

**การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ**

**กรณีศึกษา** การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**นางสายรุ้ง วงศ์ศิริ**

**และคณะ**

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560**

**การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จกรณีศึกษา** การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**นางสายรุ้ง วงศ์ศิริ และคณะ**

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560**

**กิตติกรรมประกาศ**

งานศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้ศึกษาได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากหลายๆ ฝ่ายโดยเฉพาะ นายสง่า เพียรภายลุน สาธารณสุขอำเภอสมเด็จ ในการแนะนำตรวจแก้ไขให้ข้อเสนอแนะ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนให้กำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งผู้ศึกษาซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จักรกริช กุลกั้ง และ นางอมรรัตน์ ยุระชัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ บุคลากร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและคอยอำนวยความสะดวกระหว่างดำเนินการศึกษาจนการศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สายรุ้ง วงศ์ศิริ และคณะ

มีนาคม 2560

**ชื่อเรื่อง** : การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ กรณีศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**คำสำคัญ**: การประเมินผล พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ

**ชื่อผู้วิจัย**: นางสายรุ้ง วงศ์ศิริ และคณะ

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ โดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม เป็นกรอบในการประเมิน ในประเด็นบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของโครงการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 20 คน อสม. เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน ทำการวิจัยระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม 2560 เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้าง วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาตามกิจกรรมของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP)

**ผลการศึกษา**

ด้านบริบท พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ด้วยกลไกตำบลจัดการสุขภาพมีความสอดคล้องและชัดเจนกับนโยบายและยุทธศาตร์ทุกระดับ มีเป้าหมายให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเป็นเครื่องมือ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากร และงบประมาณ มีความเพียงพอที่จะดำเนินงานได้ ซึ่งได้รับการจัดสรรจากระดับจังหวัด อำเภอ และกองทนสุขภาพในพื้นที่ เป็นหลัก บุคลากรผู้ปฏิบัติมีองค์ความรู้เพียงพอในการจัดกิจกรรมในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองให้คำปรึกษาและการส่งต่อ

ด้านกระบวนการ พบว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอด ชี้แจงกิจกรรมของโครงการ มีการรับรู้เป้าหมายในการดำเนินงาน มีการคัดพื้นที่ที่มีสภาพปัญหารุนแรง และมีต้นทุนทางสังคมสูง มีการประชาคมและกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

ด้านผลผลิต พบว่า ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ตามระดับการพัฒนา 5 ขั้น อยู่ในระดับ 5 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ สรุปผล การดำเนินงานอยู่ใน ระดับดีมาก (ระดับ1) การดำเนินงานพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 แห่ง มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ สรุปผล การดำเนินงานอยู่ใน ระดับดีมาก (ระดับ1)

ด้านการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ พบว่า มีการดำเนินงานต่อเนื่อง มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 - 2560 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 26.4, 37.6 และ 47.4 ตามลำดับ ตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาระบบการบริการวิกฤตสุขภาพจิต ร้อยละ 50 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.2 ต่อแสนประชากร และอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง ระดับ 5

  สรุปผลการศึกษา จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ ของอำเภอสมเด็จ สามารถตอบสนองการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน DHS ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทางการดำเนินงานของอำเภอสมเด็จ ให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงานด้วยกลไก DHS ในการแก้ปัญหาสุขภาพ อื่นๆ ต่อไป

**Title:** Evaluation of the District Health System Development, Somdet District Case Study on the Development of Integrated Suicide Prevention and Response System

**Researcher Name:** Mrs. Sayroong Wongsiri and Associate

**Keyword:** District Health System: DHS, Suicide, One District One Project; ODO, Evaluation

**Abstract**

This study was an evaluation research. The aims of this study were to evaluation of district health system development: case study integrated suicidal prevention and solution development in Somdet District Health System. This research used CIPP Model of Stufflebeam as the framework of evaluate the context, input, output and outcome of the project. The random sampling is purposive sampling such as one person in charge of mental health in a community hospital who is responsible for mental health of the hospital. There were 9 members of the district health management committee, of which 20 were psychiatric specialists, 94 were psychiatric specialists, and 124 were from March 1-30, 1960.

Data was collected by structured interview. The data was analyzed using SPSS to obtain frequency distribution, percentage, arithmetic means and standard deviation, and analyze activity contents of integrated suicidal prevention and solution development project.

Contextually, the development of district health systems (DHS) with the Tambon health management mechanism was consistent and clear with the policy. And every strategy the goal is to enable people to become self-reliant in their health. Using the Tambon Health Management Implementation tool as a tool. Input factors indicate that personnel and budget are sufficient to operate. Provided at the provincial, district and health divisions in the area, knowledge workers have sufficient knowledge to organize community activities, most of which are screening, counseling and referral.

Process was found that officials at all levels were broadcast. Clarify project activities there is a perception of operational goals. There are areas where the problem is severe. It has a high social cost, a community and a common operational approach.

The results showed that the performance of the district health system development. According to the 5 steps development level, level 5, the implementation of the Mental Health and Mental Health Promotion Standards for the District Health Promotion Hospital found that 9 district health promotion hospitals had 4 components. The performance was at a very good level (Level 1).

Implementation of the mental health and mental health promotion standards of community hospitals. hospitals had 4 components. The performance was at a very good level (Level 1).

The evaluation of the implementation of the integrated suicide prevention and control development project was carried out. Since 2015-2017, the rate of access to services for depression patients in 2015-2017 is 26.4%, 37.6% and 47.4%, respectively. 8.2 deaths per 100,000 population and district through district prevention and resolving suicide matters is strength level 5.

Conclusion from the development of integrated suicidal prevention and solution development in Somdet District Health System.

to respond to the development of mental health and psychiatric quality in the community, to address the problem of access to services to the target population, the DHS mental health and psychiatric practice should be disseminated in accordance with the operational guidelines of Somdet district. Spacious and extend the operating results with the DHS mechanism to address other health issues.

**สารบัญ**

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ค

บทคัดภาษาอังกฤษ จ

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**

1.1 **ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิต และสถานการณ์ปัจจุบัน**

เมื่อกล่าวถึงสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ **โรควิตกกังวล**รองลงมา**โรคจิต** (psychosis) และ**โรคซึมเศร้า** ตามลำดับซึ่งเมื่อพิจารณาย้อนไป ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 นั้นกลับ พบว่า โรคจิต เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้านอกจากนี้ ข้อมูลอัตราการป่วยจากโรคที่สำคัญ ในปีดังกล่าวพบว่า “โรคจิตและพฤติกรรม” พบมาก เป็นอันดับสี่ รองจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายพบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยเพศชายมีสัดส่วนของอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงอัตราการดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสืบเนื่องอื่นๆ 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)

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมไทย มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ทั้ง เศรษฐกิจ การลงทุน เทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่นับวันเสื่อมโทรมทำให้ประเทศไทยต้องปรับตัวให้เข้ากับกระแส โลกาภิวัฒน์ และยังคงต้องพัฒนา ด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอีกหลายประการ เพื่อให้คนไทยอยู่อย่างมีความสุข (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) ภายใต้การเปลี่ยนแปลงการพัฒนา และปรับตัวทั้งประเทศต้องเผชิญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพของสังคมและวัฒนธรรมไทยอย่างมาก เป็นเหตุให้คนในชุมชนเกิดความเครียดและหากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ เป็นระยะเวลายาวนานและไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้สมรรถภาพทางจิตใจเสื่อมถอยทรุดโทรมและเกิดปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยต่อแสนประชากร พบ อัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ในปี พ.ศ. 2547 มีรายงานผู้มีปัญหาทางจิต จำนวน 1,385,859 คน (อัตรา 2,236.21 ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2548 ลดลง เป็น จำนวน 1,290,716 คน (อัตรา2,067.86 ต่อแสนประชากร) และปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้น จำนวน 1,314,451 คน (2,092 ต่อแสนประชากร) (สำนักนโยบายและ แผนสาธารณสุข, 2549) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีการขยายการจัดบริการด้านจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมากขึ้น ทำให้ประชาชนโดยทั่วไปได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมากขึ้น (ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์, 2546) นอกจากจะพบปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของประชาชนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับแล้ว ยังพบปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การที่ประชาชนในชุมชนไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยทางจิตจึงไปขอรับบริการที่โรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น (ชัชวาล ศิลปกิจ และ คณะ อ้างถึงใน ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) กลยุทธ์สำคัญ ในการป้องกันและลดการเจ็บป่วยทางจิตของประชาชนในชุมชน คือ การค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยการประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันภาวะวารสารวิสุขภาพจิตให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเร็วก็จะลดภาระการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคทางจิตได้ (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) ผลการสำรวจโดย กรมสุขภาพจิต เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 (กรมสุขภาพจิต, 2558) พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มี คะแนนสุขภาพจิต เฉลี่ย 31.5 (ชาย 31.8 และ หญิง 31.2) เมื่อพิจารณาตามเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (27.0 - 34.0 คะแนน) ร้อยละ 65.7 สูงกว่าคนทั่วไป (34.0 - 45.0 คะแนน) ร้อยละ 20.3 และต่ำกว่าคนทั่วไป (0.0 - 27.0 คะแนน) ร้อยละ 14.0 ส่วนเพศหญิง มีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 65.4 สูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 17.7 และ ต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 16.9 ปี พ.ศ. 2559 คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตมากถึง 13 ล้านคน ป่วยทางจิตมากกว่า 3 ล้านคน และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายแต่ในประเทศไทยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นกับคนไทยทุกเพศทุกวัย เจ็บป่วยจากโรคจิตเวช มีปัญหาสุขภาพจิต ดื่มสุราและใช้สารเสพติดเฉลี่ยร้อยละ 14 หรือประมาณ 7.16 ล้านคน

สิ่งที่น่าเป็นห่วงมากในปัจจุบัน คือ ปัญหาด้านยาเสพติดซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อสมองและทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เป็นไปได้ว่าในอนาคตผู้ป่วยทางจิตเวชจะเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งน่าเป็นห่วงมากสำหรับอนาคตของประเทศไทย คนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) โรคซึมเศร้า (depression) 2) โรคจิตเภท (schizophrenia) 3) โรควิตกกังวล (anxiety) 4) โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (substance induced men tal illness) 5) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder)

**1.2 สถานการณ์ระดับสติปัญญาในกลุ่มนักเรียน**

จากการสำรวจ ในกลุ่มนักเรียน ปี พ.ศ. 2554 เฉลี่ยของนักเรียนไทยเท่ากับ 98.6 อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนไปทางต่ำ โดยกรุงเทพมหานคร เฉลี่ย 104.5 ภาคกลาง เฉลี่ย 101.2 ภาคเหนือ 100.1 ภาคใต้ 96.8 และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 95.9 เมื่อดูภาพรวมของประเทศ พบว่า ร้อยละ 48.5 มีปัญหาระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และ ร้อยละ 6.5 มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (สำรวจระดับสติปัญญาเด็ก 3 -11 ปี กรมสุขภาพจิต, 2550)

**1.3 สถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์**

จากการสำรวจ ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัย 0 -5 ปี ในปี พ.ศ. 2550 ลดลง จาก ปี พ.ศ. 2545 โดยลดลงมากที่สุด ในกลุ่ม 6 -11 ปี ด้านที่ลดลงมากที่สุด เป็นด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของเด็กวัยเรียน 6 -13 ปี ร้อยละ 29.7 ระดับเชาว์ปัญญาปกติ ร้อยละ 59.9 ค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 88.1+12.6 เด็กวัยรุ่น อายุ 13 -18 ปี มีระดับเชาว์ปัญญาปกติ ร้อยละ 26.6 ค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 57.3 ค่าเฉลี่ย 86.7+13.9 ปัญหาที่พบในวัยเรียนวัยรุ่น จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551–2553 พบ ปัญหาการติดเกมส์ขั้นรุนแรง ร้อยละ 9, 13.3 และ 14.4 ตามลำดับ (นพ.ชาญวิทย์และคณะ, 2553)

สถานการณ์การทำแท้ง พ.ศ. 2551-2552 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีประวัติทำแท้งใน 5 ปี ที่ ผ่านมา ร้อยละ 15.2 (เบญจพร ปัญญายงค์ สสท, 2552) พ.ศ. 2553 พบว่า ร้อยละ 25 มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 10 ตั้งครรภ์ ร้อยละ 50 ทำแท้ง ร้อยละ 18.6 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.4 เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 12.7 สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ (ดร.วิชัย รูปขำดีและคณะ, 2553)

**1.4 ระบาดวิทยา ความชุก และการเข้าถึงบริการของโรคสมาธิสั้น**)

พบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนทั่วโลก ตั้งแต่ ร้อยละ 1-20 ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2541 พบความชุก ร้อยละ 5 (เบญจพร และอลิสา, 2541) ส่วนการเข้าถึงบริการ พบว่า Mental Retardation มีอุบัติการณ์ ร้อยละ 1 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 5.6 ออทิสติกอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.1 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 1.6 สมาธิสั้น และ LD จากผล O-NET เด็ก ไม่ผ่านเกณฑ์ 50 คะแนน เป็น ADHD ร้อยละ 2-8 เป็น LD ร้อยละ 6-9.9

**1.5 แนวโน้มสถานการณ์สุขภาพจิตในอนาคต**

ปัจจุบันแนวโน้มของโรคที่ไม่ติดต่อ (Noncommunicable disease) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมากขึ้นดังจะเห็นได้ จากรายงานสถิติ ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2551 ที่ระบุว่า ประชากรจำนวน 36 ล้านคน ทั่วโลกหรือคิดเป็น ร้อยละ 63 เสียชีวิต จากโรคที่ไม่ติดต่อ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันความรู้และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าไปมากทำให้โรคติดต่อ (Communicable disease) สามารถรักษาให้หายและถูกควบคุมได้มากขึ้น ผู้คนจึงมีอายุเฉลี่ยนานขึ้นรวมไปถึงวิถีชีวิต และพฤติกรรมในการดำรงชีวิตหลายอย่างที่เปลี่ยนไป เช่น วิถีชีวิตที่เร่งรีบ การนิยมบริโภคอาหารที่บั่นทอนสุขภาพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่มากขึ้น พฤติกรรมเหล่านี้ ล้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ไม่ติดต่อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องอาศัยการปรับตัวปรับใจให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพราะถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างหนึ่งในชีวิตทำให้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงในอนาคตแนวโน้มการเกิดโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าอาจสูงขึ้นรวมถึงแนวโน้มการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดก็อาจมากขึ้นเนื่องจากมีการใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อบรรเทาความเครียดนั่นเอง ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้นก็คือ **ปัญหาทางเศรษฐกิจ** พบว่า ภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้เกิดสภาวะการว่างงานและรายได้ที่ลดลง ผลที่เกิดตามมา คือ ภาระหนี้สิน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียดและอาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา เมื่อไม่ได้รักษา และยังคงเผชิญกับปัญหาเดิมต่อไป จะยิ่งทำให้อาการแย่ลง จนบางรายเกิดความคิดที่อยากจะทำร้ายตัวเองได้

ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เราต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในเบื้องต้นเราจึงควรฝึกสำรวจจิตใจตนเองโดยหมั่นทำความเข้าใจอารมณ์ของตนเองรู้เท่าทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นและหาวิธีจัดการกับความเครียดนั้น รวมถึงการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอคำแนะนำอาจเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้ความเครียดส่งผลกระทบต่อโรคทางกายและเพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจซ้ำเติมอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2558)

**1.6 สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับโลก**

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทั่วโลก จำนวนกว่า 800,000 คนต่อปี หรือ 11.7 ต่อประชากรแสนคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1.5 ล้านคน ใน ปีพ.ศ. 2563 โดย มีคนพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 20 เท่าตัว การเปรียบเทียบ อัตราการฆ่าตัวตายระดับโลกนั้น การเปรียบเทียบระหว่างประเทศสามารถทำได้ยากเนื่องจากวิธีการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายของแต่ละประเทศมีคุณภาพไม่เท่ากันและบางประเทศไม่มีการรายงาน อย่างไรก็ตามสามารถ อ้างอิงข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2012 (พ.ศ.2555) ได้ ดังนี้ Top 10 ประกอบด้วย 1) กายอานา (Guyana) อัตราการฆ่าตัวตาย 44.2 ต่อประชากรแสนคน 2) เกาหลีใต้ (Republic of Korea) อัตราการฆ่าตัวตาย 28.9 ต่อประชากรแสนคน 3) ศรีลังกา (Sri Lanka) อัตราการตัวตาย 28.8 ต่อประชากรแสนคน 4) ลิทัวเนีย (Lithuania) อัตราการตัวตาย 28.2 ต่อประชากรแสนคน 5) ซูรินาม (Suriname) อัตราการฆ่าตัวตาย 27.8 ต่อประชากรแสนคน 6) โมซัมบิก (Mozambique) อัตราการฆ่าตัวตาย 27.4 ต่อประชากรแสนคน 7) เนปาล (Nepal) อัตราการฆ่าตัวตาย 24.9 ต่อประชากรแสนคน 8) แทนซาเนีย (United Republic of Tanzania) อัตราการฆ่าตัวตาย 24.9 ต่อแสนประชากร 9) คาซัคสถาน (Kazakhstan) อัตราการฆ่าตัวตาย 23.8 ต่อประชากรแสนคน 10) บุรุนดี (Burandi) อัตราการฆ่าตัวตาย 23.1 ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยถูกจัดให้อยู่อันดับที่ 57

**1.7 สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย**

คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายราว 4,000 รายต่อปีหรือกว่า 300 รายต่อเดือน อัตราเฉลี่ยจะอยู่ที่ 6 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งไม่ได้เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นแต่อย่างใดจากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตร่วมกับทีมวิชาการจาก รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 ช่วงเดือนมีนาคม จะมีแนวโน้มการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายและมีจำนวนการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจริงทั้ง 2 กรณี เช่นเดียว กับแนวโน้มสถานการณ์ ในปี พ.ศ. 2558-2559 รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการศึกษาวิจัย โดยการสุ่มตัวอย่างกรณี การฆ่าตัวตายสำเร็จใน 14 จังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ปี พ.ศ. 2557 และ ปี พ.ศ. 2558 ที่แม้ยังไม่ได้รายงานผลการวิจัยอย่างเป็นทางการแต่ผลการศึกษาเบื้องต้นพบปัจจัยที่สำคัญ คือ เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (ชาย ร้อยละ 77 หญิง ร้อยละ 23) ส่วนใหญ่อายุ 30-50 ปี เป็นเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานถึง ร้อยละ 70 เกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 23) เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ขณะที่ ร้อยละ 3 มีการทำร้ายผู้อื่นด้วยใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด ร้อยละ 70 รองลงมา คือ กินสารเคมี โดยเฉพาะยาฆ่าแมลงร้อยละ 20 และประมาณ ร้อยละ 10 ใช้อาวุธปืน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความสัมพันธ์ เป็นเรื่องสัมพันธภาพภายในครอบครัว ร้อยละ 47 ปัญหาความรัก ร้อยละ 22 ปัญหาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องโรคเรื้อรัง ร้อยละ 15 ปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 26 ปัญหาโรคจิต ร้อยละ 16 ปัญหาโรคซึมเศร้า ร้อยละ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2558)

จากจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวช เขตสุขภาพที่ 7 ที่มารับบริการ ใน ปี พ.ศ. 2552-2554 จำนวน 34,774 33,256 และ 36,415 ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่สถิติผู้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช พ.ศ. 2552-2554 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 1 ของประชากรโลกเป็นโรคจิตเภทมีแค่ ร้อยละ 15 เท่านั้นที่ยอมรับว่าตนเองป่วยและเข้ารับการบำบัดโดย ร้อยละ 10-20 เท่านั้นที่หายขาดนอกนั้นป่วยตลอดชีวิต

จังหวัดกาฬสินธุ์มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องเป็นการเข้าถึงวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหายาเสพติด พฤติกรรมทางด้านอารมณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่ป้องกันได้แต่วัยรุ่นจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงข้อมูลและบริการด้านเพศ ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้และทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างต่อเนื่องขาดความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดอย่างถูกวิธี รวมทั้งเข้าไม่ถึงการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมวัยรุ่นจำนวนประชากรวัยรุ่นหญิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วงอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวน 30,705 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปีจังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553–2557 คิดเป็น ร้อยละ 18.5, 21.0, 20.7, 21.3 และ 21.5 ตามลำดับ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาวัยรุ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 พบ ประเด็นปัญหาอัตราการตั้งครรภ์ของแม่อายุ 15-19 ปีต่อพันประชากร หญิง คิดเป็น 57.6 มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี แยกราย CUP พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับ ปีพ.ศ. 2557 พบว่า ทุกอำเภอ เกินค่าเป้าหมายคือ ไม่เกิน ร้อยละ 10 เมื่อแยกช่วงอายุ พบว่า มารดาคลอดช่วงอายุ 17-19 ปี คิดเป็นสัดส่วน 2/3 ของหญิงคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี แต่แนวโน้มมารดาอายุน้อยกว่า 17 ปี คลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

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

  ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช รวมไปถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ อสม. สามารถคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือ 2Q การเฝ้าระวังปัญหาในชุมชน การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถพึ่งตนเองและอยู่ร่วมในชุมชนได้ ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจนสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้ในที่สุด

**2. คำถามการศึกษา**

2.1. การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร

**3. วัตถุประสงค์การศึกษา**

3.1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม

**4. กรอบแนวคิดในการศึกษา**

บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต

ผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา:โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ปัญหา การฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ

การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

การประเมินผลลัพธ์ของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ปัญหาการ ฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

**5. ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอกรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 20 คน อสม. เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน ทำการวิจัย ระหว่าง วันที่ 1 ถึง 31 เดือน มีนาคม ปี พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูล โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาตามกิจกรรมของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP)

**6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา**

6.1. ทราบผลการการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานโครงการพัฒนา

รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ

6.2. นำผลการดำเนินงานที่ได้ไปพัฒนาและปรับใช้ในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวช

**7. นิยามศัพท์**

**การฆ่าตัวตาย** หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตส่วนการพยายามฆ่าตัวตายหมายถึงการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ยังไม่ถึงแก่ชีวิตพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

**พยายามฆ่าตัวตาย (Attempts Suicidal)** หมายถึง การกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตแต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ และกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

**ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides)** หมายถึง การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำได้สำเร็จโดยขณะที่กระทำมีสติสัมปชัญญะแต่ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางครั้งเป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

**การประเมินผลโครงการ** หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน /โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด โดยมีมาตรฐานและเครื่องมือในการวัดที่แม่นยำและเชื่อถือได้

**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. การประเมินผล

2. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด

6. มาตรฐานการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**1. การประเมินผล**

**การวัดผล (Measurement)** คือ การกำหนดตัวเลขให้กับวัตถุ สิ่งของ เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ หรือพฤติกรรมต่างๆ หรืออาจใช้เครื่องมือไปวัดเพื่อให้ได้ตัวเลขแทนคุณลักษณะต่างๆ เช่น ใช้ไม้บรรทัดวัดความกว้างของหนังสือได้ 3.5 นิ้ว ใช้เครื่องชั่งวัดน้ำหนักของเนื้อหมูได้ 0.5 กิโลกรัม ใช้แบบทดสอบวัดความรอบรู้ในวิชาภาษาไทยของเด็กชายแดงได้ 42 คะแนน เป็นต้น

การวัดผลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. วัดทางตรง วัดคุณลักษณะที่ต้องการโดยตรง เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก ฯลฯ มาตราวัดจะอยู่ในระดับ Ratio Scale

2. วัดทางอ้อม วัดคุณลักษณะที่ต้องการโดยตรงไม่ได้ต้องวัดโดยผ่านกระบวนการทางสมอง เช่น วัดความรู้ วัดเจตคติ วัดบุคลิกภาพ ฯลฯ มาตราวัดจะอยู่ในระดับ Interval Scale

การวัดทางอ้อมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) เช่น วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วัดเชาวน์ปัญญา วัดความถนัดทางการเรียน วัดความคิดสร้างสรรค์ ฯลฯ

2.2 ด้านความรู้สึก (Affective Domain) เช่น วัดความสนใจ วัดเจตคติ วัดบุคลิกภาพ วัดความวิตกกังวล วัดจริยธรรม ฯลฯ

2.3 ด้านทักษะกลไก (Psychomotor Domain) เช่น การเคลื่อนไหว การปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ ฯลฯ

**การประเมินผล (Evaluation)** หมายถึง การนำเอาข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวัดรวมกับการใช้วิจารณญาณของผู้ประเมินมาใช้ในการตัดสินใจโดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อให้ได้ผลเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เนื้อหมูชิ้นนี้หนัก 0.5 กิโลกรัมเป็นเนื้อหมูชิ้นที่เบาที่สุดในร้าน (เปรียบเทียบกันภายในกลุ่ม) เด็กชายแดงได้คะแนนวิชาภาษาไทย 42 คะแนนซึ่งไม่ถึง 50 คะแนนถือว่าสอบไม่ผ่าน (ใช้เกณฑ์ที่ครูสร้างขึ้น) เป็นต้น

การประเมินผลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท การประเมินแบบอิงกลุ่มและการประเมินแบบอิงเกณฑ์

1. การประเมินแบบอิงกลุ่ม เป็นการเปรียบเทียบคะแนนจากแบบทดสอบหรือผลงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ ที่ได้ทำแบบทดสอบเดียวกันหรือได้ทำงานอย่างเดียวกัน นั่นคือเป็นการใช้เพื่อจำแนกหรือจัดลำดับบุคคลในกลุ่มการประเมินแบบนี้มักใช้กับการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ หรือการสอบชิงทุนต่างๆ

2. การประเมินแบบอิงเกณฑ์ เป็นการเปรียบเทียบคะแนนจากแบบทดสอบหรือผลงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งกับเกณฑ์หรือจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การประเมินระหว่างการเรียนการสอนว่าผู้เรียนได้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

**ข้อแตกต่างระหว่างการประเมินผลแบบอิงกลุ่มและอิงเกณฑ์**

การประเมินผลแบบอิงกลุ่ม

1. เป็นการเปรียบเทียบคะแนนที่ได้กับคะแนนของคนอื่นๆ

2. นิยมใช้ในการสอบแข่งขัน

3. คะแนนจะถูกนำเสนอในรูปของร้อยละหรือคะแนนมาตรฐาน

4. ใช้แบบทดสอบเดียวกันทำหรับผู้เรียนทั้งกลุ่มหรืออาจใช้แบบทดสอบคู่ขนาน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้

5. แบบทดสอบมีความยากง่ายพอเหมาะ มีอำนาจจำแนกสูง

6. เน้นความเที่ยงตรงทุกชนิด

การประเมินแบบอิงเกณฑ์

1. เป็นการเปรียบเทียบคะแนนที่ได้กับเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้

2. สำหรับการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนหรือเพื่อปรับปรุงการเรียนการสอน

3. คะแนนจะถูกนำเสนอในรูปของผ่าน-ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ไม่ได้เปรียบเทียบกับคนอื่นๆ จึงไม่จำเป็นต้องใช้แบบทดสอบฉบับเดียวกันกับผู้เรียนทั้งชั้น

5. ไม่เน้นความยากง่าย แต่อำนาจจำแนกควรมีพอเหมาะ

6. เน้นความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

**การประเมินผลโครงการ แบบซิปโมเดล (CIPP Model)**

การดำเนินงานตามโครงการหรือการบริหารโครงการไม่ว่าจะเป็นโครงการของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชนก็ตาม จะต้องมีการวางแผนโครงการโดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้เพื่อคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อวางแผนโครงการและมีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของโครงการตลอดจนการออกแบบโครงการเป็นอย่างดีแล้วผู้ที่มีอำนาจก็จะทำการคัดเลือกโครงการและอนุมัติโครงการต่อไป ต่อจากนั้นก็จะมีองค์การนำโครงการไปปฏิบัติ หรือที่เราเรียกว่า “การบริหารโครงการ” (Project Management) บุคคลทั่วไปมักจะคุ้นเคยกับคำกล่าวที่ว่า “ถ้าการวางแผนโครงการดีก็เท่ากับงานสำเร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง” แต่ในความเป็นจริงแล้วการวางแผนโครงการที่ดีแค่จะช่วยเพิ่มโอกาสสำหรับความสำเร็จเท่านั้น แต่ก็มิใช่เป็นหลักประกันความสำเร็จของนโยบาย/แผนงาน/โครงการสาธารณะทั้งหมด ทั้งนี้เพราะความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย/แผนงาน โครงการต่างๆ จะต้องผ่านกระบวนการต่างๆ อีกมาก โดยเฉพาะกระบวนการบริหารโครงการและการประเมินผลโครงการ ถ้าจะกล่าวให้ เข้าใจง่ายๆ ก็คือ การวางแผน (Planning) เป็นเรื่องของ “การคิด” การดำเนินการหรือการบริหาร (Implementation / Operation) เป็นเรื่องของ“การทำ”ส่วนการประเมินผล (Evaluation) ก็คือ“การเทียบ” ระหว่างการคิดกับการกระทำนั่นเองการประเมินผลจึงเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะทำให้ทราบว่า การปฏิบัติงาน ตามโครงการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด มีการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คิดไว้หรือไม่ถ้าเบี่ยงเบนจะได้หาวิธีปรับปรุงแก้ไขความคาดหวังกับการปฏิบัติจริงนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันให้ได้โดยเฉพาะในปัจจุบันการบริหารการพัฒนาประเทศมิได้ประเมินเฉพาะผลสำเร็จของโครงการจากผลผลิต (Output) ที่ได้จากการดำเนินโครงการเท่านั้นแต่ความสำเร็จของโครงการจะต้องพิจารณาทั้งผลผลิต (Output) ผลลัพธ์(Outcome) และผลกระทบ (Impact) ด้วย ซึ่งเราเรียกว่า“การบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ”(Result Base Management) ดังนั้น การที่จะทราบถึงผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่างๆ ได้นั้นจำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ 2 ความหมาย ของการประเมินผลโครงการ“การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใดโดยมีมาตรฐานและเครื่องมือในการวัดที่แม่นตรงและเชื่อถือได้” การประเมินผลจึงคล้ายกับการหาใครสักคนหนึ่งเอากระจกมาส่องให้เราเห็นหน้าตาตัวเองว่า สวยงามดีแล้วหรือยังมีข้อบกพร่องอะไรบ้าง จะได้ปรับปรุงแก้ไขตนเอง จุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการมักจะมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า“ประเมินผลเพื่ออะไร”หรือ“ประเมินผลไปทำไม” ปฏิบัติงาน ตามโครงการแล้วไม่มีการประเมินผลไม่ได้หรือตอบได้เลยว่าการบริหารแนวใหม่หรือการบริหารในระบบ เปิด (Open System) นั้นถือว่า การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากซึ่งจุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการ มีดังนี้ 1. เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิก การประเมินผลจะเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรจะยกเลิกโครงการหรือสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไป โดยเฉพาะการมีโครงการใหม่ๆ ยังมิได้จัดทำในรูปของโครงการทดลอง (Experimental) ซึ่งมีโอกาสจะผิดพลาดหรือล้มเหลวได้ง่ายความล้มเหลวของโครงการจึงมิใช่ความล้มเหลวของผู้บริหารเสมอไป ดังนั้น ถ้าเราประเมินผลแล้วโครงการนั้นสำเร็จตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายไว้ก็ควรดำเนินการต่อไป แต่ถ้าประเมินผลแล้วโครงการนั้นมีปัญหาหรือมีผลกระทบเชิงลบมากกว่า เราก็ควรยกเลิกไป 2. เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการว่าเป็นไปตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียงใด 3. เพื่อปรับปรุงงาน ถ้าเรานำโครงการไปปฏิบัติแล้ว พบว่าบางโครงการไม่ได้เสียทั้งหมดแต่ก็ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกข้อเราควรนำโครงการนั้นมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น โดยพิจารณาว่า โครงการนั้นบกพร่องในเรื่องใด เช่น ขาดความร่วมมือของประชาชน ขัดต่อค่านิยมของประชาชนขาดการประชาสัมพันธ์หรือสมรรถนะขององค์การที่รับผิดชอบต่ำ เมื่อเราทราบผลของการประเมินผลเราก็จะได้ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงประเด็น 4. เพื่อศึกษาทางเลือก (Alternative) โดยปกติในการนำโครงการไปปฏิบัตินั้น ผู้บริหารโครงการจะพยายามแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด จากทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ดังนั้น การประเมินผลจะเป็นการเปรียบเทียบทางเลือกก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกใดปฏิบัติทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงให้น้อยลง 5. เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติถ้าเราไม่มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เราอาจจะไม่ทราบถึงความสำเร็จของโครงการแต่ถ้าเราประเมินผลโครงการเป็นระยะสม่ำเสมอ ผลปรากฏว่า โครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จตามที่กำหนดวัตถุประสงค์เราก็ควรจะขยายผลโครงการนั้นต่อไป แต่การขยายผลนั้นมิได้หมายความว่าจะขยายไปได้ทุกพื้นที่การขยายผลต้องคำนึงถึงมิติของประชากร เวลา สถานที่ 3 สถานการณ์ต่างๆ เช่น โครงการปลูกพืชเมืองหนาวจะประสบความสำเร็จดีในพื้นที่ ภาคเหนือ แต่ถ้าขยายผล ไปยังภูมิภาคอื่นอาจจะไม่ได้ผลดีเสมอไป เพราะต้องคำนึงถึงลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศเชื้อชาติค่านิยม ฯลฯ ดังนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ สิ่งที่นำไปในพื้นที่หนึ่งอาจได้ผลดีแต่นำไปขยายผลในพื้นที่หนึ่งอาจไม่ได้ผล หรือสิ่งที่เคยทำได้ผลดีในช่วงเวลาหนึ่งอาจจะไม่ได้ผลดีในอีกช่วงเวลาหนึ่ง รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP Model คำว่า “รูปแบบ” หรือแบบจำลอง ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Model” ซึ่งหมายถึง วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิแผนผังฯลฯ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบ (เยาวดีรางชัยกุล วิบูลย์ศรี. 2542 : 27) ในการประเมินผลโครงการนั้นมีแนวคิดและโมเดลหลายอย่าง แต่ในที่นี้ใคร่ขอเสนอแนวคิดและโมเดลการประเมินแบบซิป หรือ“CIPP Model” ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) เพราะเป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบันแนวคิด ของสตัฟเฟิลบีม เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศ ให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดำเนินกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณีทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน ประเด็นการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model สตัฟเฟิลบีม ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ตามอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ“CIPP Model” ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1. การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ เช่น โครงการอาหารเสริมแก่เด็ก วัยก่อนเรียน เราจะต้องวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนัก ตลอดจนดูหิดเหากลากเกลื้อนของเด็กก่อน 2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการความเหมาะสม และความพอเพียง ของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์เวลาฯลฯ รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน 3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการโดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหา จุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/ แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว 4. การประเมินผลผลิต(Product Evaluation : P ) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบเลิกขยายหรือปรับเปลี่ยนโครงการแต่การประเมินผลแบบนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ(Impact) และผลลัพธ์(Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการเท่าที่ควรนอกจากนี้ สตัฟเฟิลบีม ได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมิน ดังนี้ 1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน 2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการ 3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการเพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด 4. การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่น การตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการ ประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาการยุติ/ล้มเลิก หรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป จากข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นการประเมินแบบ CIPP ทั้ง 4 ประการและประเภทของการตัดสินใจ ความสัมพันธ์ของการตัดสินใจและประเภทของการประเมินแบบ CIPP Model เกณฑ์และตัวชี้วัดความสำเร็จ การประเมินผลโครงการนั้นต้องมีเกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการให้ทราบซึ่งโดยทั่วไปแล้วเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลโครงการ (วรเดช จันทรศรและไพโรจน์ภัทรนรากุล. 2541: 44) มีดังนี้ 1. เกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency) มีตัวชี้วัด เช่น สัดส่วนของผลผลิตต่อค่าใช้จ่ายผลิตภาพต่อหน่วยเวลาผลิตภาพต่อกำลังคน ระยะเวลาในการให้บริการ 2. เกณฑ์ประสิทธิผล (Effectiveness) มีตัวชี้วัด เช่น ระดับการบรรลุเป้าหมาย ระดับการบรรลุตาม เกณฑ์มาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความเสี่ยงของโครงการ 3. เกณฑ์ความพอเพียง (Adequacy) มีตัวชี้วัด เช่น ระดับความพอเพียงของทรัพยากร 4. เกณฑ์ความพึงพอใจ (Satisfaction)มีตัวชี้วัด เช่น ระดับความพึงพอใจ

5. เกณฑ์ความเป็นธรรม (Equity) มีตัวชี้วัดคือ การให้โอกาสกับผู้ด้อยโอกาสความเป็นธรรมระหว่างเพศระหว่างกลุ่มอาชีพฯลฯ 6. เกณฑ์ความก้าวหน้า (Progress) มีตัวชี้วัด เช่น ผลผลิตเปรียบเทียบกับเป้าหมายรวมกิจกรรมที่ทำแล้วเสร็จ ทรัพยากรและเวลาที่ใช้ไป 7. เกณฑ์ความยั่งยืน(Sustainability) ตัวชี้วัด เช่น ความอยู่รอดของโครงการด้านเศรษฐกิจสมรรถนะด้านสถาบันความเป็นไปได้ในด้านการขยายผลของโครงการ 8. เกณฑ์ความเสียหายของโครงการ (Externalities) มีตัวชี้วัด เช่น ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น สำหรับตัวชี้วัด (Indicators) ความสำเร็จของโครงการนั้น หมายถึงข้อความที่แสดงหรือระบุ ประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือประเมิน หรือตัวแปรที่ต้องการจะศึกษาโดยจะมีการระบุลักษณะที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรมทั้งส่วนที่มีลักษณะเชิงปริมาณ และส่วนที่แสดงลักษณะเชิงคุณภาพ หลักการสร้างตัวชี้วัดที่ดีในการสร้างตัวชี้วัดที่ดีจำเป็นจะต้องมีหลักการที่ใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินการดังนี้ 1. เลือกใช้/ สร้างตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนที่สำคัญเท่านั้น 2. คำอธิบาย หรือการกำหนดตัวชี้วัดควรเป็นวลีที่มีความชัดเจน 3. ตัวชี้วัดอาจจะกำหนดได้ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพก็ได้ 4. ควรนำจุดประสงค์ของโครงการ หรือประเด็นการประเมินมากำหนดตัวชี้วัด 5. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดควรรวบรวมข้อมูลทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ยกตัวอย่าง การจำแนกประเภทของตัวชี้วัดตามลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน เช่น ตัวชี้วัดด้านบริบท (Context) : ตัวชี้วัดสามารพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. สภาวะแวดล้อมของก่อนมีโครงการ (ปัญหาวิกฤต) 2. ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต 3. ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Input) : ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ 2. ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์เวลากฎระเบียบ 3. ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหาและกิจกรรม ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process) : ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. การตรวจสอบกิจกรรม เวลาและทรัพยากรของโครงการ 2. ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่ 3. การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 4. ภาวะผู้นำในโครงการ 7 ตัวชี้วัด ด้านผลผลิต (Product) : ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. อัตราการมีงานทำของประชาชนที่ยากจน 2. รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ 3. ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes) : ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. คุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. การไม่อพยพย้ายถิ่น 3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ตัวชี้วัดด้านผลกระทบ (Impact) : ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้ 1. ผลกระทบทางบวก/ เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ 2. ผลกระทบทางลบ / เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการเกณฑ์ และตัวชี้วัดดังกล่าวนี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลโครงการได้ดี ซึ่งจะครอบคลุมมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบริหารจัดการ ด้านทรัพยากร และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนั้นยังสามารถวัดถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวของโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐได้ซึ่งในทาง ปฏิบัตินักประเมินผล จะต้องนำเกณฑ์และตัวชี้วัดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะ และบริบทของโครงการด้วย และจากการศึกษาถึงแนวคิดการประเมินโครงการของ สตัฟเฟิลบีม สรุปได้ว่ารูปแบบ การประเมินโครงการแบบ CIPP Model เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความต่อเนื่องกันในการดำเนินงานอย่างครบวงจรมีการเก็บรวมรวมข้อมูลตามที่ได้กำหนดไว้แล้วนำข้อมูลที่ได้นั้นจัดทำให้เป็นสารสนเทศเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติเพื่อปรับปรุงโครงการอย่างทันท่วงทีโดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

**2. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ**

**DHS** คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของ แต่ละสถานที่ ทำไมต้อง DHS เนื่องจากปัญหาสาธารณสุข หลายด้านในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ด้วยตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพียงด้านเดียว เป็นประการที่ หนึ่ง การมีเป้าหมาย หรือตัวชี้วัดมากมาย ซ้ำซ้อน ขาดหัวใจในการทำงาน มุ่ง ตอบตัวชี้วัด เป็น ประการที่ สอง บริบทที่แตกต่างกัน แต่ได้เสื้อโหลที่ตัดมาจากส่วนกลาง ทำงานก็ไม่คล่องตัว เป็นประการที่ สาม การทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การผลักดันผ่านระบบบริการปฐมภูมิ เป็นประการที่สี่ เหล่านี้ เป็นการวิเคราะห์เรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีม 40 กว่าพื้นที่ ในการศึกษา มาทำงานร่วมกันด้วยกระบวนการเหล่านี้ เป็นเวลามากกว่า 2 ปี เป็นเครื่องพิสูจน์ ได้เป็นอย่างดี ภาพที่ คนในพื้นที่ ไม่ทิ้งกัน การดูแลคนพิการที่มากกว่าหน้าที่ อาจจะไม่เคยคาดหวังว่า ในชีวิตนี้จะพบได้แต่มันทำให้อาจารย์ทุกท่าน คุณหมอ ทุกคน ที่ได้มีโอกาสมาเยี่ยมเยียน สัมผัส มันยากที่จะอธิบาย แต่ไม่ยากที่จะ บอกว่า “ถ้าเลือกที่แก่ได้ก็จะขอมาแก่ที่อำเภอนี้” ระบบสุขภาพอำเภอ เป้าหมายของ DHS เป็นระบบการทำงานที่มุ่งตอบคำถามสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เพราะฉะนั้นโจทย์แต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน บางที่อาจจะเป็นโรคเรื้อรัง บางที่จะเป็นการเข้าถึงบริการ บางที่เป็นผู้พิการ เป็นต้น เหล่านี้รวมกัน เรียกว่า Essential Care ที่ถือเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังเรื่องราวของ หลายๆ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ที่ประสบความสำเร็จ และสามารถทำให้ เครือข่าย สุขภาพอำเภอ อื่นก้าวต่อๆ ไปด้วยกัน สิ่งที่ค้นพบสำคัญอาจจะไม่ใช่เป้าหมายที่ดีเลิศ แต่เป็นความร่วมมือ ความ สุขของเจ้าหน้าที่ และบริการที่ประชาชนได้รับ มันมากกว่าคำว่า “สาธารณสุข” วิธีการดำเนินงาน DHS มีโครงสร้างของระบบ เป็นเหมือนก้อนหิน ที่วางลงตัวสามมุม โดยจุดเริ่มต้นมาจากความต้องการที่จะทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเริ่มต้น ขั้นแรกจากกระบวนการ CBL หรือ Context Based Learning นำไปสู่การแลก เปลี่ยน ซึมซับระหว่างกัน ยังผลให้เกิดสิ่งที่เหนือความคาดหวัง มากกว่าตัวชี้วัด โดยทั่วไปเพราะทำด้วยความที่มีหัวใจเป็นมนุษย์

**ระบบสุขภาพอำเภอ วิธีการดำเนินงาน DHS**

**1. ระบบสุขภาพอำเภอ** เนื่องในปัจจุบันระบบการแพทย์ไทยได้เจริญก้าวหน้าไปมาก พร้อมๆ กับระบบ เศรษฐกิจและสังคมที่ก้าวหน้าไปมาก เช่นกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับวิถีชีวิต ของประชาชนค่อนข้างมาก หลายชุมชนก้าวไปสู่ชุมชนเมือง อุตสาหกรรมและ การค้าขาย พื้นที่เกษตรกรรมที่เคยทำอย่างพอเพียงก็เปลี่ยนไปสู่เกษตรกรรมเพื่อ การค้ามากขึ้น นำไปสู่โรคภัยหรือสุขภาพที่มีความหลากหลาย อุบัติเหตุที่มีระดับความรุนแรงที่สูงขึ้น ส่วนการแพทย์ก็ทำให้ประชาชนมีอายุขัยมากขึ้น เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เราจะพบประเด็นปัญหาสาธารณสุข พร้อมกับคำถามมากมายเช่น ผู้พิการทุกประเภท เราค้นพบมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนก็มากขึ้น เราพบเห็นผู้พิการเหล่านี้ได้รับโอกาสในสังคมเท่ากันหรือไม่ คนตาบอด พิการทาง กายได้รับการดูแลเพิ่มศักยภาพในการดูแลดีหรือยัง ผู้ดูแลเหนื่อยล้าไปไหม โรคเบาหวานที่มากขึ้น ควบคุมดีบ้างไม่ดีบ้าง เป็นหน้าที่ของใครในการดูแล ถ้าไม่ใช่หน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด แล้วคนที่เกี่ยวข้องเขาได้รับรู้และเข้าใจมิติที่เขา จะร่วมดูแลหรือยัง หรือมีอุปสรรคอะไรที่ทำให้ไม่ได้รับรู้ ผู้สูงอายุที่มากขึ้น แต่การศึกษา ความยากจนทำให้วัยแรงงานออกนอก พื้นที่เพื่อหาเงินทองมาเลี้ยงดูครอบครัว หลายบ้านผู้สูงอายุอยู่กับหลานก็มีช่องว่าง ระหว่างวัย ไม่เข้าใจกันก็มาก บางบ้านไม่มีผู้ดูแลแม้จะมาสถานพยาบาลยังไม่มีคน พามา อย่างนี้เราร่วมดูแลกันอย่างไร

**2. ระบบสุขภาพอำเภอ** การตั้งครรภ์ในวัยเรียน เป็นเพราะสื่อไม่ดี ไม่มีคนคอยอบรม ความรู้ในการ คุมกำเนิดไม่ดี หรือเป็นเพราะอะไร แล้วเมื่อเกิดเรื่องเหล่านี้เด็กๆ ได้รับโอกาสอะไรบ้าง พ่อแม่ของเด็กเหล่านี้ได้รับการเยียวยาด้วยหรือไม่ ถ้าสาธารณสุขตั้ง รับเพื่อฝากครรภ์ ทำคลอดเพียงพอหรือไม่กับสังคมที่เปลี่ยนแปลงเร็วขนาดนี้ แล้วยังมีเรื่องของชุมชนที่มีวิถีต่างๆ ในการดูแลและเยียวยากันเอง ไม่ว่า จะเป็นเรื่อง อาหารการกิน อาชีพ ศีลธรรม ประเพณีและอาจรวมถึงการดูแล รักษา ที่ไม่ใช่มีแต่มิติกายอย่างเดียว เรามีโอกาสรับรู้และหลอมรวมเราไปสู่เขาใน ชุมชมเพื่อร่วมดูแลและป้องกันเรื่องต่างๆที่กล่าวมาอย่างไร หลายๆ พื้นที่อาจรู้สึกว่า แค่งานประจำที่ทำอยู่ก็มากมายเหลือเกิน จะมีเวลา ไปรับรู้เรื่องอื่น งานคนอื่นได้อย่างไรไหว หลายเรื่องหน่วยงานรัฐ หรือเอกชนหรือ แม้แต่ชุมชนต้องบริหารจัดการกันไป งานของเขากับงานเราก็มีหัวหน้าต่างกัน มีตัว ชี้วัดต่างกัน เข้ากันไม่ได้

**3. ระบบสุขภาพอำเภอ** แต่ในเอกสารฉบับนี้จะแสดงความสำเร็จในการดูแลมิติสุขภาวะที่มีความสำคัญ (Essential Care) รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการรับรู้และสร้างการดูแล ตนเอง (Self Care) ดูแลกันและกันเอง (Team) ซึ่งทีมอาจหมายถึง สาธารณสุข กันเองและทีมอาจหมายรวมถึงชุมชน ท้องถิ่นภาคีอื่นๆ ที่ร่วมกันดูแลสุขภาวะหรือ ภัยคุกคามร่วมกัน ที่แม้จะต่างที่ต่างบริบท และมีความหลากหลายการดำเนินงาน ซึ่งบางแห่งเกิดจากปัญหาที่รับรู้ร่วมกันกับชุมชน บางที่เริ่มจากการสร้างทีมใน สาธารณสุขและเอาปัญหาสาธารณสุขเดินเรื่องก่อนที่จะเข้าหาชุมชนก็มี แต่ทั้งนี้ ทั้งนั้นก็เพื่อให้เกิดมิติสุขภาวะที่ดีของอำเภอ (District Health Status) โดยอาจสรุป ออกมาเป็นร่างรูปแบบที่ ศ.นพ. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ ได้แนะนะนำไว้ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ถ้าเรามองแต่ใน มุมมองสาธารณสุข เราก็จะพบเพียง รพช. รพสต. หรือ สสอ. ที่การขับเคลื่อน ภาวะคุกคามกับสุขภาพนั้น มันเป็นเรื่องไม่ง่ายเลย และกลายเป็นงานตั้งรับที่ทำให้ บุคลากรเหนื่อยและล้าไปในที่สุด แต่ระบบสุขภาพระดับอำเภอยังหมายรวมถึง ประชาชนทุกคนที่อยู่ในอำเภอนั้นๆ ซึ่งเป็นรากเหง้าของการดูแลกันและกัน และหมายรวมถึงหน่วยงานต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนที่ร่วมดูแลประชาชนคนเดียวกัน

**4. ระบบสุขภาพอำเภอ** เพื่อช่วยกันสะท้อนให้เห็นภาพสุขภาวะ Health Status ของอำเภอนั้นๆ ร่วมกัน การทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิจึงไม่ใช่เน้นที่จัดบริการเพื่อให้การบริการ อย่างเดียว ไม่ว่าจะรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ แต่มีหน้าที่อีกด้านหนึ่งใน การทำงานร่วมกันเครือข่ายในการรับรู้สุขภาวะในแต่ละช่วงเวลาที่เปลี่ยนและจัด ระบบ ต่างๆ ของหน่วยบริการให้สอดคล้อง เสริมหรือร่วมสร้างปัญญาของชุมชนใน การดูแลกันและกัน แก้ปัญหาทุกด้านต่างๆ ที่เกิดในแต่ละช่วงเวลาได้ และสามารถ รับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดไม่ว่าดีหรือไม่ดีเพื่อเป็นต้นทุนให้เกิดการพัฒนาต่อไปในอนาคต ดังนั้น หลักคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ จึงต้องการให้เกิดภาพของ การรับรู้และการร่วมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในอำเภอให้ดีขึ้น เกิดสมดุล ด้วยทีมสาธารณสุขที่เป็นทีมเดียวกันในการร่วมรับรู้และทำงาน เพื่อการตอบสนอง ต่อสุขภาวะ และสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งอาจจะเป็นด้านที่ต้อง อาศัยความชำนาญของเราเอง คือ การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องร่วมมือหรือเป็นส่วนสนับสนุนกับเครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้เกิดการ ดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน และท้ายสุด บุคลากรของสาธารณสุขก็รู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของระบบของชุมชนนั้นๆ มีความภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง ที่กล่าวมาเป็นเพียงแนวคิดหลักการเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่ง อาจเป็นเพียงทฤษฎี แต่ในความจริงนั้นมีหน่วยบริการปฐมภูมิไหนที่ได้จัดและสร้าง ระบบนี้ร่วมกับเครือข่ายในชุมชนแล้วนั้น ไม่สามารถบอกได้ และไม่สามารถบอก ได้ว่ามีผลลัพธ์เชิงระบบที่พัฒนาต่อเนื่อง แต่ถ้ามีเกิดขึ้นจริงแล้ว อะไรเป็นจุดเริ่ม ต้นของหน่วยบริการเหล่านั้น แล้วขยับขับเคลื่อนมาได้อย่างไร ซึ่งในบทต่อๆ ไป อาจเป็นตัวอย่างที่พอสะท้อนได้ว่ามีเกิดขึ้นจริง และหลายๆ เรื่องหน่วยบริการอื่นๆ ก็ได้เคยทำและเกิดเป็นระบบอยู่แล้ว ก็ขอเชิญชวนทุกหน่วยบริการร่วมสานพลังต่อ ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และร่วมนำเสนอผลลัพธ์ที่เป็นสุขภาวะระดับอำเภอ เพื่อสะท้อนไปยังระดับประเทศ เพื่อการจัดการระบบต่อไปในระดับประเทศ

**5. ระบบสุขภาพอำเภอ** ภาพกว้างของ DHS Concept of DHS ก้าวแรกของระบบสุขภาพของประชาชน ในปีที่ผ่านมา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีการเปลี่ยนแปลงในหลายพื้นที่ โดยที่ สิ่งที่เปลี่ยนมากที่สุดอาจจะไม่ใช่สุขภาพของคนทั้งชุมชน แต่เป็นบุคลากรในระบบ สุขภาพทั้ง ที่ต่างสัมผัสได้ถึงการบริการที่มากกว่า งานที่ได้รับมอบหมาย สิ่งนั้นให้ผลตอบแทนอย่างเต็มที่ ผลลัพธ์ที่น่าทึ่ง เครือข่ายสุขภาพอำเภอ เป็นอีกคำตอบ ที่ยืนยัน การเดินเข้าสู่ภาพฝันของการดูแลสุขภาพของประชาชน สิ่งที่แสดงให้เห็นคือ ไม่มีที่เดียวที่สมบูรณ์แบบทุกด้าน เนื่องจากความแตกต่าง ของบริบทของแต่ละอำเภอ ทั้งปัญหา และความร่วมมือระหว่างองค์กร

**ปัจจัยสำคัญของ District Health System คือ**

1. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน Unity Team

2. การมีเป้าหมายร่วมกัน เรื่อง Essential Cares ทั้ง 10 ประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องพึ่งพา สามารถได้รับการดูแล ได้ในชุมชน และที่บ้าน 2) โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ หืด ถุง ลมโป่งพอง วัณโรคปอด เอดส์ โรคไต โรคตับ มะเร็ง เป็นต้น 3) มีความเข้มแข็ง ของการควบคุมโรค ในท้องถิ่น เช่น ไข้เลือดออก และ โรคไม่ติดต่อ 4) งานส่งเสริมสุขภาพ - ป้องกันโรค - ควบคุมโรค - คัดกรองโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม อนามัยแม่และเด็ก อาชีวอนามัย 5) ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 6) สุขภาพฟัน 7) โรคจิตเวช - สุขภาพจิต 8) ผู้พิการ (อัมพาต เบาหวานถูกตัดเท้า แผลเรื้อรัง) 9) เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส คนยากคนจน 10) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. การดูแล ตนเอง (Self Care) หมายถึง ประชาชนมีความรู้ในการดูแล สุขภาพของตนเองและรู้ว่าเมื่อไรควรไปใช้บริการสาธารณสุข และสามารถได้รับ บริการอย่างทันท่วงที

ทั้ง 3 ประการ เป็นตัวผลักดัน ให้บรรลุเป้าหมาย ผ่านความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน ในชื่อที่ เรียกว่า “ ระบบสุขภาพอำเภอ” โจทย์ของระบบสุขภาพอำเภอ คือ ทำอย่างไร จะให้ทุกๆ ที่ทำได้ดี ไม่น้อย กว่าที่เราพบได้จากเรื่องเล่าที่ผ่านมาจะแสดงออกผ่านแมตริกซ์ ทั้ง 3 แบบ ต่างบริบท ภาพฝัน ที่ว่า ประเทศไทย สามารถมีระบบการดูแลที่ถึงในระดับที่เรียกว่า คนไทย ไม่ทิ้งกัน และเป็นระบบที่ไม่ขึ้นกับผู้บริหารของ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ

**กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน** กรอบแนวคิดการทำงานถูกแสดงออกมาให้เห็น โดยการขับเคลื่อน ของ Unity of Distric Health Teams ต้องเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเอง และมุ่งเป้าไปที่ Essential Cares เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. Clinical Outcomes อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ อัตราตาย ความ พิการ และเรื่องของคุณภาพชีวิต

2. Psychosocial Outcomes: อันได้แก่ คุณค่าในตัวเอง, ความสำเร็จใน ตนเอง และ ความสุข โดยที่กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการ CBL และการทำงานประจำสู่งานวิจัย

**6. ระบบสุขภาพอำเภอ** ในกรอบซ้ายมือ มีการขยายส่วนประกอบที่เป็นแกนของที่มาของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผ่านทางปัญหาต่างๆ ที่มีการจัดเรียงในแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่จำเป็นเป็น ต้องเหมือนกัน ตรงนี้ก็เป็นส่วนที่สำคัญ เนื่องจากปัญหาในแต่ละที่มีความแตกต่าง กันออกไป จึงเลือกพัฒนาตามแต่ปัญหาที่มีความสำคัญ ในกรอบด้านขวา เป็นส่วนประกอบของ Unity Health Team ซึ่งต้องการ มากกว่าการใช้ทรัพยากรร่วมกัน แต่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงาน ให้เอื้อต่อการแก้ปัญหาทางสุขภาพในแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ

**7. ระบบสุขภาพอำเภอ** การเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชน ที่ผ่านมาจะแสดงออกถึงกลไกความสำเร็จถูกขับเคลื่อนผ่านองคาพยพต่างๆ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นของประชาชนในพื้นที่ โดยมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และชื่นชมกันทั้งรูปแบบของ Context Based Learning (CBL) และการใช้ การประเมินเครือข่ายปฐมภูมิ โดยผลที่ได้เป็นคำชื่นชมยินดี เพื่อให้เกิดพลังด้าน บวกในการทำงานโดยหัวใจของผู้ขับเคลื่อนจะสังเกตในกรอบซ้ายบน ซึ่งมีความ สำคัญ ตั้งแต่การเตรียมเครือข่ายสุขภาพอำเภอกระบวนการต่างๆ มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบตามแผนการพัฒนา และระบบจัดการของกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลไปยังเป้าหมายของสุขภาวะ ของประชาชนในกรอบขวาสุด

**8. ระบบสุขภาพอำเภอ** เมตริกซ์การพัฒนา DHS Matrix ปัจจัยของความสำเร็จ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ทางคณะผู้วิจัย ได้มีโอกาสเข้าค้นหาคำตอบของ เรื่องราว ดอกไม้หลากสี ว่าแต่ละเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ประสบความสำเร็จได้อย่างไร โดยในโจทย์ต่อไป คือ แล้วทำอย่างไร ถึงจะถ่ายเทความสำเร็จจิตวิญญาณ ความ อยากทำงานและความยั่งยืนของสิ่งที่ต้องถูกปฏิบัติ ทำให้ได้เรื่องราวที่น่าสนใจมากมาย โดยในที่นี้ขำนำเสนอเสนอภาพรวมของ กระบวนการ ดังนี้ Unity district health team การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วม กันในหลายระดับ หลายภาคส่วน ควรมีการบริหารงานที่โปร่งใส ได้รับการยอมรับ จากทุกฝ่าย และต้องถือเป็นภารกิจร่วมกันในการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ขึ้นของประชาชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจในแนวคิด และมองเห็นภาพรวมของระบบสุขภาพ รวมไปถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะ ช่วยปรับปรุงการจัดการให้สอดคล้องกับความจริงในแต่ละพื้นที่ โดยมีเป้าหมาย คือ ทีมบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ ที่มีศักยภาพในการ บริหารจัดการแบบบูรณาการ โดยการบริหารนั้นสามารถให้บริการทางสุขภาพที่ ประชาชนต้องการ มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health Team) เป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อม ประสานงานกัน วางกรอบแนวคิดและการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนา บริการสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกัน ภายใต้รูปแบบการพัฒนา

**9. ระบบสุขภาพอำเภอ** คณะกรรมการที่ประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตัวแทนจาก ภาคประชาชน, ตัวแทนจากผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, รพ.สต.) โดยมีหน้าที่วางแผน และกำหนดทิศทางนโยบายในการจัดบริการสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีการประสานความร่วมมือ สร้างความเป็นเอกภาพขององค์กรที่มีส่วนในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่บริหาร จัดการให้มีการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นไปตามทิศทางนโยบายที่กำหนดจัดหาและร่วมสนับสนุนงบประมาณ โดยมีการบริหารจัดการงบประมาณ แบบเครือข่าย Resource sharing ในขณะที่ภารกิจของระบบบริการสุขภาพนั้นกว้างขวาง แต่ทรัพยากรที่มีนั้น ค่อนข้างจำกัด จึงไม่อาจพัฒนาทุกเรื่องได้พร้อมกัน ความสำคัญ คือการจัดลำดับภารกิจทางสุขภาพและจัดสรรทรัพยากรให้อย่างเหมาะสม มีความโปร่งใส ยุติธรรมและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงาน ของหน่วยบริการในแต่ละเครือข่ายอาจแตกต่างกัน บางแห่งการแบ่งปันทรัพยากร เป็นไปอย่างไม่เท่าเทียม การจัดสรรเงินสนับสนุนไม่สอดคล้องกับภาระงาน จึงทำให้ ไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบบริการ สถานการณ์ด้านกำลังคนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผล ให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมากยิ่งเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการและอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ ดังนั้น เป้าหมาย คือ การที่สถานบริการที่อยู่ในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การเข้าถึงห้องปฏิบัติการและมีการสนับสนุนทางวิชาการเพื่อทีมผู้ให้บริการสามารถให้บริการ ได้อย่างเต็มสมรรถนะตามขอบเขตบริการ มีการสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคล โดยมีการวางแผนร่วมกันระดับอำเภอ อาจมีการสับเปลี่ยนบุคลากรตามความเหมาะสม

**10. ระบบสุขภาพอำเภอ** เพราะอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน การสนับสนุนด้านการเงิน โดยมีการดำเนินงานในรูป ของเครือข่าย มีคณะกรรมการในการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณโดยผ่าน คณะกรรมการบริหารจัดการ การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ยา วัคซีนและเครื่องมือ มีการจัดทำแผนจัดซื้อโดยคณะกรรมการ นอกจากนั้นควรมีการวางระบบการ ป้องกันการติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นน่าจะทำให้เกิด ประสิทธิภาพโดยรวมในการให้บริการ และส่งผลให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจ เพิ่มมากขึ้น Essential Service ระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ จำเป็นเป็น โดยเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการแก่ประชาชน การบริการปฐมภูมิเป็น พื้นฐานของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นบริการที่มีความหลากหลาย และรอบด้าน ใกล้ชิดประชาชน มีหลายกิจกรรมต้องให้บริการที่บ้าน/ชุมชน การจัดบริการจึงต้องสะท้อนคุณลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นบริการที่ตอบสนองต่อ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เป็นไปตามบริบท สอดคล้องกับวัฒนธรรม ต้องมีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning) สอดคล้องกับบริการที่จัดใหม่ การจัดบริการภายนอกสถานบริการหรือในชุมชน นั้นในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก อาจจะมีคล้ายกันบ้างแต่คุณภาพบริการ ก็อาจจะมีความแตกต่างกัน จึงควรมีการกำหนดคุณภาพบริการที่ประชาชนคาดหวังได้ ในด้านการบริการที่จำเป็นอันประกอบด้วย การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยสามารถได้รับการดูแลได้ในชุมชนและที่บ้าน การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/โรคหัวใจ/หืด/ ถุงลมปอดโป่งพอง/วัณโรคปอด/เอดส์/โรคไต/โรคตับ/มะเร็ง) การควบคุมโรคในท้องถิ่น (ไข้เลือดออก/โรคไม่ติดต่อ), การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค(คัดกรองโรค/อนามัยสิ่งแวดล้อม/อนามัยแม่และเด็ก/ อาชีวอนามัย), จัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การดูแลสุขภาพช่องปาก

**11. ระบบสุขภาพอำเภอ** การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช-สุขภาพจิต, การให้บริการกับกลุ่มผู้พิการ (อัมพาต/ เบาหวานถูกตัดเท้า/แผลเรื้อรัง), กลุ่มเสี่ยงสูง (เด็กเล็ก/วัยรุ่น/วัยทำงาน/ ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส/ยากจน) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น Appreciation and quality เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ควรสนับสนุนให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัด บริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความจำเป็นเป็นหรือ ความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้จะต้องมีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือ การพัฒนา และการเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ปรับปรุง โครงสร้าง จัดหาอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ให้เหมาะสมเพียงพอ ทำให้สถานบริการเป็นที่ น่าเชื่อถือทั้งในส่วนภาพลักษณ์และศักยภาพการให้บริการ มีการพัฒนาศักยภาพ ผู้ให้บริการ มีระบบ IT ที่ใช้สื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการระหว่างหน่วย บริการปฐมภูมิและหน่วยบริการรับส่งต่อ มีแนวทางการทำงาน (Guideline) ในการให้บริการผู้ป่วยบางกลุ่มเป้าหมายที่พบบ่อย พัฒนาแนวทางหรือมาตรฐาน การให้บริการสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การให้บริการและ การส่งต่อเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ จัดระบบการให้บริการโดยคำนึงถึงศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการแต่ละระดับ ตลอดจนมีการจัดสรร ทรัพยากรและบุคลากร ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ หาแนวทางการจัดการร่วมกันโดย ดึงจุดเด่นและทุนทรัพยากรของแต่ละส่วน มีการสมทบงบประมาณส่วนหนึ่งจาก ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน การประเมินผลควรเป็นการประเมินจากชุมชนโดย ประชาชน จะสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ทำให้การจัดการเป็นไปได้ง่าย ขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด ทำให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น ตรงเป้าหมายตรง ประเด็น ผลลัพธ์ที่ได้น่าจะมีประโยชน์กับประชาชนสูงสุด

**12. ระบบสุขภาพอำเภอ** จากที่กล่าวมาจะเป็นการดำเนินงานในส่วนของเครือข่ายสุขภาพของแต่ละ อำเภอ แต่เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนของการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สูงสุด Common Goal ตาม Conceptual Framework of DHS Development จะต้องมีการดำเนินการทั้ง 3 ส่วนควบคู่กันไป ทั้ง Unity District Health Team (Concept&Policy, Structure & Organization, Resources Allocation & Sharing, Manpower Development, Information System, Supportive Mechanism, New Management (Partnership & Networking), Essential Care (P&P, MCH, EMS, Acute Minor Diseases, Dental Health, Chronic Diseases, Psychiatric Diseases & Mental Health, Disabilities, End of Life Care, High Risk Groups (Pre-school, Adolescent, Elderly) และ Self-Care เมื่อดำเนินการครอบคลุมแล้วยังพบปัญหา ที่ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ภายใน เครือข่ายของตนเองยังมีระบบการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหรือสถานบริการในระดับเหนือขึ้นไป สุดท้ายเมื่อดำเนินการได้ครบถ้วนจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือสุขภาวะที่ดีของประชาชน โดยพิจารณาจากคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Quality of Life) การมีคุณค่า (Value) และความสุข (Happiness) District Health Matrix ในการร่วมถอดบทเรียนในการพัฒนาของแต่ละเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ นั้น พบว่าหลายๆ ครั้งที่ความสำเร็จไม่ได้เกิดจากเฉพาะทรัพยากร แต่เกิดจากความเป็นเจ้าภาพร่วม หรือที่เราเรียกว่า Unity District Health ซึ่งเวลาทำงานนั้น ภาคีเหล่านั้น ก็ยินดีที่จะทำเพื่อประชาชนในพื้นที่ของทุกท่าน แสดงให้เห็นบริบทในการพัฒนาที่แตกต่างกัน แต่ทุกที่ก็ประสบ ความสำเร็จในแบบของแต่ละพื้นที่ และต้องถูกชื่นชม โดยสามารถไปแลกเปลี่ยน เรียนรู้ตามบริบทของชุมชน เพื่อนำกลับไปพัฒนาต่อยอดได้

**13. ระบบสุขภาพอำเภอ** ปัจจัยความสำเร็จในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ Unity District Health Team Community Participation and Self Care Essential Care 5 กลุ่ม Health System พัฒนา คน/ระบบ ข้อมูล /IT Share ทรัพยากร คุณค่าใหม่ เครือข่าย แนวราบ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ผป.โรค เรื้อรัง งานควบคุม โรค งานส่ง เสริม/ ป้องกันโรค ระบบส่ง ต่อ/EMS Phycho Social Espect Health Status 1. อ.ละงู จ.สตูล 2. อ.นาทวี จ.สงขลา 3. อ.กระพ้อ จ.ปัตตานี 4. อ.หนองจิก จ.ปัตตานี 5. อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี 6. อ.ปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน 7. อ.ปัว จ.น่าน 8. อ.นครไทย จ.พิษณุโลก 9. อ.หล่มเก่า

จ.เพชรบูรณ์ 10. อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 11. อ.เชียงของ จ.เชียงราย 12. อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ 13. อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ 14. อ. วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 15. อ.50 พรรษา จ.อุบลราชธานี

**14. ระบบสุขภาอำเภอ** เครือข่ายสุขภาพอำเภอ Unity District Health Team Community Participation and Self Care Essential Care 5 กลุ่ม Health System พัฒนา คน/ระบบ ข้อมูล /IT Share ทรัพยากร คุณค่าใหม่ เครือข่าย แนวราบ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานควบคุม โรค งานส่งเสริม/ ป้องกันโรค ระบบส่งต่อ/EMS PhychoSocial Espect Health Status 16. อ.ขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ 17. อ.จักราช จ.นครราชสีมา 18. อ.มโนรมย์ จ.ชัยนาท 19. อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี 20. อ.ดอนพุด จ.สระบุรี 21. อ.แก่งคอย จ.สระบุรี 22. อ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา

**15. ระบบสุขภาพอำเภอ** ก้าวต่อไป Policy movement ปฏิรูประบบสุขภาพอำเภอจุดเชื่อมต่อสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ นับเป็นเวลากว่า 1 ทศวรรษของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาท รักษาทุกโรค ที่ก่อตั้งโดยรัฐบาลพรรคไทยรักไทย ในปี พ.ศ.2545 ซึ่งประสบความสำเร็จ ที่ทำให้มีผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากถึงร้อยละ 99.5 ในปัจจุบัน และลดปัญหาการล้มละลาย จากภาวะ การเจ็บป่วยอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่ตามมาในปัจจุบัน ทั้งปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล การแคลน บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลในพื้นที่ชนบท ค่าใช้จ่ายการ รักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีมากถึง ร้อยละ 13 และจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 24 ในปีพ.ศ. 2573 ปัญหาสุขภาพจากสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม สู่สังคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชน ตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน เช่น ปัญหาความ ฉลาดทางสมองหรือ IQ ของเด็ก การบริการสุขภาพจิตที่ไม่ทั่วถึง การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้พิการที่เข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ และสังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งกระจุก ตัวอยู่เฉพาะในเขตจังหวัดเท่านั้น และขาดผู้ดูแล (Care Giver) ที่เหมาะสมย่อมกระทบต่อ การประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีเฉพาะความครอบคลุม แต่ขาดคุณภาพ ลำพังการพยายามเพิ่มงบประมาณเท่านั้นคงไม่ใช้การแก้ปัญหาที่สาเหตุ จึงมี ความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหันกลับมาทบทวนวิเคราะห์ และปฏิรูประบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (essential health care)ในการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การรักษาตัวเองเบื้องต้น (self care) เมื่อ เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน

**16. ระบบสุขภาพอำเภอ** ถึงแม้จะมีการพยายามพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาตลอด 10 ปีที่ ผ่านมา เช่น การเปลี่ยนชื่อจากสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ยังขาดการปฏิรูประบบโครงสร้างการจัดสรรทรัพยากร และระบบการทำงานใน ระดับอำเภอที่เป็นเอกภาพ ซึ่งเป็นจุดเชื่อมต่อของระบบสุขภาพ (Link of Health System) ภาคีของระบบสุขภาพอำเภอ จากระดับปฐมภูมิสู่ระดับทุติยภูมิ และจากระบบปฐมภูมิสู่ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อระหว่างสถานบริการระดับต่างๆ การจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะงบประมาณส่งเสริม ป้องกันโรค หรือที่เรียกกันแบบย่อว่า งบ PP และระบบประเมินผลที่มุ่งเน้นไปที่ กระบวนการ (Process) แต่ไม่ติดตามผลงาน (Output) และผลลัพธ์ทางระบบสุขภาพ (Health Outcomes) เท่าที่ควร ระบบการบริการที่มีการบูรณาการ (Integrated Health Care) ที่ไร้ช่องว่าง (Gap) และการบริการที่ซ้ำซ้อน (overlap) และการคุ้มครองทางสุขภาพ หรือสังคม (Health & Social Protection) ที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน อปท., หน่วยงานอื่นๆ สสจ. สปสช. และ หน่วยนิเทศ อื่นๆ โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ ครอบครัว และชุมชน

**17. ระบบสุขภาพ อำเภอ** ระบบสุขภาพอำเภอ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ปฏิรูประบบโครงสร้างในระดับอำเภอ ให้เกิดเอกภาพ ในการจัดบริการพื้นฐาน ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีสวนร่วมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแล ตนเองเบื้องต้นที่เหมาะสมตามบริบท ทบทวนระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบรายงาน และตัวชี้วัดต่างๆ ในการดูแล สุขภาพแต่ละกลุ่มไปที่ระดับเป้าหมาย และ ผลลัพธ์ ให้เครือข่ายบริการสุขภาพในการ กำหนด และพัฒนารูปแบบ กระบวนการทำงานได้เองอย่างอิสระ และ สร้างสรรค์ นวัตกรรมสุขภาพต่างๆ ได้มากขึ้น ปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริม ป้องกันโรค ให้มีประสิทธิภาพ ได้ประโยชน์สู่ประชาชนอย่างเต็มที่ ไม่เกิดการรั่วไหล หรือใช้จ่ายอย่างไร้ทิศทาง และจัดให้มีกรอบงบประมาณบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน มีสัดส่วนที่เหมาะสมกับ งบด้านบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ ปฏิรูปอัตรากำลังที่พอเพียงในเชิงปริมาณ และเหมาะสมในเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาขาอื่นๆ ให้มีกลไกที่สามารถรักษา บุคลากรทั้งกลไกทางการเงิน และด้านอื่นๆ ให้คงอยู่ในสถานบริการภาครัฐ ที่ทนต่อแรงดูดกลืนของระบบทุนนิยม ที่ทำให้บุคลากรรั่วไหลจากภาครัฐสู่ เอกชน จากชนบทสู่เมือง เพื่อสามารถจัดบริการต่อประชาชนกลุ่มต่างๆ ของประเทศอย่างเป็นธรรม

**3. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**

**3.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการซึมเศร้าที่เด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่นเช่นความรู้สึกเบื่อหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหารนอนไม่หลับอ่อนเพลียไม่มีแรงไม่มีสมาธิรู้สึกไร้ค่าและมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549)

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์ทุกข์รู้สึกเศร้าหมองหดหู่ใจหมดอาลัยตายอยากมีความคิดอยากตายเป็นต้นเป็นอยู่นานจนมีผลกระทบด้านสังคมและการทำงานทำให้มีพฤติกรรมและบุคลิกที่เปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเองและมีความสามารถในการเรียนหรือการทำงานลดลง

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่เศร้ารวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวังมองโลกในแง่ร้ายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำตำหนิตนเองความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

**สรุปได้ว่า** ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจจากสภาวะปกติไปสู่ภาวะไม่ปกติทำให้รู้สึกหดหู่เศร้าหมองท้อแท้หมดหวังหมดอาลัยตายอยากตำหนิตนเองทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ ประสิทธิภาพการทำงานลดลงอาจมีการแยกตัวเองออกจากสังคม

**3.2 ประเภทของภาวะซึมเศร้า**

ปัจจุบันสามารถแบ่งสาเหตุการซึมเศร้า ออกได้กว้างๆ เป็น 3 ประเภทคือ (Siegfried, 2006)

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

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

3.2.3 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

**4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย**

**4.1 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

**4.2 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

**4.3 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

**5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียด**

**5.1 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

**5.2 สาเหตุของการเกิดความเครียด**

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

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

5.2.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factors) ได้แก่ การทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายที่ผิดปกติ เช่น ภูมิต้านทานโรคต่ำทำให้เกิดโรคได้ง่ายตลอดไปจนถึงโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

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

5.2.2.1 อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความร้อนรังสี

5.2.2.2 อันตรายจากสภาพภายในร่างกาย เช่น ภาวะหมดสติหรือร่างกายสะสมคอเรสเตอรอลไว้มากเกินไปทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งเป็นต้น

5.2.2.3 อันตรายจากการขาดสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น สารอาหารออกซิเจนการสูญเสียเกลือแร่ เป็นต้น

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

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

5.2.4.1 การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่าหรือสิ่งที่มีความสำคัญ เช่นอวัยวะสำคัญของร่างกายบุคคลที่เป็นที่รักใกล้ชิดบทบาททางสังคมวัตถุมีค่า เป็นต้น

5.2.4.2 การได้รับอันตรายหรือกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น กลัวบาดเจ็บ

5.2.4.3 ความคับข้องใจเมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม

5.2.5 ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม (Cultural Factors) เนื่องจาก สภาพทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมนุษย์จะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นได้ โดยจะต้องมีทัศนคติค่านิยมและความเชื่อที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้เป็นที่ยอมรับซึ่งสิ่ง เหล่านี้ อาจมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพ

5.2.6 ด้านการเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (Future Shock) เช่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เคร่งเครียดการต้องใช้ความคิดเพื่อเลือกหรือตัดสินใจต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารเรื่องทำงาน เป็นต้น

5.2.7 ด้านการอพยพ (Migration) เช่น การโยกย้ายสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัยเป็นต้น

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

5.2.9 ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational Factors) เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตได้มีผู้ศึกษาลักษณะของอาชีพที่ก่อให้เกิดความเครียดพบว่าอาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูงมีการแข่งขันหรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อจะทำให้บุคคลที่ประกอบอาชีพนั้นเกิดความเครียดได้ง่าย

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

5.2.10.1 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

**5.4 ผลของความเครียดต่อสุขภาพ**

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

5.4.1 เหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงขึ้น

5.4.2 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบางอย่างมีลักษณะเชิงบวกและบางอย่างมีลักษณะเชิงลบ

การกำหนดรู้หรือการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องอาศัยสื่อกลาง คือ กลไกจัดการทางการรู้หรือความคิด

5.4.3 วิธีการจัดการที่ไม่ดีหรือไม่มีการปรับตัวต่อความเครียดเช่นการสูบบุหรี่การดื่มเหล้าและการใช้สารเสพติดอาจเปลี่ยนแปลงความโน้มเอียงต่อการเกิดความเจ็บป่วยได้

5.4.4 เครือข่าย (Net Work) ของการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแรงอาจเป็นกันชนให้กับผู้ป่วยเวลาเกิดความเครียด

3.4.5 มีความเกี่ยวโยงซึ่งกันและกันมากมายระหว่างระบบประสาทส่วนกลาง ต่อมไร้ท่อและภูมิต้านทาน

5.4.6 การตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพันธุศาสตร์และทางปัจจัยที่เกิดภายหลัง (ทางพัฒนาการและการเรียนรู้)

5.4.7 ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างหนึ่ง

5.4.8 การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทภูมิคุ้มกันหรือต่อมไร้ท่อที่เกิดจากความเครียดอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยได้โดยทำให้มีการปรับเปลี่ยนอัตราการเต้นของหัวใจการกดระงับของหน้าที่ภูมิคุ้มกัน

5.4.9 การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ

**5.5 วิธีจัดการกับความเครียด**

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

5.5.1 การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

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

5.5.2.1 การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข

5.5.2.2 การกระทำโดยตรง (Direct Action) เป็นการกระทำเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

5.5.2.3 การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of Action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรงคือไม่กระทำอะไรเลยหยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

5.5.2.4 การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง

5.5.2.5 การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นกระบวนการ ความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้นซึ่งรวมถึงกาประเมินเหตุการณ์เสียใหม่เบี่ยงเบนความสนใจแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นรวมทั้งการใช้กลไกลการป้องกันตนเอง เช่น ปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

**กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541)** ได้แนะนำไว้ว่า การรู้จักผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องที่จำเป็นเพราะนอกจากจะช่วยคลายเครียดและเสริมสร้างสุขภาพจิตให้ดีขึ้นแล้วยังจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ดีขึ้นช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานด้วยกันและกับลูกค้าหรือผู้รับบริการทำให้เกิดบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาในการทำงานซึ่งจะเป็นผลดีอย่างยิ่งทั้งต่อตัวผู้ทำงานเองหน่วยงานและสังคมโดยีรวมด้วยวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยคลายเครียดในการทำงานมี 10 วิธีดังนี้ คือ การออกกำลังกายการพักผ่อนหย่อนใจการพูดอย่างสร้างสรรค์การแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงานการบริหารเวลาการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการรู้จักยืนยันสิทธิของตนซึ่งวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยคลายเครียดในการทำงานทั้ง 10 วิธีนี้ เป็นการปฏิบัติในระดับบุคคลเพื่อให้การคลายเครียดเป็นไปอย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพมากขึ้นสมควรจะจัดให้มีกิจกรรมคลายเครียดในระดับหน่วยงานด้วยข้อเสนอแนะกิจกรรมต่างๆ มีดังนี้

1. การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในหน่วยงาน

2. การจัดกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

3. การรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน

4. การจัดกิจกรรมคลายเครียด

การจัดการกับความเครียดหรือบางคนใช้คำว่าการรับมือกับความเครียดเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้พุทธิภาวะ (Cognitive Activity) ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียดและไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียดอย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อพวกเขาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมการจัดการกับความเครียดเป็นกลยุทธ์การปรับตัวผู้คนจะใช้กลวิธีรับมือและจัดการกับความเครียดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหารุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือพฤติกรรมหรือผลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้นเช่นการรับมือกับความวิตกกังวลความเศร้า

(Lazarus and Folkman, 1984) ให้คำนิยามของคำว่า กลวิธีในการรับมือกับความเครียดว่าเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อจะจัดการกับความต้องการจากภายในและ/หรือภายนอกร่างกายกลวิธีในการรับมือกับความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหาและปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อปัญหานั้นๆ ซึ่งกลไกจัดการ (Coping) กับความว่าเป็นความพยายามในการจัดการกับความยากลำบากต่างๆ โดยการใช้ความสามารถภายในตัวและการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมคนรอบข้างเพื่อเอาชนะอุปสรรคนั้นทั้งนี้ไม่จำเป็นที่การเผชิญปัญหานั้นการที่จะประสบผลสำเร็จควรมีแนวคิดการจัดการกับความเครียด ดังนี้

1. แนวคิดในการจัดแบ่งกลไกการประเมินสถานการณ์และการเผชิญปัญหา โดยแบ่งมิติในการประเมินกลไกการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน คือ (Rudolph & Adrew อ้างใน ธนูชาติธนานนท์, 2541) กลไกด้านการประเมินสถานการณ์ (Appraisal-focused Coping) เป็นการให้ความหมายของเหตุการณ์โดยบุคคลนั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.1.1 การวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ด้วยเหตุผล (Logical Analysis) ทบทวนประสบการณ์พิจารณาทางเลือกต่างๆ

1.1.2 การยอมรับสภาพความเป็นจริงของสถานการณ์ (Cognitive Redefinition) โดยพยายามมองด้านดีของเหตุการณ์

1.1.3 การปฏิเสธความกลัวความกังวงและพยายามลืมเหตุการณ์ปฏิเสธความจริงสร้างจินตนาการเพื่อหลีกหนีสภาพปัญหา (Cognitive Avoidance) กลไกด้านการจัดการกับตัวปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการจัดการโดยตรงกับตัวปัญหามีกลไกที่เกี่ยวข้อง 3 ประเภท คือ

1.2.1 การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Seek Information or Advice) การขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้ใกล้ชนิดหรือผู้รู้รวมทั้งการขอความช่วยเหลือ

1.2.2 การแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อแก้ปัญหาต่อรองหรือประนีประนอม (Take Problem Solving Action)

1.2.3 การหาทางเลือกใหม่ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Develop Alternative Rewards) เช่น มีเพื่อนใหม่ทำงานอาสาสมัครศึกษาปรัชญาศาสนากลไกลด้านการจัดการด้านอารมณ์ (Emotion-focused Coping) เป็นความพยายามจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะเผชิญสถานการณ์ แบ่งเป็น 3 ประเภท

1.3.1 ความพยายามควบคุมอารมณ์โดยวิธีการต่างๆ (Affective Regulation) เช่น ระงับอารมณ์ชั่วคราวทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตัวเองพยายามไม่ให้ความขัดแย้งรบกวนจิตใจ

1.3.2 ยอมรับสถานการณ์ (Resigned Acceptance) ตัดสินใจว่าไม่สามารถจะทำอะไรได้รอให้เวลาเป็นตัวแก้ปัญหายอมรับชะตาชีวิต

1.3.3 การแสดงออกทางอารมณ์โดยวิธีการต่าง (Emotional Discharge) เช่น การพูดแสดงความรู้สึกร้องไห้หรือมีพฤติกรรมต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ดื่มเหล้ากระทำหุนหันพลันแล่น

2. กลวิธีในการจัดการกับความเครียด

2.1 การพัฒนาทักษะในการบริหารตนเองโดยการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวทั้งนี้ต้องให้สอดคล้องกับความสามารถเวลาที่มีอยู่

2.2 ปรับปรุงการบริหารอารมณ์ของตนเองโดยการมีสติรู้เท่ากันอารมณ์ของตนเองเสมอรู้จักสังเกตทำความเข้าใจกับสถานการณ์และสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ในทางที่เหมาะสมรู้จักระงับอารมณ์

2.3 การพัฒนาทักษะในการบริหารความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างจะช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ได้

2.4 ปรับปรุงวิธีการแก้ปัญหาซึ่ง แบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

2.4.1 การแก้ไขปัญหาคนเดียวทำได้โดย

(1) ระบุปัญหาที่ชัดเจน

(2) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

(3) วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้

(4) หาทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหานั้นๆ

(5) ประเมินทางเลือกและเลือกแก้ปัญหาทางนั้น

(6) วางแผนปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา

(7) นำแผนไปปฏิบัติ

(8) พิจารณาผลที่เกิดขึ้น

2.4.2 การแก้ปัญหาเป็นกลุ่มโดยการระดมกำลังสมองจากหลายฝ่ายโดย

(1) เริ่มด้วยการอุ่นเครื่องโดยให้บุคคลบางคนแสดงความคิดเห็นออกมาก่อนจากนั้นเชิญให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งบันทึกความคิดเห็นของแต่ละคนเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้รับ

(2) เมื่อได้รับความคิดหลากหลายให้กลุ่มช่วยกันประเมินความคิดนั้นพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละชนิด

2.5 พัฒนาความอดทนของร่างกายด้วยการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมไม่เสี่ยงกับการเกิดปัญหาสุขภาพเช่นหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

2.6 การมองโลกในแง่ดีอันเป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนได้ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมการรู้จักให้อภัยต่อตนเองและผู้อื่นมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

2.7 การฝึกทำสมาธิอันเป็นการทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย

3. ปัจจัยที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวทางพฤติกรรมได้ดี ได้แก่

3.1 ความต้องการในการปรับตัวถ้ามีสิ่งเร้าซึ่งอาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นก็ตามบุคคลจะมีความต้องการที่จะปรับตัวทำให้สามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

3.2 ประสบการณ์และความคุ้นเคยจะทำให้คนสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่าสิ่งที่เขาไม่คุ้นเคยหรือเคยเห็นมาก่อน

3.3 การศึกษาอบรมคนที่ได้รับการศึกษาอบรมมากจะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าคนที่ได้รับการอบรมศึกษาน้อยและการศึกษาอบรมนี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะการศึกษาที่ได้จากชั้นเรียนเท่านั้น

3.4 ฐานะทางเศรษฐกิจคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็สามารถปรับตัวได้ดีกว่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

4. กลวิธีรับมือกับความเครียดขั้นแรกในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความเครียดก็ คือ การประเมินปัญหาให้เป็นระบบ ได้แก่

การจำแนกที่มาของความเครียดโดยการเขียนรายละเอียดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งการเปลี่ยนแปลงความคับข้องใจความกดดันและปัจจัยที่ทำให้เครียดอื่นๆ บันทึกผลของความเครียดทั้งทางร่างกายจิตใจและพฤติกรรมจะทำให้ทราบว่าความเครียดอันไหนที่รบกวนชีวิตเรามากกว่ากันกำหนดเป้าหมายของเราที่ต้องการจะทำเช่นขจัดที่มาของความเครียดหรือว่าเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของตัวเราที่มีต่อสิ่งที่ทำให้เครียดการวางแผนเขียนขั้นตอนต่างๆ ที่จะนำมาใช้จัดการอย่างชัดเจนการนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ดูการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำให้เครียดและการตอบสนองที่เกิดจากการนำเอาวิธีการจัดการกับความเครียดไปใช้การปรับเปลี่ยนถ้าจำเป็นให้เปลี่ยนมาใช้วิธีใหม่เพื่อให้ได้ผลดีขึ้น

5. วิธีการที่ใช้เพื่อเผชิญกับความเครียด บวรสง คศิริและคณะ (2540) ได้รวบรวมวิธีการต่างๆ ในการเผชิญกับความเครียดซึ่งกลยุทธ์ในการเผชิญจะ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ อการเรียนรู้อย่างมีเหตุผลพฤติกรรมและทางด้านร่างกาย

5.1 กลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้อย่างมีเหตุผล (Cognitive) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการประเมินความสัมพันธ์ของสิ่งที่ทำให้เครียดนั้นจะช่วยให้คนมีความคิดสงบลงมีเหตุผลและเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์เพื่อที่จะเผชิญความเครียดผลสำเร็จของการเผชิญด้วยการเรียนรู้อย่างมีเหตุผลนี้ไม่ใช่การกำจัดสิ่งที่มาคุกคามออกไปแต่มันสามารถลดการคุกคามและการรบกวนจากสิ่งนั้นให้น้อยลง

5.2 กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางพฤติกรรมก็คือการจัดการโลกส่วนตัวเสียใหม่ให้เป็นไปในทิศทางที่ทำให้เกิดผลกระทบจากสิ่งที่มาคุกคามนั้นน้อยลงการจัดการเรื่องเวลาก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการเผชิญความเครียดด้วยทางพฤติกรรมจะช่วยลดความเครียดให้น้อยลงโดยการใช้เวลาให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น

5.3 กลยุทธ์การเผชิญความเครียดโดยทางร่างกายคนเรามักจะเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางร่างกายโดยตรงทั้งในส่วนที่เกิดขึ้นก่อนเกิดระหว่างหรือเกิดหลังจากความเครียดตัวอย่างเช่นการใช้ยาแต่การใช้ยาเป็นวิธีการแก้ปัญหาเพียงชั่วคราวเท่านั้นซึ่งอาจจะดีในบางกรณีแต่การนำวิธีแก้ปัญหาระยะสั้นมาใช้กับปัญหาคุกคามระยะยาว เช่น การว่างงานหรือความไม่ลงรอยกันของชีวิตการแต่งงานจะทำให้เกิดการใช้ยาติดต่อกันจนเกิดติดยาร่างกายเจ็บป่วยมีหนี้สินและปัญหาอื่นๆ ตามมาได้จากเหตุผลเหล่านี้บางส่วนทำให้มีการสร้างโปรแกรมสำหรับลดปฏิกิริยาความเครียดทางกายโดยไม่ใช้ยาขึ้นลดการเร้าทางร่างกายลงไปได้

6. ขั้นตอนในการจัดการกับความเครียด ลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวไว้ 2 ขั้นตอน คือ

6.1 การประเมินตัดสินสถานการณ์ (Cognitive Appraisal) การประเมินสิ่งที่มาคุกคามนั้นมีความสำคัญมากเป็นกระบวนการของการใช้ความรู้และสติปัญญา (Cognitive Process) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมโดยบุคคลจะคิดพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นและเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหานั้นๆ ซึ่งการประเมินปัญหานั้นมีอยู่ด้วยกัน 3 แบบ คือ

6.1.1 การประเมินครั้งแรก (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่าพฤติกรรมนั้นจะมีผลอะไรต่อบุคคลซึ่งจะประเมินได้ 3 ทาง

(1) ไม่เกิดผลใดๆ (Irrelevant) คือบุคคลไม่รู้สึกอะไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(2) เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign Positive) คือบุคคลได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(3) เกิดความเคียด (Stress) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจโดยก่อให้เกิดการสูญเสียการคุกคามหรือท้ายทาย

6.1.2 การประเมินครั้งที่สอง (Secondary Appraisal) เป็นการเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาซึ่งมักจะเป็นการนำรูปแบบเดิมมาใช้ร่วมกับการคิดพิจารณาว่าจะนำรูปแบบใดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นเมื่อการประเมินในขั้นที่หนึ่งและสองสมบูรณ์แล้วก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะเฉพาะบุคคลซึ่งก็จะเกิดการประเมินในระดับต่อไป

6.1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ซึ่งถือ เป็นการประเมินซ้ำโดยใช้ข้อมูลเพิ่มเติมและติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำลงไปแล้วซึ่งการประเมินตัดสินของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

(1) ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยหนึ่งภาระรับผิดชอบในชีวิตเป็นคุณภาพของแรงจูงใจและการให้คุณค่าที่ช่วยให้เกิดความพยายามในการปรับตัวซึ่งในสถานการณ์ที่บุคคลมีภาระรับผิดชอบในชีวิตสูงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระสูงนั้นเป็นสาเหตุของความอ่อนแอทางร่างกายด้วยสองความเชื่อเป็นสิ่งที่ช่วยในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์และอธิบายความจริงของบุคคลความเชื่อในการควบคุมของตนเองต่อสถานการณ์และผลที่เกิดตามมาความเชื่อในชีวิตและการดำรงอยู่ได้แก่ความเชื่อในพระเจ้าธรรมชาติและจักรวาลความเชื่อในสิ่งแวดล้อมความเชื่อทั่วๆ ไปและความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงเช่นความเชื่อในแพทย์ผู้รักษาฯลฯ

(2) ปัจจัยจากสถานการณ์ประกอบด้วยหนึ่งสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อนสองการทำนายได้การทำนายได้ว่าจะเกิดความเครียดขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่งทำให้บุคคลเตรียมวางแผนการปรับตัวล่วงหน้าหรือรู้ระยะเวลาที่ปลอดภัยก่อนถึงเหตุการณ์ได้สามความคลุมครือของสถานการณ์สี่ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ความเครียดสัมพันธ์กับช่วงชีวิตบุคคลทุกคนมีการคาดทำนายว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดในช่วงชีวิตใดจะได้เตรียมตัววางแผนในการเผชิญสถานการณ์นั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ แนวคิดของ ลาซารัสและคณะ (Lazarus &Folkman, 1984) ซึ่งได้ มีการจัดระบบการแบ่งวิธีการเอาชนะความเครียดออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. วิธีการเผชิญความเครียดแบบที่แก้ปัญหา (Problem-focused Coping Method)หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญหาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามโดยการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมทำให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นหรือจัดการกับสิ่งที่กระตุ้นความเครียดโดยวิธีการแก้ปัญหารูปแบบพฤติกรรมในกลุ่มนี้ ได้แก่ การกระทำแก้ปัญหาโดยตรง เช่น การกำหนดขอบเขตของปัญหาเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับตัวปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อมการหาแหล่งประโยชน์สนับสนุนทางสังคม เช่น การพูดคุยกับคนที่มีประสบการณ์ปรึกษาผู้รู้ขอให้บุคคลอื่นช่วยในการแก้ปัญหาซึ่งวิธีการเอาชนะความเครียดแบบที่แก้ปัญหานี้จะต้องหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมรวมทั้งต้องมีเวลาเพียงพอเพื่อสามารถคิดหาทางเลือกและใช้วิธีการเอาชนะความเครียดได้สำเร็จ

2. วิธีการเผชิญความเครียดแบบแก้ด้วยอารมณ์ (Emotional-focused Coping Method) หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคามโดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเครียดไม่ได้แก้ที่ปัญหาโดยตรงแต่เป็นการลดความรู้สึกเครียดเท่านั้นลักษณะพฤติกรรมการปรับตัวรูปแบบนี้ได้แก่ ความวิตกกังวลความโกรธการหลีกหนีการทำให้เป็นเรื่องเล็กการถอยห่างจากเหตุการณ์นั้นวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกายการทำสมาธิการดื่มเหล้าเป็นต้นวิธีการเอาชนะความเครียดแบบแก้ด้วยอารมณ์นั้นเป็นเพียงวิธีช่วยลดความเครียดเท่านั้นแต่ว่าไม่ได้แก้ไขปัญหาให้หมดไป ดังนั้น สิ่งกระตุ้นที่คุกคามยังอยู่ไม่หมดไปจึงเป็นวิธีการเอาชนะความเครียดที่ไม่ควรใช้บ่อย

**6. มาตรฐานการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**มาตรฐานการปฏิบัติงาน** หมายถึง ผลการปฏิบัติงานในระดับใด ระดับหนึ่ง ซึ่งถือ ว่าเป็น

เกณฑ์ที่น่าพอใจหรืออยู่ในระดับที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทำได้ โดยจะมีกรอบในการพิจารณากำหนดมาตรฐานหลายๆ เช่น ด้านปริมาณ คุณภาพ ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย หรือพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานที่

เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะงานประเภทนั้นๆ ด้วย

**มาตรฐานขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน** หมายถึง ข้อกำหนด หรือ ขั้นตอนในการ

บริหารกระบวนการทำงานให้แก่ผู้รับบริการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ไม่ปฏิบัติราชการเกินขั้นตอนและระยะเวลาที่จำเป็น

**ตัวชี้วัด** หมายถึง เครื่องมือหรือดัชนีที่ใช้ในการวัดความก้าวหน้าของการบรรลุความสำเร็จใน

การปฏิบัติงาน

**เกณฑ์การประเมิน** หมายถึง เกณฑ์ที่จำแนกความแตกต่างของระดับความก้าวหน้าของการ

บรรลุความสำเร็จของการปฏิบัติงาน

**วิธีการจัดการปัญหา** ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus &Folkman, 1984) ได้แบ่ง เป้าหมายและวิธีการจัดการปัญหาไว้ 2 ด้าน คือ

1. การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem – focus coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการใช้กระบวนการจัดการกับสิ่งเร้าที่เข้ามาก่อให้เกิดความเครียดโดยตรงพยายามเปลี่ยนแปลงแหล่งที่ทำให้เครียดเป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหาโดยการเลือกวิธีการที่จะจัดการกับสถานการณ์มุ่งเน้นไปที่ต้นเหตุของปัญหาโดยการแก้ปัญหาดังกล่าวจะมุ่งแก้ทั้งความคิดและพฤติกรรมของตนเองหรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นๆ เผชิญกับสิ่งที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริงวิธีการจัดการปัญหา ได้แก่ เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) คือการที่บุคคลมีความคิดหรือพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมาในการเผชิญปัญหาไม่หลีกหนีถอยหนีหรือกระทำสิ่งต่างๆ อย่างหุนหันพลันแล่นแต่หันหน้าเผชิญกับปัญหาและมีความเข้าใจสภาพของปัญหาตามความเป็นจริงมีการกำหนดปัญหาหาวิธีหรือทางเลือกในการจัดการปัญหาหลายๆ วิธีค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาตั้งเป้าหมายในการจัดการปัญหานำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นข้อมูลประกอบในการจัดการปัญหาเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดจึงลงมือจัดการปัญหา

2. การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Emotional – focused Coping) การที่บุคคลพยายามจะจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นแต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงที่สถานการณ์วิธีการจัดการปัญหาโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์ ได้แก่ ประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive Reappraisal) คือการที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะให้ความหมายของสถานการณ์ในรูปแบบใหม่ในทางที่ดีเพื่อให้ตนเองได้พัฒนาในทางที่ดีขึ้นเช่นใช้วิธีการทางศาสนาค้นหาสิ่งที่ดีในชีวิตฝึกสมาธิสวดมนต์ภาวนา เป็นต้น

แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting Responsibility) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่สร้างปัญหาและปัญหานั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่นเตรียมพร้อมที่จะยอมรับแม้ว่าสถานการณ์นั้นจะเลวลงวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิตนเองได้ เป็นต้น

ควบคุมตนเอง (Self-controling) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเองให้สม่ำเสมอหรือเป็นการพึ่งตนเองเช่นอยู่คนเดียวเงียบๆ เพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือพยายามพิสูจน์ว่าตนเองสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้ เป็นต้น แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seek Social Support) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่แสวงหาการเกื้อหนุนทั้งที่เป็นข้อมูลข่าวสารปัจจัยทางวัตถุและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น การพูดคุยปรับทุกข์กับคนใกล้ชิดการยอมรับความเห็นใจจากผู้อื่น เป็นต้น

การถอยห่าง (Distanceing) คือ การที่บุคคลใช้ความพยายามทางความคิดที่จะให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นให้น้อยลงโดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น ปล่อยตามยถากรรมพยายามคิดว่าเป็นโชคร้ายของตนเอง เป็นต้น

การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา (Escape-avoidance) คือ การที่บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะเช่นการไม่ให้ความสนใจลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นโดยพยายามคิดถึงเรื่องอื่นการปลอบใจตนเองและคิดว่าเวลาจะช่วยให้ทุกอย่างดีขึ้น เป็นต้น

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2541) กล่าวว่า ความคิดความรู้สึกพฤติกรรมมีความเกี่ยวเนื่องกันได้เสนอแนวทางการจัดการปัญหาโดยการจัดการกับความคิดความรู้สึกและพฤติกรรม ดังนี้

1. การจัดการความคิดหมายถึงการคิดอย่างมีระเบียบหรือคิดตามแนวทางของปัญหาคือรู้จักมองรู้จักพิจารณาสิ่งทั้งหลายตามสภาวะผู้ที่มีความทุกข์จากความคิดมักมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่นมองสิ่งต่างๆ ไม่รอบด้านไม่สามารถเห็นความเป็นจริงอย่างเพียงพอความคิดที่ทำให้เป็นทุกข์ที่ พบบ่อย ได้แก่

1.1 มองข้ามสิ่งดีเป็นการมองโลกในด้านร้ายเพียงด้านเดียวมองข้ามสิ่งดีๆ ที่ยังมีอยู่ทำให้ใจเป็นทุกข์

1.2 อ่านใจคนอื่นเป็นการคาดเดาความคิดความรู้สึกของผู้อื่นเอาเองทำให้ใจตนเองเป็นทุกข์ทั้งที่อาจไม่เป็นจริงก็ได้

1.3 คิดแบบขาวกับดำเป็นความคิดแบบสุดขั้วขาดความยืดหยุ่นเห็นสิ่งต่างๆ ในลักษณะขาวกับดำดีกับเลวถ้าสิ่งหนึ่งไม่ดีไม่ถูกต้องแล้วทุกอย่างที่เกี่ยวข้องจะไม่ดีไปเสียหมดหรือถ้าสิ่งหนึ่งดีสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องก็จะต้องดีมองอะไรด้านเดียวทำให้มองไม่เห็นทางเลือกที่อยู่ตรงกลางระหว่างสองขั้วนี้

1.4 คิดคาดหวังเป็นการคิดคาดหวังสิ่งต่างๆ “ต้อง” หรือ “ควร” เป็นเช่นนี้ เช่นนี้ทั้งการคาดหวังต่อตนเองหรือการคาดหวังต่อผู้อื่นเช่นคาดหวังว่าคนดี “ต้อง” ไม่แสดงอารมณ์โกรธเพื่อนไม่ “ควร” นำเรื่องของเพื่อนอีกคนไปเล่าให้ผู้อื่นฟังหรือผู้หญิงเมื่อแต่งงานกับใครแล้ว“ควร” อยู่ด้วยกันตลอดไป เป็นต้น

1.5 คิดแบบจัดประเภทตีตราเป็นการจัดคนเป็นประเภทต่างๆ เช่น พวกรักร่วมเพศพวกติดยาพวกคนจนพวกนายทุนแล้วมองว่าคนในพวกต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีลักษณะนิสัยใจคอคล้ายคลึงกันหมดเป็นพวกเดียวกัน เช่น คนรวยทุกคนเห็นแก่ตัวคนจนทุกคนน่าสงสารเพราะถูกเอาเปรียบนักการเมืองเป็นพวกกอบโกยผลประโยชน์ เป็นต้น

1.6 คิดตำหนิตนเองเป็นการมองตนเองในด้านลบและตำหนิตนเองในสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นทั้งที่อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกันหรือความผิดพลาดของตนเป็นสาเหตุเพียงส่วนเดียวแต่ยังมีสาเหตุอื่นร่วมด้วยเช่น ครูรายงานว่าลูกของตนไปแกล้งเด็กอื่นก็คิดตำหนิตนเองว่าเป็นแม่ไม่ได้เรื่องเลี้ยงลูกไม่เป็น

1.7 คิดขยายวงเกินจริงเป็นการขยายภาพสิ่งที่เกิดขึ้นให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริงโดยเฉพาะสิ่งไม่ดีสิ่งผิดพลาดที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ชายชวนหญิงที่ตนสนใจไปเที่ยวแต่ถูกเธอปฏิเสธการขอนัดเที่ยวครั้งแรกก็คิดขยายวงเกินจริงว่าเธอต้องไม่ชอบตนเองอย่างแน่นอน (ขยายวงขั้นที่หนึ่ง) ตนเป็นคนที่ไม่มีความดีหรือเสน่ห์อยู่เลย (ขยายวงอีกขั้นหนึ่ง) อีกหน่อยจะต้องอยู่เป็นโสดไม่มีใครอยู่ด้วย (ขยายวงขั้นที่สาม)

1.8 ทำนายอนาคตเป็นการทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการทำนายว่าสิ่งเลวร้ายกำลังจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน เช่น ถ้าไปสมัครงานก็จะคิดทำนายว่าตนเองจะต้องตกสัมภาษณ์เพราะหน้าตาไม่ดีทำให้ขาดความมั่นใจเคร่งเครียดไม่เป็นธรรมชาติคาดผลว่าจะต้องล้มเหลวซึ่งสอดคล้องกับทางพุทธศาสนากล่าวถึงว่าความคิดความเชื่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกันมีผลกระทบต่อกันอย่างแยกจากกันไม่ออกจะรบกวนการแก้ปัญหาได้มากจึงต้องมีการจัดการที่ดี (พระธรรมปิฎก) ซึ่งประมวลออกได้เป็น

1.8.1 วิธีคิดแบบสืบสาวเหตุปัจจัย คือ การพิจารณาปัญหาหาหนทางแก้ไขด้วยการค้นหาสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์ส่งผลสืบทอดกันมา

1.8.2 วิธีคิดแบบแยกแยะส่วนประกอบ คือ การพิจารณาเพื่อให้เห็นความไม่มีแก่นสารให้หายยึดติดถือมั่น

1.8.3 วิธีคิดแบบสามัญลักษณ์ คือ การมองอย่างรู้เท่าทันความเป็นไปของสิ่งทั้งหลายซึ่งจะต้องเป็นอย่างนั้นๆตามธรรมดาของมันเอง

1.8.4 วิธีคิดแบบอริยสัจหรือคิดแบบแก้ปัญหาเป็นการคิดตามเหตุและผลสืบสาวจากผลไปหาเหตุแล้วแก้ไขและทำการที่ต้นเหตุและคิดมุ่งตรงต่อสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ

1.8.5 วิธีคิดแบบอรรถธรรมสัมพันธ์ คือ คิดพิจารณาให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างหลักการและความมุ่งหมายกล่าว คือ จะกระทำการตามหลักการใดๆ จะต้องเข้าใจความหมายและความมุ่งหมายของหลักการนั้นๆ

1.8.6. วิธีคิดแบบเห็นคุณโทษและทางออกเป็นการคิดพิจารณาที่เน้นการมองเห็นความจริงทั้งด้านดีด้านเสียรู้ทั้งคุณและโทษมองเห็นทางออกและรู้จุดมุ่งหมายของทางออกจะไปนั้น

1.8.7 วิธีคิดแบบรู้คุณค่าแท้คุณค่าเทียม คือ การพิจารณาแยกแยะระหว่างคุณค่าแท้ที่ตอบสนองความต้องการชีวิตโดยตรงกับคุณค่าที่เป็นคุณค่าที่มนุษย์เพิ่มให้เพื่อสนองตัณหา

1.8.9 วิธีคิดแบบเร้าคุณธรรม คือ การคิดไปในทางที่ดีงามและเป็นประโยชน์

1.8.10 วิธีคิดแบบอยู่กับปัจจุบัน คือ ความคิดที่สติระลึกรู้กำหนดอยู่

1.8.11 วิธีคิดแบบ วิภัชชวาท เป็นการมองและแสดงความจริง โดยแยกแยะให้เห็นแต่ละด้านครบทุกด้าน

วิธีคิดที่ทำให้เป็นทุกข์มีลักษณะของการขาดความยืดหยุ่นขาดการตรวจสอบความถูกต้องไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงทำให้การวิเคราะห์และหาทางออกของปัญหาเป็นไปได้ยากวิธีคิดเหล่านี้มักเกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า 1 วิธี ในขณะเป็นเวลาเดียวกัน

2. การจัดการความรู้สึกการพยายามฆ่าตัวตายเป็นการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือจากความรู้สึกอัดแน่นท่วมท้นอยู่ในใจซึ่งมักมาจากความรู้สึกเศร้าท้อแท้หมดหวังสิ้นหวังไม่มีใครช่วยได้อีกแล้วความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าความวิตกกังวลความรู้สึกผิดความโกรธความกลัว เป็นต้น

หลักพื้นฐานในการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ความรู้สึกประเภทใดมีวิธีการที่เหมือนกัน คือ

2.1 การตระหนักรู้ว่าได้เกิดอารมณ์นั้นขึ้นแล้ว

2.2 หยุดหรือชะลอความคิดและการกระทำลงชั่วคราว

2.3 ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดอะไรขึ้นกำลังทำอะไรอยู่และในขณะนั้นเกิดความคิดอะไรในใจบ้าง

2.4 สำรวจความคิดที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกและปรับวิธีคิดให้เหมาะสม

2.5 ถ้าความคิดไม่ชัดเจนอาจใช้วิธีผ่อนคลายจิตใจแล้วหลับตาลงสำรวจดูว่ามีภาพภายในใจหรือเกิดความรู้สึกทางร่างกายอะไรบ้างที่จะช่วยให้เข้าใจปฏิกิริยาของตนเองดีขึ้น

2.6 ตัดสินใจเลือกวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

2.7 กำหนดวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ทำนองเดียวกันในต่อไปสิ่งสำคัญคือการเข้าใจธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้นตั้งอยู่และดับไปอารมณ์ต่างๆ จะเกิดขึ้นจากเหตุกระตุ้นแล้วคลายตัวลงเมื่อเวลาผ่านไปการที่อารมณ์คลายตัวลงโดยธรรมชาติหากไม่มีการกระตุ้นซ้ำอารมณ์ต่างๆ ที่ทำให้ทุกข์ใจหากไม่คิดซ้ำวนเวียนกระตุ้นให้อารมณ์เกิดขึ้นใหม่อารมณ์นั้นก็จะคลายตัวลงจางหายไปได้เข้าสู่ภาวะที่ใจสงบไม่ได้วุ่นวายอยู่ตลอดเวลาธรรมชาติของอารมณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเราจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเองโดยตรงได้ในทันทีแต่เราสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้โดยจัดการที่ความคิดหรือการกระทำการปรับวิธีคิดวิธีมองปัญหาที่ช่วยให้เห็นทางออกวิธีคิดที่มองได้รอบด้านขึ้นหรือการทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ตามความเป็นจริงจะช่วยคลายอารมณ์ที่เป็นทุกข์ลงเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกได้

3. กลไกการจัดการกับตัวปัญหาได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือในการจัดการปัญหาสำหรับผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีประสบปัญหาเจอทางตันในชีวิตไม่มีทางออกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจปัญหาวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจและสรุปปัญหาที่มีสำรวจแหล่งความเครียดอื่นที่อาจเป็นปัญหาและจัดลำดับความสำคัญการทำความเข้าใจว่าปัญหาคืออะไรเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากเนื่องจากอุปสรรคในการแก้ปัญหาหลายครั้ง เกิดจากความไม่ชัดเจนว่าปัญหาคืออะไรนิยามของปัญหาที่ใช้กันแพร่หลาย คือ “ช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่อยากให้เป็น” ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหามองหาจุดที่มองข้ามซึ่งเป็นเหตุให้มองปัญหาได้ไม่ชัดเจนบิดเบือนไปหรือมองไม่เห็นทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยสอบถามถึงองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตได้แก่สุขภาพกายความคิดความรู้สึกพฤติกรรมการแสดงออกในด้านต่างๆ เพื่อสำรวจปัญหาอื่นๆ ที่อาจมีทั้งนี้เนื่องจากปัญหาต่างๆ ในชีวิตมักมีผลกระทบต่อกันเช่นมีปัญหาการเงินเพราะตกงานทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลงมีปากเสียงกันมากขึ้นทำให้ยิ่งเครียดและนอนไม่หลับ

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาทางเลือกและผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือกวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนิสัยการแก้ปัญหาและแหล่งให้ความช่วยเหลือหาทางเลือกในการแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญเป็นการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดทางเลือกที่มีพร้อมพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกก่อนตัดสินใจขั้นตอนนี้มีความสำคัญเนื่องจากคนส่วนใหญ่จะกระโดดจากปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ไปสู่คำตอบของปัญหาขาดการวิเคราะห์ว่าในสถานการณ์เช่นนั้นมีทางเลือกอะไรบ้างที่อาจจะเป็นทางออกที่เหมาะสมหลายคนคิดวนอยู่กับสาเหตุที่เขาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้จมอยู่กับความรู้สึกเสียใจรู้สึกผิดการพิจารณาทางเลือกเป็นการคิดเพื่อกำหนดจังหวะก้าวต่อไปแทนที่จะวนเวียนอยู่กับปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจช่วยผู้ที่มีปัญหาคิดแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนได้คิดถึงทางเลือกต่างๆที่มีอยู่ทั้งหมดยกเว้นกรณีเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือชีวิตของผู้เกี่ยวข้องประเด็นสำคัญในการพิจารณาทางเลือกคือพยายามระดมสมองรวบรวมทางเลือกให้มากที่สุดก่อนการตัดสินใจและควรสื่อให้ผู้ที่มีปัญหาเข้าใจและยอมรับความจริงที่ว่าในแต่ละทางเลือกย่อมมีทั้งส่วนต้องการไม่ต้องการบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจ เลือกได้เนื่องจากรู้สึกรักพี่เสียดายน้องไม่สามารถยอมรับได้ว่าเมื่อได้สิ่งหนึ่งก็จะต้องเสียอีกอย่างหนึ่งเป็นธรรมดาในบางสถานการณ์ทางเลือกที่เขาชอบอาจไม่มีอยู่มีแต่ทางเลือกที่ “ไม่ชอบ” น้อยที่สุดหรือเป็นทางเลือกที่จะก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาน้อยที่สุดการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกจะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาเห็นได้ชัดเจนขึ้นว่าเขาควรเลือดทางใดมีความรอบคอบกว่าการให้ใช้ความคิดแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอย่างที่เคยชินเช่นการเลี่ยงปัญหาหรือเลือกทางเลือกที่ดูเหมือนจะสบายในระยะแรกแต่จะก่อให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามมาอีกมากในภายหลัง

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาช่วยให้เกิดความหวังและกำลังใจจากความสำเร็จผู้ให้การช่วยเหลือมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาลงมือทำได้ตามแนวทางเลือกหากยังไม่มั่นใจขาดข้อมูลหรือทักษะที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ควรให้ข้อมูลแนะนำแหล่งที่จะหาข้อมูลให้กำลังใจฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องช่วยฝึกซ้อมจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติสิ่งสำคัญในการลงมือทำคือทำทีละขั้นทำในสิ่งที่ประเมินว่าทำได้เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจมีกำลังใจหากมีสิ่งที่ต้องทำมากหรือเป็นเรื่องที่ซับซ้อนควรแบ่งงานที่มีออกเป็นขั้นๆที่สามารถจัดการได้โดยไม่ยากเกินไปมิฉะนั้นจะทำให้เกิดความท้อแท้ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยจำกัดวงในการคิดและทำให้มีความชัดเจนโดยเน้นการแก้ปัญหาระยะสั้นที่มีความสำคัญเร่งด่วนก่อนเมื่อผ่านขั้นแรกนี้ไปเมื่อมีความเชื่อมั่นมากขึ้นและเข้าใจปัญหาดีขึ้นจึงค่อยมองภาพไกลออกไป

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามผลวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการตามทางเลือกอุปสรรคในการลงมือทำจริงมีหลายประการและแม้ว่าผู้ที่มีปัญหาจะเกิดความมั่นใจขณะพูดคุย/และต้องการที่จะทำสิ่งที่เขาเลือกแต่เขาอาจไม่สามารถทำได้ในสถานการณ์จริงหรือทำได้แต่ไม่ต่อเนื่องซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามผลและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมการติดตามผลยังเป็นการแสดงความใส่ใจของผู้ให้การช่วยเหลือว่าสนใจทราบความก้าวหน้าในการแก้ปัญหา

**7. 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 ร้อยละ90.0 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**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เรื่อง   
การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ กรณีศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

**2. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา**

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาที่ได้จาก กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอจำนวน 20 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน อำเภอสมเด็จ ทำการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ถึง 30 มีนาคม 2560

**3. คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา**

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการเข้าโครงการศึกษา มีลักษณะดังนี้

3.1 ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านจิตเวช

3.2 ยินยอมสัมภาษณ์

**4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

4.1 โครงสร้างและที่มาของเครื่องมือ

4.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในงานการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาประยุกต์มาจากมาตรการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรมสุขภาพจิต ปี 2559 แบบประเมินกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน กรมสุขภาพจิต ปี 2558 แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP) การประเมินตามคำรับลองการปฏิบัติราชการ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560 โดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม เป็นกรอบในการประเมินผล โดยดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ถึง 30 มีนาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ระดับ ระดับเงินเดือน ระยะเวลาการทำงาน มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System :DHS) 5 ลำดับ มีจำนวน 35 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 อ้างถึงใน วิภาวี สุวรรณธร, 2553)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 11 ข้อ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีจำนวน 17 ข้อ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5 แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP)

**5. การแปรผลการประเมิน**

5.1 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ( District Health System :DHS) 5 ลำดับ

การคิดค่าคะแนน คะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ คะแนน) X 100 หารด้วย 35) = .............\*\*

นำ.............\*\* ไปเทียบว่าพัฒนาอยู่ที่ขั้นใดแล้วคิดคะแนนที่ได้จริงจากขั้นการพัฒนา

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ได้คะแนน** | 10 - 14 | 15 - 19 | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 35 |
| **อยู่ขั้นที่** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**สรุปผลการพัฒนาตามบันได 5 ขั้น**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ขั้นที่** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

5.2 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**ระดับการประเมินตนเอง**

ระดับ 1 ขั้นสูงที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับดีที่สุด

ระดับ 2 ขั้นต่อเนื่องที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับดี

ระดับ 3 ขั้นเริ่มต้นที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับพื้นฐาน

5.3 แบบสัมภาษณ์การแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

ระดับ 1 ขั้นสูงที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับดีที่สุด

ระดับ 2 ขั้นต่อเนื่องที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับดี

ระดับ 3 ขั้นเริ่มต้นที่กำหนดให้เป็นแนวทางการพัฒนางานในระดับพื้นฐาน

5.4 แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ (ODOP)

**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 |

**6. คุณภาพของเครื่องมือ**

6.1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นไป ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์และความชำนาญเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ 1. แพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภพจิต 2. พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 3. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และขอข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ จนได้แบบสอบถามที่ต้องการ

6.2. ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์มาเก็บข้อมูล โดยกลุ่มทดลอง จากอำเภอห้วยผึ้ง จำนวน 20 ตัวอย่าง ทดสอบความเที่ยงของเนื้อหา ได้ค่า เท่ากับ 0.8

**7. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล/ การดำเนินงาน**

7.1. เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ถึง 30 มีนาคม 2560

7.2. การประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ รพ.สต.แต่ละแห่งร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวช และ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ ในการกำหนดวันเวลาในการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลของแต่ละแห่ง

7.3. ดำเนินการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ในเขตรับผิดชอบของ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ โดยในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งขอความยินยอมในการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จากสถานที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยใช้ช่วงเวลา 09.00 – 16.00 น. ระหว่าง วันที่ 1 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2560 ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายข้อคำถามพร้อมยกตัวอย่างให้ผู้ถูกสัมภาษณ์จนเข้าใจและตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามให้ตรงกัน

7.4. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

**8. การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทางสถิติในการศึกษาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอของภาคีเครือข่าย ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ODOP การดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้สถิติที่เป็น ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามเนื้อหาที่มีส่วนร่วม

**บทที่ 4**

**ผลการศึกษา**

การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ

กรณีศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการrพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

แบ่งการนำเสนอผลการศึกษา ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System :DHS) 5 ลำดับ

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 5 ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คปสอ.สมเด็จ (ODOP)

**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 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี ร้อยละ 26.7 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/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 ปีขึ้นไป 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

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่ศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลทั่วไป** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **เพศ** |  |  |
| ชาย | 22 | 17.7 |
| หญิง | 104 | 83.9 |
| **อายุ (ปี)** |  |  |
| 23 - 33 | 28 | 22.6 |
| 34 - 43 | 32 | 25.8 |
| 44 - 54 | 49 | 39.5 |
| 55 - 65 | 15 | 12.1 |
| อายุสูงสุด 65 ปี ต่ำสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี | | |
| **สถานภาพ** |  |  |
| โสด | 28 | 22.6 |
| สมรส | 69 | 55.6 |
| หม้าย  หย่าร้าง | 9  6 | 7.3  4.8 |
| แยกกันอยู่ | 12 | 9.7 |

**ศาสนา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| พุทธ | 124 | 100.0 |
| คริสต์ | 0 | 0.0 |
| อิสลาม | 0 | 0.0 |
| อื่นๆ | 0 | 0.0 |

**ระดับการศึกษา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0.0 |
| ชั้นประถมศึกษา | 7 | 5.7 |
| ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. | 32 | 26.0 |
| ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. | 28 | 22.7 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 8 | 6.5 |
| ปริญญาตรี | 33 | 26.7 |
| ปริญญาโท | 16 | 13.0 |
| ปริญญาเอก | 0 | 0.0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ตารางที่ 1 (ต่อ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลทั่วไป** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **อาชีพ** |  |  |
| รับราชการ | 29 | 23.4 |
| พนักงานกระทรวง | 1 | 0.8 |
| รับจ้าง | 18 | 14.6 |
| เกษตรกร | 63 | 51.0 |
| ค้าขาย | 13 | 10.3 |
| ว่างงาน | 0 | 0 |

**รายได้เฉลี่ยต่อเดือน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท | 0 | 0 |
| 10,000 – 15,000 บาท | 0 | 0 |
| 15,001 – 20,000 บาท | 28 | 22.7 |
| 20,001 – 25,000 บาท | 47 | 38.1 |
| 25,001 – 30,000 บาท | 8 | 6.5 |
| 30,001 บาทขึ้นไป | 22 | 17.9 |

**ระยะเวลาในการทำงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 ปี | 1 | 0.8 |
| 2 – 5 ปี | 27 | 21.9 |
| 5 ปีขึ้นไป | 96 | 77.8 |

**บทบาทในการดำเนินงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| บริหารงานและกำหนดนโยบาย | 30 | 24.3 |
| ปฏิบัติและประสานงาน | 94 | 76.1 |

**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 ลองลงมาเรื่องมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 83.4 และมีคำสั่งคณะกรรมการ DHS ร้อยละ 74.5

การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation) มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ในเรื่อง มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำตามที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 84.2 ลองลงมาเรื่องการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้นผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน ร้อยละ 83.4 และเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ ร้อยละ 81.8

การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ในเรื่อง มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง ร้อยละ 84.2 รองลงมา มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ ร้อยละ 83.4 และ มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม ร้อยละ 82.6

การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ในเรื่อง มีการสนับสนุนจาก CUP , จังหวัดและท้องถิ่น ร้อยละ 83.4 รองลงมา มีการนำเสนอรายรับ-รายจ่ายที่ประชุมเพื่อให้เกิดความโปร่งใส่ ร้อยละ 82.6 และมีการสนับสนุนจาก CUP, จังหวัด, ท้องถิ่นและเอกชน ร้อยละ 81.8

การให้บริการสุขภาพตามบริบท ทีจำเป็น (Essential care) มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุดในเรื่อง มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO เป็นปัจจุบันและแยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวม ของ คปสอ. ร้อยละ 83.4 รองลงมา ในเรื่อง มีการวิเคราะห์ข้อมูล ลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่, ทีมนิเทศ ที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผล ในภาพ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ, ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข้งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ ร้อยละ 82.6 และการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น ร้อยละ 80.2

การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation) มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ในเรื่อง ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข้งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ ร้อยละ 82.3 รองลงมา ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ร้อยละ 64.5 และ ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล ร้อยละ 61.3

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System :DHS) 5 ลำดับ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **ระดับการมีส่วนร่วม** | | | | |
| **ระดับ1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity District Health Team)**  1.มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS  -ประกอบ ด้วยภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาชน | 2.4  (3) | 4.9  (6) | 5.7  (7) | 17.0  (21) | 70.5  (87) |
| 2.มีการกำหนดบทบาทหน้าที่  - มีการประชุม อย่างน้อย 2 เดือนครั้ง  - มีบันทึกรายงานการประชุม | 3.2  (4) | 0.8  (1) | 10.5  (13) | 66.4  (82) | 19.4  (24) |
| 3.มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ | 0.8  (1) | 2.4  (3) | 4.1  (5) | 9.7  (12) | 83.4  (103) |
| 4.มีโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ (ODOP) | 3.2  (4) | 8.9  (11) | 8.1  (10) | 19.4  (24) | 60.8  (75) |
| 5. มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.9  (6) | 8.9  (11) | 84.2  (104) |
| **การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation) การทำงานของทีมผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่)**  6.มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำตามที่ได้รับมอบหมาย | 0.8  (1) | 2.4  (3) | 4.1  (5) | 8.9  (11) | 84.2  (104) |
| 7. มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ | 0.8  (1) | 4.1  (5) | 3.2  (4) | 9.7  (12) | 83.4  (103) |
| 8. เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น | 0.8  (1) | 2.4  (3) | 4.1  (5) | 9.7  (12) | 83.4  (103) |
| 9. ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน | 1.6  (2) | 2.4  (3) | 4.1  (5) | 9.0  (11) | 83.4  (103) |
| 10. เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ | 0.8  (1) | 2.4  (3) | 4.9  (6) | 10.5  (13) | 81.8  (101) |

**ตารางที่ 2 (ต่อ)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **ระดับการมีส่วนร่วม** | | | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **การสนับสนุนหรือจัดให้มีแพทย์ให้คำ ปรึกษา ตามเกณฑ์**  11. มีคำสั่งแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/หน่วยปฐมภูมิ | 0.81  (1) | 2.43  (3) | 6.48  (8) | 9.72  (12) | 81  (100) |
| 12.มีการให้คำปรึกษาผ่านระบบต่างๆ | 0.81  (1) | 2.43  (3) | 4.05  (5) | 10.53  (13) | 82.62  (102) |
| 13. มีการร่วมประชุมกันวางแผนปฏิบัติงาน/การดูแลผู้ป่วย | 0.0  (0) | 2.43  (3) | 5.67  (7) | 10.53  (13) | 81.81  (101) |
| 14. แพทย์ออกร่วมบริการเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละครั้ง | 0.0  (0) | 2.43  (3) | 4.05  (5) | 10.53  (13) | 83.43  (103) |
| 15. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/สร้างการเรียนรู้ | 0.0  (0) | 2.43  (3) | 4.05  (5) | 9.72  (12) | 84.24  (104) |
| **การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human development)**  **การพัฒนาบุคลากร**  16. มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง | 0.0  (0) | 2.43  (3) | 4.5  (6) | 8.9  (11) | 84.2  (104) |
| 17. มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้(Knowledge , CBL, FM) และทักษะ (Skill) | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5. 7  (7) | 11.3  (14) | 81.0  (100) |
| 18. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5.7  (7) | 8.9  (11) | 83.4  (103) |
| 19. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 10.5  (13) | 82.6  (102) |

**ตารางที่ 2 (ต่อ)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **ระดับการมีส่วนร่วม** | | | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 9.7  (12) | 83.4  (103) |
| **การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ**  21. มีสนับสนุนงบประมาณตามเกณฑ์ปกติ(ตามแผน CUP) | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5.7  (7) | 11.3  (14) | 81.0  (100) |
| 22.มีการสนับสนุนจาก CUPและจังหวัด | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 12.2  (15) | 81.0  (100) |
| 23.มีการสนับสนุนจาก CUP , จังหวัดและท้องถิ่น | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 9.7  (12) | 83.4  (103) |
| 24.มีการสนับสนุนจาก CUP, จังหวัด,ท้องถิ่นและเอกชน | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 11.3  (14) | 81.8  (101) |
| 25.มีการนำเสนอรายรับ-รายจ่ายที่ประชุมเพื่อให้เกิดความโปร่งใส่ | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 10.5  (13) | 82.6  (102) |
| **การให้ บริการสุข ภาพ ตามบริบท ที่จำเป็น(Essential care)**  26. มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO เป็นปัจจุบันและแยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวม ของ คปสอ. | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5.7  (7) | 8.9  (11) | 83.4  (103) |
| 27. มีการวิเคราะห์ข้อมูล ลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่ | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.5  (6) | 10.5  (13) | 82.6  (102) |
| 28. มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ ไม่น้อยกว่า ๑ โครงการ ในภาพของอำเภอ(ODOP) | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 6.5  (8) | 8.9  (11) | 82.6  (102) |

**ตารางที่ 2 (ต่อ)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **ระดับการมีส่วนร่วม** | | | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 29. มีทีมนิเทศ ที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5. 7  (7) | 9.7  (12) | 82.6  (102) |
| 30. มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 5.6  (7) | 12.2  (15) | 80.2  (99) |
| **การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย(Community participation)**  31.ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล | 0.0  (0) | 0.0  (0) | 7.3  (9) | 31.5  (39) | 61.3  (76) |
| 32. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ(Resource sharing) | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.8  (6) | 33.8  (42) | 58.9  (73) |
| 33. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม (ดูผลลัพธ์ตามโครงการ) | 1.6  (2) | 2.4  (3) | 6.5  (8) | 49.2  (61) | 40.3  (50) |
| 34. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | 0.0  (0) | 2.4  (3) | 4.8  (6) | 28.2  (35) | 64.5  (80) |
| 35. ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข้งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ | 0.8  (1) | 1.6  (2) | 4.8  (6) | 10.5  (13) | 82.3  (102) |

**3. การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)**

**จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ในเรื่อง มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100.0 ลองลงมา เรื่อง มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 88.9 และมีการจัดสรรทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 77.7

**องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ในเรื่อง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยสูงอายุและผู้พิการ ร้อยละ 88.9

**องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ในเรื่อง ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 88.9

**องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ในเรื่อง มีระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 55.5

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  **1**. มีการจัดสรรทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชและผ่านการอบรมพัฒนาความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพจิตและจิตเวช  **ระดับ 2** มีการสนับสนุนงบประมาณ การดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 1** มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ | **77.7**  **(7)** | **11.1**  **(1)** | **11.1**  **(1)** |
| 2. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** รับทราบนโยบาย/ทิศทางการดาเนินงานสุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จากคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ(DHS)  **ระดับ 2** มีการถ่ายทอดนโยบาย/ทิศทางการดาเนิน งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่  **ระดับ 1** ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้อง กันปัญหาสุขภาพจิตตามบริบทของพื้นที่และถ่ายทอดสู่ชุมชน | **100.0**  **(9)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| 3. มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** มีแผน/กิจกรรมการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตใน รพ.สต.  ระดับ 2 มีการบูรณาการแผน/กิจกรรมการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่  **ระดับ 1** มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามแผนที่กำหนดไว้ และมีการติดตาม ประเมินผล | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 3 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  4. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์  **ระดับ 3** มีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น ภาวะเสี่ยงต่อความเครียด(ST5) ซึมเศร้า (2Q 9Q) ฆ่าตัวตาย(8Q) สุรา  **ระดับ 2** 1) มีการดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตเมื่อประเมินแล้วพบปัญหา เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา  2) มีระบบการส่งต่อกรณีหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความเสี่ยงในด้านปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย  **ระดับ 1** มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในพื้นที่ เช่น การจัดการความเครียดด้วยตนเอง การให้คาปรึกษาเบื้องต้น(Counseling) การเยี่ยมบ้าน | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |
| 5. กลุ่มเด็กปฐมวัย  **ระดับ 3** 1) มีการคัดกรองพัฒนาการตามแนวปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุขกำหนด  2) ให้คาแนะนาเบื้องต้นในการดูแลเด็ก 0-5 ปี แก่ผู้ปกครองได้ เช่น การกระตุ้นพัฒนาเด็ก การอ่านหนังสือหรือเล่านิทานให้เด็กฟัง การเลี้ยงดู  **ระดับ 2** 1) มีการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นในเด็กกลุ่มเสี่ยงตามคู่มือที่กระทรวงกำหนด  2) มีการส่งต่อกรณีสงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งส่งต่อข้อมูล ที่จาเป็นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** 1) มีการผลักดัน/ กระตุ้นให้เกิดระบบดูแลพัฒนา การเด็กกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน กับ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. /ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล/ชุมชน  2) มีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังได้รับการ  กระตุ้นจากโรงพยาบาลแม่ข่าย | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 3 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **6.กลุ่มวัยเรียน**  **ระดับ 3**  1) มีการคัดกรองร่วมกับโรงเรียน เช่น แบบประเมิน SDQ แบบประเมิน EQ แบบสังเกตพฤติกรรม  2) ให้คาแนะนำครูเบื้องต้นสาหรับการดูแลเด็ก  **ระดับ 2** 1) มีการสนับสนุนผลักดันให้เกิด ระบบการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตเด็กใน โรงเรียนโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น SDQ EQ แบบสังเกตพฤติกรรม KUSSI แบบคัดกรองของสานักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน  2) สามารถสื่อสาร แจ้งผล และช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น  3) ส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงหรือยุ่งยากซับซ้อนรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็นให้แก่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1**  1) มีการจัดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยงเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา อบรมการเลี้ยงดูลูก โดยดาเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท./ ศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล/ชุมชน  2) มีระบบในการติดตามดูแลทางสังคมจิตใจในพื้นที่ | **44.4**  **(4)** | **55.5**  **(5)** | **0.0**  **(0)** |
| **7. กลุ่มวัยรุ่น**  **ระดับ 3** มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิตวัยรุ่นตามระบบ หรือสภาพปัญหาในพื้นที่ เช่น สุรา ยาเสพติด ติดเกมส์ ความรุนแรง ตั้งครรภ์ไม่พร้อม  **ระดับ 2** 1) มีการเชื่อมโยงเครือข่าย ในระบบดูแล ช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน(OHOS)  2) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน สุขภาพจิตในสถานศึกษา เช่น อบรมให้ความรู้เรื่อง สุขภาพจิตทักษะชีวิต ความฉลาดทางอารมณ์ ให้ สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น  **ระดับ 1** มีระบบการเชื่อมโยงและสนับสนุนการ ดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่/ชมรมTo be Number one และการดำเนินงานต่อเนื่อง | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 3 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| 8. กลุ่มวัยทางาน  **ระดับ 3** มีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตวัยทางาน ได้แก่ ความเครียด ซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย RQ ความสุข และสุรา ฯลฯ  **ระดับ 2** 1) มีการให้สุขภาพจิตศึกษาและมีระบบในการติดตาม ดูแลทางสังคมจิตใจในเบื้องต้น  2) มีระบบส่งต่อกรณีมีความเสี่ยง หรือยุ่งยากซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น การบูรณาการงานสุขภาพจิตในตำบลจัดการสุขภาพ, หมอประจาครอบครัว (Family care team) | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |
| 9. กลุ่มวัยสูงอายุและผู้พิการ  **ระดับ 3** มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิตสาหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ความเครียด/ซึมเศร้า/ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ภาวะสมองเสื่อม  **ระดับ 2**  1) มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น  2) มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้อง กันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้พิการในกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง ใน รพ.สต.เช่น ความสุข 5 มิติ  3) มีระบบส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงหรือยุ่งยาก  ซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** มีการบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ ร่วม กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. พมจ. ศาสนสถาน ชมรมผู้สูงอายุ | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 3 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต**  10. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชหรือบุคลากร รพ.สต. เป็นคณะกรรมการหรือที่ปรึกษากองทุนระดับตำบล เช่น กองทุนสุขภาพระดับตำบล กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ  **ระดับ 2** มีการสำรวจ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเขื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆและวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งผลักดันแผนเข้าสู่วาระการประชุมของกองทุนระดับตำบล เช่น กองทุนสุขภาพระดับตำบล กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ  **ระดับ 1** 1) มีการดาเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและมีการติดตามประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่  2) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดาเนินงาน | **88.9**  **(8)** | **11.1**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 3 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  11. มีระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน  ปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** 1) มีข้อมูลทั่วไป เช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลหลังคาเรือน ข้อมูลสถานสุขภาพ ฯลฯ  2) มีข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตของทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก ข้อมูลจานวนเด็กกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลระดับ IQ EQ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยาเสพติด ซึมเศร้า ฆ่าตัวตายสมองเสื่อม โรคเรื้อรังฯลฯ  **ระดับ 2** มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย และเผยแพร่ข้อมูลให้แก่บุคลากรใน รพ.สต.  **ระดับ 1** มีการสะท้อนข้อมูล ให้ชุมชน/ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต | **55.5**  **(5)** | **44.4**  **(4)** | **0.0**  **(0)** |

**4. การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (แบบประเมินตนเอง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชน)**

**จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง มีนโยบายส่งเสริม สุขภาพจิตป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตที่มา จากการมีส่วนร่วม และมีคณะกรรมการ ดำ เนินงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต มีแผนการดำ เนินงาน การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้อง กับสถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่มีการจัดสรรทรัพยากร ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและมีการสื่อสารเพื่อให้ เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100.0

**องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง มีการสื่อสารความรู้ สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตใน รูปแบบที่หลากหลายและ มีความต่อเนื่อง วัยทำงาน ผู้พิการ วัยสูงอายุและวัยรุ่น ร้อยละ 100.0

**องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตการสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ร้อยละ 100.0

**องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต** มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง มีระบบสารสนเทศ การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิตร้อยละ 100.0

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  1. มีนโยบายส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตที่มา จากการมีส่วนร่วม  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากการมีส่วนร่วมของ กลุ่มงานต่างๆ ใน โรงพยาบาลชุมชนและ ภาคีเครือข่ายทั้งในและ นอกระบบสาธารณสุข  **ระดับ 2** 1) มีนโยบายส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจาก ผู้บริหารของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของกลุ่มงาน ต่างๆ ในโรงพยาบาลและ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข เป็นลาย ลักษณ์อักษร  **ระดับ 1** 1) มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากผู้บริหารของ โรงพยาบาล และ/หรือ การมีส่วนร่วมของกลุ่มงาน ต่างๆ ในโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| 2. มีคณะกรรมการ ดำ เนินงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องร่วมเป็น คณะกรรมการดำ เนินงาน  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 1  2) มีภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขร่วมเป็น คณะกรรมการดำ เนินงาน  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง  **ระดับ 1** 1) มีคณะกรรมการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน โดย ครอบคลุมผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทุกกลุ่มวัย กลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้อง  2) มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการ  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **3. มีแผนการดำ เนินงาน การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้อง กับสถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ใน การจัดทำแผน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) การมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ใน การจัดทำแผน ซึ่งสอดคล้อง กับสถานการณ์ และปัญหา ในพื้นที่  **ระดับ 1** 1) มีแผนการดำ เนินงานการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล  2) มีการดำ เนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| **4. มีการจัดสรรทรัพยากร ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่  และทรัพยากรอื่นๆ จาก ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับหน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่  และทรัพยากรอื่นๆ จาก ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 1** 1)มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และ/หรือ สนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ จากโรงพยาบาล  2) มีผู้รับผิดชอบที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช และ/ หรือจบปริญญาโทด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชหรือ นักจิตวิทยา | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| 5. สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) บุคลากรที่รับผิดชอบใน โรงพยาบาลได้รับการพัฒนา และสามารถเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา วิทยากร แก่ภาคี เครือข่ายในและนอกระบบ สาธารณสุข  3) มีการพัฒนาศักยภาพภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ งานส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  บุคลากรภาคีเครือข่ายใน และนอกระบบสาธารณสุข  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลที่ เกี่ยวข้อง และ/หรือภาคี เครือข่ายในระบบสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต  **ระดับ 1** 1) มีแผนการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร  2) มีการสนับสนุนผู้รับผิดชอบ งานในโรงพยาบาลให้ได้รับ การพัฒนาศักยภาพอย่าง ต่อเนื่อง เช่น สนับสนุน งบประมาณ ส่งไปอบรม | **(1)** | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |
| 6. มีการสื่อสารเพื่อให้ เกิดความร่วมมือในการ ดำ เนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) การรับรู้และร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) การรับรู้และร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 1** ผู้บริหาร/คณะกรรมการ/ ผู้รับผิดชอบ มีการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการรับรู้และ ร่วมมือทั่วทั้งโรงพยาบาล  สื่อสาร | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  7. มีการสื่อสารความรู้ สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตใน รูปแบบที่หลากหลายและ มีความต่อเนื่อง  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ ให้ สุขภาพจิตศึกษา จัดกิจกรรม รณรงค์ในพื้นที่ ในเทศกาล ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มวัย เช่น วันเด็ก วันวาเลนไทน์ วันสตรีสากล วันครอบครัว วันผู้สูงอายุ สัปดาห์สุขภาพจิต แห่งชาติ ฯลฯ  3) ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข จัดค่ายการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้กับกลุ่มวัยต่างๆ ในพื้นที่  **ระดับ 2** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 1  2) การเผยแพร่ความรู้ ให้สุขภาพจิตศึกษาและ สนับสนุนองค์ความรู้ สุขภาพจิตแก่ประชาชนใน พื้นที่ และ/หรือร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  3) บันทึกการให้สุขภาพจิต ศึกษา  **ระดับ 1** 1)มีการเผยแพร่ความรู้ สุขภาพจิตในโรงพยาบาล ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติในคลินิก บริการ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| 8. มีบริการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตตาม กลุ่มวัยหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ รวมทั้งมีการส่งต่อในราย ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน  3) มีระบบรับ-ส่งต่อข้อมูลให้ หน่วยที่รับผิดชอบ/รพ.สต. หรือภาคีเครือข่าย เพื่อ ติดตามหลังคลอดในรายที่ มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการ ช่วยเหลือ | **0.0**  **(0)** | **100.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **ระดับ 2** 3) มีระบบรับ-ส่งต่อและ ติดตามดูแลต่อเนื่องใน ชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **ระดับ 1** 1)มีการคัดกรองโดยใช้แบบ ประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบ ประเมินปัญหาการดื่มสุรา ก่อนคลอด 1 ครั้ง และ หลังคลอด 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือน และมีการส่งต่อ เพื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตเมื่อประเมิน แล้วพบปัญหา  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา และ/หรือฝึกทักษะคลาย เครียดสำ หรับหญิงตั้งครรภ์ |  |  |  |
| 9. ปฐมวัย  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีระบบรับส่งต่อและ ติดตามดูแลเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการ โดยมีแนวทาง การดำ เนินงานร่วมกันใน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง  3) ประเมินปัญหาสังคมจิตใจ ของพ่อแม่ผู้ปกครองได้ ให้การดูแลช่วยเหลือและ ส่งต่อ  4) เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาทาง วิชาการและเป็นแกนนำ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริม พัฒนาการแก่ภาคีเครือข่าย  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีบริการกระตุ้นเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัยใน โรงพยาบาล  3) มีระบบเฝ้าระวังเด็ก กลุ่มเสี่ยงพิเศษใน 4 กลุ่ม ได้แก่ เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรก คลอดน้อย เด็กที่เกิดจาก แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย และเด็กที่มีภาวะขาด ออกซิเจนแรกเกิด  4) เป็นพี่เลี้ยง ให้คำ ปรึกษา รพ.สต. ในการคัดกรอง ประเมิน และส่งเสริม พัฒนาการเด็กได้ตามวัย  5) มีระบบรับ-ส่งต่อเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัย  **ระดับ 1** 1)มีการจัดบริการคัดกรอง พัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กดี ทุกคนโดยใช้เครื่องมือตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด  2) ส่งเสริมเด็กที่พัฒนาการ สมวัยและกระตุ้นเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัยตาม เกณฑ์หรือแนะนำ พ่อแม่ ผู้ดูแลให้กระตุ้นพัฒนาการ ลูก | **0.0**  **(1)** | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| 3) มีระบบส่งต่อ ถ้าภายใน 1 เดือนกระตุ้นแล้วไม่ดีขึ้น  4) ให้ความรู้พ่อแม่ผู้ดูแลใน เรื่องส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัย |  |  |  |
| 10. วัยเรียน  **ระดับ 3** 1)มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายนอก ระบบสาธารณสุข จัดกิจกรรม/พื้นที่สำ หรับ เด็กวัยเรียนเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต เช่น การจัด กิจกรรมสันทนาการ กีฬา ดนตรี ศิลปะ และวิชาการ ฯลฯ  3) พัฒนาศักยภาพครูให้ สามารถดูแลช่วยเหลือ นักเรียนได้  4) ให้ความรู้พ่อแม่/ผู้ปกครอง และชุมชนให้สามารถดูแล ช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีระบบในการติดตามดูแล รับและส่งต่อ  3) มีการประเมินซ้ำในรายที่มี ปัญหาเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ และ/หรือ ประสานความร่วมมือกับ โรงเรียนและพ่อแม่/ ผู้ปกครองในการให้ความ ช่วยเหลือนักเรียน  **ระดับ 1** 1) มีการสนับสนุนให้เกิด การดำ เนินงานตามเกณฑ์ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต  2) มีการสนับสนุนผลักดัน ให้เกิดการคัดกรองและ ระบบการดูแลช่วยเหลือ นักเรียน  3) มีการบันทึกผลการ ประเมินและการช่วยเหลือ | **0.0**  **(0)** | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** |
| 11.วัยรุ่น  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) มีส่วนร่วม/สนับสนุน ภาคีเครือข่ายให้มีการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต วัยรุ่นในพื้นที่ และ/หรือ บูรณาการงานสุขภาพจิต วัยรุ่นร่วมกับระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)  3) พัฒนาศักยภาพคู่เครือข่าย ในระบบการดูแลช่วยเหลือ ในสถานศึกษา  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| 3) มีระบบส่งต่อ ถ้าภายใน 1 เดือนกระตุ้นแล้วไม่ดีขึ้น  4) ให้ความรู้พ่อแม่ผู้ดูแลใน เรื่องส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัย  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) ส่งเสริมและสนับสนุนด้าน วิชาการเพื่อให้สถานศึกษา มีการสอนเพศศึกษารอบ ด้านและทักษะชีวิต  3) มีช่องทางการสื่อสารที่ สอดคล้องกับบริบทของ วัยรุ่น โดยใช้ช่องทางต่างๆ เช่น Social Network โทรศัพท์ เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือสร้าง เครือข่ายวัยรุ่น  4) มีระบบการเชื่อมโยงและ สนับสนุนการดำ เนินงาน ของชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา/ชุมชน  5) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **ระดับ 1** 1) มีบริการดูแลทางสังคมจิตใจ ในวัยรุ่นทั้งกลุ่มปกติและ กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่ม วัยรุ่นตั้งครรภ์  2) ขับเคลื่อนให้เกิดคู่เครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงเรียน  3) สนับสนุนให้โรงเรียน คัดกรองและดูแลช่วยเหลือ สุขภาพจิตวัยรุ่นในโรงเรียน  4) มีระบบการรับ-ส่งต่อ ตามระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียน  5) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ |  |  |  |
| **12.** **วัยทำงาน**  **ระดับ 3** 1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำ งานตามระดับ 2  2) มีการจัดบริการแบบบูรณาการการดูแลทางสังคม จิตใจในทุกคลินิกบริการของ โรงพยาบาล  3) เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาทาง วิชาการ วิทยากร เพื่อ สนับสนุนให้จัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงาน ในพื้นที่ เช่น การจัดการ ความเครียด การสร้าง ความสุข การคิดทางบวก ฯลฯ  4) บูรณาการสุขภาพจิตวัย ทำงานร่วมกับระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS) เช่น เรื่องโรคเรื้อรัง  5) บูรณาการสุขภาพจิต วัยทำงานร่วมกับสถาน ประกอบการในพื้นที่  6) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **ระดับ 2** 1) มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำงานตามระดับ 1  2) มีการจัดบริการแบบบูรณา การการดูแลทางสังคมจิตใจ ในคลินิก NCD คลินิกสุรา/ ยาเสพติด ศูนย์พึ่งได้  3) มีการประสานและเชื่อมโยง กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น บ้านพักเด็กและ ครอบครัว ศาลตำรวจ อสม. เป็นต้น เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม  4) มีระบบติดตามและ/หรือ เยี่ยมบ้าน  5) มีการบันทึกผลการดำ เนินงาน และการช่วยเหลือ  **ระดับ 1** 1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำ งานที่มารับบริการที่ คลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์พึ่งได้ คลินิกสุรา/ยาเสพติด ตาม แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินปัญหา การดื่มสุราและให้คำแนะนำ เบื้องต้น  2) มีการส่งต่อจากคลินิกต่างๆ ไปคลินิกสุขภาพจิตในราย ที่พบปัญหายุ่งยากซับซ้อน เพื่อขอรับการดูแลทาง สังคมจิตใจ  3) มีการบันทึกผลการ ประเมินและการช่วยเหลือ  4) มีการคัดกรองและส่งเสริม สุขภาพจิตบุคลากรใน โรงพยาบาล |  |  |  |
| **13. วัยสูงอายุ**  **ระดับ 3** 1)มีการดำ เนินการตามระดับ 1 และ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุข จัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ/ในพื้นที่ เช่น จัดกิจกรรมสุข 5 มิติ  3) เป็นพี่เลี้ยง/เป็นที่ปรึกษา/ สนับสนุน รพ.สต. ในการ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง  4) ร่วมทีมหมอครอบครัว เพื่อ ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ติดบ้าน/ติดเตียง และ/ หรือบูรณาการการดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุร่วมกับ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)  5) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ 6) คัดกรอง Dementia และ วางระบบการดูแลช่วยเหลือ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) กรณีที่ผลการคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2Q พบว่ามีข้อ ใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ให้ประเมินความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าด้วยแบบ ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)  3) กรณีที่มีคะแนนการประเมิน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมินตามแบบประเมิน การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ο กรณีที่ผลคะแนน 8Q ได้ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป ให้ส่งพบจิตแพทย์  4) มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล เช่น ชมรม ผู้สูงอายุของโรงพยาบาล  5) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ  **ระดับ 1**  1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน คลินิก NCD/คลินิกสูงอายุ ตามแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา สำ หรับผู้สูงอายุ  3) มีการส่งต่อจากคลินิก NCD/ คลินิกสูงอายุไปคลินิก สุขภาพจิตในรายที่พบ ปัญหา  4) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| 14. ผู้พิการ  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายนอก ระบบสาธารณสุขในการ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการ ดูแลผู้พิการทางกายและจิต  3) เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้ กับกลุ่ม/ชมรม  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายใน ระบบสาธารณสุขเยี่ยมบ้าน ผู้พิการเพื่อดูแลทางสังคม จิตใจ  3) ประเมินคัดกรองและดูแล สุขภาพจิตของผู้ดูแล  4) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและ เครือข่ายสาธารณสุขใน พื้นที่ร่วมกับ รพ.สต.  **ระดับ 1** ประเมินคัดกรองปัญหา สุขภาพจิต ตามแบบประเมิน ความเครียด (ST-5) และ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และดูแล ทางสังคมจิตใจ | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำ เนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  15. การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของ กระบวนการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  3) ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขริเริ่มการ ดำ เนินงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต โดยมี โรงพยาบาลชุมชน เป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาทาง วิชาการ  4) มีการขับเคลื่อนให้บูรณาการงานสุขภาพจิต เข้าสู่ระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 1  2) ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วมใน ทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การร่วมวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการติดตาม ประเมินผล และทบทวนเพื่อวางแผนต่อไป  **ระดับ 1** กลุ่มงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ชุมชนร่วมกิจกรรมการ ดำ เนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |
| 16. การสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและ นอกระบบสาธารณสุข  **ระดับ 3** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 2  2) สนับสนุนวิชาการ/ เอื้ออำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานให้แก่ ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) สนับสนุนวิชาการ/ เอื้ออำ นวยความสะดวก ในการดำ เนินงานให้แก่ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 1** สนับสนุนวิชาการ/เอื้อ อำ นวยความสะดวกในการ ดำ เนินงานให้แก่ภาคี เครือข่ายในโรงพยาบาล ชุมชน | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**ตารางที่ 4 (ต่อ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เนื้อหา** | **การดำเนินงานตามมาตรฐาน** | | |
| **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** |
| **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** | **ร้อยละ**  **(จำนวน)** |
| **องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  17. มีระบบสารสนเทศ การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต  **ระดับ 3** 1)มีการดำเนินการตามระดับ 2  2) มีการคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข  3) มีการเชื่อมโยงข้อมูลและใช้ประโยชน์ร่วมกันในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต  4) มีช่องทางการเผยแพร่ที่ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึง ข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว  **ระดับ 2** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 1  2) มีการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อใช้ประโยชน์ในการ วางแผนการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต รวมทั้งการติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 1** 1) มีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มวัย ในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน  2) มีทีมบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารสนเทศ  3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตามกลุ่มวัยในองค์ประกอบ ที่ 2 | **100.0**  **(1)** | **0.0**  **(0)** | **0.0**  **(0)** |

**5. ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คปสอ.สมเด็จ (ODOP)**

**ตารางที่ 5** ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอสมเด็จ ปี งบประมาณ 2557-2560

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560**  **(ตุลาคม-พฤษภาคม)** |
| ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ | 65.0 | 88.8 | 100.0 | 100.0 |
| ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ | 31.1 | 37.1 | 43.1 | 47.4 |
| อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร | 3.0 | 6.5 | 8.3 | 8.2 |

\* 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** ผลการวิเคราะห์เพื่อประเมินด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม (Context) ประเมินด้าน ปัจจัยนาเข้า (Input) และประเมินด้านกระบวนการปฏิบัติงาน (Process) ด้านผลผลิต Product และ ด้านประสิทธิผล Impact

**ด้านบริบท Context** พบว่า สำหรับอำเภอสมเด็จ พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2559 จำนวน 396, 421 และ 527 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2559-2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) จำนวน 590 และ 631 คน อัตราการเข้าถึงบริการปี พ.ศ. 2557-2560 เท่ากับ 31.1, 37.1, 43.1, 43.2 และ 47.4 ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ 2558-2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) จำนวน 357, 438 และ 496 คน เข้าถึงบริการ ร้อยละ 88.8, และ ร้อยละ 100.0 เท่ากัน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปีพ.ศ. 2556 – 2560 (ตุลาคม-พฤษภาคม) เท่ากับ 7.4, 3.0, 6.5, 8.3 และ 8.2 ตามลำดับ ไม่พบการฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งจากการสำรวจ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเมื่อรับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้นเกิดปัญหาการขาดนัด ขาดยา ทำให้อาการกำเริบมีอาการทางจิตมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิตในที่สุดและมีจำนวนมากที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนให้ได้รับการดูแลที่ดี เหมาะสมและการได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องนั้นเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทัศนคติและองค์ความรู้ของญาติ คนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต

**ด้านปัจจัยนำเข้า Input** การประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) กรณีศึกษา โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ โดยใช้แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม จากกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของรพ.สต. จำนวน 9 คน คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 20 คน อสม.เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน คิดเป็นหญิง ร้อยละ 83.9 ชาย ร้อยละ 17.7 อายุสูงสุด 65 ปี ต่ำสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี ร้อยละ 26.7 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 26.0 และจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวส. ร้อยละ 22.7 และ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.0 รองลงมา คือ อาชีพรับราชการร้อยละ 23.4 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 14.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 20,001 ถึง 25,000 ร้อยละ 38.1 รองลงมา มีรายได้อยู่ที่ 15,001 ถึง 20,000 ร้อยละ 22.7 และรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 17.9 ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 77.8 รองลงมา 2-5 ปีร้อยละ 21.9 และ 1 ปีร้อยละ 0.8 บทบาทในการดำเนินงาน ปฏิบัติและประสานงาน ร้อยละ 76.1บริหารงานและกำหนดนโยบาย ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ

**ด้านกระบวนการ Process** การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ กรณีศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 20 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 94 คน รวม 124 คน ทำการวิจัยระหว่าง 1 ถึง 30 มีนาคม 2560 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง จำนวน 1 ชุด มี 5 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ( District Health System :DHS) 5 ลำดับ ประกอบด้วย การทำงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการเอง (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็นและ การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย 3) แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 4) แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 5) แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาตามกิจกรรมของโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ

**ด้านผลผลิต Product** พบว่า ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ตามระดับการพัฒนา 5 ขั้น ของอำเภอสมเด็จ อยู่ในระดับ 5 โดยประเด็น การทำงานจนเกิดคุณค่ากับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร, การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ, การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ และน้อยสุด การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย

ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ อยู่ในระดับดีมาก (ระดับ1) โดยประเด็น องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และน้อยสุด องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ อยู่ในระดับดีมาก (ระดับ1)

ด้านการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสมเด็จ พบว่า มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2558-2560 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี 2558-2560 ร้อยละ 26.4, 37.6 และ 47.4 ตามลำดับ ตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาระบบการบริการวิกฤตสุขภาพจิต ร้อยละ 50.0 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8.2 ต่อแสนประชากร และอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง ระดับ 5

**ด้านประสิทธิผล Impact** จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ ของอำเภอสมเด็จ สามารถตอบสนองการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน DHS ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทางการดำเนินงานของอำเภอสมเด็จให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงานด้วยกลไก DHS ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**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**

**ด้านบริบท** พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ด้วยกลไกตำบลจัดการสุขภาพมีความสอดคล้องและชัดเจนกับนโยบายและยุทธศาตร์ทุกระดับ มีเป้าหมายให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเป็นเครื่องมือ

**ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า บุคลากรและงบประมาณมีความเพียงพอที่จะดำเนินงานได้ ซึ่งได้รับการจัดสรรจากระดับจังหวัด อำเภอและ กองทนสุขภาพในพื้นที่ เป็นหลัก บุคลากรผู้ปฏิบัติมีองค์ความรู้เพียงพอในการจัดกิจกรรมในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และการส่งต่อ

**ด้านกระบวนการ** พบว่า เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอด ชี้แจงกิจกรรมของโครงการ มีการรับรู้เป้าหมายในการดำเนินงาน มีการคัดพื้นที่ที่มีสภาพปัญหารุนแรง และมีต้นทุนทางสังคมสูง มีการประชาคม และกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

**ด้านผลผลิต** พบว่า ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ตามระดับการพัฒนา 5 ขั้น อยู่ในระดับ 5

**การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ สรุป ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก (ระดับ1)

**การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน** พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง มีการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบ สรุป ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก (ระดับ1)

**ด้านการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ** พบว่า มีการดำเนินงานต่อเนื่องมา ตั้งแต่ ปี 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

**3. อภิปรายผล**

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 ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา สัจจานันท์ (2553) รายงานการวิจัยติดตามประเมินผลโครงการอบรม พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดำเนินงาระบบสุขภาพอำเภอจังหวัดน่าน (2556) พบว่า มีการบูรณาการงานประจำที่ได้ดำเนินการ และต่อยอดต้นทุนเดิมของภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนพัฒนาโครงการเดิมต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมาแต่เพิ่มความเข้มขึ้น การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหามีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตการสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ร้อยละ 100 และ การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชนจากการศึกษา พบว่า องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา มีระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานมากที่สุด ระดับ 1 ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตการสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับ รีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล (2557) เรื่อง ประเมินผล กิจกรรมและกระบวนการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ( District Health System :DHS) ในพื้นที่จังหวัดพะเยา และการพัฒนาศักยภาพ และรูปแบบในการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างมีเอกภาพ ( Unity District Health Team ) ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ( District Health System :DHS) ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตามสภาพปัญหาบริบท ในพื้นที จากการดำเนินงานตามรูปแบบการประเมินทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ผลการประเมินเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คือ การดำเนินงานมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา มีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงาน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง การแก้ไขปัญหาโดยการขับเคลื่อนในรูปแบบการพัฒนาสุภาพอำเภอ สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอสมเด็จได้เป็นอย่างดี เนื่องจากชุมชนมีต้นทุนทางสังคม ตระหนัก และให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย นโยบายและงบประมาณได้รับการสนับสนุน จากหลายแหล่ง เช่น งบประมาณ จาก คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอและกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ จึงทำให้พอเพียงใน การดำเนินงาน บุคลากรและทีมงานทั้งระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีสมรรถนะในการดำเนิน ผลการประเมินตามการพัฒนา 5 ขั้น พบว่า อยู่ในระดับ 5 การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับดีมาก (ระดับ1) ซึ่งสอดคล้องกับสรุปผลการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (2556) และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ODOP บรรลุตัวชี้วัดตามที่กำหนดไว้ แต่ยังปัญหาด้านทัศนคติของชุมชนบางกลุ่มในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชในบางชุมชน แต่ไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และปัญหาการจัดเก็บ, การใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการคืนข้อมูลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช ผลผลิตจากกระบวนการดำเนินการสอดคล้องตามวัตถุประสงค์โครงการ

**4. ข้อเสนอแนะ**

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ ของอำเภอสมเด็จ สามารถตอบสนองการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมได้มากขึ้น จึงควร ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงาน DHS ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวทางการดำเนินงานของอำเภอสมเด็จให้กว้างขวาง และขยายผลการดำเนินงานด้วยกลไก DHS ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

1. จัดกระบวนการให้ความรู้ เพื่อแกไขความเชื่อ 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

**แบบสัมภาษณ์** การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Distric Health System) อำเภอสมเด็จ กรณีศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข......................ตำบล................อำเภอ...............จังหวัด…………….

วันที่สัมภาษณ์..........เดือน...........................พ.ศ. ..................................................................

ชื่อผู้สัมภาษณ์..........................................................................................................................

**คำชี้แจง**

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย 🗸ลงในช่องหรือตัวเลข

ข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านแบบสัมภาษณ์นี้มี 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ( District Health System :DHS) 5 ลำดับ มีจำนวน 35 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 11 ข้อ (เฉพาะเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.)

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีจำนวน 17 ข้อ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน(เฉพาะเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชน)

ตอนที่ 5 แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คปสอ.สมเด็จ (ODOP)

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน □ หน้าข้อความและเติมคาลงในช่องว่างในแต่ละข้อความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ**

**1. เพศ □ ชาย □ หญิง**

**2. อายุ □ ต่ำกว่า 20 ปี □ 20-29 ปี □ 30-39 ปี**

**□ 40-49 ปี □ 50-59 ปี □ 60 ปีขึ้นไป**

**3. สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่า □ แยกกันอยู่**

**4. ศาสนา □ พุทธ □ คริสต์ □ อิสลาม □ อื่นๆระบุ...................**

**5. ระดับการศึกษา □ ไม่ได้เรียน □ ชั้นประถมศึกษา □ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.**

**□ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. □ อนุปริญญา/ปวส.**

**□ ปริญญาตรี □ ปริญญาโท □ ปริญญาเอก**

**6. อาชีพ □ รับราชการ □ พนักงานกระทรวง □ รับจ้าง**

**□ เกษตรกร □ ค้าขาย □ ว่างงาน**

**7. ระดับเงินเดือน □ ต่ำกว่า 10,000 บาท □ 10,000 – 15,000 บาท**

**□ 15,001 – 20,000 บาท □ 20,001 – 25,000 บาท**

**□ 25,001 – 30,000 บาท □ 30,001 บาทขึ้นไป**

**8. ระยะเวลาของการทำงาน....................................ปี**

**9. บทบาทในการดำเนินงาน.................................................................................**

**ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ( District Health System :DHS) 5 ลำดับ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็น | รายการสัมภาษณ์ | คะแนน | | วิธีการประเมิน | คำชี้แจง/คำนิยาม |
| คะแนน เต็ม | คะแนนที่ได้ |
| 11.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ(Unity  District Health Team) | 11.1 มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS  -ประกอบ ด้วยภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาชน  11.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่  - มีการประชุม อย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง  - มีบันทึกรายงานการประชุม  11.3 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ  11.4 มีโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ(ODOP)  11.5 มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | 1  1  1  1  1 | ………  ………  ………  ………  ……… | คำสั่งแต่งตั้งระดับอำเภอขึ้นไป  /บันทึกการประชุม | มีคำสั่งแต่งตั้งโดยนาย อำเภอหรือผู้ว่าราชการจังหวัด /นายแพทย์ สสจ.  **การให้คะแนน**  - มีข้อ 1.1 ให้ 1 คะแนน  - มีข้อ 1.1 และมีการประชุมอย่างน้อย 2 เดือน/ครั้งพร้อม บันทึกรายงานการประชุม ให้ 2 คะแนน  - มีข้อ 1.1-1.2 และ1.3 ให้ 3 คะแนน  - มีข้อ 1.1-1,3 และ 1.4 ให้ 4 คะแนน  - มีข้อ 1.1- 1.4 และ1.5 ให้ 5 คะแนน |
| 12. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง(Appreciation)  12.1 การทำงานของทีมผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่) | 12.1.1 มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำตามที่ได้รับมอบหมาย  12.1.2 มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่  12.1.3 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น  12.1.4 ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน  12.1.5 เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ | 1  1  1  1  1 | ………  ………  ………  ………  ………  . | สังเกต/สัมภาษณ์/การบอกเล่าของทีม | - เจ้าหน้าที่ หมายถึงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทั้ง CUP  - ผู้รับบริการหมายถุงประชาชนทั่วไปที่รับบริการในแต่ละหน่วยบริการ  **การให้คะแนน**  - มี 2.1.1 ให้ 1 คะแนน  - มี 2.1.1 และ 2.1.2 และ มีการประชุมอย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง ให้ 2 คะแนน  - มีข้อ 2.11,-2.1.2 และ2.1.3 ให้ 3 คะแนน |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ประเด็น | รายการประเมิน | คะแนน | | วิธีการ ประเมิน | คำชี้แจง/คำนิยาม |
| คะแนน เต็ม | คะแนนที่ได้ |
|  |  |  |  |  | - มีข้อ 2.1.1 -2.1.3 และ มี2.1.4 ให้ 4 คะแนน  - มีข้อ 2.1.1-2.1.4 และมีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้ 5 คะแนน |
| 12.2 การสนับ สนุน หรือจัดให้มีแพทย์ให้คำ ปรึกษา ตามเกณฑ์ | 12.2.1 มีคำสั่งแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/หน่วยปฐมภูมิ  12.2.2 มีการให้คำปรึกษาผ่านระบบต่างๆ  12.2.3 มีการร่วมประชุม  12.2.4 มีการร่วมกันวางแผนปฏิบัติงาน  12.2.5 แพทย์ออกร่วมบริการเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละครั้ง | 1  1  1  1  1 | ………  ………………  ………  ……… | ดูคำสั่งแต่งตั้ง /บันทึกการคำปรึกษา | แพทย์ให้คำปรึกษา ที่ได้รับการแต่งตั้งต้องทำหน้าที่ตามบทบาทและคำสั่งที่มอบหมาย และมีสัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อ นสค. 12 – 15 คน  **การให้คะแนน**  - มี 2.2.1 ให้ 1 คะแนน  - มีข้อ 2.2.1 และ2.2.2 และมีบันทึกการให้คำปรึกษา ให้ 2 คะแนน  - มีข้อ 2.2.1-2.2.3 และมีการร่วมประชุมและวางแผนกับทีม ให้ 3 คะแนน  - มีข้อ 2.2.1- 2.2.4  ให้ 4 คะแนน  - มีข้อ 2.2.1-2.2.5 และ ให้ 5 คะแนน |
| 13. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human deve- - lopment)  **13.1 การพัฒนาบุคลากร** | 13.1.1 มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง  13.1.2 มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้(Knowledge , CBL, FM) และทักษะ (Skill)  13.1.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ | 1  1  1 | ………  ……….  ………. | สัมภาษณ์ / ดูเอกสาร/ | มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรระดับCUPและหน่วยบริการ หรือการขออนุญาตเข้ารับฝึกอบรม |
| ประเด็น | รายการประเมิน | คะแนน | | วิธีการ ประเมิน | คำชี้แจง/คำนิยาม |
| คะแนน เต็ม | คะแนนที่ได้ |
|  | 3.1.4 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม  3.1.5 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ | 1  1 | ……..  ……. |  | **การให้คะแนน**  - มี 3.1.1 ให้ 1 คะแนน  - มีข้อ 3.1.1 และ 3.1.2 ให้ 2 คะแนน - มีข้อ 3.1.1-3.1.3 และ ให้ 3 คะแนน  - มีข้อ 3.1.1- 3.1.4  ให้ 4 คะแนน  - มีข้อ 3.1.1-3.1.5 และ  ให้ 5 คะแนน |
| 3.2 การบริหารจัด การ และสนับสนุนงบประมาณ | 3.2.1 มีสนับสนุนงบประมาณตามเกณฑ์ปกติ(ตามแผน CUP)  3.2.2 มีการสนับสนุนจาก CUPและจังหวัด  3.2.3 มีการสนับสนุนจาก CUP , จังหวัดและท้องถิ่น  3.2.4 มีการสนับสนุนจาก CUP, จังหวัด,ท้องถิ่นและเอกชน  3.2.5 มีการนำเสนอรายรับ-รายจ่ายที่ประชุมเพื่อให้เกิดความโปร่งใส่ | 1  1  1  1  1 | ………  ……….  ……….  ……….  ……….. | สัมภาษณ์ / ดูเอกสาร | เอกสารที่เกี่ยวข้อง/รายงานการประชุม.  **การให้คะแนน**  - มี 3.2.1 ให้ 1 คะแนน  - มีข้อ 3.2.1 และ 3.2.2 ให้ 2 คะแนน  - มีข้อ 3.21-3.2.3 และ ให้ 3 คะแนน  - มีข้อ 3.2.1- 3.2.4  ให้ 4 คะแนน  - มีข้อ 3.2.1-3.2.5 และ  ให้ 5 คะแนน |
| 4. การให้ บริการสุข ภาพ ตามบริบท ที่จำเป็น(Essential care) | 4.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO เป็นปัจจุบันและแยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวม ของ คปสอ.  4.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูล ลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่  4.3 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ ไม่น้อยกว่า ๑ โครงการ ในภาพของอำเภอ(ODOP)  4.4 มีทีมนิเทศ ที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ. | 1  1  1  1 | ………  ………  ………  ………. | สัมภาษณ์/เอกสาร/ | มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ และข้อมูลสารสนเทศ  **การให้คะแนน**  - มี 4.1 ให้ 1 คะแนน  - มี 4.1 และ4.2 ให้ 2 คะแนน  - มี 4.1 - 4.3 ให้ 3 คะแนน |
| ประเด็น | รายการประเมิน | คะแนน | | วิธีการ ประเมิน | คำชี้แจง/คำนิยาม |
| คะแนน เต็ม | คะแนนที่ได้ |
|  | 4.5 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น |  |  |  | - มี 4.1 - 4.4 ให้ 4 คะแนน  - มี 4.1 - 4.5 ให้ 5 คะแนน |
| 5. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย(Community participation) | 5.1 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล  5.2 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ(Resource sharing)  5.3 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม  5.4 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น  5.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข้งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ | 1  1  1    1    1 | ………  ………  ………  ……..  ………..  ……….. |  |  |
|  | รวมคะแนน | 35 | ...........\* |  |  |

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (สำหรับจำหน้าที่รับผิดชอบงานจิตเวช) องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| 1. มีการจัดสรรทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3**  มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชและผ่านการอบรมพัฒนาความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพจิตและจิตเวช  **ระดับ 2**  มีการสนับสนุนงบประมาณ การดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 1** มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| 2. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** รับทราบนโยบาย/ทิศทางการดาเนินงานสุขภาพจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จาก คปสอ. คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) เป็นต้น  **ระดับ 2** มีการถ่ายทอดนโยบาย/ทิศทางการดาเนิน งานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่  **ระดับ 1** ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการกาหนดนโยบาย/ทิศทางการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้อง กันปัญหาสุขภาพจิตตามบริบทของพื้นที่และถ่ายทอดสู่ชุมชน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| 3. มีแผนการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 3** มีแผน/กิจกรรมการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตใน รพ.สต.  **ระดับ 2** มีการบูรณาการแผน/กิจกรรมการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่  **ระดับ 1** มีการดาเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามแผนที่กำหนดไว้ และมีการติดตาม ประเมินผล | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| **เนื้อหา** | **ประเมินตนเอง** |
| **4.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์**  **ระดับ 3** มีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น ภาวะเสี่ยงต่อความเครียด(ST5) ซึมเศร้า (2Q 9Q) ฆ่าตัวตาย(8Q) สุรา  **ระดับ 2** 1) มีการดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตเมื่อประเมินแล้วพบปัญหา เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา  2) มีระบบการส่งต่อกรณีหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความเสี่ยงในด้านปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย  **ระดับ 1** มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในพื้นที่ เช่น การจัดการความเครียดด้วยตนเอง การให้คาปรึกษาเบื้องต้น(Counseling) การเยี่ยมบ้าน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **5.กลุ่มเด็กปฐมวัย**  **ระดับ 3** 1) มีการคัดกรองพัฒนาการตามแนวปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุขกำหนด  2) ให้คาแนะนาเบื้องต้นในการดูแลเด็ก 0-5 ปี แก่ผู้ปกครองได้ เช่น การกระตุ้นพัฒนาเด็ก การอ่านหนังสือหรือเล่านิทานให้เด็กฟัง การเลี้ยงดู  **ระดับ 2** 1) มีการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นในเด็กกลุ่มเสี่ยงตามคู่มือที่กระทรวงกำหนด  2) มีการส่งต่อกรณีสงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งส่งต่อข้อมูล ที่จาเป็นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** 1) มีการผลักดัน/ กระตุ้นให้เกิดระบบดูแลพัฒนา การเด็กกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน กับ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. /ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล/ชุมชน  2) มีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังได้รับการกระตุ้นจากโรงพยาบาลแม่ข่าย | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **6.กลุ่มวัยเรียน**  **ระดับ 3**  1) มีการคัดกรองร่วมกับโรงเรียน เช่น แบบประเมิน SDQ แบบประเมิน EQ แบบสังเกตพฤติกรรม  2) ให้คาแนะนาครูเบื้องต้นสาหรับการดูแลเด็ก  **ระดับ 2** 1) มีการสนับสนุนผลักดันให้เกิด ระบบการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตเด็กใน โรงเรียนโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น SDQ EQ แบบสังเกตพฤติกรรม KUSSI แบบคัดกรองของสานักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน  2) สามารถสื่อสาร แจ้งผล และช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น  3) ส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงหรือยุ่งยากซับซ้อนรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็นให้แก่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1**  1) มีการจัดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยงเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา อบรมการเลี้ยงดูลูก โดยดาเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท./ศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล/ชุมชน  2) มีระบบในการติดตามดูแลทางสังคมจิตใจในพื้นที่ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **7.กลุ่มวัยเรียน**  **ระดับ 3**  1) มีการคัดกรองร่วมกับโรงเรียน เช่น แบบประเมิน SDQ แบบประเมิน EQ แบบสังเกตพฤติกรรม  2) ให้คาแนะนำครูเบื้องต้นสาหรับการดูแลเด็ก  **ระดับ 2** 1) มีการสนับสนุนผลักดันให้เกิด ระบบการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตเด็กใน โรงเรียนโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น SDQ EQ แบบสังเกตพฤติกรรม KUSSI แบบคัดกรองของสานักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน  2) สามารถสื่อสาร แจ้งผล และช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น  3) ส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงหรือยุ่งยากซับซ้อนรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็นให้แก่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1**  1) มีการจัดกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยงเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา อบรมการเลี้ยงดูลูก โดยดาเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท./ ศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาล/ชุมชน  2) มีระบบในการติดตามดูแลทางสังคมจิตใจในพื้นที่ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **8.กลุ่มวัยทางาน**  **ระดับ 3** มีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตวัยทางาน ได้แก่ ความเครียด ซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย RQ ความสุข และสุรา ฯลฯ  **ระดับ 2** 1) มีการให้สุขภาพจิตศึกษาและมีระบบในการติดตาม ดูแลทางสังคมจิตใจในเบื้องต้น  2) มีระบบส่งต่อกรณีมีความเสี่ยง หรือยุ่งยากซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น การบูรณาการงานสุขภาพจิตในตาบลจัดการสุขภาพ ,หมอประจาครอบครัว (Family care team) | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **9.กลุ่มวัยสูงอายุและผู้พิการ**  **ระดับ 3**  มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิตสาหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ความเครียด/ซึมเศร้า/ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ภาวะสมองเสื่อม  **ระดับ 2** 1) มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น  2) มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้อง กันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้พิการในกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง ใน รพ.สต. เช่น ความสุข 5 มิติ  3) มีระบบส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงหรือยุ่งยาก  ซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จาเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน  **ระดับ 1** มีการบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ ร่วม กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. พมจ. ศาสนสถาน ชมรมผู้สูงอายุ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **9. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดาเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  **ระดับ 3** ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชหรือบุคลากร รพ.สต. เป็นคณะกรรมการหรือที่ปรึกษากองทุนระดับตำบล เช่น กองทุนสุขภาพระดับตำบล กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ  **ระดับ 2** มีการสำรวจ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเขื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆและวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งผลักดันแผนเข้าสู่วาระการประชุมของกองทุนระดับตำบล เช่น กองทุนสุขภาพระดับตำบล กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ  **ระดับ 1** 1) มีการดาเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและมีการติดตามประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่  2) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดาเนินงาน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **10. มีระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีข้อมูลทั่วไป เช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลหลังคาเรือน ข้อมูลสถานสุขภาพ ฯลฯ  2) มีข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตของทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก ข้อมูลจานวนเด็กกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลระดับ IQ EQ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยาเสพติด ซึมเศร้า ฆ่าตัวตายสมองเสื่อม โรคเรื้อรังฯลฯ  **ระดับ 2** มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย และเผยแพร่ข้อมูลให้แก่บุคลากรใน รพ.สต.  **ระดับ 1** มีการสะท้อนข้อมูล ให้ชุมชน/ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

ส่วนที 4 **แบบสัมภาษณ์การแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลชุมชน** (สำหรับจำหน้าที่รับผิดชอบงานจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน)\*

**องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **1. มีนโยบายส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตที่มา จากการมีส่วนร่วม**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากการมีส่วนร่วมของ กลุ่มงานต่างๆ ใน โรงพยาบาลชุมชนและ ภาคีเครือข่ายทั้งในและ นอกระบบสาธารณสุข  **หลักฐาน** : รายงานการประชุมการ กำหนดนโยบายที่กลุ่มงาน ต่างๆ และภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม  **ระดับ 2** 1) มีนโยบายส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจาก ผู้บริหารของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของกลุ่มงาน ต่างๆ ในโรงพยาบาลและ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข เป็นลาย ลักษณ์อักษร  **หลักฐาน** : รายงานการประชุม การกำหนดนโยบายที่ กลุ่มงานต่างๆ และ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม  **ระดับ 1** 1) มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากผู้บริหารของ โรงพยาบาล และ/หรือ การมีส่วนร่วมของกลุ่มงาน ต่างๆ ในโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษร  **หลักฐาน** : 1) เอกสารนโยบายของ โรงพยาบาล/อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง  2) หลักฐานการเผยแพร่ นโยบายในหน่วยงาน ของโรงพยาบาล | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **2. มีคณะกรรมการ ดำ เนินงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องร่วมเป็น คณะกรรมการดำ เนินงาน  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง  หลักฐาน : รายงานการประชุมที่มี ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 1  2) มีภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขร่วมเป็น คณะกรรมการดำ เนินงาน  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง  หลักฐาน : รายงานการประชุม ที่มีภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม  **ระดับ 1** 1) มีคณะกรรมการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลชุมชน โดย ครอบคลุมผู้รับผิดชอบการดำเนินงานทุกกลุ่มวัย กลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้อง  2) มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของคณะกรรมการ  3) มีการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง  **หลักฐาน** : 1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ  2) รายงานการประชุม | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **3. มีแผนการดำ เนินงาน การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้อง กับสถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ใน การจัดทำแผน  **หลักฐาน** : 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ใน การจัดทำแผน  2) รายงานผลการดำ เนินงาน ตามแผน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) การมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ใน การจัดทำแผน ซึ่งสอดคล้อง กับสถานการณ์ และปัญหา ในพื้นที่  **หลักฐาน** : 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขในพื้นที่ในการ จัดทำแผน  2) รายงานผลการดำ เนินงาน ตามแผน  **ระดับ 1** 1) มีแผนการดำ เนินงานการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล  2) มีการดำ เนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล  **หลักฐาน** : 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  2) รายงานผลการดำ เนินงาน ตามแผน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **4. มีการจัดสรรทรัพยากร ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) เอกสาร/คำสั่งการจัดสรร งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ จาก ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขในพื้นที่  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร ร่วมกับหน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) เอกสาร/คำสั่งการจัดสรร งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ จาก ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **ระดับ 1** 1)มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และ/หรือ สนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ จากโรงพยาบาล  2) มีผู้รับผิดชอบที่ผ่านการ อบรมหลักสูตรการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช และ/ หรือจบปริญญาโทด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชหรือ นักจิตวิทยา  **หลักฐาน** : เอกสาร/คำสั่งการจัดสรร งบประมาณ บุคลากร และ ทรัพยากรอื่นๆ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **5. สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) บุคลากรที่รับผิดชอบใน โรงพยาบาลได้รับการพัฒนา และสามารถเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา วิทยากร แก่ภาคี เครือข่ายในและนอกระบบ สาธารณสุข  3) มีการพัฒนาศักยภาพภาคี เครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ งานส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) เอกสารรายงานการได้รับ การพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรภาคีเครือข่ายใน และนอกระบบสาธารณสุข  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลที่ เกี่ยวข้อง และ/หรือภาคี เครือข่ายในระบบสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) เอกสารรายงานการได้รับการ พัฒนาศักยภาพของบุคลากร และ/หรือภาคีเครือข่ายใน ระบบสาธารณสุข  **ระดับ 1** 1) มีแผนการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร  2) มีการสนับสนุนผู้รับผิดชอบ งานในโรงพยาบาลให้ได้รับ การพัฒนาศักยภาพอย่าง ต่อเนื่อง เช่น สนับสนุน งบประมาณ ส่งไปอบรม  **หลักฐาน** : 1) เอกสารรายงานการ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากร  2) แผนการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **6. มีการสื่อสารเพื่อให้ เกิดความร่วมมือในการ ดำ เนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) การรับรู้และร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุข  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) หลักฐาน/เอกสาร/รายงาน การประชุมที่มีการสื่อสาร  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) การรับรู้และร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) หลักฐาน/เอกสาร/รายงาน การประชุมที่มีการสื่อสาร  **ระดับ 1** ผู้บริหาร/คณะกรรมการ/ ผู้รับผิดชอบ มีการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการรับรู้และ ร่วมมือทั่วทั้งโรงพยาบาล  **หลักฐาน** : หลักฐาน/เอกสาร/รายงาน การประชุมที่มีการสื่อสาร | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 2 การบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **7. มีการสื่อสารความรู้ สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตใน รูปแบบที่หลากหลายและ มีความต่อเนื่อง**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ ให้ สุขภาพจิตศึกษา จัดกิจกรรม รณรงค์ในพื้นที่ ในเทศกาล ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มวัย เช่น วันเด็ก วันวาเลนไทน์ วันสตรีสากล วันครอบครัว วันผู้สูงอายุ สัปดาห์สุขภาพจิต แห่งชาติ ฯลฯ  3) ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกระบบสาธารณสุข จัดค่ายการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้กับกลุ่มวัยต่างๆ ในพื้นที่  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) เอกสารสื่อต่างๆ  3) บันทึกการให้สุขภาพจิตศึกษา  4) รูปถ่ายการดำ เนินงาน  **ระดับ 2** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 1  2) การเผยแพร่ความรู้ ให้สุขภาพจิตศึกษาและ สนับสนุนองค์ความรู้ สุขภาพจิตแก่ประชาชนใน พื้นที่ และ/หรือร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) เอกสารสื่อต่างๆ  3) บันทึกการให้สุขภาพจิต ศึกษา  **ระดับ 1** 1)มีการเผยแพร่ความรู้ สุขภาพจิตในโรงพยาบาล ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติในคลินิก บริการ  **หลักฐาน** : 1) เอกสารสื่อต่างๆ  2)บันทึกการให้สุขภาพจิตศึกษา | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **8. มีบริการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตตาม กลุ่มวัย**  **หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ให้การดูแลทางสังคมจิตใจ รวมทั้งมีการส่งต่อในราย ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน  3) มีระบบรับ-ส่งต่อข้อมูลให้ หน่วยที่รับผิดชอบ/รพ.สต. หรือภาคีเครือข่าย เพื่อ ติดตามหลังคลอดในรายที่ มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการ ช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) ผลการประเมินและ การช่วยเหลือ  3) บันทึกการให้สุขภาพจิต ศึกษา  4) รายงานการรับ-ส่งต่อ และติดตามดูแล  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 1  2) ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินปัญหา การดื่มสุราตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ และ/หรือการให้ คำ ปรึกษาเบื้องต้น เมื่อประเมินแล้วพบปัญหา | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **มีบริการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตตาม กลุ่มวัย**  **หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด(ต่อ)**  **ระดับ 2** 3) มีระบบรับ-ส่งต่อและ ติดตามดูแลต่อเนื่องใน ชุมชนอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) ผลการประเมินและ การช่วยเหลือ  3) บันทึกการให้สุขภาพจิตศึกษา  4) รายงานการรับ-ส่งต่อ และติดตามดูแล  **ระดับ 1** 1)มีการคัดกรองโดยใช้แบบ ประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบ ประเมินปัญหาการดื่มสุรา ก่อนคลอด 1 ครั้ง และ หลังคลอด 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือน และมีการส่งต่อ เพื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตเมื่อประเมิน แล้วพบปัญหา  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา และ/หรือฝึกทักษะคลาย เครียดสำ หรับหญิงตั้งครรภ์  3) มีการบันทึกผลการประเมิน หญิงตั้งครรภ์และการ ช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ผลการประเมินและการ ช่วยเหลือ  2) บันทึกการให้สุขภาพจิต ศึกษา | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **9. ปฐมวัย**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) มีระบบรับส่งต่อและ ติดตามดูแลเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการ โดยมีแนวทาง การดำ เนินงานร่วมกันใน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง  3) ประเมินปัญหาสังคมจิตใจ ของพ่อแม่ผู้ปกครองได้ ให้การดูแลช่วยเหลือและ ส่งต่อ  4) เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาทาง วิชาการและเป็นแกนนำ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริม พัฒนาการแก่ภาคีเครือข่าย  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานการคัดกรอง ส่งเสริมและกระตุ้น พัฒนาการเด็ก  3) รายงานการรับ-ส่งต่อ  4) รายงานการดำ เนินงาน ประเมินปัญหาสังคมจิตใจ ของพ่อแม่ผู้ปกครอง และ เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาทาง วิชาการ  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีบริการกระตุ้นเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัยใน โรงพยาบาล  3) มีระบบเฝ้าระวังเด็ก กลุ่มเสี่ยงพิเศษใน 4 กลุ่ม ได้แก่ เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรก คลอดน้อย เด็กที่เกิดจาก แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย และเด็กที่มีภาวะขาด ออกซิเจนแรกเกิด  4) เป็นพี่เลี้ยง ให้คำ ปรึกษา รพ.สต. ในการคัดกรอง ประเมิน และส่งเสริม พัฒนาการเด็กได้ตามวัย  5) มีระบบรับ-ส่งต่อเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัย | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **ปฐมวัย** (ต่อ)  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานการคัดกรองส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการเด็ก  3) รายงานการรับ-ส่งต่อ  4) รายงานการดำ เนินงาน และ เป็นพี่เลี้ยง ให้คำ ปรึกษา รพ.สต.  **ระดับ 1** 1)มีการจัดบริการคัดกรอง พัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กดี ทุกคนโดยใช้เครื่องมือตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด  2) ส่งเสริมเด็กที่พัฒนาการ สมวัยและกระตุ้นเด็กที่มี พัฒนาการไม่สมวัยตาม เกณฑ์หรือแนะนำ พ่อแม่ ผู้ดูแลให้กระตุ้นพัฒนาการ ลูก  3) มีระบบส่งต่อ ถ้าภายใน 1 เดือนกระตุ้นแล้วไม่ดีขึ้น  4) ให้ความรู้พ่อแม่ผู้ดูแลใน เรื่องส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัย  **หลักฐาน** : 1) รายงานการคัดกรองส่ง เสริมและกระตุ้นพัฒนาการ เด็ก  2) รายงานการรับ-ส่งต่อ |  |
| **10. วัยเรียน**  **ระดับ 3** 1)มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายนอก ระบบสาธารณสุข จัดกิจกรรม/พื้นที่สำ หรับ เด็กวัยเรียนเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต เช่น การจัด กิจกรรมสันทนาการ กีฬา ดนตรี ศิลปะ และวิชาการ ฯลฯ  3) พัฒนาศักยภาพครูให้ สามารถดูแลช่วยเหลือ นักเรียนได้  4) ให้ความรู้พ่อแม่/ผู้ปกครอง และชุมชนให้สามารถดูแล ช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานการรับ-ส่งต่อตาม ระบบการดูแลช่วยเหลือ  3) บันทึกการดูแลช่วยเหลือ  4) รายงานการดำ เนินงาน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) มีระบบในการติดตามดูแล รับและส่งต่อ  3) มีการประเมินซ้ำในรายที่มี ปัญหาเพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือ และ/หรือ ประสานความร่วมมือกับ โรงเรียนและพ่อแม่/ ผู้ปกครองในการให้ความ ช่วยเหลือนักเรียน  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานการรับ-ส่งต่อตาม ระบบการดูแลช่วยเหลือ  3) บันทึกการดูแลช่วยเหลือ  **ระดับ 1** 1) มีการสนับสนุนให้เกิด การดำ เนินงานตามเกณฑ์ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต  2) มีการสนับสนุนผลักดัน ให้เกิดการคัดกรองและ ระบบการดูแลช่วยเหลือ นักเรียน  3) มีการบันทึกผลการ ประเมินและการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) รายงานการดำ เนินงานตาม เกณฑ์โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพด้านสุขภาพจิต  2) รายงานการรับ-ส่งต่อตาม ระบบการดูแลช่วยเหลือ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **11. วัยรุ่น**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 2  2) มีส่วนร่วม/สนับสนุน ภาคีเครือข่ายให้มีการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต วัยรุ่นในพื้นที่ และ/หรือ บูรณาการงานสุขภาพจิต วัยรุ่นร่วมกับระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)  3) พัฒนาศักยภาพคู่เครือข่าย ในระบบการดูแลช่วยเหลือ ในสถานศึกษา  4) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานผลการดำ เนินงาน บูรณาการงานร่วมกับระบบ สุขภาพระดับอำเภอ  3) ภาพถ่ายกิจกรรม  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) ส่งเสริมและสนับสนุนด้าน วิชาการเพื่อให้สถานศึกษา มีการสอนเพศศึกษารอบ ด้านและทักษะชีวิต  3) มีช่องทางการสื่อสารที่ สอดคล้องกับบริบทของ วัยรุ่น โดยใช้ช่องทางต่างๆ เช่น Social Network โทรศัพท์ เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือสร้าง เครือข่ายวัยรุ่น  4) มีระบบการเชื่อมโยงและ สนับสนุนการดำ เนินงาน ของชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา/ชุมชน  5) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานผลการดำเนินงาน  **ระดับ 1** 1) มีบริการดูแลทางสังคมจิตใจ ในวัยรุ่นทั้งกลุ่มปกติและ กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่ม วัยรุ่นตั้งครรภ์  2) ขับเคลื่อนให้เกิดคู่เครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงเรียน  3) สนับสนุนให้โรงเรียน คัดกรองและดูแลช่วยเหลือ สุขภาพจิตวัยรุ่นในโรงเรียน  4) มีระบบการรับ-ส่งต่อ ตามระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียน  5) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) รายชื่อโรงเรียนคู่เครือข่าย  2) รายงานการรับ-ส่งต่อและ การดูแลช่วยเหลือทางสังคม จิตใจ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **12. วัยทำงาน**  **ระดับ 3** 1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำ งานตามระดับ 2  2) มีการจัดบริการแบบบูรณาการการดูแลทางสังคม จิตใจในทุกคลินิกบริการของ โรงพยาบาล  3) เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาทาง วิชาการ วิทยากร เพื่อ สนับสนุนให้จัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงาน ในพื้นที่ เช่น การจัดการ ความเครียด การสร้าง ความสุข การคิดทางบวก ฯลฯ  4) บูรณาการสุขภาพจิตวัย ทำงานร่วมกับระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS) เช่น เรื่องโรคเรื้อรัง  5) บูรณาการสุขภาพจิต วัยทำงานร่วมกับสถาน ประกอบการในพื้นที่ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **ระดับ 3** (ต่อ)  6) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) รายงานการคัดกรองและ การช่วยเหลือ ส่งต่อ  2) รายงานผลการดำ เนินงาน บูรณาการงานร่วมกับระบบ สุขภาพระดับอำเภอและ สถานประกอบการ  3) ภาพถ่ายกิจกรรม  **ระดับ 2** 1) มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำงานตามระดับ 1  2) มีการจัดบริการแบบบูรณา การการดูแลทางสังคมจิตใจ ในคลินิก NCD คลินิกสุรา/ ยาเสพติด ศูนย์พึ่งได้  3) มีการประสานและเชื่อมโยง กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น บ้านพักเด็กและ ครอบครัว ศาลตำรวจ อสม. เป็นต้น เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม  4) มีระบบติดตามและ/หรือ เยี่ยมบ้าน  5) มีการบันทึกผลการดำ เนินงาน และการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) รายงานการคัดกรองและ การช่วยเหลือ ส่งต่อ  2) รายงานการประสาน ติดตาม และ/หรือเยี่ยมบ้าน  **ระดับ 1** 1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง วัยทำ งานที่มารับบริการที่ คลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์พึ่งได้ คลินิกสุรา/ยาเสพติด ตาม แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินปัญหา การดื่มสุราและให้คำแนะนำ เบื้องต้น  2) มีการส่งต่อจากคลินิกต่างๆ ไปคลินิกสุขภาพจิตในราย ที่พบปัญหายุ่งยากซับซ้อน เพื่อขอรับการดูแลทาง สังคมจิตใจ  3) มีการบันทึกผลการ ประเมินและการช่วยเหลือ  4) มีการคัดกรองและส่งเสริม สุขภาพจิตบุคลากรใน โรงพยาบาล  **หลักฐาน** : รายงานการคัดกรองและ การช่วยเหลือ ส่งต่อ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **13. วัยสูงอายุ**  **ระดับ 3** 1)มีการดำ เนินการตามระดับ 1 และ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุข จัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ/ในพื้นที่ เช่น จัดกิจกรรมสุข 5 มิติ  3) เป็นพี่เลี้ยง/เป็นที่ปรึกษา/ สนับสนุน รพ.สต. ในการ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง  4) ร่วมทีมหมอครอบครัว เพื่อ ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ติดบ้าน/ติดเตียง และ/ หรือบูรณาการการดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุร่วมกับ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)  5) มีการบันทึกผลการ ดำ เนินงานและการช่วยเหลือ  6) คัดกรอง Dementia และ วางระบบการดูแลช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานผลการดำ เนินงาน และ/หรือผลการบูรณาการ งานร่วมกับระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ  3) รายงานการคัดกรอง Dementia และ การช่วยเหลือ ส่งต่อ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **วัยสูงอายุ** (ต่อ)  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) กรณีที่ผลการคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2Q พบว่ามีข้อ ใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ให้ประเมินความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าด้วยแบบ ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)  3) กรณีที่มีคะแนนการประเมิน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมินตามแบบประเมิน การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ο กรณีที่ผลคะแนน 8Q ได้ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป ให้ส่งพบจิตแพทย์  4) มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล เช่น ชมรม ผู้สูงอายุของโรงพยาบาล  5) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานการประเมิน 9Q, 8Q และการช่วยเหลือ ส่งต่อ  **ระดับ 1**  1)มีการคัดกรองและประเมิน สุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน คลินิก NCD/คลินิกสูงอายุ ตามแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)  2) มีการให้สุขภาพจิตศึกษา สำ หรับผู้สูงอายุ  3) มีการส่งต่อจากคลินิก NCD/ คลินิกสูงอายุไปคลินิก สุขภาพจิตในรายที่พบ ปัญหา  4) มีการบันทึกผลการประเมิน และการช่วยเหลือ  **หลักฐาน** : รายงานการคัดกรองและ การช่วยเหลือ ส่งต่อ |  |
| **14. ผู้พิการ**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายนอก ระบบสาธารณสุขในการ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการ ดูแลผู้พิการทางกายและจิต  3) เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้ กับกลุ่ม/ชมรม  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานการดำ เนินงาน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) ร่วมกับภาคีเครือข่ายใน ระบบสาธารณสุขเยี่ยมบ้าน ผู้พิการเพื่อดูแลทางสังคม จิตใจ  3) ประเมินคัดกรองและดูแล สุขภาพจิตของผู้ดูแล  4) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและ เครือข่ายสาธารณสุขใน พื้นที่ร่วมกับ รพ.สต. **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานการดำ เนินงาน  **ระดับ 1** ประเมินคัดกรองปัญหา สุขภาพจิต ตามแบบประเมิน ความเครียด (ST-5) และ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และดูแล ทางสังคมจิตใจ  **หลักฐาน** : รายงานการคัดกรองและการ ช่วยเหลือส่งต่อ | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำ เนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **15. การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 2  2) ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของ กระบวนการดำ เนินงาน ส่งเสริมสุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  3) ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุขริเริ่มการ ดำ เนินงานส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต โดยมี โรงพยาบาลชุมชน เป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาทาง วิชาการ  4) มีการขับเคลื่อนให้บูรณาการงานสุขภาพจิต เข้าสู่ระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHS)  หลักฐาน : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานผลการดำ เนินงาน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตาม ระดับ 1  2) ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุขมีส่วนร่วมใน ทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การร่วมวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการติดตาม ประเมินผล และทบทวนเพื่อวางแผนต่อไป  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานผลการดำ เนินงาน  **ระดับ 1** กลุ่มงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ชุมชนร่วมกิจกรรมการ ดำ เนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **หลักฐาน** : รายงานผลการดำ เนินงาน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |
| **16. การสนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต แก่ภาคีเครือข่ายทั้งในและ นอกระบบสาธารณสุข**  **ระดับ 3** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 2  2) สนับสนุนวิชาการ/ เอื้ออำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานให้แก่ ภาคีเครือข่ายนอกระบบ สาธารณสุข  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานผลการดำเนินงาน  **ระดับ 2** 1) มีการดำ เนินการตามระดับ 1  2) สนับสนุนวิชาการ/ เอื้ออำ นวยความสะดวก ในการดำ เนินงานให้แก่ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานผลการดำ เนินงาน  **ระดับ 1** สนับสนุนวิชาการ/เอื้อ อำ นวยความสะดวกในการ ดำ เนินงานให้แก่ภาคี เครือข่ายในโรงพยาบาล ชุมชน  **หลักฐาน** : รายงานผลการดำ เนินงาน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**

|  |  |
| --- | --- |
| เนื้อหา | ประเมินตนเอง |
| **17. มีระบบสารสนเทศ การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต**  **ระดับ 3** 1)มีการดำเนินการตามระดับ 2  2) มีการคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุข  3) มีการเชื่อมโยงข้อมูลและใช้ประโยชน์ร่วมกันในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต  4) มีช่องทางการเผยแพร่ที่ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึง ข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 2  2) รายงานผลการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน  **ระดับ 2** 1) มีการดำเนินการตามระดับ 1  2) มีการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อใช้ประโยชน์ในการ วางแผนการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต รวมทั้งการติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในระบบ สาธารณสุข  **หลักฐาน** : 1) ตามระดับ 1  2) รายงานผลการวิเคราะห์ วางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  **ระดับ 1** 1) มีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มวัย ในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน  2) มีทีมบุคลากรที่รับผิดชอบงานสารสนเทศ  3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตามกลุ่มวัยในองค์ประกอบ ที่ 2  **หลักฐาน** : ฐานข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มวัย ในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน | □ ระดับ 1  □ ระดับ 2  □ ระดับ 3 |

**ส่วนที่ 5 แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ คปสอ.สมเด็จ (ODOP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.................................**