

EE-TRAINING

การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 7 วันที่ 4-8 กรกฎาคม พ.ศ.2554

หลักสูตรเบื้องต้น (4-5 ก.ค. 54)

Introduction to health economic evaluation:
concept to reality-theory to practice
(รับจำนวน 100 ที่นั่ง)

Introduction to health economic evaluation

- Principle of health economic evaluation

Health economic evaluation methods

Cost analysis

- Identification
- Measurement
- Valuation

Discounting and consumer price index

Systematic review/Meta-analysis

Outcome assessment

- Efficacy/Effectiveness
- Utility

Result presentation

Critical appraisal & retrieving economic evaluation studies

Roles of health technology assessment in decision making

กรุณาดูรายละเอียดเพิ่มเติมและดาวน์โหลดใบสมัครหรือสมัครออนไลน์ได้ที่ www.hitap.net/ee หรือสนใจติดต่อ: คุณสุชนา สุขสวัสดิ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 4549, 0 2590 4374-5 โทรสาร 0 2590 4369

หลักสูตรปฏิบัติการ (6-8 ก.ค.54)

Modeling methods for health economic evaluation
(รับจำนวน 50 ที่นั่ง)

Introductory session

- Rationales for developing the methods
- Decision analysis (decision tree)
- State-transitional model (Markov model)

Basic Medical statistics

- Probability vs. Rate
- Survival analysis
- Transitional probabilities

Transitional probabilities

Decision analysis: uses and limitations

- Decision tree
- Markov model

Model construction

Probabilistic modeling

- Monte Carlo simulation

Probabilistic sensitivity analysis

Result presentation from probabilistic modeling

- Net benefits
- Cost-effectiveness acceptability curves

Expected value of perfect information (EVPI)

Concept and methods

Miscellaneous

- Model validation
- Making publications



ค่าลงทะเบียน

หลักสูตรเบื้องต้น : ชำระเงินภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 (5,500 บาท) / ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2554 (6,500 บาท)

หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ : ชำระเงินภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 (12,000 บาท) / ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2554 (14,000 บาท)

หมายเหตุ : โควตาสำหรับนักศึกษา (จำนวนจำกัด) หลักสูตรเบื้องต้น 3,500 บาท หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ 6,000 บาท



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-4549, 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ : ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวช

กองบรรณาธิการ : ชลัญญะ โยธาสุมุท หทัย ลิ้มประยูรวงศ์ และ กิตติยา พิพัฒน์เสวต

ท่านสามารถอ่านเอกสาร HITAP ในรูปแบบ PDF ได้ที่ www.hitap.net Email: comm@hitap.net



HITAP

Health Intervention and Technology Assessment Program

เรื่องเด่นประจำฉบับ INSIDE

03



ห้องรับแขก

เติมปัจจัยบวกแก่ชีวิต...
เพราะหลักป้องกันจิตใจ
โดย นพ.ประเวช
ตันติพิวัฒนสกุล

05



ห้องสนทนา

เข้าถึงและเข้าใจ...
สายใยต่อชีวิต

12



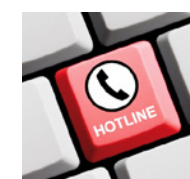
ห้องนั่งเล่น

กิจกรรมและความ
เคลื่อนไหวของ HITAP
ประจำเดือนมกราคม-
มีนาคม 2554

เอกสาร HITAP ปีที่ 4 ฉบับปฐมฤกษ์

เล่มนี้ คือโอกาสเปิดตัวกับภาพลักษณ์ใหม่ใน
คอนเซ็ป HITAP'S HOME โดยได้รับเกียรติจาก
“นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล” นายแพทย์
ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
มาร่วมแบ่งปันทัศนะเกี่ยวกับการเพิ่มความเข้มแข็ง
ทางใจ เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย พร้อม
สรุปพิเศษในคอลัมน์ห้องสนทนากับบทความเรื่อง
“เข้าถึงและเข้าใจ...สายใยต่อชีวิต” ที่นำเสนอ
ผลการศึกษาในโครงการพัฒนาและประเมินผล
มาตรการป้องกันและทำร้ายตนเอง ในระยะที่ 1
ก่อนที่จะปิดท้ายด้วยการอบรมประเมินความ
คุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 7
หรือ EE-TRAINING ที่จัดขึ้นสำหรับนักวิชาการ
บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่าง
วันที่ 4-8 กรกฎาคมศกนี้

เอกสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ปีที่ 4 ฉบับที่ 11 มกราคม-มีนาคม 2554



มาตรการเพื่อป้องกัน การฆ่าตัวตาย



www.hitap.net



หน้าบ้าน HITAP

โดย ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวชส

ที่ปรึกษาและนักวิจัยอาวุโสโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Email: sripen.t@hitap.net



When he enters the fight, all he has is his enthusiasm and the moves and strikes that he learned during his training. As the fight progresses, he discovers that enthusiasm and training are not enough to win: what counts is experience. ... He knows that without inspiration and experience, no amount of training will help him."

(P. Coelho, 1997¹)

ขณะที่เขียนบทบรรณาธิการของจุลสาร HITAP ฉบับนี้ เป็นช่วงสัปดาห์สุดท้ายปลายมีนาคม 2554 ซึ่งครบวันถึงไฉไลเป็นเดือนแห่งภัยพิบัติทางธรรมชาติ อันนำมาซึ่งความสูญเสียอย่างมากมายต่อชีวิตและทรัพย์สิน เริ่มจากการเกิดแผ่นดินไหวและคลื่นยักษ์สึนามิที่ประเทศญี่ปุ่นตอนต้นเดือน เป็นเหตุให้เกิดความเสียหายของโรงงานผลิตไฟฟ้าที่ใช้พลังงานนิวเคลียร์ ตามมาด้วยการรั่วไหลของสารกัมมันตรังสีออกมาในสิ่งแวดล้อม อีกทั้งปนเปื้อนในน้ำดื่ม พืชผักผลไม้และผลิตภัณฑ์จากนม แม้ในเวลานี้ก็ยังไม่สามารถควบคุมได้ ประมาณว่าจากเหตุการณ์นี้ มีผู้เสียชีวิตและสูญหายรวมกันถึงกว่า 2 หมื่นราย และผู้ที่ต้องอพยพจากบ้านเรือนอีกนับแสน

ตอนกลางเดือน ชาวไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือก็ได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหวที่มีศูนย์กลางในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ แม้ความรุนแรงจะน้อยกว่าเหตุการณ์ในญี่ปุ่น แต่คาดกันว่าจะมีผู้เสียชีวิตในประเทศเพื่อนบ้านของเรามากกว่า 100 ราย พร้อมกับอาคารบ้านเรือนและโบราณสถานจำนวนมากในทั้งสองประเทศถูกทำลายไป ต่อมาไม่นาน หลายจังหวัดในภาคใต้ตอนบนนับตั้งแต่ชุมพรลงไปถึงสงขลาและฝั่งอันดามันก็ต้องประสบกับอุทกภัยครั้งร้ายแรง ภาพข่าวในโทรทัศน์แสดงให้เห็นกระแสน้ำที่เขยวกรากไหลเข้าท่วมบ้านเรือนอย่างรวดเร็ว พร้อมกับพัดพาเอาถนน สะพาน และสิ่งก่อสร้างต่างๆ หายไปในพริบตา ร่วมกับดินโคลนถล่มตัดขาดหลายชุมชนจากโลกภายนอก ในขณะที่เดียวกันภาคเหนือ กลาง และอีสานก็ต้องตกอยู่ในสภาพอากาศอันหนาวเย็นผิดปกติ ในช่วงเวลาที่เราจะเป็นฤดูร้อนอย่างที่เราเคยชิน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ข้อคิดหลายประการ มนุษย์เราไม่อาจเอาชนะธรรมชาติ แต่การเตรียมพร้อม ฝึกฝนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติจะช่วยลดความสูญเสียลงได้ เราน่าจะเรียนรู้จากคามมีวินัย เข้มแข็ง อดทนของชาวญี่ปุ่น รวมทั้งความซื่อตรงต่อหน้าที่และยอมเสียสละแม้ชีวิตของผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยดับเพลิง และหน่วยกู้ภัยที่เข้าไปจัดการกับโรงผลิตไฟฟ้า นอกจากนี้ ยังได้เห็นการเข้าแถวรอรับความช่วยเหลือ ซื่อสัตย์หรือใช้บริการต่างๆ อย่างสงบไม่แก่งแย่งกัน แม้จะต้องใช้เวลาอนานนับชั่วโมง ซึ่งสร้างความประทับใจให้กับคนทั่วโลก ทั้งหมดนี้เป็นผลจากการที่คนในสังคมได้รับการปลูกฝังและอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เป็นเด็ก

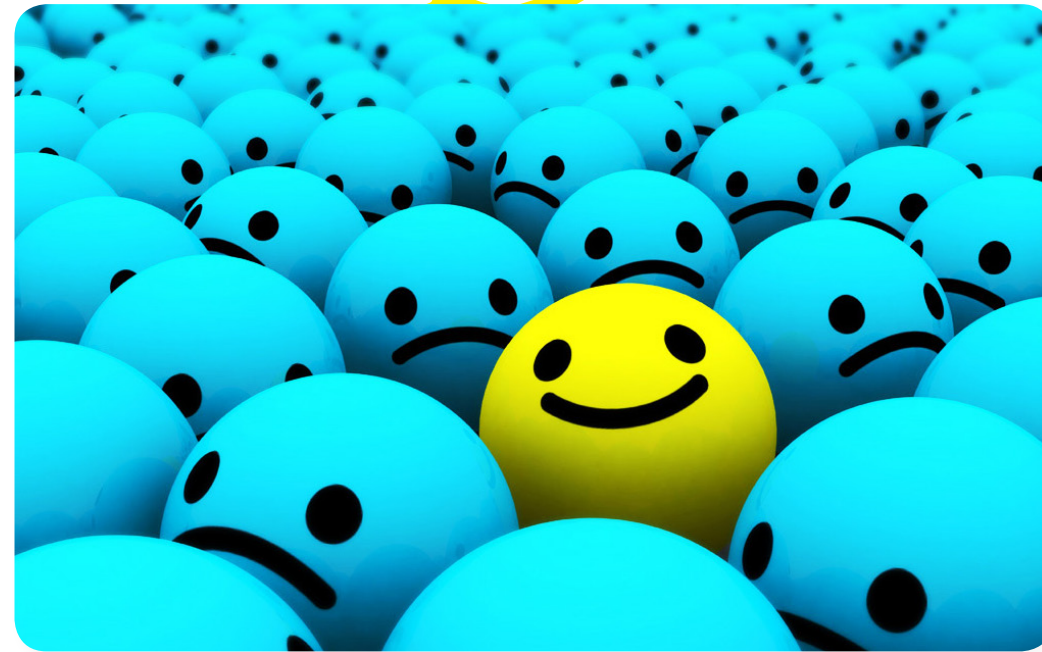
อันที่จริงคนไทยเราก็มียोगดีอยู่ใกล้ตัว แม้คำสอนทางพุทธศาสนาจะชี้ให้เห็นว่าการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป เป็นธรรมดาของชีวิตและสรรพสิ่งในโลก แต่ก็แนะนำให้ทุกคนตั้งตนอยู่บนความไม่ประมาท มีความเพียรพยายาม อีกทั้งใช้สติและปัญญาในการดำเนินชีวิต ไม่เชื่อคำทำนายทายทักและข่าวลือโดยไม่พิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบ ภาครัฐเองก็ควรจะมีคดียึดถือหลักธรรมสำหรับผู้ปกครอง และใช้หลักธรรมาภิบาลในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขให้กับประชาชน ที่สำคัญคือ สังคมไทยน่าจะเรียนรู้ (อย่างเป็นระบบ) จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในเดือนที่ผ่านมา และนำมาปรับใช้เพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นบ่อยครั้งและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ



¹ Coelho, P. Manual of the Warrior of Light. London: HarperCollins Publisher, 2003 (English edition).



ปัจจัยบวกแก่ชีวิต... เกราะเหล็กป้องกันจิตใจ



จุลสาร HITAP ปีที่ 4 ฉบับปฐมฤกษ์ เล่มนี้ได้รับเกียรติจาก “นายแพทย์ประเวช ดันติพัฒน์สกุล” ผู้รู้หรือแขกรับเชิญที่จะมาร่วมแบ่งปันทัศนะเกี่ยวกับการเติมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย นายแพทย์ประเวชมีความเชี่ยวชาญด้านการให้ คำปรึกษา เรื่องการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพและสมรรถภาพของจิตใจ ดำรงตำแหน่งเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อสุขภาวะสังคมไทย (แผนงานภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))

“ความเข้มแข็งทางใจ...หมายถึงความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต หากมีเหตุให้ชีวิตต้องล้มลง ก็สามารถลุกขึ้นได้อย่างรวดเร็ว”

นายแพทย์ประเวช ดันติพัฒน์สกุล

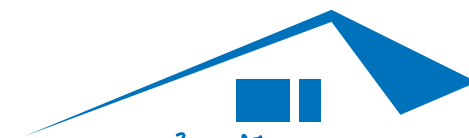
มีงานวิจัยในต่างประเทศหลายชิ้นที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ² ระบุว่า การคิดบวก ความสุข ความรู้สึกพึงพอใจโดยปราศจากความเครียด ความกังวล สามารถยืดอายุขัย และส่งผลให้คนมีสุขภาพกายที่ดี ในทำนองเดียวกัน นักวิจัยจำนวนหนึ่งพบว่า คนที่มีความคิดด้านลบมักมีสุขภาพที่อ่อนแอ เจ็บไข้ได้ป่วยง่าย และมีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยสั้น งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นข้อสรุปของความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพใจกับสุขภาพกาย ที่เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า สุขภาพใจที่แข็งแรงแม้จะไม่สามารถรักษาโรคภัยได้ แต่ถือเป็นเกราะป้องกัน³

¹ ประเวช ดันติพัฒน์สกุล. เติมความเข้มแข็งทางใจ ชุดที่ 1 2553

² Ed Diener, Micaela Y. Chan. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011

Veenhoven et al. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 2008; 9 (3): 449

³ Hoggard L. (2005) How to be happy. London. BBC Books. pp: 144.



ห้องรับแขก HITAP

ผู้รู้ : นายแพทย์ประเวช ดันติพัฒน์สกุล

นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โดย หทัย ลิ้มประยูรวงศ์

Email: hatai.i@hitap.net

เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อสุขภาวะสังคมไทย ส่งเสริมแนวคิดเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การป้องกันปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย นายแพทย์ประเวช ดันติพัฒน์สกุล กล่าวว่า “ภาครัฐมีหน้าที่สำคัญ 2 ส่วนในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ส่วนแรกได้แก่ การค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และรีบให้การรักษาทันที โดยการให้ยาและคำปรึกษา ส่วนที่สองได้แก่ การยกระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตให้กับประชาชน ทั้งที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงและประชากรทั่วไป”

นายแพทย์ประเวช เล่าว่า ความคิดที่จะสนับสนุนให้มีการยกระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของประชาชนนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนล้วนมีศักยภาพและมีความสามารถแฝงอยู่ในตัวเองในการจัดการชีวิตเพื่อต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคเพื่อความสุข และความสำเร็จ คุณสมบัติพิเศษนี้เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้เหมือนทักษะการทำงานทั่วไป ซึ่งเป็นที่มาของ “ชุดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องการเติมความเข้มแข็งทางใจ” ที่เน้นการสร้างพลังด้านบวกหรือการป้องกันแทนการเฝ้าระวังรักษาผลกระทบด้านลบของพฤติกรรมในภายหลัง”



ชุดกิจกรรมเรียนรู้ประกอบไปด้วยคู่มือและสื่อมัลติมีเดียในรูปแบบของภาพยนตร์ ที่นำความรู้จากงานวิจัยในต่างประเทศเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน เริ่มต้นตั้งแต่ การสร้างความรู้สึที่ดีกับตัวเอง การมีทักษะในการจัดการชีวิต การสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น และการค้นหาจุดหมายในชีวิต

- 1) **การสร้างความรู้สึที่ดีกับตัวเอง** เกิดจากประสบการณ์ชีวิต การได้รับความรัก ความเข้าใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ เมื่อบุคคลค้นพบว่าตนเองมีความสามารถอะไร ก็หมั่นอดทน ฝึกฝน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
- 2) **การมีทักษะในการจัดการชีวิต** เป็นกระบวนการฝึกฝนให้บุคคลยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ขณะเดียวกันก็มุ่งมั่นอดทน เรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์อย่างถูกต้องและสร้างสรรค์
- 3) **การสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น** เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง การยอมรับ การใส่ใจถือเป็นกำลังใจที่จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่กัน
- 4) **การค้นหาจุดหมายในชีวิต** เมื่อบุคคลค้นพบจุดหมายในชีวิต ก็จะมีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค

ความสุขเหมือนโหนดติดต่อกัน สามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลรอบข้างผ่าน Social network หรือ Social tie ของบุคคลนั้นๆ ได้

นายแพทย์ประเวชกล่าวว่า ทั้งสี่องค์ประกอบถูกพัฒนา และนำไปทดสอบกับกลุ่มที่ทำร้ายตัวเองซ้ำที่อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เริ่มจากการจัดการอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุในชุมชน ญาติผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือแม้กระทั่งจัดกิจกรรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขด้วยกันเอง เพื่อจัดการกับความเครียดและป้องกันภาวะหมดไฟ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาเองก็ได้นำแนวคิดจากชุดกิจกรรมนี้ไปใช้ในการให้คำปรึกษาส่วนบุคคล และเนื่องจากเนื้อหาเป็นเรื่องพื้นฐานของการดำเนินชีวิต จึงทำให้มีโอกาสพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบอื่นๆ สำหรับหน่วยงานด้านการศึกษาและสังคม

โดยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้สึกดีกับตัวเอง และการค้นหาจุดหมายในชีวิต เป็นสองกิจกรรมที่ถูกนำไปใช้บ่อยที่สุด

ด้านการทำงานเพื่อต่อยอดและส่งเสริมการใช้ชุดกิจกรรมเรียนรู้ที่ประสบความสำเร็จจากการทดลองนำไปใช้ในอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน นายแพทย์ประเวช กล่าวว่า “กรมสุขภาพจิตสนับสนุนให้มีการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขในภาคต่างๆ เพื่อนำสื่อการเรียนรู้เรื่องความเข้มแข็งทางใจไปใช้ประโยชน์ ซึ่งมีเรื่องราวความสำเร็จมากมายมาแล้วทุกปีทั้งในเวทีสรุปบทเรียน ทั้งในส่วนที่นำไปใช้ในการแก้ปัญหการทำร้ายตนเอง และในเรื่องอื่นๆ นอกจากนี้ ยังได้ของประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อนำมาพัฒนาสื่อการเรียนรู้สำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา จนถึงวันนี้ มีการเผยแพร่สื่อการเรียนรู้ในโรงเรียนต่างๆ ประมาณ 2,000 โรงเรียนทั่วประเทศ ผ่านกลไกภายในของเครือข่ายสถานศึกษา ร่วมกับการบริหารงบประมาณของแต่ละพื้นที่”



ถือเป็นสัญญาณที่ดีที่แนวคิดเรื่องการเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจถูกนำมาเผยแพร่แต่เนิ่นๆ ให้แก่เด็กและเยาวชน เพื่อบำรุงกำลังใจและลดความเสี่ยงของการทำร้ายตัวเอง...

การเติมปัจจัยบวกโดยยึดหลักการสร้าง ‘สุข’ แก่ชีวิต นอกจากจะเป็นการสร้างกำลังใจ ยังเป็นการสร้างเกราะป้องกันให้พร้อมรับมือกับปัญหาอุปสรรค เมื่อกำลังใจดี...สุขภาพกายก็จะดีขึ้นตามไปด้วย

รู้แล้วทำไม?
ความสุขของเราสามารถถ่ายทอดและส่งผ่านไปยังเพื่อนฝูงหรือบุคคลใกล้เคียงได้ มีรายงานข้อค้นพบจาก Framingham Heart Study สหรัฐอเมริกา ว่า ‘ความสุข’ เหมือนโรคติดต่อที่สามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลรอบข้างผ่าน Social network หรือ Social tie ของบุคคลนั้นๆ ได้ด้วยกลไกหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ความสุขของบุคคลหนึ่งจะถูกถ่ายทอดออกไปส่งผลให้คนรอบข้างมีความสุข 2) บุคคลและสมาชิกในกลุ่มมักชักชวนกันทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน และ 3) คนที่มีความสุขในชีวิตมักมองหาและคบหาเพื่อนที่มีความคิดคล้ายๆ กัน

ที่มา : Fowler J, Christakis N. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. BMJ 2008; 337: a2338

เข้าถึงและเข้าใจ... สายใยต่อชีวิต

“พ่อเครียดยิ่งลูกออกทิสติกดึบ” ก่อนลั่นโกตัวเองตาม!
(ผู้จัดการออนไลน์, 23 มี.ค. 54)
ชลบุรี-ฝรั่งดิงตึก
(ข่าวสด, 10 มี.ค. 54)
ใจเครียด กินน้ำยาล้างท้องน้ำหวัดดับคาท้องขัง
(Nation channel, 8 มี.ค. 54)
หนุ่มเมืองเลยผูกคอตับใต้ต้นลำไย
(ข่าวสดออนไลน์, 28 ก.พ. 54)

เรามักจะพบสื่อมวลชน ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือ โทรทัศน์ รายงานข่าวการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายเกือบทุกวัน ตามที่สื่อนำเสนอ ต้นเหตุของการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด เรื่องชู้สาว รายได้ไม่พอกับรายจ่าย และความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน ซึ่งคนในสังคมมักมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมของคนคิดสั้น ทำร้ายตัวเองโดยไม่คิดถึงคนรอบข้าง รวมทั้งมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมหรือโชครชะตา แต่ใครบ้างจะคิดเชื่อมโยงได้ว่าการกระทำดังกล่าวอาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่เราในฐานะเพื่อนร่วมสังคมสามารถช่วยป้องกันปัญหาเหล่านี้ได้ก่อนที่จะสายเกินไป



ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่า ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกกว่า 1 ล้านคน หรือในทุกๆ 40 วินาที จะมีคนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน สำหรับประเทศไทย ถึงแม้อัตราการฆ่าตัวตายจะไม่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่สังคมไทยควรให้ความสำคัญ นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เล่าให้ฟังถึงอุบัติการณ์และปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยว่า “คนไทยฆ่าตัวตายปีละ 3 พันกว่าราย คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ประมาณ 5.7 ต่อประชากรแสนคนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละสิบราย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จโดยรวมของประเทศจะไม่สูง แต่อัตราการฆ่าตัวตายของพื้นที่เฉพาะบางแห่งยังนับว่าสูงอยู่ คือ บริเวณภาคเหนือตอนบน และชายฝั่งทะเลตะวันออก”

¹ World Health Organization. Suicide prevention and special programmes (SUPRE). 2011

ในปีพ.ศ. 2540 ประเทศไทยประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ คนในวัยแรงงานรวมทั้งผู้ที่เป็ นหัวหน้าครอบครัวจำนวนมากต้องตกงาน เจ้าของกิจการหลายรายเผชิญวิกฤตทางการเงินอย่างรุนแรง ทำให้บางคนเลือกที่จะจบชีวิตตนเองเนื่องจากมองไม่เห็นทางออกของชีวิต ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มดำเนินแผนงานเฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองในหลาย ๆ ด้าน เช่น การวิจัยส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการพัฒนาวิชาการในระดับส่งผลโดยตรงต่อประชาชน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติโดยเสนอให้ใช้อัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีเป้าหมายการดำเนินงานในการควบคุมให้อัตราตายจากการทำร้ายตนเองไม่เกิน 7.7 ต่อแสนประชากร²

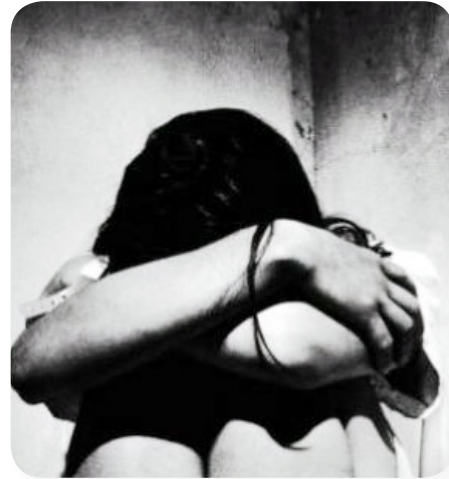
นพ.ประเวช ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า นอกเหนือจากการสร้างตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตแล้ว กรมสุขภาพจิตยังได้พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง พัฒนานุเคราะห์การดูแลสุขภาพด้าน การให้คำปรึกษาเชิงลึก พัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง และในทุกปีจะมีการทบทวนวิจัยด้านระบาดวิทยา เรื่องการทำร้ายตนเองเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และให้การรักษาทันทีทั้งทางยาและการให้คำปรึกษาอย่างทันทั่วทั้ง ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีส่วนช่วยให้อัตราการฆ่าตัวตายทั่วประเทศมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม พบว่าบางพื้นที่ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง เพราะปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนและมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ หลากหลาย ดังนั้นการพยายามทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง รวมทั้งประสิทธิผลของมาตรการที่ได้ ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันจึงมีความจำเป็นต้องการพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเรื่องการทำร้ายตนเองให้ประสบผลสำเร็จ ในอนาคต

² จินตนา สิ่งเพิ่มพูน อัจฉรา จรัสสิงห์. รายงานการทบทวนสถานการณ์ องค์ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และแนวทางป้องกัน. (Available from : <http://www.ramamenthal.com/suicide/prevention.html>)

จากเหตุผลข้างต้นจึงเป็นที่มาให้กรมสุขภาพจิตเสนอหัวข้องานวิจัยเรื่อง “นโยบายการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตาย : โครงการป้องกันดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” มายังโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยด้านสุขภาพของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2552

และท้ายที่สุดหัวข้อวิจัยดังกล่าวได้รับการคัดเลือกให้เข้าสู่กระบวนการวิจัย ซึ่งต่อมาได้พัฒนาหัวข้อวิจัยเป็น “โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาและประเมินผลมาตรการป้องกันการทำร้ายตนเอง” โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการทำร้ายตนเอง และมาตรการป้องกันการ ทำร้ายตนเองในระดับชุมชน : กรณีศึกษาในอำเภอหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย และระยะที่ 2

เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการทำร้ายตนเอง ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ 2 จังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย



ในแต่ละปีจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกราว 1 ล้านคน หรือในทุกๆ 40 วินาที จะมีคนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน



ข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1

ก่อนเริ่มดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการ ทำร้ายตนเอง นักวิจัยเล็งเห็นว่า การเข้าไปศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการทำร้ายตนเอง และมาตรการป้องกันการ ทำร้ายตนเองในระดับชุมชน น่าจะเป็นช่องทางสำคัญที่จะสามารถนำไปสู่การพัฒนา มาตรการที่มีประสิทธิภาพในอนาคต อำเภอหนึ่งในพื้นที่ทางภาคเหนือถูกคัดเลือกเป็นพื้นที่สำหรับศึกษา เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ การทำร้ายตนเองค่อนข้างสูง คือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 12 ครั้งในรอบ 7 ปี ในขณะที่มีประชากรในพื้นที่รวม 1,283 คน

คณะนักวิจัยลงพื้นที่ศึกษาลักษณะของชุมชนเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มตั้งแต่ การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม, การสัมภาษณ์เชิงลึก และ การสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง

ทัศนคติของคนในชุมชนต่อการทำร้ายตนเอง

จากการศึกษาพบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าการทำร้ายตนเองเกิดจาก ปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาชู้สาว ปัญหาเศรษฐกิจ การมีหนี้สิน รายได้น้อย มีอาชีพไม่มั่นคง แต่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเชื่อมโยงการทำร้ายตนเองกับโรคทางจิตเวช โดยข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแสดงให้เห็นถึงทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยทางจิตเวชว่าเป็นคนบ้า และคนบ้าจะไม่ฆ่าตัวตาย โดยหนึ่งในผู้ให้ข้อมูลระบุว่า **“มีบ้าไม่ฆ่าตัวเองเพราะอารมณ์ดี ร้องเพลง”**



นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป แม้แต่อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาการทำร้ายตนเองของคนในพื้นที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะมองว่าการทำร้ายตนเองเป็นเรื่องส่วนบุคคล มิได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน อีกทั้งยังคิดว่าการแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นหน้าที่ของคนใกล้ชิด ทั้งนี้คนในชุมชนเห็นว่า การทำร้ายตนเองเป็นเรื่องของเวรกรรมที่เคยทำมาในอดีตหรือเป็นเพราะโชคชะตา **“คิดว่าเป็นเวรกรรม พรหมลิขิต”**

ส่วนญาติและเพื่อนสนิทของผู้ที่ทำร้ายตนเองรายหนึ่งเพิ่มเติมว่า การตั้งใจทำร้ายตนเองนั้นไม่ถูกต้อง ไม่ควรกระทำ แต่ก็รู้สึกสงสารและเห็นใจว่า คงจะหาวิธีแก้ปัญหาไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มีความร้ายแรงจนทำให้การมีชีวิตอยู่เป็นความทุกข์ทรมาน **“คิดว่าเป็นเรื่องไม่ดี แต่นั่นคงจะมีปัญหาหนักที่แก้ไม่ได้”** และ **“รู้สึกเสียใจ สงสาร แต่ก็คิดว่าคงไม่อยากมีชีวิตอยู่”**

ทัศนคติของคนในชุมชนต่อการเฝ้าระวังและการรักษาผู้ป่วย

ข้อค้นพบอีกประการหนึ่งที่น่าสนใจเป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติของคนในชุมชน ต่อผู้ที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช โดยพบว่า คนส่วนใหญ่ในชุมชน ยังไม่ยอมรับผู้ที่เข้ารับการรักษาทางจิตเวช ด้วยมองว่าเป็นตราบาป ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเปรียบเสมือนกำแพงกัน หรือเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางด้านจิตเวชของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีวิธีการจัดการปัญหาความเครียดต่างกัน โดยเพศหญิงมักใช้วิธีปรึกษาผู้ที่ตนเองไว้วางใจเมื่อมีปัญหา ขณะที่เพศชายมักเก็บงำปัญหาหรือความคับข้องใจของตนไว้ และระบายด้วยการดื่มสุราเพื่อคลายความเครียด ซึ่งจุดนี้เองคนในชุมชนจึงเชื่อว่ามีส่วนสำคัญที่ทำให้ขาดสติ ส่งผลให้ตัดสินใจทำร้ายตนเอง

แม้มาตรการการป้องกันการทำร้ายตนเองจะเน้นเรื่องการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาด้านจิตเวชและผู้ที่มีแนวโน้มการทำร้ายตนเองเพื่อค้นหาผู้ป่วยและนำเข้ารับการรักษา แต่จากผลการศึกษาในโครงการนี้พบว่า บุคคลใกล้ชิดของผู้ที่เคยทำร้ายตนเองในชุมชนต่างพบสัญญาณอันตรายที่ผู้ทำร้ายตนเองบอกกล่าวหรือแสดงออก แต่ไม่ได้สนใจและคาดไม่ถึงว่าบุคคลนั้นจะทำร้ายตนเองจริง จึงไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยบุคคลใกล้ชิดของผู้ที่ทำร้ายตนเองส่วนหนึ่งได้เล่าให้ฟังถึงการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการทำร้ายตนเองว่า



“บอกว่าจะไปตายแต่ไม่ได้คิดว่าจะทำจริง เพราะพูดเป็นประจํา”
หลานสะใภ้ นาย ก.
“ช่วงที่มีอาการผิดปกติได้พูดบ่อยๆ ซึ่งทำให้เค้าดูสับสนใจขึ้น
จึงไม่ได้คิดว่าอาการผิดปกตินั้นจะทำให้ เขามาตัวตาย”
เพื่อนสนิท นาย ค.
“คิดว่าวิ่งหนีออกจากบ้านไป เดี๋ยวก็กลับมา
เหมือนทุกครั้งไม่ได้คิดว่าจะทำร้ายตนเอง”
มารดา นาย ง.
“ทราบว่ามีอาการมากจนเห็นภาพหลอนว่าจะมีตำรวจมาจับ
แล้วก็วิ่งหนีหายออกจากบ้านไป แต่ก็คิดว่าเดี๋ยวคงกลับมา”
ลูกสาว นาย จ.

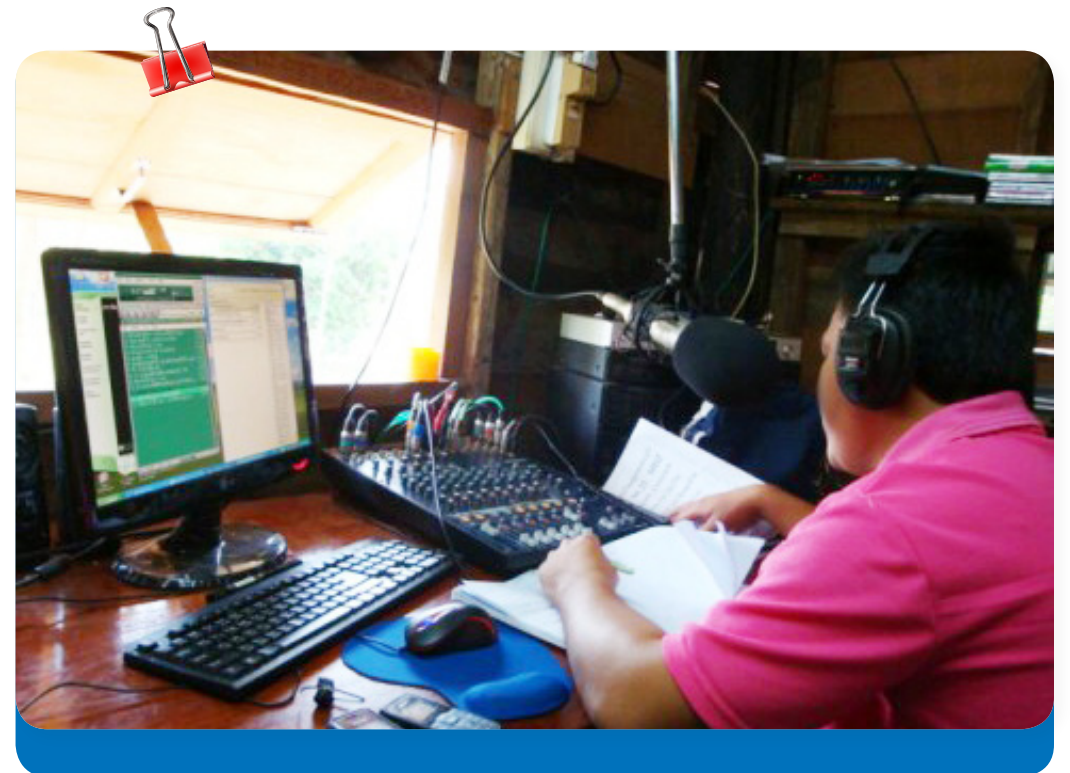
บุคคลใกล้ชิดของผู้ที่เคยทำร้ายตนเองในชุมชนต่างพบสัญญาณอันตรายที่ผู้ทำร้ายตนเองบอกกล่าวหรือแสดงออก แต่ไม่ได้สนใจและคาดไม่ถึงว่าบุคคลนั้นจะทำร้ายตนเองจริง จึงไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาในระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและการป้องกันการทำร้ายตนเองเป็นการให้บริการทั้งในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดและโรงพยาบาล อีกทั้งมีการทำงานผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต้องใช้ความมุ่งมั่นและความพยายามอย่างสูง อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลประจำอำเภอ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนมีภาระงานมากและไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง จึงมีการริเริ่มดำเนินงานเชิงรุกในระดับชุมชนโดย อสม. อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังและป้องกันการปัญหาการทำร้ายตนเองภายในชุมชนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจาก อสม. ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาความเครียดและการทำร้ายตนเอง ส่งผลให้คนในพื้นที่ขาดความเชื่อมั่นในตัว อสม. หากต้องการคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ

การทำร้ายตนเองเปรียบเสมือนเป็นพัฒนาการขั้นท้ายสุดของปัญหาทางจิตเวช

สำหรับมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองนั้น คนในชุมชนเห็นว่า การจัดให้มีสายด่วนสุขภาพจิตและการสื่อสารผ่านสื่อชุมชน เช่น วิทยุชุมชน เสียงตามสายในหมู่บ้านรวมทั้งการจัดอบรม โดยเน้นการสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้

การทำร้ายตนเองเปรียบเสมือนเป็นพัฒนาการขั้นท้ายสุดของปัญหาทางจิตเวช หากแต่ระหว่างทางก่อนที่เหตุ จะเกิด คือ การเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพและการไม่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย ในขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่ซับซ้อน



และมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต ครอบครัวและสังคม และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งยังมีข้อจำกัดที่ว่าการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชไม่สามารถตรวจพบได้ชัดเจนเหมือนโรคทางกาย ด้วยอุปสรรคเหล่านี้ คนรอบข้างทั้งที่เป็นญาติพี่น้องในครอบครัวและคนในชุมชน จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเป็นผู้ติดตามเฝ้าระวัง และช่วยกันคัดกรองเบื้องต้นเมื่อทราบว่าบุคคลใดมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีสัญญาณอันตรายทำร้ายตัวเอง ก่อนส่งต่อให้บุคลากรทางการแพทย์

ดังนั้น การค้นหาและการพัฒนารูปแบบของการสื่อสารภายในชุมชนเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและทักษะต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับประชาชนในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับการป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเอง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นช่องทางที่น่าสนใจในการสื่อสารในชุมชน เช่น เสียงตามสายในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ



ซึ่งจะเป็นมาตรการที่ได้รับการวิจัยและพัฒนาต่อไปในการศึกษาระยะที่ 2 ที่มุ่งทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการทำร้ายตนเองที่พัฒนาขึ้น ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติในวงกว้างต่อไปในอนาคต

สัญญาณเตือน

ก่อนการฆ่าตัวตาย



๑๑
การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการแข่งขันสูงและปัญหาชีวิตหลากหลายไม่ว่าจะเป็น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความรัก ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือปัญหาสุขภาพ สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งแต่ละคนมีวิธีการจัดการปัญหาเหล่านั้นแตกต่างกันไป แต่บางคนมองไม่เห็นทางออก เลือกหนีปัญหาด้วยการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม การทำร้ายตนเองนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากปัญหาภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว ปัญหาจากภายใน เช่น มีความเครียด เป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล นอนไม่หลับ ล้วนเป็นสาเหตุของปัญหาด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ การตัดสินใจทำร้ายตนเองไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด หากเกิดจากการสั่งสมของปัญหาและอาจมีการแสดงออกด้านพฤติกรรมเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนก่อนที่จะลงมือกระทำ ซึ่งหากคนใกล้ชิดและคนในชุมชนสามารถสังเกตเห็นสัญญาณเหล่านี้ และให้ความช่วยเหลือหรือการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา ก็จะช่วยลดความสูญเสียลงได้

ข้อมูลจากการศึกษาเรื่องการสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า 'ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายบางรายรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

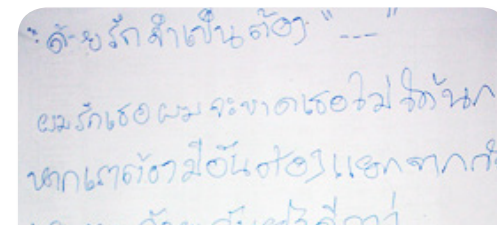
แต่ก็ไม่สามารถเฝ้าระวังคนเหล่านั้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากมีภาระการทำงานที่ต้องทำ ในบางราย การแสดงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วงระยะเวลาที่สั้นมากจนทำให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งนี้ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะแสดงออกมาภายใน 48 ชั่วโมงก่อนที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายจะลงมือกระทำ นอกจากนี้ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักในสัญญาณเตือน และไม่ได้คิดว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะกระทำจริง

การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

1. **วัจนภาษาทางตรง** เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียนออกมาตรงๆ อย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ผู้รับสาร ได้แก่ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจว่าอยากฆ่าตัวตายแต่คิดว่าคงไม่ได้ทำจริง ในการสัมภาษณ์ ญาติผู้เสียชีวิตรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า "มันก็ไม่ได้บอกอะไรกับพี่นะ แต่มันบอกกับน้ำที่บ้านอยู่ตรงข้ามบ้านที่พี่ไปนอนนะ เขาดามเอาข้าวให้มันกิน มันบอกว่า ไม่กินวันนี้จะตาย เขาก็ไม่ได้พูดกับเรานะ มันบอกว่าวันนี้จะตาย เท่านั้นแหละ"

2. **วัจนภาษาทางอ้อม** เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียน แต่ไม่ได้เป็นข้อความที่บอกอย่างตรงไปตรงมาว่าจะฆ่าตัวตาย โดยบอกเป็นนัยว่าอาจจะไม่มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว ยกตัวอย่างกรณีที่ญาติผู้เสียชีวิตรายหนึ่งเล่าว่า "ไปกินหลายคน 4-5 คนเลย ไปกินด้วยกัน กลับมาญี่ปุ่นก็มานั่งกินข้าวที่บ้านกัน แล้วเขาก็บอกว่า แอ็ดกูรักมึงนะ อย่างนั้นอย่างนี้ แล้วก็ฝากบอกแม่ด้วยว่า รักแม่มาก"

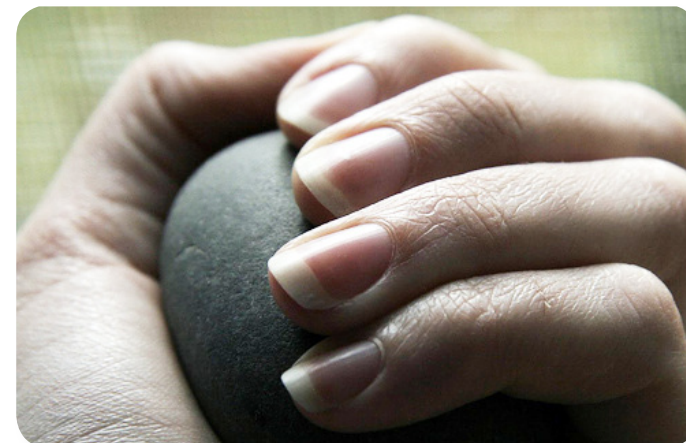
3. **อวัจนภาษาทางตรง** เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความ แต่มีลักษณะการกระทำที่บ่งบอกว่าผู้จะฆ่าตัวตายต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต "ยานี้ลุงมันเอาซ่อนมิดชิดเนาะ มันคงจะมียานะ ถ้าลุงจะป่วนว่ากินยาน้องเขาต้องไปหาตามที่เขาไปซุกไว้ตามชายคา ว่าลุงมีจริงหรือว่าไม่มีจริง ลุงมันเอาเก็บไว้อย่างมิดชิด เปิดดูที่พื้นนอนก็ไม่เจอ" ญาติผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กล่าว (ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จากพฤติกรรมที่ผู้ที่จะฆ่าตัวตายรายนี้ซ่อนสารกำจัดแมลงไว้ โดยไม่ได้พูดว่าจะทำร้ายตนเอง ถือเป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าจะใช้สารกำจัดแมลงนั้นทำร้ายตนเองในเวลาต่อมา)



รู้หรือไม่ว่า?

เราสามารถช่วยคนใกล้ชิดไม่ให้ทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตสัญญาณเตือนเบื้องต้นจากพฤติกรรมและลักษณะนิสัยต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังต่อไปนี้

- พยายามหาวิธีหรือวางแผนทำร้ายตัวเอง
- ขอบพูด เขียน หรือแสดงออกใดก็ตามเกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผิดจากนิสัยปกติ
- แสดงความผิดหวัง ความโกรธ ความเกลียดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และแสดงออกถึงความเคียดแค้น
- แสดงออกว่ามีปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ และไร้ทางออก
- ดื่มเหล้าหนักขึ้นและหันมาใช้ยาเสพติด
- แยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม
- กระวนกระวาย ตื่นตระหนก
- เปลี่ยนรูปแบบการนอน เช่น ไม่นอนเลย หรือ นอนหลับตลอดเวลา
- อารมณ์แปรปรวน เอาแน่นอนไม่ได้
- บริจาคของรักของตัวเองให้คนอื่น
- ร่ำลาครอบครัว เพื่อนสนิทมิตรสหาย
- เปรยว่ามีชีวิตอยู่ไปก็ไร้ความหมาย



4. **อวัจนภาษาทางอ้อม** เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย แต่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทางกายอย่างมีนัย ทั้งนี้อาจมีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปจากเดิม โดยญาติผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกล่าวว่า "รู้สึกวันก่อนที่จะฆ่าตัวตายจะพูดจากับพ่อดีมาก อารมณ์ดี หัวเราะ ยิ้มแย้ม ก็แปลกเหมือนกันนะ ปกติเขาเป็นคนเงียบๆ แต่วันนั้นแกมานอนหนุนตักพ่อ แต่ไม่ได้พูดอะไรเลย เราก็แปลกใจเหมือนกัน"

ข้อมูลข้างต้นชี้ว่า ผู้ที่ได้ตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายบางรายแสดงสัญญาณบางอย่างก่อนลงมือกระทำ ดังนั้น การเฝ้าสังเกต และการค้นหาสัญญาณดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ซึ่งหากญาติและผู้ใกล้ชิดให้ความสนใจ เอาใจใส่ สร้างความรักความเข้าใจภายในครอบครัวโดยใช้การสนทนาเป็นเครื่องมือทางการสื่อสารในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการให้ความตระหนักในสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายลงมือกระทำเท่านี้ ก็จะช่วยลดจำนวนผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้มากขึ้น



¹ วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ. การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553

ข่าวสาร

ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2554

การประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอโครงร่างการวิจัยและผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่อง Clinical Prediction Score for Breast Cancer และผลการวิจัย Systematic review of Risk Factors of Breast Cancer

เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2554 ณ ห้องประชุม HITAP พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี นักวิจัยหลัก “โครงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทย” นำเสนอโครงร่างการวิจัยและผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่อง clinical prediction score for breast cancer และผลการวิจัย systematic review of risk factors of breast cancer ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมและระบบโรคทางคลินิกจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ศูนย์ถันยรักษ์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ตลอดจนผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะต่อโครงร่างงานวิจัยให้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยอาจจะใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม โดยคาดว่าจะนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทย และคาดว่าจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยต่อไปในอนาคต



การนำเสนอผลการวิจัยโครงการศึกษาเรื่อง Feasibility study for the Community Health Initiative for Maternal and Child Health

นักวิจัย HITAP ร่วมกับเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และกระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ จัดโครงการศึกษาเรื่อง Feasibility study for the Community Health Initiative for Maternal and Child Health ณ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ภายใต้การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)

เมื่อวันที่ 15-18 มีนาคม พ.ศ. 2554 นักวิจัย HITAP ในฐานะที่ปรึกษาของโครงการ Feasibility study for the Community Health Initiative for Maternal and Child Health ให้แก่กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ นำเสนอผลงานวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใน 2 ประเด็น ได้แก่ ภาพรวมสถานการณ์การให้บริการอนามัยแม่และเด็กในประเทศ และความคุ้มค่าของการใช้ Demand Side Financing เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ให้เข้ารับบริการการฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอดจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งในท้ายที่สุดจะนำไปสู่การเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของหญิงวัยเจริญพันธุ์และลดอัตราการตายของแม่และเด็ก



การประชุมคณะทำงานโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 ณ ห้องประชุมกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นักวิจัย HITAP และ IHPP ในฐานะคณะผู้ดำเนินการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดประชุมคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 7 กลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของคณะทำงานฯ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งขอทราบข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานของโครงการดังกล่าวในระยะต่อไป จากนั้น คณะผู้ดำเนินการฯ จะนำข้อมูลที่ได้เสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขระเบียบหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปด้วยความคล่องตัว โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้น (สามารถติดตามรายงานการประชุมได้ทาง www.hitap.net/bp/)



HITAP เข้าร่วมประชุม Asian Symposium on Value for a QALY สาธารณรัฐเกาหลี

เมื่อวันที่ 25-26 มกราคม พ.ศ.2554 นักวิจัย HITAP เข้าร่วมประชุม Asian Symposium on Value for a QALY ณ สาธารณรัฐเกาหลี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับปีสุขภาวะหรือ Quality-Adjusted Life Year (QALY) โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมราว 50 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทั้งในภูมิภาคเอเชียและประเทศอังกฤษ

นอกจากนี้ นักวิจัยจาก HITAP ได้เข้าร่วมกลุ่มย่อยกับตัวแทนจาก National Evidence-based Healthcare Collaboration (NECA) ประเทศเกาหลี School of Public Health at The University of Tokyo, Ritsumeikan University ประเทศญี่ปุ่น University of York, Glasgow Caledonian University และ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) สหราชอาณาจักร เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับความร่วมมือในการทำวิจัยร่วมกันเรื่องการให้คุณค่า (value) ของปีสุขภาวะในภูมิภาคเอเชีย



HITAP ต้อนรับคณะนักวิจัยจากประเทศอินโดนีเซีย ศึกษาดูงานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2554 HITAP ให้การต้อนรับคณะนักวิจัย จาก The Center for Community Empowerment and Health Policy Humanities Surabaya, National Institute for Health Research and Development (NIHRD) ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 5 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ รวมทั้งพูดคุยในประเด็นการสร้างความเข้าใจการวิจัยระหว่าง HITAP กับ NIHRD โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนางานด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพร่วมกันในภูมิภาค

ทั้งนี้ นักวิจัย HITAP ได้นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพันธกิจและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ตลอดจนกิจกรรมหลักและผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 4 ปีนับตั้งแต่การก่อตั้ง HITAP รวมไปถึงงานวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ รวม 2 โครงการเพื่อเป็นกรณีศึกษา ได้แก่ โครงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และโครงการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของยาเม็ดโคฟีโนเลตซีเดียมในการรักษาผู้ป่วยภาวะโรคไตอักเสบเรื้อรังที่ดื้อต่อยาหรือกลับมาเป็นซ้ำ การศึกษาดูงานของนักวิจัยจากอินโดนีเซียในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการประชาสัมพันธ์ HITAP ในระดับภูมิภาค และน่าจะมีส่วนช่วยในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในอนาคต



แบบทดสอบ

ความสุข

คุณมีความสุขมากเพียงใด...?

ลองทำแบบสอบถามเพื่อสำรวจระดับความสุกกันเถละ ขอให้คูนนี้ถึงประสการณในช่ว 1 เดือนที่ผ่านมา จากนั้นตอบคำถามในแต่ละข้อตามความเป็นจริง โดยในแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย, เล็กน้อย, มาก และมากที่สุด จากนั้นรวมคะแนนเพื่อวัดระดับความสุขของคุณ

ข้อที่	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสุข				
2	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
3	ท่านต้องไปปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้				
4	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน				
5	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
6	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต				
7	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
8	ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด				
9	ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านมีความสุขกับการเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				
12	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์				
13	ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ				
14	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน				
15	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด				

การคิดคะแนน

	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
ข้อที่ 1	0	1	2	3
ข้อที่ 2	0	1	2	3
ข้อที่ 3	3	2	1	0
ข้อที่ 4	0	1	2	3
ข้อที่ 5	0	1	2	3
ข้อที่ 6	0	1	2	3
ข้อที่ 7	0	1	2	3
ข้อที่ 8	3	2	1	0
ข้อที่ 9	0	1	2	3
ข้อที่ 10	0	1	2	3
ข้อที่ 11	0	1	2	3
ข้อที่ 12	0	1	2	3
ข้อที่ 13	0	1	2	3
ข้อที่ 14	0	1	2	3
ข้อที่ 15	0	1	2	3

เมื่อรวมคะแนนแล้ว ลองดูว่าความสุขของคุณอยู่ในระดับใด

- ▶ **คะแนน 33-45 คะแนน**
หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)
- ▶ **คะแนน 27-32 คะแนน**
หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)
- ▶ **26 คะแนน หรือน้อยกว่า**
หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

ในกรณีที่ท่านมีคะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ท่านอาจช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น โดยขอรับบริการการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือติดต่อสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1667

ที่มา : ข้อมูลจาก ดัชนีชี้วัด ความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators (THI-15)). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือแนะนำ

ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2554

