

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้องรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเรือข่ายตำบลศรีสมเด็จ**

**นางสาวกิ่งแก้ว สาระขันธ์**

**และคณะ**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560**

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้องรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเรือข่ายตำบลศรีสมเด็จ**

**นางสาวกิ่งแก้ว สาระขันธ์**

**และคณะ**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง**

**ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560**

**กิตติกรรมประกาศ**

งานศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้ศึกษาได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากหลายๆ ฝ่ายโดยเฉพาะ นายสุรศักดิ์ จ้องสละ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ในการแนะนำตรวจแก้ไขให้ข้อเสนอแนะ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนให้กำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งผู้ศึกษาซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จักรกริช กุลกั้ง นางอมรรัตน์ ยุระชัย และนางสายรุ้ง วงศ์ศิริ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ บุคลากร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและคอยอำนวยความสะดวกระหว่างดำเนินการศึกษาจนการศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นางสาวกิ่งแก้ว สาระขันธ์ และคณะ

มีนาคม 2560

**ชื่อเรื่อง** : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง ตำบลศรีสมเด็จ

**คำสำคัญ**: การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง

**ชื่อผู้วิจัย**: นางสาวกิ่งแก้ว สาระขันธ์ และคณะ

**บทคัดย่อ**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่เกิดจากการร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพของตำบลศรีสมเด็จ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จ จำนวน 50 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภาคีเครือข่าย จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยแบบประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรม การจัดประชุมกลุ่มย่อย และการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมแก่ภาคีเครือข่าย จัดทำทะเบียนและแยกประเภทผู้ป่วยสุขภาพจิต จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชแก่แกนนำ และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลร่วมกันในเขตตำบลศรีสมเด็จ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับภาคีเครือข่ายในตำบลศรีสมเด็จและพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลสมเด็จ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

สืบเนื่องจากตำบลศรีสมเด็จ เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเภทสูงที่สุดในอำเภอสมเด็จ คือ มีจำนวน 50 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 9 คน ที่อยู่ในระหว่างการรักษา และปัจจุบันอำเภอสมเด็จ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 8.2 ต่อแสนปะชากร (ข้อมูล ณ 12 มิถุนายน 2560 จากรายงาน 506 DS) ซึ่งเกินค่ามาตรฐานที่กระทรวงกำหนด คือ 6.5 ต่อแสนประชากร ดังนั้นการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมจากชุมชนจึงเป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

ผลการวิจัย พบว่า ภาคีเครือข่ายสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนทุกครั้ง มีผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 1:1 คน และมีแกนนำทั้งหมด 20 คน ผู้ป่วยสุขภาพจิตมีอาการกำเริบลดลง กำเริบ 2 คน ใน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยสุขภาพจิตทั้งหมด

จาการดำเนินงานดังกล่าว จะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลดี ควรมีการขยายต่อไปยังพื้นที่อื่น แต่ยังพบปัญหาการให้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้ป่วยบางส่วน และข้อจำกัดในการใช้งบประมาณในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเกินขอบเขตของ รพช. และสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการส่งต่อไปรับการรักษา จึงควรมีการส่งเสริมความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ และชุมชน การแสวหางบประมาณจากองค์กรภายนอก เช่น จากสำนักงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ และการจัดบริการแบบองค์รวมเพื่อลดความซับซ้อนทางการแพทย์ การปรึกษาทางไกลทางวีดีโอคอล ทางโทรศัพท์ ไลน์ จากแพทย์และหน่วยบริการที่เหนือขึ้นไป

**สารบัญ**

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ค

สารบัญ ช

สารบัญตาราง ฌ

สารบัญภาพ ญ

บทที่

1 บทนำ 1

ที่มาและความสำคัญ 1

คำถามศึกษา 7

วัตถุประสงค์การศึกษา 7

กรอบแนวคิดในการศึกษา 7

ขอบเขตการศึกษา 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา 8

นิยามศัพท์ 8

2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 10

การประเมินผล 10

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ 15

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 24

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 26

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด 36

มาตรฐานการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 52

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง 57

**สารบัญ (ต่อ)**

หน้า

3 วิธีการดำเนินการศึกษา 59

รูปแบบของการศึกษา 59

คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา 59

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 59

การแปรผลการประเมิน 60

สภาพของเครื่องมือ 62

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 63

การวิเคราะห์ข้อมูล 63

4 ผลการศึกษา 64

ข้อมูลทั่วไป 64

การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ 66

มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 72

มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน 79

ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

แบบบูรณาการ (ODOP) 91

สรุป 92

5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 95

สรุปผล 95

อภิปรายผล 97 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา 98

แผนพัฒนาต่อเนื่อง 99

บรรณานุกรม..…………………………………………...…………………………………………….......... 100

ภาคผนวก.....…………………………………………………………………………………………………... 102

**สารบัญตาราง**

ตารางที่ หน้า

1 ข้อมูลทั่วไป 65

2 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพ อำเภอ (District Health System :DHS) 5 ลำดับ 68

3 จำนวนและร้อยละการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริม

ด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 73

4 จำนวนและร้อยละการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริม

ด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ...........................80

5 ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอสมเด็จ

ปี งบประมาณ 2557-2560 91

6 ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานตามโครงการ 91

**สารบัญภาพ**

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย 7

**บทที่ 1**

**บทนำ**

**1. ที่มาและความสำคัญ**

สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ โรควิตกกังวล รองลงมา โรคจิต (psychosis) และ โรคซึมเศร้า ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาย้อนไป ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 นั้นกลับ พบว่า โรคจิต เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ ข้อมูลอัตราการป่วยจากโรคที่สำคัญ ในปีดังกล่าวพบว่า “โรคจิตและพฤติกรรม” พบมาก เป็นอันดับสี่ รองจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายพบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยเพศชายมีสัดส่วนของอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง อัตราการดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสืบเนื่องอื่นๆ อีกหลายปัญหาตามมา ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจราจร โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น เช่น การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร พฤติกรรมรุนแรงทางสังคมทั้งการทะเลาะวิวาทและการใช้อาวุธ ก่อให้เกิดปัญหาโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเอง สำหรับระดับความเครียดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2553 และแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2554 โดยผลสำรวจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง ปี พ.ศ. 2555 พบว่า กรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดเสี่ยงที่พบผู้ที่มีความเครียดสูงมากที่สุด สาเหตุของความเครียดที่พบมากที่สุดเกิดจาก ปัญหาการเงิน รองลงมา คือ ปัญหาการงาน ปัญหาความไม่สงบของบ้านเมือง ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวนมาก เพราะปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น รวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวช ยังขาดโอกาสและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้เป็นตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆหรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์ และยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระสูงต่อการดูแล ส่งผลให้ญาติมีความท้อแท้เบื่อหน่าย หมดหวังและกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการผู้ป่วยไม่คงที่ กำเริบบ่อยครั้ง เกรงว่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลจึงต้องล่ามขังไว้และก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการมากขึ้นและอาการเรื้อรังไม่หายขาดส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่สำคัญคือการติดตามเยี่ยมในชุมชนเพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำเมื่ออาการปกติผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2558)

สำหรับอำเภอสมเด็จ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557–2559 จำนวน 396, 421 และ 527 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2559-2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) จำนวน 590 และ 631 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ปี พ.ศ. 2557-2560 เท่ากับ31.1, 37.1, 43.0, 43.1 และ 47.4 ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคจิตตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) จำนวน 357, 438 และ 496 คน เข้าถึงบริการร้อยละ 88.8 และ ร้อยละ 100.0 เท่ากัน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2556–2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) เท่ากับ 7.4, 2.9, 6.5, 8.2 และ 8.2 ตามลำดับ ไม่พบการฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งจากการสำรวจ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเมื่อรับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นเกิดปัญหาการขาดนัด ขาดยา ทำให้อาการกำเริบมีอาการทางจิตมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิตในที่สุดและมีจำนวนมากที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนให้ได้รับการดูแลที่ดี เหมาะสมและการได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องนั้นเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทัศนคติและองค์ความรู้ของญาติ คนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต (โรงพยาบาลสมเด็จ, 2559)

  ผู้ป่วยจิตเวชในเขตตำบลศรีสมเด็จที่รับการรักษาต่อเนื่องมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบนั้น มากจากการขาดยารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และพบการพัฒนาระบบขาดผู้ที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชไม่ชัดเจน ขาดการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบ สิ่งสำคัญที่ช่วยป้องการอาการกำเริบของผู้ป่วย คือ การดูแลติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อประเมินและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบให้ต่อเนื่อง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง จึงได้จัดทำ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้องรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเรือข่ายตำบลศรีสมเด็จขึ้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง, 2560)

**2. คำถามการศึกษา**

2.1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้องรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลศรีสมเด็จ เป็นอย่างไร

**3. วัตถุประสงค์การศึกษา**

3.1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3.2. เพื่อลดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

3.3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ลดภาระของผู้ดูแล

3.4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข

**4. กรอบแนวคิดในการศึกษา**

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเรื้อรังในชุมชน

ระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลศรีสมเด็จ

ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

ระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

พัฒนาศักยภาพแกนนำ/ผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

**5. ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่เกิดจากการร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพของตำบลศรีสมเด็จ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จ จำนวน 50 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภาคีเครือข่าย จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยแบบประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรม การจัดประชุมกลุ่มย่อย และการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมแก่ภาคีเครือข่าย จัดทำทะเบียนและแยกประเภทผู้ป่วยสุขภาพจิต จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชแก่แกนนำ และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลร่วมกันในเขตตำบลศรีสมเด็จ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับภาคีเครือข่ายในตำบลศรีสมเด็จและพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลสมเด็จ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

**6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา**

6.1. เกิดภาคเครือข่ายในการดูผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

6.2. มีแกนนำที่มีความรู้และความสามารถในการผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

6.3. มีแนวทางในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกัน

6.4. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จรับประทานยาต่อเนื่องไม่มีอาการกำเริบ

6.5. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชมีอาการคงที่อยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข

**7. นิยามศัพท์**

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้ สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรัง ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริม ปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลในการส่งต่อในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ เป็น การดำเนินงานภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้ออมของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแล

**District Health System DHS** หมายถึง ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ ภาพที่คนในพื้นที่ไม่ทอดทิ้งกัน การดูแลคนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มากกว่าหน้าที่ ก่อเกิดกระบวนการที่ไม่คาดฝัน

**ภาคีเครือข่าย** หมายถึง กลุ่มบุคคล องค์กรที่มีเป้าหมายร่วมกัน มารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ เพื่อทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย (ร่วมคิด/วางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล) โดยมีความสัมพันธ์แนวราบ มีความเสมอภาคและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

**บูรณาการ** หมายถึง กระบวนการผสมผสานเชื่อมโยงองค์ความรู้ ตั้งแต่ 2 องค์ความรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องเป็นระบบ

**การมีส่วนร่วม** หมายถึง การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ

**มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** หมายถึง ระดับการดำเนิน

งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้วัด

**บทที่ 2**

**วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง**

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฏี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

2. สุขภาพจิต

3. **โรคจิตเวชเรื้อรัง**

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

6. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด

7. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

7. มาตรฐานการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**1.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย**

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่งๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ การมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่างๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจาวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทาความสะอาดบ้านเรือน เป็นต้น

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ ทีมสุขภาพอาจจะนาทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้

การรับปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House call) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางที่จะดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยการโทรศัพท์มาปรึกษา และ/หรือขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบ้างโอกาส

**2. สุขภาพจิต**

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้ สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

3. **โรคจิตเวชเรื้อรัง**

โรคจิตเวชเรื้อรัง คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม พบได้ประมาณ 5-10 คนในทุกๆ 1,000 คน ผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 18-30 ปี ขณะที่ผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี อาการ ลักษณะที่บ่งชี้ว่าป่วยเป็นโรคนี้ คือ

1. ความคิดผิดปกติ มีความเชื่อผิดๆ หรือไม่สมเหตุสมผล

2. การรับรู้ผิดปกติ ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพหลอน

3. อารมณ์เปลี่ยนแปลง ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี หงุดหงิดง่าย

4. การมีพฤติกรรมแปลกๆ พูดจาไม่ปะติดปะต่อ แยกตัว และขาดความกระตือรือร้นในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดังกล่าวหลายอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงหนึ่งหรือสอง

อาการก็ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วร่วมด้วย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อาการย้ำคิดย้ำทำ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

**สาเหตุของ โรคจิตเวชเรื้อรัง**

ในปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเวชเรื้อรัง แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรค มักพบว่าสมองของผู้ป่วยมีการทำงานต่างจากคนทั่วไป นอกจากนี้ผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่า กรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลบ้างแต่ไม่มากนัก เช่น ความเครียด ก็อาจมีส่วนด้วยเช่นกัน แต่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะเราทราบดีแล้วว่า โรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว

**ผลของการเจ็บป่วย**

ในระยะสั้น ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ตามปกติ รวมทั้งอาจมีอาการทางจิตอื่นๆ ตามมาได้ เช่น อาการซึมเศร้ารุนแรง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60-70 มักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิต อย่างไรก็ตาม ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้า โดยทั่วไปต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์กว่าที่จะเริ่มเห็นผลจากการเริ่มหรือปรับยาแต่ละครั้ง

ในระยะยาว โรคจิตเวชเรื้อรังจัดเป็นโรคเรื้อรัง มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ดีขึ้นจนเป็นปกติ(ไม่มีอาการทางจิตหลงเหลือ) และไม่มีการกำเริบของโรคขึ้นมาอีก ผู้ป่วยที่เหลือส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง หรือมีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว การรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอาการทางจิต และลดการกำเริบของโรคได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกจึงควร รับประทานยาต่ออีกราว 1-2 ปีหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการสองครั้งหรือมากกว่าควร รับประทานยาต่ออีกอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิตหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว

การรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้กลับมาเป็นปกติ โดยยาจะออกฤทธิ์เต็มที่ภายในระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ และต้องรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีในกรณีที่ป่วยครั้งแรก ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง หากรับการรักษาครบถ้วนและต่อเนื่อง จะสามารถควบคุมอาการจนทำงาน หรือใช้ชีวิตเป็นปกติได้ เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น มักจะขาดยาเนื่องจากการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย (poor insight) ผลข้างเคียงจากยา (adverse drug reaction) หรือความเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องรับประทานยานานทำให้เกิดการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทและอาการทางจิตกำเริบในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ส่งผลให้การรักษายากขึ้น มีอาการนานขึ้นต้องใช้ยาหลายชนิด และผลการรักษาไม่ดีเท่าเดิม

ในปัจจุบัน ยาต้านโรคจิตสามารถให้ได้ในรูปแบบ ยาเม็ด ยาน้ำ และยาฉีด โดยทั่วไปจะเริ่มรักษาด้วยยาเม็ด ยกเว้นกรณีผู้ป่วยขาดยาบ่อยๆหรือไม่ร่วมมือในการรักษา อาจต้องใช้ยาฉีดหรือยาน้ำแทน ผู้ป่วยหลายรายต้องได้ยากลุ่มอื่นร่วมด้วยเพื่อรักษาอาการร่วมบางอย่าง (เช่น ยานอนหลับ ในกรณีที่มีปัญหานอนไม่หลับ ) และ เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต (แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช และคณะ, 2558)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรัง ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริม ปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลในการส่งต่อในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ เป็น การดำเนินงานภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้ออมของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแล

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

**4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**

**4.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการซึมเศร้าที่เด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่นเช่นความรู้สึกเบื่อหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหารนอนไม่หลับอ่อนเพลียไม่มีแรงไม่มีสมาธิรู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549)

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์ทุกข์รู้สึกเศร้าหมองหดหู่ใจหมดอาลัยตายอยากมีความคิดอยากตายเป็นต้นเป็นอยู่นานจนมีผลกระทบด้านสังคมและการทำงานทำให้มีพฤติกรรมและบุคลิกที่เปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเองและมีความสามารถในการเรียนหรือการทำงานลดลง

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่เศร้ารวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้ายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำตำหนิตนเองความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

**สรุปได้ว่า** ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจจากสภาวะปกติไปสู่ภาวะไม่ปกติทำให้รู้สึกหดหู่เศร้าหมองท้อแท้หมดหวังหมดอาลัยตายอยากตำหนิตนเองทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงอาจมีการแยกตัวเองออกจากสังคม

**4.2 ประเภทของภาวะซึมเศร้า**

ปัจจุบันสามารถแบ่งสาเหตุการซึมเศร้า ออกได้กว้างๆ เป็น 3 ประเภทคือ (Siegfried, 2006)

4.2.1 โรคซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติทางกาย (Organic Depression) เกิดจากความผิดปกติเสียหายของโครงสร้างในสมองซึ่งอาจมีสาเหตุจากโรคเส้นเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Arteriosclerosis) โรคเนื้องอกในสมองซึ่งเกิดภายหลังอุบัติเหตุทางสมอง หรือโรคทางสมองที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับภาวะจิตเภทและลมชักนอกจากนี้ความผิดปกติทางกายอื่นๆ ก็อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคตับอักเสบโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

4.2.2 โรคซึมเศร้าที่เกิดจากพื้นฐานภายใน (Endogenic Depression) เป็นภาวะทางด้านกรรมพันธุ์อาการซึมเศร้ามีลักษณะเฉพาะตัวคือเกิดอาการเป็นพักๆ ในช่วงระยะเวลาที่แน่นอนระยะหนึ่งหลังจากนั้นจะตามด้วยช่วงระยะปลอดอาการซึ่งจะกลับเป็นปกติสมบูรณ์โดยไม่พบความแปรปรวนด้านบุคลิกภาพใดๆ ให้เห็นในบางครั้งอาจมีอาการตั้งแต่ในวัยเด็กโดยเฉพาะเพศหญิงในช่วงวัยรุ่น พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงจะพบได้บ่อยกว่าและอายุน้อยกว่าอาการมักจะกำเริบในช่วงอายุ 30-40 ปี และในช่วงเปลี่ยนวัยโดยทั่วไปเพศชายมักปรากฏอาการเมื่ออายุระหว่าง 50-60 ปี

4.2.3 โรคซึมเศร้าเพราะสาเหตุด้านจิตใจ (Psychogenic Depression) เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด โดยผู้ที่เป็นโรคนี้ต้องประสบกับภาวะเหตุการณ์รุนแรงบางอย่างในชีวิตที่ตนเองไม่สามารถยืนหยัดรับมือทางด้านอารมณ์ได้โรคซึมเศร้าชนิดนี้รวมถึงภาวะต่างๆ ต่อไปนี้ด้วย

- ภาวะซึมเศร้าในวัยเด็ก (Childhood Depression)

- ภาวะซึมเศร้าในโรคประสาท (Neurotic Depression)

- ภาวะซึมเศร้าเพราะความชรา (Depression of Age)

- ภาวะซึมเศร้าจากปฏิกิริยาทางใจ (Reactive Depression)

- ภาวะซึมเศร้าเพราะสภาพจิตใจอ่อนล้า (Depression of Fatigue)

**สรุปได้ว่า** ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้จากความผิดปกติทางพันธุกรรมร่างกายหรือจิตใจซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

**5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย**

**5.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย**

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม (Suicide) ซึ่งเป็นคำประสมมาจาก คำว่า อัตต (Sui) หมายถึง ตัวตนตนเอง (Self) ผสมกับวินิบาต (Caedere) หมายถึง การทำลายการฆ่า (To Kill) และกรรม หมายถึง การกระทำ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำโดยเจตนาที่จะจบชีวิตตนเองเพื่อหนีสภาวะบางอย่างที่บุคคลนั้นทนทุกข์ทรมานอยู่เช่นความเจ็บปวดความเหงาสำนึกผิดโรคภัยเศร้าซึมความรุนแรงและความยากจนส่วนใหญ่สภาพจิตใจห่อเหี่ยว (Kerkhof, 1994)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน (2539)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวดหรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงเพื่อสิ้นสุดชีวิตของตน (กรมสุขภาพจิต, 2542)

การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิตส่วนใหญ่ทำไปด้วยความหุนหันพลันแล่นต้องการประท้วงต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิดรู้สึกโกรธหรือหาทางออกไม่ได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตส่วนการพยายามฆ่าตัวตายหมายถึงการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆยังไม่ถึงแก่ชีวิตพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ไดสตราและกัลป์บิแนต (Diekstra&Guibinat, 1993) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ยึดมั่นในสิ่งที่คิดหมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งวางแผนฆ่าตนเอง

2. พยายามฆ่าตัวตาย (Attempts Suicidal) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

3. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicides) การตายเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่ต้องตายบาร์บีและบริกเกอร์ (Barbee, & Bricker, 1966) แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ คือ

1) คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำลายตนเองในลักษณะการพูดการเขียนงานด้านศิลปะแต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำจริง

2) ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicide Threats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ

3) แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide Gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยผู้กระทำไม่ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองแต่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อที่ประท้วงหรือเรียกร้องให้ผู้อื่นมาสนใจดูแลตนเองมากขึ้นซึ่งการกระทำมักไม่รุนแรง

4) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงเพราะอยากจะตายการกระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรงการพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบผลสำเร็จโดยมีการกระทำที่มีความรุนแรงน้อย เรียกว่า Para-suicidal Behavior

5) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำได้สำเร็จโดยขณะที่กระทำมีสติสัมปชัญญะแต่ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางครั้งเป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

**5.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย**

ฮันคอฟฟ์ (Hankoff as cite in Hauenstein, 1998) กล่าวว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมี 3 ลักษณะ คือ พวกหุนหันพลันแล่นแสดงความโกรธรุนแรงเมื่อเกิดความเครียดพวกที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเป็นการแก้ปัญหาเมื่อไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้และพวกที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากจิตมีพยาธิสภาพอย่างรุนแรงหรือมีความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรงซึ่งได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายโดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Premediated Suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ไว้พร้อมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไปนอกจากนี้ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic Depression) โดยใช้วิธีการรุนแรงที่มั่นใจว่าได้ผลซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย

2. การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ( Ambivalent Suicide) มักมีสาเหตุมาจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิดถูกกดดันจากสังคมรอบข้างจึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตายโดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิดซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้าแต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรงเช่นเชือดข้อมือกินยาเกินขนาดโดยมักเป็นวัยรุ่น

3. การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (Cocreive Suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลอื่นเพื่อให้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตนเป็นการทำเพื่อให้ผู้อื่นเกิดความละอายและเป็นทุกข์มักพบในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจจะมีการเขียนจดหมายลาตายวิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการกินยาเกินขนาดหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงและมักทำสำเร็จในครั้งแรก

4. การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริงโดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดและพยายามฆ่าตัวตายแต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุโดยไม่ได้อยากตายจริงกรณีนี้พบถึง ร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

**5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย**

จากการทบทวนเอกสารและตำราต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

1) การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสื่อประสาท (Neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (Neurochemical Agents) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติสารเหล่านั้น ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และ อมิโนบิวทูริคแอซิด (Gam-aminobutric acid) และ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีระดับ ซีโรโทนิน (Serotonin) หรือ 5-hydroxytriptamine (5-HT) ในระดับ ที่ต่ำกว่าปกติมาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

2) การศึกษาความสัมพันธ์ ระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) กับ การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายจะมี ระดับคลอเรสเตอรอลต่ำกว่า ผู้ที่ไม่แสดงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Modai et al. as cited in Hauenstein, 1998)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors)

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theorys) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญหรือสิ่งของที่ตนรักจะเกิดความรู้สึกโกรธเกลียดต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไปผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธความก้าวร้าวที่พุ่งเข้าหาตนเองและลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud as cited in Hauenstein, 1998)

2) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ซัลลิแวน (Sullivanas cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

3) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) อธิบายถึงสาเหตุ การฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคลบุคคลที่ฆ่าตัวตาย มักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งการลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (Dichotomous Thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหาการหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยากไม่สามารถวิเคราะห์ ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1993 ; Bartifaietal as cited in Rickeman&Houfek, 1995) นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (Negative Thinking) มองโลกในแง่ร้ายจากลักษณะทางปัญญาดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้รู้สึกตนเองไร้ค่าต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

3. ปัจจัยทางสังคม (Sociological Factors)

ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theories) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคมและได้แบ่งการฆ่าตัวตาย ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคม คือ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น เนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น เนื่องจากบุคคลขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และการฆ่าตัวตาย เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Amino Suicide) (Durkheim citied inPoster, 1997) ส่วนปัจจัยทางสังคม เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม

(Durkheim as cited in Barbee & Bricker, 1996) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามทำให้รู้สึกเสียหน้าหรือทำให้รู้สึกว่ามีอันตรายหมดหวังหมดหนทางจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายและการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายได้ง่าย เช่น สารเคมีในการเกษตรยารักษาโรคปืนเชือกขาดแหล่งดูแลช่วยเหลือทั้งในครอบครัวชุมชนและสถานบริการสุขภาพ เมื่อเป็นโรคซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นและไม่ได้รับการรักษารู้สึกทุกข์ทรมานจนมีความคิดอยากตายบ่อยๆ หรือ เกือบตลอดเวลาและมีการวางแผนการฆ่าตัวตายก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (ประภายุทธไตร, 2548)

4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

1) อายุ การฆ่าตัวตาย พบ ได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงอายุ 15-24 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยอื่นๆ (Barbee & Bricker, 1996) สำหรับประเทศไทยจากหลายการศึกษา พบว่า คนที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่อายุ 25-34 ปี (ประเวชตันติพิวัฒนสกุล, 2546)

2) เพศ พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงและเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายอาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิงค่านิยมในการอบรมเลี้ยงดูแต่ละเพศและบทบาททางเพศในชุมชนอาจมีส่วนในความแตกต่าง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

3) สถานภาพสมรส บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีอัตราฆ่าตัวตายน้อยกว่า บุคคลที่เป็นโสดหม้ายหย่าหรือแยกกันอยู่บุคคลที่เป็นโสด เมื่ออายุมากขึ้นอัตราฆ่าตัวตายจะลดลงส่วนบุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้นอัตราฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น (Schmidtke et al., 1996) จากการศึกษาของ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตดิลก (2541) พบว่า สถานภาพสมรสต่างๆไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงแต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า

4) บุคลิกภาพบุคคลที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มักจะมีลักษณะเฉพาะตัว คือ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Lambert & Bonner, 1996) มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกตัวมากกว่าอำนาจภายในตัวมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเกิดจากโอกาสโชคชะตาและการกระทำของบุคคลอื่น (De Man, 1995) มีทักษะและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมใช้วิธีการหนีหลีกเลี่ยงและการปฏิเสธมากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Dopkins, Shrout, Rotheram - Borus&Trautman as cited inEskin, 1995) มีความคิดสุดขั้วมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาเนื่องจากการมีรูปแบบการคิดที่ไม่ยืดหยุ่น (CognitivRegidity) จึงไม่สามารถหาแนวทางวิธีการอื่นๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาได้หรือไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Schneidman&Farberow as cited in Rickelman&Houfek, 1995) บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีบุคลิกภาพที่ต้องการความสมบูรณ์แบบ (Perfectionistic) มีนิสัยชอบแยกตัวเป็นเด็กกว่าวัยมีความก้าวร้าวสูงขาดความยับยั้งชั่งใจและควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

5) อาชีพ การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับเป็นคนมีคุณค่าสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกันยังนำมาซึ่งรายได้การมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐานเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอยและปัญหาทางเศรษฐกิจยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาซึ่งปัญหาครอบครัวอื่นๆ ได้ง่ายขึ้นบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ในสังคมตลอดจนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากกว่า

6) ระดับการศึกษา ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986) และการศึกษายังช่วยให้บุคคลมีความรู้ซึ่งจะนำไปใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้อย่างถูกต้องสามารถแยกได้ว่าอะไรเป็นปัจจัยที่จะช่วยบรรเทาสิ่งที่คุกคามตนเองและสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (Lazarus & Folkman, 1991)

7) ศาสนา จัดเป็นปัจจัยที่เป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งต้านทานความเครียดทางสังคมช่วยให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (Antonovsky อ้างใน กนกพร สุคำวัง, 2540) อาจจะเกิดจากความเชื่อที่เป็นหลักของศาสนาอย่าง เช่น ชาวพุทธและฮินดูเชื่อว่าเมื่อตายแล้วจะไปเกิดใหม่ในชาติหน้าการตายจึงไม่ใช่เรื่องใหญ่ เพราะยังมีโอกาสหน้าขณะที่ชาวคริสต์เชื่อว่าเกิดครั้งเดียวตายครั้งเดียวทำดีไปสวรรค์ทำชั่วไปนรกไม่มีโอกาสแก้ตัวได้อีก ส่วนชาวอิสลามเชื่อว่าบาปที่ร้ายแรงที่สุด คือ การฆ่าตัวตายชีวิตที่เกิดมาเป็นเพราะพระเจ้าสร้างการฆ่าตัวตายจึงถือเป็นการทำร้ายพระเจ้า ส่วนคนที่ไม่มีศาสนาก็จะคิดว่าจะทำอะไรก็ได้จบแล้วก็จบกันไม่สนใจ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2546) จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต (2545) ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดสูงกว่าภาคใต้ 30 เท่าประชากรส่วนใหญ่ทางภาคเหนือนับถือศาสนาพุทธ ภาคใต้ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จะเห็นได้ว่าความแตกต่างทางศาสนาอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังกล่าว

8) ปัจจัยสนับสนุนแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne & Lazarus อ้างใน ดุรณี เลิศปรีชา, 2545) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความเครียดต่างๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) มีกำลังใจเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองช่วยให้การประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลงหรือรุนแรงน้อยลงซึ่งส่งผลให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งช่วยขจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย (Cohen & Wills, 1985) รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มี 3 รูปแบบ ด้วยกัน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมความอบอุ่นความเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อและความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักได้รับการยอมรับเป็นที่นับถือได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความมั่นคงปลอดภัยการสนับสนุนทาง ข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งความรู้ความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้นและการสนับสนุนทางด้านสิ่งของเป็นการให้สิ่งของเงินหรือการให้บริการซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีความหวัง (Cohen & Wills as cite in Jacobson, 1986) ส่วนปัจจัยสนับสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัวชุมชนความปลอดภัยทางร่างกายและความมั่นคงในชีวิตการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตลอดจนการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ (อภิชัย มงคลและคณะ, 2544)

9) การเจ็บป่วยการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังซึมเศร้าเครียดและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) โรคที่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เช่น โรคจิตเวช เอดส์ มะเร็ง เป็นต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรังร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรคการที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคหรือวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น (Mckenzie&Popkin, 1990)

10) ปัจจัยอื่นๆ

1) การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายความคิดสับสนควบคุมตนเองไม่ได้หุนหันพลันแล่นซึมเศร้า (Wilson &Kneisl, 1996)

2) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในครอบครัวประวัติการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตทั้งในผู้ป่วยจิตเวช และบุคคลทั่วไปจากสถิติทั่วโลก 65% ของผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้วจะทำซ้ำอีก (วรวรรณ จุฑา, Suicide Prevention Workshop, 2546) อัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 พบเป็น 51 คนต่อแสนประชากร 30% ของคนกลุ่มนี้ จะทำซ้ำในช่วง 3 เดือนแรก นับจากที่ทำครั้งก่อนหน้านี้และอีก 25% จะทำซ้ำภายใน 2 ปีต่อมา (นพ.ปัตพงษ์เกษสมบูรณ์, 2546) ผู้ที่มีประวัติญาติสนิทหรือบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีญาติสนิทหรือมีบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตายและถ้าบุคคลในครอบครัวหรือญาติสนิทมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นจะเข้าสู่วัยรุ่นความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้น (Frederick, 1973) เนื่องจาก สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายและตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกล่าวว่าการฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น (Diekstra as cited in Runeson, Beskow&Waern อ้างใน ดุรณี เลิศปรีชา, 2545)

**4.4. การป้องกันการฆ่าตัวตาย**

องค์การอนามัยโลก (WHO) นำเสนอ มาตรการป้องการการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพที่สุดและใช้มาจนถึงปัจจุบันแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละท้องถิ่นที่ว่าเหมาะกับมาตรการใดแม้แต่ในประเทศเดียวกันมาตรการที่ใช้ในเมืองกับที่ใช้ในชนบทก็อาจต่างกัน คือ

1. การควบคุมสารพิษยากำจัดศัตรูพืช (Control of Toxic Substance) หากจำเป็นต้องเลือกใช้เพียงมาตรการเดียวก็ต้องดูข้อมูลในพื้นที่ เช่น ในประเทศจีนมีผู้หญิงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายและส่วนใหญ่ของผู้หญิงเหล่านี้ ใช้วิธีกินสารพิษหรือยาฆ่าแมลงการควบคุมสารพิษก็จะช่วยลดการฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด

2. การให้การรักษาผู้ป่วยทางจิต (Treatment of Mental Disorders)

3. การควบคุมอาวุธปืน (Handguns Control) ในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่เพิ่งผ่านสงครามมาปืนเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายและการฆ่าตัวตายด้วยการยิงหัวตัวเองนั้นโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

4. อย่าให้สื่อยกย่องคนที่ฆ่าตัวตายว่าเป็นวีระบุรุษ (De-glamourize Media Reports) สื่อควรมีหน้าที่ ให้ความรู้และเผยแพร่เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเข้ารับการบำบัดทางจิตว่าจะขอความช่วยเหลือที่ใดบ้าง จากการประชุมวิชาการนานาชาติกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 2 (2546) J.M. Bertolote ได้เสนอแนวคิดกว้างๆ เกี่ยวกับ การป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1) การเฝ้าระวังข้องมูลการตายจากการฆ่าตัวตายเป็นการพยายามเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บ ครอบคลุมที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่ตายและไม่ตาย เพื่อนำเสนอข้อมูล เกี่ยวกับ การฆ่าตัวตายแยกตามกลุ่มเพศและอายุ เพราะการรู้ข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงว่าเป็นกลุ่มผู้ชายผู้หญิงเด็กหรือคนสูงอายุจะมีผลต่อการวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายให้ตรงเป้าและถ้าขาดข้อมูลก็ประเมินผลไม่ได้เพราะไม่รู้ว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มเสี่ยง

2) การผลิตและเผยแพร่ข้อมูลออกไปให้ได้มากที่สุด

3) การทำหน้าที่ให้การสนับสนุนให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงการทำวิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตายการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ควรนำไปปรับใช้มี 3 ระดับ คือ

1) การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป (Universal Prevention) เช่น ถ้าเราสร้างระบบข้อมูลสำหรับประชาชนสร้างสถานที่ที่คนสามารถไปพูดคุยปัญหาของตนได้ เช่นศูนย์กลางของชุมชนหรือหน่วยงานทางศาสนาก็จะสามารป้องกันการฆ่าตัวตายได้ หรือ ถ้าในโรงเรียนเราสอนเด็กให้รู้จักแสดงความรู้สึกของตนรู้จักแก้ปัญหาก็จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้โดยบุคลากรที่มาทำหน้าที่นี้อาจเป็นคนทำงานกับชุมชนหรือสื่อมวลชน

2) การวางแผนป้องกันเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง (Target Prevention) เป็นการนำข้อมูลมาศึกษา หากลุ่มเสี่ยงแล้วจึงลงมือช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงนั้น เช่น ถ้ากลุ่มเสี่ยง คือผู้หญิง ในช่วงอายุ 15-25 ปี ทางภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้หญิงที่แต่งงานในปีแรกเราก็ต้องพุ่งความช่วยเหลือไปที่คนกลุ่มนี้ อาจเป็นหน้าที่ของสมาคมสตรีองค์กรแม่และเด็กหรือถ้ากลุ่มเสี่ยงเป็นนักโทษก็อาจต้องเป็นหน้าที่ของพัศดี

3) การวางแผนป้องกันเพื่อช่วยเหลือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (Specific Prevention) ได้แก่ คนที่ติดเหล้าหรือผู้ป่วยทางจิตเวช คนที่จะเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มนี้ต้องเป็นมืออาชีพเป็นนักบำบัดหรือจิตแพทย์ ประเวชตัน ติพิวัฒนสกุล (2541) ได้เสนอมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้

1) การจัดการศึกษา ส่งเสริมให้เยาวชนและประชาชนทั่วไป มีทัศนคติที่ไม่รังเกียจหรือละอายต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวชรู้วิธีสังเกตอาการของผู้ใกล้ชิดที่อาจฆ่าตัวตายและให้ความช่วยเหลือขั้นต้นรู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นมาตรการที่สำคัญในสถานศึกษา ได้แก่

- การจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตเพื่อให้นักเรียนมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดรู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจัดการความขัดแย้งและปัญหาต่างๆ ในชีวิตและรู้จักขอความช่วยเหลือ

- เพิ่มความสามารถของครูในการสังเกตนักเรียนที่อาจมีปัญหาทางจิตใจและเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อให้ความช่วยเหลือนักเรียนหรือส่งต่อเพื่อรับความช่วยเหลือ

- จัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้และพูดคุยปรึกษากันตลอดจนพัฒนาความร่วมมือระหว่างชุมชนครูผู้ปกครองและนักเรียน

- ให้บริการช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ทำร้ายตนเอง

2) บทบาทของสื่อมวลชน กับการป้องกันการฆ่าตัวตายประสบการณ์จากต่างประเทศ พบว่า การนำเสนอข่าวมีส่วนชี้นำให้เกิดการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น ภายหลังการนำเสนอข่าวและพื้นที่ที่มีการนำเสนอข่าวเข้มข้นกว่าจะได้รับผลกระทบมากกว่าซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาในหลายพื้นที่เชื่อว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นเพราะรายงานข่าวการฆ่าตัวตายเป็นการนำเสนอแบบอย่างของการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายว่าเป็นสิ่งที่ทำกันได้ผู้ที่มีแนวโน้มอยู่แล้วหรือผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันกับผู้ฆ่าตัวตายจึงลดความยั้งใจลงโดยเฉพาะ หากผู้ฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่เป็นที่ชื่นชอบจะส่งผลได้การนำเสนอข่าวที่ดีจึงควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอภาพของผู้ตกอยู่ในสภาพท้อแท้สิ้นหวังหรือลงรายละเอียดของการฆ่าตัวตายและไม่ควรเสนอข่าวเพื่อความตื่นเต้นเร้าใจ ข่าวที่ดีจะเป็นการให้การศึกษาและสร้างความตระหนักแก่ประชาชนควรพิจารณานำเสนอประสบการณ์ของผู้เคยมีความคิดทำร้ายตนเองและผ่านพ้นวิกฤตของชีวิตมาได้ด้วยดีเป็นแบบอย่างเพื่อเป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต การนำเสนอภาพการทำร้ายตนเองในภาพยนตร์หรือละครควรได้รับคำแนะจากผู้เชี่ยวชาญและขณะนำเสนอภาพการทำร้ายตนเองควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงสถานบริการช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายและบริการปรึกษาผู้ทุกข์ใจสื่อมวลชนยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องด้านการปรับตัวในชีวิตเพิ่มคุณภาพชีวิตครอบครัวและชุมชน

3) การควบคุมวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย การศึกษาในหลายประเทศ พบว่า การควบคุมอุปกรณ์หรือวิธีการที่มีผู้ใช้ฆ่าตัวตายบ่อยจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเป็นการกระทำที่หุนหันพลันแล่นโดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุน้อยหรือทำได้เพราะมีวิธีการที่ง่ายและไม่ทรมานการมีมาตรการป้องกันจึงช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงตัวอย่างของประสบการณ์ การควบคุมอุปกรณ์หรือวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายที่มีผลในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ได้แก่

- การลดการสั่งจ่ายยา Barbiturates ซึ่งเป็นยาที่มีอันตรายเมื่อรับประทานเกินขนาด

- การเปลี่ยนแปลงส่วนผสมแก๊สที่ใช้ภายในบ้านให้ไม่เป็นพิษ

- การลดไอเสียของรถยนต์ให้มีส่วนผสมของคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยลง

- การควบคุมการมีอาวุธปืนไว้ในครอบครอง

- การควบคุมการเก็บ/ขายสารพิษที่ใช้ในการเกษตร

- การสร้างรั้วกั้นบริเวณสะพานสูงหรือที่สูงเพื่อป้องกันการกระโดดจากที่สูง

- การผสม Methionine ใน Paracetamol เพื่อลดพิษที่เกิดขึ้นต่อตับเมื่อมีการรับประทานยา paracetamol เกินขนาดโดยตรง

4) จัดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต บริการปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ ในช่วงที่ชีวิตตกอยู่ในภาวะวิกฤตจะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกทางเดินที่เป็นประโยชน์ในระยะยาวกลุ่มที่ควรได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่

- คนว่างงานผู้ตกงานมักมีปัญหาด้านการเงินและอาจรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าหรือในบางครั้งการตกงานอาจเป็นผลจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ทำให้ผลงานตกต่ำลง จึงถูกให้ออกจากงานกลุ่มผู้ว่างงานจึงควรได้รับบริการช่วยเหลือ

- ผู้ประสบปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรสความขัดแย้งในครอบครัวและชีวิตสมรสเป็นเหตุกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองที่สำคัญควรจัดบริการปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวและชีวิตสมรสและในกรณีคู่สมรสตัดสินใจแยกทางกันควรช่วยเหลือคู่สมรสและเด็กๆ ในการปรับตัวกับการแยกทางกัน

- ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายโดยเฉพาะ โรคเรื้อรังหรือร้ายแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรงเป็นสาเหตุสำคัญ ของการฆ่าตัวตายควรมีบริการปรึกษาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะในการวินิจฉัยและให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาอารมณ์เศร้าปัญหาการปรับตัวและผู้มีความคิดฆ่าตัวตายในการศึกษาของประเทศสวีเดน พบว่า การเสริมความรู้และทักษะแก่แพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างถูกต้องจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้

- ผู้ทำร้ายตนเอง ผู้ทำร้ายตนเอง ร้อยละ 1 จะทำซ้ำและเสียชีวิตในเวลา 1 ปี หลังการพยายามครั้งแรกและประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะเสียชีวิตลงจากการฆ่าตัวตายผู้ทำร้ายตนเองจึงควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของการทำร้ายตนเองและช่วยให้ครอบครัวช่วยเหลือกันพูดจาสื่อสารกัน

- การจัดบริการเฉพาะอื่นๆ นอกเหนือจากบริการปรึกษาปัญหาชีวิตในประชาชนกลุ่มต่างๆ แล้วยังอาจจัดบริการเพิ่มเติมเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่มีลักษณะ เช่นบริการโทรศัพท์สายด่วนซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่ผู้อยู่ในความสับสนและกำลังคิดฆ่าตัวตายอาจติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือได้ซึ่งจะเป็นวิธีการหนึ่งในการลดความหุนหันพลันแล่นช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดกำลังใจมีระบบบริการปรึกษาที่มีคุณภาพและเป็นบริการที่พบกันโดยตรง เช่น หน่วยบริการสุขภาพจิตฉุกเฉินการประเมินผลบริการโทรศัพท์สายด่วนในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ชายและอยู่ในภาวะโดดเดี่ยวการจัดตั้งศูนย์ข้อความช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤตประสบการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ใช้บริการของศูนย์ช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงอายุน้อยซึ่งได้รับประโยชน์จากบริการนี้การปรึกษาในโรงเรียนและสถานศึกษาเป็นบริการที่นักเรียนและนักศึกษาสามารถเดินเข้าไปปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งด้านการเรียนและชีวิตส่วนตัวเหมือนกับการที่โรงเรียนและสถานศึกษาต่างๆ จัดให้มีห้องพยาบาลทางกายไว้ประจำ

5) การวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชอย่างถูกต้องผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในขณะที่ฆ่าตัวตายโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและติดสุราจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้ใช้บริการที่หน่วยบริการจิตเวชสถานบริการทางสุขภาพทั่วไปจึงต้องมีขีดความสามารถในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องและบริการสุขภาพที่จัดขึ้นทั้งการรักษาทางกาย ทางจิตเวช และการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดควรมีความเชื่อมโยงถึงกันเนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาหลายอย่างพร้อมกัน

6) การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและสังคม การสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชนให้มีความเอื้ออาทรต่อกันร่วมใจกันปกป้องลูกหลานจากอิทธิพลของค่านิยมที่ไม่เหมาะสมพัฒนาโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพกายและใจ ช่วยสร้างสังคมให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแปลกแยกให้ทุกคนได้ร่วมสร้างคุณค่าให้กับชุมชนจะเป็นเกราะป้องกันที่ดีของปัญหาการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อน ดังนั้นปัจจัยเสี่ยงที่จะบอกว่าบุคคลใดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากน้อยเพียงใดจึงมีอยู่หลายประการ (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ผู้คิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถในการจัดการเรื่องราวในชีวิตมองไม่เห็นทางเลือกที่เหมาะสมและมองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2541) ฉะนั้น เมื่อมีบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตถ้ามีการจัดการปัญหาที่ดีก็จะทำให้เกิดผลกระทบทางลบน้อยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้นคลี่คลายในทางที่ดีเกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจได้ไม่คิดถึงการฆ่าตัวตาย ผู้คิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติชีวิตเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และความพยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีที่คุ้นเคยไม่ประสบผลสำเร็จทำให้ชีวิตเสียสมดุลไปสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกของบุคคลนั้นที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเกินความรู้ความสามารถมีปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมมากระทบต่อชีวิตจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดิมเช่น สูญเสียคนรักเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเกิดจากปัจจัยภายในตัวเขาเองมีการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถจะเผชิญกับความเจ็บปวดทางจิตใจทำให้รู้สึกทนไม่ได้รู้สึกถูกบีบคั้นทำให้มองไม่เห็นทางออกและตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหยุดการรับรู้หยุดความเจ็บปวดทางจิตใจลงผู้ที่อยู่ในสภาวะเช่นนี้มองการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่มักจะรู้สึกว่าตนไม่สามารถทำอะไรต่อไปได้อีกและการตาย คือ การหยุดความเจ็บปวดหยุดความทุกข์ผู้คิดฆ่าตัวตายมักมีแนวโน้มการมองสิ่งต่างๆ แบบขาวกับดำมีความจำกัดในการแก้ปัญหาการหาทางเลือกในการจัดการปัญหาทำได้ยากไม่สามารถ

วิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนประสบเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้างการจัดการปัญหาโดยการจัดการความคิดความรู้สึกและกลไกการจัดการปัญหาสามารถที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะก้าวล่วงต่อสภาวะการบีบคั้นเผชิญกับความทุกข์หรือความเครียดนั้นได้เห็นทางออกของปัญหาไม่นึกถึงการฆ่าตัวตายเกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจสามารถที่จะดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นปกติสุขตามอัตภาพของแต่ละบุคคล

**6. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด**

**6.1 ความหมายของความเครียด**

ครีสันและลัดแมน (Creson and Luckman, cited in Lazarus, 1984) ได้ให้ความหมายความเครียด หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่คุกคามหรือพยายามที่จะทำลายบุคคลทำให้บุคคลประสบความไม่พอใจในสิ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐานขัดขวางพัฒนาการของมนุษย์เป็นผลทำให้สภาวะทางร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล

แคมป์เบลล์ (Campbell, 1981) ได้ให้ความหมาย ของความเครียดว่าสิ่งใดๆ ก็ตามที่รบกวนต่อการทำหน้าที่ ของบุคคลโดยที่บุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบทางจิตใจโดยอาจเกิดความรู้สึกกดดันขึ้นมาทันทีทันใดขณะประสบกับภาวะความขัดแย้งทางความคิดและพฤติกรรม

เดวิสฟรูห์ลลิ่งและโอลด์แฮม (Dawiss, Fruehling and Oldham, 1989) ได้ให้ ความหมาย ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีต่อความปรารถนารวมทั้งภาวการณ์ที่ยากลำบากหรือสิ่งแวดล้อมเป็นอันตรายทำให้เกิดความกลัววิตกกังวลและความไม่สบายใจ

กรมสุขภาพจิต (2541) ให้ความหมายความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจขับข้องใจหรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจสับสนโกรธหรือเสียใจ

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) ความเครียด หมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อการคุกคามท้าทายด้านจิตใจและร่างกายจากเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่เป็นสาเหตุเล็กๆ น้อยๆ เหตุการณ์ที่เกิดเป็นประจำจนถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ

ลาซารัส (Lazarus, 1971 อ้างใน ธงชัย ทวิชาชาติและคณะ, 2541) ได้ให้ ความหมาย ของความเครียดว่า หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการเรียนรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยที่การรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอกอันได้แก่สิ่งแวดล้อมในสังคมการทำงานในธรรมชาติและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคลอันประกอบด้วยทัศนคติลักษณะประจำตัวอารมณ์กับประสบการณ์ในอดีตตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

ธงชัย ทวิชาชาติและคณะ (2541) ได้ให้ ความหมาย ของความเครียดว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดันไม่สบายใจวุ่นวายใจกลัววิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้นเกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายอันเป็นผลให้ภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไปซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เช่น การใช้กลไกลป้องกันตนเองการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระด้านพฤติกรรมด้านความนึกคิดและด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านี้คลายลงและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

**สรุป** ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจของบุคคลได้รับความกดดันก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองจากการถูกคุกคามทางจิตใจหรือเป็นสิ่งที่เกิดความไม่สบายใจวุ่นวายใจวิตกกังวลกลัวและบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อให้ความรู้สึกที่เกิดจากการถูกกดดันนั้นคลายลงและกลับสู่สมดุลตามปกติ

**6.2 สาเหตุของการเกิดความเครียด**

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

สาเหตุ ของความเครียดเกิดได้จากปัจจัยต่างๆ มากมายลัคแมนและโซเรนเซน (Luckman and Sorensen, 1987) ได้แบ่ง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด โรคได้ 10 ปัจจัย ดังนี้

6.2.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factors) ได้แก่ การทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายที่ผิดปกติ เช่น ภูมิต้านทานโรคต่ำทำให้เกิดโรคได้ง่ายตลอดไปจนถึงโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

6.2.2 ด้านฟิสิกส์และเคมี (Physical and Chemical Factors) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

6.2.2.1 อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความร้อนรังสี

6.2.2.2 อันตรายจากสภาพภายในร่างกาย เช่น ภาวะหมดสติหรือร่างกายสะสมคอเรสเตอรอลไว้มากเกินไปทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งเป็นต้น

6.2.2.3 อันตรายจากการขาดสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น สารอาหารออกซิเจนการสูญเสียเกลือแร่ เป็นต้น

6.2.3 ด้านจุลินทรีย์และปาราสิต (Microganism and Parasites) เช่น จุลินทรีย์ประเภท แบคทีเรีย ไวรัส พยาธิต่างๆ เป็นต้น

6.2.4 ด้านจิตใจ (Phychological Factors) ได้แก่ สภาพการเจริญเติบโตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย Engel (1962) ได้กล่าว ถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจไว้ 3 ประการ คือ

6.2.4.1 การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่าหรือสิ่งที่มีความสำคัญ เช่นอวัยวะสำคัญของร่างกายบุคคลที่เป็นที่รักใกล้ชิดบทบาททางสังคมวัตถุมีค่า เป็นต้น

6.2.4.2 การได้รับอันตรายหรือกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น กลัวบาดเจ็บ

6.2.4.3 ความคับข้องใจเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม

6.2.5 ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม (Cultural Factors) เนื่องจาก สภาพทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมนุษย์จะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นได้ โดยจะต้องมีทัศนคติค่านิยมและความเชื่อที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้เป็นที่ยอมรับซึ่งสิ่ง เหล่านี้ อาจมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพ

6.2.6 ด้านการเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (Future Shock) เช่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เคร่งเครียดการต้องใช้ความคิดเพื่อเลือกหรือตัดสินใจต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารเรื่องทำงาน เป็นต้น

6.2.7 ด้านการอพยพ (Migration) เช่น การโยกย้ายสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัยเป็นต้น

6.2.8 ด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors) ได้แก่ ฐานะความเป็นอยู่ที่ขัดสนก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพปัญหาด้านสังคม เป็นต้น

6.2.9 ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational Factors) เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตได้มีผู้ศึกษาลักษณะของอาชีพที่ก่อให้เกิดความเครียดพบว่าอาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูงมีการแข่งขันหรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อจะทำให้บุคคลที่ประกอบอาชีพนั้นเกิดความเครียดได้ง่าย

6.2.10 ด้านเทคโนโลยีและสังคม (Stressful Factors within Technological Societies) ได้แก่ เทคโนโลยีด้านอุตสาหกรรมก่อให้เกิดปัญหาด้านมลภาวะหรือปัญหาด้านสุขภาพ อนามัย เป็นต้น ชูทิตย์ปานปรีชา (2539); สรวุฒิสังข์รัศมี (2541) ได้จำแนก ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลไว้ ดังนี้

6.2.10.1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากภายในตัวบุคคล (Endogenous Stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลเองโดยมีปัจจัยหลายอย่างในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1) โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยาโครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษคนได้รับในส่วนที่ดีของมารดาทำให้มีโครงสร้างร่างกายสมบูรณ์และมีสุขภาพดีแต่คนที่ได้รับในส่วนด้อยของบิดามารดาทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์เกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีทนต่อสภาวะความเครียดได้น้อยทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

- คุณลักษณะของพันธุกรรมที่ทำให้บุคคลมีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศสีผิวความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอของระบบการทำงานของร่างกายตลอดจนความพิการบางประเภท

- ความเหนื่อยล้าทางร่างกายอันเกิดจากได้ผ่านการทำงานอย่างหนักและติดต่อกันเป็นเวลานานร่างกายได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องมาจากสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่จะทำให้แต่ละคนมีความพร้อมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแตกต่างกัน

- ภาวะโภชนาการได้แก่ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่จะมีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเช่นการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วนไม่เพียงพอหรือการบริโภคสารบางประเภทเช่นสุราบุหรี่กาแฟสิ่งเสพติดต่างๆล้วนทำให้เกิดความเครียดได้

- การเจ็บป่วยทางร่างกายเช่นการมีโรคประจำตัวได้รับการผ่าตัดใหม่ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหารเนื้อเยื่อของอวัยวะที่ป่วยถูกทำลายหรือทำงานไม่ดีเสียน้ำเสียเลือดเป็นผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย

- ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อผิวหนังและการทรางตัวเช่นการเดินยืนวิ่งนอนหากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้

- ภาวะติดสุราและยาเสพติดไปกดประสาททำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากเป็นผลให้ร่างกายอ่อนแอมากขึ้นทุกขณะสาเหตุทางจิตใจสภาพทางจิตใจบางอย่างสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ คือ

1) บุคลิกภาพบางประเภทที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย

(1) บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต (Perfectionist) เป็นคนที่ต้องการทำให้ดีสมบูรณ์แบบทุกสิ่งทุกอย่างเจ้าระเบียบเป็นคนตรงขยันยึดมั่นในกฎเกณฑ์มีมาตรการในการดำเนินชีวิตสูงมีความสามารถในการทำงานเหนือกว่าผู้อื่นทำให้ตลอดชีวิตต้องทำงานหนักและทำทุกอย่างด้วยตัวเอง

(2) บุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น (Dependent) เป็นลักษณะที่ขาดความมั่นใจในตนเองไม่กล้าตัดสินใจรู้สึกว่าตนเองไม่เก่งไม่กล้าตัดสินใจไม่กล้าทำอะไรด้วยตนเองเป็นคนที่วิตกกังวลง่ายทำอะไรต้องอาศัยผู้อื่นหวาดหวั่นกับอนาคตอยู่เสมอ

(3) บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่นเป็นคนใจร้อนรุนแรงก้าวร้าวควบคุมอารมณ์ไม่ได้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายมีผลกระทบไปถึงสภาวะสมดุลของร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้เกิดความเครียด

2) ระดับพัฒนาการสภาพร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ปกติทำให้เกิดโรคได้ง่าย เช่น เดียวกับสภาพจิตใจที่มีพัฒนาการไม่ดีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่ายทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความคาดหวังของบุคคลอื่นกับความสามารถของบุคคลในการสนองตอบความคาดหวังนั้นๆระดับพัฒนาการของจิตใจอารมณ์มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์โดยระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้และก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้อีก

3) การรับรู้และแปลเหตุการณ์เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัวโกรธเกลียดกังวลหรือตื่นเต้นถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งนี้เพราะบุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นไม้เหมือนกันและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกันเพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกันมีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกันรวมทั้งมีความคาดหวังทัศนคติและการามองโลกที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสนองตอบต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลว

4) การเผชิญเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตเป็นเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมปกติของบุคคลโดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดผลทางบวกหรือลบก็ได้ทำให้บุคคลต้องปรับตัวและเครียดได้ง่ายเช่นการหย่าร้างการสูญเสียคนอันเป็นที่รักการเจ็บป่วยการเปลี่ยนงานการย้ายที่อยู่อาศัยฯลฯ

5) ความขัดแย้งในใจเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกสองทางเลือกขึ้นไปแต่ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะเป็นการเลือกในสิ่งที่ไม่ต้องการไม่อยากได้ (สุจริตสุวรรณชีพ, 2532)

6) ความคับข้องใจเป็นภาวะของจิตใจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้เกิดจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้

(1) ความรู้สึกบางประเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียคนที่รักเกียรติยศชื่อเสียงความภาคภูมิใจความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตความรู้สึกเหล่านี้ทำให้หมดหวังไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ความล่าช้าของเหตุการณ์หรือการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการอันอาจเกิดจากธรรมชาติหรือลักษณะของเหตุการณ์นั้นเองหรือเกิดจากปัจจัยแวดล้อมของเหตุการณ์หรือเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้นเอง

(2) การขาดคุณสมบัติบางประการของบุคคล เช่น การขาดความส่ามารถการขาดทักษะในการทำงานที่รับผิดชอบ

(3) อารมณ์ที่ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวลความโกรธความเศร้าความทุกข์ใจไม่สบายความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าอามรณ์เครียด

5.2.10.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล (Exogenous Stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อมสังคมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไปแสงสว่างที่จ้าหรือมืดเกินไปสภาพอากาศที่ไม่บริสุทธิ์มีกลิ่นหรือมีควันพิษนอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหารน้ำเครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยและยารักษาโรคก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

- ภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิตและทรัพย์สินไม่ว่าจะเป็นภัยที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือภัยธรรมชราติ เช่น อยู่ในถิ่นที่มีโจรผู้ร้ายชุกชุมถูกขู่จะทำร้ายร่างกายอยู่ในสนามรบน้ำท่วมและไฟไหม้ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดความกดดันบีบคั้นจิตใจอย่างรุนแรงเกิดความเครียดอย่างรุนแรงได้

- ทำงานชนิดที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ขาดความปลอดภัยในที่ทำงานงานเสี่ยงอันตรายงานที่ไม่พึงพอใจมองไม่เห็นความสำคัญของงานที่ทำอยู่

2) ทางชีวภาพเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิตและทำอันตรายต่อบุคคลได้เช่นเชื้อโรคต่างๆ

3) ทางสังคมวัฒนธรรมปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมและสิ่งที่บุคคลกระทำจะมีผลกระทบต่อกันตลอดเวลาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

- สถานภาพและบทบาทในสังคมของบุคคลซึ่งอาจจะมีหลายสถานภาพและหลายบทบาทหากบทบาทหลายอย่างนี้มีความขัดแย้งหรือมีความแตกต่างกันมากก็อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวและเครียดได้ ได้แก่

- บรรทัดฐานทางสังคมบางครั้งกฎเกณฑ์ที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสังคมไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลหรือเป็นกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดมากย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้

- สภาพของสังคมเมืองมีคนหลั่งไหลเข้ามาอยู่หางานทำในเมืองมากขึ้นเรื่อยๆอยู่กันแออัดชีวิตต้องแข่งขันชิงดีชิงเด่นการเดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวกเพราะการจราจรติดขัดชีวิตครอบครัวไม่อบอุ่นต่างคนต่างอยู่ขาดอากาศบริสุทธิ์หายใจสภาพดังกล่าว ทำให้เกิดความเครียดได้

4) ระบบการเมืองการปกครอง ซึ่งมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลหากเป็นระบบการเมืองที่เคร่งครัดทำให้ประชาชนรู้สึกถูกคุกคามโดยเฉพาะในเรื่องที่สิทธิเสรีภาพต่างๆหรือเป็นระบบการเมืองการปกครองที่ทำให้ประเทศขาดความมั่นคงย่อมก่อให้เกิดความเครียดกับประชาชนได้

5) ทางเศรษฐกิจ ปรากฏการณ์ที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำยากจนเป็นหนี้สินทำให้ภาวะเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ขาดอาหารเรียนได้ไม่เต็มที่อยู่ในชุมชนแออัดไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินทำให้เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัวคิดมากบีบคั้นจิตใจเกิดความเครียดได้

6) สภาวการณ์และเหตุการณ์อื่นๆ สภาพเหตุการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวการปรับตัวจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นมาได้ดังนั้นจึงแยกสภาวการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- สภาวการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีเป็นสภาวการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์เหล่านี้ได้แก่การแต่งงานการตั้งครรภ์การคลอดบุตรการจบการศึกษาการเข้าทำงานใหม่การเลื่อนตำแหน่งและการไปศึกษาต่อต่างประเทศ เป็นต้น

- สภาวการณ์ที่ก่อให้เกิดความรันทดใจเศร้าและสะเทือนใจเหตุการณ์เหล่านี้ได้แก่

(1) การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคนรักของรักการหย่าร้างสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยการตกงานหรือถูกให้ออกจากงานถูกลดตำแหน่งหรือย้ายงานธุรกิจล้มละลาย

(2) การเปลี่ยนแปลงในชีวิตพบว่าในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตทุกคนจะมีจิตใจแปรปรวน (Psychological Imbalance) ทำให้เกิดความเครียดไม่มากก็น้อยระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ได้แก่ เข้าโรงเรียนครั้งแรกสมรสใหม่ๆ มีบุตรคนแรกวัยหมดประจำเดือนปลดเกษียณอายุใหม่ๆตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำให้ต้องปรับตัวก็เป็นสาเหตุของความเครียดชนิดหนึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันโดยไม่ได้คาดคิดหรือไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน เช่น การย้ายโรงเรียนย้ายงานการย้ายที่อยู่หรืออพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

**มุกดา สุขสมาน (2537)** กล่าวถึง สาเหตุของความเครียดไว้ 5 ประการ คือ

1. ร่างกายขาดสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อร่างกายความต้องการสารอาหารและแร่ธาตุต่างๆ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์มากสารอาหารต่างๆ เหล่านั้น ได้แก่ โปรตีนซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของโครงสร้างและกระบวนการทำงานของร่างกาย เช่น เป็นส่วนประกอบของฮอร์โมนเอนไซม์และส่วนประกอบของแร่ธาตุต่างๆ ล้วนแต่เป็นสารที่ไม่มีส่วนร่วมในโครงสร้างของร่างกายและทำหน้าที่ซ่อมแซมสิ่งสึกหรอในร่างกายที่เกิดขึ้นจากการทำงานถ้าเกิดการขาดแคลนสารอาหารต่างๆ นี้เป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดความเซื่องซึมทำให้ใจเหี่ยวแห้งหงุดหงิดการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายต่ำกว่าปกติรวมทั้งการเจริญเติบโตของร่างกายช้าไปด้วยจะสังเกตได้จากการงอกของผมขนเล็บก็ช้าไปด้วย การขาดแคลนสารอาหารพวกนี้จะทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ง่ายถ้ามีสภาพการณ์ที่กดดันทางอารมณ์ร่วมเข้าไปด้วยจะมีความเครียดขึ้นอย่างมาก

2. อันตรายต่างๆ ที่ร่างกายได้รับอันตรายเหล่านั้นถ้ามีกำลังแรงพอจะทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น สภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลาและสะสมมากๆ เช่น ความกลัวความหิวความหนาวเสียงดังมากๆ รวมถึงความสับสนของสภาพแวดล้อม

3. การคุกคามต่อความนิยมนับถือและคุณค่าของตนเองความนิยมนับถือเป็นการวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวเองกับสภาพแวดล้อมเป็นการแสดงให้เห็นคุณค่าที่ได้รับจากสังคมซึ่ง แบ่งออกเป็นขั้นตามระดับอายุในวัยเด็กมีความต้องการ ในเรื่องการเสาะแสวงหาแต่ถ้าพ่อแม่ไม่ยอมให้เด็กมีพฤติกรรมเหล่านี้เด็กจะมีอาการต่อสู้และร้องซึ่งเป็นการแสดงออกของความเครียดสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดที่เกิดขึ้นอีกทั้งความมุ่งหวังของบุคคลนั้นอาจจะเป็นสาเหตุของความเครียดก็ได้บางคนจะตั้งความหวังไว้สูงแต่ไม่สามารถจะทำให้สำเร็จตามความมุ่งหวังนั้นได้การเกิดช่องว่างระหว่างความหวังที่ตั้งไว้และความจริง เป็นสิ่งคุกคามต่อความนิยมและคุณค่าของตน

4. แรงกระตุ้นที่มีมากเกินไปความเครียดบางครั้งไม่ได้เกิดจากตัวเร่งความเครียดโดยตรงแต่เกิดจากปริมาณของตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นมีแรงกระตุ้นมากเกินไปจนกระทั่งร่างกายไม่สามารถจะรับตัวกระตุ้นและนำมาปรับตัวได้ตัวกระตุ้นความเครียด เช่น ความหนาแน่นของประชากรการจราจรติดขัดที่อยู่อาศัยแออัดเกินไปหรืออากาศที่ร้อนจัดมากๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกระตุ้นที่มากเกินไปทั้งสิ้นมนุษย์ต้องรู้จักจัดการกับแรงกระตุ้นเหล่านี้

5. การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตทางสังคมและพัฒนาการเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างมากและรุนแรงย่อมทำให้เกิดความเครียดอย่างมาก เช่น การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรมแม้กระทั่งขั้นตอนของพัฒนาการของแต่ละบุคคลถ้ามีการเปลี่ยนแปลงมากก็จะทำให้เกิดความเครียด เช่น การที่พ่อแม่เด็กตายอย่างกะทันหันการเปลี่ยนงานก็มีผลทำให้เกิดความเครียดได้สิ่งเหล่านี้ประสบกันทุกคนถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีความเครียดที่เกิดขึ้นก็มีไม่มากนักแต่สำหรับผู้ที่ปรับตัวไม่ดีจะทำให้เกิดผลเสียต่อทั้งร่างกายและจิตใจด้วย

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของความเครียดเกิดจากตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมกล่าวโดยสรุปแล้วความเครียดน่าจะมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพสรีรวิทยาเช่นบุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีพันธุกรรมหรือมีความผิดปกติของอวัยวะของร่างกายอยู่แล้วมีการเจ็บป่วยทางร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในระบบต่างๆเป็นต้น

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเช่นแสงแดดความร้อนอากาศความหนาวเย็นเป็นต้น

3. ปัจจัยทางสังคมคือมนุษย์ด้วยกันเองอาจสร้างปัญหาให้แก่กันมีความขัดแย้งในการอยู่ร่วมกันการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความไม่ปลอดภัยในชีวิต

4. ปัจจัยทางจิตใจความขัดแย้งในจิตใจของตัวเอง

5. ปัจจัยทางความคิดซึ่งขัดแย้งกับความเป็นจริงในสังคม

6. ปัจจัยทางเศรษฐกิจภาวะเศรษฐกิจตกต่ำความยากจน

**สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527)** ได้จำแนก ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบุคคล ดังสรุปได้ ดังนี้

1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไปแสงสว่างที่จ้าหรือมืดเกินไปสภาพอากาศไม่บริสุทธิ์มีกลิ่นหรือมีควันพิษการขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเช่นอาหารน้ำเครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เป็นต้น

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความไม่ปรองดองกับบุคคลในครอบครัวการทะเลาะเบาะแว้งและโต้เถียงการอิจฉาริษยาการขาดเพื่อการอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว เป็นต้น

1.3 สภาวการณ์และเหตุการณ์อื่นๆ เช่น สภาพการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัวโดยมีได้ทั้งสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เช่น การแต่งงานตั้งครรภ์คลอดบุตรจบการศึกษาเข้าทำงานใหม่เลื่อนตำแหน่งไปศึกษาต่อที่อื่น เป็นต้น

ในสภาวการณ์ที่ก่อให้เกิดความรันทดเศร้าสะเทือนใจ เช่น การหย่าร้างสมาชิกในครอบครัว

เจ็บป่วยสามีหรือภรรยาเสียชีวิตการไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานสภาพเศรษฐกิจที่ทรุดลงการเกษียณอายุ เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากภายในตัวบุคคล ได้แก่

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยาโครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษบางคนได้รับในส่วนที่ดีของบิดามารดาทำให้มีโครงสร้างของร่างกายสมบูรณ์และมีสุขภาพดีบางคนได้รับในส่วนด้อยของบิดามารดาทำให้ร่างกายเติบโตไม่สมบูรณ์เกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาไม่ดีทนต่อสภาวะความเครียดได้น้อยทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการสภาพร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ปกติทำให้เกิดโรคได้ง่าย เช่น เดียวกับสภาพจิตใจที่มีพัฒนาการไม่ดีมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่ายระดับพัฒนาการของจิตใจอารมณ์มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์โดยระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้แปลเหตุการณ์และแก้ปัญหาไม่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งมีผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขและก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้อีก

การรับรู้และแปลเหตุการณ์เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัวโกรธเกลียดกังวลหรือตื่นเต้นถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นและมีการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาการที่บุคคลจะมีอารมณ์กลัวโกรธเกลียดหรือกังวลได้นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้และแปลความหมายเหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้บุคคลสองคนรับรู้ต่อเหตุการณ์ไม่เหมือนกันและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์แตกต่างกันทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกันมีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกันมีความคาดหวังทัศนคติและการมองโลกที่ไม่เหมือนกันดังนั้นการรับรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย

สรุป สาเหตุของความเครียดเกิดได้จากปัจจัยหลักๆ 2 สาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยจากภายในตัวบุคคลได้แก่พันธุกรรมโครงสร้างร่างกายสภาพร่างกายภาวะโภชนาการสภาพจิตใจหรือการรับรู้และแปลเหตุการณ์และพัฒนาการ เป็นต้น

2. ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคลได้แก่ลักษณะทางฟิสิกส์เคมีของสภาพแวดล้อมสังคมเศรษฐกิจการประกอบอาชีพการเมืองการปกครองสภาวการณ์และเหตุการณ์ต่างๆขนบธรรมเนียมเทคโนโลยี เป็นต้น

**5.3 ระดับของความเครียด**

ความเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละคนแม้จะมีสาเหตุเดียวกันก็ตามจะมีผลต่อบุคคลต่างๆ ในลักษณะที่ไม่เหมือนกันขึ้นกับพื้นฐานของบุคคลแต่ละคนสังคมวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมในขณะนั้นการมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะช่วยผลักดันบุคคลไปสู่ความสำเร็จได้หรือถ้ามากเกินไปก็อาจมีผลเสียต่อสุขภาพทำให้สุขภาพเสื่อมได้

กรมสุขภาพจิต (2541) แบ่งระดับความเครียด ออกเป็น 5 ระดับ

1. ระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมากเป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่น้อยกว่าบุคคลอื่น

2. ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติเป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยเป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตในประจำวันหรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไขซึ่งถือเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางเป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งวิกฤติการณ์ในชีวิตสังเกตได้จากอาการแสดงออกทางถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอารมณ์ความคิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งที่แสดงออกอาจเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติหรือความขัดแย้งซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความลำบากซึ่งตราบใดที่ความขัดแย้งยังคงมีอยู่ลักษณะการแสดงออกต่างๆ ทั้งทางร่างกายหรือจิตใจจะเพิ่มมากขึ้นความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิต

5. ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมากเป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรงหากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังคงอยู่มีต่อไปโดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธีอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้

**โดยสรุป** จะเห็นว่าระดับความเครียดระดับต่ำเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นและน้อยพบนานๆ ครั้งความเครียดระดับนี้จะช่วยให้บุคคลกระตือรือร้นและตื่นตัวในการดำเนินชีวิตปฏิกิริยาที่แสดงออกมาเป็นในลักษณะวิตกกังวลกลัวหรือมีความอายความเครียดระดับปานกลางเป็นความเครียดที่มีความรุนแรงระดับแรกบุคคลจะได้รับความเครียดเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันสั้นเช่นความเครียดจากภาระงานที่หนักความเครียดระดับปานกลางนี้จะมีความรุนแรงกว่าระดับต่ำแสดงออกมาในลักษณะการปฏิเสธก้าวร้าวพูดน้อยสำหรับความเครียดระดับสูงจะเป็นระดับที่มีความรุนแรงมากบุคคลอาจประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามอยู่ตลอดเวลาอาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกันความเครียดระดับสูงนี้จะทำให้บุคคลหมดกำลังและท้อแท้เบื่อหน่ายในชีวิตได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด Frain and Valiga (อ้างใน ทัยรัตน์ พันธุ์แพ, 2544) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวันหรือระดับต่ำ (Mild Stress) ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตบุคคลมีการปรับตัวอัตโนมัติเป็นการปรับด้วยความเคยชินและใช้พลังในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบการแข่งขันการใช้เวลาในการเดินทางไปทำงานในสภาพการจราจรสับสนการปรับตัวต่อภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในระดับนี้บุคคลจะรู้สึกถึงความสามารถในการปรับตัวตอบสนองอย่างได้ผลดีความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและหมดไปในระยะเวลาอันสั้น

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งที่มาคุกคามเช่นการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงานหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆในสังคมระดับนี้ทำให้บุคคลมีการตื่นตัวและร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้นความเครียดในระดับนี้มีน้อยและหมดไปในระยะเวลาเพียงชั่วโมงเท่านั้น

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับสูง (High Stress) ความเครียดในระดับนี้บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานานและไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็วภาวการณ์ เช่นนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคามเนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวซึ่งถือว่าเป็นวิกฤติการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตบุคคลอาจไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อพยายามลดความเครียดความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมงหลายๆ ชั่วโมงหรือจนกระทั่งเป็นวัน

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) ถ้าสถานการณ์คุกคามยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องก็จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้นอีกความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวและแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น สมาธิในการทำงานลดลงการขาดงานไม่สนใจดูแลครอบครัวความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือนหรือเป็นปี Janis (อ้างในลดาวัลย์สกุณา, 2543) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและสิ้นสุดลงในช่วงเวลาสั้นๆอาจแค่นาทีหรือชั่วโมงเท่านั้นซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น อาจเป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันการเดินทางไปทำงานการมาไม่ทันเวลาตามนัด

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดชนิดนี้รุนแรงกว่าชนิดแรกผลกระทบรุนแรงมากกว่าระดับแรกอาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่นความเครียดจากการทำงานมากเกินไปการขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือนเป็นปี เช่น การตายของบุคคลใกล้ชิดเป็นระดับที่มีความรุนแรงมาก สุวัฒน์มหัต นิรันดร์กุลและคณะ (2540) ได้แบ่งระดับความเครียดตามแบบวัด

ความเครียดสวนปรุงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตบุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติเป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคมบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวลความกลัวฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วๆ ไปไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายเป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตรายหากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังเกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้หมดแรงควบคุมตัวเองไม่ได้เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย โดยสรุป ความเครียด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำความเครียดในระดับนี้เกิดตามปกติไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตมีการปรับตัวได้ด้วยความเคยชินและอัตโนมัติเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลายเกิดในบุคคลที่มีแรงจูงใจน้อยระดับความเครียดระดับต่ำเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นและน้อยพบนานๆ ครั้ง

2. ความเครียดระดับปานกลางเป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรกเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคมบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวลความกลัวฯลฯถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วๆ ไปไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายเป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูงเป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตรายหากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังเกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรงเป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องเป็นสัปดาห์เดือนหรือปีจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้หมดแรงควบคุมตัวเองไม่ได้เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย

**6.4 ผลของความเครียดต่อสุขภาพ**

ความเครียดมีผลต่อสุขภาพในด้านต่างๆ มากมายผลของความเครียดต่อสุขภาพ (จำลองดิษยวณิช และ พริ้มเพราดิษยวณิช, 2545) จะเกี่ยวข้องกับระบบสำคัญ 4 ระบบ คือ ระบบร่างกายทางจิตใจทางสังคมและทางจิตวิญญาณซึ่งงานวิจัยในด้านนี้แสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่สำคัญและน่าสนใจหลายอย่าง ได้แก่

6.4.1 เหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงขึ้น

6.4.2 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบางอย่างมีลักษณะเชิงบวกและบางอย่างมีลักษณะเชิงลบ

การกำหนดรู้หรือการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องอาศัยสื่อกลาง คือ กลไกจัดการทางการรู้หรือความคิด

6.4.3 วิธีการจัดการที่ไม่ดีหรือไม่มีการปรับตัวต่อความเครียดเช่นการสูบบุหรี่การดื่มเหล้าและการใช้สารเสพติดอาจเปลี่ยนแปลงความโน้มเอียงต่อการเกิดความเจ็บป่วยได้

6.4.4 เครือข่าย (Net Work) ของการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแรงอาจเป็นกันชนให้กับผู้ป่วยเวลาเกิดความเครียด

6.4.5 มีความเกี่ยวโยงซึ่งกันและกันมากมายระหว่างระบบประสาทส่วนกลาง ต่อมไร้ท่อและภูมิต้านทาน

5.4.6 การตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพันธุศาสตร์และทางปัจจัยที่เกิดภายหลัง (ทางพัฒนาการและการเรียนรู้)

6.4.7 ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างหนึ่ง

6.4.8 การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทภูมิคุ้มกันหรือต่อมไร้ท่อที่เกิดจากความเครียดอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยได้โดยทำให้มีการปรับเปลี่ยนอัตราการเต้นของหัวใจการกดระงับของหน้าที่ภูมิคุ้มกัน

6.4.9 การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ

**6.5 วิธีจัดการกับความเครียด**

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและตระหนักถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตนบุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้นๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ (สมจิตหนุเจริญกุล, 2536) คือ

6.5.1 การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

6.5.2 การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลนั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นการปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้ายเพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถจะกระทำอะไรได้เป็นต้น การเผชิญกับความเครียดนั้นมี อยู่ 5 วิธี คือ

6.5.2.1 การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข

6.5.2.2 การกระทำโดยตรง (Direct Action) เป็นการกระทำเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

6.5.2.3 การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of Action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรงคือไม่กระทำอะไรเลยหยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

6.5.2.4 การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง

6.5.2.5 การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นกระบวนการ ความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้นซึ่งรวมถึงกาประเมินเหตุการณ์เสียใหม่เบี่ยงเบนความสนใจแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นรวมทั้งการใช้กลไกลการป้องกันตนเอง เช่น ปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

**7. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**

แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน และสังคมนั้นๆ การเข้ารับการรักษาดูแลจำเป็นจะต้องใช้บุคคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการอย่างทั่วถึง ฉะนั้นการทำงานเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา และการส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพจิตที่ดีจึงน่าจะเป็นหนทางที่ก่อให้เกิดความมั่นคง และสงบสุขในสังคม แนวทางการดำเนินงานที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้นกว่าการรอตั้งรับในโรงพยาบาล นั่นหมายถึงการรอให้เกิดโรคแล้วจึงรักษา การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจึงเกิดขึ้น สุขภาพจิตชุมชน หมายถึง กลยุทธ์ของการพัฒนาชุมชนที่จะผลักดันให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในชุมชน โดยผ่านการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการผิดปกติทางจิต มีการบริการสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพได้รับการยอมรับ และให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับคนที่มีความผิดปกติทางจิตสังคม โดยทำให้บุคคลเหล่านั้นสามารถอยู่ร่วมกันกับคนในสังคมได้ งานสุขภาพจิตชุมชนจะดูแลและดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ครอบครัว และชุมชน จึงมีแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยยึดหลักของการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) Primary Prevention คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจิต ซึ่งได้แก่การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มคนปกติ เช่น การให้ความรู้ในชุมชน ในโรงเรียน การเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น 2) Secondary Prevention คือ การป้องกัน ไม่ให้โรคลุกลามหรือลดภาวะการเกิดโรคทางจิต ได้แก่ การตรวจคัดกรองอาการทางจิต การวินิจฉัย และการบำบัดทางจิต การให้คำปรึกษาครอบครัว ปัญหาทางด้านจิตใจ 3) Tertiary Prevention คือ การทำให้บุคคล ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตฟื้นกลับคืนสู่สภาวะปกติ สามารถอยู่ในชุมชนได้ มีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำอีก ตามแนวทางดำเนินงานดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตมีหน้าที่รับผิดชอบหลัก และประสานความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐ ในชุมชน หน่วยงานเอกชน องค์กรส่วนท้องถิ่น และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนนับเป็นต้นทุนที่สำคัญในแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น การพัฒนาให้เกิดชุมชนเข้มแข็งจะต้องเกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน การเรียนรู้ร่วมกัน ความสามารถในการจัดการชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ล้วนเป็นองค์กร ในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการระดมทุน ทางสังคม อันได้แก่ ทุนด้านบุคคล ประกอบด้วย แกนนำสำคัญในชุมชน กลุ่มทางสังคม แกนนำจากหน่วยงานในพื้นที่ ทุนด้านสถาบัน ประกอบด้วย สถาบันครอบครัว การศึกษา การเมือง ทุนทางด้านทุนทางปัญญา และวัฒนธรรม ประกอบด้วย วัฒนธรรมพื้นบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น (อมราพร สุรการ และณัฐวุฒิ อรินทร์, 2557)

**8. มาตรฐานการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**มาตรฐานการปฏิบัติงาน** หมายถึง ผลการปฏิบัติงานในระดับใด ระดับหนึ่ง ซึ่งถือ ว่าเป็น

เกณฑ์ที่น่าพอใจหรืออยู่ในระดับที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทำได้ โดยจะมีกรอบในการพิจารณากำหนดมาตรฐานหลายๆ เช่น ด้านปริมาณ คุณภาพ ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย หรือ พฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานที่

เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะงานประเภทนั้นๆ ด้วย

**มาตรฐานขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน** หมายถึง ข้อกำหนด หรือ ขั้นตอนในการ

บริหารกระบวนการทำงานให้แก่ผู้รับบริการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ไม่ปฏิบัติราชการเกินขั้นตอนและระยะเวลาที่จำเป็น

**9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548)** กล่าวว่า เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถลดภาวะซึมเศร้านี้ได้ด้วยการฝึกพูดกับตนเองทางบวกมากกว่าการเน้นให้ลดหรือเลิกพูดกับตนเองทางลบซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าในส่วนงานวิจัยของทัฬหกาณฑ์พิมพ์วงศ์ทอง (2550) กล่าวว่า การฝึกพูดกับตนเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ดังนั้น จากผลงานวิจัยของทั้งสองท่านที่กล่าวมานั้นการพูดกับตนเองทางบวกมีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยจึงสรุปว่าการจะลดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ได้นั้นควรให้เด็กวัยรุ่นฝึกการพูดกับตนเองทางบวกด้วยการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของขวัญจิตมหากิตติคุณ (2548) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของนีลสันโจนส์ (Nelson-Jones, 1990) เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

**มาโนช หล่อตระกูล (2539)** ศึกษา แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและช่วงวัยรวบรวมข้อมูลจากมรณะบัตรทั่วประเทศในแต่ละปีวิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายระหว่าง พ.ศ.2535-2539 ผลการศึกษาพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นแม้จะจัดว่ายังไม่สูงนักเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ โดยที่ในช่วงทศวรรษหลังนี้เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจนโดยเฉพาะเพศชาย ในช่วงวัย 20-24 ปี ส่วนเพศหญิงพบการฆ่าตัวตายสูง ในช่วงอายุ 15-19 ปี วัยสูงอายุพบการฆ่าตัวตายไม่มากซึ่งอาจเป็นจากประชากรในวัยหนุ่มสาวยังมีค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุมากอยู่วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยในเพศชายได้แก่การแขวนคอส่วนในเพศหญิงนิยมกินยาเกินขนาดหรือใช้สารเคมี

**ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะ (2540)** ได้ทำการศึกษา ระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลระยองเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยกลุ่มศึกษาเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการจำนวน 118 รายและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการแห่งเดียวกันเวลาใกล้เคียงกันจำนวน 233 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 21-45 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.5 เท่า จบระดับประถมศึกษาสถานภาพคู่อาชีพรับจ้างทั่วไปเวลาที่มาโรงพยาบาลเป็นเวลา 18.01-24.00 น. โดยคู่ครองเป็นผู้นำส่งปัจจัยด้านประชากรทีสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้ที่เคยรับการรักษาทางจิตเวชการดื่มสุราสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุรา/สูบบุหรี่เมื่อมีความทุกข์ใจสำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมการไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ

**มธุริน คำวงศ์ปิน (2543)** ศึกษา ความเครียดวิถีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทรายระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2540 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2542 จำนวน 40 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.0 มีความเครียดระดับต่ำวิถีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิถีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.5 วิถีการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35 วิถีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25.0 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงโดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุดด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตนมีค่าต่ำสุด สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุด คือ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 95.0 บิดามารดา ร้อยละ 90.0 คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ร้อยละ 82.5 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบน้อยที่สุด คือ พระหรือนักบวช ร้อยละ 2.5

**ณัฐวุฒิ ใจชมชื่น (2544)** ศึกษา ผู้พยายามฆ่าตัวตายใน หมู่บ้านวังลุงใหม่ ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี ศึกษาผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายทุกรายและครอบครัวรวมทั้งญาติเพื่อนฯลฯ จำนวน 8 ราย เป็นชาย 5 ราย เป็นหญิง 3 ราย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ กรณีศึกษา พยายามฆ่าตัวตายเหมือนกันมากที่สุด คือ มาจากสภาพภูมิหลังของครอบครัวเสียบิดาหรือมารดาตั้งแต่อายุยังน้อยครอบครัวแตกแยกขาดความรักความอบอุ่นบุคลิกภาพแปรปรวนซึมเศร้าเก็บกดขาดความมั่นใจในตนเองมีอาการทางจิตซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อโตขึ้น

**ดรุณี เลิศปรีชา (2545)** ศึกษา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 81 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเองการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาการพัฒนาและการรู้จักตนเองการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพการเผชิญปัญหาการพัฒนาและการดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง การให้การปรึกษาของสถานบริการของรัฐที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**บทที่ 3**

**วิธีการดำเนินการศึกษา**

**1. รูปแบบของการศึกษา**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่เกิดจากการร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพของตำบลศรีสมเด็จ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยแบบประเมินความรู้ก่อน และหลังการอบรม การจัดประชุมกลุ่มย่อย และการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมแก่ภาคีเครือข่าย จัดทำทะเบียนและแยกประเภทผู้ป่วยสุขภาพจิต จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชแก่แกนนำ และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลร่วมกันในเขตตำบลศรีสมเด็จ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับภาคีเครือข่ายในตำบลศรีสมเด็จและพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลสมเด็จ

**2. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา**

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาที่ได้จาก กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)ผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จ จำนวน 50 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภาคีเครือข่าย จำนวน 70 คน ทำการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560

**3. ขั้นตอนการดำเนินการ**

1.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังตำบลศรีสมเด็จโดยการแยกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเพื่อง่ายต่อการจัดตารางติดตามดูแล

2. จัดประชุมเครือข่าย/กำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อปท. อสม. ผู้นำชุมชนโดยการคืนข้อมูลในที่ประชุมและชี้แจงร่วมกันวางแผนในการดำเนินการ

3. จัดทำแนวทางในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและชี้แจงให้ภาคีเครือข่ายทราบร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลในทางเดียวกันและนำเทคโนโลยีในการสื่อสารมาใช้ประโยชน์โดยการจัดทำกลุ่มไลน์ ในการติดต่อประสานงานร่วมกันของเครือข่าย

4. จัดอบรมแกนนำและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกพื้นที่

5. ดำเนินการและติดตามเยี่ยม และดูแลต่อเนื่องโดยทีมหมอครอบครัวโดยการประเมินปัญหาให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. เฝ้าระวังอาการกำเริบและอาการกลับเป็นซ้ำโดยเริ่มโดยการประเมินจากผู้ดูแล แกนนำคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.

7. ส่งเสริมให้ชุมชนให้มีบทบาทผลักดันให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานเทศกาลต่างๆ

8. ส่งต่อข้อมูลกับพี่เลี้ยงและประสานการดูแลรักษาต่อหากมีอาการกำเริบหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาและเกินขีดความสามารถ

9. ประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรายบุคลโดยทีมสหวิชาชีพ

10. สรุปผลการดำเนินงาน และ คืนข้อมูลแก่ญาติและชุมชนโดยการจัดเวทีเสวนาพาแลงให้ชุมชนได้เป็นเจ้าของปัญหาเพื่อนำไปวางแผนแก้ปัญหาต่อไป

**4. บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบและกระบวนการดำเนินงาน**

1.จัดประชุมแต่งตั้งคณะกรรมการงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดย ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อปท. แกนนำในชุมชน (อสม.)

-การเสวนาพาแลง (ทุกภาคส่วนเข้าร่วมเสวนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล)

-คืนข้อมูลให้ชุมชน

-มาตรการในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

-สร้างภาคีเครือข่าย ในการลงเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน

2. บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

**เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บทบาท**

-เชิงรับ (โดยใช้แบบคัดกรอง) ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

-เชิงรุก (ประสานงานกับทีมพี่เลี้ยงเพื่อลงติดตามเยี่ยมดูแลพร้อมแกนนำและภาคีเครือข่ายในชุมชน)

-วิชาการ อบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและศักยภาพให้ผู้ดูแลและแกนนำ

**ผู้นำชุมชน บทบาท**

-ผู้นำในการพัฒนาและขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ให้คนในชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

**องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาท**

**-สนับสนุนงบประมาณต่างๆ เช่น งบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในการดำเนินโครงการให้ประสบผลสำเร็จ**

**-การขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการเพื่อให้ได้รับ เบี้ยพิการตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้**

**-การสนับสนุนยานพาหนะในการ รับส่งผู้ป่วย ทั้งแบบเร่งด่วน และ แบบรับส่งผู้ป่วยรับยา รักษา เช่น รับส่งผู้ป่วยรับยาจิตเวชขอนแก่น**

**-ช่วยเหลือประชาชน ภาวะวิกฤติในครอบครัวหรือชุมชน**

**แกนนำ (อสม.) บทบาท**

-คัดกรองในพื้นที่ สอดส่องดูแลให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกีบการดูแลผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. จัดตั้งกลุ่มไลน์ ในการติดต่อสื่อสานและประสานงานร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 กลุ่ม

1. กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง

2. กลุ่มทีมหมอครอบครัวตำบลศรีสมเด็จ

**3. กลุ่มจิตเวชศรีสมเด็จ**

4. กลุ่ม อสม. ศรีสมเด็จ

4. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชโดยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับโรงพยาบาลสมเด็จและสำรวจผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ และแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเพื่อใช้ในการดูแลและช่วยเหลือ (ช่วงระยะเวลา 1 กุมภาพันธ์ ถึง 10 กุมภาพันธ์ 2560 )

5. จัดทำเวทีประชาคมในการคืนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อวางแผนร่วมกับชุมชนในการกำหนดกิจกรรมและวิธีการแก้ปัญหาของชุมชนพร้อมจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตร่วมกับชุมชนและข้อตกลงร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลอย่างต่อเนื่องและตรงกัน (ช่วงระยะเวลา 20 กุมภาพันธ์ 2560 )

6. จัดอบรมแกนนำ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพและองค์ความรู้พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่บ้าน (ระยะเวลา 1 วัน คือ 30 มีนาคม 2560)

7. จัดทำตารางในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชตามระดับความรุนแรงและอาการของผู้ป่วย (30 มีนาคม 2560 ถึง 20 พฤษภาคม 2560 )

8. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชพร้อมกับแกนนำ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9 ด้าน ในการประเมินอาการผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความเครียดและปัญหาของผู้ดูแลเพื่อความครอบคลุมในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม(ช่วงระยะเวลา 30 มีนาคม 2560 ถึง 20 พฤษภาคม 2560 )

9. ร่วมกับโรงพยาบาลจัดทำคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ ในผู้ป่วยจิตเวชที่อาการคงที่ ไม่สามารถไปรับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาล โดยการนำยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านไปด้วยกัน (ช่วงระยะเวลา 30 มีนาคม 2560 ถึง 20 พฤษภาคม 2560 )

10. เฝ้าระวัง ติดตามอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มจากผู้ดูแลอาการเบื้องต้น และมีแกนนำคอยติดตามดูแล หากเกินกำลังความสามารถ มีการส่งต่อข้อมูลในเจ้าหน้าที่ ที่รพ.สต.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัย และประสานความร่วมมือกับ อปท. ในเรื่องของยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา (ช่วงระยะเวลา 30 มีนาคม 2560 ถึง 20 พฤษภาคม 2560 )

11. รับและส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชกับทีมพี่เลี้ยงที่โรงพยาบาลสมเด็จอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรายที่จำหน่ายสู่ชุมชนและในรายที่มีอาการกำเริบเกินขอบเขตความสามารถในการรักษา (ช่วงระยะเวลา 30 มีนาคม 2560 ถึง 20 พฤษภาคม 2560 )

12. ประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านรายบุคคล โดย ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ประเมิน (ช่วงระยะเวลา 25 พฤษภาคม 2560 )

13. สรุปผลการดำเนินงานและนำข้อมูลคืนสู่ชุมชนโดยการจัดเวทีเสวนาพาแลง เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่ยังคงอยู่ โดยชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา (ช่วงระยะเวลา 30 พฤษภาคม 2560 )

**5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

**5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

2 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

**5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ**

1 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

2 แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน (Care Plan) แบบประเมินความพิการทางจิต กรมสุขภาพจิต

3 แบบคัดกรองโรคจิต

4 แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**6. ตัวชี้วัด**

1. เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนขึ้น ร้อยละ 70

2. พัฒนาระบบการดูแลและลดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในชุมชน ลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วย ร้อยละ 70

3. พัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลดภาระของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 50

4. ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข ร้อยละ 50

5. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 100

6. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จทุกรายได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากภาคีเครือข่ายร้อยละ100

7. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการร้อยละ 100

8. การจัดสรรงบประมาณทำให้เกิดแกนนำและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วถึงร้อยละ100

**7. คุณภาพของเครื่องมือ**

7.1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นไป ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา กิจกรรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์และความชำนาญเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ 1. แพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภพจิต 2. พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 3. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และขอข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

**8. การวิเคราะห์ข้อมูล**

**เกณฑ์การให้คะแนน:** กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ

พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับคะแนน** | **ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)** | | | | |
| **ขั้นตอนที่ 1** | **ขั้นตอนที่ 2** | **ขั้นตอนที่ 3** | **ขั้นตอนที่ 4** | **ขั้นตอนที่ 5** |
| **1** | **🗸** |  |  |  |  |
| **2** | **🗸** | **🗸** |  |  |  |
| **3** | **🗸** | **🗸** | **🗸** |  |  |
| **4** | **🗸** | **🗸** | **🗸** | **🗸** |  |
| **5** | **🗸** | **🗸** | **🗸** | **🗸** | **🗸** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ระดับคะแนน** | **คำอธิบาย** |
| **1** | อำเภอมีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือ และ ส่งต่อ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย |
| **2** | **ระดับคะแนน 1 และ** มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วย 2Q, 9Q และ 8Q |
| **3** | **ระดับคะแนน 2 และ** มีฐานข้อมูลครบถ้วน |
| **4** | **ระดับคะแนน 3 และ** มีการระดมทุนในการจัดทำแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจ |
| **5** | **ระดับคะแนน 4 และ** ผลสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย   * อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร * การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ครอบคลุมร้อยละ 80 |

**บทที่ 4**

**ผลการศึกษา**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่เกิดจากการร่วมดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพของตำบลศรีสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเรือข่ายตำบลศรีสมเด็จ**

**ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | ค่าเป้าหมาย | ผลงาน | บรรลุตามวัตถุประสงค์ |
| 1. เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนขึ้น | ≥ ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ✓ |
| 2. พัฒนาระบบการดูแลและลดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในชุมชน ลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วย | ≥ ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ✓ |
| 3.พัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลดภาระของผู้ดูแลได้ | ≥ ร้อยละ 50 | ร้อยละ 70 | ✓ |
| 4. ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข | ≥ ร้อยละ 50 | ร้อยละ 50 | ✓ |
| 5. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช | ≥ ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ✓ |
| 6. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จทุกรายได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากภาคีเครือข่าย | ≥ ร้อยละ 70 | ร้อยละ 100 | ✓ |
| 7. ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการ | ≥ ร้อยละ 70 | ร้อยละ 100 | ✓ |
| 8. การจัดสรรงบประมาณทำให้เกิดแกนนำและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วถึง | ≥ ร้อยละ 70 | ร้อยละ 100 | ✓ |

ป**ระชากรในพื้นที่ ได้รับการคัดกรองโรคจิต** โดย ทีมงานอสม.และเจ้าหน้าที่ จำนวน 165 คน

**ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคจิต ปี2560**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **เกณฑ์** | **ผลงาน** | **หมายเหตุ** |
| 1 | ร้อยละของประชากรในพื้นที่ได้รับการคัดกรองโรคจิต | ร้อยละ 80 | 87.60 |  |
| 2 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน | ร้อยละ70 | 100.00 |  |
| 3 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพต่อประชากรที่คาดการณ์ว่าป่วยเป็นโรคจิตในพื้นที่ | ร้อยละ80 | 85.05 |  |
| 4 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต 3 เดือนหลังรับการรักษามีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น | ร้อยละ 80 | 90.10 |  |
| 5 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต 3 เดือนหลังรับการรักษามีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น | ร้อยละ 70 | 86.02 |  |
| 6 | อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า | ร้อยละ 50 | 43.65 |  |

**ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของตำบลศรีสมเด็จ ปี งบประมาณ 2559-2560**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| **ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ** | **65.00** | **85.05** |
| **ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ** | **40.12** | **43.65** |
| **อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร** | **0.04** | **0.00** |

**\* ที่มาของข้อมูล รายงาน 506 DS online**

**ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังรับการรักษา**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ระดับคุณภาพชีวิต และ | ก่อนรักษา | | หลังรักษา | |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับคุณภาพชีวิต |  |  |  |  |
| ไม่ดี | 10 | 20.00 | 0 | 0 |
| ปานกลาง | 22 | 44.00 | 9 | 18.00 |
| ดี | 18 | 36.00 | 31 | 62.00 |

**ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลศรีสมเด็จ**

**ตารางที่ 4 ผล**การดำเนินงานตามโครงการ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ | 65.0 | 85.05 |
| ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ | 31.1 | 43.65 |
| อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร | 0.04 | 0.0 |

\* ที่มาของข้อมูล รายงาน 506 DS online

**ตารางที่ 6** ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานตามโครงการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **ค่าเป้าหมาย** | **ผลการดำเนินงาน** | **แหล่งข้อมูล/หลักฐานเชิงประจักษ์** |
| ร้อยละของตำบลมีการพัฒนาระบบการบริการวิกฤตสุขภาพจิต | ร้อยละ 50.0 | ร้อยละ 50.0 ( ระดับ 3) | แบบประเมินผลมาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตในรพ.สต. |
| อำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง | ระดับ 5 | ประเมินเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561 |  |
| อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร | ไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร | ร้อยละ 5.0 ต่อแสนประชากร | โปรแกรม 506 DS HDCจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | ร้อยละ 100.0 | โปรแกรม 506 DS HDCจังหวัดกาฬสินธุ์ |

**5. สรุป**

**ปัจจัยความสำเร็จ**ผู้บริหารในหน่วยงานให้ความสำคัญชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนระบบการนิเทศติดตามการดำเนินงาน ทำให้ระบบการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องการทำงานเป็นทีม

**ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเรือข่ายตำบลศรีสมเด็จ** บรรลุตามวัตถุประสงค์ มากที่สุด คือภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จทุกรายได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากภาคีเครือข่าย ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการ และ การจัดสรรงบประมาณทำให้เกิดแกนนำและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วถึง ร้อยละ 100 ลองลงมา คือ เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนขึ้น และ พัฒนาระบบการดูแลและลดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในชุมชน ลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วย ร้อยละ 80

**บทที่ 5**

**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

**1. สรุปผลการประเมิน อภิปรายและข้อเสนอแนะ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research ) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คปสอ.สมเด็จ โดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม เป็นกรอบในการประเมิน ในประเด็นบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 20 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน ทำการวิจัยระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม 2560 เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้าง จำนวน 1 ชุด มี 5 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ( District Health System :DHS) 5 ลำดับ 3) แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำดับ 4) แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน 5) แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP) วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาตามกิจกรรมของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP)

**2. ผลการศึกษา**

**2.1 ข้อมูลทั่วไป**

จากการศึกษา จำนวนประชากรกลุ่มที่ศึกษา 124 คน คิดเป็นหญิง ร้อยละ 83.9 คิดเป็นชาย ร้อยละ 17.7 อายุสูงสุด 65 ปี ต่ำสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาโสด ร้อยละ 22.6 และแยกกันอยู่ ร้อยละ 9.7 ประชาชนส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี ร้อยละ 26.7 รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 26.0 และจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวส. ร้อยละ 22.7 และ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.0 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ ร้อยละ 23.4 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 14.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 20,001 ถึง 25,000 ร้อยละ 38.1 รองลงมามีรายได้อยู่ที่ 15,001 ถึง 20,000 ร้อยละ 22.7 และรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 17.9 ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 77.8 รองลงมา 2-5 ปีร้อยละ 21.9 และ 1 ปี ร้อยละ 0.8 บทบาทในการดำเนินงาน ปฏิบัติและประสานงาน ร้อยละ 76.1 บริหารงานและกำหนดนโยบาย ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ

**2.2 การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System :DHS) 5 ลำดับ**

จากการศึกษา พบว่า การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ในเรื่อง มีการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 84.2

**2.3 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ในเรื่อง มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100.0

**2.4 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาล**

**จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตการสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ร้อยละ 100

**2.5 ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (ODOP)**

ตามแผนการดำเนินงานของโครงการ พบว่า มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 ร้อยละ 26.4, 37.6 และ 47.4 ตามลำดับ ตำบลผ่านเกณฑ์ พัฒนาระบบการบริการวิกฤตสุขภาพจิต ร้อยละ 50.0 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.2 ต่อแสนประชากร และอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง ระดับ 5

**2.6 สรุปผล**

**1.เกิดภาคเครือข่ายในการดูผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช**

**2.มีแกนนำที่มีความรู้และความสามารถในการผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**

**3.มีแนวทางในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกัน**

**4.ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในตำบลศรีสมเด็จรับประทานยาต่อเนื่องไม่มีอาการกำเริบ**

**5.ผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชมีอาการคงที่อยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุข**

**4. ข้อเสนอแนะ**

**ปัจจัยความสำเร็จ**

1. ผู้บริหารในหน่วยงานให้ความสำคัญ
2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน
3. ระบบการนิเทศติดตามการดำเนินงาน ทำให้ระบบการทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. การทำงานเป็นทีม

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ ของอำเภอสมเด็จ สามารถตอบสนองการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน DHS ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทางการดำเนินงานของอำเภอสมเด็จให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงานด้วยกลไก DHS ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

1. จัดกระบวนการให้ความรู้ เพื่อแก้ไขความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยแก่ประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อลดข้อจัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในชมชน

2. พัฒนาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

**บรรณานุกรม**

กาญจนา วัชธสุนทร. (2554). การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสตัลเฟิลบีม, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. (2557). กระบวนการจัดการ การบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. จังหวัดพะเยา.

กรมสุขภาพจิต. (2549). ภาวะสุขภาพจิตไทย, นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ขวัญจิต มหากิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ. (2557). การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งคอย, อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. (2550). การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดรุณี เลิศปรีชา. (2545). การดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณัฐวุฒิ ใจชมชื่น. (2549). กรณีศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในหมู่บ้านวังลุงใหม่, ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่.

นุชจรีย์ พิริยอมร. (2549). การประเมินผลโครงการกองทุนหมู่บ้านเนินตั้ว หมู่ที่ 7 ตำบลวัดโบสถ์

อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา

นโยบายสาธารณะ, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.

บังอร สุภาเกตุ. (2558). การประเมินผลโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย, ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. (2550). รายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี,โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

มาเรียม แอกูยิ. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรบเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสียงต่อ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพนังฝั่งตะวันออกก อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2554.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2545). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุภาพจิต 13, 1-9 .

สมโภชน์ คชศิลา. (2558). การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ด้วยกลไกตำบลจัดการสุขภาพ, อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจและคณะ. (2556). ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System), ฉบับขับเคลื่อนประเทศ. โรงพิมพ์ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุวรรณี พุทธิศรี. (2549). การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.สถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวช. URL http://www.dmh.go.th. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2550

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2549). รายงานผลการศึกษาเรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับบทบาทที่กาลังเปลี่ยนแปลง ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับยุทธศาสตร์การพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาสุข. ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.

Buccheri,R., Trygstad,L., Kanas, N., Waldron, B.,and Dowling, G. (1996). Auditory hallucination in schizophrenia : Group experience in examining symptom management and

behavioral strategies. Journal of psychosocial Nursing, 34,(2), 12-24.

Dixon, L. Et al. (2001). Evidence –based practices for services to families of people with

psychiatric disabilities. Psychiatric services 52, 903 – 910.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & Mcgill, CW. (1984). Family care of schizophrenia. New York: Guilford press.

# ภาคผนวก

**แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **กระบวนการดำเนินงาน** | **มี** | **ไม่มี** |
| **1** | มีเครือข่ายเฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือ และ ส่งต่อ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ผ่านการอบรมจาผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสถานบริการ เช่น อสม.แกนนำชุมชน แกนนำนักเรียน และ แกนนำเยาวชน |  |  |
| **2** | มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยจิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติหรือภัยพิบัติด้วยแบบคัดกรอง ST.5 (Stress 5 ข้อใหม่ของกรมสุขภาพจิต) โดยเครือข่าย และ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อ และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย(Suicide) 8 ข้อ โดยบุคลากรสาธารณสุข |  |  |
| **3** | มีฐานข้อมูลครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มเสี่ยง การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม 506 DS Online และ การใช้โปรแกรมระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ประกอบด้วย โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ ไตวายเรื้อรัง |  |  |
| **4** | มีการจัดทำแผนงาน/โครงการสร้างเสริมด้านสุขภาพจิตในชุมชน อำเภอมีการบูรณาการงานสุขภาพจิตสู่บุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุข มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ในชุมชน โดยใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เช่น การพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญา ( I.Q.) และ อารมณ์ ( E.Q.) และ To Be Number One |  |  |
| **5** | ผลสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย | **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |
| **5.1** | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร |  |  |
| **5.2** | ร้อยละการติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |  |  |

**สรุปผลการดำเนินงาน ระดับ.................................**