

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนและศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน

ส่วนที่ 2 การให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน

### ส่วนที่ 1 การพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน

#### 1.1 ผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ

ในระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มลดลง รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราต่อแสนประชากรผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูน พ.ศ. 2546-2548

พ.ศ.	จังหวัดลำพูน	
	พยายามฆ่าตัวตาย*	ฆ่าตัวตายสำเร็จ**
	จำนวน (อัตรา)	จำนวน (อัตรา)
2546	88 (21.5)	87 (21.3)
2547	96 (23.7)	80 (19.8)
2548	237 (58.5)	74 (18.3)

\* ข้อมูลระบบรายงาน 506 DS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

\*\* ข้อมูลสาเหตุการตาย สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## 1.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน

### 1.2.1 จำนวนและร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 ผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ใน 3 อันดับแรกของจังหวัดทุกปี ได้แก่ อำเภอเถี และอำเภอบ้านโฮ่ง สำหรับข้อมูลรายอำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับแรกในแต่ละปีเป็นดังนี้ ใน พ.ศ. 2546 ได้แก่ อำเภอเถี, อำเภอบ้านโฮ่ง และ อำเภอป่าซาง (ร้อยละ 36.4, 30.7 และ 10.2) ใน พ.ศ. 2547 ได้แก่ อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอเถี และ อำเภอแม่ทา (ร้อยละ 28.1, 25.0 และ 11.5) ใน พ.ศ. 2548 ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอเถี และ อำเภอบ้านโฮ่ง (ร้อยละ 32.9, 19.8 และ 17.3) ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนแยกรายอำเภอ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

อำเภอ	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	N = 88	N = 96	N = 237
เมือง	5 (5.7)	6 (6.2)	78 (32.9)
แม่ทา	8 (9.1)	11 (11.5)	19 (8.0)
บ้านโฮ่ง	27 (30.7)	27 (28.1)	41 (17.3)
เถี	32 (36.4)	24 (25.0)	47 (19.8)
ทุ่งหัวช้าง	- -	7 (7.3)	8 (3.4)
ป่าซาง	9 (10.2)	8 (8.3)	22 (9.3)
บ้านธิ	6 (6.8)	7 (7.3)	16 (6.8)
กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง	1 (1.1)	6 (6.3)	6 (2.5)

### 1.2.2 ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ใน พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2548 ยกเว้นใน พ.ศ. 2547 ที่พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ อายุ 16-25 ปี และ 26-45 ปี ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สถานภาพสมรสเป็นโสด ในด้านอาชีพ พบว่า ผู้มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา และ อาชีพเกษตรกรกรรม ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกันใน พ.ศ. 2546 - 2547 และ มีอัตราที่เพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าใน พ.ศ. 2548 วิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุด ได้แก่ กินยาเกินขนาด รองลงมา ได้แก่ กินสารกำจัดแมลง และ ผูกคอ สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประมาณเกือบ 1 ใน 5 มีการติดสุรา ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

ตัวแปร	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	N = 88	N = 96	N = 237
เพศ			
ชาย	48 (54.5)	47 (49.0)	121 (51.1)
หญิง	40 (45.5)	49 (51.0)	116 (48.9)
อายุ (ปี)			
≤15	9 (10.2)	6 (6.3)	23 (9.7)
16-25	27 (30.7)	41 (42.7)	92 (38.8)
26-45	41 (46.6)	37 (38.5)	89 (37.6)
46-60	8 (9.1)	8 (8.3)	30 (12.7)
>60	3 (3.4)	4 (4.2)	3 (1.3)
สถานภาพสมรส			
คู่	52 (59.1)	53 (55.2)	118 (49.8)
โสด	31 (35.2)	38 (39.6)	104 (43.9)
ม่าย/หย่า/แยก	5 (5.7)	5 (5.2)	15 (6.3)

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
	N = 88	N = 96	N = 237
อาชีพ			
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	39 (44.3)	36 (37.5)	103 (43.5)
นักศึกษา/นักเรียน	10 (11.4)	19 (19.8)	40 (16.9)
เกษตรกร	25 (28.4)	15 (15.6)	32 (13.5)
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	3 (3.4)	3 (3.1)	10 (4.2)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน	1 (1.1)	5 (5.2)	9 (3.8)
บริษัท			
อื่นๆ (แม่บ้าน, ไม่ได้ทำงาน)	10 (11.3)	18 (18.8)	43 (18.1)
ภาวะซึมเศร้า			
มี	24 (27.3)	24 (25.0)	118 (49.8)
ไม่มี	63 (71.6)	63 (65.6)	77 (32.5)
ไม่ระบุ	1 (1.1)	9 (9.4)	42 (17.7)
วิธีการทำร้ายตนเอง			
กินยาเกินขนาด	20 (23.3)	33 (34.4)	77 (32.8)
กินสารกำจัดแมลง	22 (25.6)	17 (17.7)	56 (23.8)
ผูกคอ	9 (10.5)	15 (15.6)	30 (12.8)
กินสารเคมีอื่นๆ	9 (10.5)	12 (12.5)	29 (12.3)
กินสารกำจัดวัชพืช	8 (9.3)	10 (10.4)	18 (7.7)
ใช้ของมีคม ของแข็ง	11 (12.8)	4 (4.2)	14 (6.0)
ใช้ปืน	1 (1.2)	2 (2.1)	1 (0.4)
อื่นๆ (กระโดดที่สูง)	6 (6.8)	3 (3.1)	10 (4.2)
พฤติกรรมส่วนบุคคล			
ติดสุรา	13 (14.8)	16 (16.6)	40 (16.9)
ติดบุหรี่	5 (5.7)	10 (10.4)	22 (9.3)
ติดสารเสพติด	3 (3.4)	-	2 (0.8)
ไม่เสพสารทุกชนิด	64 (72.7)	47 (49.0)	53 (22.4)
ไม่ระบุ	3 (3.4)	23 (24.0)	120 (50.6)

อำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงอยู่ใน 3 อันดับแรกของช่วงเวลา 3 ปี รวมจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา และ อำเภอบ้านโฮ่ง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้น อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง ที่เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบในกลุ่มอายุ 16-25 ปี และ 26-45 ปี มากที่สุด ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดทุกอำเภอ กลุ่มนักศึกษา/นักเรียนที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในจังหวัดลำพูน ช่วงเวลา 3 ปี ทั้งหมดจำนวน 69 ราย พบว่า เป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ใน 5 อำเภอนี้ จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 76.8) และ มากที่สุดในอำเภอเถิน จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.7) อาชีพพนักงานบริษัทที่พยายามฆ่าตัวตายพบใน 3 อำเภอเท่านั้น ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา และอำเภอป่าซาง สำหรับอาชีพข้าราชการที่พยายามฆ่าตัวตายพบใน 3 อำเภอเช่นกัน ได้แก่ อำเภอบ้านโฮ่ง, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง วิธีการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาด ส่วนวิธีแขวนคอบพบมากที่สุดในอำเภอแม่ทาและอำเภอเมือง (ร้อยละ 25.0 และ 19.5 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งของผู้พยายามฆ่าตัวตายในอำเภอแม่ทาและอำเภอเมืองมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 68.6 และ 62.5 ตามลำดับ) และ มากกว่าครึ่งของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้ติดสุรา ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 อำเภอที่มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย อันดับ 1-3 ของจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546- 2548

ตัวแปร	อำเภอ				
	เมือง	แม่ทา	บ้านโฮ่ง	เถิน	ป่าซาง
	จำนวน(ร้อยละ) N=88	จำนวน(ร้อยละ) N=38	จำนวน(ร้อยละ) N=95	จำนวน(ร้อยละ) N=103	จำนวน(ร้อยละ) N=39
เพศ					
ชาย	45 (51.1)	24 (63.2)	58 (61.1)	45 (43.7)	18 (46.2)
หญิง	43 (48.9)	14 (36.8)	37 (38.9)	58 (56.3)	21 (53.8)
กลุ่มอายุ					
≤15	6 (6.8)	3 (7.9)	5 (5.3)	16 (15.5)	1 (2.6)
16-25	34 (38.6)	14 (36.8)	42 (44.2)	32 (31.1)	18 (46.2)
26-45	31 (35.2)	16 (42.1)	34 (35.8)	47 (45.6)	15 (38.5)
46-60	15 (17.0)	5 (13.2)	11 (11.6)	6 (5.8)	5 (12.8)
>60	2 (2.3)	-	3 (3.2)	2 (1.9)	-

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	อำเภอ				
	เมือง	แม่ทา	บ้านโฮ้ง	ลี้	ป่าซาง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
	N=88	N=38	N=95	N=103	N=39
สถานภาพสมรส					
คู่	48 (54.5)	19 (50.0)	52 (54.7)	53 (51.5)	21 (53.8)
โสด	35 (39.8)	18 (47.4)	39 (41.1)	42 (40.8)	17 (43.6)
หม้าย/หย่า/แยก	5 (5.7)	1 (2.6)	4 (4.3)	8 (7.8)	1 (2.6)
อาชีพ					
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	37 (42.0)	20 (52.6)	41 (43.2)	43 (41.7)	20 (51.3)
นักศึกษา/นักเรียน	11 (12.5)	8 (21.1)	8 (8.4)	20 (19.4)	6 (15.4)
เกษตรกรรวม	7 (8.0)	1 (2.6)	29 (30.5)	25 (24.3)	3 (7.7)
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	2 (2.3)	3 (7.9)	3 (3.2)	1 (1.0)	1 (2.6)
พนักงานบริษัท	6 (6.8)	1 (2.6)	-	-	1 (2.6)
ข้าราชการ	-	-	3 (3.2)	1 (1.0)	1 (2.6)
อื่นๆ (แม่บ้าน, ไม่ได้ทำงาน)	20 (22.7)	5 (13.2)	8 (8.4)	12 (11.6)	7 (17.9)
ไม่ระบุ	5 (5.7)	-	3 (3.2)	1 (1.0)	-
วิธีการทำร้ายตนเอง					
กินยาเกินขนาด	34 (39.1)	9 (25.0)	25 (26.3)	27 (26.2)	16 (41.0)
กินสารกำจัดแมลง	16 (18.4)	9 (25.0)	24 (25.3)	27 (26.2)	5 (12.8)
กินสารกำจัดวัชพืช	5 (5.7)	1 (2.8)	7 (7.4)	12 (11.7)	5 (12.8)
กินสารเคมี	8 (9.2)	6 (16.7)	12 (12.6)	12 (11.7)	4 (10.3)
ผูกคอต	17 (19.5)	9 (25.0)	5 (5.3)	13 (12.6)	6 (15.4)
ใช้ของมีคม	5 (5.7)	1 (2.8)	10 (10.5)	9 (8.7)	1 (2.6)
ใช้ปืน	-	-	2 (2.1)	-	1 (2.6)
อื่นๆ (กระโดดที่สูง)	2 (2.3)	1 (2.8)	10 (10.5)	3 (2.9)	1 (2.6)

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	อำเภอ				
	เมือง	แม่ทา	บ้านโฮ้ง	ลี้	ป่าซาง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ภาวะซึมเศร้า	<b>N=56</b>	<b>N=35</b>	<b>N=92</b>	<b>N=98</b>	<b>N=37</b>
มี	35 (62.5)	24 (68.6)	33 (35.9)	34 (34.7)	15 (40.5)
ไม่มี	21 (37.5)	11 (31.4)	59 (64.1)	64 (65.3)	22 (59.5)
การใช้สารเสพติด	<b>N=29</b>	<b>N=12</b>	<b>N=15</b>	<b>N=19</b>	<b>N=15</b>
ติดสุรา	15 (51.7)	12 (100)	12 (80.0)	9 (47.4)	10 (66.6)
ติดบุหรี่	13 (44.8)	-	2 (13.3)	9 (47.4)	4 (26.7)
ใช้สารเสพติดอื่นๆ	1 (3.5)	-	1 (6.7)	1 (5.2)	1 (6.7)

ตาราง 5 ประเด็นที่น่าสนใจของผู้พยายามฆ่าตัวตายจาก 5 อำเภอ (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

<b>วิธีการทำร้ายตนเอง</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพศชายใช้วิธีกินสารกำจัดแมลงมากที่สุด ในขณะที่เพศหญิงนิยมใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุด (ร้อยละ 30.5 และ 45.6 ตามลำดับ)</li> <li>● ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าครึ่ง ใช้วิธีแขวนคอ (ร้อยละ 60.0) สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาด, กินสารกำจัดแมลงและวัชพืช และกินสารเคมี</li> </ul>
<b>อายุและเพศ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพศชายที่พยายามฆ่าตัวตายเกือบครึ่งหนึ่ง มีอายุระหว่าง 26-45 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 16-25 ปี (ร้อยละ 42.6 และ 37.5 ตามลำดับ)</li> <li>● เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดในกลุ่มอายุระหว่าง 16-25 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 26-45 ปี (ร้อยละ 38.5 และ 36.6 ตามลำดับ)</li> <li>● ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี เพศชายพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (7 ราย : 3 ราย หรือ 2.3 : 1)</li> <li>● ในกลุ่มอายุ 15 ปี ลงมา เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายประมาณ 7 เท่า (33 ราย : 5 ราย หรือ 6.6 : 1)</li> </ul>
<b>สถานภาพสมรสและอาชีพ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้มีสถานภาพสมรสเป็นคู่มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด และเกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน รองลงมา มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 46.2 และ 26.5 ตามลำดับ)</li> <li>● ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (103 คน) ที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่และมีอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 57.3 และ 42.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-45 ปี (ร้อยละ 55.3) และ เกือบครึ่งมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 42.1)</li> <li>● นักศึกษา/นักเรียน ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 14 -18 ปี โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบ 5 เท่า (57 ราย : 12 ราย)</li> </ul>



### 1.3 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

#### 1.3.1 จำนวนและร้อยละผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ในระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มลดลงทุกปี อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ใน 3 อันดับแรกของจังหวัดทุกปี ได้แก่ อำเภอเมือง สำหรับข้อมูลราย อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ใน 3 อันดับแรกในแต่ละปีเป็นดังนี้ ใน พ.ศ. 2546 ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอป่าซาง และ อำเภอลี้ (ร้อยละ 25.3, 24.1 และ 18.4) ใน พ.ศ. 2547 ได้แก่ อำเภอลี้, อำเภอเมือง และ อำเภอบ้านโฮ่ง (ร้อยละ 21.2, 18.8 และ 17.5) ใน พ.ศ. 2548 ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา และ อำเภอป่าซาง (ร้อยละ 33.8, 21.6 และ 17.6) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูนแยกรายอำเภอ ระหว่าง พ.ศ. 2546- 2548

อำเภอ	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	N = 87	N = 80	N = 74
เมือง	22 (25.3)	15 (18.8)	25 (33.8)
แม่ทา	15 (17.2)	7 (8.8)	16 (21.6)
บ้านโฮ่ง	8 (9.3)	14 (17.5)	7 (9.5)
ลี้	16 (18.4)	17 (21.2)	8 (10.8)
ทุ่งหัวช้าง	2 (2.3)	5 (6.2)	1 (1.3)
ป่าซาง	21 (24.1)	12 (15.0)	13 (17.6)
บ้านธิ	1 (1.1)	3 (3.7)	1 (1.35)
กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง	2 (2.3)	7 (8.8)	3 (4.1)

### 1.3.2 ข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 2.8:1, 4.0:1 และ 3.9:1 ตามลำดับ กลุ่มอายุผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มอายุเดียวกันทุกปี ได้แก่ อายุ 26-45 ปี, 46-60 ปี, มากกว่า 60 ปี และ 16-25 ปี ตามลำดับ ผู้มีสถานภาพสมรสเป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ผู้มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ในด้านอาชีพผู้มีอาชีพรับจ้าง ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด รองลงมา เป็นผู้มีอาชีพเกษตรกรกรรม และ ค้าขาย สำหรับสาเหตุการตาย พบว่า ใช้วิธีเดียวกันทุกปี ได้แก่ แขนงคอก, กินสารพิษ, ใช้วิธีอื่นๆ (เช่น กระโดดจากที่สูง, ให้รถไฟชน) และ ยิงด้วยปืน ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

ตัวแปร	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	N = 87	N = 80	N = 74
เพศ			
ชาย	64 (73.6)	64 (80.0)	59 (79.7)
หญิง	23 (26.4)	16 (20.0)	15 (20.3)
อายุ (ปี)			
16-25	9 (10.3)	10 (12.5)	5 (6.8)
26-45	43 (49.4)	35 (43.7)	30 (40.5)
46-60	19 (21.9)	20 (25.0)	30 (40.5)
> 60	16 (18.4)	15 (18.8)	9 (12.2)
สถานภาพสมรส			
คู่	32 (36.8)	31 (38.7)	36 (48.6)
โสด	31 (35.6)	26 (32.5)	23 (31.1)
ม่าย/หย่า/ร้าง	20 (23.0)	18 (22.6)	9 (12.2)
ไม่ระบุ	4 (4.6)	5 (6.2)	6 (8.1)

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
	จำนวน (ร้อยละ) N = 87	จำนวน (ร้อยละ) N = 80	จำนวน (ร้อยละ) N = 74
อาชีพ			
รับจ้าง	40 (46.1)	32 (40.0)	32 (43.2)
เกษตรกรกรรม	25 (28.7)	21 (26.2)	17 (23.0)
ค้าขาย	5 (5.7)	5 (6.3)	3 (4.1)
รับราชการ	1 (1.1)	1 (1.2)	2 (2.7)
ไม่ได้ทำงาน	- -	2 (2.5)	2 (2.7)
ไม่ระบุ	16 (18.4)	19 (23.8)	18 (24.3)
สาเหตุการตาย			
แขวนคอ	49 (56.3)	56 (70.0)	53 (71.6)
กินสารพิษ	30 (34.5)	21 (26.3)	14 (18.9)
ยิงด้วยปืน	3 (3.4)	1 (1.2)	2 (2.7)
อื่นๆ (กระโดดจากที่สูง ให้รถไฟชน)	5 (5.8)	2 (2.5)	5 (6.8)

อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงอยู่ใน 3 อันดับแรกของช่วงเวลา 3 ปี รวมจำนวน 5 อำเภอ ซึ่งเป็นพื้นที่ตรงกันกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านโฮ้ง, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 5 อำเภอ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-45 ปี และ 46-60 ปี สถานภาพสมรสเป็นคู่ ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ทุกอำเภอ ยกเว้น อำเภอเมืองที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ผู้มีอาชีพรับจ้าง ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดในเขตอำเภอเมือง และอำเภอป่าซาง (ร้อยละ 53.2 และ 58.7 ตามลำดับ) ผู้มีอาชีพรับราชการที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบมาก ในเขตอำเภอแม่ทา, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง (ร้อยละ 55.3, 24.2 และ 19.6) ผู้มีอาชีพเกษตรกรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบมาก ในเขตอำเภอ บ้านโฮ้ง, อำเภอเถิน และ อำเภอเมือง (ร้อยละ 34.5, 34.1 และ 21.0) สำหรับสาเหตุการตายของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้วิธีแขวนคอมากที่สุดทุกอำเภอ ยกเว้น อำเภอบ้านโฮ้ง ที่ใช้วิธีการกินสารพิษมากที่สุด ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 อำเภอที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ อันดับ 1- 3 ของจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

ตัวแปร	อำเภอ				
	เมือง	แม่ทา	บ้านโฮ้ง	เถิน	ป่าซาง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
	<b>N=62</b>	<b>N=38</b>	<b>N=29</b>	<b>N=41</b>	<b>N=46</b>
เพศ					
ชาย	47 (75.8)	30 (78.9)	21 (72.4)	31 (75.6)	35 (76.1)
หญิง	15 (24.2)	8 (21.1)	8 (27.6)	10 (24.4)	11 (23.9)
กลุ่มอายุ					
16-25	6 (9.7)	3 (7.9)	4 (13.8)	7 (17.1)	3 (6.5)
26-45	26 (41.9)	18 (47.4)	14 (48.3)	21 (51.2)	18 (39.1)
46-60	21 (33.9)	12 (31.6)	7 (24.1)	3 (7.3)	18 (39.1)
>60	9 (14.5)	5 (13.1)	4 (13.8)	10 (24.4)	7 (15.3)

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	อำเภอ				
	เมือง	แม่ทา	บ้านโฮ้ง	ลี้	ป่าซาง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
	N=62	N =38	N =29	N =41	N =46
สถานภาพสมรส					
คู่	20 (32.3)	15 (39.5)	15 (51.7)	18 (43.9)	19 (41.3)
โสด	23 (37.1)	12 (31.6)	6 (20.7)	17 (41.5)	16 (34.8)
ม้าย/หย่า/ร้าง	15 (24.2)	6 (15.8)	5 (17.2)	5 (12.1)	11 (23.9)
ไม่ระบุ	4 (6.4)	5 (13.2)	3 (10.3)	1 (2.4)	-
อาชีพ					
รับราชการ	11 (17.7)	21 (55.3)	5 (17.2)	10 (24.4)	9 (19.6)
รับจ้าง	33 (53.2)	15 (39.5)	10 (34.5)	14 (34.1)	27 (58.7)
เกษตรกรรม	13 (21.0)	1 (2.6)	10 (34.5)	14 (34.1)	6 (13.0)
ค้าขาย	4 (6.5)	-	2 (6.9)	2 (5.0)	4 (8.7)
ช่างไม้	-	1 (2.6)	-	-	-
ไม่ทำงาน	1 (1.6)	-	2 (6.9)	1 (2.4)	-
สาเหตุการตาย					
แขนคอ	43 (69.4)	24 (63.2)	11 (37.9)	30 (73.2)	34 (73.9)
กินสารพิษ	15 (24.2)	10 (26.3)	16 (55.2)	8 (19.5)	10 (21.7)
ยิงด้วยปืน	1 (1.6)	2 (5.3)	1 (3.4)	-	2 (4.3)
ไม่ระบุ	3 (4.8)	2 (5.3)	1 (3.4)	3 (7.3)	-

ตาราง 9 ประเด็นที่น่าสนใจของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จาก 5 อำเภอ (รายละเอียดในภาคผนวก ง)

<b>สาเหตุการตาย</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพศชายและเพศหญิง ใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด (ร้อยละ 68.4 และ 55.6 ตามลำดับ) และวิธีการแขวนคอเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุ</li> <li>● เพศหญิงใช้วิธีกินสารพิษมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 42.6 และ 22.5 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศชายใช้วิธียิงด้วยปืน (ร้อยละ 3.2) แต่ในเพศหญิงไม่มีการใช้ปืน</li> </ul>
<b>อายุ เพศ และ สถานภาพสมรส</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ในกลุ่มอายุ 16-45 ปี เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 59.9 และ 37.0 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มอายุ 46 ปี ขึ้นไป เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 81.5 และ 37.0 ตามลำดับ)</li> <li>● วิธีการยิงด้วยปืนเป็นสาเหตุการตาย ที่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 26-45 ปี</li> <li>● ผู้มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ในกลุ่มอายุ 46-60 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่ผู้มีสถานภาพสมรสเป็น โสดในกลุ่มอายุ 16-25 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ</li> </ul>

## ส่วนที่ 2 การบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน

การศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลและข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

### 2.1 ข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

การศึกษาในส่วนนี้ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล ในตำบลที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่ 3 รายขึ้นไป ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 4 แห่ง และ สถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่รับผิดชอบต่ำกว่า 3 รายลงมา จำนวน 1 แห่ง รวมสถานบริการทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง

#### 2.1.1 ลักษณะทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

สถานบริการสาธารณสุข ทั้ง 5 แห่ง มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตแห่งละ 1 คน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเพียง 3 แห่ง ได้รับการอบรมหรือสัมมนาวิชาการด้านสุขภาพจิต โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายระดับอำเภอเป็นผู้จัดการอบรม หัวข้อเรื่องที่ได้รับการอบรม ได้แก่ แนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเจรจาต่อรองผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน และการให้บริการให้คำปรึกษา (รายละเอียดในภาคผนวก ข) สถานบริการฯ ทั้งหมดไม่มีเจ้าหน้าที่ที่จบเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ในด้านการรับรองคุณภาพบริการ พบว่า มีสถานบริการฯ ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 4 แห่ง จำนวนครัวเรือนที่สถานบริการฯ แต่ละแห่งรับผิดชอบเฉลี่ยเท่ากับ 1,622 ครัวเรือน และมีประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยเท่ากับ 5,821 คน สำหรับการสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จของสถานบริการฯ ทุกแห่งได้เริ่มดำเนินการในปี 2547 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ลักษณะทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

ลักษณะทั่วไป	สอ.1	สอ.2	สอ.3	สอ.4	สอ.5
1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต					
จำนวนผู้รับผิดชอบ	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน
ได้รับการอบรม/สัมมนาวิชาการ	เคย	ไม่เคย	เคย	เคย	ไม่เคย
จบการศึกษาเฉพาะทางสุขภาพจิต	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
2. สถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล					
ผ่านการรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน	ปี 2547	ปี 2546	ไม่ผ่าน	ปี 2547	ปี 2547
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ	1,088	2,056	1,662	1,886	1,420
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ	3,893	6,925	7,213	6,330	4,744
เริ่มมีการสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547
เริ่มมีการสอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547	ปี 2547

หมายเหตุ : สอ.1,2,3,4 และ 5 หมายถึง สถานบริการระดับตำบล (สถานีอนามัย) ในอำเภอที่ 1,2,3,4 และ 5



### 2.1.2 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

การศึกษาด้านบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีการดำเนินงานเพียง 2 ด้าน จากงานบริการสุขภาพจิตที่ต้องให้บริการทั้งหมด 4 ด้าน คือ ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และ ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบริการทั้ง 2 ด้านได้จัดในรูปแบบโครงการ โดยมีโครงการทั้งหมดจำนวน 14 โครงการ แยกเป็นโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตจำนวน 3 โครงการ (ร้อยละ 21.4) และ โครงการด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 11 โครงการ (ร้อยละ 78.6) ลักษณะโครงการทั้งหมดเป็นการฝึกอบรม โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (9 โครงการ) กลุ่มแกนนำต่างๆ (8 โครงการ) มีเพียง 2 โครงการ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ ผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากหน่วยงานภาครัฐ และ การปกครองส่วนท้องถิ่น ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

พ.ศ.	สถานบริการ	บริการสุขภาพจิต	โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	
					แหล่ง	บาท
2546	สอ.2	ส่งเสริมสุขภาพจิต	1. วิปัสสนา 5 ชั่วโมง	ผู้สูงอายุ	อบต.	20,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2. หมู่บ้านสุขภาพใจ	อสม.	กรมสุขภาพจิต	4,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	3. เสริมรักในครอบครัว	อสม., แก่นนำครอบครัว	กรมสุขภาพจิต	11,400
2547	สอ.1	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1. การดูแลและช่วยเหลือผู้มีการซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	อสม.	รพช.1	ไม่ระบุ
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2. คลายเครียด	ผู้สูงอายุ	อบต.	20,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	3. หมู่บ้านสุขภาพใจ	อสม.	กรมสุขภาพจิต	2,500
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	4. การป้องกันการฆ่าตัวตาย	อสม., ประชาชน	กรมสุขภาพจิต	4,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	5. บ้านหัวใจกลางสุใจ	อสม., แก่นนำครอบครัว	อบต.	4,000
2548	สอ.2	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1. หมู่บ้านสุขภาพใจ	แก่นนำสุขภาพจิต	สปสข.	30,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2. สุขภาพใจในชุมชน	แก่นนำสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต	3,000

ตาราง 11 (ต่อ)

พ.ศ.	สถานบริการ	บริการสุขภาพจิต	โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	
					แหล่ง	บาท
2548	สต.4	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	3.ป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการฆ่าตัวตาย	อสม.,แกนนำครอบครัว	UC	18,000
(ต่อ)		ส่งเสริมสุขภาพจิต	4.สร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตในชุมชน	อสม.	กรมสุขภาพจิต	16,000
		ส่งเสริมสุขภาพจิต	5.สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน	แกนนำชุมชน	กรมสุขภาพจิต	10,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	6.แกนนำสุขภาพจิตชุมชน	อสม.,แกนนำชุมชน	PP	7,500

หมายเหตุ : สต. 1, 2, 3, 4 และ 5 หมายถึง สถานบริการระดับตำบล (สถานีอนามัย) ในอำเภอที่ 1, 2, 3, 4 และ 5

อบต. หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สบสช. หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

UC (Universal Coverage) หมายถึง งบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

PP (Promotion and Prevention) หมายถึง งบประมาณที่สนับสนุนบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### 2.1.3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับ

#### ตำบล

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์เนื้อหาโดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆได้ ดังนี้

#### ก. การบริการสุขภาพจิตมีผลต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสถานบริการฯ ทุกแห่ง มีความเห็นว่า โครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการสามารถลดหรือบรรเทาปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้ระดับหนึ่ง โดยสังเกตจากจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ที่มีแนวโน้มลดลง และ มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างชุมชนกับสถานบริการฯ ได้แก่ มีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัวและระหว่างญาติพี่น้อง การแนะนำให้ญาตินำผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการในสถานบริการฯ นอกจากนี้การให้บริการด้านสุขภาพจิตของสถานบริการฯ สามารถเข้าถึงได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เปิดเผยตัว และยอมรับการเข้ารับบริการในสถานบริการฯ แต่อย่างไรก็ตามในชุมชนยังมีผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอีกมาก ที่ไม่มารับบริการ และขาดที่ปรึกษา อีกทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิตมีความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านอื่นๆ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปแก้ไขได้ เช่น ปัญหาครอบครัวและปัญหาด้านเศรษฐกิจ

“งานบริการในสถานีนามยมีมาก เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยพร้อม และไม่มีเวลาเพียงพอในการให้บริการและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน เพราะการให้บริการด้านสุขภาพจิตต้องใช้เวลามากและต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.4)

“การเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลของกลุ่มแกนนำต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วย ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้มีอาการแสดงที่ญาติสังเกตได้ แต่การเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชนกับสถานบริการฯ ยังไม่สม่ำเสมอและขาดความต่อเนื่อง” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.2)

### ข. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง

บริการสุขภาพจิตของสถานบริการฯ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้สูงอายุ ได้ดีกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป ในชุมชนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มวัยทำงาน ที่บริการสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงและช่วยเหลือได้ทัน

“บริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงผู้ที่มารับบริการและต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แต่จะขาดหายไปในกลุ่มที่ไม่มารับบริการและไม่ขอความช่วยเหลือ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.4)

“ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จบางราย ไม่เคยมารับบริการในสถานบริการฯ มาก่อน แต่ตัดสินใจฆ่าตัวตายเลย” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.5)

“ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการไม่ค่อยมีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย แต่จะพบปัญหาในกลุ่มวัยแรงงานมากกว่า” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.2)

### ค. ระบบบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตส่วนใหญ่ เห็นว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในสถานบริการฯ มีความเหมาะสมกับจำนวนเจ้าหน้าที่ และขีดความสามารถของสถานบริการฯ ในระดับหนึ่ง โดยบริการที่คิดว่าเหมาะสม ได้แก่ มีการจัดตั้งคลินิกคลายเครียดให้บริการให้คำปรึกษาในสถานบริการฯ และการเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวช โรคเรื้อรังต่างๆ การสอดส่องดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเยี่ยมบ้าน และ การส่งต่อข้อมูลระหว่างชุมชนกับสถานบริการฯ ในส่วนที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตบางส่วน เห็นว่า บริการสุขภาพจิตยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน ได้แก่ ระบบการส่งต่อข้อมูลจากชุมชนมายังสถานบริการฯ ขาดความต่อเนื่อง การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบางคนไม่เข้าใจลักษณะงาน ทำให้ขาดความร่วมมือในการจัดกิจกรรมส่งผลให้ผู้รับผิดชอบงานทำงานค่อนข้างลำบากและเหนื่อยล้า เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจรายละเอียดของโครงการ ทำให้ไม่ชัดเจนในการจัดกิจกรรมและมีความเห็นว่า งานสุขภาพจิตเป็นงานที่เป็นนามธรรมวัดผลยาก อีกทั้งเจ้าหน้าที่ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ไปรับการรักษาที่สถานบริการฯ อื่น เช่น โรงพยาบาลนอกจังหวัด เพราะไม่มีการส่งต่อข้อมูล และในชุมชนการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชยังเป็นความลับของครอบครัว

การดำเนินงานโครงการต่างๆ ของสถานบริการฯ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำต่างๆ มีเวลาร่วมกิจกรรมน้อย เพราะการจัดกิจกรรมมักตรงกับช่วงฤดูทำงานตามปฏิทินชุมชน เช่น เก็บเกี่ยวพืชผลทางการเกษตร (ข้าว, ถั่ว) กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ผล เช่นไม่สามารถประเมินความเครียดด้วยตนเอง ต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน

“การบริการให้คำปรึกษาสามารถบรรเทาปัญหาได้ส่วนหนึ่งแต่เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ควรจะมีกิจกรรมที่เสริมความเข้มแข็งของจิตใจและการใช้สถาบันครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.4)

“การเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสวนปรุงกับโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลที่ดี ข้อมูลบางอย่างขาดหายไปเนื่องจากตัวผู้ป่วยและญาติไม่ยอมเปิดเผย” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.2)

#### ง. การสนับสนุนด้านงบประมาณ

สถานบริการฯ ส่วนใหญ่ เห็นว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ สำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่เฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหา แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำได้ยาก เพราะยังไม่เห็นว่าเป็นปัญหาที่รุนแรง

“ปัญหาสุขภาพจิตจับต้องยากไม่เหมือนโรคอื่น ถ้าในพื้นที่ไม่มีการฆ่าตัวตายทางชุมชนก็ไม่ถือเป็นปัญหา มีผลต่อการขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.2)

#### จ. การสนับสนุนด้านวิชาการ

สถานบริการฯ ส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเพียงพอจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แต่ยังคงขาดเอกสารความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับงานสุขภาพจิต โดยในปี 2546 ได้รับการสนับสนุนสื่อเพียงพอ แต่ในช่วงปีหลังๆ สื่อน้อยลง นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตบางแห่งไม่มีทักษะในการให้บริการสุขภาพจิต ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ในชุมชน เจ้าหน้าที่ทำได้เพียงให้คำแนะนำเรื่องการกินยาต่อเนื่อง ส่วนเรื่องอื่นๆ ไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น การดูแลอย่างไร การรักษาพยาบาลที่ควรให้เพิ่มเติม

“เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการให้บริการด้านสุขภาพจิตบ้าง” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สอ.5)

## 2.2 ข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

การศึกษาในส่วนนี้ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการระดับอำเภอ ที่อยู่ในอำเภอเดียวกันกับสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล รวมทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง

### 2.2.1 ลักษณะทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

สถานบริการสาธารณสุข ทั้ง 5 แห่ง มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวนตั้งแต่ 1-4 คน เฉลี่ย 2.6 คนต่อแห่ง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตได้รับการอบรมหรือสัมมนาวิชาการด้านสุขภาพจิต ครอบคลุมทุกแห่ง (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) มีสถานบริการฯ 4 แห่ง ที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจบการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตทั้ง 2 หลักสูตร คือ การพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช (โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่) และ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) มีสถานบริการฯ เพียง 1 แห่ง ที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตยังไม่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้สถานบริการฯ ทุกแห่ง มีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและเป็นคลินิกสุขภาพจิตเครือข่ายของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านการรับรองพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่าสถานบริการฯ ทุกแห่งผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital) มีสถานบริการฯ 4 แห่ง ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation) และกระบวนการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประเมินซึ่งกันและกัน (Hospital Network Quality Audit) สำหรับจำนวนครัวเรือนที่สถานบริการฯ แต่ละแห่งรับผิดชอบ เฉลี่ยเท่ากับ 14,393 ครัวเรือน และมีประชากรที่รับผิดชอบ เฉลี่ยเท่ากับ 51,140 คน ในด้านการสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าสถานบริการฯ 3 แห่ง เริ่มดำเนินการในปี 2546 และ สถานบริการฯ 2 แห่ง เริ่มดำเนินการในปี 2547

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ลักษณะทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

ลักษณะทั่วไป	รพช.1	รพช.2	รพช.3	รพช.4	รพช.5
1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต					
จำนวนผู้รับผิดชอบ	2 คน	1 คน	3 คน	4 คน	3 คน
ได้รับการอบรม/สัมมนาวิชาการ	เคย	เคย	เคย	เคย	เคย
จบการศึกษาเฉพาะทางสุขภาพจิต					
-การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือน)	2 คน	ไม่มี	3 คน	2 คน	3 คน
-พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (หลักสูตร 2 ปี รับทุนจากกรมสุขภาพจิต)	1 คน	ไม่มี	2 คน	1 คน	1 คน
2. สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ					
มีการจัดตั้งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะ	มี	มี	มี	มี	มี
เป็นคลินิกสุขภาพจิตเครือข่ายรพ.สวนปรุง	มี	มี	มี	มี	มี
ผ่านการรับรองพัฒนาคุณภาพบริการ	HPH HA HNQA	HPH HA	HPH HNQA	HPH HA HNQA	HPH HA HNQA
จำนวนครัวเรือนรับผิดชอบ	10,145	13,963	18,433	23,210	6,215
จำนวนประชากรรับผิดชอบ	41,276	43,685	70,513	82,423	17,803
เริ่มมีการสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2546
เริ่มมีการสอบสวนโรคผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2546

## หมายเหตุ

รพช.1,2,3,4 และ 5 หมายถึง สถานบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) แห่งที่ 1,2,3,4 และ 5

HPH: Health Promotion Hospital หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

HA: Hospital Accreditation หมายถึง โรงพยาบาลคุณภาพ

HNQA: Hospital Network Quality Audit หมายถึง กระบวนการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการตรวจประเมินซึ่งกันและกัน



### 2.2.2 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

การศึกษาด้านบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้านการบำบัดรักษาทางจิตเวช และ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีโครงการทั้งสิ้น จำนวน 32 โครงการ การให้บริการสุขภาพจิตในด้านต่างๆ มี ดังนี้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และ ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีการจัดทำโครงการจำนวนโครงการเท่ากัน คือด้านละ 14 โครงการ (ร้อยละ 43.7) สำหรับ ด้านการบำบัดรักษาทางจิตเวช และ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนโครงการเท่ากัน คือ ด้านละ 2 โครงการ (ร้อยละ 6.3) สำหรับวิธีการดำเนินโครงการใช้วิธีการอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และค่ายอบรมทักษะชีวิต การจัดกิจกรรมตามโครงการต่างๆ ของสถานบริการฯ มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับตำบล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว อบต. อบท. ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารแอมเฟตามีน ตัวแทนพ่อบ้าน/แม่บ้าน ครู นักเรียน พี่เลี้ยงเด็ก และพระสงฆ์ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากหน่วยงานภาครัฐและการปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ โรงพยาบาลทุกแห่งมีคลินิกสุขภาพจิตที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่เป็นคลินิกสุขภาพจิตเครือข่ายของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548

พ.ศ.	สถานบริการ	บริการสุขภาพจิต	โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	
					แหล่ง	บาท
2546	รพช.1	การฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับตำบลทุกแห่ง	รพช.1	3,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	อสม., ผู้นำชุมชน ตัวแทนหมู่บ้านและแม่บ้าน	รพช.1 และ UC	12,600
	รพช.2	ส่งเสริมสุขภาพจิต	1.เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต	อสม., แกนนำชุมชน	กรมสุขภาพจิต	ไม่ระบุ
		ส่งเสริมสุขภาพจิต	2.สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน	อสม., ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน	กรมสุขภาพจิต	42,500
	รพช.3	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตระดับอำเภอ	อสม.ใหม่, จนท. สอ.ทุกแห่ง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2.ค่ายอบรมทักษะชีวิตและต่อต้านยาเสพติด	นักเรียน	UC	30,000
		บำบัดรักษาทางจิตเวช	3.ค่ายอบรมทักษะชีวิตและจิตสังคมบำบัด	ผู้ติดสารแอมเฟตตามีน	สสจ.ลำพูน	80,000
	รพช.4	ส่งเสริมสุขภาพจิต	1.สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน	อสม., แกนนำชุมชน	ศูนย์สุขภาพจิตที่10	13,000
		ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	2.ดูแลช่วยเหลือเด็กพิการและด้อยโอกาส	อสม., แกนนำชุมชน, พี่เลี้ยงเด็ก	สสจ.ลำพูน	8,000
	รพช.5	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	ครูและนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา	ศูนย์สุขภาพจิตที่10	4,200
		ส่งเสริมสุขภาพจิต	2.สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน	อสม.	ศูนย์สุขภาพจิตที่10	14,000

หมายเหตุ : รพช.1,2,3,4 และ 5 หมายถึง สถานบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) แห่งที่ 1,2,3,4 และ 5

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

UC (Universal Coverage) หมายถึง งบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สสจ.ลำพูน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

## ตาราง 13 (ต่อ)

พ.ศ.	สถานบริการ	บริการสุขภาพจิต	โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ	
					แหล่ง	บาท
2547	รพช.1	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.พัฒนาศักยภาพในการดูแลและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย	อสม.ทั้งอำเภอ	รพช.1	74,240
	รพช.2	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.พัฒนาศักยภาพสุขภาพจิตในชุมชน 2.สร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	1.1 ผู้นำและแกนนำชุมชน 1.2 พระสงฆ์ 1.3 นักรีวิว, ครูในดวงใจ	กรมสุขภาพจิต	5,000
	รพช.3	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1.พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช 2.พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช	อสม., ผู้นำชุมชน เยาวชน, นักรีวิว จนท. สอ.ทุกแห่ง, อสม.	กรมสุขภาพจิต อบต. UC	2,500 ไม่ระบุ ไม่ระบุ
	รพช.4	ส่งเสริมสุขภาพจิต	3.สุขภาพใจภาคประชาชน 1.ประกวดเล่านิทานเพื่อลูกหลานและมีคุณธรรม 2.พัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพจิต	อสม., แกนนำชุมชน พ่อแม่ พี่เลี้ยงเด็ก อายุ 6 เดือน – 1 ปี	ศูนย์สุขภาพจิตที่10 สสจ. ลำพูน	4,000 12,000
	รพช.5	บำบัดรักษาทางจิตเวช	และการบริการปรึกษา 3.สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน 1.สร้างเสริมสุขภาพใจภาคประชาชน	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ศูนย์สุขภาพจิตที่10	50,000
		ส่งเสริมสุขภาพจิต		อสม., แกนนำชุมชน	อบต.	10,000
		ส่งเสริมสุขภาพจิต		อสม.	ศูนย์สุขภาพจิตที่10	4,000

หมายเหตุ : อบต. หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล

ตาราง 13 (ต่อ)

พ.ศ.	สถานบริการ	บริการสุขภาพจิต	โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย		งบประมาณ	
				แหล่ง	บาท		
2548	รพช.1	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการช่วยเหลือนักกีฬาอาชีพและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. นวัตกรรมบริการแก้ไขปัญหากลุ่มอาชีพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้สู่ชุมชน 1. สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน 2. ปฏิบัติธรรมในเทศกาลเข้าพรรษา 3. สุขภาพจิตในชุมชน 1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 2. พัฒนาระบบเครือข่ายและขยายผลสู่ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน 3. สุขภาพใจในชุมชน	ผู้นำชุมชน, ช่างราชการ, ท้องถิ่น พระสงฆ์ ผู้แทนชุมชนทุกตำบล อสม., แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ อสม., อบต., ผู้นำชุมชน, แกนนำ ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ, อสม., แกนนำ อสม. ใหม่, ผู้นำท้องถิ่น, อบต.	รพช.1, อบต. และ ศสจ. ลำพูน รพช.1 และ UC กรมสุขภาพจิต ไม่ระบุ ไม่ระบุ 16,000 25,000 5,000	64,300 63,940	
	รพช.2	ส่งเสริมสุขภาพจิต					
	รพช.3	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต					
	รพช.4	ส่งเสริมสุขภาพจิต					
	รพช.5	ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต					

หมายเหตุ : PP (Promotion and Prevention) หมายถึง งบประมาณจาก โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สนับสนุนบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
 อบต. หมายถึง องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

### 2.2.3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับ

#### อำเภอ

ความคิดเห็นของผู้ให้บริการซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์เนื้อหาโดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆได้ ดังนี้

#### ก. การบริการสุขภาพจิตมีผลต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสถานบริการฯ ทุกแห่ง มีความเห็นว่า โครงการต่างๆ ที่สถานบริการฯ ได้ดำเนินการสามารถลดหรือบรรเทาปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้มากขึ้น ซึ่งหากดูจากสถิติการฆ่าตัวตายที่ยังสูงและไม่ลดลงตามเป้าหมายที่จังหวัดลำพูนหรือประเทศตั้งไว้ แต่มีตัวชี้วัดบางอย่างที่บ่งบอกว่าแนวโน้มน่าจะดีขึ้น เช่น อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลง และการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กร กลุ่มต่างๆ ในชุมชนมีมากขึ้น และเห็นความสำคัญโดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสามารถเข้าถึงได้ดีในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพราะผู้ป่วยสามารถเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่จัดบริการด้านการบำบัดรักษาทางจิตเวช

“มีการสร้างเครือข่ายงานสุขภาพจิตในสถานีอนามัย มีการติดตามประเมินผล และนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการทบทวนกระบวนการทำงานและปรับแผนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.3)

“ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง ลดการป่วยทางจิตกำเริบซ้ำ ลดอัตราการส่งต่อ และ การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.5)

#### ข. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง

เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 2 แห่ง ให้ความเห็นว่า สามารถจัดบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาได้ตรงกลุ่ม เพราะกิจกรรมของโครงการต่างๆ เกิดจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาตามบริบทของชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ อีก 3 แห่ง เห็นว่า สามารถจัดบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาได้บางส่วนเท่านั้น แต่จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีในกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเฝ้าระวังจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและจากเครือข่ายในชุมชน (อสม.และกลุ่มแกนนำต่างๆ)

“การเฝ้าระวังโดยการประเมินทางด้านจิตใจสามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเอดส์ เพราะเป็นกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการและได้รับการประเมินสถานะทางจิตใจ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.4)

“มีการจัดทำเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาาร่วมกันลงไปถึงระดับสถานีอนามัยในชุมชนมีแกนนำสุขภาพจิต แกนนำนักเรียน จึงทำให้มีการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.3)

“ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายของสาเหตุ กลุ่มเป้าหมายไม่อยู่นิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการให้บริการสุขภาพจิตที่คิดว่าเหมาะสมกับบริบท สาเหตุของปัญหาได้อย่างเหมาะสมแล้ว แต่อัตรการฆ่าตัวตายยังคงสูงอยู่ไม่ใช่หมายถึงความล้มเหลวของการดำเนินงาน” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.3)

#### ค. ระบบบริการสุขภาพจิตของสถานบริการฯ

เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 4 แห่ง มีความเห็นว่า บริการสุขภาพจิตมีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพราะกิจกรรมเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการระดมพลังความคิดและการจัดการกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามาใช้บริการจะได้รับบริการให้คำปรึกษาและติดตามเฝ้าระวังทุกรายเป็นเวลา 1 ปี มีการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง ตลอดจนคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ติดสุรา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น สำหรับสถานบริการฯ อีก 1 แห่ง เจ้าหน้าที่ มีความเห็นว่า ไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมและ ต่อเนื่องเพราะงบประมาณมีจำกัดและรับผิดชอบงานหลายงาน เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 2 แห่ง มีความเห็นว่า บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพจิต เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีการขาดแคลนอัตรากำลังคน และ พยาบาลต้องทำงานด้านอื่นๆ ในโรงพยาบาล นอกเหนือจากงานบริการสุขภาพจิต

“มีการทำงานเป็นทีม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการวิเคราะห์ปัญหาก่อนที่จะมีการกำหนดกิจกรรมบริการสุขภาพ มีวิธีการใหม่ๆ เกิดขึ้นจนถือว่าเป็นแบบอย่างที่หลากหลายพื้นที่ได้นำไปเป็นต้นแบบ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.3)

“การทำงานของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังเน้นเชิงรับมากกว่า” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.2)

### ง. การสนับสนุนด้านงบประมาณ

เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 4 แห่ง มีความเห็นว่า งบประมาณที่ได้รับยังไม่เพียงพอ สถานบริการฯ ต้องประสานขอความร่วมมือจากแหล่งทุนในชุมชน เช่น อบต. เทศบาล หรือ ระดมทุนจากแหล่งอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ซึ่งงบประมาณที่ได้รับส่วนใหญ่ สามารถนำมาดำเนินการได้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ เพียงแห่งเดียว ที่เห็นว่า ได้รับงบประมาณเพียงพอเพราะได้ตามที่ต้องการและสามารถให้บริการอย่างทั่วถึง

“งบประมาณภาครัฐไม่เพียงพอ บางปีได้รับสนับสนุนเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น”  
(ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.2)

“การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรอื่นค่อนข้างยาก เพราะงานสุขภาพจิตไม่เหมือนงานอื่น ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.1)

### จ. การสนับสนุนด้านวิชาการ

เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 3 แห่ง มีความเห็นว่า ได้รับการสนับสนุนในด้านวิชาการอย่างเพียงพอจากหน่วยบริการ โดยตรงและผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญ สนับสนุนทั้งด้านบุคลากร ระบบบริการสนับสนุนรายการทางจิตเวชที่จำเป็นในหน่วยงาน สำหรับเจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ อีก 2 แห่ง มีความเห็นว่า การสนับสนุนด้านวิชาการค่อนข้างมีน้อย ต้องขวนขวายหาตนเองหรือไม่ก็จัดดำเนินการกันเองภายในหน่วยงาน และ ผู้รับผิดชอบงานยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช

“ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทั้งด้านวิชาการ ขวัญกำลังใจ จากผู้ร่วมงานในฝ่ายและผู้บังคับบัญชา” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.4)

“ได้รับการสนับสนุนเพียงพอจากหน่วยบริการโดยตรง และ ผู้บริหารสูงสุดได้ให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิต สนับสนุนบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 คน โดยทุกคนได้ศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิต (4 เดือน) และหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (2 ปี) ซึ่งสำเร็จการศึกษา 1 คน และอยู่ระหว่างการศึกษา 2 คน ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.5)

“งานสุขภาพจิตเป็นงานที่ทำหาย ต้องอาศัยใจรัก และอดทน ควรมีการสนับสนุนด้านขวัญและกำลังใจ บางครั้งทำให้เครียด หนักใจบ้างพอสมควร ผู้บริหารยังไม่เห็นความสำคัญในด้านนี้ ” (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพช.1)