

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565

วันรับ : 25 มกราคม 2566

วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2566

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2566

สมัย ศิริทองถาวร, พ.บ.¹, สรรกมล กรนุ้ม, พร.ด.², ศุภเสก วิโรจนาภา, พ.บ.²,

เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, พร.ด.³, สุวิมล อินทร์เชื้อ, วท.ม.⁴,

เพชรลดา บริหาร, พร.ด.⁵, เทอดศักดิ์ เดชคง, พ.บ.²

กรมสุขภาพจิต¹, สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต²,

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³, สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต⁴,

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น⁵

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2565

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมวิธีแบบลู่เข้า ใน 4 เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำกว่าเกณฑ์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกันแบ่งเป็น 2 ระยะ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้รับบริการ 463 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ บุคลากรในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้มารับบริการ และญาติหรือผู้ดูแลหลัก 287 คน ประเมินตามกรอบแนวคิด CIPP model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ผล : เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบว่าในปี พ.ศ. 2564 - 2565 รูปแบบและสาเหตุการฆ่าตัวตายมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม แนวโน้มของผู้ฆ่าตัวตายอายุน้อยลง มีการพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยงานบริการ และการขับเคลื่อนงานโดยใช้รูปแบบการดึงเครือข่ายในชุมชนและผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงมาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลร่วมกัน หลังการดำเนินงานพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายมากขึ้นและมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง อุปสรรคการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและข้อจำกัดด้านความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในพื้นที่

สรุป : การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและมีนโยบายเฉพาะเจาะจงที่มุ่งเน้นการทำงานกับเครือข่ายร่วมกับการพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังต้องการการพัฒนาด้านบุคลากรและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อยกระดับการดำเนินงานในระดับชาติ

คำสำคัญ : การป้องกัน, ฆ่าตัวตาย, ประเมินผล, ยุทธศาสตร์

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สรรกมล กรนุ้ม; e-mail: sankamon.sw@gmail.com

Original articles

Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 - 2022

Received : 25 January 2023

Revised : 20 March 2023

Accepted : 21 March 2023

Samai Sirithongthaworn, M.D.¹, Sankamon Gornnum, Ph.D.²,Supasaek Virojanapa, M.D.², Penkarn Kanjanarat, Ph.D.³,Suwimon Inchuea, M.S.⁴, Phetlada Borriharn, Ph.D.⁵, Terdsak Dechkong, M.D.²Department of Mental Health¹,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health²,Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University³,Bureau of Mental Health Literacy, Department of Mental Health⁴,Faculty of Allied Health Sciences, Northern College⁵

Abstract

Objective: To study and evaluate the operational model of suicide prevention under the national strategy 2017 - 2022.

Methods: A mixed method research with the convergent design was employed in four health regions with high and low suicide rates. Quantitative and qualitative data were concurrently collected, divided into two phases, by using questionnaires on clients and caregivers (n = 463) and in-depth or focus group interviews with five groups of key informants (n = 287), including executives in government agencies, the staff within and outside the Ministry of Public Health, clients, and caregivers. Assessment was based on the CIPP model, including context, input, process, and product.

Results: Compared to the years 2017 - 2020, it was found that in the years 2021 - 2022, the patterns and causes of suicide had changed. Suicide attempts were more frequent among the younger age groups. The crucial development in suicide prevention consisted of consecutively encouraging the body of knowledge, developing technology-assisted services, and using a participation approach by appealing to community networks and persons close to the risk group for shared responsibility. After the implementation, it was found that clients were more satisfied with the suicide prevention services and the rate of suicide reattempts in clients declined. Major operational obstacles were reported, including a shortage of personnel and limitations on the accuracy and completeness of local data.

Conclusion: The suicide prevention operation during 2021 - 2022 is consistent with the national strategy, which emphasizes collaboration with networks and effective service delivery. However, personnel and information technology developments are still needed to enhance national operations.

Keywords: evaluation, prevention, strategy, suicide

Corresponding author: Sankamon Gornnum; e-mail: sankamon.sw@gmail.com

ความรู้เดิม : การป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นการทำงานเชิงตั้งรับในสถานพยาบาล ให้บริการกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลคล้ายผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีการแบ่งแยกสัดส่วนหรือพื้นที่ส่วนตัว และเครือข่าย อสม. ยังมีจำนวนน้อยและสามารถคัดกรองและให้คำปรึกษาได้เพียงเบื้องต้น

ความรู้ใหม่ : แผนยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2564 - 2565 กำหนดให้ลดอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเหลือ 8 ต่อแสนประชากร ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนงานในปัจจุบัน โดยมีการพัฒนากระบวนการทำงานใน 4 มิติ ได้แก่ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข การสร้างระบบการให้บริการที่มีมาตรฐาน การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ตั้งผู้ใกล้ชิดมาเป็นผู้เฝ้าระวัง โดยเพิ่มความรู้และเพิ่มทักษะดูแลและให้คำปรึกษา และการพัฒนาฐานข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการศึกษาสะท้อนการพัฒนาการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติรวมถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของการดำเนินงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการปรับกลยุทธ์และกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการฆ่าตัวตายที่เปลี่ยนไป

บทนำ

อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6.32 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคน¹ การสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงเกือบ 5 เท่า (12.29 และ 2.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)² การศึกษาสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันตามภูมิภาค เพศ และช่วงวัย ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 30 - 39 ปี³ อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยต่ำกว่าภูมิภาคส่วนใหญ่ทั่วโลก เช่น ภูมิภาคแอฟริกา (11.2 ต่อประชากรแสนคน) ภูมิภาคยุโรป (10.5 ต่อประชากรแสนคน)

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (9.0 ต่อประชากรแสนคน) ยกเว้นภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (6.4 ต่อประชากรแสนคน)⁴ อย่างไรก็ตาม มีการคาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อาจส่งผลกระทบต่อให้มีการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.45 ต่อประชากรแสนคน⁵ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเหมือนกันทั่วโลก ดังเช่นการรายงานของประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่ามีการฆ่าตัวตายเข้ารับบริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 20 ในขณะที่การสำรวจของประเทศไต้หวันพบว่าประชากรมีความเสี่ยงและอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน⁵

การป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้รับความสำคัญและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 กรมสุขภาพจิตได้มอบให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายของพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบใน 7 จังหวัด นับเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมายังมุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายบุคลากรในระบบสาธารณสุข ด้านการเข้าถึงบริการและบำบัดรักษาในรูปแบบคลินิก แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและครอบครัวในการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน อีกทั้งยังขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งภาคบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมียุทธศาสตร์หลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคมและ

สุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงเสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม 2) พัฒนาระบบคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความรุนแรงและครอบคลุมทุกมิติ 3) พัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน และ 4) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมที่สนับสนุนการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย⁶ โดยมีหลายโครงการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามยุทธศาสตร์เหล่านี้ เช่น วัคซีนใจในชุมชนที่ใช้หลักการ 4 สร้าง (สร้างความปลอดภัย ความสงบ ความหวัง ความเข้าใจ และการให้ออกาส) และ 2 ใช้ (ใช้ศักยภาพและเครือข่ายชุมชน) ในการสร้างความเข้มแข็งทางใจระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน การพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบ mobile application สำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าเพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (mobile application for suicidality and risk assessment: SRA) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับองค์กรต่าง ๆ เช่น ความร่วมมือกับกระทรวงแรงงานเพื่อช่วยกลุ่มคนตกงานจากวิกฤตโควิด 19 และสถาบันการศึกษาเพื่อยกระดับระบบการช่วยเหลือในกลุ่มนักเรียน

การศึกษาค้นครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ โดยอาศัยกรอบแนวคิด CIPP model รวมถึงวิเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อนำมาสู่การวางแผนนโยบายต่อไป

วิธีการ

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบลู่เข้า (convergent design)⁷ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกันและมีคำถามวิจัยเดียวกันเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ขยายความและอธิบายร่วมกัน การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี

(case study) การวิจัยเชิงปริมาณใช้รูปแบบการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นและการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิจากเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง ใช้กรอบการประเมินผลยุทธศาสตร์ตามกรอบแนวคิด CIPP model ประกอบด้วยการวิเคราะห์บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (product) โดยประเมินจากโครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 014/2564 วันที่ 28 มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้รับบริการและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้มารับบริการ จาก 4 เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและต่ำสุดอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 และ 6 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 8 ต่อประชากรแสนคน และเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่า 6 ต่อประชากรแสนคน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multi-stage sampling) โดยเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพทั้ง 4 เขต และเลือกโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่มีความสมัครใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) จากรายชื่อผู้รับบริการที่แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติดในหน่วยบริการระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ สัญชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมารับบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดเพื่อติดตามอาการในวันที่เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่สุ่มได้ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย และมาพร้อมผู้รับบริการในวันที่เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลระดับอำเภอที่สุ่มได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากการมีประสบการณ์โดยตรง เพื่อเป็นตัวแทนจาก 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพ 1 และ 6 เป็นเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 เป็นเขตพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีบทบาทในการบริหารองค์กร และมีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมีรายงานหรือเอกสารประกาศนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

2) บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพอื่น ๆ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีประสบการณ์ดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำงานอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี รับรู้การประกาศนโยบายฯ ในพื้นที่ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

3) บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักแรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมระดับหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักบวชหมอพื้นบ้าน และครู) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำเกี่ยวกับการให้บริการหรือช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ในหน่วยงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี รับรู้การประกาศนโยบายฯ ในพื้นที่ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

4) ผู้รับบริการในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มารับบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล ณ วันที่เก็บข้อมูลสัญชาติไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

5) ญาติและผู้ดูแลหลักของผู้รับบริการฯ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ร่วมขยายคาเดียนกับกลุ่มที่ 4 มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือหรือเป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมทางกฎหมาย อายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย 13 คนที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ก่อนการเก็บข้อมูลทีมวิจัยได้ทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในประเด็นข้อคำถาม การดำเนินงาน และวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลในพื้นที่แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เป็นการประเมินประเด็นยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 และระยะที่ 2 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เป็นการประเมินประเด็นยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2565 รูปแบบการเก็บข้อมูลมีทั้งการลงพื้นที่และผ่านระบบออนไลน์ในพื้นที่ที่กำลังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก่อนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างทีมวิจัยได้ประสานผู้ว่าราชการจังหวัด ศูนย์สุขภาพจิต และโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ให้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มที่ 4 และ 5 อาจเป็นคนเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้หากมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของการวิจัยทั้งสองส่วน

เครื่องมือ

1) แบบประเมินตามกรอบ CIPP model ใน 4 ประเด็น ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เป็นแบบสอบถามแบบ online มีข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (จาก 1 = น้อยที่สุด จนถึง 5 = มากที่สุด) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสื่อสารมวลชน 1 คนและด้านการวิจัยเชิงปริมาณ 2 คน และการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80

2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรม Zoom online แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คนและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน ประเด็นคำถามมีโครงสร้างตามกรอบแนวคิด CIPP model ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมงในต่อครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างสองกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการคืนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ยืนยัน (member check) และลงนามในเอกสาร ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการเทียบเคียงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และข้อคิดเห็นของนักวิชาการ

ผล

กลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 มี 236 คน ระยะที่ 2 มี 227 คน ส่วนใหญ่ได้รับระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน และมีสถานภาพสมรส ดังตารางที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 287 คน โดยในระยะที่ 1 มี 144 คน แบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 28 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก 116 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 8 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 คน ผู้รับบริการ 42 คนและญาติผู้รับบริการ 42 คน ในระยะที่ 2 มี 143 คน แบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 30 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก 113 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ 8 คน บุคลากรสาธารณสุข 12 คน

กลุ่มนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 คน ผู้รับบริการ 41 คน และญาติผู้รับบริการ 40 คน

การประเมินผลตาม CIPP model

1) บริบท (context) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านบริบท ประเมินเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ ทั้งยุทธศาสตร์ช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 โดยผู้ตอบแบบสอบถามรับทราบเกี่ยวกับการบริการและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระยการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับมาก ในขณะที่การรับทราบสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนอยู่ในระดับปานกลางในทั้งสองระยะ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 การถ่ายทอดเชิงยุทธศาสตร์ชาติจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติขาดการส่งต่อแผนงานจากหน่วยงานต้นสังกัด ทำให้การทำงานในพื้นที่ต้องใช้การปรับแผนงานของตนเองเพื่อให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเริ่มปรับแผนงานโดยดึงความร่วมมือและบูรณาการกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และโรงเรียนเพิ่มมากขึ้น การวิเคราะห์บริบทของสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูงมักเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ ไม่เคยมีประวัติการรักษาหรือการประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพ และผู้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ในขณะที่พื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิต มีความเครียดสูง และมีโรคจิตเวช กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายส่วนมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน แต่มีแนวโน้มอายุต่ำลงอย่างต่อเนื่อง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่พบว่า มีเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ได้พยายามฆ่าตัวตาย และพบกลุ่มเสี่ยงที่ปรากฏชัดเจนขึ้นในช่วงยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 ได้แก่ กลุ่มเปราะบางทางสังคมที่

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

	ปัญหาศาสตร์			
	พ.ศ. 2560 - 2563 (n = 236)		พ.ศ. 2564 - 2565 (n = 227)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ประถม	67	28.4	60	26.4
มัธยม/ปวช.	92	39.0	94	41.4
ปริญญาตรี/ปวส.	63	26.7	55	24.2
สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.1	3	2.2
อาชีพ				
รับจ้าง	95	40.2	69	30.4
ว่างงาน	55	23.3	31	22.8
ค้าขาย	23	9.8	14	10.3
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	120	50.8	115	50.6
5,000 - 10,000 บาท	63	26.7	55	24.2
มากกว่า 10,000 บาท	53	22.5	55	24.2
สถานภาพ				
โสด	83	35.2	77	33.9
สมรส	122	51.7	114	50.2
หย่าร้าง	12	5.1	16	7.0
ภูมิภาค				
ตะวันออกเฉียงเหนือ	49	20.8	48	21.1
เหนือ	48	20.4	24	10.5
กลาง	34	14.8	68	29.9
ใต้	44	18.6	46	20.2

หมายเหตุ : ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างรวมกันไม่เท่ากับ 100 เนื่องจากมีข้อมูลบางส่วนขาดหาย

ประสบปัญหาจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ข้าราชการ และครู เป็นกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การผูกคอตาย รองลงมา ได้แก่ การกระโดดน้ำและการยิงตัวตาย

2) ปัจจัยนำเข้า (input) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเมินความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราฆ่าตัวตาย

สูงและต่ำ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ในขณะที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแลในด้านการได้รับบริการที่นำเครื่องมือ สื่อ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วยในการดูแลสุขภาพจิตกับประชาชน ($p = .021$) โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.2)

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ปัจจัยนำเข้าที่ประสบปัญหามากที่สุด

คือ อัตราากำลังบุคลากรยังคงขาดแคลน โดยเฉพาะจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มีการขาดการกระจายจิตแพทย์ไปยังหน่วยต่าง ๆ และบุคลากรประสบภาวะหมดไฟมากขึ้น ในขณะที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 บุคลากรสาธารณสุขมีอัตราลาออกสูงขึ้น ยิ่งทำให้ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรมากขึ้น มีหลายโครงการที่พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการเสริมพลังใจควบคู่กับการให้แรงจูงใจกับเจ้าหน้าที่เพื่อลดอัตราการลาออก พบว่าปัจจัยนำเข้าที่ช่วยส่งเสริมยุทธศาสตร์ชาติทั้งสองช่วงเวลา คือ การส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับบุคลากรในสังกัดสาธารณสุขและนอกสังกัดอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงกลุ่มเสี่ยงที่มีความหลากหลาย มีการใช้สื่อที่ทันสมัยและมีหลากหลายภาษา มีระดับของการสื่อสารที่สอดคล้องกับประชากรแต่ละกลุ่ม และมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับบุคลากรอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามงบประมาณสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงไม่เพียงพอในทั้งสองช่วง โดยงบประมาณส่วนใหญ่มาจากสองส่วน ได้แก่ งบประมาณที่ส่งมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยตรง และงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น กองทุนหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยระยะหลังมีการบูรณาการงบประมาณเพิ่มขึ้น ในด้านสถานที่พบว่าช่วงยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 พื้นที่การให้บริการส่วนใหญ่ยังขาดการแบ่งแยกอย่างเป็นสัดส่วน ไม่มีความเป็นส่วนตัวในการให้บริการ แต่ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการแยกสัดส่วนการให้บริการกับผู้รับบริการได้มากขึ้น โดยเน้นการให้บริการแบบ one stop service

3) กระบวนการ (process) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านกระบวนการ ประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการคัดกรอง ชักประวัติ การเผยแพร่ความรู้ และการแก้ไขปัญหาในช่วงการ

แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้รับบริการและผู้ดูแลในความพึงพอใจด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ($p < .001$)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการในด้านการให้บริการ การพัฒนาบุคลากร และความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษา การสังเกตสัญญาณเตือน และการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งได้นำความรู้ไปอบรมประชาชนพร้อมกับจัดการอบรมเพิ่มพลังจิตใจมากขึ้น ในระยะนี้ได้เริ่มตั้งผู้นำด้านจิตใจและผู้นำศาสนา เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงเรียนและชุมชน ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการตั้งภาคชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำจิตวิญญาณ ชุมชนต่าง ๆ อสม. และครอบครัวกลุ่มเสี่ยงเข้ามาร่วมกระบวนการมากขึ้น

4) ผลลัพธ์ (product) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวมในด้านผลลัพธ์ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการและการนำไปใช้ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2560 - 2563 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่พึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการได้รับการบริการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีขั้นตอนการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน และมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำการวิเคราะห์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้รับบริการและผู้ดูแลในความพึงพอใจด้านการให้บริการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน ($p = .013$) การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง ($p = .023$) และผู้รับบริการสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ($p = .024$)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลของการดำเนินการ และข้อจำกัดของการให้บริการ พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ปี พ.ศ. 2560 - 2563 ยังพบอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การให้บริการด้วยเทคโนโลยียังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณและไม่มีเครื่องมือสื่อสาร กลุ่มชายขอบมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน การนำส่งยาและเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น และบริการ การป้องกันการฆ่าตัวตายยังขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ การทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบว่า มีการรายงานกลับมาในเรื่องการลดการทำร้ายร่างกายตัวเอง มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการได้รับการยกระดับคุณภาพ ชีวิตมากขึ้น โดยผู้รับบริการได้สะท้อนว่ามีความรู้สึกดีขึ้น การทำร้ายตนเองน้อยลงเพราะคิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับ คนรอบข้างมากขึ้น ครอบครัวได้สะท้อนว่ามีการดูแลกลุ่มเสี่ยง มากขึ้นเนื่องจากมีความรู้ด้านการสังเกตและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ในการฆ่าตัวตาย ทำให้มีอัตราการกลับมาฆ่าตัวตายลดลง

วิจารณ์

การพัฒนางานด้านการป้องกันและแก้ปัญหาการ ฆ่าตัวตายระดับชาติ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ มีการปรับปรุง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่การสร้างต้นแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมศักยภาพให้กับบุคลากรและ เครือข่าย การสร้างข้อมูลและองค์ความรู้ร่วมกับการจัดทำ ฐานข้อมูลการฆ่าตัวตาย และการขยายเครือข่ายเพื่อเพิ่ม การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันจากทุกภาคส่วน ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติปี พ.ศ. 2564 - 2565 มีการพัฒนาแผนงานที่สำคัญเพื่อการป้องกัน การฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงและครอบคลุม ประชากรทุกกลุ่มมากขึ้น ดังนี้

1) การบูรณาการงานร่วมกันกับเครือข่ายภายนอก กระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์เข้าร่วมช่วยเหลือดูแลด้านคุณภาพ ชีวิตควบคู่กับสุขภาพจิต และสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เข้าร่วมร่วมดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยง

แม้การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าเจ้าหน้าที่และบุคลากร สาธารณสุขมีภาวะหมดไฟและมีอัตราการลาออกสูงขึ้น แต่ยังมี การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องกับเครือข่าย เช่น ชุมชน วัด และ โรงเรียน เช่น การสร้างครูจิตดีหรือครูที่ทำหน้าที่ดูแลให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตกับนักเรียน และบุคลากรสาธารณสุข ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและเครือข่ายให้มีความสามารถและเท่าทันต่อ สถานการณ์อยู่เสมอ

2) การสร้างระบบการให้บริการที่มีมาตรฐาน พบว่า แบบประเมินกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ผ่านมายังมีช่องว่าง เรื่องความครอบคลุมต่อกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและ ผู้ให้บริการยังไม่มีความมั่นใจในการนำโปรแกรมมาใช้ในการ พิจารณาผู้รับบริการ จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินแบบ 2Q plus ร่วมกับชุดโปรแกรมที่ครอบคลุมการดูแล รักษา และฟื้นฟู สภาพจิตใจ รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ให้บริการ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ซึ่งเป็นการพัฒนาทั้ง เครื่องมือการประเมินและพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมร่วมกับการ พัฒนาทักษะให้กับผู้ให้บริการ โดยปัจจุบันการพัฒนา ยังอยู่ระหว่างการประยุกต์ใช้จริงในพื้นที่และเก็บข้อมูลเพื่อ ประเมินผล

3) การทำงานเชิงรุกในชุมชน มีการทำงานร่วมกับ ครอบครัวเข้ามาเป็นผู้ช่วยดูแลและการมีส่วนร่วมจากพื้นที่ ในการเป็นผู้ค้นหากลุ่มเสี่ยงด้านหน้าและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ทำให้การค้นหาพบกลุ่มเสี่ยงทำได้เร็วและสามารถเข้าช่วยเหลือ ก่อนลงมือฆ่าตัวตายสำเร็จได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เห็นได้จาก ผลการสำรวจในผู้รับบริการและผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีความ พึงพอใจในระดับมากต่อการมีความรู้ความสามารถของ เจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำและการจัดบริการดูแล สุขภาพจิตที่เหมาะสม และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงและผู้รับบริการเห็นคุณค่าใน ตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการรักษา ในทางกลับกันผู้ที่มี ประวัติการเข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเห็นคุณค่าในตัวเอง สูงขึ้นและมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงต่ำลงหลังเข้ารับบริการ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายตามกรอบ CIPP model ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565

ข้อคำถาม	พ.ศ. 2560 - 2563 (n = 236)												พ.ศ. 2564-2565 (n = 227)											
	จำนวน (ร้อยละ)												จำนวน (ร้อยละ)											
	ผู้รับบริการ						ผู้ดูแล						ผู้รับบริการ						ผู้ดูแล					
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	p-value	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	p-value	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	p-value	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	p-value
ด้านบริบท (ความรู้ความเข้าใจต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย)																								
1. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับ บริการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน	16 (11.2)	41 (28.7)	41 (28.7)	21 (14.7)	24 (16.7)	.438	16 (11.7)	41 (30.2)	34 (25.0)	25 (18.4)	20 (14.7)	.955	16 (11.7)	41 (31.9)	22 (24.2)	14 (15.4)	20 (17.6)	.955	16 (11.7)	41 (31.9)	22 (24.2)	14 (15.4)	20 (17.6)	.955
2. มีการแจ้งมาตรการการป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายจากการติดเชื้อมีไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน	19 (13.3)	46 (32.1)	31 (21.7)	32 (22.4)	15 (10.5)	.568	22 (16.2)	40 (29.4)	33 (24.3)	27 (19.8)	14 (10.3)	.706	22 (16.2)	40 (27.4)	18 (19.8)	15 (16.5)	14 (12.1)	.706	22 (16.2)	40 (27.4)	18 (19.8)	15 (16.5)	14 (12.1)	.706
3. ได้รับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา การฆ่าตัวตายในชุมชน	13 (9.1)	36 (25.1)	42 (29.4)	28 (19.6)	24 (16.8)	.376	10 (7.3)	33 (24.3)	42 (30.9)	30 (22.1)	21 (15.4)	.641	10 (7.3)	33 (24.3)	26 (28.5)	22 (24.2)	12 (13.2)	.641	10 (7.3)	33 (24.3)	26 (28.5)	22 (24.2)	12 (13.2)	.641
ด้านปัจจัยนำเข้า (ความพึงพอใจต่อบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์)																								
4. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการใน ชุมชน	30 (21.0)	43 (30.0)	45 (31.5)	13 (9.1)	12 (8.4)	.889	22 (16.2)	48 (35.3)	33 (24.3)	21 (15.4)	12 (8.8)	.363	22 (16.2)	48 (37.4)	22 (24.2)	16 (17.6)	12 (13.2)	.363	22 (16.2)	48 (37.4)	22 (24.2)	16 (17.6)	12 (13.2)	.363
5. หน่วยงานที่ทำงานให้บริการมีการจัด สถานที่ที่เหมาะสม (มีจิตเป็นส่วนตัว)	56 (39.2)	51 (35.6)	28 (19.6)	6 (4.2)	2 (1.4)	.565	44 (32.4)	53 (39.0)	30 (22.0)	4 (2.9)	5 (3.7)	.363	44 (32.4)	53 (44.0)	23 (25.3)	3 (3.3)	6 (6.6)	.363	44 (32.4)	53 (44.0)	23 (25.3)	3 (3.3)	6 (6.6)	.363
6. หน่วยงานที่ทำงานให้บริการมีการนำ เครื่องมือ สื่อหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน เช่น Mental Health Check In app	35 (24.5)	40 (27.9)	42 (29.4)	16 (11.2)	10 (7.0)	.654	19 (14.0)	52 (38.2)	43 (31.6)	16 (11.8)	6 (4.4)	.021	19 (14.0)	52 (28.5)	30 (33.0)	8 (8.8)	16 (17.6)	.021	19 (14.0)	52 (28.5)	30 (33.0)	8 (8.8)	16 (17.6)	.021
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่)																								
7. การคัดกรอง จักประวัติข้อมูล ผู้รับบริการหรือผู้ดูแลด้วยระบบ โปรแกรมฯ ที่ทันสมัย	37 (25.9)	59 (41.2)	31 (21.7)	10 (7.0)	6 (4.2)	.931	34 (25.0)	64 (47.1)	29 (21.3)	6 (4.4)	3 (2.2)	.111	34 (25.0)	64 (45.0)	18 (19.8)	9 (9.9)	7 (7.7)	.111	34 (25.0)	64 (45.0)	18 (19.8)	9 (9.9)	7 (7.7)	.111

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายตามกรอบ CIPP model ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2563 และ พ.ศ. 2564 - 2565 (ต่อ)

พ.ศ. 2560 – 2563 (n = 236)										พ.ศ. 2564-2565 (n = 227)											
จำนวน (ร้อยละ)										จำนวน (ร้อยละ)											
ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล					ผู้รับบริการ					ผู้ดูแล						
มาก ที่สุด	มาก	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	p-value	มาก ที่สุด	มาก	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	p-value
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
ด้านกระบวนการ (ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่) (ต่อ)																					
8. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมต่อการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนอย่างทั่วถึง																					
33	40	36	23	11	16	35	26	10	6	.415	24	53	38	15	6	12	27	27	12	13	.076
(23.1)	(28.0)	(25.1)	(16.1)	(7.7)	(17.2)	(37.6)	(28.0)	(10.8)	(6.4)		(17.7)	(39.0)	(27.9)	(11.0)	(4.4)	(13.2)	(29.7)	(29.7)	(13.2)	(14.2)	
9. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม																					
57	56	24	4	2	33	45	12	1	2	.598	50	67	19	0	0	23	50	7	4	7	< .001
(39.9)	(39.2)	(16.8)	(2.8)	(1.4)	(35.5)	(48.4)	(12.9)	(1.1)	(2.1)		(36.8)	(49.2)	(14.0)	(0.0)	(0.0)	(25.3)	(54.9)	(7.7)	(4.4)	(7.7)	
10. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในช่วงการระบาดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (COVID-19) ตรงกับความต้องการของท่าน																					
38	63	29	4	9	22	42	23	4	2	.546	34	63	34	4	1	20	39	23	5	4	.361
(26.6)	(44.0)	(20.3)	(2.8)	(6.3)	(23.7)	(45.2)	(24.7)	(4.3)	(2.1)		(25.0)	(46.4)	(25.0)	(2.9)	(0.7)	(22.0)	(42.9)	(25.2)	(5.5)	(4.4)	
ด้านผลลัพธ์ (ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ)																					
11. ท่านได้รับการเกี่ยวกับการป้องกันตนเองด้วยอย่างรวดเร็ว																					
40	55	30	11	7	21	43	20	5	4	.759	31	66	29	8	2	15	43	21	5	7	.176
(28.0)	(38.4)	(21.0)	(7.7)	(4.9)	(22.6)	(46.2)	(21.5)	(5.4)	(4.3)		(22.8)	(48.5)	(21.3)	(5.9)	(1.5)	(16.5)	(47.2)	(23.1)	(5.5)	(7.7)	
12. ท่านได้รับการเกี่ยวกับการป้องกันตนเองด้วยขั้นตอนที่ชัดเจน																					
46	55	28	10	4	22	42	25	1	3	.093	35	56	37	7	1	13	38	26	6	8	.013
(32.2)	(38.4)	(19.6)	(7.0)	(2.8)	(23.6)	(45.2)	(26.9)	(1.1)	(3.2)		(25.7)	(41.2)	(27.2)	(5.2)	(0.7)	(14.3)	(41.7)	(28.6)	(6.6)	(8.8)	
13. การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังใจให้ผู้รับบริการมีความหวัง																					
60	53	23	3	4	36	36	16	2	3	.987	50	55	26	3	2	22	36	20	5	8	.023
(42.0)	(37.0)	(16.1)	(2.1)	(2.8)	(38.7)	(38.7)	(17.2)	(2.1)	(3.2)		(36.8)	(40.4)	(19.1)	(2.2)	(1.5)	(24.2)	(39.5)	(22.0)	(5.5)	(8.8)	
ด้านผลลัพธ์ (การนำไปใช้)																					
14. ท่านมีความคิดอยากมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับการบริการ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง																					
60	54	23	2	4	43	38	11	0	1	.641	48	63	22	3	0	27	41	16	4	3	.226
(42.0)	(37.7)	(16.1)	(1.4)	(2.8)	(46.2)	(40.9)	(11.8)	(0.0)	(1.1)		(35.3)	(46.3)	(16.2)	(2.2)	(0.0)	(29.7)	(45.0)	(17.6)	(4.4)	(3.3)	
15. ท่านสามารถนำความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย																					
58	59	20	3	3	42	40	10	0	1	.656	41	71	21	3	0	22	43	16	4	6	.024
(40.5)	(41.3)	(14.0)	(2.1)	(2.1)	(45.2)	(43.0)	(10.7)	(0.0)	(1.1)		(30.1)	(52.3)	(15.4)	(2.2)	(0.0)	(24.2)	(47.2)	(17.6)	(4.4)	(6.6)	

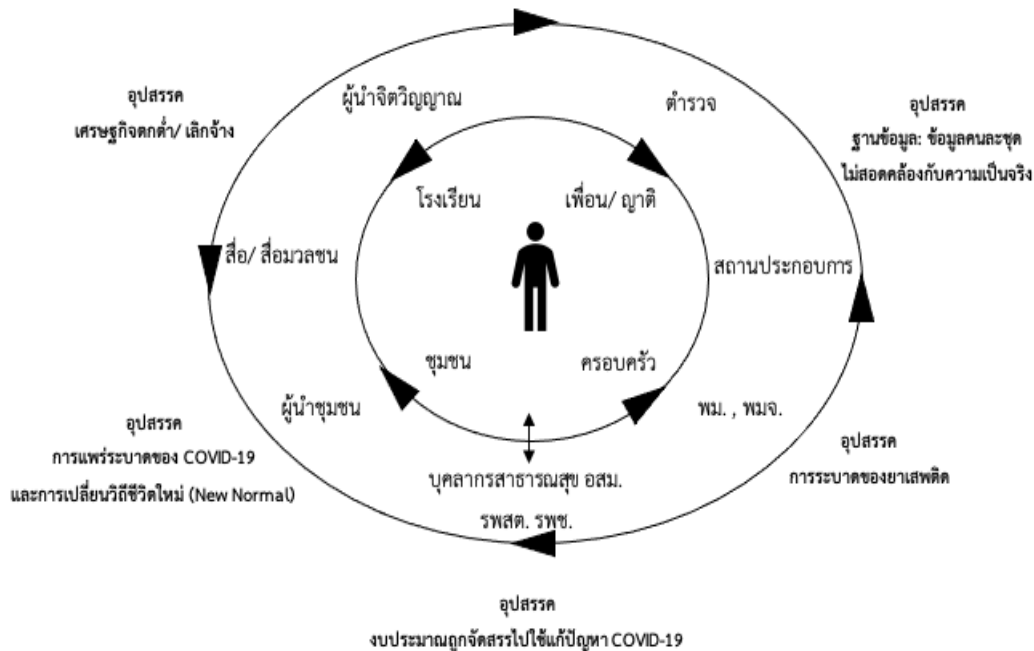
ดังนั้นการจัดให้มีบริการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นจะเป็นคำตอบที่ดีสำหรับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย^๑ นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานมีการทำงานเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาศาสนาการณภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาของมหาวิทยาลัยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ที่พบว่าผู้มีอัตราสูงถึงร้อยละ 23.3 ซึ่งสูงกว่าอัตราร้อยละ 4 ของประชากรไทยที่เข้าข่ายภาวะซึมเศร้าตามข้อมูลของ WHO^{๑-11} เนื่องจากความคาดหวังเรื่องการเรียนจากผู้ปกครอง ความกดดันหรือน้อยเนื้อต่ำใจจากความไม่เท่าเทียมด้านการศึกษา ปัญหาภายในครอบครัว การขาดทักษะการจัดการต่อปัญหาที่เผชิญ การถูกกลั่นแกล้งจากในโรงเรียน และความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าจากการใช้โซเชียล¹²⁻¹⁴

4) *การพัฒนาฐานข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร* โดยเฉพาะการพัฒนานวัตกรรม mobile application SRA ที่บูรณาการข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก 3 แหล่งข้อมูล ได้แก่ ทะเบียนมรณะบัตร รายงาน รง.506s และข้อมูลจากการสอบสวนโรค เพื่อประเมินและติดตามการฆ่าตัวตายและนำมาสู่การขึ้นสัญญาณเตือนมายังเจ้าหน้าที่ให้ออกไปช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ พร้อมกับแผนการพัฒนารฐานข้อมูลที่รวบรวมเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยง 32 ตัวแปรเพื่อใช้ในการให้บริการช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว โดยรูปแบบการนำเสนอจะเป็นการประมวลผลรายงาน (business intelligent) ทั้งรูปแบบข้อความและกราฟเพื่อสะท้อนภาพปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแบบทันที (real time) ซึ่งจะช่วยให้การตัดสินใจเชิงนโยบายทันต่อสถานการณ์และการกำหนดแผนงานและเฝ้าระวังมีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัจจุบันการพัฒนายังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลในภาพรวมของประเทศ

สำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ พบว่ามีรูปแบบการทำงานแบ่งตามระดับความใกล้ชิด โดยวงในครอบคลุมถึงบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนหรือญาติ และชุมชน ซึ่งเป็น

4 หน่วยสำคัญที่เป็นได้ทั้งต้นเหตุการฆ่าตัวตายและเป็นผู้ช่วยเหลือคลี่คลายปัญหา (แผนภาพที่ 1) พบว่าปัญหาคบครัวและสังคมเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในลำดับต้น ๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและการติดสุราสารเสพติด โดยเฉพาะสภาพครอบครัวและสังคมที่มีลักษณะแตกแยกหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว¹⁵ และการทะเลาะกับคนใกล้ชิดและความสัมพันธ์ในครอบครัวทางลบ¹⁶ ดังนั้นทั้ง 4 หน่วยวงด้านในจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ช่วยสนับสนุนด้านการให้ความรู้ การลดการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง การลดระยะเวลาของการเป็นโรค การป้องกันการฆ่าตัวตาย และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค¹⁷

เมื่อพิจารณาถึงการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า การดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่กำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ *ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย* มีโครงการดำเนินการด้วยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่มประชากร การให้ความรู้ผ่านสื่อที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การสร้างการมีส่วนร่วมแบบองค์รวม เช่น การฝึกกำลังภาครัฐระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงยุติธรรม และการยกระดับให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นศูนย์กลางที่มีมาตรฐานการให้บริการและทำงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้คำปรึกษา รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย *ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช* มีการดำเนินโครงการ เช่น การบูรณาการระบบสุขภาพจิตเข้ากับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการรักษาโรค การจัดบริเวณให้บริการสุขภาพจิตแบบ one stop service การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้วยการจัดหลักสูตรอบรม และการสร้างรูปแบบบริการบำบัดรักษาหลัก (core intervention package) สำหรับผู้ให้บริการ *ยุทธศาสตร์ที่ 3*



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

สร้างความตระหนักและความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีการดำเนินโครงการที่พัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย เช่น สายด่วน แอปพลิเคชัน Line และ Tiktok และการฝึกอบรมการบำบัดโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล มีการดำเนินการ เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่รวบรวมสถิติจากฐานข้อมูลต่าง ๆ มาบูรณาการข้อมูลเพื่อติดตามแนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีทั้งการกระจายนโยบายจากบนลงล่างและการปฏิบัติจากล่างสู่การพัฒนา ระบบในระดับบน คล้ายคลึงกับการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไต้หวัน ที่ได้นำกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายจากบนลงล่าง เช่น การนำความรู้ที่มีมาคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นและหาแผนรองรับ การพัฒนาศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายให้จัดเตรียมระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต และยังมีการพัฒนายุทธศาสตร์จากล่างขึ้นข้างบน เช่น การส่งเสริมสุขภาพจิตในหลากหลายสถานการณ์โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายโรงเรียนและสื่อมวลชน³

จากผลการศึกษา สามารถวิเคราะห์จุดแข็งและอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติตามยุทธศาสตร์ ดังนี้ จุดแข็งของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ ในการให้บริการกับผู้รับบริการได้ดี มีการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการนำเครื่องมือ สื่อ ที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการทำงาน ทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินคัดกรองได้รวดเร็วและสามารถขยายการประเมินไปยังกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ดังเห็นได้จากผลการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการได้อย่างเป็นขั้นตอน และยังพบว่าผู้รับบริการมีแนวโน้มการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขได้สะท้อนว่าการอบรมอย่างต่อเนื่องทำให้มีความรู้และข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำมาดูแลประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคของการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์หมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่สูงมากขึ้นทำให้บุคลากรขาดแคลน 2) สถิติการ

ฆ่าตัวตายในฐานะข้อมูลยังไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสอบสวนโรคและเกณฑ์การพิจารณาสาเหตุการฆ่าตัวตาย 3) ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด 4) อุปสรรคด้านงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอทั้งด้านการให้บริการและการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ 5) ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้มีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้น¹⁸ และ 6) สภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำลง ส่งผลให้มีอัตราการตกงานและหนี้สินเพิ่มขึ้น ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินการยังมีข้อจำกัดในการยกระดับการทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชาติ

สรุป

บริบทการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นการลดอัตราการฆ่าตัวตาย มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ด้านปัจจัยนำเข้ามีการส่งเสริมความรู้ให้กับบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสาธารณสุข มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการให้บริการและให้ความรู้ผ่านหลากหลายช่องทาง ด้านกระบวนการมีการทำงานขับเคลื่อนที่มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น การกำหนดบทบาทการทำงานของแต่ละภาคส่วน และการนำผู้รับผิดชอบในพื้นที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรงมาดูแลร่วมกันด้านผลลัพธ์พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้รับบริการลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ต้องมีการดำเนินการต่อไปในอนาคต ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การสร้างฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเป็นมาตรฐาน การพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก การสร้างเครื่องมือคัดกรองและตามติดจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันก่อนเกิดเหตุ และการเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ใกล้ชิดหรือประชาชนทั่วไปสามารถรับรู้สัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2564

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย แยกตามรายปี [Suicide Rate Report by year] [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=2
2. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากใบมรณบัตร ปี พ.ศ. 2564 [Summarize of successful suicides reports from death certificates 2021] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=25>
3. จรรย์รักษ์ มิ่งขวัญ, สุวรรณ โคะวินทวิวัฒน์, อรรถพล แซ่มสุวรรณ. สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2559 [The suicide situation and methods in relation to gender-age-region in Thailand in 2012 - 2016]. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(2): 90-107.
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. สำนักข่าวอิศรา. ส่องยุทธศาสตร์นานาชาติรับมือ “ฆ่าตัวตาย” พุ่งสูงยุคโควิด [Shining international strategies dealing with ‘suicide’ soaring in the COVID era] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/100316-isranews-health-2.html>
6. กรมสุขภาพจิต. ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ปี พ.ศ. 2564 - 2565 [National suicide prevention strategy year 2021-2022] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธ.ค. 2565]. จาก: <https://suicide.dmh.go.th/download/files/แผนยุทธศาเล็มขวางวันที่7.1.64.pdf>
7. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE publications; 2014.

8. สถิต วงศ์สุรประภิต, สมพร สันติประสิทธิ์กุล. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย [Situation of depression in pre-screened risk groups in muang district, Chiang Rai province]. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(3): 91-105.
9. หวนธน บุญลือ, ธีราพร สุภาพันธุ์, น้องเล็ก คุณวรดิศัย, สุทธาสินี สุวรรณกุล, อุไรวรรณ อกนิษฐ์, ทิภาดา สามสีทอง. การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [Depression risk screening among students at Ubon Ratchathani university]. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565;5(2):114-24.
10. World Health Organization. Depression let's talk online [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Dec 25]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf
11. อธิชาติ โรจนะหัสติน, จันทิมา อังคพณิกิจ. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย [Depression situation for Thai university students]. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี. 2565;15(1):61-87.
12. สุรัชย์ เฉนิยง, ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัฏ คล่องดี. การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม [Students and teachers' perception on cause and suicide prevention at secondary school in Nakhon Phanom province]. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1): 38-50.
13. อังคณา ศิริอำพันธ์กุล. ภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการใช้สื่อโซเชียล [Depression and social media behavior]. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2561;10(ฉบับพิเศษ):327-37.
14. van den Eijnden RJ, Meerkerk GJ, Vermulst AA, Spijkerman R, Engels RC. Online communication, compulsive internet use, and psychosocial well-being among adolescents: a longitudinal study. Dev Psychol. 2008;44(3):655-65. doi:10.1037/0012-1649.44.3.655.
15. กิตติวัฒน์ กันทะ, ช่อผกา แสนคำมา, ศศิธร กันทะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา [Factors related to suicide in Chun district Phayao province]. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2562;6(1):16-23.
16. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี [The rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaophayayommarat hospital Suphanburi province]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):90-103.
17. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO southeast Asia J Public Health. 2017;6(1):34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162.
18. ณัฐพล ปัญญา, สุพล การกล้า. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแจ้งเตือนออนไลน์บนมือถือร่วมกับการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวในบ้าน ตำบลขุหลุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี [The development of depression screening online notification form on mobile phone with home quarantine surveillance, Khulu-subdistrict, Trakarnpueatpon district, Ubonratchathani]. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(3):210-8.