

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการฆ่าตัวตายและบริการสุขภาพจิตในจังหวัดลำพูน พ.ศ. 2546-2548 ผู้ศึกษาได้ ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
2. บริการสุขภาพจิตและระบบรายงานสุขภาพจิต
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบ ชีวิตหรือหลุดพ้นจากการบีบคั้นความคับข้องใจในชีวิต การกระทำดังกล่าวเป็นสาเหตุการตายที่ไม่ พึ่งปรารถนาและจัดได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่รุนแรง ผลของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่า ตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของตนเอง ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่นๆทั้งทางด้าน ภาวะจิตใจของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศชาติ ซึ่งเป็นการสูญเสีย ทรัพยากรมนุษย์ไปโดยเปล่าประโยชน์ทั้งที่บุคคลนั้นยังมีโอกาสทำประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้อีกมาก (อภิชัย มงคล, 2548)

ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2545) ให้ความหมาย การฆ่าตัวตาย (suicide) หรือ ใช้คำว่า อุตวินาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง และไม่ใช่อุบัติเหตุ เรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide completers) ส่วนคำว่า การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติที่แน่นอนเพราะไม่ได้มาขอรับบริการโดยตรงไปตรงมา ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempter)

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย (suicide) ว่าเป็นการกระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้น้ำหรือเชือก เป็นต้น และการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง การพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือการทำร้ายตนเองทำให้ตนเองบาดเจ็บซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

Thaimental.com (2546) ให้ความหมาย การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นผลให้ตัวเองตาย ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง การทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย

สรุป การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่บุคคลพยายามที่จะทำให้ตนเองจบชีวิตด้วยวิธีต่างๆ แต่ยังไม่ตาย และ การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำที่บุคคลทำให้ตนเองจบชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ได้มีผู้พยายามศึกษาถึงทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ดังเช่น

ซัลลิแวน (Sullivan) กล่าวว่า คนฆ่าตัวตาย เกิดจากเขาไม่สามารถจัดการความคับข้องใจ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

ชไนด์แมนและคณะ (Schneidman, et al.) เชื่อว่าผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1. เชื่อว่าการตายเป็นการเปลี่ยนชีวิตใหม่ ชาติหน้าจะมีความสุขมากกว่านี้
2. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตที่จะอยู่ต่อไป หรือ ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกายรุนแรง การตายจึงเป็นการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

3. มีอาการโรคจิต ฆ่าตัวตายเพราะประสาทหลอนหรือหลงผิด

4. ฆ่าตัวตายด้วยความโกรธแค้น พยายาม ต้องการให้ผู้อื่นสำนึกผิด

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) กล่าวถึง การฆ่าตัวตาย ว่าเป็นบทบาทหนึ่งของการทำงานของจิตใจ ในจิตใต้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับ ความก้าวร้าว หันเข้ามาทำโทษตนเอง เป็นการเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง (introjection) (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

เมนนิเงอร์ (Meaninger) เชื่อว่า คนที่พยายามฆ่าตัวตายมีความพยายาม 3 อย่าง คือ (1) ความต้องการฆ่า (wish to kill) เป็นแรงกระตุ้นที่ขั้มมาจากความก้าวร้าว โดยบุคคลกระทำตนเป็นสิ่งที่ภายนอกซึ่งเขาปรารถนาที่จะฆ่า (2) ความต้องการที่จะถูกฆ่า (wish to be kill) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงที่สุดคือความตาย ทั้งนี้ความเจ็บปวดที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข เกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึก (3) ความต้องการฆ่า

(wish to die) เกิดจากความเข้าใจว่าความตายเป็นการหนีไปเสียเพื่อจะได้กลับมาใหม่และมีความแตกต่างระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกในความต้องการตายและไม่ต้องการตาย เป็นผลให้เกิดความขัดแย้ง (conflict) อันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (อรจิต อคฺลยฺยานุภาพ, 2539)

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย สามารถพิจารณาได้จากกรอบแนวคิดทาง Biopsychosocial ดังนี้

1. สาเหตุทางชีววิทยา (กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.1 การเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเรื้อรัง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว และญาติในการดูแลรักษาและต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย เช่น มะเร็ง เอ็ดส์

1.2 โรคทางจิตเวช 4 กรณีต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง ได้แก่

โรคซึมเศร้ารุนแรง นอกจากอารมณ์เศร้า หงุดหงิด หดหู่ใจไม่แจ่มใสแล้วจะมีอาการทางกายต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ความนึกคิดและการกระทำเชิงซ้ำ

โรคจิต อาจมีความหวาดระแวงหลงผิด คิดว่าคนปองร้าย ประสาทหลอน หูแว่ว เช่น มีเสียงพูดคำหยาบ คำว่า หรือสั่งให้ทำร้ายตนเอง นอกจากอาการทางจิตในส่วนความผิดปกติทางความคิดแล้ว อาจมีอาการเศร้าร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงมากขึ้น

ผู้คิดสุราหรือติดยาเสพติดจะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (Self Esteem) ลดลงเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว เมื่อเผชิญปัญหาชีวิตเกิดความเครียด อาจเศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่าย อาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

บุคลิกภาพผิดปกติ เช่น Borderline Personality Disorder ซึ่งมักเป็นผู้มีอารมณ์อ่อนไหว มีอารมณ์รุนแรงแม้เพียงสิ่งกระตุ้นเล็กน้อยและทนไม่ได้เมื่อถูกทอดทิ้ง

ชีววิทยาของการฆ่าตัวตาย (biology of suicide) จากการศึกษาผู้ที่เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย พบว่ามีระดับสาร 5-hydroxyindoleacetic acid ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในน้ำไขสันหลังระดับต่ำลง จึงเชื่อว่าบุคคลฆ่าตัวตายเพราะตกอยู่ในอารมณ์ซึมเศร้า (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) การศึกษาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้าและการคิดสุรา อารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากกรรมพันธุ์และนักวิทยาศาสตร์ยังตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้มีอาการซึมเศร้า (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและสุรสิงห์ วิสรุตรัตน์, 2542)

2. สาเหตุทางจิตใจ

บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ย่อมจะสามารถแก้ไขปัญหาที่เข้ามากระทบได้ดีกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์หรือปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก บุคลิกภาพ อารมณ์และการปรับตัวเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู การเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะต่างกัน (กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตนเอง ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้เลี้ยงปัญหาหรือเน้นแต่การบรรเทาด้านอารมณ์ การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีจากปัญหา ที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไข (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและสุรสิงห์ วิสรุตรัตน์, 2542)

3. สาเหตุทางสังคม

การฆ่าตัวตายของแต่ละคนมีสาเหตุและความเป็นมาที่แตกต่างกันแต่ก็มีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก ความสัมพันธ์ สังคมที่มีความสับสนวุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน สมาชิกในสังคมจะเกิดความรู้สึกแปลกแยก ไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ การฆ่าตัวตายในสังคมเช่นนี้จะเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับกับสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง เน้นการแข่งขันในหมู่เยาวชน ถ่านิยมต่างๆ จะสิ้นกลอนพบปัญหาต่างๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การหย่าร้าง ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพของการฆ่าตัวตายโดยการฆ่าตัวตายที่เกิดตามมามากใช้วิธีการเดียวกัน (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและสุรสิงห์ วิสรุตรัตน์, 2542)

เอมิล (Emile Durkheim) นักสังคมศาสตร์ชาวฝรั่งเศส ได้ศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของบุคคลโดยการวิเคราะห์จากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสภาพสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่โดยแบ่งเป็นกลุ่มดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. Altruistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายตามกฎหมายเกณฑ์ หรือ ประเพณีของสังคมนั้นๆ เช่น การทำ hara – kiri หรือ suttee
2. Egoistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเป็นเพราะตนเองรู้สึกไม่มีความผูกพันกับสังคมหรือบุคคลที่แยกตัวจากสังคม

3. Anomic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เช่น การสูญเสีย

วิธีการฆ่าตัวตาย

ส่วนใหญ่บุคคลที่ฆ่าตัวตายจะใช้วิธีที่คล้ายกันทั่วโลก วิธีที่นิยมใช้อันดับแรก คือ กินยาพิษหรือสารเป็นพิษต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาฆ่าแมลง ผู้หญิงจะนิยมใช้วิธีนี้มากกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงไม่ต้องการให้มีการนองเลือด หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังจากที่ตายแล้ว และคิดว่าทรมารและหวาดเสียวน้อยที่สุด วิธีที่นิยมอันดับสอง คือ การผูกคอตายโดยใช้สายไฟ ฉีกผ้าปูที่นอน เสื้อผ้าตนเองหรือบีบคอตตนเอง วิธีที่นิยมอันดับสาม คือ การยิงตัวตาย ใช้ของมีคมต่างๆ นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆ ได้แก่ กระโดดตึก กระโดดน้ำตาย แทะตัวตาย กระโดดให้รถไฟทับเผาตัวเอง เป็นต้น (อรจิต อคฺลฺยานุภาพ, 2539)

การช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (มานี ปรโลกานนท์, 2548)

ผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เพื่อที่จะจบชีวิตเป็นสัญญาณอันตรายทางสุขภาพจิตและจิตเวชของมนุษย์ ที่พยายามร้องขอความช่วยเหลือและสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความเจ็บปวดกดดันของชีวิตที่ไม่อาจจะทนทานได้อีกต่อไป มีความเชื่อและศรัทธาว่าความตายเป็นวิธีดับทุกข์ที่ดีที่สุด

การช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ใช่เรื่องยากเกินกว่าจะเข้าใจเพียงแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความตั้งใจ ใส่ใจ รับรู้ไวต่อสิ่งผิดปกติ และเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลืออย่างจริงจัง เรียนรู้ทำความเข้าใจถึงสาเหตุ รู้จักสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมและควบคุมวัสดุที่สามารถใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตัวเองได้ ปรึกษาประคองจิตใจ หากิจกรรมใหม่ๆ ทำให้เพลิดเพลินและมีความสุข ที่สำคัญคืออย่าปล่อยให้ยู่คนเดียว มีความเชื่อมั่นและศรัทธาว่าการเยียวยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะสามารถช่วยให้อาการและพฤติกรรมดีขึ้นได้

ลักษณะท่าทาง/พฤติกรรมเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ได้แก่

1. หน้าตาเศร้าหมองเป็นทุกข์ วิตกกังวลหรือตื่นเร็งแจ่มใสผิดปกติไปจากเดิมอย่างรุนแรง
2. มีคำพูดลักษณะการตั้งเสีย จัดการมอมของที่รักให้ผู้อื่น
3. จัดเตรียม/ซุกซ่อนอุปกรณ์ ที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย เช่น เชือก ยาฆ่าแมลง ทำความสะอาดอาวุธปืน/มีด อย่างผิดปกติ
4. บอกเล่าว่ามีเสียงมาสั่ง ชวนไปอยู่ด้วย หรือมีอำนาจพิเศษมาควบคุมให้กระทำ

บริการสุขภาพจิตและระบบรายงานสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต (ทานตะวัน สุระเชชาสกุล, 2548)

กรมสุขภาพจิต ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิต (mental health) คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองคน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์ และ การแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และ สังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลา ที่เปลี่ยนแปลง

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิต คือ สภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถ เข้าใจความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคมรวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้อย่างดี

ความหมายของบริการสุขภาพจิต

อัมพร โอตระกูล (2538) กล่าวว่า งานสุขภาพจิตมีขอบเขตงานที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษาและแก้ไข การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตาม เพราะเกี่ยวข้องกับคนตั้งแต่ระดับสุขภาพปกติดีไม่ป่วย จนกระทั่งถึงระดับที่คนเกิดปัญหาทางจิตใจ หรือป่วยเป็น โรคทางอารมณ์และจิตใจ

บริการสุขภาพจิต หมายถึง บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหา สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคทางจิตเวช รวมทั้งการ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้านต่างๆ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วีโรจน์ และคณะ, 2546 อ้างใน วชิระ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ ลุประสงค์, 2537)

ประยูศักดิ์ เสรีเสถียร (2546) กล่าวว่า งานสุขภาพจิตมีขอบเขตของกิจกรรมกว้างขวางและ แทรกอยู่ในทุกเรื่องตลอดชีวิตของคน เพราะเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด การรับรู้ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการพฤติกรรมและสภาพจิตใจของคนที่พักติและคนที่ มีภาวะเจ็บป่วยในสังคมหนึ่งๆ

แผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) (กรมสุขภาพจิต, 2544)

แผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนา สุขภาพจิตประชาชน ดังนี้

วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน

แผนพัฒนาสุขภาพจิต กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน ไว้ว่า “ประชาชน มีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถ เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม” โดยมีการดำเนินงานเพื่อ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อลดอัตราป่วยทางจิตของประชาชน
2. เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน
3. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาสุขภาพจิต

แผนพัฒนาสุขภาพจิต กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน 6 ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การสร้างระบบการส่งผ่านความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชน

- ก. พัฒนารูปแบบและระบบการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนและ สังคมในวงกว้าง

โดยขยายช่องทางการส่งผ่านความรู้ เทคโนโลยี และข้อมูลสุขภาพจิตลงสู่ ประชาชน ตลอดจนหน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยบริการสังคมอื่นๆ ในรูปแบบกลยุทธ์ การตลาดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

- ก. พัฒน่องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งใน ศาสตร์เชิงประยุกต์และศาสตร์จากภูมิปัญญาไทยเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการดำเนินงาน

ข. เป็นศูนย์กลางองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

เป็นศูนย์กลางของการศึกษา วิเคราะห์และวิจัยระบบสุขภาพจิต ของภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ตลอดจนเป็นแหล่งศึกษา ฝึกอบรม และการพัฒนาความรู้เชิงบริการหรือวิชาการ ของบุคลากรรวมทั้งนักวิชาการทางด้านสุขภาพจิตในภูมิภาค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน

- ก. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรในชุมชน

กระตุ้นการปรับเปลี่ยนแนวคิด และทัศนคติของประชาชนและชุมชนให้เกิดความ ตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชนและสถาบันสงฆ์

มีความรู้ด้านสุขภาพจิต รู้จักแก้ไขปัญหาและมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข. ส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพจิต กระจายและพัฒนาเครือข่ายงานสุขภาพจิต ไปยังหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทุก แห่งให้เกิดความตระหนัก ถึงงานสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นงานส่วนรวมของทุกหน่วยงานและงาน ส่วนรวมของชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

ก. บูรณาการงานสุขภาพจิตสู่ระบบงานต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผสมผสานงานบริการสุขภาพจิต และความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟู เข้ากับระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางสังคมอื่นๆ เช่น ระบบ การศึกษา ระบบการประชาสัมพันธ์ กระบวนการยุติธรรม การพัฒนาชุมชน เป็นต้น เพื่อให้เกิด ความยั่งยืนและครอบคลุมพื้นที่ทุกระดับ

ข. พัฒนาคุณภาพและหลักประกันในการบริการสุขภาพจิตของสถานบริการ สาธารณสุข

จัดทำมาตรฐานการบริการสุขภาพจิต ที่ทันสมัยเป็นที่ยอมรับของสากลเพื่อพัฒนา คุณภาพการบริการและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตลอดจนการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษา อย่างใกล้ชิดให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่องและครบวงจร

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิต

ก. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความรอบรู้และมีความสุขในการ ปฏิบัติงาน

พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในวิชาชีพสุขภาพจิต และความรู้ทางสหวิทยาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน เสริมสร้างจริยธรรมและความสุขของผู้ให้บริการ รวมทั้งสร้างเสริมขวัญและกำลังใจให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 6 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร

ก. ปรับโครงสร้างองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบราชการ ปรับรูปแบบการบริหารและการบริการสุขภาพจิต เข้าสู่ระบบการแข่งขันเสรีโดย ให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานบางส่วน กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดำเนินงานในบางกิจกรรม และปรับบทบาทโดยส่วนกลาง (กรมสุขภาพจิต) จะเป็นผู้กำหนดนโยบายและควบคุมกำกับ การดำเนินงานให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด

ข. พัฒนาระบบการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินงาน พัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจิต ที่ทันสมัยและเหมาะสม สำหรับเป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจและกำหนดนโยบายของ หน่วยงานทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร

กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของกระทรวง และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ภายในปี 2549 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยต้องไม่เกิน 7.1 ต่อแสนประชากร โดยมอบหมายให้กรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพรับผิดชอบ กำหนดแผนกลยุทธ์ที่ครอบคลุมทั้งประเทศ คือ การสร้างกระแสให้ประชาชนตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย มีเจตคติที่ดีต่อบุคคลดังกล่าว พร้อมๆ กับการพัฒนาระบบการให้บริการของภาครัฐ ที่สามารถรองรับต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ ในขณะเดียวกันก็เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคเอกชน และชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโดยเน้นการประสานงานในรูปแบบเครือข่าย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ทั่วประเทศ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นนโยบาย แผนงาน ระดับจังหวัด และส่งผ่านให้สถานบริการในระบบสาธารณสุขทุกระดับ จัดให้มีบริการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยพัฒนาระบบบริการให้มีการคัดกรอง เฝ้าระวัง รักษา และช่วยเหลือ ผสมผสานเข้ากับงานปกติ ซึ่งเป็นการพัฒนาการให้บริการที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ตลอดจนการให้บริการที่ครบทุกด้าน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา บำบัดฟื้นฟู

2. การพัฒนาในพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายนรุนแรง โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายนรุนแรงมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมเชื่อมโยงทุกระดับ โดยสร้างเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการ เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ดี เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม

3. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังและสอบสวนการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งเน้นให้สถานบริการมีระบบการติดตามเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันก็มีการสอบสวนปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ที่ฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่

พยายามทำร้ายตนเองที่ไม่ได้มารับบริการหรือมารับบริการแต่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทุกกลุ่มเป้าหมาย

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) เสนอแนวคิดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายว่าควรเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน และไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระหรือรู้สึกโดดเดี่ยวต้องทำงานตามลำพัง ขาดที่ปรึกษา ฉะนั้นแนวคิดการดำเนินงานควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นการทำงานเป็นทีมและเป็นการประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน
2. การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับบริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม
3. การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสาน ที่ครบวงจรทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา บำบัดฟื้นฟู
4. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของพื้นที่ได้

การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2548)

การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวและปัญหาที่ประสบในชีวิตซึ่งส่งผลต่อจิตใจ
2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กฎเกณฑ์ โครงสร้าง และกระบวนการทางสังคม เช่น ความปลอดภัย ช่องว่างระหว่างชนชั้น วัฒนธรรมทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น บทบาทและการดำเนินงานของรัฐบาล สภาพเศรษฐกิจ การว่างงาน การใช้สารเสพติด ระบบสาธารณสุขโลก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงความสงบสุขมั่นคงของประเทศอื่นๆ สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนในประเทศไทยได้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Prevention of Mental Disorders)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคจิตเวช ทำให้จำนวนผู้ป่วยใหม่ลดลง ได้แก่ การป้องกันก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการกำจัดสาเหตุและลดปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวชหรือเพิ่มปัจจัยป้องกัน (protective factor) ต่อโรคจิตเวช

วิธีการป้องกัน

1.1 เพิ่มความสามารถของคนในการต่อสู้กับความเครียด วิธีนี้จะมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลิกภาพ การพัฒนาเด็กและครอบครัว การให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง

1.2 ลดปัจจัยซึ่งเป็ความเครียด วิธีนี้จะให้บริการเพื่อลดปัญหาต่างๆ ตั้งแต่แม่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงการคลอด รวมถึงการพัฒนาชุมชนและสิ่งแวดล้อม

1.3 ลดการแพร่กระจายของโรคทางจิตเวช ในโรคบางอย่างที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือถ่ายทอดจากมารดาสู่ลูกได้ การป้องกันสามารถทำได้โดยการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม (genetic counseling)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ได้แก่ การป้องกันมิให้โรคที่กำลังจะเป็นมีการดำเนินเป็นโรครอย่างยาวนาน โดยพยายามค้นหาผู้ที่กำลังเริ่มป่วย และให้การรักษาอย่างรวดเร็วทันท่วงทีทำให้ผู้ป่วยหายในระยะเวลาสั้น

หน่วยงานที่มีหน้าที่ป้องกันระดับนี้ ได้แก่ คลินิกจิตเวชชุมชน หน่วยจิตเวชโรงเรียน คลินิกเด็กดี คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต เป็นต้น

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ได้แก่ การป้องกันการเสื่อมสภาพ (disability) ของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ขาดการเข้าสังคม การป้องกันในระดับนี้ทำได้โดยการฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคม เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มที่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

หน่วยงานที่มีหน้าที่ป้องกันระดับนี้ ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูต่างๆ ชุมชนบำบัด นิเวศน์บำบัด เป็นต้น

ระบบรายงานสุขภาพจิต

ระบบการรายงานสุขภาพจิต โครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตมีรูปแบบการรายงานประกอบด้วย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต, 2548)

1. ระบบการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

1.1 บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการในสถานบริการหรือเมื่อไปเยี่ยมบ้านลงในแบบ รง.506DS

1.2 บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิต โดยใช้ข้อมูลจากมรณบัตรและจากการสอบถามชุมชนลงในแบบ มบ.1

2. ระบบการรายงานจากระดับอำเภอหรือหน่วยบริการสู่ระดับจังหวัด

2.1 หน่วยบริการ รวบรวม แบบ รง.506DS, มบ.1 และ แจ็ง “จำนวน” ผู้ได้รับการประเมินคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นำส่ง คปสอ. (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ) หรือ CUP (Contracting Unit For Primary Care : คู่สัญญาการจัดบริการปฐมภูมิ) ทุกวันที่ 1 ของเดือน

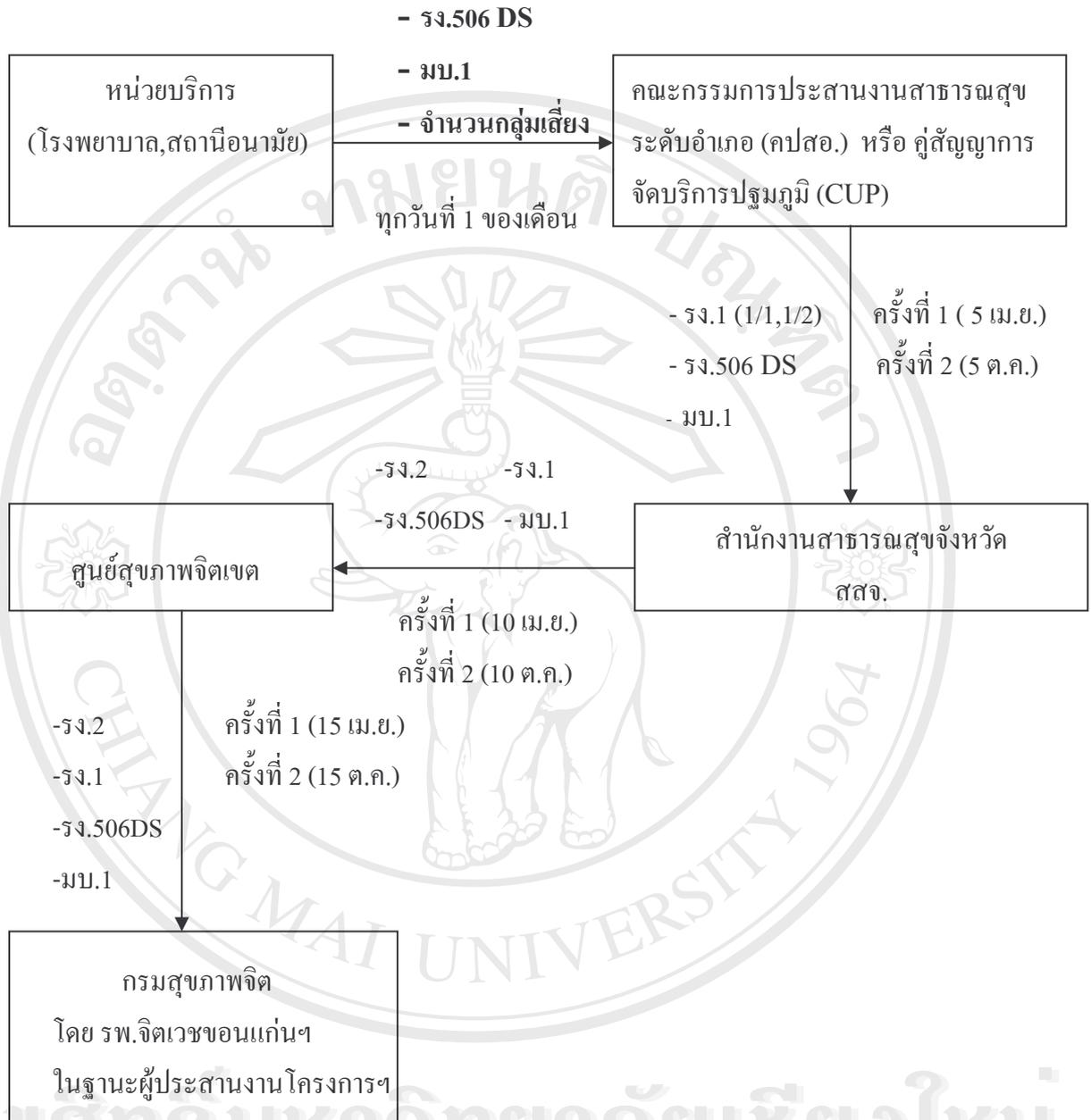
2.2 คปสอ./ CUP บันทึกผลการดำเนินงานในอำเภอ ลงในแบบ รง.1/1 (ผลงานเดือนตุลาคม - มีนาคม) และ แบบ รง.1/2 (ผลงานเดือนเมษายน - กันยายน) นำส่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมกับ แบบ รง.506DS และ มบ.1 ทุกแผ่น ที่ได้จากหน่วยบริการ ภายในวันที่ 5 มีนาคม (ส่งครั้งที่ 1) และ ภายในวันที่ 5 ตุลาคม (ส่งครั้งที่ 2)

3. รายละเอียดของแบบฟอร์ม

3.1 แบบรายงาน 1 (รง.1/1 และ รง.1/2) ใช้ข้อมูลจาก รง.506DS, มบ.1 และ ข้อมูลจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

3.2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง (รง.506DS) ซึ่งบันทึกรายละเอียดของการมารับบริการของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ณ สถานบริการหรือเมื่อเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน

3.3 แบบรวบรวมข้อมูลจากมรณบัตร (มบ.1) ซึ่งคัดลอกรายละเอียดมาจากมรณบัตรของผู้เสียชีวิต จากการทำร้ายตนเองโดย คปสอ./ CUP ไปรวบรวมมาจากหน่วยงานองค์กรท้องถิ่นหรือกระทรวงมหาดไทย



แหล่งที่มา : คู่มือการจัดทำรายงานและการนิเทศงาน ของ โครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ปีงบประมาณ 2549 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต, 2548)

ภาพ 1 : แผนภูมิแสดงโครงสร้างและขั้นตอนการจัดทำและส่งรายงาน

ระบบข้อมูลการตายของประเทศไทย

ประเทศไทย มีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการตายและจัดทำสถิติการตายของประชาชนมานาน ตั้งแต่ในยุคสมัยของ ICD-7 ในราว พ.ศ. 2506 จนถึงปัจจุบันเป็นยุคการใช้ ICD-10 แต่ปรากฏว่า ระบบข้อมูลการตายของประเทศไทยยังมีคุณภาพต่ำ สถิติเชื่อถือได้น้อย มีความกำกวมสูงและไม่สามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางสาธารณสุขได้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542)

สาเหตุการตายและการรับรองสาเหตุการตาย (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544)

สาเหตุการตายของผู้เสียชีวิตเป็นข้อมูลที่สำคัญยิ่ง ในการวิเคราะห์หาปัญหาโรคที่ทำให้ประชาชนในประเทศต่างๆเสียชีวิต โดยเฉพาะการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากโรคที่ป้องกันได้และการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นก่อนถึงวัยอันสมควร ประเทศไทยมีการรวบรวมข้อมูลสถิติการตาย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับข้อมูลการตายจากฐานข้อมูลมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย มาวิเคราะห์และสรุปเป็นรายงานสถิติการตายของประชาชนไทย เผยแพร่ในหนังสือสถิติสาธารณสุขประจำปี

การรับรองสาเหตุการตายเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์โดยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์จะต้องทำการบันทึกชื่อโรคที่เป็นสาเหตุการตายลงในหนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1) ญาติผู้ป่วยก็จะใช้หนังสือรับรองการตาย ไปติดต่อแจ้งการตายกับนายทะเบียนท้องถิ่น ซึ่งจะเก็บหนังสือรับรองการตายไว้ และออกใบมรณบัตรในหลักฐานให้แทน ข้อมูลจากหนังสือรับรองการตายจะถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทย เพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงสาธารณสุขวิเคราะห์ต่อไป ข้อมูลสถิติการตายมีประโยชน์ในการค้นคว้าปัญหาสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรค ที่คร่าชีวิตคนไทยก่อนวัยอันสมควร เพื่อวางแผนและกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรคของคนไทย

การเลือกสาเหตุการตาย ตามหลักการของ ICD-10 นั้น มีหลักสากลอยู่ว่า ผู้ตายจะมีสาเหตุการตายจากโรคเพียงโรคเดียวเท่านั้น ถ้าแพทย์เขียนหลายโรคไว้ในหนังสือรับรองการตายนักเวชสถิติหรือผู้รวบรวมสถิติการตาย จะต้องเลือกโรคใดเพียงโรคหนึ่ง มานับเป็นสาเหตุการตาย 1 สาเหตุ แล้วรวบรวมสถิติการตายโดยรวม ดังนั้น ในการรายงานสถิติการตายจำแนกตามสาเหตุการตาย หน่วยนับจึงจะนับเป็นรายคนเสมอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมชาย พลอยล้อมแสง (2541) ได้ศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10 ในจังหวัด เชียงใหม่ ลำพูน และ พะเยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 830 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสามจังหวัดมีระดับความเครียดและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยรวมแล้วมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง (ร้อยละ 42.1) ปัจจัยทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดมีเพียงอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกร มีแนวโน้มที่จะเครียดสูงกว่าคนที่ทำธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ พ่อบ้าน/แม่บ้าน กรรมกร ลูกจ้างพนักงาน และคนที่อยู่บ้านเฉยๆ ตามลำดับ

ประทุม สุขมี (2542) ได้ศึกษาแหล่งของความเครียดและวิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า แหล่งความเครียดในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 65) และเรื่องเงิน (ร้อยละ 50) ส่วนแหล่งความเครียดในระดับต่ำ ได้แก่ เรื่องส่วนบุคคล (ร้อยละ 70) เรื่องสังคม (ร้อยละ 65) เรื่องงาน (ร้อยละ 60) และเรื่องครอบครัว (ร้อยละ 45) ด้านวิธีการปรับแก้ที่ใช้บ่อย คือ การควบคุมตนเอง (ร้อยละ 30) รองลงมา คือ หนีหลีกเลี่ยงปัญหา (ร้อยละ 25) และ แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (ร้อยละ 25) ซึ่งวิธีการปรับแก้ทั้ง 3 วิธีเป็นการปรับแก้ที่มุ่งปรับอารมณ์

กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปพิชญา แสงเอื้ออังกูรและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ได้ศึกษาการคิดฆ่าตัวตายและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-19 ปี จำนวน 4,885 คน ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 67.6 เข้าข่ายว่ามีภาวะซึมเศร้าและต้องการได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้รู้ และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าในแต่ละภาคจะแตกต่างกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 71.6) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 68.7) ภาคใต้ (ร้อยละ 67.1) และภาคกลาง (ร้อยละ 62.7) ปัจจัยที่มีผลทำให้อัตราการคิดอยากฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ โดยเด็กวัยรุ่นที่มีอายุ 18 ปี จะคิดฆ่าตัวตาย ต่ำกว่า เด็กอายุ 15 ปี (ร้อยละ 37.4) ในขณะที่เด็กอายุ 16, 17 และ 19 ปี มีความคิดอยากฆ่าตัวตายไม่แตกต่างจากเด็กอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับญาติจะคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ 1.7 เท่า ครอบครัวที่ทะเลาะกันถึงขั้นตบตีทำร้ายร่างกายกัน เด็กจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าครอบครัวที่มีความอบอุ่นรักใคร่กันดี ถึง 14.6 เท่า เด็กที่มีความขัดแย้งกับบิดามารดาจะคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กที่ไม่มีความขัดแย้ง 4.4 เท่า เด็กที่เข้าข่ายว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง หรือมีในระดับสูงถึงรุนแรง จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กปกติ 2.4, 4.9 และ 7.1 เท่า ตามลำดับ

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2543) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในโรงเรียนเขตพื้นที่ภาคเหนือ 5 จังหวัด จำนวน 1,184 คน ผลการศึกษา มีนักเรียน ร้อยละ 13.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 12.6 มีความคิดฆ่าผู้อื่น ความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าผู้อื่น ฐานะการเงินที่ไม่แน่นอน บรรยากาศในครอบครัวที่มีการทะเลาะกันบ่อยๆ หรือตบตีกัน และ ภาพใบหน้าแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่พ่อแม่แสดงต่อนักเรียน

มานิตา สิงห์ขจรจิต, อัญชลี ศิลาเกษ, จิรัญกร ฉวีรุ่งสีและศักดา ขำคม (2543) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย ในชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายและชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2541 จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตายมีความพร้อมด้านองค์ประกอบทางด้านกายภาพ มากกว่าชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย อาทิเช่น โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคม และการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนคุณภาพการศึกษา สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ ความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียน การผิดหวังจากความรัก และปัญหาความวิตกกังวลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และ ยาเสพติด ส่วนปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย คือ การมีบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และที่ผ่านมามีประชาชน ทั้ง 2 ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย เพราะเข้าใจว่าเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้าหากทราบชัดเจนว่ามีใครคิดจะฆ่าตัวตายก็อยากให้ความช่วยเหลือ เช่น พูดคุยให้กำลังใจ และจะพยายามหยุดพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น

ดร.ณิ เลิศปรีชา (2545) ได้ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง 81 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง

พิมพ์ทอง แจกจันทิก, อัญชลี ศิลาเกษและลัดดาวัลณ์ คุณวุฒิ (2545) ศึกษาการประเมินผลโครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปีงบประมาณ 2545 ของกรมสุขภาพจิต ที่ดำเนินการใน 38 จังหวัด จังหวัดละ 1 ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลการอบรมวิทยากรเทคนิคการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข พบว่า หลังการอบรมมีความรู้มากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการอบรมมีประโยชน์มากถึงมากที่สุดและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน การประเมินผลการมีส่วนร่วมของญาติและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า ญาติและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย สอบถามอาการ กระตุ้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ยกย่องชมเชยผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาพที่ดีขึ้นสามารถช่วยเหลืองานตามความสามารถของตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้และมีการเข้าสังคมที่ดี

อภิษฐ์ มงคล และคณะ (2545) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ.2544 ในพื้นที่ 7 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,422 ราย รวบรวมรายชื่อผู้ที่ทำร้ายตนเองที่มารับบริการ ณ สถานบริการ จากมรณบัตร และรายงานการสืบสวนคดีของตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการทำร้ายตนเอง เท่ากับ 51.5 ต่อประชากรแสนคน อัตราการฆ่าตัวตาย (เสียชีวิต) เท่ากับ 8.2 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 5.5 ต่อประชากรแสนคน การทำซ้ำมักเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกและตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31 และ 28 ตามลำดับ) สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่คือ ปัญหาบ่อยใจคนใกล้ชิดที่ดูค่าหรือว่ากล่าว (ร้อยละ 38) รองลงมา คือปัญหาผิดหวังในความรักหรือหึงหวง (ร้อยละ 19) และปัญหาโรคเรื้อรัง / พิกการ / เสียโฉม (ร้อยละ 11) วิธีการที่ใช้ทำร้ายตนเองที่พบบ่อยที่สุด คือ การกินสารเคมี (ร้อยละ 46) ส่วนใหญ่ไม่ได้คิดวางแผนทำร้ายตนเองมาก่อน (ร้อยละ 81) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 20-39 ปี (ร้อยละ 57) ไม่เคยไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือคลินิกจิตเวช (ร้อยละ 89) ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน (ร้อยละ 81) ก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่ได้ไปหาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 77) หลังเกิดเหตุการณ์แล้วส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 66)

กรมสุขภาพจิต (2546) ได้สำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต : การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546 โดยศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของประเทศ ประชากรตัวอย่างทั้งหมด 11,685 คน อายุระหว่าง 15-59 ปี ผลการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้า (Major depressive episode) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 3.20 ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง (Moderate suicidal risk) พบร้อยละ 1.16 และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (High suicidal risk) พบร้อยละ 0.09

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องการพัฒนาาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี กลุ่มศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดความรู้ ขาดทักษะ และประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพจิต และจิตเวช และผู้รับบริการขาดความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและความต้องการร่วมกัน จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จัดให้ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องยา ความรู้เรื่องการดูแล แก่ผู้ช่วยวิจัยรวมถึงร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องด้วย ระยะเวลาการดำเนินการ 45 วัน พบว่า บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในทางที่ดีขึ้น สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการด้วยความรู้ ทักษะและให้บริการด้วยความมั่นใจมากขึ้น เมื่อติดตามประเมินผลต่อเนื่อง พบว่า บุคลากรสามารถ ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้ด้วยตนเอง และผู้รับบริการมีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

วชิระ เพ็งจันทร์และสมจิตต์ ลูประสงค์ (2546) ได้ศึกษาสุขภาพจิตภาคประชาชน : การ พัฒนานโยบาย เก็บข้อมูลในพื้นที่ 4 ภาค รวม 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ นนทบุรี นครพนม และ สุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารระดับนโยบาย บุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ/ตำบล และประชาชนที่มารับบริการใน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสิ้น 1,000 คน ผลการศึกษายืนยันว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มทวี ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนและต่อเนื่องแต่ในขณะเดียวกันทรัพยากรทางบริการสุขภาพจิต ยังมีความจำกัดอยู่มาก การบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมายังไม่มีนโยบายที่ชัดเจน การให้บริการยัง มุ่งเน้นการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระดับตติยภูมิ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงเป็นส่วนใหญ่

อภิชัย มงคลและคณะ (2546) ศึกษาภาวะควาวิตยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการ ฆ่าตัวตาย พ.ศ.2545 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทำร้ายตนเอง จำนวน 1,555 ราย จาก 17 จังหวัดๆ ละ 4 อำเภอ ผลการศึกษา พบว่า อัตราการทำร้ายตนเอง เท่ากับ 41.5 ต่อประชากรแสนคน อัตราการฆ่า ตัวตาย (เสียชีวิต) เท่ากับ 7.0 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 7.2 ต่อประชากรแสนคน การทำซ้ำมักจะเกิดขึ้นในระยะ 3-6 เดือนแรกและตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 47 และ 25 ตามลำดับ) สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ปัญหาหัวใจ คนใกล้ชิดที่ดูค่าหรือว่ากล่าว (ร้อยละ 43) รองลงมา คือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (ร้อยละ 36) ปัญหาผิดหวังในความรักหรือหึงหวง (ร้อยละ 23) และปัญหาหางานหรือขาดงานหรือตกงาน (ร้อยละ 14) ส่วนใหญ่กินสารเคมี ร้อยละ 46 กลุ่มเสี่ยงคือ วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง พักอาศัยอยู่คนเดียว นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ มีรายได้ น้อย มีอาการโรคจิต เคยใช้สารเสพติด ว่างานหรือตกงาน มีอาการซึมเศร้า เคยทำร้ายตนเอง มาก่อน และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ คือ ผู้มีสถานภาพสมรส

หย่าหรือแยกกันอยู่ ปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต คือการใช้วิธีรุนแรง ($OR_{adj} = 26-35$) มีโรคเรื้อรัง ($OR_{adj} = 7.1$) เป็นผู้ชาย ($OR_{adj} = 3.6$) มีปัญหาโรคจิต ($OR_{adj} = 3.1$) และแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง ($OR_{adj} = 2.3$)

อภิชัย มงคล และคณะ (2546) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544-2546 ใน 32 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข ระดับต่างๆ ใน 17 จังหวัดตัวอย่าง และผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดทั้ง 32 จังหวัด ผลการประเมิน พบว่า จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในช่วง 4 เดือนแรกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.7 และอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 อัตราการทำร้ายตนเองลดลงทุกปี จากปี 2544 ถึงปี 2546 เท่ากับ 51.5, 41.5 และ 36.8 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงทุกปี จากปี 2544 ถึงปี 2546 เท่ากับ 8.2, 7.0 และ 5.7 ต่อแสนประชากร ด้านการพัฒนาบริการ พบว่า ในด้านการมีคลินิกให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายนั้น โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ท.) มีร้อยละ 100 ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) มีร้อยละ 90 และสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีร้อยละ 56 สำหรับการจัดระบบเพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจนมีเพียงประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23) บุคลากรส่วนใหญ่มีความมั่นใจต่อทักษะของตนในการให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 83.7 มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงานในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 85

ภัทรา ธีรลาภและวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2547) ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตการสาธารณสุขที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 44 แห่ง และสถานีอนามัย 254 แห่ง ผลการศึกษา ด้านการบริหารงานสุขภาพจิต พบว่า หน่วยงานมีแผนปฏิบัติงานสุขภาพจิต ร้อยละ 84.2 มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 80.7 แต่ไม่มีการให้แรงจูงใจ/รางวัล /สิ่งตอบแทนในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตมากถึง ร้อยละ 84.2 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยมี 1 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตโดยเฉลี่ย 4 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้สุขภาพจิต ร้อยละ 80.7 ได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่เพียงพอในทุกด้าน ที่มากที่สุด คือ งบประมาณ ร้อยละ 79.5 และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ร้อยละ 74.9 สำหรับด้านการให้บริการสุขภาพจิต พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ทำมากที่สุด คือ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 81.2 รองลงมา คือ ให้ความรู้สุขภาพจิตในสถานบริการ ร้อยละ 57.9 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ทำมากที่สุด คือ ประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 83.6 รองลงมา คือ ให้บริการปรึกษา ร้อยละ 81.9 การบำบัดรักษาที่ทำมากที่สุด คือ ติดตามผลการรักษา ร้อยละ 49.1 รองลงมา

คือ ให้การปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 47.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ทำมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 59.1

จิตรประสงค์ สิงห์นางและฉัฐิกา ราชบุตร (2548) ได้ศึกษาการประเมินโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พ.ศ.2547 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้บริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 52 จังหวัด ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ทำร้ายตนเองที่มาใช้บริการ ณ สถานบริการทุกระดับ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้มารับบริการ ผลการประเมิน ด้านการบรรลุเป้าหมายของโครงการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการลดลง อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าปีที่แล้ว แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง สถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตครบตามเป้าหมาย ร้อยละ 90 มีระบบการนัดหมาย ระบบการเยี่ยมบ้าน และระบบการส่งต่อ อย่างชัดเจน สูงกว่าการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาของตนเองในระดับปานกลางถึงมาก มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่พอใจมาก คือ ประโยชน์ของแบบตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บุคลากรจังหวัดต่างๆ เกือบทั้งหมด เห็นว่า ควรมีการดำเนิน โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายในปีต่อไป ร้อยละ 99

เพชร ปาสรานันท์ (2548) ได้ศึกษาการพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในสังคมต่างๆ เปรียบเทียบกับทฤษฎีการฆ่าตัวตายที่ Emile Durkheim ศึกษาไว้ในปี 1897 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และ ผู้ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ระหว่างปี 2545-2547 จำนวน 564 ราย ผลการศึกษา พบว่า เจตนาของการฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรง เพื่อประชดผู้คนรอบข้างเพื่อแสดงความโกรธ ความปรารถนาอย่างรุนแรงของตนด้วยการทำร้ายตนเอง เรียกร้องผู้ใกล้ชิดของตนเองให้รู้ เข้าใจถึงความคับแค้นข้องใจ ความโกรธ ความไม่พอใจของตนเอง ลงโทษตนเอง ความกดดันที่มีอยู่ผนวกกับความผิดพลาด ผิดหวังที่ถือเป็นความล้มเหลวในจิตใจของตนเอง ตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตัดสินใจกระทำมากที่สุด มาจากการประชด วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ การกินสารพิษ เช่น ยาแก้ไอ แก้ปวด สารพิษที่ใช้ในการเกษตร ยาระงับประสาท เป็นต้น โครงสร้างทางสังคมในบริบทครอบครัว ที่ทำงาน และที่อยู่อาศัย มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคมที่สามารถลดจำนวนได้โดยการให้บุคคลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น ให้ได้รับการพัฒนาสามัญสำนึกและกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

มงคล ศิริเทพทวี (2549) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและถูกรับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนรินทร์ ในช่วงเวลา 1 เมษายน 2547-30 กันยายน 2547 และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2547 ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 36.4 สถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 58.7 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 33.1 สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบมากที่สุด คือ ความเครียดหรือทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 48.1 รองลงมา คือ การใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 24.1 ในส่วนของวิธีการทำร้ายตนเอง พบว่าใช้วิธีการผูกคอกมากที่สุด ร้อยละ 18.8 รองลงมา คือการใช้ของมีคมและกินยาเกินขนาด ร้อยละ 17.3 และ 16.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 52.6 และเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 29.3

จุมภฏ พรหมสีดา, สมจิตต์ ฤประสงค์และหยกฟ้า บุญชิต (2549) ได้ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดนครพนมและจังหวัดสกลนคร ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1,234 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและญาติ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและญาติผู้ป่วยจิตเวช มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องไม่ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีปัญหาในเชิงนโยบายและการจัดรูปแบบบริการ และปัญหาด้านศักยภาพในการให้บริการสุขภาพจิตต้องการให้สนับสนุนทั้งด้านวิชาการและบริการสุขภาพจิต