศัพท์

5) ใช้โทรศัพท์ติดตามโดยตรง และใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน และมีการแบ่งระดับความเสี่ยงเพื่อมอบหมายผู้ดูแลได้เหมาะสมและเป็นไปได้ เช่น กรณีที่ไม่เสี่ยง จะให้ อสม.ดูแลต่อ โดยมีการสอน แนะนำ และทำความเข้าใจวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย กรณีมีความเสี่ยง จะมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยมีแพทย์และพยาบาลเป็นหลักพยาบาล รพ.สต.เยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 1-2 ครั้ง โดยเน้นการเก็บข้อมูลให้พยาบาลจิตเวช กรณีส่งกลับสู่ชุมชน ทีมสุขภาพจิตจะมีการเยี่ยมบ้าน พูดคุยกับญาติ และให้ อสม.ช่วยดูแลเฝ้าระวัง และเตรียมความพร้อมของญาติก่อน อำนวยความสะดวกในการรับยาต่อเนื่อง ติดต่อญาติเพื่อนัดวันเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย หลังกลับสู่ชุมชนอย่างน้อย 2 วัน ซึ่งวิธีการเยี่ยม คือ ใช้ทักษะการสังเกต การฟัง และการตรวจวัดสัญญาณชีพ

6) การติดตามเฝ้าระวัง มีการนัด follow up บันทึกลงในสมุดประจำตัว การติดตาม follow up ตามระดับความรุนแรง ในรายที่ไม่กินยา มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน อบรม Care giver การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การทำงานร่วมกับเครือข่าย ลงพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยที่ยุงยากซับซ้อน

4.13 ระบบส่งต่อ

1) ส่งต่อตามระบบ ไม่มีปัญหาหรืออุปสรรค กรณีผู้ป่วยที่ไม่เคยไปที่โรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน จะแนะนำให้ไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อหาสาเหตุทางกายก่อน แต่หากเคยไปที่โรงพยาบาลจิตเวชมาแล้ว ก็จะยินดียิ่ง หากส่งต่อจากชุมชนมาที่โรงพยาบาลจิตเวช จะมีรถโรงพยาบาลไปรับทุกเคส มีการรายงานจิตแพทย์ และส่งให้ทีมพยาบาลดูแลเรื่องกาย จิต สังคม

2) โรงพยาบาลจิตเวชส่งกลับ รพศ./รพช. จะส่งไปส่งต่อกลับพร้อมกับยาที่ได้รับ ถ้าเป็นผู้ป่วย ในอำเภอเมืองโรงพยาบาลจิตเวชจะนัดติดตามอาการผู้ป่วยก่อน แล้วส่งต่อกลับ หรือบางรายที่ไม่สะดวกไป โรงพยาบาลจิตเวชเพราะอยู่นอกเมือง จะให้ผู้ป่วยกลับมาพร้อมกับใบส่งตัว ใบส่งตัวระบุว่าผู้ป่วยสะดวกรับยา ที่โรงพยาบาลหลังจำหน่าย หรือผู้ป่วยบางคนถือซองยามาที่โรงพยาบาล, รพศ. ส่งกลับ รพช. จะส่งไปส่งกลับ พร้อมกับยาที่ได้รับ นัดติดตามอาการ และมีพยาบาลจิตเวชประสานพยาบาลจิตเวชใน รพช. ให้ช่วยติดตาม เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดซ้ำ

4.14 เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

กรณีรักษาโรคทางกายปลอดภัย แต่มีความคิดความที่จะฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือซึมเศร้ารุนแรง คือ ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายคนอื่น แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยซึมเศร้าก็จะทำร้ายตัวเอง หากจะส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช อันดับแรกก็ต้องดูว่าโรคทางกายดีขึ้นหรือยัง เช่น กินยาแก้ปวด ยาฆ่าแมลง ต้องอยู่ โรงพยาบาลศูนย์ ถ้าในบางรายที่กินยาแก้ปวด รักษาโรคทางกายสงบแล้ว แต่แพทย์ประเมินดูคือวิธีการที่ทำรุนแรง หรือไม่มีญาติแล้วมีความตั้งใจทำร้ายตัวเอง จะประสานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

4.15 ปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วย

1) โรงพยาบาลจิตเวชไม่รับรักษา เพราะอาการของผู้ป่วยไม่คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยบางรายทำลายข้าวของ แต่เมื่อถึงโรงพยาบาลจิตเวชกลับไม่แสดงอาการ ประเมินแล้วรู้เรื่องทุกอย่าง ทำให้ไม่ได้รับการรักษา แต่เมื่อกลับมาก็มีพฤติกรรมแบบเดิม และเข้าใจว่าทางจิตเวชไม่ได้รับผู้ป่วยง่ายๆ เพราะผู้ป่วยค่อนข้างมาก แต่ไม่อยากเอาผู้ป่วยกลับมาบ้าน เพราะเป็นห่วงความปลอดภัยของคนในครอบครัวและชุมชน

2) โรงพยาบาลชุมชนไม่รับรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด

3) วิธีการแก้ปัญหา อุปสรรค คือ ให้คำแนะนำญาติของผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการที่รุนแรงและเป็นอันตรายตอนอยู่ที่บ้าน ในกรณีที่เดินทางลำบากจะประสาน อบต. ช่วยเรื่องรถรับส่ง หากอาการรุนแรงต้องส่งโรงพยาบาลจิตเวชและประสานตำรวจ

4.16 การสื่อสาร

การติดต่อประสานงานใช้ช่องทางไลน์กับผู้เกี่ยวข้อง ในการสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวัง มีการประสานทางวาจา และเน้นให้รักษาความลับของผู้ป่วย

4.17 การมีส่วนร่วมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแล

การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แพทย์จะไม่มีบทบาทด้านนี้ จะเป็นพยาบาล PCU ทำหน้าที่เจรจา เนื่องจากค่อนข้างรู้จักคนในชุมชน ผู้ป่วยไม่ถึงขนาดคิดฆ่าตัวตาย อาจมีเรื่องทะเลาะวิวาทมากกว่า ซึ่งยังไม่มี การรักษา

4.18 ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) มีระบบบันทึกข้อมูล โดยระบบจะแจ้งเตือน คือ การใส่ข้อมูลไปในประวัติผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีประวัติโรคซึมเศร้า (MDD) มีประวัติอย่างไร
- 2) การบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HOSxP 43 แพ้ม รง 506s ไม่เคยลงข้อมูลเอง ลงในเอกสาร ไม่ปัญหาอุปสรรคเพราะลงข้อมูลในเอกสารแบบฟอร์ม (กระดาษ) การเผยแพร่ข้อมูลยากให้มีข้อมูลที่คนทั่วไปเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย การส่งต่อข้อมูลเอกสารแบบฟอร์ม มีความเสี่ยงสูงจะส่งต่อให้พื้นที่เฝ้าระวังโดยพยาบาลที่รับผิดชอบหลัก
- 3) ไม่ได้ใช้ รง 506s เพราะส่วนใหญ่ส่งต่อโรงพยาบาลในพื้นที่ และลงในโปรแกรม JHOS ปกติถ้าเป็นรายงาน รง 506s เป็นการรายงานโรคติดต่อ
- 4) การบันทึกข้อมูล ด้วยโปรแกรม HOSxP, 43 แพ้ม, รง 506s ไม่เคยลงข้อมูลเอง ลงในเอกสาร ไม่เป็นอุปสรรคเพราะลงข้อมูลในเอกสารแบบฟอร์ม (กระดาษ) มีการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อยกให้มีข้อมูลที่คนทั่วไปเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย มีแบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ การส่งต่อข้อมูล หากมีความเสี่ยงสูงจะส่งต่อให้พื้นที่เฝ้าระวังโดยพยาบาลที่รับผิดชอบหลัก
- 5) ผ่าน application บนมือถือ Mental Health Check in ใช้ประเมิน Burnout, depression ในช่วงโควิดหากไม่มีโทรศัพท์จะขอแบบเอกสาร

4.19 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) ควรแก้ไขที่สาเหตุหลัก และทุกภาคส่วนมาช่วยกัน ชุมชนมีส่วนในการแก้ปัญหาและต้องแก้ปัญหาที่สาเหตุหลักนั้นๆ เพราะปัญหาหลัก คือ ปากท้อง ความเป็นอยู่ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข จะทำหน้าที่คัดกรองได้
- 2) ควรมีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือด้านฝ่ายปกครองสามารถแก้ปัญหาได้ ดังนั้น ในส่วนของสาธารณสุขเป็นเชิงตั้งรับมากกว่า หรือถ้าเชิงรุกจะเข้าไปเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ควรร่วมมือกันทั้งทางฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข ประชาชน
- 3) จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา เข้าร่วม Dead case conference กับผู้นำชุมชน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จเพื่อเรียนรู้ร่วมกันในการป้องกัน เช่น สัญญาณเตือน และการกักตุนต่อเนื่อง มีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อการเฝ้าระวัง และสะท้อนข้อมูลสถิติในภาพรวมของการฆ่าตัวตายในจังหวัด เพิ่มการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ 2Q เพราะมีกลุ่มเสี่ยงที่เป็น การปรับตัวผิดปกติซึ่งจะไม่มีอาการซึมเศร้า
- 4) เป็นการป้องกันระดับ secondary prevention โดย อสม. รพ.สต., รพช. ทำการสังเกต สัญญาณเตือน คัดกรอง ชุมชนมีส่วนร่วมคัดกรอง และส่งต่อโรงพยาบาล ปัจจุบันเน้นให้บุคลากรโรงพยาบาล ชุมชน ลงไปที่โรงพยาบาล รพ.สต. อนามัย หรืออสม. จะได้ว่าต้องระวังในเคสที่มีสัญญาณเตือน คำพูดกล่าวหา คำพูดเตือน หรือพฤติกรรมแยกตัว เป็นตัวสังเกต และนำเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง และส่งต่อ

5) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และ อบต. มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาเรื่อง COVID-19 อสม.ช่วยติดตามอาการของผู้ป่วยจิตเวชหรือรายที่มีความเสี่ยงสูง ช่วยคัดกรอง และเฝ้าระวัง อบต.สนับสนุนงบประมาณ และถุงยังชีพ ชุมชนและเครือข่ายที่ประชุม NCD จะให้ช่วยซักประวัติ เรื่องคัดกรอง 2Q หากพบประสาน รพ.สต. ส่งต่อมาโรงพยาบาล หรือถ้ามีผู้ป่วยที่เกิดมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย จะส่งมาโรงพยาบาลด้านสุขภาพจิต สำหรับชุมชนจะช่วยสนับสนุนเรื่องเงิน เรื่องการทำโครงการ อบต. อนุมัติให้ทุกครั้ง และส่วนสำคัญ คือ ครอบครัวของผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยด้วย การเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม และเรื่องเศรษฐกิจเข้ามามีส่วนอย่างมาก

4.20 เครือข่ายการทำงาน

- 1) รพ.สต. ผู้นำชุมชน อบต. ตำรวจ อปพร. ทีมกู้ชีพ อสม. ผู้ดูแล และหมอประจำครอบครัว หากมีผู้ป่วย ทางผู้นำชุมชนจะแจ้งมาทันที ช่วยติดตามเฝ้าระวังผ่านญาติ และประสาน รพ.สต.
- 2) กรณีพบรายที่มีความเสี่ยง มีการปรึกษาบุคลากรใน รพช. กรณีที่ไม่แน่ใจหรือไม่สามารถประเมินได้ มีผู้ดูแลช่วยเฝ้าระวังดูแลในกลุ่มเปราะบาง กลุ่มโรคเรื้อรังทางกาย กลุ่มสูงอายุ กลุ่มไร้ญาติ กลุ่มยาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช
- 3) จัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม.เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและเรื่องวัคซีนใจ โดยทีม รพช. เกี่ยวกับการดูแล การจัดการ และการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ
- 4) กรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยจะประสานงาน อบต. ขอรถเพื่อนำส่ง แต่หากว่าผู้ป่วยไม่ยอม จะมีผู้นำชุมชนประสานงานกับตำรวจเข้ามาช่วยในกรณีที่ก้าวร้าวหรือไม่ยอม ทำร้ายร่างกาย ต้องมีการควบคุม โดย อสม. ส่วนใหญ่จะร่วมมือกับผู้นำชุมชน เพราะบางหมู่บ้านผู้ใหญ่บ้านเป็น อสม. สามารถประสานงานขอรถไปส่งได้ โดยมีหน่วยงานกลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาล อบต. อสม. รพ.สต. ทำงานร่วมกับกลุ่มงานจิตเวช หากมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายจะแจ้งกับทีม มีการอบรมให้ความรู้แนวทางการป้องกันและช่วยเหลือที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ

4.21 การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) อบรม อสม. ในการใช้ 2Q 9Q 8Q มีแพทย์และพยาบาลเข้าร่วม หากแพทย์ติดภารกิจ จะเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ
- 2) PCU ให้ความรู้เรื่องการใช้ 2Q สำหรับ อสม. รพช. อบรมพยาบาลเรื่องการให้การปรึกษา และให้คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน มีการดูแลประเมินการฆ่าตัวตาย
- 3) ผ่านการอบรม CBT, Satir, เสริมพลัง Family therapy, refer
- 4) ให้ความรู้ อสม.ในการสังเกตบุคคลที่มีอาการเปลี่ยนไปอย่างฉับพลัน และประเมินความเสี่ยง ด้วย ใช้ 2Q 9Q คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีละ 1 ครั้ง ให้หมายเลขโทรศัพท์และไลน์ของผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของ COVID-19 ใช้วิธีพาทีมที่เกี่ยวข้องไปให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ลงทะเบียนขอรับการฉีด vaccine และช่วยประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ COVID-19 และสอบถามอาการจากญาติ

4.22 ปัญหาอุปสรรคในการทำงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิต การป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

- 1) ระดับ PCU ยังใช้กระดาษ และระบบคิวไม่ชัดเจน การส่งต่อง่าย คือ มีระบบในคอมพิวเตอร์ หากมีความจำเป็นต้องส่งต่อ สามารถหา OPD เป็นราย แต่ รพ.สต. ยังใช้กระดาษ และไม่มิงบประมาณ
- 2) การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยและญาติกังวลประเด็นการมีตราบาปทางสังคม และกลัวว่าจะมีความเครียดเพิ่ม
- 3) ในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่มาตามนัด และไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ทุกรายเพราะภาระงานจำนวนมาก
- 4) สถานที่ มีความคับแคบ และเสียงรบกวน
- 5) โครงสร้าง เรื่องอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ และไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช

ภาระงานทำให้มีผลต่อการให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยแต่ละราย จำนวนผู้รับบริการมีมากทำให้การคัดกรองทำได้ไม่ครอบคลุม ทักษะด้านจิตเวชของแพทย์ ครอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด อัตรากำลังไม่เพียงพอ เพราะเพิ่มงานด้าน COVID-19 งานสุขภาพจิตยาเสพติดทำได้จำกัด เพราะเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน และบุคลากรไม่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ล่าช้า ด้วยข้อจำกัดของยานพาหนะที่ไม่เพียงพอ และศักยภาพของคนในท้องถิ่นรู้ทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำกัด ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายจะไม่มารับบริการ และญาติไม่ได้สงสัยว่าเสี่ยงแม้จะเห็นว่าซึมลง การบันทึกข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ข้อมูลไม่อัปเดต นำข้อมูลมาใช้ไม่สะดวก และไม่ทันสมัย ไม่สามารถเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

4.23 แหล่งงบประมาณ

รพ.สต. จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของ อบต. ซึ่งต้องเขียนโครงการขอสนับสนุน และมีกองทุนชุมชน แต่ในส่วนของกองทุนจะมีกองทุนหมู่บ้านที่เอาเงินปันผลเป็นเปอร์เซ็นต์ ไม่ใช่เฉพาะสถานการณ์โควิด สถานการณ์ปกติก็จะจัดสรรทุกปี

4.24 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการทำงานที่ผ่านมา

- 1) พยาบาลจิตเวชมีความใส่ใจติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือรับประทานยาต่อเนื่อง มีญาติพามาตามนัด ไม่มีปัญหาด้านการปรึกษาโรงพยาบาลจิตเวช หากผู้ป่วยขาดนัด จะประสานญาติเพื่อพาผู้ป่วยมารักษา ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาจะให้คำปรึกษาและรักษา และให้กลับมารับยาที่โรงพยาบาล
- 2) ด้านบุคลากร มีการคัดกรองเชิงรุก แนะนำครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมสังเกตอาการโรคซึมเศร้า นำมาสู่กระบวนการรักษา หรือครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารักษาต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วย
- 3) ด้านนโยบายของโรงพยาบาล มีการมอบหมายงานให้กลุ่มงานจิตเวชไม่ over load หรือไม่เกินภาระมากไป บุคลากรน้อย แล้วภาระงานเพิ่ม ต้องจัดการในเรื่องของบุคลากรให้เพียงพอ และเรื่องนโยบายคือ โรงพยาบาลชุมชนมอบหมายงานให้เป็นภาระกลุ่มงานจิตเวชเกินไป ถ้าผู้บริหารคำนึงถึงความสำคัญนี้อาจทำให้การทำงานราบรื่น

4) ด้านนโยบายของรัฐบาล รัฐบาลช่วยสนับสนุนเยียวยาเรื่องราวได้ เศรษฐกิจ เพื่อช่วยเหลือกลุ่ม Adjustment Disorder ที่มีความคิดพยายามฆ่าตัวตายจากผลกระทบของ COVID-19 ซึ่งมีปัญหาจิตสังคม ปัญหาตงงาน ปัญหาการเงิน แม้จะปรับยาไม่ให้อาการดีขึ้น แนะนำครอบครัวเรื่องการให้กำลังใจ ควรมีมาตรการเยียวยาเงินช่วยเหลือ

ความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน การประสานงานกับแผนกจิตเวชสามารถทำได้แบบโทรสายตรง การสร้างทีมการทำงานร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่เข้มแข็ง และสถานที่ทำงานค่อนข้างพร้อม เครือข่ายในชุมชนมีการประสานงานที่รวดเร็ว ความร่วมมือของเครือข่าย คนในชุมชนและระบบเครือข่าย ครอบครัว มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และประสานงานกับ อสม. และ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด และอำเภอ ให้ความสำคัญเรื่องการฆ่าตัวตาย การมีความจริงใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว มีระบบการสื่อสารติดตามที่ดี มีการรักษาที่ดี ทีมงานเข้มแข็ง ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

4.25 ข้อจำกัดในการดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

บุคลากรมีน้อยแต่ภาระงานมีมากและเพิ่มภาระงานด้าน COVID-19 เช่น จิตแพทย์จำนวนน้อย โรงพยาบาลจิตเวชภาระงานช่วงโควิดมากขึ้น นักจิตวิทยามีจำนวนน้อยร่วมทำงานเชิงรุกกับนักสังคมสงเคราะห์ เรื่องของภาคีเครือข่ายยังคงเป็นเรื่องของบุคลากร ซึ่งเดิมมีจำนวนน้อย แต่ช่วงโควิดพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนต้องปฏิบัติงานโรคเรื้อรังทางกาย จำเริญ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และต้องออกหน่วยจิตเวชออกหน่วย ARI ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีมากขึ้นในช่วง COVID-19 บุคลากรที่จะมาขับเคลื่อนผู้ป่วยจิตเวชฆ่าตัวตายช่วงโควิดน้อยลงแต่ผู้ป่วยมีมากขึ้น ข้อจำกัดเรื่องการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ญาติไม่มั่นใจ โรงพยาบาลจิตเวชในการดูแลปัญหาทางกายต่อจาก รพ.สต. และโรงพยาบาลจิตเวชไม่รับรักษา โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหาด้านอายุรกรรม

4.26 ความต้องการพัฒนางานสุขภาพจิต

มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยาจิตเวช ปัญหาคือผู้ป่วยสุขภาพจิตบางคนไม่ได้รับการตรวจทางด้านร่างกายร่วม มีการสนับสนุนวารสารวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

มีแผนพัฒนาระบบการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุม มีแผนฝึกอบรมบุคลากรในการคัดกรอง มีแผนการทำ Dead Case Conference ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ พัฒนาระบบการส่งต่อ รพ.จิตเวชให้ชัดเจน รวมทั้งการสร้างมั่นใจในการดูแลปัญหาทางกายของโรงพยาบาลจิตเวช ต้องการให้กรมสุขภาพจิตมีนโยบายเชิงรุกด้าน primary prevention เช่น พัฒนาสื่อความรู้สำหรับประชาชนเรื่องโรคซึมเศร้า วิถีจัดการความเครียด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ต้องการให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาคู่มือคลายเครียดแบบย่อ หรือกิจกรรมคลายเครียดสำหรับผู้ป่วยติด COVID-19 ที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม หรือในโรงพยาบาลอื่นๆ ในรูปแบบเข้าถึงได้ง่าย เช่น QR Code หรือคู่มือ

การมีเครือข่ายในชุมชน การประสานงานที่รวดเร็ว ความร่วมมือของเครือข่าย ซึ่งความต้องการสนับสนุนด้านวิชาการ คือ การอบรมเรื่องการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน อบรมการบำบัดเชิงลึก พันฟูด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการอบรมการใช้โปรแกรม รง 506s ปีละ 1 ครั้ง ใช้เทคโนโลยีช่วยให้การทำงานเร็วขึ้น อุปกรณ์สื่อเทคโนโลยีในการใช้ติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึง สะดวก และทันสมัย ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนและให้การสนับสนุน

4.27 ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสื่อสารในระดับประเทศ เรื่องการรณรงค์วันฆ่าตัวตายโลก ลด stigma ควรมีข้อมูลที่สื่อสารให้คนทั่วไปเข้าใจผู้ป่วยที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจว่าไม่ใช่การเรียกร้องความสนใจ ความรู้เกี่ยวกับผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย เพื่อให้มีการนำเข้าสู่ระบบบริการ

ส่วนที่ 2 ผลการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข

สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผลการอบรมหลักสูตร จะนำเสนอเป็น 3 ตารางเกี่ยวกับเนื้อหาหลักสูตร กระบวนการเรียนรู้ กำหนดการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และผลความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ พร้อม 1 รูปภาพที่แสดงถึงการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ 25 จังหวัด

ตารางที่ 25 Core Intervention Package หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

หน่วยบริการ	หลักสูตร	Online Course		Onsite	Self-
		Training	Learning	Training	Learning
รพ.สต. (P2-3) / PCU (P1)/ รพ.สนาม	การปฐมพยาบาลทางใจ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต		✓		✓
	Psychoeducation for suicide prevention				✓
	Basic counselling (Deep listening / emotional support / Family counseling)			✓	
	Brief Problem Solving Therapy	✓		✓	
	RQ program		✓		
รพช. (F1-3,M2) และ รพศ./รพท. ที่เกี่ยวข้อง	แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)				✓
	BA/ BI / MBBI ใน NCD เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการฆ่าตัวตาย (BPSC)		✓	✓	✓
	Grief counselling				✓
	การดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิตด้วย Prakarn model		✓		
	Psychological autopsy	✓			
	ฝึกทักษะการสอบสวนโรคสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน MCATT			✓	
รพศ./รพท. กรณีแพทย์ จะมี CPG (สำหรับแพทย์) ซึ่ง รพจ.ขอนแก่น พัฒนาขึ้น	Therapy				
	- Problem Solving Therapy	✓		✓	
	- Mindfulness Based therapy and counselling (MBTC)	✓	✓	✓	
	- Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention	✓		✓	
	- Grief therapy	✓		✓	

ตารางที่ 26 กำหนดการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

ชื่อหลักสูตร	วันเวลาอบรม	วิทยากร	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ที่ได้รับการอบรม
1. CBT suicide	20 ต.ค. 64 (อบรมแล้ว)	ผศ.นพ.ณัฏฐ พิทยรัตน์เสถียร	รพช. (F1-3,M2)/ รพท. (M1-S)/ รพศ.(A) จำนวน 300 คน	อบรม 23 จังหวัด ขาด 2 จังหวัด (กาฬสินธุ์, ชัยภูมิ)
2. MBTC	ครั้งที่ 1 - 3 พ.ย 64 (อบรมแล้ว) ครั้งที่ 2 - 17 พ.ย.64 (อบรมแล้ว) ครั้งที่ 3 - 1-2 ธ.ค.64 (อบรมแล้ว)	นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์คันต์	รพช. (F1-3,M2)/รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) ครั้งที่ 1 จำนวน 59 คน ครั้งที่ 2 จำนวน 54 คน ครั้งที่ 3 จำนวน 45 คน	อบรม 16 จังหวัด ขาด 9 จังหวัด (พะเยา, กาญจนบุรี, ตาก, ตราด, กาฬสินธุ์, บึงกาฬ, ชัยภูมิ, ศรีสะเกษ, นครศรีธรรมราช)
3. BA/ BI / MBBI ใน NCDs เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและป้องกัน การฆ่าตัวตาย	10-11 พ.ย. 64 (อบรมแล้ว)	สำนักวิชาการ สุขภาพจิต	รพช. (F1-3,M2)/ รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) จำนวน 166 คน	อบรม 22 จังหวัด ขาด 3 จังหวัด (กาญจนบุรี, สระแก้ว, นครศรีธรรมราช)
4. Basic counselling (Deep listening and emotional support)	16 พ.ย. 64 (กาฬสินธุ์) โดย รพจ. ขอนแก่น (อบรมแล้ว)	ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	รพ.สต. (P2-3) /PCU (P1)/ รพช. (F1-3,M2) จำนวน 30 คน	อบรม จ.กาฬสินธุ์ ขาด 24 จังหวัด
	7 มี.ค. 65 (อบรมแล้ว)	ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	PCU (P1)/ รพ.สนาม จำนวน 30 คน	จ.นครสวรรค์ 30 คน
5. Grief therapy	18-19 พ.ย. 64 (กาฬสินธุ์) โดย รพจ.ขอนแก่น (อบรมแล้ว)	ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล	รพช. (F1-3,M2)/ รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) จำนวน 30 คน	อบรม จ.กาฬสินธุ์ ขาด 24 จังหวัด
	8-9 มี.ค.65 (นครสวรรค์)		รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) จำนวน 37 คน	- จิตแพทย์ แพทย์ ครอบครัว และแพทย์ ทั่วไป จ.นครสวรรค์ - บุคลากรสาธารณสุข จ.นครสวรรค์ 37 คน (แพทย์ 11 และ สหวิชาชีพ 26 คน)
6. การดูแลครอบครัว ผู้เสียชีวิตด้วย PRAKARN Model	24-25 พ.ย. 64 (อบรมแล้ว)	ผศ.(พิเศษ) นพ. ปรางกร ฅมยางกูร	รพช. (F1-3, M2)/ รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) จำนวน 38 คน	อบรม 7 จังหวัด ขาด 18 จังหวัด

ชื่อหลักสูตร	วันเวลาอบรม	วิทยากร	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ที่ได้รับการอบรม
7. BPST	27-28 ธ.ค. 64 (อบรมแล้ว)	ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา และคณะ	รพ.สต. (P2-3) / PCU (P1) / รพ.สนาม จำนวน 66 คน	เข้าอบรม 17 จังหวัด ขาด 8 จังหวัด (เชียงใหม่, เชียงราย, พะเยา, สุโขทัย, สระบุรี, กาญจนบุรี, สระแก้ว, บุรีรัมย์)
8. PST	21-22 ธ.ค. 64 (อบรมแล้ว)	ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา และคณะ	รพช. (F1-3,M2)/ รพท. (M1-S)/ รพศ. (A) จำนวน 83 คน	เข้าอบรม 19 จังหวัด ขาด 6 จังหวัด (ลำพูน, ตาก, กาญจนบุรี, จันทบุรี, กาฬสินธุ์, นครศรีธรรมราช)

หลักสูตร Core Intervention Package



- การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม: CBT
- การดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิตด้วย **Prakarn model**
- การเยียวยาภาวะเศร้าโศก: **Grief therapy**
- การบำบัดโดยการแก้ปัญหา: **PST**
- การบำบัดด้วยสติ: **MBTC**
- การฟังอย่างลึกซึ้ง: **Deep Listening**
- การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ: **BA/ BI / MBBI**
- การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบย่อ: **BPST**

ผลการฝึกอบรมทุกหลักสูตร

ผู้ได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น

825 คน

ของ 25 จังหวัด
(359 อำเภอเป้าหมาย)

วัดผลของการฝึกอบรม

- บุคลากรสาธารณสุขเข้ารับการฝึกอบรม 66%
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 57.9%
- ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 78.9%

ภาพที่ 3 การกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ 25 จังหวัด

จากการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะตามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในการนำมาใช้ตามแนวทางการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้น ตาม Core intervention package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 25) ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายล้วนเป็นหลักสูตรที่ได้ผ่านการฝึกอบรมบุคลากรจนเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตแล้ว และผู้ให้การอบรมหรือวิทยากร เป็นเจ้าของหลักสูตรที่พัฒนาทั้งเนื้อหาและกระบวนการ มีการประเมินผล จนเป็นคู่มือที่นำมาใช้ในการฝึกอบรมมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ในการอบรมทุกครั้ง มีการประเมินความพึงพอใจการฝึกอบรมแต่ละหลักสูตรจากผู้เข้าอบรม ในด้านต่างๆ ดังนี้ การประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของหลักสูตร ความมั่นใจที่จะนำความรู้ที่ได้จากการอบรมในครั้งต่อไปใช้ในการปฏิบัติงาน การนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์/ปรับใช้อย่างไรกับการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เป้าหมาย หลักสูตรที่สนใจเพื่อเพิ่มพูนทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางในพื้นที่เป้าหมาย และข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในประเด็นต่างๆ เช่น เนื้อหาการสอน รูปแบบกิจกรรม วิทยากร สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้/ระยะเวลาการอบรม และปัญหา อุปสรรค และทางทีมผู้วิจัยจะมีการนิเทศงาน กำกับติดตามเพื่อพิจารณาว่าผู้เข้าอบรมสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้งานประจำหรือไม่ แล้วส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษาจนไม่คิดฆ่าตัวตายอีกต่อไป ซึ่งการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะตามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีประเด็นข้อค้นพบที่น่าสนใจ

ตารางที่ 27 ผลความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

หลักสูตร	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)			แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	
CBT suicide	57.8	39.1	3.1	มากที่สุด
PRAKARN Model	31.6	57.9	10.5	มาก
BA/ BI / MBBI ใน NCDs	20	55.6	22.2	มาก
MBTC	52.8	44.4	2.8	มากที่สุด
Deep listening	64.0	36.0	-	มากที่สุด
Grief therapy	71.4	28.6	-	มากที่สุด
BPST	41.7	50.0	8.3	มาก
PST	47.1	50.0	2.9	มาก

ผลความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ พบว่าบุคลากรสาธารณสุข มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดต่อหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นอย่างบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การอบรมที่ผ่านระบบออนไลน์ ได้ความพึงพอใจน้อยกว่าการอบรมแบบลงพื้นที่

ทั้งนี้การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core intervention package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

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

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

การติดตามประเมินผลการอบรมหลักสูตร Core Intervention Package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังการอบรม 6 เดือน

ผู้วิจัยได้มีการติดตามประเมินผลการอบรมหลักสูตร Core Intervention package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังการอบรม 6 เดือน โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

1. ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 74.3%
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 67.3%
3. การนำความรู้และทักษะไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า

3.1 นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ จิตสังคมบำบัด การเยียวยาผู้สูญเสีย สำหรับกลุ่มเปราะบางและญาติ (76.24%)

3.2 ขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ฝึกอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุข มีการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรอง ส่งต่อ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดพยายามฆ่าตัวตายและญาติผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (23.76%)

สรุปผลการอบรม Active Surveillance System ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

การฝึกอบรมพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเป็นทีมสอบสวนโรครณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง ใน 4 จังหวัดนำร่อง รวมทั้งสิ้น 174 คน รายละเอียด ดังนี้

- 1) จังหวัดนครสวรรค์ วันที่ 24 - 25 มกราคม 2565 จำนวนผู้เข้าอบรม 45 คน
- 2) จังหวัดลำพูน วันที่ 17 - 18 มีนาคม 2565 จำนวนผู้เข้าอบรม 26 คน
- 3) จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 28 - 29 เมษายน 2565 จำนวนผู้เข้าอบรม 57 คน
- 4) จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่ 18 - 19 พฤษภาคม 2565 จำนวนผู้เข้าอบรม 46 คน



ภาพที่ 4 ระบบเฝ้าระวังเมื่อเกิดการฆ่าตัวตายหรือกระทำความรุนแรงต่อตนเอง

จากการฝึกอบรมหลักสูตร Active Surveillance System : ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

พบว่ามิผู้ได้รับการฝึกอบรมเป็นบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทั้งสิ้น 174 คน ใน 4 จังหวัดน่าน

ข้อเสนอแนะการฝึกปฏิบัติ สำหรับทีมสอบสวนโรค มีดังนี้

- 1) ควรแยกสอบสวนผู้ป่วยและญาติออกจากกัน ญาติบางคนคิดเชิงลบ ต้องใช้เทคนิคการพูดคุยให้เชื่อใจ
- 2) การสอบสวนโรคควรมีการวางแผนการทำงานก่อน ลำดับความสำคัญ
- 3) ควรเชื่อมโยงข้อมูล หากไม่สมบูรณ์ให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม ทีมสอบสวนโรคคล้ายการสอบสวนอาชญากรรม นักสืบ แล้วร้อยเรียงเป็นเหตุเป็นผล หาความเชื่อมโยงเข้ามาสู่การฆ่าตัวตาย โดยการให้คำปรึกษา
- 4) เน้นการได้ข้อมูล ไม่ใช่การช่วยเหลือในช่วงแรก
- 5) คำถามบางเหตุการณ์ มีโอกาสทุกขั้วрманใจ ทีมสอบสวนต้องระมัดระวัง เพราะมีความคาบเกี่ยวข้อง ผู้บำบัด และการหาความจริงของระบบ
- 6) กรณีพยายามฆ่าตัวตาย (attempt suicide) ต้องใช้เทคนิคให้คำปรึกษามากๆ เพื่อการวางแผนป้องกันต่อไป
- 7) ควรตกลงบริการกับผู้ป่วยว่าเรามาทำอะไร สะดวกให้ข้อมูลหรือไม่ และการรักษาความลับ เพื่อความเชื่อใจ
- 8) ตระหนักสัญญาณเตือน (warning sign) การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะจากคนในชุมชน
- 9) ควรหาแหล่งข้อมูลทฤษฎีแม่แบบโรงพยาบาล เพื่อหาข้อมูลมาสนับสนุน

ข้อเสนอแนะสำหรับจังหวัดเสริมจากมาตรการที่มีอยู่

- 1) ระบุกลุ่มเสี่ยงแล้วควรประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อาจใช้ 8Q ประเมินทุกเดือน หรือ 2Q plus ใน Mental health check in ประเมิน
 - 2) ควรฝึกอบรมญาติใกล้ชิดของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ให้ตรวจจับสัญญาณเตือน มีทักษะการรับฟังและช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น
 - 3) มาตรการหรือกลยุทธ์ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีทักษะการแก้ปัญหา เผชิญปัญหา เช่น บรรจุเป็นหลักสูตรการสอนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา
 - 4) วิจัยศึกษาวิถีชีวิต ค่านิยม การเลี้ยงดูบุตรของคนลำพูน เพื่อปรับปรุงพัฒนาส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นมีความเข้มแข็งทางใจ (อดทนต่อความทุกข์ลำบาก แก้ไขปัญหาเองได้ และฟื้นฟูจิตใจตนเองใจ)
 - 5) สร้างทีมสอบสวนโรคแต่ละอำเภอ ให้สามารถสอบสวนโรคทุกรายที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สม่ำเสมอ เพื่อประเมินสถานการณ์และวางมาตรการ
- หลังจากการอบรมทั้ง 4 จังหวัด มีการนิเทศติดตามการสอบสวนโรค เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคความไม่เข้าใจ ในปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 การขยายผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายไปใน 21 จังหวัด และนิเทศงาน กำกับติดตามการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ใน 25 จังหวัด

คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายของ 4 จังหวัดนำร่อง ด้วยกระบวนการ การศึกษา ทบทวน และถอดบทเรียน จากโครงการต้นแบบ best practice การป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น จังหวัดลำพูน คือ “4 Pillar เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน (ลำพูนโมเดล)” จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ “ฮักแพง แบ่งปัน” และ “นาคาพิทักษ์รักษัประชา” จังหวัดนครสวรรค์ คือ “นครสวรรค์...ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ “Zet zero...”

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ กาฬสินธุ์ นครสวรรค์ ลำพูน และนครศรีธรรมราช

1. โครงสร้าง

- 1) ใช้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตตาม พรบ.สุขภาพจิต
- 2) ศูนย์ประสานใจแมงมูม/ ศูนย์ประสานการดูแลช่วยเหลือ
- 3) มีแผน มีการบูรณาการงานหลายองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้อง

2. องค์กร ภาวะผู้นำ

- 1) นโยบาย
- 2) โมเดลความสุข

3. เทคโนโลยี

- 1) Open chat ในการให้การช่วยเหลือ
- 2) Mental health check in : MHCI
- 3) ระบบฐานข้อมูล

4. แนวทางการป้องกัน

- 1) การเฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือน
- 2) ค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบางด้วยการเยี่ยมบ้าน พูดคุย และช่วยเหลือ
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต
- 4) เสริมสร้างวัคซีนในชุมชนและครอบครัว
- 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

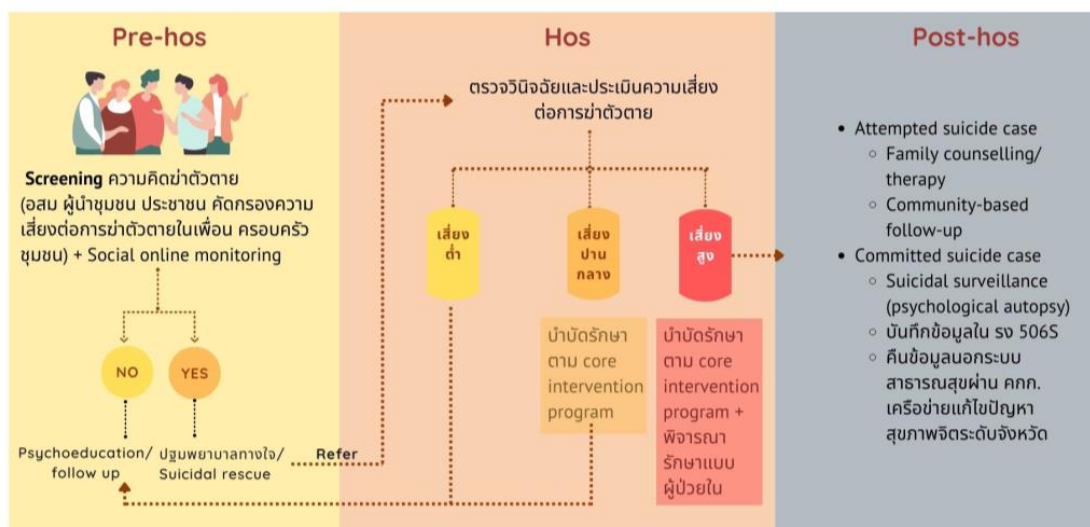
5. การพัฒนาศักยภาพ

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ
- 2) พัฒนาองค์ความรู้ การให้คำปรึกษา

6. การฟื้นฟูและเฝ้าระวัง ระบบการดูแลช่วยเหลือในชุมชน

จากรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวของ 4 จังหวัดนำร่อง จึงนำมาสู่การได้ “แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย” Suicidal Care Workflow โดยผ่านการพิจารณา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมถึงมีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่เพื่อขยายผลไปยัง 21 จังหวัดทั่วประเทศต่อไป ดังภาพที่ 5

Suicidal Care Workflow

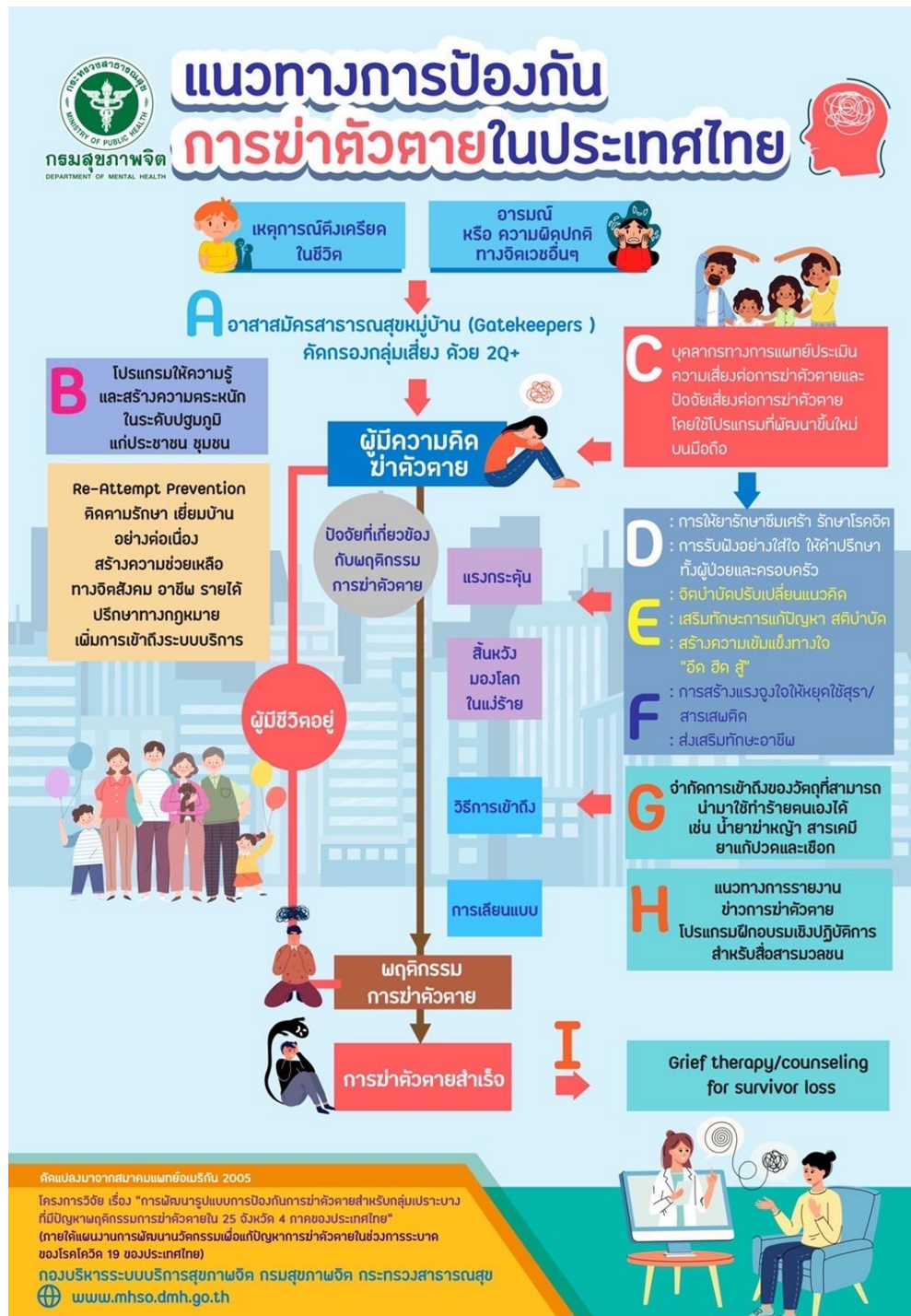


กบยส @ 18 เมษายน 2565
ปรับ @ 28 พฤศจิกายน 2565

ภาพที่ 5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow

การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เมื่อทีมผู้วิจัยได้นำ แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow มาพัฒนา ปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำมาสู่แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ซึ่งถูกพัฒนาและปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง จนกระทั่งตกผลึกเป็นโมเดล ที่เรียกว่า “แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” ที่นำไปขยายผลใน 21 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของประเทศไทยต่อไป ดังภาพที่ 6



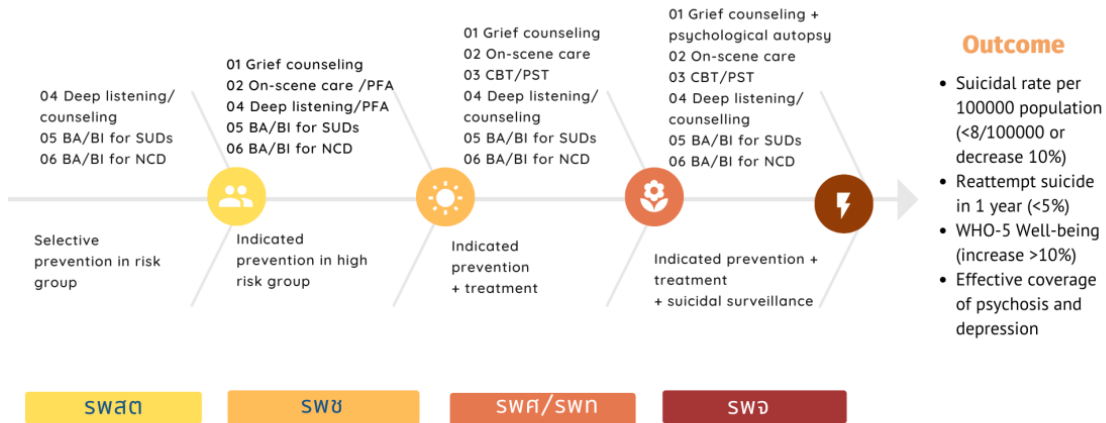
ภาพที่ 6 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพตามพื้นฐานการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้ ดังภาพที่ 7

- 1) รพ.สต. เฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง : deep listening
- 2) รพช. ดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย : BA/ BI
- 3) รพท./รพศ. ดูแล บำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : CBT และ PST
- 4) รพจ. ดูแลบำบัดรักษากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ:

Grief counseling และ Psycho-autopsy

Evidence-based Suicidal Stepped Care Model

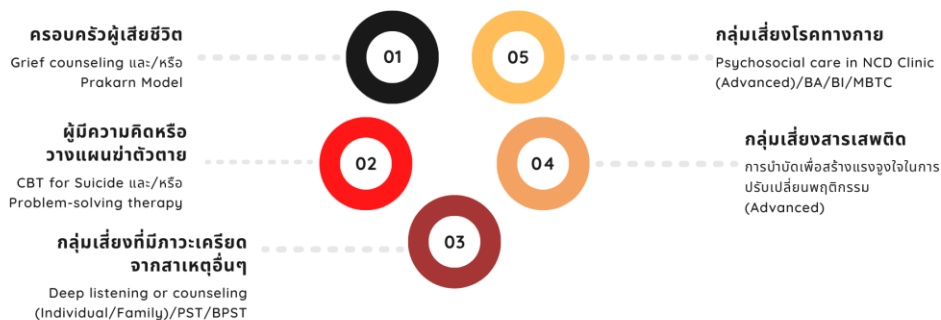


กบมส @ 18 เมษายน 2565

ภาพที่ 7 Flowchart แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในแต่ละระดับของสถานพยาบาล

การดูแลกลุ่มเสี่ยงตาม Core Intervention Program ซึ่งมีกลุ่ม 5 กลุ่มหลัก คือ 1) ครอบครัวผู้สูญเสีย 2) ผู้ที่มีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย 3) กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเครียดจากสาเหตุต่างๆ 4) กลุ่มเสี่ยงสารเสพติด 5) กลุ่มเสี่ยงโรคทางกาย ดังภาพที่ 8

Core Intervention Program



กบมส @ 18 เมษายน 2565
ปรีณ @11 พฤศจิกายน 2565

ภาพที่ 8 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

แนวทางการขยายผลหรือ Implementation รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ใน 21 จังหวัดผ่าน Suicide prevention taskforce

1. ทีมผู้วิจัยร่วมกับกรมสุขภาพจิต เชิญผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เข้าร่วมประชุมชี้แจงการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ในการประชุมชี้แจง suicide prevention taskforce

2. Suicide Prevention Taskforce กรมสุขภาพจิต ได้ชี้แจงโมเดลแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ทำความเข้าใจถึงรูปแบบแนวทางการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั้ง 21 จังหวัด ไปขยายผลต่อไปในพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดที่รับผิดชอบ

3. โครงการวิจัยมีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการขยายผลการนำโมเดลสู่การปฏิบัติการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง จังหวัดละ 20,000 บาท อีกทั้งสนับสนุนงบประมาณ จังหวัดละ 5,000 บาท เพื่อนิเทศการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่โครงการวิจัยกำหนด

ตารางที่ 28 สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ใน 4 จังหวัดน่าน

ตัวชี้วัด	นครสวรรค์ ณ วันที่ 19/09/22	กาฬสินธุ์ ณ วันที่ 6/10/22	ลำพูน ณ วันที่ 11/10/22	นครศรีธรรมราช ณ วันที่ 18/10/22
อัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	6.16	8.8	18.70	6.01
อำเภอสูงสุด 3 อันดับ	1. แม่เปิน 33.48 2. เก้าเลี้ยว 14.56 3. ชุมแสง 6.33	1. ดอนจาน 19.2 2. สหัสขันธ์ 18.8 3. ยางตลาด 18.0	1. เวียงหนองล่อง 29.73 2. ลี้ 25.99 3. ห้วยซ่าง 24.78	1. พรหมคีรี 26.6 2. ลานสกา 24.4 3. เชียรใหญ่ 18.5
ร้อยละของการไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	94.64	98	97.29	95.40
การเข้าถึงบริการ	798 (12.05%)	760 (5.69%)	632 (1.04%)	2,008 (3.77%)

ที่มา: ข้อมูลการนำเสนออัตราการฆ่าตัวตายในการสรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ใน 4 จังหวัดน่าน ได้แก่ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ ลำพูน และนครศรีธรรมราช

จากการนิเทศลงพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ได้ผลสรุปว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรมีการลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ใน 3 จังหวัดได้แก่ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช ยกเว้นจังหวัดลำพูนที่มีเพิ่มขึ้น ส่วนร้อยละของการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น พบว่า ทั้งสามจังหวัดข้างต้น มีร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 15.34, 11.38, 33.78 ตามลำดับ ส่วนลำพูนมีร้อยละเพิ่มซึ่งส่วนใหญ่การกระจายตัวของพื้นที่แต่ละจังหวัดจะมีรูปแบบแตกต่างกัน ส่วนใหญ่อำเภอเสี่ยงสูงจะเป็นพื้นที่อำเภอเดิมทุกปี สำหรับร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ ลำพูน เป็นจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายซ้ำน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด รองลงมาเป็นจังหวัดนครศรีธรรมราช นครสวรรค์ ซึ่งมีความไม่แตกต่างกันมาก อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจากเครือข่ายภาคสาธารณสุข จึงสามารถอธิบายได้ถึงอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำน้อยลง ส่วนการเข้าถึงบริการนั้น พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ได้รับการเข้าถึงบริการจากการคัดกรองมากที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลการเข้าถึงบริการ และยังขาดฐานข้อมูลที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถสรุปผลการเข้าถึงบริการได้ ซึ่งอาจจะอธิบายถึงความไม่เชื่อมโยงของการลงบันทึกและการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข

กุญแจแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันฆ่าตัวตาย

1. ด้านนโยบาย

มีนโยบายที่ชัดเจน และถ่ายทอดลงไปให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข ได้แก่ 4 เสา เราไม่ทิ้งกัน ของจังหวัดลำพูน ซึ่งนโยบายที่เป็นรูปธรรมและมีการสื่อสารทำความเข้าใจ ถ่ายทอดลงไปในระดับชุมชนที่ชัดเจน และสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่นๆ ในภาคเหนือเพื่อนำไปใช้ขยายผล

2. ด้านผู้นำ

โดยเฉพาะผู้นำระดับจังหวัด คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดมีความสนใจและให้ความสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในมิติต่างๆ มากกว่ามิติสุขภาพอย่างเดียว สามารถทำให้คนอื่นเห็นความสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมและการให้ตัวแทนมาร่วมประชุม (ลำพูน นครสวรรค์ นครศรีธรรมราช กาฬสินธุ์) การให้เป็นตัวชี้วัดของจังหวัด (ลำพูน นครศรีธรรมราช) การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัด (ลำพูน) การจัดตั้งการกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับท้องถิ่น

อีกคนหนึ่งคือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่สามารถให้ความเข้าใจเครือข่ายระบบบริการการสนับสนุนนโยบายและขับเคลื่อนงานร่วมกับพื้นที่ กำกับติดตามงานต่อเนื่อง และประสานงานกับภาคส่วนนอกระบบสาธารณสุขได้ดี

3. ด้านการทำงานแบบภาคีเครือข่าย

การขับเคลื่อนอย่างร่วมใจของเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขของทั้ง 4 จังหวัดนำร่องทำให้เกิดความร่วมมือในการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. ด้านการปฏิบัติงาน

มีการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปใช้ในการให้บริการ และมีการนำ care map ของการป้องกันการฆ่าตัวตายไปปรับใช้ในพื้นที่นำร่อง ถึงแม้การนำไปใช้ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ก็มีแผนการในการปรับใช้ในปีต่อไปในทุกพื้นที่

5. สมรรถนะของบุคลากรในพื้นที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัด

นครศรีธรรมราช จังหวัดลำพูน มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรตาม core intervention package และตามความต้องการของปีนี้ ในปีนี้เพิ่มขึ้นกว่าปีก่อน และมีหลักสูตรการอบรมหลากหลายตามชนิดและความต้องการของกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 29 สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคเหนือ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2565

ตัวชี้วัด	เชียงใหม่	เชียงราย	พะเยา	ตาก	สุโขทัย
อัตราฆ่าตัวตาย ต่อแสนประชากร	10.51	9.35	12.51	9.70	11.42
อำเภอสูงสุด 3 อันดับ	1. ดอยเต่า 47.94 2. แม่ฮ่องสอน 19.03 3. พร้าว 18.79	1. ดอยหลวง 32.16 2. พญาเม็งราย 23.67 3. พาน 19.43		1. แม่ระมาด 22.02 2. ท่าสองยาง 14.81 3. บ้านตาก 13.64	1. กงไกรลาศ 17.33 2. เมือง 13.65 3. บ้านด่าน 12.52
อัตราการ ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	96.21	95.63	91.48	96.72	96.99
การเข้าถึงบริการ	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่	458	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่

ที่มา: ข้อมูลการนำเสนออัตราการฆ่าตัวตายในการสรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคเหนือ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2565

จากผลสรุปการนิเทศจังหวัดภาคเหนือ พบว่าทุกจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในเกณฑ์มากกว่า 8 ต่อแสนประชากร แต่มีจังหวัดที่การลดลงของจำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ตาก คิดเป็นร้อยละ 14.9 44.07 31.3 ตามลำดับ ส่วนสุโขทัย จะมีอัตราการฆ่าตัวตายที่เท่ากับปีก่อน พะเยานั้น มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ซึ่งพบว่าในกลุ่มของจังหวัดที่มีการลดลงชัดเจนมีการใช้โมเดลการดำเนินการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย 4 เสา เราไม่ทิ้งกันของลำพูนขับเคลื่อนในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย มีการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ มีการจัดทำฐานข้อมูลชัดเจนและเป็นระบบ จังหวัดตากมีการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการจัดตั้งระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินจากการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ส่วนของ จังหวัดพะเยามีปัญหาการเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้มาแทนไม่ทราบ นโยบายและการดำเนินการวิจัย ขาดการสื่อสารการปฏิบัติงานกับผู้รับผิดชอบงานคนก่อน สำหรับ การดำเนินการในจังหวัดดังกล่าวจะใช้รูปแบบดำเนินการโดยใช้ทีมระดับโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับ ศูนย์สุขภาพจิต (Suicide prevention taskforce) เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ ฝึกอบรม ทรัพยากร ที่จำเป็น และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด

กุญแจแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ที่

1. ด้านนโยบาย ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง พบว่ามีการถ่ายทอดนโยบาย จากระดับบริหารที่ชัดเจนลงสู่พื้นที่ และให้ความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย ในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ มีการมอบหมายนโยบายให้เกิดการดำเนินการในโมเดลของลำพูน
2. การมีการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน
3. มีแนวทางในการดูแลครบวงจร เชื่อมโยงกันตั้งแต่ คัดกรอง ประเมินความเร่งด่วน การดูแล ตามระดับ การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง และการแก้ไขปัญหาเชิงสังคมในชุมชนไปด้วย

4. การมีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรนอกกระบวนสาธารณสุข ทั้งหน่วยงานรัฐ หน่วยงานเอกชนและภาคประชาสังคม ในจังหวัดเชียงรายมีงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และบ้านพักเด็ก ในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย

5. การใช้จุดแข็งของชุมชน โดยผู้นำชุมชนและผู้นำทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การใช้พระในการเป็นศูนย์รวมจิตใจในการร่วมมือกันดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย

6. หน่วยงานของโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต (suicide prevention taskforce) มีความสำคัญต่อพื้นที่ในการแนะนำด้านวิชาการ สนับสนุนการดำเนินการทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน และสนับสนุนงบประมาณในการประชุมอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด

ตารางที่ 30 สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคใต้ เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2565

ตัวชี้วัด	ชุมพร	สงขลา
อัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	9.42	4.15
อำเภอสูงสุด 3 อันดับ	1. สวี 16.46 2. ท่าแซะ 13.87 3. ละแม 10.19	1. ระโนด 13.78 2. กระแสสินธุ์ 13.34 3. รัดถุมิ 9.25
อัตราการไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	96.9	99.37
การเข้าถึงบริการ	169	629

ที่มา: ข้อมูลการนำเสนออัตราการฆ่าตัวตายในการสรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคใต้ เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2565

ภาคใต้มีกระบวนการดำเนินการโดยใช้ Suicide prevention taskforce ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต โดยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดชุมพร สูงขึ้นกว่าปีที่แล้ว โดยทั้งสองแห่งมีการดำเนินการในระดับของหน่วยบริการได้ดี โดยเห็นว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีน้อย อย่างไรก็ตาม ยังขาดความครอบคลุมของการจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ยังพบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยตั้งใจทำร้ายตนเอง (X60-84) จากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขมีน้อยมาก ซึ่งมาจากปัญหาของการไม่ได้ทำความเข้าใจของการวินิจฉัยจากแพทย์ นอกจากนี้ยังขาดการวิเคราะห์ปัญหาในระดับของกลุ่มประชาชน/กลุ่มเสี่ยง และไม่สามารถบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายนอกกระบวนบริการสาธารณสุขได้ดี ทั้งการคัดกรอง การมีจุดแจ้งเหตุที่ชัดเจน แต่พบว่ามีศักยภาพในการบูรณาการร่วมกันในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ ระโนดโมเดลของจังหวัดสงขลา ที่พัฒนาระบบผ่าน 3 หมอและเครือข่ายนอกและในระบบสาธารณสุข มีจุดสังเกตว่าปัญหาของการฆ่าตัวตายของภาคนี้เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์มากกว่าปัญหาโรคจิตเวชยาเสพติด ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงการแก้ปัญหาทั้งภาคส่วนด้านสังคมให้ชัดเจน

กฎแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันฆ่าตัวตายอยู่ที่

1. การให้ความสำคัญและมอบเป็นวาระของจังหวัด โดยมีผู้บริหารระดับจังหวัดและของสำนักงานสาธารณสุข
 2. การมี care plan ชัดเจนและระบบส่งต่อของสาธารณสุขเข้มแข็ง
 3. การสนับสนุนของทีมพี่เลี้ยง (suicide taskforce) ของโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต
- ในด้านการช่วยเหลือด้านวิชาการ การจัดตั้ง ระโนดโมเดล

ตารางที่ 31 สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2565

ตัวชี้วัด	ขอนแก่น	อุดรธานี	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ	สกลนคร	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	ศรีสะเกษ
อัตราฆ่าตัวตาย ต่อแสนประชากร	4.69	4.6	5.9	8.53	7.85	13.35	6.72	4.46
อำเภอสูงสุด 3 อันดับ		1. ไชยวาน 15.20 2. หนองวัวซอ 12.75 3. พิบูลย์รักษ์ 12.17		1. ปากคาด 14.35 2. เซกา 10.35 3. เมือง 8.6		1. บ้านเขว้า 19.89 2. เนินสง่า 19.27 3. คอนสาร 18.17	1. ละหารทราย 23.0 2. ปะคำ 15.4 3. โนนดินแดง 14.2	
อัตราการ ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	96.40	94.71	95.51	100	95.78	92.55	94.70	95.39
การเข้าถึงบริการ	769	194	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่	593	423	106	ไม่มีข้อมูล จากพื้นที่

ที่มา: ข้อมูลการนำเสนออัตราการฆ่าตัวตายในการสรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2565

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกระบวนการดำเนินการโดยใช้ suicide prevention taskforce ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต พบว่าทุกจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในเกณฑ์มากกว่า 8 ต่อแสนประชากร แต่มีจังหวัดที่การลดลงของจำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองบัวลำภู บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ คิดเป็นร้อยละ 21.06 23.49 14.96 6.0 37.4 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดสกลนคร บึงกาฬ ชัยภูมิ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ซึ่งพบว่าในกลุ่มของจังหวัดที่มีการลดลงชัดเจนมีการใช้การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ (2Q plus) มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่พยายามฆ่าตัวตายและการขยายบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก การจัดตั้งระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินจากการฆ่าตัวตายโดยขยายจากกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงของโครงการนาคาพิทักษ์รักษะประชาจากตำรวจ สำหรับการดำเนินการในจังหวัดดังกล่าวจะใช้รูปแบบดำเนินการโดยใช้ทีมระดับโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต (suicide prevention taskforce) เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ ฝึกอบรม ทรัพยากรที่จำเป็น และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดในทุกจังหวัด

กฎแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันฆ่าตัวตายอยู่ที่

1. ด้านนโยบาย ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง พบว่ามีการถ่ายทอดนโยบายจากระดับบริหารที่ชัดเจนลงสู่พื้นที่ โดยเฉพาะการใช้รูปแบบของการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีโครงการนาคาพิทักษ์รักษา ของศูนย์บัญชาการตำรวจภูธรภาคสี่และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประสานความร่วมมือในการนำผู้ป่วยที่มีอาการและพฤติกรรมทางจิตเวชเข้าสู่บริการโดยเร็ว และโครงการ TO BE NUMBER ONE
2. มีแนวทางในการดูแลครบวงจร เชื่อมโยงกันตั้งแต่ คัดกรอง ประเมินความเร่งด่วน การดูแลตามระดับ การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่อง และการแก้ไขปัญหาเชิงสังคมในชุมชนด้วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เป็นปัญหาสำคัญของการฆ่าตัวตายในพื้นที่
3. การเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพเขตสุขภาพที่ 8 (R8) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญของเขตสุขภาพ
4. การใช้จุดแข็งของชุมชน โดยผู้นำชุมชนและผู้นำทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การใช้พระในการเป็นศูนย์รวมจิตใจในการร่วมมือกันดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย
5. หน่วยงานของโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต (Suicide Prevention Taskforce) มีความสำคัญต่อพื้นที่ในการแนะนำด้านวิชาการ สนับสนุนการดำเนินการทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน และสนับสนุนงบประมาณในการประชุมอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด

ตารางที่ 32 สรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคกลาง
เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565

ตัวชี้วัด	ลพบุรี	สระบุรี	กาญจนบุรี	จันทบุรี	ตราด	สระแก้ว
อัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร	5.95	7.61	4.26	9.86	10.94	7.9
อำเภอสูงสุด 3 อันดับ		1. หนองหนองแขง 25.25 2. หนองโดน 21.52 3. แก่งคอย 11.88	1. ศรีสวัสดิ์ 11.2 2. เลาช่วญ 8.59 3. บ่อพลอย 6.98		1. เกาะกูด 38.33 2. แหลมมอ 20.97 3. บ่อไร่ 13.91	1. อรัญประเทศ 11.3 2. เมือง 10.8 3. คลองหาด 10.3
อัตราการไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ	94.87	91.34	94.6	90.83	93.64	96.77
การเข้าถึงบริการ	ไม่มีข้อมูลจากพื้นที่	1272	ไม่มีข้อมูลจากพื้นที่	414	2,888	1,246

ที่มา: ข้อมูลการนำเสนออัตราการฆ่าตัวตายในการสรุปผลการนิเทศติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ผ่านสื่อทางไกล ภาคกลาง เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565

ภาคกลางกระบวนการดำเนินการโดยใช้ suicide prevention taskforce ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตพบว่าทุกจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในเกณฑ์มากกว่า 8 ต่อแสนประชากร แต่มีจังหวัดที่การลดลงของจำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ ลพบุรี จันทบุรี กาญจนบุรี สระแก้ว คิดเป็นร้อยละ 21.7 0.5 37.4 18.5 ตามลำดับ

ส่วนจังหวัดสระบุรี トラด มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น ซึ่งพบว่าในกลุ่มของจังหวัดที่มีการลดลงชัดเจน มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่พยายามฆ่าตัวตายและการขยายบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และการดำเนินการบริการดูแลเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทางจิตเวชยาเสพติดร่วมกับเครือข่ายบริการและชุมชน รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาของจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคกลาง สำหรับการดำเนินการในจังหวัดดังกล่าวจะใช้รูปแบบดำเนินการโดยใช้ทีมระดับโรงพยาบาลจิตเวชร่วมกับศูนย์สุขภาพจิต (suicide prevention taskforce) เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ ฝึกอบรม ทรัพยากรที่จำเป็น และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ผ่านอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดในทุกจังหวัด ยังไม่พบการนำ care plan ไปใช้ในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของพื้นที่

กุญแจแห่งความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ที่

1. ระบบบริการที่โดดเด่น จากระบบทีมพี่เลี้ยง (coaching) ที่สอนน้องในเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ และจิตแพทย์รับคำปรึกษา 24 ชั่วโมง
2. มีการประชุมอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดร่วมด้วย
3. การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครือข่ายปฐมภูมิและการมีแนวทางการเชื่อมโยงระบบบริการร่วมกัน

ข้อมูลปัจจัยการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564-2565 จากข้อมูล รง 506s วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2564-2565 พบว่า

ตารางที่ 33 ปัจจัยการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่เป้าหมาย 25 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564-2565

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

หมายเหตุ: ใน 1 คนสามารถมีปัจจัยได้มากกว่า 1 ปัจจัย

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

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

ในพื้นที่ที่นำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ ได้วิเคราะห์แนวทางในแต่ละขั้นตอนว่าสามารถนำไปใช้ได้ดีเพียงใด พบว่า การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย 2Q plus โดย อสม. ทำได้ ร้อยละ 63.1 การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน ทำได้เพียงร้อยละ 53.1 การใช้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นใหม่บนมือถือ โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำได้เพียง ร้อยละ 40.8 แพทย์มีการให้ยารักษาซึมเศร้า รักษาโรคจิต/การรับฟังอย่างใส่ใจ ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำได้สูงถึงร้อยละ 69.8 ทีมสุขภาพจิตมีการทำจิตบำบัดปรับเปลี่ยนแนวคิด/เสริมทักษะการแก้ปัญหา สติบำบัด ทำได้เพียงร้อยละ 53.6 บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สร้างความเข้มแข็งทางใจ อึด อีดี สู้/การสร้างแรงจูงใจให้หยุดใช้สุรา/สารเสพติด, ส่งเสริมทักษะอาชีพ ทำได้เพียงร้อยละ 54.2 การจำกัดการเข้าถึงของวัตถุที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น น้ำยาฆ่าหญ้า สารเคมี ยาแก้ปวด และเชือก ทำได้เพียงร้อยละ 31.8 แนวทางการรายงานข่าวฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสื่อมวลชน ทำได้เพียงร้อยละ 33.0 และการเยียวยาผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต โดยใช้โปรแกรม Grief therapy/counseling for survivor loss/Prakarn model ทำได้เพียงร้อยละ 35.2 ส่วนขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทีม อสม. ทุกเดือนที่ 1 2 3 6 9 12 รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ไม่ได้มีการเน้นและประเมินในแบบสอบถาม จึงไม่มีผลลัพธ์ (รายละเอียดดูตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 แสดงการนำแนวทางทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ไปใช้ในพื้นที่

ประเด็น	ได้	ไม่ได้	ได้บางส่วน	ทำได้ดีที่สุด
A (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Gatekeepers) คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ด้วย 2Q plus)	63.1%	1.2%	30.1%	5.6%
B (โปรแกรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน)	53.1%	5.0%	40.2%	1.7%
C (บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่บนมือถือ)	40.8%	15.1%	38.0%	6.1%
D (การให้ยารักษาซึมเศร้า รักษาโรคจิต/การรับฟังอย่างใส่ใจ ให้คำปรึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว)	69.8%	1.2%	14.5%	14.5%
E (จิตบำบัดปรับเปลี่ยนแนวคิด/เสริมทักษะการแก้ปัญหา สติบำบัด)	53.6%	0.6%	38.5%	7.3%
F (สร้างความเข้มแข็งทางใจ อึด ฮึด สู้/การสร้างแรงจูงใจให้หยุดใช้สุรา/สารเสพติด, ส่งเสริมทักษะอาชีพ)	54.2%	1.7%	39.7%	4.5%
G (จำกัดการเข้าถึงของวัตถุที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น น้ำยาฆ่าหญ้า สารเคมี ยาแก้ปวด และเชือก)	31.8%	10.6%	54.8%	2.8%
H (แนวทางการรายงานข่าวฆ่าตัวตายโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสื่อมวลชน)	33.0%	26.3%	36.3%	4.5%
I (Grief therapy/ counseling for survivor loss)	35.2%	16.2%	46.9%	1.7%

ที่มา: google form ลิงค์ <https://forms.gle/EKGmavA7mUHQGZpWA> ติดตามประสิทธิผล Infographic แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Care plan) ให้กับพื้นที่ 25 จังหวัดเป้าหมาย

บทที่
5

อภิปรายและวิจารณ์ผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตายใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบาง ที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เริ่มจาก 4 จังหวัด นำร่อง กระจ่ายอยู่ใน 4 ภาคของประเทศไทย โดยเริ่มจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยศึกษาตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย ระดับความยากง่ายในการเข้าถึงอาวุธที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ประสพการณ์ในการรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย และการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านระบบบริการป้องกันการฆ่าตัวตายของกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มเปราะบางต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มญาติผู้ดูแล และกลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้านสาธารณสุข (อสม.) โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาจะกระทำโดยทีมวิจัยเชิงคุณภาพ ประชุมพิจารณาร่วมกัน ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) หลังจากนั้นระยะถัดไป จึงมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่ และจัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและแนวปฏิบัติ (care plan) เพื่อการดูแลกลุ่มผู้เปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง มีการดำเนินการในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการตาม core intervention package จากนั้นจึงนิเทศผลลัพธ์การดำเนินการของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ขยายผลไปอีก 21 จังหวัด รวม 25 จังหวัด

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ยวัยกลางคน นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสอยู่บ้านเดียวกันกับครอบครัว เกือบครึ่งได้เรียนระดับประถมศึกษา อยู่ในชนบท ห่างไกลตัวเมือง ซึ่งเป็นลักษณะประชากรคล้ายคลึงกันใน 4 จังหวัด ในรูปแบบสังคมชนบทของประเทศไทย สำหรับการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ในบ้าน พบว่า มีดเป็นอาวุธที่เข้าถึงได้มากที่สุด อันดับที่ 2 คือ น้ำยาเคมีได้แก่ น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจาน ผงซักฟอก และอันดับที่ 3 ยาแก้ปวด ความสะดวกในการเข้าถึงอาวุธและอุปกรณ์ต่างๆ นั้น พบว่าการเข้าถึงอาวุธเพื่อฆ่าตัวตายได้ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก ซึ่งอาจอธิบายว่าปัจจัยของการเข้าถึงอาวุธนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จมีมาก สอดคล้องกับตัวแบบนิเวศวิทยาการฆ่าตัวตายของ Krug (2002) สอดคล้องกับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยการควบคุมป้องกันการเข้าถึงอาวุธที่ฆ่าตัวตายด้วย จึงควรที่พื้นที่จะให้ความสำคัญและควบคุมปัจจัยเสี่ยงนี้ ความรู้และทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลนั้น พบว่า กลุ่มเปราะบางและผู้ดูแล ได้รับผลกระทบจากโควิด ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไม่มีรายได้ และตกงาน แต่ได้รับสวัสดิการของรัฐ

ไม่เพียงพอ และทั้ง 4 จังหวัดมีความรู้ ทักษะต่อการฆ่าตัวตายยังไม่ถูกต้อง โดยข้อสำคัญคือ การตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อให้เสียชีวิต และคนทำร้ายตัวเอง พร้อมทั้งจะตายจริง และการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ทำให้อธิบายได้ว่า ความรู้ด้านการฆ่าตัวตายนั้นยังต้องมีการปรับปรุง ซึ่งนำไปสู่การให้ความสำคัญกับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว เพราะบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักจะทั้งร่ำรวยหรือสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ ร้อยละ 80 ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล (2548) กล่าวว่าส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือนอะไรบางอย่างออกมาให้คนรอบข้าง และสอดคล้องกับการศึกษาของเชียวขวัญ ภูษณงค์ และคณะ (2554) ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณการฆ่าตัวตายพบว่าคนในชุมชนไม่ได้ตระหนักว่าจะมีวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร เพราะเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ยากที่จะป้องกัน ทำให้เพิกเฉยต่อสัญญาณเตือน นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด และทัศนคติที่ไม่ดีต่อฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด ใน 4 จังหวัดคือ คนคิดและพยายามฆ่าตัวตายคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา และคนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร ส่วนทัศนคติที่ดีต่อการฆ่าตัวตายสูงทั้ง 4 จังหวัด คือ การฆ่าตัวตายเป็นบาป และครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะรู้สึกอับอายไม่กล้าเข้าสังคม เป็นส่วนที่คนทั่วไปเห็นใจและไม่รังเกียจครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ในข้ออื่นๆ ก็เป็นไปในทางเดียวกัน กล่าวโดยสรุป การส่งเสริมให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายยังเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการเพื่อเป็นปัจจัยส่งเสริมในการเข้าใจคนคิดฆ่าตัวตายและการดูแลเบื้องต้นที่นำไปสู่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่อไป

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการรับบริการทางการแพทย์ด้านปัญหาการฆ่าตัวตาย ในเรื่องการเข้าถึงบริการ ดูแลต่อเนื่องและความพึงพอใจ ประสิทธิภาพของกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มดงงานเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่ายังมีการเข้าถึงระบบบริการน้อย ถ้ามีคนในครอบครัวได้พยายามฆ่าตัวตาย การได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีไม่มาก ความสะดวกในระบบบริการในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องก็น้อยเช่นกัน โดยพบว่ามีปัญหาเรื่องความสะดวกในการรับบริการในบริการแผนกฉุกเฉิน ให้เห็นว่าระบบบริการยังมีปัญหาในเรื่องของบริการในภาวะวิกฤตและขาดทีมกู้วิกฤตจากการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องยังมีน้อย ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสัดส่วนน้อยมากที่จะได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องจากทีมสุขภาพเพียงครั้งเดียว แต่ถึงกระนั้นก็ตามผู้ที่ได้ผ่านการรับบริการมีความพึงพอใจ และประเมินคุณภาพในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่วิเคราะห์ในด้านความต้องการปรับปรุงความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน การให้บริการทางสังคม การคัดกรองแรงงานโดยใช้เครื่องมือแบบง่าย นอกจากนั้นยังมีเรื่องระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน ระบบการกำหนดนโยบายและแผนป้องกันการฆ่าตัวตายจากผู้ว่าราชการจังหวัด ระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้บริการ

การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะตามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในการนำมาใช้ตามแนวทางการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้น ตาม Core Intervention Package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตามข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ว่าบุคลากรต้องการอบรมเพิ่มศักยภาพทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในคู่มือ WHO Preventing Suicide : A Global Imperative (2014) ได้ระบุไว้ว่าควรมีการดูแลในด้าน Assessment and management of suicidal behaviours และ Assessment and management of mental and substance use disorders โดยพบว่าจากการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายล้วนเป็นหลักสูตรที่ได้ผ่าน

การฝึกอบรมบุคลากร จนเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตแล้ว และผู้ให้การอบรมหรือวิทยากร เป็นเจ้าของหลักสูตรที่พัฒนาทั้งเนื้อหาและกระบวนการ มีการประเมินผลติดตามการนำไปใช้ ผลความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมหลักสูตรพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ พบว่าบุคลากรสาธารณสุข มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดต่อหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และมีความครอบคลุม บุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

บุคลากรสาธารณสุขเข้าถึงการฝึกอบรม 66%

ความรู้และความสอดคล้องการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 78.9%

ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง 57.9%

บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าถึงการฝึกอบรมพึงพอใจ 95%

ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของการดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะนำไปใช้กับการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ผลการพัฒนา care plan ของพื้นที่ เพื่อพัฒนางานพื้นที่ พบว่ามีช่องว่างของระบบบริการดังนี้

1. ระบบการคัดกรองยังใช้แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ คือ เริ่มจาก 2Q ก่อน ตามด้วย 9Q หากมากกว่า 7 คะแนนจึงจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้มีผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเองไม่ได้ถูกซักถาม และไม่ได้เข้าถึงระบบการช่วยเหลือ การคัดกรองจึงมีความสำคัญมาก สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และการศึกษาทัศนคติของชุมชน เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา (พ.ศ. 2542) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายหากประสบกับวิกฤตในชีวิต พบว่าทั้งสามกลุ่มต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจริง ๆ จะไม่บอกคนอื่น และไม่แน่ใจว่าควรถามและเอาใจใส่ผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือไม่ การคัดกรองด้วยคำถามง่ายๆ เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อระบบบริการจึงจำเป็นมากสำหรับสังคมไทย และนำไปสู่การบรรจุใน care plan ในโครงการวิจัยและนำไปใช้ในชุมชน

2. การเข้าถึงระบบบริการเมื่อมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายยังมีน้อย การได้รับความช่วยเหลือมีน้อยตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะแรกของโครงการ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับบุคลากรด้านหน้าที่ไม่ชัดเจน ในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่เป็นบุคลากรด้านหน้า มีเพียงร้อยละ 50-60 ที่เข้าใจถูกต้อง ถึงแม้ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า อสม. ได้รับความรู้เรื่องการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การติดตามผู้ป่วยและส่งต่อ แต่การทำให้ขอบเขตของความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และศักยภาพในการดูแลเบื้องต้นยังไม่ชัดเจน

3. ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน สู่วิทยาลัยศูนย์ และโรงพยาบาลจิตเวชมีปัญหาและอุปสรรค จากการนิเทศงานพบว่าระบบบริการผู้ป่วยในเพื่อดูแลในภาวะวิกฤตฉุกเฉินยังมีไม่เพียงพอ และการส่งต่อยังมีปัญหานอกหน่วยงาน จากเตียงผู้ป่วยจิตเวชที่ค่อนข้างล้น และพบปัญหาความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลที่มีเตียงผู้ป่วยจิตเวช มีความต้องการให้พัฒนาระบบการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชให้ชัดเจนและการสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาทางกายของโรงพยาบาลจิตเวช หรือให้พัฒนาเตียงจิตเวชให้เพียงพอในระบบบริการ

4. ระบบการติดตามต่อเนื่อง ทุกพื้นที่ที่มีการติดตามต่อเนื่อง ในช่วงระยะแรก และดำเนินการด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่าย อสม. ในพื้นที่ที่มีนโยบายชัดเจน จะมีการติดตามร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ นอกกระบวนสาธารณสุข ตามปัญหาทางสังคม แต่ยังมีน้อย ในกรณีผู้ป่วยหนัก เจ้าหน้าที่จะตามเอง อย่างไรก็ตาม

จากข้อจำกัดของบุคลากร ทำให้การติดตามทำได้จำกัด และไม่มีแนวทางชัดเจนในระยะเวลา แนวทางเครือข่ายที่ลงติดตามในชุมชน

5. การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อยอยู่ มองเป็นเรื่องปัจเจกชนมากกว่าปัญหาสังคม อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อคนที่ฆ่าตัวตายว่าอ่อนแอ ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่กล้าแสดงตนออกมา จากข้อมูลของการวิเคราะห์สถานการณ์และการนิเทศ พบว่า กลุ่มเปราะบางทั้ง 4 จังหวัดได้ยื่นหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัดได้ยื่นได้เห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยเช่นกัน แต่กลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลคิดว่าชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 50 และมีความต้องการให้เพิ่มเรื่องการตระหนักรู้ของปัญหาการฆ่าตัวตายสอดคล้องกับทวิชัย อย่างเจริญ (พ.ศ. 2550) ประเมินความรู้และทัศนคติจากโครงการสร้างความตระหนักให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามาตัวตาย: อำเภอลำดอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายให้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ยั่งยืน จึงควรมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย นอกเหนือจากระบบบริการ โดยมีการดำเนินการในระดับนโยบายของผู้บริหารจังหวัด และดำเนินการในระดับชุมชน ผ่านการทำงานในเครือข่ายชุมชน ต้องการสร้างความตระหนักในระดับผู้บริหารและผู้คนในชุมชน

จากผลการนิเทศ ในระยะที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยได้อภิปรายการวิจัยทั้งหมดว่าสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยหรือไม่ ดังนี้

สิ่งที่เป็นไปตามสมมติฐาน

1. มีระบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ 2Q plus และประเมินด้วย 8Q ในหน่วยบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังมีการบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายใน รง 506s แต่ไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่มีในงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงที่บันทึกใน รง 506s พบว่ามีตัวแปรแต่ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากการคัดกรองมีความสำคัญตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (2014) และข้อมูลจากการศึกษาด้านทัศนคติอื่นๆ

2. มีแนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลแต่เป็นบางแห่ง มีความหลากหลายในวิธีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล และการใช้ยา พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่เพียงพอ การดูแลด้านจิตสังคมยังมีน้อยเนื่องจากบุคลากรมีการเปลี่ยนงาน คนที่เข้ามาทำงานใหม่ขาดความรู้และทักษะในการทำจิตสังคมบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3. มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน แต่ไม่สม่ำเสมอและไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ให้ อสม. เป็นผู้ติดตามเพียงสอดคล้องว่ามีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำหรือไม่ โดยไม่มีการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ทั้งนี้ อสม.ขาดการเพิ่มพูนศักยภาพด้านการรับฟังอย่างใส่ใจ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการดูแลให้ยาในผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการให้จิตสังคมบำบัด และติดตามต่อเนื่องในพื้นที่ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากผู้ดูแลพบว่าการได้รับการติดตามต่อเนื่องยังน้อย พบว่าปัญหาที่ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องเป็นเพราะการขาดบุคลากรและแนวทางในการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนที่ยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน

4. มีการใช้แนวทาง care plan ในพื้นที่แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีแผนบูรณาการในพื้นที่อยู่แล้ว

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

สิ่งที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

1. ยังไม่มีระบบและแนวทาง Suicidal rescue ไม่มีศูนย์แจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤติเพื่อช่วยเหลือคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน ยกเว้น จังหวัดลำพูน ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมและสมมติฐานที่ควรต้องมีรูปแบบในการดูแลประเด็นของการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ

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

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

4. การดูแลด้านจิตสังคมโดยร่วมมือกับภาคประชาสังคมอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มเปราะบางยังมีน้อย เนื่องจากนโยบายถ่ายทอดไปยังจังหวัดยังไม่ชัดเจน ขาดผู้นำระดับจังหวัดที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการฆ่าตัวตาย

5. มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขไปในทิศทางเดียวกัน เกี่ยวกับระบบการให้บริการ และอัตรากำลังมีน้อย แม้องค์ความรู้ในการดูแลจะช่วยให้การทำงานดีขึ้น แต่ยังขาดหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมทั้งไม่ได้ส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพทั้งที่งานนั้นมีความยากและซับซ้อน ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

6. กลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มเปราะบาง ขาดความรู้ การตระหนักถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และขาดช่องทางการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อเห็นสัญญาณฆ่าตัวตาย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participated action research: PAR) ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,617 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายดำเนินการร่วมกันกับโครงการย่อยที่ 1 โดยการจัดเวทีสะท้อนผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และจัดเวทีเพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ TOP (Technology Of Participation) ทบทวนข้อมูลความต้องการการพัฒนาศักยภาพจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 1 จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในกรมสุขภาพจิตพัฒนาชุดหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือ (core intervention package) ในการบำบัดข้างต้นเพื่อฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละระดับ และดำเนินการฝึกอบรมตามหลักสูตร core intervention package ทั้งในพื้นที่และระบบสื่อสารไกล รวมทั้งมีการติดตั้งไว้ใน e-learning platform ของกรมสุขภาพจิต ระยะที่ 3 การขยายผลแนวทางการดำเนินการ ที่ดำเนินการเป็นรูปแบบชัดเจนไปยังอีก 21 จังหวัด จากการทบทวนผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มีข้อค้นพบที่ปัจจัยสำคัญต่อการแก้ไขปัญหามาตัวตาย คือ การคัดกรองด้วยข้อคำถามความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มเติมจากซึมเศร้า (2Q plus) ในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นใน 25 จังหวัด โดยผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ อัตราการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดตั้งให้มีจุดแจ้งเหตุและทีมกู้วิกฤต การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้ครอบคลุมการช่วยเหลือ อัตราการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรในเครือข่ายที่เข้ารับการอบรม อัตราการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดลดลง ร้อยละ 10 ของอัตราการฆ่าตัวตายของปีที่ผ่านมา (ปี 2563) ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อค้นพบ ดังนี้

1. การตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้บริหารและชุมชนยังน้อย มองเป็นเรื่องปัจเจกชนมากกว่าปัญหาสังคม อีกทั้งยังมีทัศนคติต่อคนที่ฆ่าตัวตายว่าอ่อนแอ ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่กล้าแสดงตนออกมา จากข้อมูลของการวิเคราะห์สถานการณ์และการนิเทศ พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มเปราะบางและผู้ดูแลทั้ง 4 จังหวัด ได้ยินหรือเห็นข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยมาก อีกทั้งชุมชนตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง จึงมีความต้องการให้เพิ่มเรื่องการตระหนักรู้ของปัญหาฆ่าตัวตาย โดยผู้บริหารระดับจังหวัดและองค์กรเครือข่าย ตัวอย่างเช่น ลำพูนมีการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด สร้างความตระหนักในระดับผู้บริหาร และผลักดันลงสู่ชุมชน ผ่านการทำงานในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนทำให้ทุกองค์กรในจังหวัดลำพูนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการแก้ปัญหามาตัวตาย

2. ระบบการคัดกรองเดิมยังใช้แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ คือ เริ่มจาก 2Q ตามด้วย 9Q หากมากกว่า 7 คะแนนจึงจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตนเองไม่ได้ถูกซักถาม และไม่ได้เข้าถึงระบบการช่วยเหลือ ดังนั้น เพื่อให้การคัดกรองครอบคลุมไปถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง โครงการวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบคัดกรอง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนทั่วไป ให้ อสม. ใช้เครื่องมือคัดกรอง 2Q plus ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มทักษะการฟังอย่างใส่ใจ และสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการได้ นอกจากนี้ยังมีศูนย์แจ้งเหตุซึ่งทำหน้าที่เป็น

จุดรับแจ้งเหตุการณ์กรณีผู้ป่วย หรือ อสม. พบสัญญาณเตือนตามบริบทของจังหวัด เช่น นาคาพิทักษ์, 1669, Hope task force, 191 ฯลฯ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและทีมช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

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

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

5. ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลฝ่ายกายกับโรงพยาบาลจิตเวช ยังมีปัญหาเนื่องจากแพทย์ทั่วไปขาดความรู้ ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย และไม่มีเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลจิตเวชก็มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยทางกาย และจำนวนเตียงจำกัดในช่วงระบาดของ COVID-19

6. ระบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทุกพื้นที่ขาดแนวทางที่ชัดเจนในกลุ่มเสี่ยง จากข้อจำกัดด้านภาระงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 และความรู้ความเข้าใจในแนวทางการติดตามที่ได้กำหนดไว้ คือ มีการติดตามในระยะแรกโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่าย อสม. แต่ยังไม่มีการติดตามปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงเกิดการพัฒนากลไกเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้านสังคมและเศรษฐกิจตามโครงการย่อยที่ 1 เพื่อให้มีเครือข่ายความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อลงติดตามในชุมชน

7. บุคลากรด้านสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้นในช่วงระบาดของ COVID-19 จนเกิดความเหนื่อยล้าและหมดไฟ การศึกษาวิจัยนี้จึงสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์และเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพจิตทุกสาขาวิชาชีพ เพิ่มขวัญกำลังใจในด้านสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในสายงาน

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

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. นโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ระยะยาวไม่ต่ำกว่า 10 ปี เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกภาคส่วน เพราะปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ไม่ใช่สาเหตุจากสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาเชิงสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ต้องกำหนดเป้าหมายและทำงานร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างยั่งยืน
2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือและระหว่างเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข โดยมีการใช้ข้อมูลในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ในการดำเนินงาน
3. บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้เชิงวิชาการและการบริหารจัดการด้านข้อมูล สามารถถ่ายทอดนโยบาย ประสานความร่วมมือกับภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการดำเนินการในพื้นที่
4. ศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต ควรมีบทบาทที่เลี้ยง ให้ความร่วมมือสื่อสารผ่านการประชุมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือในด้านวิชาการ ได้แก่ สื่อความรู้ การฝึกอบรม และพัฒนาทักษะด้านต่างๆ แก่บุคลากรในพื้นที่
5. ควรนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้จากโครงการวิจัยนี้ไปกำหนดเป็นมาตรการดำเนินงานและใช้ในการกำกับติดตามการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุกด้วยสามคำถามที่มีความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายในเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การตั้งจุดแจ้งเหตุ และทีมกู้วิกฤตสำหรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว ปรับปรุงให้มีการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการโดยเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข การพัฒนาการปฐมพยาบาลทางใจและการรับฟังเชิงลึกสำหรับเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข
6. การพัฒนาด้านการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนและชุมชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (suicide literacy)
7. เพิ่มอัตรากำลังและทำแผนความก้าวหน้าของบุคลากรดูแลด้านสุขภาพจิตเพื่อให้รองรับกับปัญหาเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งการขยายผลการใช้นวัตกรรมระบบดิจิทัลในโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม
8. ส่งเสริมให้มีการนำนวัตกรรมและองค์ความรู้จากการวิจัยนี้ไปใช้ในพื้นที่ ภายใต้การสนับสนุนของกรมสุขภาพจิต รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าของนวัตกรรมในระยะยาว

ข้อจำกัดการศึกษา

1. ระยะเวลาในการทำการศึกษาลำบาก เนื่องจากเป็นแผนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาไกลเชิงระบบทั้งภาคส่วนในและนอกระบบสาธารณสุข ร่วมกับการพัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหที่ต้องมีการพัฒนาต้นแบบ วัดผลและขยายผลการดำเนินการไปใน 25 จังหวัด รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ในปัญหาฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหามีความซับซ้อนสูง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่ไม่ชัดเจน ควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวหลายปี เพื่อให้การเห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบดังกล่าว
2. พื้นที่ในแต่ละจังหวัดมีบริบท ความเชื่อ การปฏิบัติแตกต่างกัน จึงมีผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แตกต่าง ทำให้ยากที่จะรวบรวมผลวิจัยที่มีความซับซ้อนและหลากหลายนี้ให้ออกมาในระยะเวลาสั้นๆ รวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในชุมชนกรุงเทพมหานคร ทำให้บริบทของความเป็นเมืองอาจไม่สะท้อนในงานวิจัยนี้
3. การดำเนินการวิจัย ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และนโยบายของ social distancing จากการควบคุมโดยส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัคร ตามที่กำหนดไว้ และวิธีการเก็บข้อมูล ไม่สามารถทำได้ในรูปแบบเดิม ส่งผลต่อการลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลง และใช้สื่อทางไกลในการสัมภาษณ์ทดแทน

บรรณานุกรม

1. เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 44 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2542 , หน้า 329-343.
2. ทวีชัย อย่างเจริญ. ผลการประเมินความรู้และทัศนคติ จากโครงการสร้างความตระหนักให้ชุมชน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหามาตัวตาย: อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสวนปรง, ปีที่ 23, ฉบับที่ 1, มกราคม – เมษายน 2550, หน้า 34.
3. ศักรินทร์ แก้วเฮ้า. สองทศวรรษโครงการการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ ประเทศไทย โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต. วารสารป้องกัน การฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563; 1(1) 1-8.
4. อรพิน ยอดกลาง และคณะ. โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand) ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย : เรื่องสังคมไทย ไร้ความรุนแรง. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2563.
5. WHO World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, example and indicators. Geneva: 2018; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. WHO (2011). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
7. WHO (2017). Mental health Atlas 2011. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2017/en/
8. Economics Department, OECD, 2020. Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity [WWW Document]. New OECD Outlook Glob. Econ URL. https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=126_126496evgsi2gmqj&title=Evaluating_the_initial_impact_of_COVID-19_containment_measures_on_economic_activity accessed 4.14.20.
9. Chang, S.-S., Gunnell, D., Sterne, J.A.C., Lu, T.-H., Cheng, A.T.A., 2009. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc. Sci. Med. 68, 1322–1331. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>

10. CDC, National Center for Health Statistics. Early release of selected mental health estimates based on data from the January–June 2019 National Health Interview Survey. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/ERmentalhealth-508.pdf>
11. World Health Organization 2014. Preventing suicide: A global imperative, 2014. ISBN 978-92-4-156477-9.
12. World Health Organization 2021. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries, 2021. ISBN 978-92-4-002662-9.

ภาคผนวก

สรุปผลงานวิจัย 1 หน้ากระดาษ A4 (สำหรับประชาสัมพันธ์)

1. ชื่อผลงาน/โครงการ

การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

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

2. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

Dr. Burin Suraaronsamrit

3. ที่อยู่ติดต่อได้

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์...089 666 7553... E-mail burinsura@hotmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ ปี พ.ศ.2566...

6. คำค้น keyword

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, คิดฆ่าตัวตาย, วางแผนฆ่าตัวตาย, ตั้งใจฆ่าตัวตาย, พยายามฆ่าตัวตาย,
ฆ่าตัวตายสำเร็จ

7. อ้างอิง www.mhso.dmh.go.th

8. รูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว (สามารถแยกไฟล์ หรือใส่รวมไว้ในเนื้อหาได้)



ความสำคัญ

สถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 เกิดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม เกิดปัญหาการว่างงาน ปัญหาการเงิน ผู้สูงอายุต้องอยู่ในที่จำกัด เกิดความเครียด ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา แสดงถึงช่องว่างในระบบการดูแลรักษา จึงเกิดการศึกษาพัฒนาแนวทางที่เป็นมาตรฐาน การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ สัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนาแบบกลุ่ม ใช้การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 กลุ่ม กลุ่มผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มเปราะบาง กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มอาสาสมัครหมู่บ้านสาธารณสุข (อสม.) และกลุ่มประชาชนทั่วไป ใช้วิธีวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ลำพูน มีความตระหนัก เฝ้าระวัง ติดตามในคนที่พยายามฆ่าตัวตายมาก และมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง ส่วนจังหวัดที่ควรสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการฆ่าตัวตายในพื้นที่ คือ นครสวรรค์ กาฬสินธุ์ และนครศรีธรรมราช นอกจากนี้ยังพบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 จังหวัดน่านรอง มีทัศนคติด้านบวกที่เหมือนกันคือ การฆ่าตัวตายเป็นบาป นั้นแสดงว่าศาสนาช่วยจรรโลงจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจให้กับทุกกลุ่มเป้าหมายได้ ส่วนทัศนคติด้านลบคือคนอ่อนแอ หนีปัญหา/คนฆ่าตัวตายไม่บอกใคร และการถามอย่างเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีการสื่อสารในประชาชนและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าว

จากข้อค้นพบระยะที่ 1 มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันกั้นการฆ่าตัวตาย (Suicidal Care Workflow) องค์ความรู้ (Core Intervention Package) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดูแลช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ส่งต่อเข้าสู่ระบบได้ทันท่วงที (Suicide Rescue) จากการเชื่อมโยงเครือข่ายมาถึงหน่วยบริการ และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน โดยมีการติดตามต่อเนื่องและมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย และเผยแพร่ Program Training : Core Intervention Package ทางเว็บไซต์กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต www.mhso.dmh.go.th สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่สนใจเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) และจากการนิเทศติดตาม พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรส่วนใหญ่น้อยลงกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าส่วนใหญ่มีการฆ่าตัวตายซ้ำน้อย เมื่อเทียบกับปีก่อน

ข้อเสนอแนะจากการดำเนินการวิจัย พบว่า มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ คือมาตรการลดปัจจัยเสี่ยง โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ดูแล มาตรการเพิ่มปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การสื่อสารเพิ่มความรอบรู้สุขภาพจิตการป้องกันการฆ่าตัวตาย มาตรการในการนำเข้าสู่บริการ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเปราะบางในชุมชน ด้วยการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (2Q plus) ร่วมกับระบบจัดรับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและเครือข่ายทีมกู้วิกฤต (suicidal rescue) มาตรการการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (in-hospital level) ได้แก่ มาตรการพัฒนาทักษะการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม มาตรการดูแลหลังกลับสู่ชุมชน (post-hospital level) ได้แก่ สร้างแนวทางการติดตามต่อเนื่อง พัฒนาระบบสอบสวนโรค มาตรการด้านบุคลากรและการพัฒนาคน การสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้เชิงวิชาการและการบริหารจัดการด้านข้อมูล เพิ่มอัตรากำลังใจและทำแผนความก้าวหน้าของบุคลากรดูแลด้านสุขภาพจิต มาตรการด้านข้อมูลเกิดฐานข้อมูลเฝ้าระวังระดับพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ได้ ในภาคส่วนมีการเชื่อมโยงข้อมูลการฆ่าตัวตายเพื่อช่วยเหลือดูแลระหว่างเครือข่าย มาตรการเชิงนโยบาย การสร้างความตระหนักและร่วมมือกันในรูปแบบอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติที่มีประเด็นป้องกันการฆ่าตัวตาย

ประโยชน์ของผลงานวิจัย

- ประชาชนกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีแนวทางการดูแลในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- บุคลากรสาธารณสุขได้มีแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พร้อมหลักสูตรการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นในแต่ละระดับของสถานบริการสุขภาพ ร่วมกับคู่มือในการดูแลระยะสั้นและระยะยาว
- ผู้บริหาร ได้เห็นกระบวนการการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการที่ชัดเจนและเหมาะสม
- นักวิจัย ได้เห็นช่องว่างในการดูแลรักษาในกลุ่มเปราะบางที่สามารถทำวิจัยได้ลึก รวมถึงการวิจัย ต้นทุนประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

สรุปผลงานวิจัย 5 บรรทัด

(สำหรับเผยแพร่ในระบบ EXPLORE ผ่านทางเว็บไซต์ www.thai-explore.net)

1. ชื่อผลงาน/โครงการ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

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

2. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ Dr. Burin Suraaroonsamrit

3. ที่อยู่ติดต่อได้

88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

เบอร์โทรศัพท์...089 666 7553... E-mail burinsura@hotmail.com

4. ชื่อหน่วยงาน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

5. ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการเสร็จ ปี พ.ศ.2566

6. คำค้น keyword พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, คิดฆ่าตัวตาย, วางแผนฆ่าตัวตาย, ตั้งใจฆ่าตัวตาย, พยายาม
ฆ่าตัวตาย, ฆ่าตัวตายสำเร็จ7. อ้างอิง www.mhso.dmh.go.th

8. รูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว (สามารถแยกไฟล์ หรือใส่รวมไว้ในเนื้อหาได้)



9. คำอธิบาย

การศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายน
มารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการป้องกัน
การฆ่าตัวตาย องค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดูแลช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง
ส่งต่อเข้าสู่ระบบได้ทันทั่วทั้งจากการเชื่อมโยงเครือข่ายมาถึงหน่วยบริการ และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน
โดยมีการติดตามต่อเนื่องและมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

10. นำเข้าข้อมูลสรุปผลงานวิจัย/โครงการวิจัย 5 บรรทัด ในระบบ EXPLORE ผ่านทางเว็บไซต์
www.thai-explore.net รูปแบบ info graphic Infographic โครงการวิจัย

สรุปงานวิจัยในรูปแบบ infographic

1. ตราสัญลักษณ์ของ วช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



2. ชื่อผลงาน/โครงการ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

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

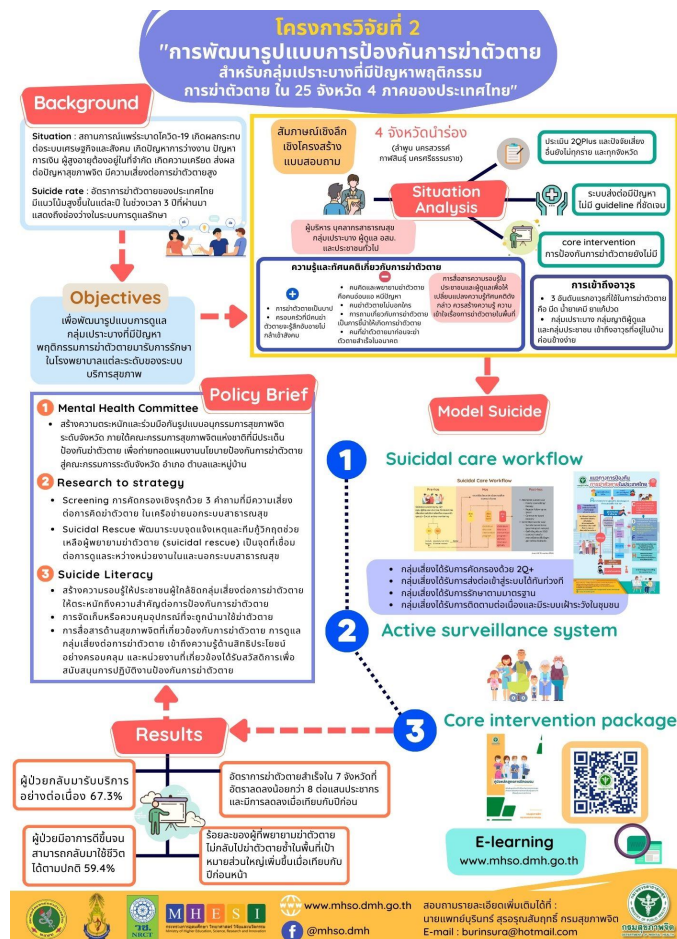
3. ชื่อ - นามสกุล นักวิจัย

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ Dr. Burin Suraaronsamrit

4. E-mail: burinsura@hotmail.com

5. ชื่อหน่วยงาน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

6. ประมวลผลงานวิจัย สรุปเป็นภาพ infographic ในรูปแบบต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจ



แบบฟอร์มประเมินผลการวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อแผนงานวิจัย/ชื่อโครงการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย
ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย

ชื่อนักวิจัย นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ หน่วยงาน กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 3,500,000 (บาท) ปีงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน 2564

วัน/เดือน/ปี ที่ดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ ปีงบประมาณ 2566

เป้าหมายดำเนินการ

เพื่อพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย มารับการรักษา
ในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ

พื้นที่การใช้ประโยชน์ ใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทยและขยายไปยังทั่วประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

2.1 การนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 มิติ)

☑ **มตินโยบาย** หมายถึง การมีเอกสารแสดงความสนใจ ความต้องการ หรือการนำข้อมูลและแนวทาง
แก้ไขซึ่งได้จากผลงานวิจัย สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมมาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาสำคัญและปัญหาเร่งด่วน
ของประเทศในองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

- **ปัญหาสำคัญ/ปัญหาเร่งด่วนของประเทศ** คือ ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก
รายงานว่าประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในอันดับที่ 32 เทียบกับประเทศในโลก และโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในช่วงต้นปี 2563 มีสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) กระทบต่อเกือบทุกระบบ
ของประเทศ โดยคาดว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจจะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการรายงาน
ปี 2562-2563 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทั้งที่มีระบบการดูแลช่วยเหลือการฆ่าตัวตายในสถานบริการทุกแห่ง
ทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่าระบบนี้น่าจะมีช่องว่างในระบบการดูแล รักษา ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากศึกษาและพัฒนาแนวทางที่เป็นมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือ
กลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย โดยผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้
เข้าใจบริบทกระบวนการในการดำเนินงานในสถานพยาบาลทุกระดับ

- ชื่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ที่นางงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

โครงการย่อยที่ 2 เห็นว่ารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายมารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของระบบบริการสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นนี้ควรมีการปรับปรุงโดยคำนึงถึงบริบทแต่ละพื้นที่จนได้รูปแบบที่อึดตัว ประเมินประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน จึงจะขยายผลไปยังหน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน กรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายสนับสนุนด้านสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรอบรู้การป้องกันการฆ่าตัวตาย suicide literacy ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ และส่งมอบข้อมูลรูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบางให้กับแพทยสภา ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อนำไปพัฒนาหลักสูตรการอบรมแพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ อนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นหน่วยงานที่ผลงานวิจัยของโครงการวิจัยย่อยที่ 2 จะส่งมอบเพื่อการปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มคนเหล่านี้ด้วยการลอคติดต่อคนที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย ช่วยสอดส่อง ค้นหา ใส่ใจ ส่งต่อ ในระบบสาธารณสุข

ช่วงเวลาที่น่าสนใจวิจัยไปใช้ประโยชน์ (วัน/เดือน/ปี) ปีงบประมาณ 2564-2565

- ลักษณะการนางงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (โปรดให้คำอธิบาย พร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ) กระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วย

1. Core Intervention Package: E-Learning

จากการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะตามความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในการนำมาใช้ตามแนวทางการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้น ตาม Core Intervention Package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายล้วนเป็นหลักสูตรที่ได้ผ่านการฝึกอบรมบุคลากร จนเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตแล้ว และผู้ให้การอบรมหรือวิทยากร เป็นเจ้าของหลักสูตรที่พัฒนาทั้งเนื้อหาและกระบวนการ มีการประเมินผล จนเป็นคู่มือที่นำมาใช้ในการฝึกอบรมมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ในการอบรมทุกครั้งมีการประเมินความพึงพอใจการฝึกอบรมแต่ละหลักสูตรจากผู้เข้าอบรม



คู่มือหลักสูตรการฝึกอบรม

เพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข



www.mhso.dmh.go.th

2. คู่มือการใช้ประเมินคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประกอบด้วย 1. 2Q plus 2. 8Q 3. 9Q 4. Assist-lite 5. mind 6 7



www.mhso.dmh.go.th



แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (2Q plus)



ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่
*(ตอบมีอย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)

1. ไม่สบายใจ เชิง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย

ไม่มี

มี

2. เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำอะไร
หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม

ไม่มี

มี



ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้
*(ตอบมี = เสี่ยงฆ่าตัวตาย)



ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจ
จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่?



ไม่มี

มี

“

ถ้าเสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย
ส่งพบบุคลากรทางการแพทย์
เพื่อประเมินเพิ่มเติม

”



ผู้พัฒนา คือ *Thorarin Kongsuk et al., J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4): 321-334
นพพร ตันตรังสี. การใช้เครื่องมือประเมิน ปัญหาสุขภาพจิต.แบบประเมิน 2Q plus.

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)



ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซา ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				



คะแนนรวม

<7

7-12

13-18

≥19

การแปลผล

ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

**คะแนน 9Q > 7 ให้ประเมินแนวโน้ม
การฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q**



กรมสุขภาพจิต

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือ	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		



หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้
 คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย
 คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
 คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
 แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 8Q = 1- 8 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด

คะแนน 8Q = 9 -16 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหากุณยใจที่เรื้อรัง
3. แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
4. ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้ปรึกษาโรงพยาบาลเครือข่าย

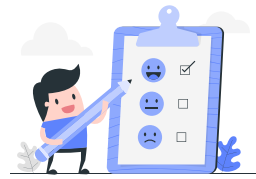
คะแนน 8Q > 17 คะแนน

1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหากุณยใจที่เรื้อรัง
4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช



ผู้พัฒนาคือ นว.สรณินทร์ กองสุข และคณะ ดัดแปลงจาก MINI หมวด C Suicidality

แบบสังเกตอาการโรคจิต MIND-6



อาการที่พบเห็น	มี	ไม่มี
1. แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
2. แต่งตัวแปลกๆ สกปรกรกรุงรัง		
3. พูดคนเดียว เหมือนโต้ตอบกับคนอื่น		
4. หวาดระแวงโดยไม่สมเหตุผล		
5. ทำอะไรแปลกๆ ผิดจากคนปกติ		
6. พูดหรือบอกคนรอบข้างว่าเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น		

แปลผล



- มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ
- มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจให้ อสม. ประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน
- มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำ และให้การดูแลรักษาต่อไป

ผู้พัฒนาคือ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต



แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด (ASSIST-LITE)



- ผู้พัฒนาคือ Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I, Marsden J. 2013
- เป็น ASSIST ฉบับย่อมาก เหลือเพียง 2-4 คำถามสำหรับสารเสพติดแต่ละชนิด ทำให้สามารถใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดทุกชนิดได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ยังคงความไวและความแม่นยำใกล้เคียงกับ ASSIST ฉบับเต็ม

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดใน 3 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น

1	คุณสูบบุหรี่/ผลิตภัณฑ์จากยาสูบหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 2
1a	คุณมักจะสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Tobacco score: _ [0-3]
1b	คุณมักจะสูบบุหรี่ภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cut-off = 2
2	คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 3
2a	ในแต่ละครั้งที่คุณดื่ม คุณดื่มมากกว่า 4 หน่วยมาตรฐานหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	
2b	คุณเคยพยายามที่จะควบคุม ลด หรือหยุดดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	
2c	เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Alcohol score: _ [0-4]
	* 1 หน่วยมาตรฐาน ประมาณเท่ากับ ไวน์หนึ่งแก้ว (100cc.) เบียร์หนึ่งกระป๋องหรือเหล้าขาว/แดง (เช่น แม่โขง หงสีกอง) หนึ่งถ้วยยา (30cc.)			Cut-off = 3
3	คุณใช้กัญชาหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 4
3a	คุณเคยมีความอยากหรือความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะใช้กัญชาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cannabis score: _ [0-3]
3b	เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้กัญชาของคุณหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cut-off = 2
4	คุณใช้ยากระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า/ยาอี/ไอซ์/หรือโคเคนหรือยากระตุ้นประสาทอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้ หรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 5
4a	คุณใช้ยานี้อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือบ่อยกว่านั้น หรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Stimulant score: _ [0-3]
4b	เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ยาบ้า/ยาอี/ไอซ์ของคุณหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cut-off = 2
5	คุณใช้ยาล่อมประสาท/นอนหลับโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้หรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 6
5a	คุณเคยมีความอยากหรือความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะใช้ยาล่อมประสาท/ยานอนหลับอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Sedative score: _ [0-3]
5b	เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ยาล่อมประสาท/ยานอนหลับของคุณหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cut-off = 2
6	คุณใช้สารกลุ่มฝิ่น เช่น ฝิ่น/เฮโรอีน/ผงขาวโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งให้หรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	>ไม่, ข้ามไปข้อ 7
6a	คุณเคยพยายามที่จะควบคุม ลด หรือหยุดใช้ แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Opioid score: _ [0-3]
6b	เคยมีใครแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ฝิ่น/เฮโรอีน/ผงขาวของคุณหรือไม่	ใช่ [1]	ไม่ [0]	Cut-off = 2
7	คุณใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ หรือไม่คุณใช้สารอะไร _____			ไม่ต้องให้คะแนน แต่ให้ประเมินต่อ

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)



- ผู้พัฒนาคนแรก คือ Kroenke et al. 2001
- ผู้แปลเป็นไทย มี 2 คน คือ นพ.มานพ หล่อตระกูล และคณะ 2008, นพ.ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2018

แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด (ASSIST-LITE)



- ผู้พัฒนาคือ Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I, Marsden J. 2013 เป็น ASSIST ฉบับย่อมาก เหลือเพียง 2-4 คำถามสำหรับสารเสพติดแต่ละชนิด ทำให้สามารถใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดทุกชนิดได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ยังคงความไวและความแม่นยำใกล้เคียงกับ ASSIST ฉบับเต็ม

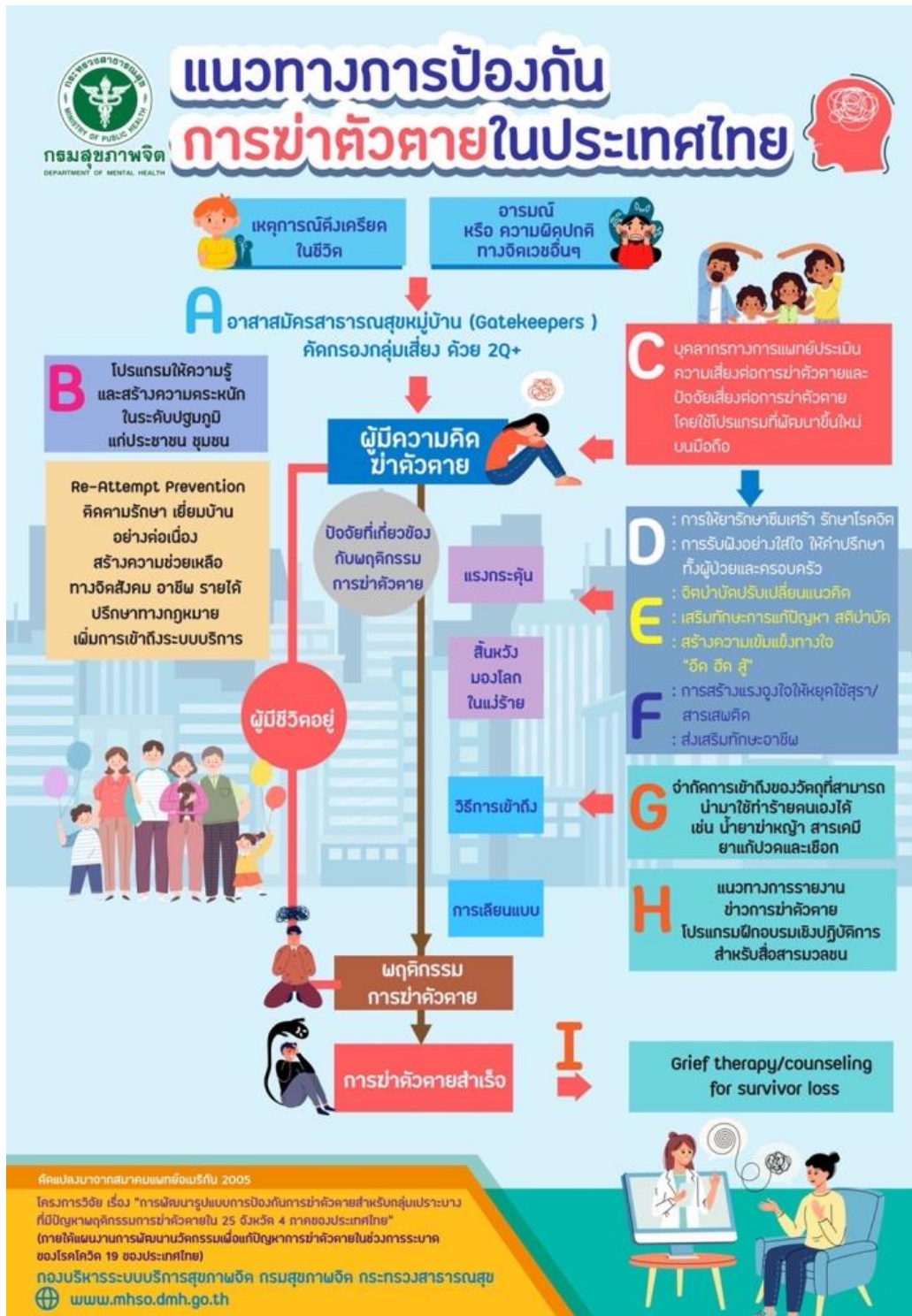
เอกสารอ้างอิง

นพพร ตันติรังสี. การใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิต.แบบประเมิน 2Q plus.

สาวิตรี อัมมางค์กรชัย และนพพร ตันติรังสี.แบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย.
พฤษภาคม 2557

3. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เมื่อทีมผู้วิจัยได้นำ แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย Suicidal Care Workflow มาพัฒนาปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำมาสู่แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ซึ่งถูกพัฒนาและปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง จนกระทั่งตกผลึกเป็นโมเดล ที่เรียกว่า “แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” ที่นำไปขยายผลใน 21 จังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของประเทศไทยต่อไป



- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อองค์กร หรือหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (โปรดให้คำอธิบายพร้อมแนบเอกสาร/ภาพประกอบ)

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

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

ทั้งนี้การติดตามผลการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรตาม Core intervention package สำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าบุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมทั้งสิ้น 825 คน ของ 25 จังหวัด (359 อำเภอเป้าหมาย) โดยมีการวัดผลของการฝึกอบรม ดังนี้

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

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

มติวิชาการ หมายถึง การมีเอกสารแสดงถึงการอ้างอิง (Citations) บทความวิจัย ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งมี Peer-review (โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานอ้างอิง)

.....
.....

☐ **มติเชิงสังคม/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).....

☐ **มติพาณิชย์** 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)
บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่เป้าหมาย ทุกระดับ

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวิจัย (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

- ☒ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค
- ☐ มีปัญหาและอุปสรรค (โปรดระบุสาเหตุ)

.....
.....

2.5 ผลกระทบจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (งานวิจัยที่แล้วเสร็จ)

- ☒ ไม่มีผลกระทบ
- ☐ มีผลกระทบ (โปรดระบุสาเหตุ)

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง

หัวหน้าโครงการวิจัย

ส่วนประกอบตอนท้าย

1. หัวหน้าโครงการ

ชื่อ - สกุล นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ: สถานที่ติดต่อ:กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ โทร 02 590 8007 ต่อ 55007
มือถือ 089 666 7553 E-mail: burinsura@hotmail.com

2. ปรีกษาโครงการวิจัย

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร
อดีตรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 8014 และ 08 1881 8918
โทรสาร 0 2149 5512 E-mail: samais2001@yahoo.com

3. ผู้ร่วมงานวิจัย

- 1) ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ: หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
โทรศัพท์และโทรสาร: 66-43-363667
E-mail: suwaru@kku.ac.th
- 2) นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
สถานที่ติดต่อ: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์: 045-352501 โทรสาร: 045-352513
E-mail: pat_ukn@yahoo.com

- 3) **นายแพทย์ณสมพล หาญดี** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 169 ถนนชาตะผดุง
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
โทรศัพท์ 043-209999
E-mail: nasamapon@gmail.com
- 4) **รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สถานที่ติดต่อ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002
โทรศัพท์ 043-202407 ต่อ 138 โทรสาร 043-348301 โทรศัพท์: 081-8719615
E-mail: somrun@kku.ac.th
- 5) **นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนธิ** ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพฯ 10600
โทรศัพท์: 086 857 858336 E-mail: patanon.k@gmail.com
- 6) **รศ.นพ.พิชัย อิกฐสกุล** สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
สถานที่ติดต่อ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 081 721 2292 E-mail: pichai118@gmail.com
- 7) **นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สถานที่ติดต่อ: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
88/20 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทร: 02-5908537 โทรสาร: 02-1495539
Mobile phone: 0819181208 E-mail: drterd@yahoo.com
- 8) **ผศ.(พิเศษ) นพ.ปรการ ฅมยางกูร** ที่ปรึกษากรมการแพทย์
สถานที่ติดต่อ: สำนักงานที่ปรึกษา กองวิชาการทางแพทย์ กรมการแพทย์
88/23 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-6224 E-mail: karn249@hotmail.com
- 9) **นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ** โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์และโทรสาร: 043-209999 ต่อ 63142
E-mail: neeyaweche@gmail.com

- 10) นางสาวพิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จ.ขอนแก่น 40000 โทรศัพท์และโทรสาร: 043-209999 ต่อ 63142
E-mail: pimnidak@gmail.com
- 11) นางสาวนุจรินทร์ บัวละคร โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จ.ขอนแก่น 40000 E-mail: fangtonkoaw@gmail.com
- 12) นายสุริยา ศิริสุข โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
สถานที่ติดต่อ: หอผู้ป่วยหนักจิตเวชชายชังโค กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
โทรศัพท์และโทรสาร 043209999 ต่อ 63401, 63402
E-mail suriyasirisuk@gmail.com
- 13) นางจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
สถานที่ติดต่อ: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์และโทรสาร 081-8775751 E-mail: virgojinny12@gmail.com
- 14) ดร.สุพัตรา สุขาวท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
สถานที่ติดต่อ: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์: 045-352501 โทรสาร: 045-352513
E-mail: s_sukawa@yahoo.com
- 15) นางธิดา จุลินทร กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
สถานที่ติดต่อ: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต เลขที่ 88/20 หมู่ 4 ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000
โทรศัพท์และโทรสาร 081-9533484 E-mail: thida24t@gmail.com