

บทความพิเศษ

Special article

สองทศวรรษโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย  
โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต

ศักรินทร์ แก้วเข้า, พบ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ขนาด 250 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มารับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิ ในการดูแลและพัฒนา ระบบบริการเครือข่ายบริการในทุกระดับให้มีบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เนื่องจากสถิติผู้ป่วยนอกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2540 -2542 พบปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (จำนวน 849, 873 และ 1,265 คน) พร้อมทั้งที่ประเทศไทยมีปัญหาการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ.2542 เพิ่มขึ้นสูงถึง 5,290 คน หรือเท่ากับ 8.59 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2542) โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 31.23 ต่อประชากรแสนคน เหตุการณ์นี้มีความสอดคล้องกับการเพิ่มสูงขึ้นของสถานการณ์การฆ่าตัวตายทั่วโลก ที่พบหลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลกในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าสถิติอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรโลกอยู่ระหว่าง 18.95 ถึง 36.80 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 1999)

จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี พ.ศ.2540 มีอัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาในปี พ.ศ.2541 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.81 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2542 เพิ่มเป็น 5.59 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่าอำเภวาริชภูมิมีแนวโน้มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สูงกว่าอำเภออื่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้ริเริ่มโครงการป้องกันเฝ้าระวังปัญหา การฆ่าตัวตายระดับอำเภอขึ้นครั้งแรก ภายใต้การนำของผู้อำนวยการโรงพยาบาล นพ.อภิชัย มงคล โดยเริ่มจากการสำรวจข้อมูลร่วมกับทีมงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ จากผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาในครั้งนั้นได้ข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้ 1) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมองว่าการมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นเรื่องน่าละอาย อ่อนแอ ไร้ความสามารถ จึงปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา บางรายเลือกใช้สุราและยาเสพติดในการแก้ไขปัญหา และยังคงมีความคิดฆ่าตัวตายขั้วอยู่โดยไม่ยอมเข้าสู่ระบบบริการ 2) บุคคลใกล้ชิดและครอบครัวมีความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นภาระ เครียดจากการที่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและสูญเสียรายได้ รู้สึกทันทุกข์ ลำบากใจและเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงละเลยกับสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วย แสดงให้เห็น คิดว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ 3) ระบบบริการและการรักษา พบว่าทำได้เพียง

การตั้งรับผู้ทำร้ายตนเองที่มีรับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น พบปัญหาว่าแพทย์เวชปฏิบัติผู้ให้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษา เพราะฉะนั้นการรักษาที่ให้อาจเป็นไปตามอาการที่พบ ไม่มีแนวปฏิบัติเฉพาะในการดูแล ไม่พบระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว และการติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับมาทำซ้ำ รวมทั้งไม่มีระบบเชื่อมประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานกับชุมชนแต่อย่างใด เป็นผลให้ผู้พยายามทำร้ายตนเองกลับไปกระทำซ้ำและเสียชีวิตในที่สุด 4) ผู้นำชุมชน และ อสม. มีความรู้และความเข้าใจไม่ถูกต้อง เห็นว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนตัวและครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของชุมชน การแก้ไขปัญหาก็เป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว 5) ประชาชน และ สังคมมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป ผิดหลักศาสนา เป็นพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจมากกว่าต้องการขอความช่วยเหลือ ต่ าหนึที่ครอบครัวปล่อยให้มืเหตุการณืเกิดขึ้นในชุมชน 6) บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และไม่มั่นใจในความรู้และทักษะในการเข้าไปดูแลช่วยเหลือ และรู้สึกกังวล รู้สึกผิด กล่าวโทษตนเองจากประสบการณ์เดิมที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ที่ฆ่าตัวตายได้ 7) ข้อมูลที่ปรากฏในรายงานเป็นข้อมูลการฆ่าตัวตายที่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากข้อมูลดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับสิทธิประโยชน์ บางรายครอบครัวรู้สึกอาย ไม่อยากเปิดเผยข้อมูล ลำบากใจเมื่อต้องพูดถึงการสูญเสีย ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบรายงานจึงเพียงแสดงถึงจำนวนผู้ทำร้ายตนเองและผู้เสียชีวิตที่พบในหน่วยบริการนั้น ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงลักษณะขอบเขตและอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาได้ทั้งหมด

ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการในอำเภอ นำร่องผลพบว่าบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ที่ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น กลุ่ม อสม. เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 12 คนในพื้นที่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ผลการติดตามกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน 6 เดือนแรก พบว่าไม่มีการเสียชีวิต แต่เมื่อผ่านพ้นไป 1 ปี มีผู้ป่วย 2 คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนเริ่มโครงการ (ปี 2541) มีรายงานผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 7 คน ในขณะที่หลังดำเนินโครงการปี 2542 มีรายงานผู้ฆ่าตัวตาย 2 คน ซึ่งนับเป็นก้าวแรกของการมีการสร้างระบบป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับอำเภออย่างเป็นทางการ จากผลลัพธ์ดังกล่าวทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัญหาดังกล่าว จึงได้นำโครงการเสนอต่อกรมสุขภาพจิต จนได้รับการสนับสนุนเงินโยบายและการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการขยายผลการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวไปทั่วประเทศ

จากการศึกษาอื่นๆ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รัฐบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาดูแลเฉลี่ยรายละ 2,028-5,333 บาท หากเมื่อต้องมารักษายังโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่าย เฉลี่ย 37,793 บาท ต่อผู้ป่วย 1 ราย (บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ, 2546) ดังนั้นหากมีระบบรักษาดูแลไม่ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 10 ราย จะช่วยให้ประเทศประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาได้มากถึง 377,930 บาท จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทย

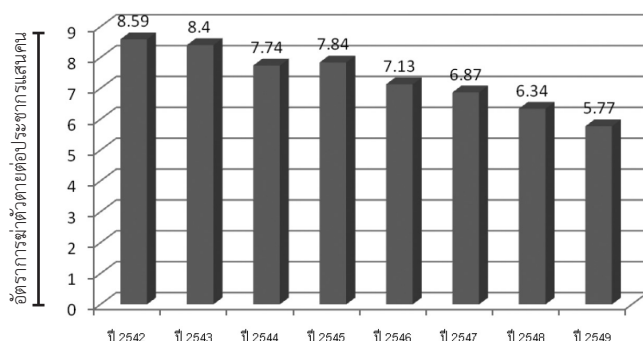
โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และกรมสุขภาพจิต ได้ริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2544 และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 5 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 (ปี 2544 – 2546) “การพัฒนาโครงการ” จากการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา ในระยะนี้ได้เกิดกิจกรรมสำคัญดังนี้ 1) มีพื้นที่ที่สนใจนำระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปขยายผลเพิ่มขึ้นเป็น 33 จังหวัด (32 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร) เนื่องด้วยในหลายจังหวัดกำลังประสบปัญหาจากการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศในขณะนั้น 2) งานด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่า บุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการสามารถใช้แบบประเมินและให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้า 3) งานด้านพัฒนาเครื่องมือได้ริเริ่มจัดทำและพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2546 (ทวิ ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

โดยมีจำนวน 10 ข้อคำถาม และใช้ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ รวม 25 ข้อ แต่ในบางข้อเป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการประเมินโรคทางกาย และมีความซ้ำซ้อน เครื่องมือชุดนี้จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้

ระยะที่ 2 ปี 2547 - 2549 “การเข้าถึงทั่วประเทศ” โดยขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมระบบบริการทั่วประเทศ ในปี 2547 ผลการดำเนินงานที่สำคัญมีดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาบุคลากรพบว่าทุกจังหวัดมีเครือข่ายวิทยากรประจำจังหวัด และมีผู้รับผิดชอบดำเนินงานที่ชัดเจน 2) ด้านระบบบริการ มีการจัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปทั้งประเทศจำนวน 76 คน ซึ่งผลการติดตามแพทย์กลุ่มดังกล่าวพบว่าได้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ยคนละ 25 ราย มีการใช้ยาต้านเศร้าเพิ่มขึ้น โดยยาที่แพทย์นิยมใช้มากที่สุดคือยาในกลุ่ม SSRI สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ มีความมั่นใจในการให้การปรึกษาที่ระดับ 2.7 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) รวมทั้งเริ่มมีการจัดเก็บระบบรายงานการพยายามทำร้ายตนเองจากเครือข่ายผู้รับผิดชอบจากแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศ 3) อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีพ.ศ.2542 - 2549



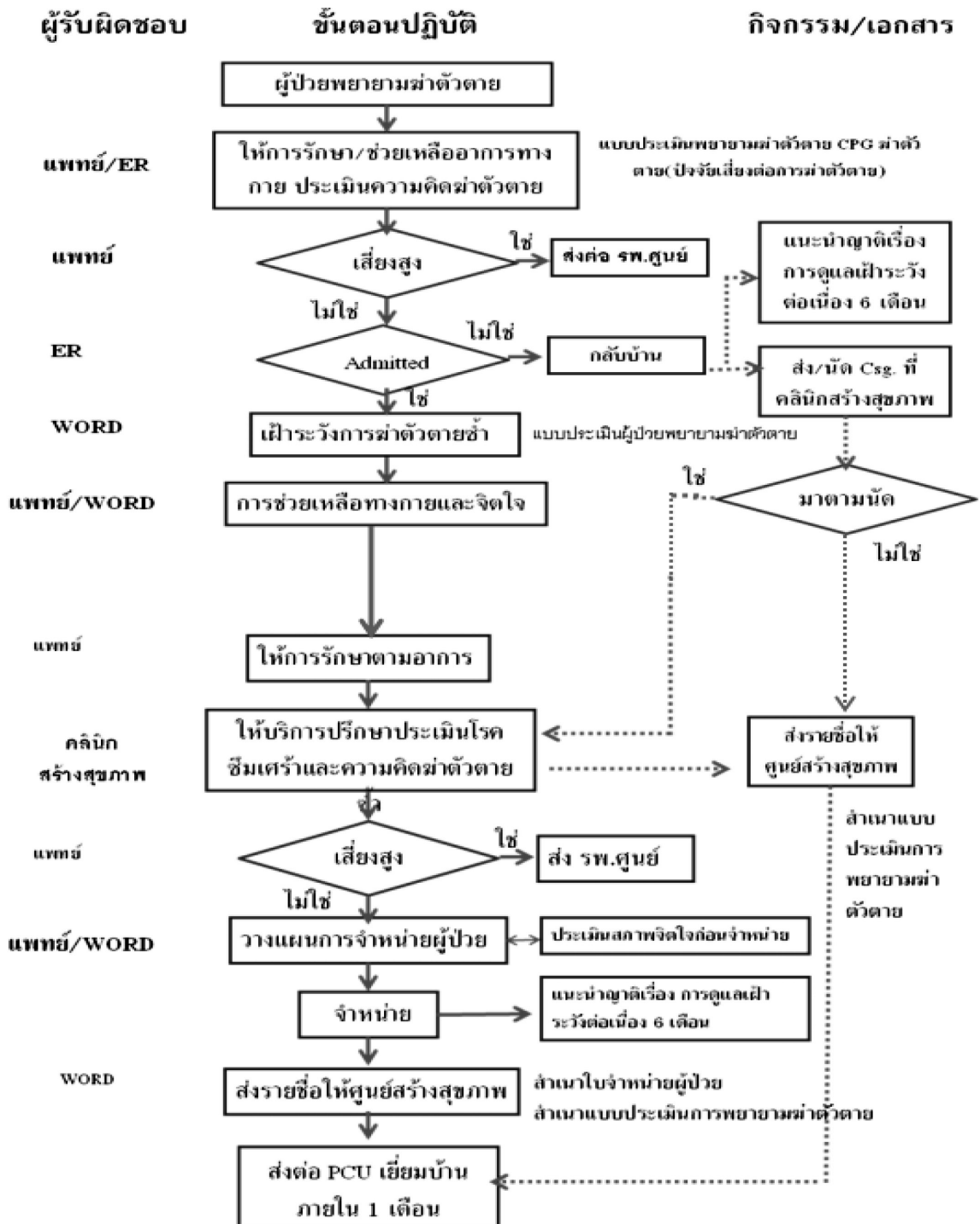
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550)

วารสารป้องกันกาฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563;1(1):1-8.

ระยะที่ 3 (ปี 2550-2553 “การพัฒนา  
ระบบบริการ องค์ความรู้และเทคโนโลยี”  
ผลการดำเนินงานในระยะนี้คือ 1) ด้านนวัตกรรม  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯได้พัฒนาเครื่องมือ  
คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการ  
ฆ่าตัวตายขึ้นใหม่ เหตุจากปัญหาการใช้เครื่องมือ  
เดิมที่มีข้อคำถามหลายข้อ คำถามซ้ำซ้อน โดยแบบ  
คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย  
หรือ DS 8 ”พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรีและคณะ (2551)  
แบบคัดกรองฉบับนี้ จึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1  
ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ข้อ 1-6) โดยมี  
ค่าความไวร้อยละ 89.9 ความจำเพาะร้อยละ  
71.9 ส่วนที่ 2 ใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการ  
ฆ่าตัวตาย (ข้อที่ 7-8) ประเมินความตั้งใจในการ  
ฆ่าตัวตาย (Suicidal intention) มีค่าความไว  
ร้อยละ 87.1 ความจำเพาะร้อยละ 89.4 เป็นแบบ  
คัดกรองที่ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชน  
ในการแปลผลหากตอบว่า “มี” ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป  
หรือ 3 คะแนนขึ้นไป ในคำถามข้อที่ 1-6 หมายถึง  
“มีภาวะซึมเศร้า” จะได้รับการให้บริการปรึกษา  
หรือพบแพทย์ เพื่อการบำบัดรักษาและถ้าตอบว่า

“มี” ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หรือ 1 คะแนนขึ้นไป  
ในข้อคำถามข้อที่ 7-8 หมายถึง “มีความเสี่ยงต่อการ  
ฆ่าตัวตาย” 2) ด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่าบุคลากร  
มีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเอง  
ด้านการให้ปรึกษา (บุคลากรสาธารณสุข พยาบาล)  
ในระดับมาก แพทย์มีโอกาสดูแลผู้ทำร้ายตนเอง  
ทั้งที่เสียและไม่เสียชีวิต ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา  
มีจำนวนเฉลี่ย 24.6 รายต่อปี เพิ่มขึ้นจากปี 2551  
ที่ได้ดูแลเฉลี่ยคนละ 17.0 รายต่อปี ด้านความเห็น  
ของบุคลากรต่อการใช้และความพึงพอใจต่อแบบ  
ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อ  
การฆ่าตัวตาย (DS-8) อยู่ในระดับมาก 3) ด้าน  
ระบบบริการ ในปี 2550 ระบบบริการสาธารณสุข  
ทั่วประเทศ มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีระบบ  
บริการการดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย  
ครบตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ร้อยละ100  
ของ รพศ /รพท, ร้อยละ 85 ของ รพช และ  
ร้อยละ 65 ของ สถานีอนามัย นอกจากนี้แต่ละ  
สถานบริการมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการดูแล  
ช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน  
ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แผนผังแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



4) การลดลงของอัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ และเริ่มคงที่ในปี พ.ศ. 2550-2551 (ปี พ.ศ. 2550) เกิดวิกฤตเศรษฐกิจใหม่อีกครั้ง) และในปี 2552 กลับมาลดลงเป็น 5.97 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการกลับมาระบาดอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงอยู่ในตามเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ ตามที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการฯ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน) ดังตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง ปี พ.ศ.2549-2553

ระยะที่ 4 (ปี 2553-2555 “บูรณาการงานสุขภาพจิตและก้าวสู่ความเป็นเลิศระดับชาติ”

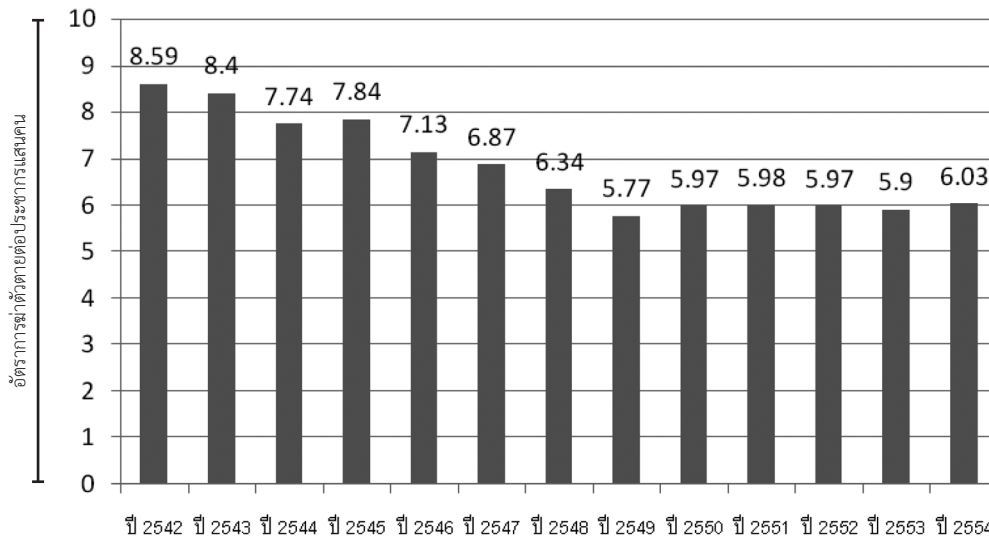
เน้นการขยายผลให้ระบบการดูแลช่วยเหลือนี้ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข มีความครอบคลุมให้ไปถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงตามหลักฐานข้อมูลทางระบาดวิทยา ผลการดำเนินงานที่สำคัญ 1) ด้านบุคลากรในแต่ละปี แต่ละจังหวัด ยังคงมีการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายในรูปแบบการบูรณาการงานสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน กำนัน ผญบ. อบต. เฉลี่ยจังหวัดละ 809 คน รองลงมาคือ ครูอาจารย์ เฉลี่ยจังหวัดละ 166 คน และ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เฉลี่ยจังหวัดละ 100 คน 2) การควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกินเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดภายหลังจากการดำเนินโครงการ พบว่าแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายลดลง โดยในปี 2554

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยปี พ.ศ.2549 - 2553

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราต่อแสน
2549	62,623,416	3,612	5.77
2550	63,933,515	3,756	5.97
2551	63,214,022	3,778	5.98
2552	63,457,439	3,787	5.97
2553	63,701,703	3,761	5.90

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551

ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มี 2542-2554



**ที่มา :** สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554)

อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.03 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน (ภาพที่ 3)

3) พัฒนานวัตกรรม แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบ 9 ข้อคำถาม (SU 9) พัฒนาขึ้นภายใต้การวิจัยในปี พ.ศ 2554 เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.56 ค่า cut off point คือ 1 คะแนนขึ้นไปโดยมีค่าความไว 75.0% ความจำเพาะ 82.3% คุณค่าการทำนายผลบวก 18.6% คุณค่าการทำนายผลลบ 98.4% ความถูกต้องของการทดสอบ 82.0%

ระยะที่ 5 (ปี พ.ศ 2556-ปัจจุบัน) ยุคแห่งนวัตกรรมและดิจิทัล เนื่องจากโลกมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา มีรูปแบบการรับข้อมูลต่างจากเดิม ความสามารถ

ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านอุปกรณ์สมาร์ต (smart device) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สื่อสิ่งพิมพ์มีบทบาทลดลง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ จึงได้ปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ดังนี้ 1) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและเว็บไซต์ระบบฐานข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายและผู้ที่ยพยายามทำร้ายตนเองได้ปรับปรุงใหม่สู่ version 10 (506 S ver.10) ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น สามารถป้อนข้อมูลได้โดยใช้อุปกรณ์สมาร์ตต่างๆ รวมทั้งการปรับปรุงเว็บไซต์จาก [www.suicidethai.com](http://www.suicidethai.com) สู่ [www.suicide.dmh.go.th](http://www.suicide.dmh.go.th) ซึ่งมีการออกแบบแพลตฟอร์มให้ใช้งานได้ง่าย เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสามารถแสดงข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างทันที 2) การพัฒนาบุคลากร ได้มีการจัดอบรมแพทย์ทั่วประเทศภายใต้หลักสูตรระยะสั้นอย่างเป็นทางการ โดยเนื้อหาเน้นที่ความรู้



เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ การส่งต่อรวมทั้งแนวทางการลงรหัส ICD10 ในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (HIS: hospital information system) เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ มีการริเริ่มหลักสูตร ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย ระยะสั้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้นำ ในการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 3) การประชุมวิชาการนานาชาติ ซึ่งโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นฯ ได้ก้าวสู่การสร้างเครือข่าย กับนานาชาติ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยได้จัดขึ้น 2 ครั้ง คือ 1<sup>st</sup> Conference of partnership for suicide prevention diversity in one goal of life ,7-8 July 2016 Khonkaen Thailand และ 2<sup>nd</sup> International conference on suicide prevention innovation and intervention in Mental Health Model,13-15 July 2017 Khonkaen Thailand. 4) การผลิต Application : SABAIJAI ที่สามารถใช้ได้ทั้งระบบปฏิบัติการ android และ IOS โดยเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ประเมิน ความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยตนเอง และให้คำแนะนำ การช่วยเหลือเบื้องต้น 5) การดำเนินงานในกลุ่ม เป้าหมายเฉพาะ ในช่วงที่ผ่านมามีความต้องการ ระบบดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในหลายกลุ่มเฉพาะ จึงได้เกิดกิจกรรมต่างๆ เพื่อ ตอบสนองความต้องการดังกล่าวเช่น โครงการ พัฒนาระบบช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายใน

สถาบันอุดมศึกษาโครงการคัดกรองและป้องกัน การฆ่าตัวตายในข้าราชการตำรวจภูธรภาค 4 เป็นต้น 6) การขับเคลื่อนระดับชาติ โดยกรมสุขภาพจิตและ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ ได้ช่วยกันผลักดัน ให้การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายบรรจุเป็น นโยบายระดับชาติในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ทำให้ทุกหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. ทวี ตั้งเสรีและคณะ. (2546). การศึกษาความ ถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
2. ทวีตั้งเสรีและคณะ. (2552). การพัฒนาแบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย (ฉบับปี 2009). วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(3),