

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาและประเมินผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย



รายงานฉบับสมบูรณ์
“โครงการพัฒนาและประเมินผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย”

ธีระ คิริสมุด
สุทธิษา สมณา
จอมขวัญ โยธาสมุทร
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
ยศ ธีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

สารบัญ

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| บทที่ 2 การพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย | 4 |
| บทที่ 3 วิธีการประเมินผลมาตรการ | 17 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย..... | 25 |
| บทที่ 5 อภิปราย ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัดของการศึกษา..... | 42 |
| เอกสารอ้างอิง..... | 46 |
| ภาคผนวก | 47 |

สารบัญตาราง

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย | 4 |
| ตารางที่ 2 ขั้นตอนกระบวนการ/วิธีการตามข้อตกลงการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และผลการดำเนินการ | 7 |
| ตารางที่ 3 รายงานการจัดกิจกรรมจากโรงพยาบาล 12 แห่ง | 12 |
| ตารางที่ 4 จำนวนพื้นที่ตัวอย่างในแต่ละจังหวัด..... | 19 |
| ตารางที่ 5 การกระจายกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ..... | 19 |
| ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชาชนและแกนนำชุมชน/อสม..... | 26 |
| ตารางที่ 7 การรู้จักสายด่วนสุขภาพจิต 1323 | 30 |
| ตารางที่ 8 ความรู้เกี่ยวกับบริการที่ให้ผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในกลุ่มผู้ที่รู้จักสายด่วนฯ..... | 31 |
| ตารางที่ 9 การปฏิบัติตัวและการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มประชาชน ทั่วไป และแกนนำชุมชน/อสม..... | 34 |
| ตารางที่ 10 การปฏิบัติของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. หากพบคนคิดฆ่าตัวตาย | 36 |
| ตารางที่ 11 ประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. ที่เคยคิดฆ่าตัวตาย..... | 36 |
| ตารางที่ 12 บทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชน/อสม. และการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวชและแนวทาง ป้องกันการฆ่าตัวตาย | 37 |
| ตารางที่ 13 กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนินการโดยแกนนำชุมชน/อสม..... | 38 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตารางที่ 14 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ปีงบประมาณ 2555 และ 2556 | 40 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

สารบัญรูป

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการประเมินผลมาตรการ..... | 17 |
| รูปที่ 2 แสดงการสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง | 21 |
| รูปที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายของกลุ่มประชาชนและแกนนำชุมชน/อสม..... | 29 |
| รูปที่ 4 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสายด่วนสุขภาพจิต 1323 | 30 |
| รูปที่ 5 ทศนคติและความเชื่อของกลุ่มประชาชนและแกนนำชุมชน/อสม. เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย | 33 |
| รูปที่ 6 ประโยชน์ของการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวชและแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย | 38 |
| รูปที่ 7 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรของจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ปีงบประมาณ 2544 – 2556 | 41 |

บทที่ 1 บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

1.1 ความเป็นมา

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย รายงานของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2552 ชี้ว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 ราย [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ (2546) ศึกษาความสูญเสียของผู้ป่วยที่พยายามและฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่งพบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า 37,793 บาทต่อราย [3] และจากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2548 การฆ่าตัวตายในประเทศไทยทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 16,000 ล้านบาท [4]

ในทางจิตเวชศาสตร์ การฆ่าตัวตายและเสียชีวิตแตกต่างจากการฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน พฤติกรรมทั้งสองประเภทจัดอยู่ในกลุ่ม “พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behaviour)” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง

- 1) การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึงการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
- 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึงผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self-harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่
- 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts, deliberate self-harm, parasuicides) นั้นพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต ในอัตราส่วนตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 (ค่าเฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 18:1) [12] นอกจากนั้นพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และเมื่อติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไปในระยะยาวพบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด

ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมักมีการสื่อสารหรือการแสดงออกที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้ หรือรำลา การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และการสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าและเครื่องประดับที่ดีที่สุด ซึ่งไม่ได้นำมาใช้ในชีวิตรประจำวัน เป็นต้น จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การฆ่าตัวตายนั้นมักจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากสื่อสารสัญญาณฆ่าตัวตายออกไป และแม้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นสัญญาณในลักษณะดังกล่าว แต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าเป็นสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย จึงมิได้ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด [11]

ในหลายประเทศ เช่น เยอรมนี [6] อังกฤษ [7] ออสเตรเลีย [8] และนิวซีแลนด์ [9] มีการดำเนินมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน ในสหรัฐอเมริกาเมืองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะที่ชื่อว่า American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) โดยการให้ความรู้และความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนสร้างความ

ตระหนักแก่สาธารณชนต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ “Suicide Shouldn't Be A Secret” โดยรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนไปยังกลุ่มเยาวชนในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย วิธีการปฏิบัติเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย และช่องทางในการให้การช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลเหล่านั้น

นอกจากนี้ ยังมีการวิจัยเพื่อพัฒนามาตรการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การศึกษาของ Jorm และคณะ [8] เกี่ยวกับผลกระทบของโครงการ Beyondblue ซึ่งเป็นโครงการรณรงค์เพื่อลดความเครียดผ่านรายการโทรทัศน์ วิทยูและสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการศึกษาพบว่า ในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงโครงการนี้ในระดับสูง ประชาชนจะตระหนักว่าตนเอง ครอบครัวยุติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนที่ใกล้ชิดพวกเขาอาจมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่าพื้นที่ที่มีการเข้าถึงโครงการอยู่ในระดับต่ำกว่า ในขณะที่ Sogaard และ Fonnebo [10] ประเมินผลของโครงการ the Norwegian Mental Health Campaign ในประเทศนอร์เวย์ ซึ่งรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจิตผ่านรายการโทรทัศน์ และพบว่าหลังจากดำเนินโครงการ กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 หาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น และร้อยละ 45 มีการพูดคุยเกี่ยวกับโครงการนี้กับผู้อื่น รวมทั้งพบว่าสัดส่วนของจำนวนผู้แนะนำบุคคลอื่นที่มีความผิดปกติทางจิตให้ไปพบผู้เชี่ยวชาญสูงขึ้น มีการให้ความสำคัญต่อประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น และประสบผลสำเร็จในการเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจและทัศนคติของประชาชน

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่ชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการสำคัญประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี [5] ในปีงบประมาณ 2551 มีการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและเพิ่มมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายกับประชาชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด โดยใช้สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือการ์ตูน และ VCD เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อยู่ในรูปภาพยนตร์สั้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีมาตรการสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตายรวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย

ในปี พ.ศ. 2553 กรมสุขภาพจิตได้ร่วมมือกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย [11] เพื่อทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งพบว่า (1) ประชาชน แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย (2) บุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งยังขาดทักษะในการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย และ (3) ประชาชนเข้าไม่ถึงระบบบริการ และไม่ทราบว่ามีการสายด่วนสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่ดำเนินการอยู่

การศึกษาดังกล่าวได้นำไปสู่การพัฒนามาตรการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนที่ดำเนินการในจังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 โดย 3 หน่วยงาน ได้แก่ 1) คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ 2) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ 3) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ มาตรการดังกล่าวประกอบด้วย (1) การให้ความรู้พื้นฐานและปรับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย วิธีดำเนินการหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีแก่ประชาชนทั่วไป ผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ วิทยุชุมชน เสียงตามสาย และป้ายโฆษณา (2) การให้ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แกนนำชุมชน และสนับสนุนเงินทุนในการจัดกิจกรรมเพื่อแนะนำการใช้คู่มือฯ และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ อสม. และแกนนำชุมชน และ (3) การพัฒนาระบบการให้บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต กับสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ให้เหมาะสมกับบริบทและเกิดการใช้ประโยชน์โดยผู้รับบริการ โครงการวิจัยที่นำเสนอในรายงานฉบับนี้ ประกอบด้วยการพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลมาตรการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่กล่าวข้างต้น

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ ที่ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1.2.1 เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้

- 1) มาตรการสื่อประชาสัมพันธ์
- 2) มาตรการพัฒนาระบบบริการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย ได้แก่ คู่มือแนวทางการดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ คู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน 1323

1.2.2 เพื่อประเมินมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในข้อ 1.2.1 โดย

- 1) การประเมินความรู้ ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาจิตเวชในประชาชนทั่วไป กลุ่มแกนนำชุมชน อสม. และผู้ให้บริการในพื้นที่ดำเนินการหลังดำเนินการมาตรการ 1 ปี
- 2) การวิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ดำเนินการหลังจากดำเนินการมาตรการ 1 ปี

บทที่ 2 การพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายครั้งนี้ นักวิจัยกำหนดพื้นที่ศึกษาโดยคัดเลือกจังหวัดที่มีสถิติอัตราการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 5 ปี สูงสุดในประเทศไทย และมีความพร้อมในการดำเนินโครงการวิจัย ซึ่งได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ทั้งนี้ นักวิจัยได้ศึกษาในอำเภอที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอพร้าว จอมทอง ดอยสะเก็ด ฝาง สันกำแพง สันทราย สันป่าตอง เวียงแหง หางดง และสารภี

จังหวัดลำพูน จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองลำพูน บ้านธิ บ้านโฮ้ง ป่าซาง ลี้ แม่ทา เวียงหนองล่อง และทุ่งหัวช้าง

2.1. การประชุมเตรียมการพัฒนามาตรการ

การพัฒนามาตรการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่เป้าหมาย โดยมีอาจารย์จากคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ รับผิดชอบการพัฒนาและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ สำหรับการพัฒนามาตรการด้านระบบบริการ ได้แก่ การพัฒนาคู่มือป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและสำหรับแกนนำชุมชน และ อสม. ได้รับความร่วมมือจากกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน โดยก่อนที่จะพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และพัฒนาระบบการให้บริการ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 นักวิจัยได้จัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้บริหาร นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องด้านสื่อ ผู้ผลิตสื่อ นักวิชาการ นักจัดรายการวิทยุ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชนและ อสม. เพื่อระดมความคิดเห็นและอภิปรายถึงแนวทางแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

| ขั้นตอน | มาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ | มาตรการพัฒนาระบบบริการ |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| มอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินงาน | อาจารย์ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่ | กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 จังหวัด |
| ทบทวนสถานการณ์หาแนวทางป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย | ประชุมระดมความคิดเห็น: นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องด้านสื่อ/ผู้ผลิตสื่อ/นักวิชาการ/นักจัดรายการวิทยุ/บุคลากรสาธารณสุข/แกนนำชุมชนและ อสม. | ประชุมระดมความคิดเห็น: ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย/ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิต/บุคลากรสาธารณสุข |
| มาตรการที่พัฒนาขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> ■ สปอตวิทยุ ■ ป้ายประชาสัมพันธ์ ■ เว็บไซต์ พิจารณาด้าน (ผู้ส่งสาร (Sender/source) สาร/เนื้อหา (Message) ช่องทางหรือสื่อ (Channel/media) ผู้รับสาร (Receiver)) | <ul style="list-style-type: none"> ■ คู่มือป้องกันการฆ่าตัวตาย 2 เล่ม (ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต และ HITAP) ■ ส่งเสริมการใช้คู่มือและพัฒนาระบบมาตรการการให้บริการในพื้นที่ (ดำเนินการโดย รพ.ชุมชน) ■ สายด่วน 1323 (ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต) |

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ต่อ)

| ขั้นตอน | มาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ | มาตรการพัฒนาระบบบริการ |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| นำมาตรการลงปฏิบัติในพื้นที่ | <ul style="list-style-type: none"> เผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ สื่อวิทยุ ผ่านทางสถานพยาบาล แกนนำชุมชน/อสม. | <ul style="list-style-type: none"> รพ.จัดอบรมเตรียมความพร้อมให้บริการในกลุ่มบุคลากรและแกนนำชุมชน/อสม. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ทักษะคติในพื้นที่ ให้บริการคัดกรอง รักษาทั้งใน รพ. และชุมชน (ดำเนินการโดย รพช. ร่วมกับแกนนำชุมชน อสม. ประชาชน) |
| ประเมินผล | <ul style="list-style-type: none"> สำรวจข้อมูลก่อนดำเนินโครงการ หลังจากได้ข้อมูลจะคืนข้อมูลให้กับ รพช. และทีมพัฒนาสื่อ ประเมินผลหลังดำเนินโครงการ โดยสำรวจข้อมูลหลังดำเนินมาตรการเป็นเวลา 1 ปี (ดำเนินการโดย HITAP) | |

2.2. การพัฒนามาตรการสื่อประชาสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ประชาชนทราบถึงบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323
- 2) เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย การสังเกตอาการซึมเศร้า แนวปฏิบัติเบื้องต้นสำหรับประชาชนหากพบผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 3) เพื่อให้ประชาชนทราบวิธีการสร้างความสุขและวิธีการจัดการความเครียด

ผู้ดำเนินการพัฒนามาตรการ อาจารย์ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ ประชาชนในพื้นที่ 18 อำเภอ แบ่งเป็น 1) ประชาชนทั่วไป 2) กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย (วัยทำงาน วัยเรียน ผู้สูงอายุ) และ 3) กลุ่มที่อยู่ใกล้ขีดผู้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ผลการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์

สื่อประชาสัมพันธ์ที่จะพัฒนาขึ้นในโครงการนี้ ได้แก่ สปอตวิทยุ ป้ายโฆษณาและเว็บไซต์ (ตารางที่ 2) โดยคณะนักวิจัยได้กำหนดกรอบระยะเวลา 1 ปี (เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556) สำหรับการศึกษาวิจัยตลอดทั้งโครงการ เนื่องจากการพัฒนาสื่อสปอตวิทยุมีความล่าช้าเป็นอย่างมาก ไม่สามารถนำออกเผยแพร่ได้ตามเวลาที่กำหนด คณะนักวิจัยจึงตัดสินใจยุติการพัฒนาสื่ออีก 2 ประเภท คือ ป้ายประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเปล่าของการใช้งบประมาณของโครงการ ด้วยเหตุผลดังนี้

- 1) การพัฒนาสื่อสปอตวิทยุโดยผู้รับผิดชอบใช้ระยะเวลาค่อนข้างยาวนาน อาจเป็นเพราะผู้รับผิดชอบได้นำการพัฒนาสื่อในส่วนนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนนักศึกษา ทำให้กว่าจะได้สื่อประชาสัมพันธ์ที่สามารถเผยแพร่ได้ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน

- 2) คณะนักวิจัยกับผู้รับผิดชอบการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์มีความเข้าใจไม่ตรงกันในเรื่องของเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารหรือเผยแพร่ แม้จะได้พยายามอธิบายและขอให้ปรับแก้สื่อหลายครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งใช้ระยะเวลาานาน
- 3) ผู้รับผิดชอบการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์มีภาระงานประจำมาก และมีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถจัดการเวลาเพื่อพัฒนาสื่อฯ อีก 2 ประเภทได้
- 4) คณะนักวิจัยใช้มาตรการตามปกติในการติดตามความก้าวหน้า ได้แก่ ทาง e-mails และ โทรศัพท์ แต่ก็ไม่สามารถเร่งรัดการทำงานของผู้รับผิดชอบการพัฒนาสื่อฯ ให้เป็นไปตามกำหนดเวลาได้

สำหรับสื่อสโปตวิทยุที่พัฒนาขึ้นและมีจำนวน 5 รายการนั้น ได้ถูกนำไปเผยแพร่ผ่านช่องทางประชาสัมพันธ์หลัก คือ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย (สวท.) จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน และช่องทางประชาสัมพันธ์รอง เช่น วิทยุชุมชน กระจายเสียงในระดับชุมชน/หมู่บ้าน นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลายแห่งได้นำสโปตวิทยุเหล่านี้ไปเปิดหรือประชาสัมพันธ์ต่อโดยตรงยังสถานพยาบาลของตนด้วย

ตารางที่ 2 ขั้นตอนกระบวนการ/วิธีการตามข้อตกลงการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และผลการดำเนินการ

| กิจกรรม | กระบวนการ/วิธีการตามข้อตกลงการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ | ผลการดำเนินการ |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. สปอตวิทยุ | <p><u>วิธีและขั้นตอนการพัฒนาสปอตวิทยุ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนของนักศึกษา คณะนิเทศศาสตร์ (วิชาผลิตสื่อดำเนินการ) ที่ต้องทำตามกระบวนการเรียน การสอนในสาขาวิชานั้น - มอบหมายนักศึกษาพัฒนาจำนวน 13 ผลงาน - ตรวจสอบสื่อโดยคณะอาจารย์และนักศึกษาในชั้นเรียน และโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายสื่อสารองค์กร HITAP รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญกรมสุขภาพจิต <p><u>ช่องทางเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องทางหลัก คือ วิทยุกระแสหลัก ได้แก่ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย (สวท.) จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน - ช่องทางรอง เช่น วิทยุชุมชน กระจายเสียงชุมชน/หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ใน รพช. และ รพ.สต.หลายแห่งได้นำสปอตวิทยุเหล่านี้ไปเปิดหรือประชาสัมพันธ์ต่อโดยตรงยังสถานพยาบาลของตนด้วย | <p>มีผลงานสปอตวิทยุจากนักศึกษาทั้งหมด 13 รายการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบและนำไปใช้เผยแพร่จริงจำนวน 5 รายการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ออกอากาศหลังรายการข่าวช่วงเช้า กลางวัน เย็น วันจันทร์ พุธ และ ศุกร์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2555 – พฤษภาคม 2556 - เปิดสปอตวิทยุผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน เทศบาล และโรงเรียน - มีผู้จัดรายการวิทยุชุมชนนำสปอตวิทยุเปิดในรายการที่ตนเองจัดอยู่ - เจ้าหน้าที่ รพช. รพ.สต. อสม. แกนนำชุมชน ใช้ประกอบการอบรมให้ความรู้ |

ตารางที่ 2 ขั้นตอนกระบวนการ/วิธีการตามข้อตกลงการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และผลการดำเนินการ (ต่อ)

| กิจกรรม | กระบวนการ/วิธีการตามข้อตกลงการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ | ผลการดำเนินการ |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <p>2. ป้ายประชาสัมพันธ์</p> | <p><u>วิธีและขั้นตอนการพัฒนาป้ายประชาสัมพันธ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนของนักศึกษา คณะนิเทศศาสตร์ (วิชาผลิตสื่อดำเนินการ) ที่ต้องทำตามกระบวนการเรียน การสอนในสาขาวิชานั้น - ขออนุญาตพื้นที่จากแขวงการทางจังหวัด รวมทั้งเจ้าของพื้นที่อื่นๆ <p><u>ช่องทางเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้ายขนาดใหญ่ อำเภอละ 1 ป้าย ติดตั้งข้างถนนที่เป็นทางหลวง - ป้ายขนาดเล็ก จำนวน 300 ป้าย ติดตั้งกระจายตามองค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ | <p>ไม่ได้ดำเนินการ</p> |
| <p>3. เว็บไซต์</p> | <p><u>วิธีและขั้นตอนการพัฒนาเว็บไซต์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เนื้อหาใน web (www.1323aromdee.com) ประกอบด้วย ที่มาของโครงการ วัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนวิธีสร้างสุขของทั้ง 18 อำเภอ สื่อประชาสัมพันธ์ที่เผยแพร่ ตัวอย่างสื่อรณรงค์ web links อื่นๆ - ขอความร่วมมือเพื่อจัดทำ Facebook fan page ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้ง 18 อำเภอ ได้แก่ จนท.สาธารณสุข ครูแนะแนว นักเรียน หน่วยงานรัฐ เอกชน และ NGO | <p>ไม่ได้ดำเนินการ</p> |

2.3. การพัฒนามาตรการพัฒนาระบบบริการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย

ได้แก่ คู่มือดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ และคู่มือเพื่อป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. และการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน 1323

2.3.1. การพัฒนาคู่มือดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ และคู่มือเพื่อป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับ แกนนำชุมชน/อสม.

ขั้นตอนในการพัฒนาคู่มือทั้ง 2 เล่ม

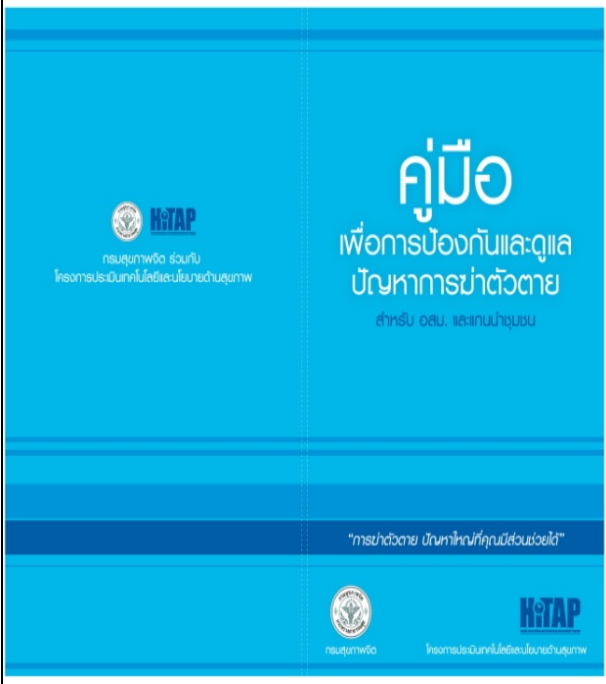
- 1) การพัฒนาคู่มือทั้ง 2 เล่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการ ทบทวนเอกสาร บทความ รายงานวิจัย และจัดเตรียมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัว ตาย
- 2) ส่งผลการทบทวนดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ความคิดเห็นเบื้องต้น
- 3) จัดประชุมสนทนากลุ่มทั้งกลุ่มพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ รพช./รพ.สต. แกนนำชุมชน/อสม.เพื่อ รับฟังข้อเสนอแนะในการร่างคู่มือฯ เพื่อความเหมาะสมในการใช้งาน
- 4) พัฒนาปรับปรุงคู่มือฉบับสมบูรณ์ และจัดพิมพ์
- 5) กระจายคู่มือฯ ให้กับสถานพยาบาลทั้ง 18 อำเภอ

ผลการพัฒนาคู่มือฯ

1. คู่มือการดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุข

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>เนื้อหา ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ การชักประวัติ การประเมินและสังเกต ▪ กลุ่มเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ▪ ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ▪ การดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ▪ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ▪ การแจ้งผลการคัดกรองหรือการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ▪ การช่วยเหลือดูแลสังคมจิตใจเบื้องต้น การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ▪ การให้คำปรึกษา (Counseling) ▪ การดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ▪ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน ▪ ภาคนวกร แบบคัดกรองปัญหาโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองโรคจิตแบบคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. คู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับ อสม. และแกนนำชุมชน

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>เนื้อหา ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย▪ สาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตาย▪ แนวทางการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย<ul style="list-style-type: none">➢ ประเมินกลุ่มเสี่ยง การรับรู้ สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย➢ การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย➢ การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน▪ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2.4. การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ดำเนินการ

ในจำนวน รพช.ทั้งหมด 18 แห่ง มี 14 แห่ง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดอบรมและกิจกรรมส่งเสริมการใช้คู่มือการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายทั้ง 2 เล่ม (คู่มือดูแลจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและคู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.) ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายตามคู่มือ และการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ รักษา บำบัดและฟื้นฟูแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อสิ้นสุดโครงการ โรงพยาบาล 12 แห่ง ส่งรายงานการจัดกิจกรรมในพื้นที่ ดังนี้ (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 รายงานการจัดกิจกรรมจากโรงพยาบาล 12 แห่ง

| วัตถุประสงค์ | เครื่องมือ | ผลที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม | ปัญหาและอุปสรรค |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. โรงพยาบาลลี้ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 54 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 คน) | | | |
| 1. เพื่อประเมินคุณภาพคู่มือแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ บุคลากรใน รพ.ลี้ แกนนำชุมชน อสม. และนักจัดรายการวิทยุชุมชน ให้มีความรู้และร่วมป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ทั้งในสถานบริการและในชุมชน | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) มีนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดลำพูน เป็นวิทยากร | 1. เกิดกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนเองอย่างน้อย 1 กิจกรรม 2. ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ลดลง ร้อยละ 20 ตั้งแต่เดือน ต.ค. 55- ม.ค. 56 3. ชมรมวิทยุชุมชนมีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปเผยแพร่ในรายการวิทยุชุมชน โดยจัดเป็นรายการสายด่วนสุขภาพจิตทุกวันศุกร์ และรายการลีมีสุขในช่วงเวลา 17.00 - 18.00 น. ทุกวัน 4. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลนาทรายและตำบลลี้ | 1. ขาดงบประมาณการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2. ภาระงานของบุคลากรใน รพ. สด. และ อสม. มีมาก 3. นโยบายการแก้ไขปัญหามรณะฆ่าตัวตายเปลี่ยนไปตามผู้บริหาร 4. ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จึงขาดความคล่องตัวในการดำเนินงานแบบครบวงจรของการร่วมจัดรายการวิทยุชุมชนสายด่วนสุขภาพจิต |
| 2. โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 72 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 คน) | | | |
| 1. เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และโรคจิตเวช 2. เพื่อสามารถคัดกรองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) มีการประเมินความรู้ด้านจิตเวช และปัญหาการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการอบรม ในระดับ อสม. 72 คน | 1. อสม. มีองค์ความรู้เรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากก่อนการอบรมร้อยละ 90.9 (ก่อนการอบรม มืออสม. สอบผ่าน 41 คน) หลังจากการอบรม มืออสม. สอบผ่าน 60 คน) 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการระดมความคิดเห็น และเสนอแนะจัดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย 3. อสม. คัดกรองด้วย 2Q ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย | การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีงบประมาณ ไม่มี การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ภาระของ บุคลากรและ อสม. ค่อนข้างมาก |
| 3. โรงพยาบาลลำพูน อำเภอมือง จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 120 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 30 คน) | | | |
| 1. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มศักยภาพของ อสม. สุขภาพจิต ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จากโรงพยาบาลลำพูน เป็นวิทยากร | อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพิ่มมากกว่าก่อนการอบรม (มีข้อที่ตอบผิดมาก ได้แก่ โรคซึมเศร้าไม่ต้องรักษา ไม่มียารักษาโรคซึมเศร้าได้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายทุกคนจะเศร้า ไม่ควรซักถามเรื่องการฆ่าตัวตาย เพราะจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอก) | 1. อสม. อยู่ไม่ครบการประชุม 2. ระยะเวลาอบรมมีจำกัด ไม่สามารถฝึกถามการประเมินภาวะซึมเศร้า |

ตารางที่ 3 รายงานการจัดกิจกรรมจากโรงพยาบาล 12 แห่ง (ต่อ)

| วัตถุประสงค์ | เครื่องมือ | ผลที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม | ปัญหาและอุปสรรค |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 4. โรงพยาบาลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 100 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 40 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน มีความรู้ ทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>2. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชน สามารถใช้คู่มือและแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญด้านการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายใน ระดับจังหวัดลำพูน เป็น วิทยากร</p> | <p>1. อสม. และแกนนำเข้าใจและระบุดูแล เสี่ยงฆ่าตัวตายมากขึ้น จากการสอบถาม ส่วนใหญ่อธิบายแนวทางป้องกันฆ่าตัวตาย และเข้าใจการส่งต่อหรือการแจ้งให้ จนท. ทราบ</p> <p>2. บุคลากรที่อบรมมีความพร้อมในการ รับมือปัญหาฆ่าตัวตายที่ รพ. และรพ.สต. มากขึ้น ทุก รพ.สต. ระบุว่าได้ประโยชน์ใน การไปปฏิบัติงานในพื้นที่ตน</p> | <p>ภาระงานของ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำให้ทำงานที่ชุมชนไม่ เป็นประจำ</p> |
| 5. โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 73 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 38 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและ อาสาสมัครสาธารณสุข /แกนนำ ชุมชน มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อ การป้องกันการฆ่าตัวตาย</p> <p>2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและ อาสาสมัครสาธารณสุข /แกนนำ ชุมชน สามารถใช้คู่มือและ แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัว ตายได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัว ตายได้รับการคัดกรอง การดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. นักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านการแก้ไขปัญหการ ฆ่าตัวตายในระดับ จังหวัดลำพูน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จากโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นวิทยากร</p> | <p>คนเข้ารับการอบรมทั้งบุคลากรฯ และอสม. แกนนำชุมชน ส่วนใหญ่มีความเข้าใจปัญหา เข้าใจแนวทางสำหรับรับมือกับปัญหา ได้มากขึ้น</p> | <p>ความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรม หากโครงการสิ้นสุดหรือไม่มี งบประมาณ</p> |
| 6. โรงพยาบาลป่าซาง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 45 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 36 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำชุมชนมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย รวมทั้งสามารถใช้คู่มือ และแนวทางในการป้องกันการฆ่า ตัวตายได้อย่างถูกต้อง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัว ตายได้รับการคัดกรอง การดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อ และ การดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. นักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านการแก้ไขปัญหการ ฆ่าตัวตายในระดับ จังหวัดลำพูน เป็น วิทยากร</p> | <p>ทุกคนทราบและเข้าใจปัญหาการฆ่าตัวตาย มากขึ้น</p> | <p>ไม่มี</p> |

ตารางที่ 3 รายงานการจัดกิจกรรมจากโรงพยาบาล 12 แห่ง (ต่อ)

| วัตถุประสงค์ | เครื่องมือ | ผลที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม | ปัญหาและอุปสรรค |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. โรงพยาบาลเวียงแหง อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 109 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 30 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และแนวทางให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>2. เพื่อให้ อสม. มีความรู้และแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน</p> <p>3. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและจิตเวชเพิ่มขึ้น</p> <p>4. เพื่อลดอัตราการพยายามทำร้ายตนเองและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม</p> | <p>จากการประเมินผลจากแบบทดสอบพบว่า ผู้เข้าร่วมอบรม มีความรู้เรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น</p> | <p>1. ผู้เข้าร่วมไม่ครบตามเป้าหมายเนื่องจากบางหมู่บ้านตรงช่วงการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรและอสม.คนเฝ้าตรงกับงานปีใหม่</p> <p>2. อสม.บางหมู่บ้านมีปัญหาเรื่องการอ่านเขียน (อสม. ชาวไทยใหญ่) ทำให้ปัญหาในการทำแบบทดสอบ และการใช้คู่มือ</p> <p>3. ตัวหนังสือสำหรับคู่มือ อสม. ค่อนข้างเล็กไม่สะดวกสำหรับ อสม. ที่มีปัญหาเรื่องสายตายาวและไม่มีแว่นสายตา</p> |
| 8. โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 125 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 30 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อให้มีแนวทางการคัดกรองการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตลอดจนการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในชุมชน</p> <p>2. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและอสม. มีความรู้ ทักษะในการใช้คู่มือการดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและคู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิต</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. จัดระบบพี่เลี้ยงให้กับ อสม. และแกนนำชุมชน</p> <p>3. การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม</p> | <p>1. ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>2. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถประเมินตนเองได้ว่าตนเองหรือผู้ใกล้ชิดป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือไม่</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมอบรมมีทัศนคติที่ดีโรคทางจิตเวชมากขึ้น โดยสามารถที่จะกล้าเข้ารับการรักษาหากตนเองมีอาการ</p> <p>4. ชุมชนในพื้นที่ที่มีความตระหนักเรื่องโรคทางจิตเวชมากขึ้น</p> | <p>1. ขาดสถานที่ในการจัดอบรม</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมอบรมมีภาระงานมาก จึงต้องกำหนดเวลาให้กระชับมากขึ้น</p> |
| 9. โรงพยาบาลจอมทอง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 110 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 46 คน) | | | |
| <p>1. เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p> <p>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง</p> <p>3. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในชุมชน และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน</p> | <p>1. คู่มือ 2 เล่ม</p> <p>2. แผ่นไวนิล ประชาสัมพันธ์แบบประเมิน 2 คำถาม และประชาสัมพันธ์สายด่วน 1323</p> <p>3. CD ด่านเศร้า</p> <p>4. เอกสารแผ่นพับ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต และวิธีการประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้น</p> | <p>1. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความตระหนักในการดูแลประชาชนในด้านสุขภาพจิต</p> <p>2. อสม. ในเขตอำเภोजอมทองมีความกระตือรือร้นในการดูแลประชาชนในด้านสุขภาพจิต</p> | <p>ภาระงานของบุคลากร และ อสม. มีมากเกินไป</p> |

ตารางที่ 3 รายงานการจัดกิจกรรมจากโรงพยาบาล 12 แห่ง (ต่อ)

| วัตถุประสงค์ | เครื่องมือ | ผลที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม | ปัญหาและอุปสรรค |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 80 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 50 คน) | | | |
| 1. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ และทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพจิต การวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้นของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย สามารถจัดการส่งต่อตามแนวทางได้ถูกต้อง เหมาะสม 2. เพื่อให้ อสม. และแกนนำชุมชนมีความรู้ และทักษะในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การประเมิน การดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จากโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นวิทยากร | 1. บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพจิต การวินิจฉัย และการดูแลเบื้องต้นของโรคทางจิตเวชมากขึ้น 2. อสม. และแกนนำชุมชนมีความรู้ ในด้านการคัดกรอง การประเมิน ดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวัง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น | บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ครบทุกคน เนื่องจากมีภารกิจอื่นๆ |
| 11. โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 177 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 156 คน) | | | |
| 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุข อสม. แกนนำสุขภาพจิตด้านสุขภาพจิตในชุมชน 2. เพื่อให้มีแนวทางการคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในชุมชน | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จากโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นวิทยากร | 1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดการผู้ที่มีความก้าวร้าวรุนแรง และสามารถเจรจาในภาวะวิกฤตได้ 2. อสม. มีความรู้ด้านการดูแลและสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้ | มีช่วงเวลาจำกัด เนื่องจากกำหนดเวลาตรงกับฤดูกาลเก็บเกี่ยวผลผลิตของประชาชน |
| 12. โรงพยาบาลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (แกนนำชุมชน /อสม. จำนวน 93 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 คน) | | | |
| 1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. มีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือการดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและคู่มือเพื่อป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิต 2. เพื่อให้มีแนวทางในการคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตชุมชน | 1. คู่มือ 2 เล่ม 2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (DS8) ในระดับชุมชน 3. แบบประเมินซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (8-9Q) ในระดับ รพ.สต. และ รพช. | 1. ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการทำงานหรือในชีวิตประจำวันได้ 2. ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความตื่นตัวในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยประสงค์ที่จะจัดการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ อสม. ทุกปี 3. มีระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนจนถึง รพช. 4. เกิดการพัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตระหว่าง รพช. และ รพ.สต. เพื่อการติดตามดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง | 1. อสม. ด้านสุขภาพจิตบางหมู่บ้านไม่ได้เข้าร่วมอบรม แต่ได้ส่งตัวแทนมา จึงส่งผลให้ขาดความต่อเนื่อง 2. อสม. คนอื่นๆ ยังขาดความรู้ การคัดกรอง การเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย และการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเข้าร่วมรับการอบรมไม่ครบ |

2.5. การพัฒนาระบบบริการสายด่วน 1323

การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางสายด่วนสุขภาพจิตและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 1323 เป็นบทบาทหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้พัฒนาระบบโทรศัพท์ 1323 โดยลงนามร่วมกับบริษัททีโอที จำกัด (มหาชน)¹ เพื่อปรับหมายเลขโทรศัพท์ 9 หลักของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ส่วนกลางและภูมิภาค เป็นหมายเลขพิเศษ 4 หลัก 1323 และเพิ่มคู่สายให้มากขึ้น มีการเชื่อมต่อคู่สายทั่วประเทศ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ รวมทั้งการปรับปรุงงานบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ให้เป็นมาตรฐานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา

สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เป็นระบบการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องสุขภาพจิตโดยทั่วไป รวมถึงแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยประชาชนผู้ใช้บริการจะได้รับคำปรึกษาและแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตให้กับประชาชนในเบื้องต้น เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยผู้ใช้บริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

ในช่วงดำเนินโครงการวิจัย นอกจากการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาสายด่วน 1323 ในส่วนกลาง เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้คำปรึกษา การเพิ่มคู่สายให้มากขึ้น การพัฒนามาตรฐานการให้บริการผ่านโทรศัพท์ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ แล้ว ในโครงการนี้ได้พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาโดยประสานกับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของแต่ละจังหวัดเพื่อพัฒนาการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีความจำเพาะต่อพื้นที่ เช่น ใช้ภาษาและสำเนียงการพูดแบบคำเมืองหรือภาษาเหนือ การให้คำปรึกษาแนะนำในสิ่งที่ใกล้ตัวและเป็นสิ่งที่ชาวบ้านให้การเคารพ นับถือ เป็นต้น นอกจากนั้นในโครงการวิจัยยังมีการพัฒนามาตรการสื่อประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ยังช่องทางต่างๆ อีกด้วย

¹ องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย

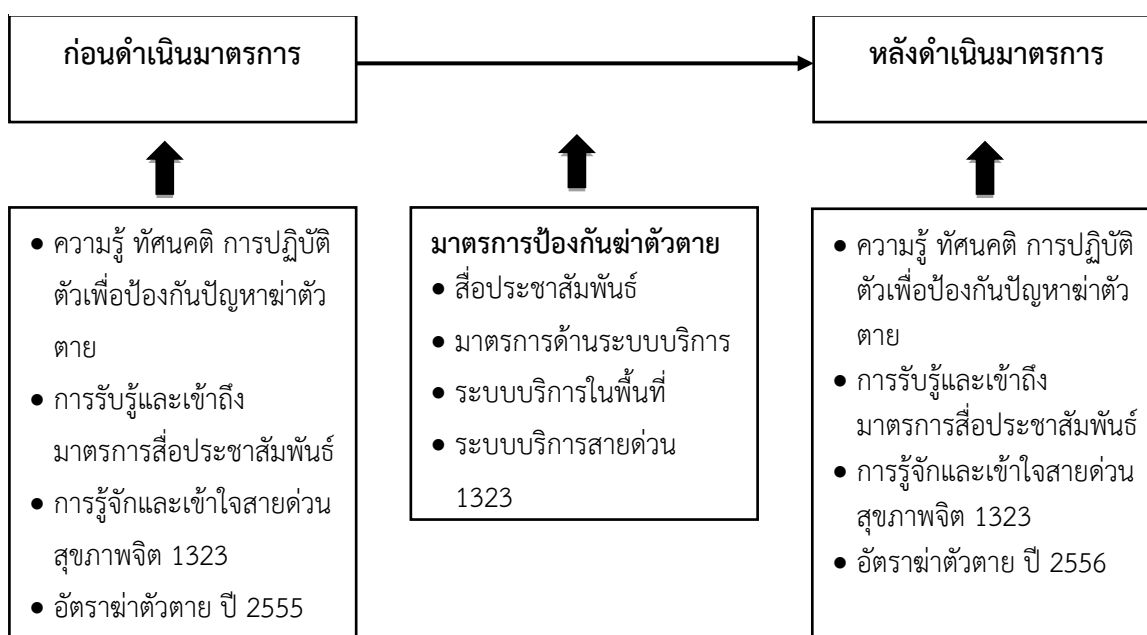
บทที่ 3 วิธีการประเมินผลมาตรการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล (evaluation research) ในประเด็นความรู้และทัศนคติต่อสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย การปฏิบัติหากพบผู้มีอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งระดับพื้นที่ และขยายสู่ระดับประเทศต่อไป

3.1. วิธีการประเมินผล

การประเมินผลในการศึกษานี้ใช้การสำรวจก่อนและหลังดำเนินมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ป่วย ญาติ/ผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสื่อบุคคล รวมทั้งแกนนำชุมชนหรือ อสม. ประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้และการเข้าถึงมาตรการสื่อ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงและการใช้บริการของผู้มีปัญหาฆ่าตัวตายหรือกลุ่มเสี่ยง ประเมินประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือฯ ในกลุ่มผู้ให้บริการ และแกนนำชุมชนหรือ อสม. และ 2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย คือ การเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการติดตามความก้าวหน้า เก็บข้อมูลปัญหา อุปสรรคระหว่างกรดำเนินมาตรการอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการประเมินผลมาตรการ



3.2. พื้นที่ศึกษา

จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน รวม 18 อำเภอ ที่เข้าร่วมโครงการ .

3.3. ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่เป็นเป้าหมายในการประเมิน ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการและ/หรือเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์หรือผลกระทบจากการดำเนินมาตรการ ประกอบด้วย

ประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มผู้ที่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการอย่างน้อย 3 เดือน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นคนที่มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้พิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีอาการติดสุราหรือใช้สารเสพติด ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตาย ผู้ประสบปัญหาหรือมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ซึมเศร้ารุนแรง รวมถึงผู้ที่ไม่เคยมีญาติ/หรือมี แต่ความสัมพันธ์ไม่ดี รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแล/ญาติ/ครอบครัวผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป

กลุ่มสื่อบุคคล (แกนนำชุมชน/อสม.) คือ บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารด้านสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งสารไปยังระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เป็นได้ทั้งคนในชุมชนและนอกชุมชน โดยการศึกษาเน้นสื่อบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระภิกษุ ครู เป็นต้น

ระบบบริการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาเป็นการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจมีผลมาจากมาตรการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ สื่อประชาสัมพันธ์ มาตรการพัฒนาระบบการจัดบริการ การให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

การสำรวจกลุ่มประชาชนทั่วไป

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interviews) ด้วยแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

การประเมินผลเชิงสำรวจเพื่อพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อได้ข้อมูลสะท้อนภาพรวมในแต่ละจังหวัด ดังนั้นคณะนักวิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงสำรวจ ดังสมการ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่ $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96$ (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

P = สัดส่วนของประชาชนได้รับข้อมูลจากมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มให้มากที่สุด การศึกษานี้จึงกำหนดสัดส่วนของการได้และไม่ได้รับมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 (P= 0.5)

Q= 1-P

d= ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสำรวจ คณะนักวิจัยกำหนดที่ร้อยละ 5 (0.05)

แทนค่าสมการข้างต้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นจังหวัดละ 385 คน คณะนักวิจัยกำหนดอัตราการไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล (non-response rate) เท่ากับร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 500 คน นอกจากนั้นในการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้เก็บข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพิจารณาช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้วย ซึ่งแบ่งกลุ่มอายุทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 15-19 ปี

20-29 ปี 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป หลังจากนั้นคำนวณหาจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่าง โดยนำจำนวนตัวอย่างที่กำหนด คือ 500 มาหารด้วยจำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บในหมู่บ้านหรือชุมชนที่กำหนด คือ 30 และพิจารณาปรับจำนวนตัวอย่างตามความเหมาะสม หลังการปรับปรุงได้จำนวนตัวอย่าง 510 คน ต่อจังหวัด ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะเก็บข้อมูลจาก 17 หมู่บ้าน/ชุมชน (รูปที่ 2)

แนวทางการสุ่มพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

เลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดแบบ 2 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มเลือกพื้นที่ตัวอย่าง นักวิจัยเรียงลำดับรายชื่ออำเภอ ตำบล และรายชื่อหมู่บ้านตามตัวอักษรในแต่ละจังหวัด และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้ 17 หมู่บ้านต่อจังหวัด ด้วยโปรแกรมการสุ่มอย่างง่ายของ Excel 2007

ตารางที่ 4 จำนวนพื้นที่ตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

| จังหวัด | จำนวนพื้นที่เป้าหมาย | จำนวนพื้นที่ตัวอย่างที่สุ่มได้ * |
|-----------|---------------------------------|----------------------------------|
| เชียงใหม่ | 10 อำเภอ 97 ตำบล 1,060 หมู่บ้าน | 6 อำเภอ 12 ตำบล 17 หมู่บ้าน |
| ลำพูน | 8 อำเภอ 47 ตำบล 541 หมู่บ้าน | 7 อำเภอ 15 ตำบล 17 หมู่บ้าน |

* รายชื่อพื้นที่ตัวอย่างในภาคผนวก

ขั้นที่ 2 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling-SRS) จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยกระจายจำนวนตามสัดส่วนประชากรของแต่ละกลุ่มอายุ (probability proportion to size-PPS) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การกระจายกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ

| กลุ่มอายุ (ปี) | สัดส่วนของกลุ่มอายุในประชากรเป้าหมาย** | กลุ่มตัวอย่าง | | |
|----------------|----------------------------------------|---------------|-----------|-----------|
| | | ชาย (คน) | หญิง (คน) | รวม (คน) |
| 15-19 | 8 | 2 | 2 | 4 |
| 20-29 | 16 | 2 | 2 | 4 |
| 30-39 | 19 | 3 | 3 | 6 |
| 40-49 | 20 | 3 | 3 | 6 |
| 50-59 | 20 | 3 | 3 | 6 |
| 60 ปีขึ้นไป | 17 | 2 | 2 | 4 |
| รวม | 100 | 15 | 15 | 30 |

** ข้อมูลประชากร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ขั้นตอนและวิธีการและแนวทางการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อประชากรเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่ตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือไปที่ผู้ประสานงานในพื้นที่ตัวอย่างให้จัดทำ เพื่อขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละตำบล

2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มเป้าหมายที่ไม่อยู่ในพื้นที่จริง (ย้ายออกหรือไปทำงาน

ที่อื่น) หรือเสียชีวิตไปแล้ว หรืออยู่ในเกณฑ์คัดออกอื่นๆ เช่น เป็นผู้วิกลจริต เป็นใบ้ ติดสุราจนไม่อยู่ในสภาพที่จะให้สัมภาษณ์ได้หรือไม่อาจให้ข้อมูลแท้จริง เป็นต้น ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้นักวิจัย

3. นักวิจัยดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ โดย

- ก. แยกรายชื่อกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง ในแต่ละกลุ่มเรียงอายุจากน้อยไปหามาก และกำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อ
- ข. คำนวณช่วงของการสุ่ม (random interval) ในแต่ละกลุ่มอายุ $l = N/n$ (l = ช่วงห่างของการสุ่ม N = จำนวนประชาชนทั้งหมดในกลุ่มอายุนั้นๆ และ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ)
- ค. สุ่มหา random start (r) คือ สุ่มเลือกประชาชนจากกลุ่มแรกมา 1 คน โดยใช้วิธีการจับสลากหมายเลข
- ง. หลังจากได้หมายเลขสุ่มเริ่มต้น (r) ให้นำไปอีกตามช่วงที่คำนวณได้ (l)

ตัวอย่าง หมู่บ้าน ก หลังจากตรวจสอบและคัดเลือกโดยเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านแล้ว แยกรายชื่อออกเป็นชายและหญิง จากนั้นนำรายชื่อที่ได้มาเรียงลำดับตามอายุและกำกับหมายเลข พบว่าผู้ชายกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน (N) ต้องการสัมภาษณ์ 2 คน (n) ช่วงของการสุ่ม (l) จะเท่ากับ $50/2 = 25$ จากนั้นทำสลากหมายเลข 1-10 และสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (r) หากได้หมายเลข 6 หมายความว่า ผู้ชายอายุใน 15-19 ปีลำดับที่ 6 เป็นคนแรกที่มีการสุ่มเลือกเป็นตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ และบุคคลต่อไป คือ ลำดับที่ 31 ในกลุ่มเป้าหมายหญิงก็ทำในลักษณะเดียวกัน

4. จัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 3 บัญชีต่อหมู่บ้าน โดยมีบัญชีรายชื่อสำรอง 2 บัญชี หากสัมภาษณ์ไม่ครบในบัญชีรายชื่อที่ 1

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบ ตามตารางที่ 1
2. ประชาชนที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 (15 ปีขึ้นไป)
3. มีตัวตนในพื้นที่และยินดีให้ความร่วมมือในช่วงการสัมภาษณ์
4. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินของคณะนักวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่จัดบริการสุขภาพในตำบลนั้นๆ (แม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายก็อาจได้รับการคัดเลือก)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

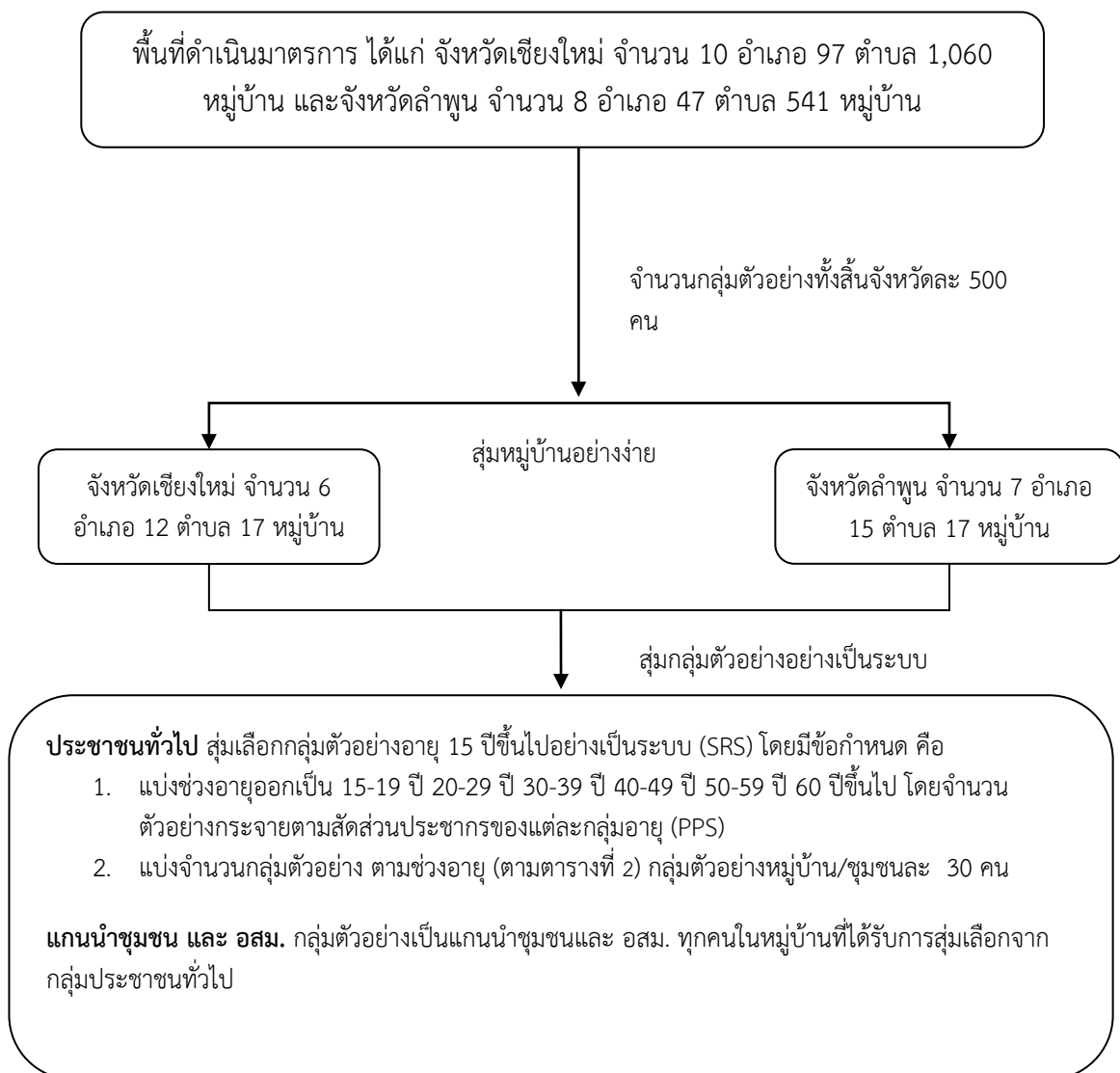
1. ไม่มีตัวตนในพื้นที่ ได้แก่ ย้ายออก ไปทำงานต่างจังหวัดระยะยาว เสียชีวิต ซึ่งจะคัดออกตั้งแต่ขั้นการสุ่มเลือกตัวอย่าง
2. เป็นผู้มีรายชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ในวันสัมภาษณ์ นักวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประเมินแล้วเห็นว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ ต้มสุรา และอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีผู้มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

การสำรวจแกนนำชุมชน/อสม.

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาระดับปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interviews) ด้วยแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มเลือก กลุ่มแกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู ผู้รู้ ประชาชนชาวบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือเกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มเลือกจากการสำรวจประชาชนทั่วไป

รูปที่ 2 แสดงการสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ก่อนการเก็บข้อมูล

1. สรรหานักวิจัยภาคสนามที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม
2. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ต่อนักวิจัยภาคสนามโดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต และทีมนักวิจัย
3. คณะนักวิจัยส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ และทีมนักวิจัยภาคสนามวางแผนเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน และประสานผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อเตรียมการอำนวยความสะดวก จัดเตรียมสถานที่ เส้นทางการเดินทาง รวมทั้งขอความร่วมมือจาก รพ.สต. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายกลับมาที่คณะนักวิจัย
4. รพ.สต. ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ดึงข้อมูลประชากรและตรวจสอบสถานะของกลุ่มเป้าหมาย
5. คณะนักวิจัยสุ่มและส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 บัญชีรายชื่อ พร้อมทั้งยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
6. คณะนักวิจัยสอบถามจำนวนแกนนำชุมชน และอสม. ในพื้นที่ตัวอย่าง รวมทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายใน รพ.สต. และ รพช. เพื่อวางแผนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1. คณะนักวิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยติดต่อผู้ประสานงานเพื่อเตรียมพร้อมด้านเวลา สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง
2. ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารอให้สัมภาษณ์ให้ตรงตามบัญชีรายชื่อที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง
3. เก็บข้อมูลตามรายชื่อในบัญชีที่ 1 (จำนวน 30 คน) ถ้าในกรณีที่ตัวอย่างไม่เป็นไปตามบัญชีรายชื่อที่ 1 ให้พิจารณาทดแทนกลุ่มอายุและเพศในบัญชีสำรองที่ 2 และบัญชีสำรองที่ 3 แต่หากไม่ครบจำนวนตัวอย่างในบัญชีสำรองที่ 3 ซึ่งอาจเกิดปัญหา คือ
 - ก. ตัวอย่างไม่มีตัวตน หมายถึง ในช่วงการส่งรายชื่อเพื่อสุ่มตัวอย่างยังอยู่หรือมีตัวตนในพื้นที่ แต่ขณะเข้าสัมภาษณ์ ไม่อยู่ในพื้นที่ซึ่งอาจมีการย้ายออก ย้ายบ้านหรือที่ทำงานไปยังพื้นที่อื่นๆ หรือเสียชีวิต หรือมีรายชื่อ แต่เพศหรืออายุไม่ตรงกับฟอร์มตามบัญชีรายชื่อ
 - ข. ตัวอย่างไม่ยินดีหรือไม่สะดวกให้ข้อมูล หมายถึง ตัวอย่างในรายชื่อทั้ง 3 บัญชี มีตัวตนและอยู่ในพื้นที่แต่ไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกเนื่องจากติดภารกิจ เจ็บป่วยหนัก เป็นต้นหากมีปัญหาดังกล่าว คณะนักวิจัยจะบันทึกสาเหตุ และดำเนินการเลือกตัวอย่างในพื้นที่ (ชุมชน/หมู่บ้าน) โดยเลือกเพศ และช่วงอายุเดิมที่ขาดหายไปเท่านั้น (ไม่สัมภาษณ์เกินจำนวนตามเงื่อนไขแต่ละช่วงอายุและเพศที่กำหนด) นั่นคือทีมสำรวจจะต้องสัมภาษณ์ให้ครบจำนวน 30 คน ตามช่วงอายุที่กำหนด และหากไม่สามารถเลือกตัวอย่างทดแทนได้ ควรสัมภาษณ์อย่างน้อย 24 คนต่อชุมชน/หมู่บ้าน หรือร้อยละ 80
4. หลังจากนั้นคณะนักวิจัยแนะนำตัวทีมเก็บข้อมูล ชี้แจงที่มา วัตถุประสงค์และขั้นตอนของโครงการรวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
5. แบ่งกลุ่มตัวอย่างให้ทีมผู้สัมภาษณ์
6. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและลงลายมือชื่อเป็นผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้ตัวอย่างเซ็นยินยอม ถ้าหากตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-17 ปี อายุยังไม่ถึง 20 ปี

(ไม่บรรลุนิติภาวะ) ให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในการปกครอง ในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ปืมลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่า เป็นลายนิ้วมืออะไรข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง 2 คน

7. ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
8. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดให้ทำการตรวจสอบ 3 ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้
 - ก. การตรวจสอบครั้งที่ 1 โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนให้คำตอบแทน และก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
 - ข. การตรวจสอบครั้งที่ 2 โดยหัวหน้าคณะนักวิจัยภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
 - ค. การตรวจสอบครั้งที่ 3 โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของหน่วยงาน ก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์รายวัน
9. การสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. ใช้แนวทางและขั้นตอนลักษณะเดียวกัน

การพัฒนาแบบสัมภาษณ์

นักวิจัยพัฒนาแบบสัมภาษณ์สำหรับเก็บข้อมูลประชาชนทั่วไป แกนนำชุมชน และ อสม. โดยพัฒนาข้อคำถามและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจากกรมสุขภาพจิต และไปทดสอบแบบสัมภาษณ์ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ก่อนนำไปสัมภาษณ์ในพื้นที่วิจัยจริง สำหรับกลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
- ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย
- การรับรู้และเข้าถึงมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์
- การรู้จักและเข้าใจสายด่วนสุขภาพจิต 1323
- บทบาทและการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตของกลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม.

นอกจากนั้น มีการสอบถามรายงานการฆ่าตัวตายของทุกอำเภอทั้ง 2 จังหวัด ของปี 2555 (ก่อนดำเนินการมาตรการ) และปี 2556 (หลังดำเนินการมาตรการ) เพื่อนำมาคำนวณอัตราการฆ่าตัวตายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

แต่ละวันหัวหน้าคณะนักวิจัยที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับผู้สัมภาษณ์ จะตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ทำทะเบียนรายการและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการตรวจสอบข้อมูลในทุกขั้นตอนจากนักวิจัยจากส่วนกลาง ก่อนนำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ การได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ หรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของกลุ่มผู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การรับรู้และเข้าถึงสายด่วน 1323 อัตราการฆ่าตัวตาย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการมาตรการ โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

- เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test
- เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีลักษณะช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา (interval and ratio scale) เช่น ความรู้และทัศนคติระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อรับรู้ถึงประสิทธิผลการดำเนินงานของมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์และมาตรการระบบบริการ ที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ อันนำไปสู่การผลักดันให้เป็นนโยบายหรือแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่หรือระดับประเทศต่อไป

บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย

คณะนักวิจัยทำการสำรวจความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาจิตเวชในกลุ่มประชาชนทั่วไป แกนนำชุมชนและ อสม. ในพื้นที่ดำเนินการ เฉพาะก่อนมีมาตรการหรือก่อนดำเนินกิจกรรมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่สามารถพัฒนาและดำเนินมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ที่ถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของโครงการได้ครบถ้วนตามโครงสร้างการวิจัย มาตรการที่สามารถดำเนินการได้อาจไม่มีประสิทธิผล ในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติในประชาชนทั่วไป หรือแม้กระทั่งแกนนำชุมชน/อสม. ดังนั้นคณะนักวิจัยจึงตัดสินใจไม่ประเมินผลของมาตรการด้วยการสำรวจในพื้นที่หลังดำเนินโครงการ อย่างไรก็ตาม คณะนักวิจัยได้เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งสองจังหวัดก่อนดำเนินโครงการ (สิ้นปีงบประมาณ 2555) และหลังดำเนินโครงการ (สิ้นปีงบประมาณ 2556) ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย ผลการสำรวจข้อมูลก่อนมีมาตรการประกอบด้วย การสำรวจความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาจิตเวชในประชาชนทั่วไป กลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. ในพื้นที่

4.1. ข้อมูลทั่วไป

ประชาชนทั่วไป จำนวนตัวอย่างที่ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 986 คน (อัตราการให้ความร่วมมือ เท่ากับร้อยละ 97) อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ 488 คน (ร้อยละ 49.5) และจังหวัดลำพูน 498 คน (ร้อยละ 50.5) (ตารางที่ 5) อัตราส่วนของประชาชนที่อาศัยนอกเขตเทศบาลต่อเขตเทศบาล เท่ากับ 1:1.5 ส่วนใหญ่เป็นคนที่เกิดและอาศัยอยู่ในจังหวัดนั้นๆ มานาน เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ช่วงอายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 18-21) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรกรรม ประมาณ 1 ใน 3 มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ผู้ให้ข้อมูล 12 คน (ร้อยละ 1.3) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า 8 คน (ร้อยละ 0.9) โรคพิษสุราเรื้อรัง 3 คน (ร้อยละ 0.3) และเป็นโรควิตกกังวล 1 คน (ร้อยละ 0.1) ซึ่งในจำนวนนี้มี 3 คนที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แกนนำชุมชน/อสม. จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 314 คน อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ 129 คน (ร้อยละ 41.1) และจังหวัดลำพูน 185 คน (ร้อยละ 58.9) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.8) อายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 42.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 75.6) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 75.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.2) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 69.9) มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.2)

แกนนำชุมชน/อสม. จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.0) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งทุกคนได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชาชนและกลุ่มแกนนำชุมชน/อสม.

| ข้อมูล | ประชาชนทั่วไป | | แกนนำชุมชน/อสม. | |
|------------------------------|---------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| จังหวัดเชียงใหม่ | 488 | 49.5 | 129 | 41.1 |
| จังหวัดลำพูน | 498 | 50.5 | 185 | 58.9 |
| รวม | 986 | 100.0 | 314 | 100.0 |
| เขตที่อยู่อาศัย | | | | |
| นอกเขตเทศบาล | 595 | 60.3 | 183 | 58.3 |
| ในเขตเทศบาล | 391 | 39.7 | 131 | 41.7 |
| จังหวัดที่พักอาศัย | | | | |
| เกิดในจังหวัด | 858 | 87.0 | 264 | 84.1 |
| ไม่ได้เกิดจังหวัด | 128 | 13.0 | 50 | 15.9 |
| ระยะเวลาที่พักอาศัยในจังหวัด | | | | |
| น้อยกว่า 15 ปี | 111 | 11.3 | 13 | 4.1 |
| 15-30 | 294 | 29.8 | 35 | 11.1 |
| 16-45 | 228 | 23.1 | 92 | 29.3 |
| มากกว่า 45 ปี | 353 | 35.8 | 174 | 55.4 |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 476 | 48.3 | 73 | 23.2 |
| หญิง | 510 | 51.7 | 241 | 76.8 |
| ช่วงอายุ | | | | |
| 15-19 ปี | 132 | 13.4 | - | - |
| 20-29 ปี | 123 | 12.5 | - | - |
| 30-39 ปี | 177 | 18.0 | 44 | 14.1 |
| 40-49 ปี | 201 | 20.4 | 110 | 35.0 |
| 50-59 ปี | 206 | 20.9 | 133 | 42.4 |
| 60 ปี ขึ้นไป | 147 | 14.9 | 27 | 8.6 |
| ศาสนา | | | | |
| ศาสนาพุทธ | 972 | 98.6 | 311 | 99.0 |
| ศาสนาคริสต์ | 7 | 0.7 | 3 | 1.0 |
| ศาสนาอื่นๆ | 7 | 0.7 | 0 | 0.0 |

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชาชนและกลุ่มแกนนำชุมชน/อสม.(ต่อ)

| ข้อมูล | ประชาชนทั่วไป | | แกนนำชุมชน/อสม. | |
|----------------------------------------------|---------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| สถานภาพ | | | | |
| โสด | 272 | 27.6 | 24 | 7.6 |
| คู่ | 606 | 61.5 | 237 | 75.6 |
| หย่า/แยกกันอยู่ | 41 | 4.2 | 31 | 9.8 |
| หม้าย | 67 | 6.8 | 22 | 7.0 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 30 | 3.1 | 0 | 0.0 |
| ประถมศึกษา | 471 | 48.3 | 186 | 59.2 |
| มัธยมศึกษา | 302 | 30.9 | 107 | 34.1 |
| ปวช./ปวส./อนุปริญญา | 106 | 10.9 | 12 | 3.8 |
| ปริญญาตรีและสูงกว่า | 67 | 6.9 | 9 | 2.9 |
| อาชีพ | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน | 13 | 1.3 | 0 | 0.0 |
| งานบ้าน | 113 | 11.5 | 29 | 9.3 |
| นักเรียน/นักศึกษา | 134 | 13.6 | 1 | 0.3 |
| ค้าขาย | 117 | 11.9 | 66 | 21.0 |
| เกษตรกร | 186 | 18.9 | 81 | 25.8 |
| รับจ้างทั่วไป | 360 | 36.5 | 129 | 41.1 |
| ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | 33 | 3.3 | 6 | 1.9 |
| พนักงานเอกชน | 30 | 3.0 | 2 | 0.6 |
| รายได้ครัวเรือนต่อเดือน | | | | |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 257 | 26.7 | 71 | 22.6 |
| 5,000-10,000 บาท | 333 | 34.6 | 126 | 40.2 |
| 10,001-15,000 บาท | 163 | 16.9 | 52 | 16.7 |
| 15,001-20,000 บาท | 108 | 11.2 | 31 | 9.9 |
| มากกว่า 20,000 บาท | 102 | 10.6 | 33 | 10.6 |
| ประวัติการได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวช | | | | |
| ไม่เคย | 923 | 98.7 | 296 | 99.0 |
| เคย | 12 | 1.3 | 3 | 1.0 |
| โรคจิตเวช | | | | |
| โรควิตกกังวล | 1 | 0.1 | 0 | 0 |
| พิษสุราเรื้อรัง | 3 | 0.3 | 0 | 0 |
| ซึมเศร้า | 8 | 0.9 | 3 | 1.0 |
| การรักษาโรคจิตเวช | | | | |
| รักษาต่อเนื่อง | 9 | 75.0 | 3 | 100.0 |
| ไม่รักษา/ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง | 3 | 25.0 | 0 | 0.0 |

4.2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รูปที่ 3)

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีสัดส่วนประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ประชาชนเข้าใจผิดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตมักไม่ฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่ต้องคิดมาก (ร้อยละ 55.4) 2) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำ (ร้อยละ 37.3) 3) ผู้ที่ติดเหล้า ยาเสพติดอย่างหนักไม่ใช่กลุ่มที่มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง (ร้อยละ 33.8) 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ และมีความรู้สึกเบื่อก่อนตัวเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 19.0) และ 5) โรคซึมเศร้าไม่ใช่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 9.7)

แกนนำชุมชน/อสม. มีสัดส่วนประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำ (ร้อยละ 68.8) 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตมักไม่ฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่ต้องคิดมาก (ร้อยละ 46.5) 3) ผู้ที่ติดเหล้า ยาเสพติดอย่างหนักไม่ใช่กลุ่มที่มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง (ร้อยละ 35.4) 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ และมีความรู้สึกเบื่อก่อนตัวเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 13.4) และ 5) โรคซึมเศร้าไม่ใช่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 6.1)

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มาเปรียบเทียบกันพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 95 (p -value < 0.05) ใน 2 ประเด็น กล่าวคือ กลุ่มประชาชนทั่วไปมีผู้เข้าใจผิดสูงกว่าแกนนำชุมชน/อสม. ในประเด็นที่ว่า “โรคซึมเศร้าไม่ใช่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย” และแกนนำชุมชน/อสม. มีผู้เข้าใจผิดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปในประเด็นที่ว่า “ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำ”

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (รูปที่ 3)

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีสัดส่วนประเด็นที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) เข้าใจผิดว่าคนที่พูดออกมาตรงๆ ว่า “อยากตาย” หรือ “จะกินยาตาย” มักไม่ทำจริง (ร้อยละ 70.7) 2) เข้าใจผิดว่าสัญญาณการฆ่าตัวตายเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น เช่น จดหมาย ข้อความทางโทรศัพท์ (SMS) (ร้อยละ 37.2) 3) เข้าใจผิดว่าคนที่มีบุคลิกแปลก/เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด ไม่มีหรือมีโอกาสน้อยที่จะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 27.0) 4) เข้าใจผิดว่าคนที่พูดว่ามีชีวิตอยู่ไปก็ไร้ความหมาย ไม่มีหรือมีโอกาสน้อยที่จะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 18.3) 5) เข้าใจผิดว่าการสังเกตสัญญาณเตือน เช่น พูดสั่งลา เขียนจดหมายลาตาย หรือมีท่าทีหมดหวัง จะสามารถป้องกันผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ร้อยละ 8.9)

แกนนำชุมชน/อสม. มีสัดส่วนประเด็นที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) เข้าใจผิดว่าสัญญาณการฆ่าตัวตายเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น เช่น จดหมาย ข้อความทางโทรศัพท์ (SMS) (ร้อยละ 58.3) 2) เข้าใจผิดว่าคนที่พูดออกมาตรงๆ ว่า “อยากตาย” หรือ “จะกินยาตาย” มักไม่ทำจริง (ร้อยละ 34.1) 3) เข้าใจผิดว่าคนที่มีบุคลิกแปลก/เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด ไม่มีหรือมีโอกาสน้อยที่จะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 18.5) 4) เข้าใจผิดว่าคนที่พูดว่ามีชีวิตอยู่ไปก็ไร้ความหมาย ไม่มีหรือมีโอกาสน้อยที่จะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 15.6) 5) เข้าใจผิดว่าการสังเกตสัญญาณเตือน เช่น พูดสั่งลา เขียนจดหมายลาตาย หรือมีท่าทีหมดหวัง จะสามารถป้องกันผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ร้อยละ 4.8)

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มาเปรียบเทียบกันพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 95 (p -value < 0.05) ใน 3 ประเด็น ซึ่งมีสองประเด็นที่กลุ่มประชาชนทั่วไปมีผู้เข้าใจผิดสูงกว่ากลุ่มแกนนำชุมชน/อสม. นั่นคือ 1) เข้าใจผิดว่าคนที่พูดออกมาตรงๆ ว่า “อยากตาย” หรือ “จะกินยาตาย” มักไม่ทำจริง และ

2) เข้าใจผิดว่าคนที่มีบุคลิกแปลก/เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด ไม่มีหรือมีโอกาสน้อยที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นพบหนึ่งประเด็นที่กลุ่ม แกนนำชุมชน/อสม. มีผู้เข้าใจผิดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป นั่นคือ เข้าใจผิดว่าสัญญาณการฆ่าตัวตายเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น เช่น จดหมาย ข้อความทางโทรศัพท์ (SMS)

รูปที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายของกลุ่มประชาชนและแกนนำชุมชน/อสม.

| ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย | ประชาชนทั่วไป | | อสม./แกนนำ | | p-value |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------|
| | เข้าใจถูกต้อง | เข้าใจผิด | เข้าใจถูกต้อง | เข้าใจผิด | |
| โรซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย | 90.3 | 9.7 | 93.9 | | 0.032* |
| ผู้ที่เป็โรซึมมักไม่ฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่ต้องคิดมาก | 44.6 | 55.4 | 46.5 | 53.5 | 0.700 |
| ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำอีก | 62.7 | 37.3 | 68.8 | 31.2 | 0.048* |
| ผู้ที่ติดเหล้า หรือติดยาเสพติดอย่างหนักมีโอกาฆ่าตัวตยสูง | 66.2 | 33.8 | 35.4 | 64.6 | 0.062 |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทูพพลภาพ และมีความรู้สึกเบื้อตัวเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตย | 81.0 | 19.0 | 13.4 | 86.6 | 0.545 |
| คนที่พูดออกมาตรงๆ ว่า พวกเขา "อยากตาย" หรือ "จะกินยาตาย" มักไม่ทำจริง | 29.3 | 70.7 | 34.1 | 65.9 | 0.017* |
| สัญญาณการฆ่าตัวตยมักเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น เช่น จดหมาย ข้อความทางโทรศัพท์ ข้อความบนกำแพง | 62.8 | 37.2 | 58.3 | 41.7 | 0.021* |
| คนที่มีบุคลิกที่แปลก/เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด มีโอกาฆ่าตัวตย | 73.0 | 27.0 | 18.5 | 81.5 | 0.002* |
| คนที่พูดว่ามีชีวิตอยู่ไปก็ไร้ความหมาย มีโอกาฆ่าตัวตย | 81.7 | 18.3 | 15.6 | 84.4 | 0.127 |
| เราสามารถป้องกันผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตยได้ โดยสังเกตสัญญาณเตือน เช่น พูดถึงลาเขียนจดหมายลาตย หรือมีท่าทีหมกมุ่น | 91.1 | 8.9 | 1.8 | 98.2 | 0.169 |

*สัดส่วนระหว่างกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value <0.05)

4.3. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต 1323

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต 1323 (รูปที่ 4)

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีสัดส่วนประเด็นที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับสายด่วนฯ 1323 เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

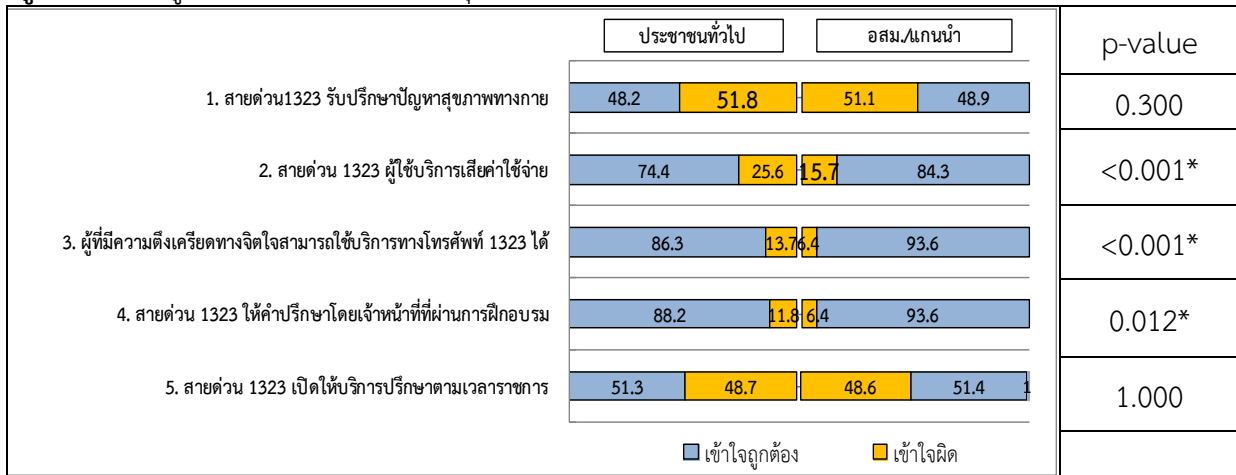
- 1) เข้าใจผิดว่าสายด่วนฯ รับปรึกษาปัญหาสุขภาพกาย (ร้อยละ 51.8)
- 2) เข้าใจผิดว่าเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น (ร้อยละ 48.7)
- 3) เข้าใจผิดว่าผู้ใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 25.6)
- 4) เข้าใจผิดว่าผู้ที่มีความตึงเครียดทางจิตใจ ไม่สามารถใช้บริการสายด่วนฯ ทางโทรศัพท์ได้ (ร้อยละ 13.7)
- 5) เข้าใจผิดว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่ผ่านการอบรม (ร้อยละ 11.6)

แกนนำชุมชน/อสม. มีสัดส่วนประเด็นที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสายด่วนฯ 1323 เรียงลำดับจากมากไปน้อยในประเด็นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไป เท่ากับร้อยละ 51.0, 48.6, 15.7, 6.4 และ 6.4 ตามลำดับ

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มาเปรียบเทียบกันพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสายด่วนฯ 1323 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 95 (p-value <0.05) ใน 3 ประเด็น ซึ่งทุกประเด็นพบว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปมีผู้เข้าใจผิดสูงกว่าแกนนำชุมชน/อสม. นั่นคือ เข้าใจ

ผิดว่าสายด่วนฯ 1323 ผู้ใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่าย เข้าใจผิดว่าผู้ที่มีความตึงเครียดทางจิตใจ ไม่สามารถใช้บริการทางโทรศัพท์ 1323 ได้ และเข้าใจผิดว่าสายด่วนฯ 1323 เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่ผ่านการอบรม

รูปที่ 4 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสายด่วนสุขภาพจิต 1323



*สัดส่วนระหว่างกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value <0.05)

การรู้จักสายด่วนสุขภาพจิต 1323

มีประชาชนทั่วไป และแกนนำชุมชน/อสม. เพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 24.5 และร้อยละ 37.6 ตามลำดับ) ที่รู้จักสายด่วนสุขภาพจิต 1323 โดยมีแกนนำชุมชน/อสม. รู้จักสายด่วนฯ คิดเป็นสัดส่วนที่มากกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 95 (p-value <0.05) (ตารางที่ 7) ประชาชนทั่วไปที่รู้จักสายด่วนสุขภาพจิตมีความรู้เกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่ให้ผ่านสายด่วนฯ คิดเป็นสัดส่วนสูงสุด 3 อันดับแรก เป็นดังนี้ 1) รับปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (ร้อยละ 64.0) 2) รับปรึกษาภาวะเครียด (ร้อยละ 33.9) และ 3) รับปรึกษาปัญหาฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 14.9) สำหรับบริการที่ให้ผ่านสายด่วนสุขภาพจิตที่ แกนนำชุมชน/อสม. ที่รู้จักสายด่วนฯ ทราบคิดเป็นสัดส่วนสูงสุด 3 อันดับแรกเป็นประเด็นเดียวกันกับกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยมีสัดส่วนของแกนนำชุมชน/อสม. ที่ทราบแต่ละประเด็นคิดเป็นร้อยละ 43.6, 25.0 และ 21.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 การรู้จักสายด่วนสุขภาพจิต 1323

| | ประชาชน (896 คน) | | แกนนำชุมชน/อสม. (314 คน) | | p-value |
|-----------------------|------------------|-----------|--------------------------|-----------|---------|
| | รู้จัก | ไม่รู้จัก | รู้จัก | ไม่รู้จัก | |
| สายด่วนสุขภาพจิต 1323 | 24.5 | 75.5 | 37.6 | 62.4 | <0.001 |

ตารางที่ 8 ความรู้เกี่ยวกับบริการที่ให้ผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในกลุ่มผู้ที่รู้จักสายด่วนฯ

| บริการที่ให้ผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 | ประชาชน (242) | | แกนนำชุมชน/อสม. (118) | |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------|--------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป | 155 | 64.0 | 82 | 43.6 |
| ภาวะเครียด | 82 | 33.9 | 47 | 25.0 |
| ปัญหาฆ่าตัวตาย | 36 | 14.9 | 40 | 21.3 |
| ปัญหาโรคซึมเศร้า | 34 | 14.0 | 28 | 14.9 |
| ปัญหาวัยรุ่น | 24 | 9.9 | 12 | 6.4 |
| ปัญหาอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด ปัญหาครอบครัว ผู้สูงอายุ | 35 | 14.5 | 20 | 10.6 |

4.4. ทักษะคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (รูปที่ 5)

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีสัดส่วนทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายในประเด็นต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปน้อย พบว่า 1) มีทัศนคติว่าคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่บอกคนอื่น (ร้อยละ 81.5) 2) การถามถึงการฆ่าตัวตายในคนที่มีความทุกข์จะกระตุ้นให้เขาตัดสินใจกระทำ (ร้อยละ 66.4) 3) คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายมักเรียกร้องความสนใจ (ร้อยละ 64.1) 4) คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมักจะไม่ตั้งใจกระทำ (ร้อยละ 56.5) และ 5) การเอาใจใส่คนที่พูดถึงการฆ่าตัวตายมากเกินไปจะทำให้เขาทำซ้ำอีก (ร้อยละ 47.3)

กลุ่มแกนชุมชน/อสม. มีสัดส่วนทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายในประเด็นต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปน้อยในลักษณะสอดคล้องกับกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยมีสัดส่วนความเห็นด้วยในประเด็นต่างๆ เท่ากับร้อยละ 78.6, 69.1, 69.3, 59.3 และ 52.0 ตามลำดับ

เมื่อนำสัดส่วนความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายของสองกลุ่มทำการเปรียบเทียบ พบว่า สองกลุ่มเห็นด้วยกับประเด็นต่างๆ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (รูปที่ 5)

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีสัดส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การฆ่าตัวตายเป็นบาป (ร้อยละ 96.7) 2) เป็นสิทธิส่วนบุคคล (ร้อยละ 77.2) 3) เป็นการเรียกร้องความสนใจ (ร้อยละ 62.4) 4) เป็นการหนีปัญหา (ร้อยละ 59.8) 5) เป็นเรื่องของคนป่วยทางจิต (ร้อยละ 59.7) และ 6) เป็นทางออกของปัญหา (ร้อยละ 24.3)

กลุ่มแกนชุมชน/อสม. มีสัดส่วนความเชื่อต่อการฆ่าตัวตายเรียงลำดับจากมากไปน้อยในลักษณะสอดคล้องกับกลุ่มประชาชนทั่วไป มีลำดับแตกต่างบางประเด็นดังนี้ 1) การฆ่าตัวตายเป็นบาป (ร้อยละ 95.7) 2) เป็นสิทธิส่วนบุคคล (ร้อยละ 84.1) 3) เป็นเรื่องของคนป่วยทางจิต (ร้อยละ 71.6) 4) เป็นการเรียกร้องความสนใจ (ร้อยละ 68.2) 5) เป็นการหนีปัญหา (ร้อยละ 64.8) และ 6) เป็นทางออกของปัญหา (ร้อยละ 28.4)

เมื่อนำสัดส่วนความเชื่อต่อการฆ่าตัวตายของสองกลุ่มทำการเปรียบเทียบ พบว่า สองกลุ่มมีความเชื่อที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value <0.05) ใน 2 ประเด็นซึ่งทั้งสองประเด็นพบว่าแกนนำชุมชน/อสม.มีผู้ที่เชื่อในประเด็นนั้นๆ สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป นั่นคือ เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของคนป่วยทางจิต และเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิทธิส่วนบุคคล

รูปที่ 5 ทศนคติและความเชื่อของกลุ่มประชาชนและแกนนำชุมชน/อสม.เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

| ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย | | ประชาชนทั่วไป | | อสม./แกนนำ | | p-value |
|---------------------------------------------------------------------|--|---------------|------|------------|------|---------|
| คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่พูดบอกคนอื่น | | 81.5 | 18.5 | 21.4 | 78.6 | 0.257 |
| คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายมักเรียกร้องความสนใจ | | 64.1 | 35.9 | 30.9 | 69.1 | 0.108 |
| การถามถึงการฆ่าตัวตายในคนที่มีความทุกข์จะกระตุ้นให้เขาคิดลึบใจกระทำ | | 66.4 | 33.6 | 30.7 | 69.3 | 0.342 |
| คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมักจะไม่ได้ตั้งใจกระทำ | | 56.5 | 43.5 | 40.7 | 59.3 | 0.402 |
| การเอาใจใส่คนที่พูดถึงการฆ่าตัวตายมากเกินไปจะทำให้เขาทำซ้ำอีก | | 47.3 | 52.7 | 48.0 | 52.0 | 0.160 |
| ความเชื่อต่อการฆ่าตัวตาย | | | | | | |
| การฆ่าตัวตายเป็นบาป | | 96.7 | 3.3 | 4.3 | 95.7 | 0.492 |
| การฆ่าตัวตายเป็นทางออกของปัญหา | | 24.3 | 75.7 | 71.6 | 28.4 | 0.143 |
| การฆ่าตัวตายเป็นการหนีปัญหา | | 59.8 | 40.2 | 35.2 | 64.8 | 0.116 |
| การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของคนป่วยทางจิต | | 59.7 | 40.3 | 28.4 | 71.6 | <0.001* |
| การฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจ | | 62.4 | 37.6 | 31.8 | 68.2 | 0.063 |
| การฆ่าตัวตายเป็นสิทธิส่วนบุคคล | | 77.2 | 22.8 | 15.9 | 84.1 | 0.008* |

■ เห็นด้วย ■ ไม่เห็นด้วย

4.5. แนวปฏิบัติและวิธีการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 9)

ประชาชนทั่วไป ประชาชนทั่วไป 1 ใน 3 (ร้อยละ 34.3) เคยสังเกตอาการหรือสัญญาณของคนเสี่ยงฆ่าตัวตายและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น มีร้อยละ 30 ระบุว่าเคยพบผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย จากการสอบถามลักษณะของผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไป มีผู้ที่ทราบและสามารถระบุลักษณะผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้อย่างน้อย 1 ลักษณะ จำนวน 491 คน (ร้อยละ 49.8) โดยประชาชนทั่วไประบุว่าลักษณะคนที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย สูงสุด 3 อันดับแรก ดังนี้ 1) อยู่ในครอบครัวที่ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ (ร้อยละ 28.1) 2) มีอาการเครียด ซึมเศร้า (ร้อยละ 22.2) และ 3) มีหนี้สินนอกระบบ (ร้อยละ 14.1)

ประชาชนทั่วไปร้อยละ 46.3 เป็นผู้ที่ทราบและสามารถระบุลักษณะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ลักษณะ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ที่เสี่ยงสูงมักจะพูดหรือบ่นว่าอยากตาย (ร้อยละ 40.5) ในขณะที่ประชาชนเพียงร้อยละ 6.6 ระบุว่าเป็นผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และร้อยละ 5.3 ระบุว่าผู้ที่มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฆ่าตัวตาย เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

สำหรับการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประชาชนทั่วไปร้อยละ 34.3 เคยช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมาก่อน โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีปลอบใจ ให้กำลังใจและเตือนสติแก่กลุ่มเสี่ยง ให้กลุ่มเสี่ยงได้ระบายความรู้สึกและคิดหาทางแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน มีส่วนน้อยที่พาไปปรึกษากับแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการใช้หรือแนะนำสายด่วนสุขภาพจิต 1323 มีเพียง 15 คนหรือร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่เคยใช้หรือเคยแนะนำให้คนอื่นโทรไปปรึกษา

แกนนำชุมชน/อสม. ประมาณครึ่งหนึ่งของแกนนำชุมชน/อสม. เคยสังเกตอาการหรือสัญญาณของคนเสี่ยงฆ่าตัวตายและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น มีร้อยละ 45.4 ระบุว่าเคยพบผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย จากการสอบถามลักษณะ

ของผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มแกนนำชุมชน/อสม. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.2) ทราบและสามารถระบุผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ลักษณะ เหมือนกับกลุ่มประชาชนทั่วไป สูงสุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ (ร้อยละ 27.9) 2) ผู้ที่มีอาการเครียด ซึมเศร้า (ร้อยละ 23.8) 3) ผู้ที่มีหนี้สินนอกระบบ (ร้อยละ 13.1)

แกนนำชุมชน/อสม. ร้อยละ 49.7 เป็นผู้ที่ทราบและสามารถระบุลักษณะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ลักษณะ โดยส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ที่เสี่ยงสูงมักจะพูดหรือบ่นว่าอยากตาย (ร้อยละ 34.0) ร้อยละ 12.2 ระบุว่าเป็นผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 11.5 ระบุว่าเป็นผู้ที่มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฆ่าตัวตาย

แกนนำชุมชน/ อสม. มีประสบการณ์ให้ความช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าประชาชนทั่วไปถึง 2.4 เท่า (ร้อยละ 82.1 และร้อยละ 34.3 ตามลำดับ) แต่วิธีการช่วยเหลือไม่ได้แตกต่างจากประชาชนทั่วไป กล่าวคือ ใช้วิธีปลอบใจ ให้กำลังใจและให้สติกับผู้ที่ยเสี่ยง ให้ระบายความรู้สึกและคิดหาทางแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน และมีส่วนน้อยที่พาไปปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการให้หรือแนะนำสายด่วนสุขภาพจิต 1323 นั้น แกนนำชุมชน/อสม. เคยใช้หรือแนะนำให้ผู้อื่นใช้สายด่วนฯ ร้อยละ 10.5

ตารางที่ 9 การปฏิบัติตัวและการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มประชาชนทั่วไป และแกนนำชุมชน/อสม.

| | ประชาชนทั่วไป | | แกนนำชุมชน/อสม. | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
| การสังเกตเห็นและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ยเสี่ยงฆ่าตัวตาย | | | | |
| เคย | 338 | 34.3 | 157 | 50.0 |
| ไม่เคย | 648 | 65.7 | 157 | 50.0 |
| เคยพบผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย | | | | |
| พบ | 296 | 30.0 | 141 | 45.4 |
| ไม่พบ | 690 | 70.0 | 171 | 54.6 |
| ลักษณะผู้ที่ยเสี่ยงฆ่าตัวตาย | | | | |
| ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ทะเลาะเบาะแว้งกันประจำ | 138 | 28.1 | 68 | 27.9 |
| ผู้ที่มีอาการเครียด ซึมเศร้า | 109 | 22.2 | 58 | 23.8 |
| ผู้มีหนี้สินนอกระบบ | 69 | 14.1 | 32 | 13.1 |
| ผู้ที่มีปัญหาด้านความรัก | 44 | 9.0 | 8 | 3.3 |
| ผู้ป่วยโรคร้ายแรง/เรื้อรัง | 36 | 7.3 | 18 | 7.4 |
| ผู้ดื่มเหล้าหนัก/ติดยาเสพติด/ติดการพนัน | 35 | 7.1 | 23 | 9.4 |
| ผู้ป่วยจิตเวช | 13 | 2.6 | 6 | 2.5 |
| ผู้ที่มีอารมณ์แปรปรวน | 10 | 2.0 | 8 | 3.3 |
| ผู้ที่แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน/กิจกรรมทางสังคม | 10 | 2.0 | 5 | 2.0 |
| ผู้ที่ตกงาน ปัญหาเรื่องงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ | 9 | 1.8 | 5 | 2.0 |
| อื่นๆ เช่น ปัญหาการเรียน ผู้สูงอายุ เก็บตัวคนเดียว | 19 | 3.9 | 10 | 4.1 |

ตารางที่ 9 การปฏิบัติตัวและการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มประชาชนทั่วไป และแกนนำชุมชน/อสม.(ต่อ)

| | ประชาชนทั่วไป | | แกนนำชุมชน/อสม. | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
| ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย | | | | |
| พูด/บ่นว่าอยากตาย | 185 | 40.5 | 53 | 34 |
| มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน | 30 | 6.6 | 19 | 12.2 |
| มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฆ่าตัวตาย | 24 | 5.3 | 18 | 11.5 |
| มีแผนการชัดเจน | 13 | 2.8 | 16 | 10.3 |
| มีปัญหาทางจิตเวช | 9 | 2.0 | 9 | 5.8 |
| ปฏิเสธความช่วยเหลือ | 4 | 0.9 | 3 | 1.9 |
| การช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย | | | | |
| ช่วย | 338 | 34.3 | 128 | 82.1 |
| ไม่ช่วย | 648 | 65.7 | 28 | 17.9 |
| วิธีการให้ความช่วยเหลือ | | | | |
| ให้กำลังใจและให้สติ | 179 | 28.5 | 89 | 29.5 |
| รับฟังปัญหาด้วยความเห็นใจและปลอบใจ | 159 | 25.3 | 66 | 21.9 |
| เปิดโอกาสให้ระบายความไม่สบายใจ | 92 | 14.6 | 40 | 13.2 |
| ช่วยคิดหาทางออก | 86 | 13.7 | 39 | 12.9 |
| สอบถามถึงปัญหาที่ทำให้กลุ้มใจ | 67 | 10.7 | 27 | 8.9 |
| เฝ้าดูอย่างใกล้ชิด ไม่ให้อยู่คนเดียว | 18 | 2.9 | 17 | 5.6 |
| พาไปพบแพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษาเช่น อสม. เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน | 9 | 1.4 | 11 | 3.6 |
| เก็บอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย เช่น สารพิษที่หาได้ง่าย | 8 | 1.3 | 9 | 3.0 |
| เคยใช้/แนะนำ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 | | | | |
| เคยใช้/แนะนำ | 15 | 1.5 | 33 | 10.5 |
| ไม่เคย/ไม่แนะนำ | 971 | 98.5 | 281 | 89.5 |

4.6. การปฏิบัติหากพบคนคิดฆ่าตัวตาย

กรณีที่พบผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย ประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 30) และแกนนำชุมชน/อสม. (ร้อยละ 45.5) มีการปฏิบัติเพื่อให้ความช่วยเหลือที่คล้ายๆ กัน โดยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มจะสอบถามคนที่คิดฆ่าตัวตายถึงปัญหาที่ทำให้กลุ่มใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตรอยากช่วยเหลือ ปลอดภัย และให้กำลังใจ พุดเตือนสติ ห้ามไม่ให้ฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสให้ระบายความไม่สบายใจออกมา รับฟังด้วยความเห็นใจ และช่วยคิดหาทางออก คอยไปมาหาสู่ พุดให้ผ่อนคลาย เป็นต้น และจากแกนนำชุมชน/อสม. ที่ให้ข้อมูลจำนวน 290 คน มีเพียงร้อยละ 12.4 ที่ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การปฏิบัติของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. หากพบคนคิดฆ่าตัวตาย

| | ประชาชน (803) | | แกนนำชุมชน/อสม. (290) | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-----------------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1.สอบถามถึงปัญหาที่ทำให้กลุ่มใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตรอยากช่วยเหลือ ปลอดภัย และให้กำลังใจ | 586 | 73.0 | 239 | 82.4 |
| 2.พุดเตือนสติ ห้ามไม่ให้ฆ่าตัวตาย | 449 | 55.9 | 180 | 62.1 |
| 3.เปิดโอกาสให้ระบายความไม่สบายใจออกมา รับฟังด้วยความเห็นใจ และช่วยคิดหาทางออก | 334 | 41.6 | 141 | 48.6 |
| 4.คอยไปมาหาสู่ พุดให้ผ่อนคลาย | 59 | 7.3 | 102 | 35.2 |
| 5.เฝ้าดูอย่างใกล้ชิด ไม่ให้อยู่คนเดียว | 32 | 4.0 | 38 | 13.1 |
| 6.ประเมินว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากหรือน้อย | 21 | 2.6 | 21 | 7.2 |
| 7.พาไปพบแพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษาเช่น อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลชุมชน | 44 | 5.5 | 32 | 11.0 |
| 8.เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ฆ่าตัวตาย | 5 | 0.6 | 6 | 2.1 |
| 9.เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง | | | 36 | 12.4 |
| 10.จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการติดตามดูแล | | | 3 | 1.0 |

4.7. กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย

ในการศึกษานี้พบประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยคิดฆ่าตัวตายคิดเป็นสัดส่วนที่เท่ากันที่ร้อยละ 11 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม.ที่เคยคิดฆ่าตัวตาย

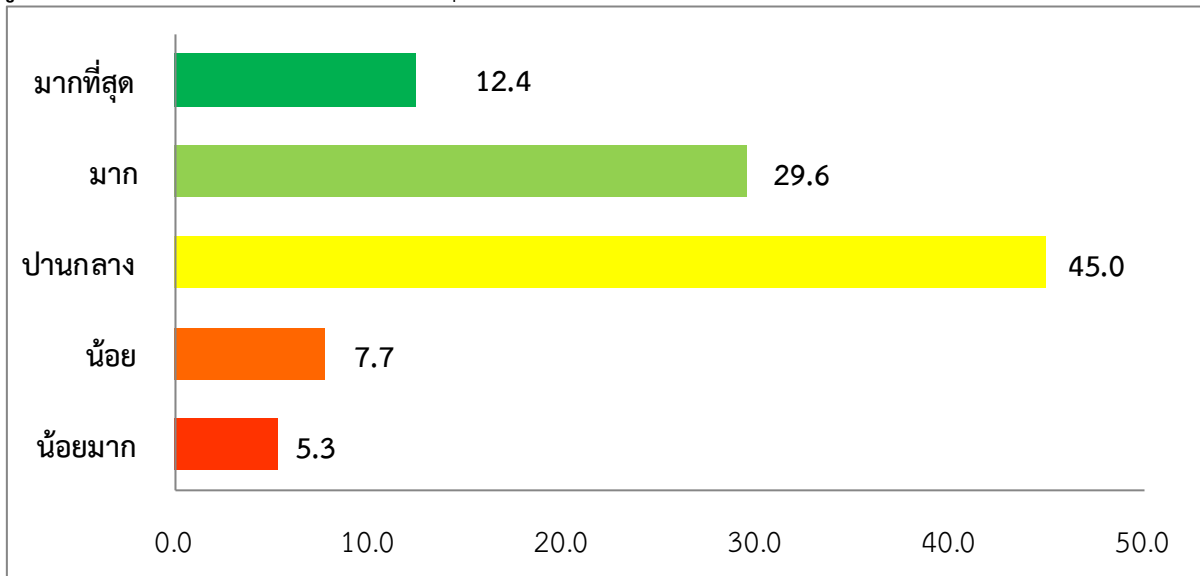
| | ประชาชนทั่วไป | | แกนนำชุมชน/อสม. | | p-value |
|-----------|---------------|--------|-----------------|--------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| เคยคิด | 108 | 11.0 | 35 | 11.1 | 1.000 |
| ไม่เคยคิด | 877 | 89.0 | 279 | 88.9 | |
| รวม | 985 | 100 | 314 | 100 | |

4.8. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแกนนำชุมชน/อสม. ในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย แกนนำชุมชน/อสม.ที่ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25.2) มีประสบการณ์ในการทำงานประมาณ 10-14 ปี (ตารางที่ 12) และมีผู้ที่มีประสบการณ์เป็นแกนนำชุมชนหรือ อสม. มากกว่า 20 ปี ถึงร้อยละ 12.7 แต่มีผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะเพียงร้อยละ 2 และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.4) ของแกนนำชุมชน/อสม. เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวชและแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการอบรมฯ จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 56.7) แกนนำชุมชน/อสม. ส่วนใหญ่ได้รับการการอบรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (ร้อยละ 73.5) ร้อยละ 58.8 ระบุว่าเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังจากได้รับการอบรมแล้ว แกนนำชุมชน/อสม. ร้อยละ 45 เห็นว่าสามารถนำความรู้จากการอบรมมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของตนได้ในระดับปานกลาง และมีประมาณร้อยละ 42 ระบุว่านำความรู้จากการอบรมมาใช้ประโยชน์ได้มากและมากที่สุด (รูปที่ 6)

ตารางที่ 12 บทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชน/อสม. และการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวชและแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย

| | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| ประสบการณ์ในการเป็นแกนนำชุมชน/อสม. (ปี) | | |
| < 5 | 78 | 24.8 |
| 5-9 | 52 | 16.6 |
| 10-14 | 79 | 25.2 |
| 15-20 | 65 | 20.7 |
| > 20 | 40 | 12.7 |
| บทบาทหน้าที่ | | |
| กำหนดให้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ | 7 | 2.2 |
| บทบาทหน้าที่ของ อสม. ทั่วไป | 307 | 97.8 |
| การอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวช แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย | | |
| ไม่เคย | 140 | 44.6 |
| เคย | 174 | 55.4 |
| จำนวนครั้งของการอบรม | | |
| 1 ครั้ง | 97 | 56.7 |
| 2 ครั้ง | 50 | 29.2 |
| 3 ครั้ง | 10 | 5.8 |
| มากกว่า 3 ครั้ง | 14 | 8.2 |
| ประเด็นของการอบรม | | |
| สุขภาพจิตทั่วไป | 125 | 73.5 |
| การป้องกันการฆ่าตัวตาย | 100 | 58.8 |
| เฉพาะโรคซึมเศร้า | 55 | 32.4 |
| เฉพาะโรคเครียด | 50 | 29.4 |
| เฉพาะสุราและยาเสพติด | 15 | 8.8 |
| การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต วิธีคลายเครียด | 12 | 17.4 |
| ทบทวนการลดเหล้าที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต | 7 | 10.1 |
| เฉพาะปัญหาความจำเสื่อม | 5 | 7.2 |

รูปที่ 6 ประโยชน์ของการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต จิตเวชและแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย



4.9. กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายและปัญหาจิตเวชอื่นๆ ที่แกนนำชุมชน/อสม.ส่วนใหญ่ได้ดำเนินการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คือ 1) การออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว (ร้อยละ 68.5) 2) รณรงค์ส่งเสริมให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต (ร้อยละ 59.2) 3) ประสานความร่วมมือกับ รพช. หรือ รพ.สต. เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 56.4) (ตารางที่ 13) สำหรับการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการติดตามดูแลนั้น มีแกนนำชุมชน/อสม. เพียงร้อยละ 12.4 ที่ดำเนินการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 13 กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนินการโดยแกนนำชุมชน/อสม.

| กิจกรรม | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว | 215 | 68.5 |
| 2. ส่งเสริมให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต | 186 | 59.2 |
| 3. ประสานความร่วมมือกับ รพช. หรือ รพ.สต. เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการป้องกันการฆ่าตัวตาย | 177 | 56.4 |
| 4. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการติดตามดูแล | 39 | 12.4 |

4.10. อัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ศึกษา

จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน (อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อมูลคลาดเคลื่อน ผู้รับผิดชอบงานจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เชียงใหม่ จึงไม่ได้รวมไว้ในรายงานฉบับนี้) ซึ่งในปีงบประมาณ 2556 อัตราการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดของทั้งสองจังหวัดเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2555 และหากพิจารณารายอำเภอที่ดำเนินมาตรการ พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ เกือบทุกอำเภอมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะที่อำเภอเวียงแหง หางดง และสันป่าตอง (18.5, 16.2 และ 13.3 ต่อแสนประชากร) ขณะเดียวกันมีเพียงอำเภอจอมทองเท่านั้นที่อัตราการฆ่าตัวตายลดลง (9.1 ต่อแสนประชากร) สำหรับจังหวัดลำพูน พบว่ามี 3 อำเภอที่อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2555 ได้แก่ อำเภอทุ่งหัวช้าง เวียงหนองล่อง และแม่ทา (เป็น 20.4, 16.7 และ 5.0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) และมี 5 อำเภอที่อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ ป่าซาง ลี้ อำเภอเมือง บ้านโฮ้ง และอำเภอบ้านธิ (เป็น 15.9, 13.2, 11.9, 9.6 และ 5.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ)

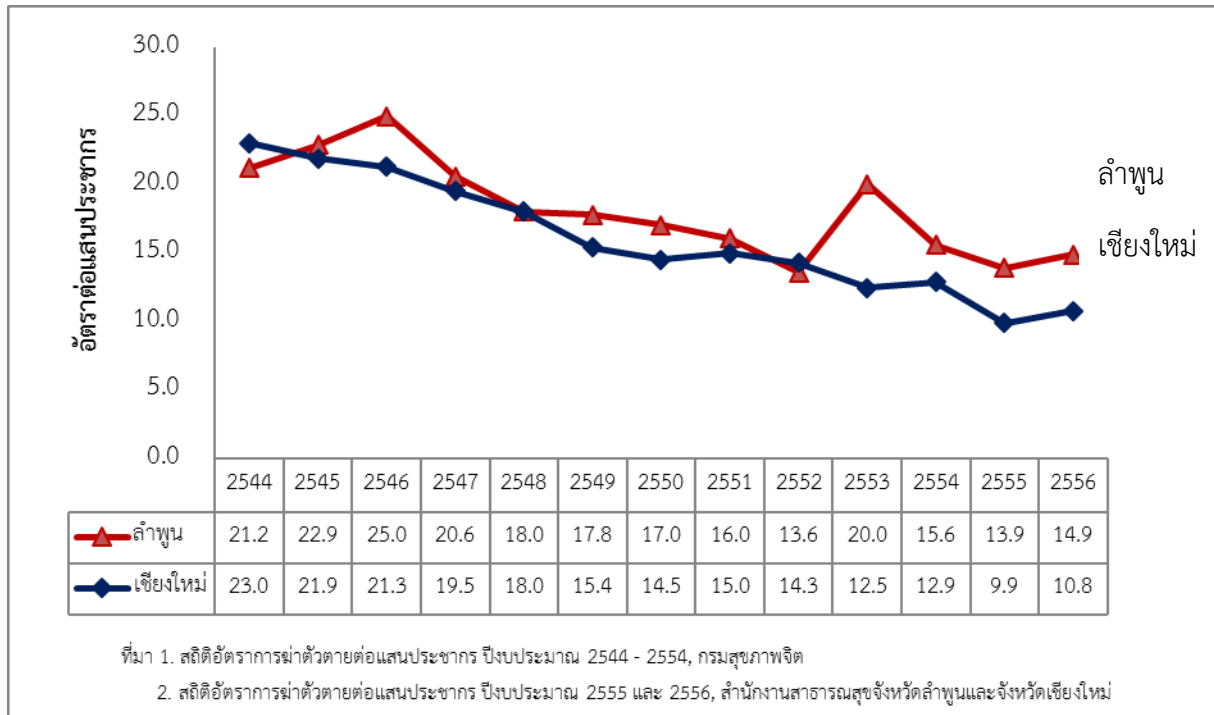
สำหรับอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนพบว่า เกือบทุกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะที่อำเภอฝาง ดอยสะเก็ด และจอมทอง ในจังหวัดลำพูน มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นที่อำเภอเวียงหนองล่องและป่าซาง ส่วนอำเภออื่นๆ พบว่ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลง โดยเฉพาะที่อำเภอบ้านโฮ้งและทุ่งหัวช้าง (ตารางที่ 14)

หากพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรของทั้งสองจังหวัดตั้งแต่มีการเฝ้าระวังและป้องกันที่ชัดเจนเมื่อปี พ.ศ. 2544 จนถึง 2556 พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 ทั้งสองจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง โดยจังหวัดเชียงใหม่ลดลงประมาณ 2.1 เท่า จังหวัดลำพูนลดลงประมาณ 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2544 แต่ทั้งสองจังหวัดมีแนวโน้มหรือทิศทางลดลงแตกต่างกัน จังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มลดลงค่อนข้างต่อเนื่องมาโดยตลอด และแต่ละปีจะลดลงไม่มาก ยกเว้นช่วงปี พ.ศ. 2555 มีอัตราการลดลงของอัตรา มากกว่าปีอื่นๆ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2556 สำหรับจังหวัดลำพูน อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2544 -2546 หลังจากนั้นจะเริ่มลดลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ.2553 จะพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอีกครั้ง และจะลดลงจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2556 ที่พบการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (รูปที่ 7)

ตารางที่ 14 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ปีงบประมาณ 2555 และ 2556

| | อำเภอ | อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย/แสนประชากร | | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ/แสนประชากร | |
|---------------------------------------------|---------------|------------------------------------|------|------------------------------------|-------------|
| | | 2555 | 2556 | 2555 | 2556 |
| จังหวัดเชียงใหม่ | | | | | |
| 1 | จอมทอง | 36.3 | 58.9 | 12.6 | 9.1 |
| 2 | พร้าว | 0.0 | 0.0 | 15.5 | 20.1 |
| 3 | ดอยสะเก็ด | 38.4 | 40.9 | 6.1 | 8.8 |
| 4 | ฝาง | 50.7 | 63.4 | 7.4 | 9.8 |
| 5 | สันกำแพง | 29.4 | 36.7 | 8.0 | 8.9 |
| 6 | สันทราย | 11.0 | 9.9 | 0.0 | 4.9 |
| 7 | สันป่าตอง | 49.7 | 55.8 | 5.2 | 13.3 |
| 8 | เวียงแหง | 47.6 | 51.7 | 0.0 | 18.5 |
| 9 | หางดง | 35.1 | 39.9 | 1.4 | 16.2 |
| 10 | สารภี | 31.9 | 37.1 | 9.3 | 12.8 |
| ภาพรวมทั้งจังหวัด (ไม่รวมอำเภอเมือง) | | | | 9.9 | 10.8 |
| จังหวัดลำพูน | | | | | |
| 1 | เมือง | 18.8 | 18.1 | 12.6 | 11.9 |
| 2 | แม่ทา | 17.7 | 10.1 | 5.1 | 10.1 |
| 3 | บ้านโฮ่ง | 45.8 | 7.1 | 14.5 | 9.6 |
| 4 | ลี้ | 38.1 | 26.4 | 17.6 | 13.2 |
| 5 | ทุ่งหัวช้าง | 71.4 | 20.4 | 10.2 | 30.6 |
| 6 | ป่าซาง | 17.7 | 37.2 | 21.2 | 15.9 |
| 7 | บ้านธิ | 28.8 | 17.3 | 17.3 | 5.8 |
| 8 | เวียงหนองล่อง | 16.7 | 55.8 | 5.6 | 22.3 |
| ภาพรวมทั้งจังหวัด | | | | 13.9 | 14.9 |

รูปที่ 7 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรของจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ปีงบประมาณ 2544 – 2556



บทที่ 5 อภิปราย ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัดของการศึกษา

5.1. มาตรการสื่อประชาสัมพันธ์

มีงานวิจัยในหลายประเทศ [6-9] แสดงให้เห็นว่า การรณรงค์ประชาสัมพันธ์กับประชาชนด้วยวิธีการที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่สามารถช่วยสร้างความตระหนัก เสริมทักษะในการแก้ปัญหา สุขภาพจิต รวมถึงป้องกันการฆ่าตัวตายได้ อีกทั้งทำให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งญาติผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการบริการเพื่อป้องกัน ส่งต่อผู้ป่วย และบำบัดดูแลได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเหล่านั้นเสนอแนะไปในทิศทางเดียวกันว่าการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ไม่ใช่ทำเพียงวิธีการใดวิธีการหนึ่ง แต่ต้องดำเนินการหลายวิธีควบคู่กัน และต้องดำเนินมาตรการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จึงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทักษะ และทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สำหรับการพัฒนามาตรการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในโครงการศึกษานี้ เป็นผลมาจากข้อเสนอแนะของเชิญขวัญและคณะ [11] ได้เสนอแนวทางการพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนว่า ควรพัฒนาสื่อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทั้งด้านเนื้อหา ภาษา และช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ อีกทั้งเน้นสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ ของคนในพื้นที่นั้นๆ จากแนวทางดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนามาตรการเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยวางแผนพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ ได้แก่ ผลิตสโปตวิทยุเพื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางวิทยุกระจายเสียงและเสียงตามสายในชุมชน โรงเรียน และสถานที่สำคัญอื่นๆ รวมทั้งพัฒนาป้ายโฆษณา เว็บไซต์ และสื่อบุคคล แต่เนื่องจากการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์มีความล่าช้าเป็นอย่างมาก ไม่สามารถนำออกเผยแพร่ได้ตามเวลาที่กำหนด คณะนักวิจัยจึงตัดสินใจยุติการพัฒนาสื่ออีก 2 ประเภท คือ ป้ายประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์

ในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ ผู้รับผิดชอบได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนนักศึกษาในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผลผลิตที่ได้จากการเรียนของนักศึกษาได้ถูกนำไปใช้จริง ถือได้ว่าเป็นแนวทางที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้เปิดโอกาสให้คนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการผลิตสื่อ แต่แนวคิดนี้จะได้ผลผลิตตามแผนงานและมีประสิทธิภาพหากมีการกำหนดกรอบระยะเวลาที่แน่นอน และมีระบบการติดตามเร่งรัดให้ได้ผลงานเร็วขึ้น ไม่ปล่อยให้ไปไปตามตารางเวลาของการเรียนการสอนปกติ

การพัฒนาสื่อครั้งนี้ทำได้เพียงสโปตวิทยุ ซึ่งมีเนื้อหาเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจทั้งประชาชนทั่วไป ผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย นอกจากจะให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเบื้องต้นแล้ว ยังเสนอแนะแนวทางปฏิบัติและช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ตามหลักการป้องกันการฆ่าตัวตาย ครอบคลุมทั่วไป (Universal prevention) เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการปัญหาการฆ่าตัวตายตาม Universal Selective Indicated (USI) prevention model ซึ่งมาโนชและคณะ [12] ได้ทบทวนและจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์และนโยบายการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับประเทศไทย

5.2. มาตรการพัฒนาระบบบริการ

นอกจากการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์แล้วโครงการฯ ได้พัฒนามาตรการระบบการให้บริการเพื่อป้องกันการปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 18 อำเภอ โดยพัฒนาคู่มือในการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 2 ฉบับ นั่นคือคู่มือดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ และคู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับ แกนนำชุมชน/อสม. คู่มือทั้งสองเล่มดังกล่าวมีเนื้อหาที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิและชุมชนมีความรู้และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม หากพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการป้องกันแบบ Selective and Indicated Prevention ตามหลัก USI prevention model ที่มานิซ และคณะ [12] ได้เสนอไว้ ถึงแม้การพัฒนาาระบบบริการเพื่อเตรียมพร้อมในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายจะดำเนินการได้ แต่จะไม่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริงหากไม่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและขาดแรงกระตุ้นหรือมาตรการเสริมตามมา ในการศึกษาครั้งนี้มี 14 ใน 18 อำเภอที่เตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแกนนำชุมชน/อสม. แต่จากการสอบถามกลับหลังการอบรมไปแล้ว เกือบทุกอำเภอจะให้แกนนำชุมชน/อสม.คิดเอง ทำเอง ไม่มีการกำกับ ติดตามและประเมินการทำงาน

5.3. ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ มีบางประเด็นที่มีผู้เข้าใจผิดเป็นจำนวนมาก เช่น ร้อยละ 55 ของประชาชนทั่วไป และร้อยละ 47 ของแกนนำชุมชน/อสม. เข้าใจผิดว่าผู้ที่เป็โรครจิตมักไม่ฆ่าตัวตาย เนื่องจากไม่ต้องคิดมาก ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมา [13] ซึ่งพบว่าประชาชนในพื้นที่อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่มีความเข้าใจผิดประเด็นเดียวกันร้อยละ 54 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสองกลุ่มมีความเข้าใจผิดตรงกันในเรื่องอื่น ๆ เช่น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำอีก และผู้ที่ติดเหล้า ติดสารเสพติดไม่ใช่ผู้ที่มีเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีบางประเด็นที่แกนนำชุมชน/อสม. เข้าใจผิดในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่อง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำอีก มีผู้เข้าใจผิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย มีบางประเด็นที่ทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มีผู้เข้าใจผิดเป็นสัดส่วนค่อนข้างมาก นั่นคือ เข้าใจผิดว่าคนที่พูดออกมาตรงๆ ว่าอยากตายหรือจะกินยาตายมักจะไม่กระทำจริง เข้าใจผิดว่าสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายเป็นเพียงลายลักษณ์อักษร เข้าใจผิดว่าคนที่มีบุคลิกแปลกหรือเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่ใช่กลุ่มที่มีโอกาสฆ่าตัวตาย และที่สำคัญมีข้อมูลชี้แจงว่าแกนนำชุมชน/อสม. ยังเข้าใจผิดค่อนข้างสูงว่าสัญญาณการฆ่าตัวตายเป็นเพียงลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และมีผู้เข้าใจผิดสูงกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เรื่องสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ทั้งสองกลุ่มมีประมาณครึ่งหนึ่งที่เข้าใจว่าสายด่วนดังกล่าวนี้รับปรึกษาปัญหาสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว เข้าใจว่าสายด่วนฯ เปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ นอกจากนั้นมีจำนวนไม่น้อย (ประมาณร้อยละ 15-25) ที่เข้าใจว่าจะเสียค่าใช้จ่ายหากใช้บริการหรือโทรไปปรึกษา ซึ่งความเข้าใจผิดเหล่านี้ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลหรือเข้าถึงบริการเบื้องต้นของผู้มีแนวโน้มเสี่ยงฆ่าตัวตายหรือญาติผู้ดูแลได้

สำหรับทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายและความเชื่อต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มีทัศนคติและความเชื่อไปในทิศทางเดียวกันทุกประเด็น มีหลายประเด็นในการสำรวจครั้งนี้ที่อาจแสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนไม่ว่าจะเป็นแกนนำชุมชน/อสม. หรือประชาชนทั่วไป มีทัศนคติที่อาจแสดงถึงการไม่ใส่ใจต่อปัญหาการฆ่าตัวตายที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับชุมชนหรือต้องร่วมมือร่วมใจกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และสุชีรา ภพราษฎร์วรรณ [14] ที่พบว่า ส่วนมากเห็นด้วยว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิทธิส่วนบุคคล (อสม. หรือแกนนำเห็นด้วยในประเด็นนี้มากกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) คนที่ฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจ เป็นต้น ซึ่งทัศนคติเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวป้องกันการฆ่าตัว

ตายส่วนบุคคล การให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในชุมชน และการช่วยกันสอดส่องดูแลสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน นอกจากนั้นการที่ทั้งแกนนำชุมชน/อสม. และประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่พูดบอกคนอื่น และมีทัศนคติว่าคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายมักเรียกร้องความสนใจนั้น แสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย ซึ่งมีผลงานวิจัยที่ระบุว่าก่อนตัดสินใจฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านั้นมักมีพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนไม่ว่าเป็นการสื่อสารทางวาจา เช่น พูดอยากตาย เสียใจ การสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น มีบุคลิกเปลี่ยนแปลงจากเดิม แยกตัว เก็บกด เป็นต้น ดังการศึกษาที่ผ่านมา [4, 11] ที่ชี้ให้เห็นว่าหากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดไม่ทราบหรือไม่เข้าใจสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตายต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอย่างน้อยที่สุด แกนนำชุมชน/อสม. ควรมีความเข้าใจสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตายต่างๆ รวมทั้งทัศนคติหรือความเชื่อในประเด็นต่างๆ เป็นอย่างดี ซึ่งการสำรวจครั้งนี้พบว่าไม่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป

หากพบคนคิดฆ่าตัวตาย ทั้งแกนนำชุมชน/อสม. และประชาชนทั่วไปมีการปฏิบัติการช่วยเหลือเหมือนกัน โดยส่วนใหญ่จะสอบถามถึงปัญหาเหล่านั้น พูดเตือนหรือให้สติ ให้บุคคลเหล่านั้นระบายความในใจ หาทางออก ร่วมกัน มีเพียงส่วนน้อยที่ระบุว่าได้ประเมินระดับความเสี่ยงเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และแนะนำให้ไปปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข จากการปฏิบัติการช่วยเหลือดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือพื้นฐานทั่วไป แต่แนวทางปฏิบัติการช่วยเหลือของทั้งสองกลุ่มยังไม่สามารถประเมินเพื่อจำแนกระดับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งแต่ละกลุ่มจะปฏิบัติการช่วยเหลือด้วยวิธีที่แตกต่างกันได้

5.4. อัตราการฆ่าตัวตาย

อัตราการฆ่าตัวตายของทั้งสองจังหวัดในปีงบประมาณ 2556 เพิ่มขึ้นประมาณ 1.0 ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2555 ถือว่ายังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งสองจังหวัดที่ควรดำเนินการมาตรการที่มีอยู่ หรือเพิ่มมาตรการ โดยเฉพาะมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ได้ดำเนินการในโครงการนี้

5.5. ข้อเสนอแนะการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ควรดำเนินการมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สปอทีวี วิทยุ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นดำเนินการพัฒนาและนำสื่อประชาสัมพันธ์อื่นๆ ที่วางแผนไว้ ได้แก่ ป้ายโฆษณาประชาสัมพันธ์ เว็บไซต์ ไปใช้ โดยดำเนินการไปพร้อมกับกิจกรรมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และแกนนำชุมชน/อสม. อีกทั้งควรต้องมีการศึกษาวิจัยการติดตามประเมินผลโครงการควบคู่กันไปด้วย โดยการดำเนินการมาตรการต่างๆ ควรเน้นประเด็นสำคัญดังนี้

1. สร้างความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายแก่ประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. นอกจากนั้นแกนนำชุมชน/อสม. ต้องสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายและต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสมในแต่ละระดับความเสี่ยงได้
2. สร้างทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องในกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ที่คิดฆ่าตัวตายว่า ผู้คนนั้นอาจจะมีปัญหาที่หาทางออกเองไม่ได้ ซึ่งไม่ใช่เป็นการเรียกร้องความสนใจ รวมทั้งปรับความเชื่อที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของผู้ป่วยโรคจิตเท่านั้น และการฆ่าตัวตายเป็นสิทธิส่วนบุคคล เป็นต้น

3. เพิ่มช่องทางการบริการให้คำปรึกษากับกลุ่มเสี่ยง เช่น พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน/อสม. เป็นผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และพัฒนาการบริการให้คำปรึกษา โดยบุคลากรสุขภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมทั้งการให้บริการให้คำปรึกษาโดยแกนนำชุมชน/อสม. (ทั้งชุมชน วัด โรงเรียน) ให้เหมาะสมกับวัย หรือบริบททางสังคม เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ) และให้คำปรึกษาผ่านผู้นำทางศาสนา เป็นต้น นอกจากนี้ควรประชาสัมพันธ์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือแหล่งข้อมูลที่จำเป็นอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาระบบบริการเพื่อเตรียมพร้อมและรองรับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างญาติผู้ดูแลใกล้ชิด แกนนำชุมชน/อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมทั้งหน่วยงาน ภาคีในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือ ดูแล และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ และพร้อมให้การช่วยเหลือ
5. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประสานความร่วมมือกับ อสม. แกนนำ เพื่อจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งมีกิจกรรมชุมชนบำบัด หรือกิจกรรมเพิ่มคุณค่าของผู้ป่วยอยู่เสมอ

5.6. ข้อจำกัดการศึกษา

เนื่องจากการดำเนินมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ไม่สามารถพัฒนาและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เป็นตามแผนกิจกรรมและระยะเวลาที่กำหนด เป็นเหตุให้คณะนักวิจัยยุติโครงการโดยไม่มีการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นที่เกิดจากมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์และมาตรการพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายของมาตรการดังกล่าว ถึงแม้การเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ทำการศึกษาในช่วงระยะเวลาก่อนและหลังดำเนินโครงการจะพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น เล็กน้อย แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการดำเนินมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ และมาตรการพัฒนาระบบบริการ ในโครงการวิจัยนี้หรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- [1] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- [2] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546-2550.
- [3] บุญชัย นวมงคลวัฒนา. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ ๔ สุขภาพจิตกับยาเสพติด. โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร 2546.
- [4] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ 16,000 ล้านบาท. มองเศรษฐกิจฉบับที่ 1857. 2549.
- [5] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ พ.ศ.2550: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- [6] Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*. 2003 Nov;36(6):288-91.
- [7] Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173:519-22.
- [8] Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005 Apr;39(4):248-54.
- [9] Akroyd S, Wylie J. Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness:survey 4. Wellington,New Zeland: New zeland Ministry of Health;2002.
- [10] Sogaard AJ, Fonnebo V. Effects of a TV mental health campaign 1992. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1996 Aug 30;116(20):2467-72.
- [11] เขียวขวัญ ภูษณงค์, วิชรียา เจริญชูเกียรติกิจ และคณะ.การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน; 2554.
- [12] มาโนช หล่อตระกูล. มาตรการในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย. [cited 2557 26 May]; Available from: <http://www.ramamental.com/suicide/prevention.html>.
- [13] ทวีชัย อย่างเจริญ, กรรณิกา สมบัติวัฒนางกูร . ผลการประเมินความรู้และทัศนคติจากโครงการสร้างความตระหนักให้ชุมชนร่วมมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย: อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่วารสารสวนปรง. 2550;23(1):3
- [14] เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2542;44(4):320-343.

ภาคผนวก

รายการหมู่บ้านที่ถูกสุ่มเลือกเป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

| หมู่บ้าน | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด |
|---------------------|------------|-----------|-----------|
| บ้านน้ำดิบสามัคคี | ช่วงเปา | จอมทอง | เชียงใหม่ |
| บ้านบ้านฮ่อน | ช่วงเปา | จอมทอง | เชียงใหม่ |
| บ้านสบแจ่มฝั่งขวา | บ้านแปะ | จอมทอง | เชียงใหม่ |
| บ้านโป่งไถ | เวียง | ฝาง | เชียงใหม่ |
| บ้านทรายขาว | ศรีดงเย็น | ฝาง | เชียงใหม่ |
| บ้านป่าสักน้อย | เชิงดอย | ดอยสะเก็ด | เชียงใหม่ |
| บ้านน้ำแพร่ | ตลาดขวัญ | ดอยสะเก็ด | เชียงใหม่ |
| บ้านเกษตรใหม่ | หนองหาร | สันทราย | เชียงใหม่ |
| บ้านทุ่งข้าวตอกใหม่ | หนองแห่ | สันทราย | เชียงใหม่ |
| บ้านก่อเก้า | ทุ่งด้อม | สันป่าตอง | เชียงใหม่ |
| บ้านเจดีย์เนิ้ง | บ้านแม่ | สันป่าตอง | เชียงใหม่ |
| บ้านเชียงขวาง | ไชยสถาน | สารภี | เชียงใหม่ |
| บ้านต้นโชคหลวง | ไชยสถาน | สารภี | เชียงใหม่ |
| บ้านหัวหลิม | หนองแฝก | สารภี | เชียงใหม่ |
| บ้านกอง | หางดง | หางดง | เชียงใหม่ |
| บ้านทุ่งอ้อหลวง | หารแก้ว | หางดง | เชียงใหม่ |
| บ้านเป่อ (หนองแก้ว) | สันผักหวาน | หางดง | เชียงใหม่ |
| บ้านช่างเขียน | บ้านธิ | บ้านธิ | ลำพูน |
| บ้านป่าปี | บ้านธิ | บ้านธิ | ลำพูน |
| บ้านห้วยน้ำดิบ | บ้านโฮ้ง | บ้านโฮ้ง | ลำพูน |
| บ้านป่าข่อยเหนือ | นครเจดีย์ | ป่าซาง | ลำพูน |
| บ้านห้วยไฟ | นครเจดีย์ | ป่าซาง | ลำพูน |
| บ้านสะปุงหลวง | ม่วงน้อย | ป่าซาง | ลำพูน |
| บ้านวังหมื่น | วังผาง | ป่าซาง | ลำพูน |
| บ้านกลาง | บ้านกลาง | เมือง | ลำพูน |
| บ้านศรีคำ | บ้านกลาง | เมือง | ลำพูน |
| บ้านม้าเหนือ | ศรีบัวบาน | เมือง | ลำพูน |
| บ้านทุ่งยาว | ศรีบัวบาน | เมือง | ลำพูน |
| บ้านทาป่าสัก | ทาปลาตุ๊ก | แม่ทา | ลำพูน |
| บ้านแม่หวางลุ่ม | นาทราย | แม่ทา | ลำพูน |
| บ้านเด่นหม้า | แม่ลาน | แม่ทา | ลำพูน |
| บ้านหนองมะลื้อ | แม่ลาน | แม่ทา | ลำพูน |
| บ้านแพะหนองห้า | ลี | แม่ทา | ลำพูน |
| บ้านใหม่สุขสันต์ | ศรีวิชัย | แม่ทา | ลำพูน |



.....
รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนา
และประเมินผลมาตรการป้องกัน
การฆ่าตัวตาย
.....

