



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปิงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปิงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายธิตี แสงธรรม)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๕ / ๒๕๖๕

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวสุนิสา สิงห์แก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๕๒ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ กรมสุขภาพจิต	การสำรวจพฤติกรรม อารมณ์ และสังคมเด็กวัยเรียนอายุ ๖ - ๑๒ ปี ที่มีความเสี่ยง พิการ ๔ ประเภท ด้วยแบบ ประเมิน จุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ) ในเขตสุขภาพที่ ๑	ปัจจัยทำทลายความคิดฆ่าตัว ตายของวัยรุ่น ในเขตอำเภอ เมืองเชียงใหม่ จังหวัด เชียงใหม่
๒.	นายวิรัตน์ ขอระสี	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๗๓ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ กรมสุขภาพจิต	การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ทางใจในชุมชน ใน สถานการณ์การแพร่ ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : พื้นที่ ภูมิภาค กรณีศึกษาชุมชน บ้านดง ตำบลหลวงใต้ อำเภอฉวาง จังหวัดลำปาง	การพัฒนาระบบป้องกัน และเฝ้าระวังปัญหาการฆ่า ตัวตายระดับอำเภอ โดย ชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมาไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นายวิรัตน์.....ชอระสี.....

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับ....ชำนาญการ.....
 ด้าน (ถ้ามี)...สาธารณสุข.....ตำแหน่งเลขที่.....4073..... กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต.....
 กลุ่มภารกิจ-..... หน่วยงาน.....ศูนย์สุขภาพจิตที่..1.....
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงาน การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : พื้นที่ภูมิภาค กรณีศึกษาชุมชนบ้านดง ตำบลหลวงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

Community Immunity in the COVID-19 pandemic : regional area Case Study of Ban Dong Community, Luang Tai Subdistrict, Ngao District, Lampang Province2)

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ เริ่มเก็บข้อมูลเชิงลึกเดือน สิงหาคม 2563 ในชุมชนบ้านดง ตำบลหลวงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในสายวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข โดยจบปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่ ในปี 2556 จบปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย ในปี 2562 มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เลขที่ สธช.7884 วันที่ 1 ก.พ.2560 – 31 มี.ค.2563 มีประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนา สำนวน รวบรวม ข้อมูลทางด้านวิชาการเบื้องต้นเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข เช่น การเฝ้าระวังและวางแผนการ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมี สุขภาพจิตที่ดี มีความสุขได้สรุปรายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการเฝ้าระวังและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อรวบรวมข้อมูลทางด้านวิชาการ เสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อประกอบการวางแผนในการปฏิบัติงาน มีการติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 1 วิเคราะห์ และวิจัยทางด้านสาธารณสุข เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ และร่วมพัฒนา เนื้อหา องค์ความรู้ ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และจัดทำคู่มือ แนวทางการปฏิบัติ เอกสารวิชาการ สื่อ ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางด้าน สุขภาพจิต และสามารถป้องกันตนเองปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ผลงานนี้วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเพื่ออธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้ป่วย Covid-19 ญาติ ผู้ถูกกักตัว ผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม และบุคคลที่มีส่วนสำคัญในชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบบสุ่มเจาะ จำนวน 60 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย/กลุ่มแบบเจาะจง แนวทางการสัมภาษณ์เดี่ยว แบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล ผู้ศึกษาวิจัย และวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอเชิงพรรณนา

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอเชิงพรรณนา

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ได้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ในพื้นที่ภูมิภาค ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพจิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายชิ้น ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย/กลุ่มแบบเจาะจง (Focus group discussion guide) แนวทางการสัมภาษณ์เดี่ยว แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) แบบบันทึกการสังเกต แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-structured Observation record) การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องเตรียมความพร้อมผู้วิจัย ใช้ทั้งเวลา และคนจำนวนมากในการเก็บ โดยต้องมีการเตรียมพร้อมคนไม่ว่าจะเป็นในด้านความรู้ ความเข้าใจในเครื่องมือ ข้อมูลสถานการณ์ของโรคระบาดในพื้นที่ โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.โควิด-19)กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท) หลังจากได้ข้อมูลแล้วใช้เวลาในการวิเคราะห์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้เวลาในการวิเคราะห์นาน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากพื้นที่พบการระบาดของไวรัสโควิด-19 เป็นพื้นที่แรก ๆ ของภาคเหนือ ประชาชน และบุคลากรในพื้นที่ยังตื่นตระหนกและหวาดกลัวบุคคลภายนอกที่เข้าไปเก็บข้อมูลจึงทำให้ต้องใช้เวลาสร้างความเข้าใจให้กับบุคคลในพื้นที่เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือในการให้ข้อมูลเชิงลึก

9) ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา

1.1 สำหรับกรมสุขภาพจิตในการเตรียมรับและสร้างภูมิคุ้มกันทางใจแก่ประชาชนเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในอนาคต

เตรียมคน งาน MCATT จากต้นทุนเดิมในระบบและโครงสร้างของงานทุกหน่วยงานทั้งในกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายสุขภาพจิต พัฒนาแกนหลัก โครงสร้างในเชิงนโยบายของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ และ พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ สำหรับวิกฤติ และPanic ที่จะเกิดขึ้นในระดับ Mass

เชื่อมระบบ งาน MCATT สามารถเชื่อมระบบและบูรณาการงานสุขภาพจิตไปใน หน่วยงานปกติของไปยังการปกครองส่วนท้องถิ่น ดำรวจ

เชื่อมติดตาม เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ควรพัฒนาระบบการประเมินผลที่เข้าถึงง่าย ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพจิต การติดตามการดูแลช่วยเหลือ โดยระบบ Digital ที่รวดเร็ว เข้าถึงง่าย เพื่อใช้เชิง Policy Advocate ได้

1.2 ข้อเสนอแนะสำหรับศูนย์สุขภาพจิต และหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ ในการเตรียมรับ และสร้าง

ภูมิคุ้มกันทางใจแก่ประชาชนเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อต่าง ๆ ในอนาคต เตรียมคน งาน MCATT จากต้นทุนเดิมในระบบและโครงสร้างของงานทุกหน่วยงานทั้งในกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายสุขภาพจิต โดยพัฒนาศักยภาพบุคคลในเชิงลึกและกว้าง และจำนวนที่มากขึ้น แต่เนื้อหาอาจปรับให้เหมาะสม จากข้อค้นพบ เช่น “อสม.หรือแกนนำจิตอาสา ผู้รับฟัง” เพราะประชาชนต้องการผู้รับฟังจากบุคคลรอบข้างที่ใกล้ชิดตัว ไว้ใจและเข้าถึงประชาชนได้ รวมถึงการเลือก Key person ที่มีลักษณะเฉพาะจากข้อค้นพบในการวิจัย มาเป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดการเป็นเจ้าภาพในพื้นที่ เกาะติดงานและพัฒนา บูรณาการเชิงระบบในพื้นที่ได้

เชื่อมระบบ งาน MCATT สามารถเชื่อมระบบและบูรณาการงานสุขภาพจิตไปในหน่วยงานปกติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำรง ในระดับเขตสุขภาพ

เชื่อมติดตาม เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ควรพัฒนาระบบการประเมินผลที่เข้าถึงง่าย ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพจิต การติดตามการดูแลช่วยเหลือ โดยระบบ Digital ที่รวดเร็ว เข้าถึงง่าย ในระดับเขตสุขภาพ ที่เชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล สามารถคืนข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติและผู้บริหารเชิงนโยบาย

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

2.1 การวิจัยเชิงปริมาณต่อยอด เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิต จากกลไกหลัก กลไกเสริมและสนับสนุนในการขับเคลื่อนการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนที่ค้นพบ ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ากลไกสำคัญ จำเป็น คือ ภาวะผู้นำเข้มแข็ง การสื่อสารเชิงบวก การสร้างการมีส่วนร่วม กลไกเสริม การพัฒนา ปรับและสร้างระบบ กลไก สัมพันธภาพ สายสัมพันธ์ในครอบครัว ชุมชน การรับผิดชอบตนเอง ในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และช่วยเหลือแบ่งปัน โดยมีบทบาท ลักษณะเฉพาะของผู้นำและการรับรู้ต่อสถานการณ์ เป็นปัจจัยสนับสนุนนั้น ในเชิงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในบทบาท หน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิต ที่ต้องดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ควรนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ไปต่อยอด โดยนำกลไกหรือปัจจัยเหล่านี้ไปศึกษาวิจัยต่อเนื่อง เชิงปริมาณ เพื่อค้นหาว่าต่อไป ปัจจัยใดมีผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจหรือความเข้มแข็งทางใจ กับประชาชนชัดเจนที่สุด เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงองค์ความรู้สุขภาพจิต ในการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ที่มีอยู่เดิม เช่น 4 สร้าง 2 ใช้ ที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตรงกันอยู่ ให้สามารถนำไปถ่ายทอดองค์ความรู้กับประชาชน ได้ตรงประเด็น และตรงความต้องการของประชาชน ลดความซ้ำซ้อนและประหยัดงบประมาณ และเกิดผลกระทบกับประชาชนในมิติส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

2.2 การพัฒนาชุดความรู้สุขภาพจิต ให้ตรงกับความต้องการและบริบทของประชาชน รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้ ที่ไม่ซับซ้อน เรียบง่ายแต่มีประสิทธิภาพ

2.3 การปรับระบบและกลไก ในการดำเนินงานขับเคลื่อนงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในและนอกระบบ ควรผลักดันให้เครือข่ายร่วมเป็นเจ้าภาพหรือเจ้าของงาน และผลักดันเข้าสู่ระบบปกติของเครือข่าย โดยการสร้างการมีส่วนร่วม จากข้อค้นพบงานเชิงคุณภาพ ที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานสร้างภูมิคุ้มกันทางใจได้ ซึ่งอาจใช้ผลการวิจัยเชิงปริมาณต่อยอด เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิต ซึ่งอาจมีข้อค้นพบในเรื่องแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมที่เป็นขั้นตอนวิธีการที่ชัดเจน สามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อเนื่องได้

2.4 พัฒนาทีมวิจัยหลักของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต ในการขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี เชิงปริมาณและคุณภาพ ในการพัฒนาชุดความรู้และกลไกในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในแต่ละเขตสุขภาพ ตามบทบาทและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพจิต และเผยแพร่งานทั้งในระดับเขตสุขภาพ ประเทศ และต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง

10)การเผยแพร่(ถ้ามี)

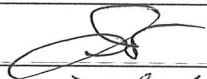
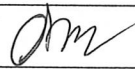
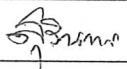
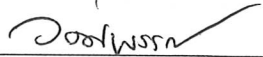
☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ...80.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวิรัตน์ ขอระสี	80	
นางสาวอริสา หาญเดชะ	5	
นางสาวอรทัย เจียมคำรัส	5	
นางสุรินทร์ อิวปา	5	
นายวงศ์พรรณ มลารัตน์	5	

● ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางานไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นายวิรัตน์.....ชอระสี.....

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....นักวิชาการสาธารณสุข.....ระดับ....ชำนาญการ.....
 ด้าน (ถ้ามี)...สาธารณสุข.....ตำแหน่งเลขที่.....4073..... กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต.....
 กลุ่มภารกิจ-.....หน่วยงาน.....ศูนย์สุขภาพจิตที่..1.....
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วม
 กรณีศึกษา อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัวของบุคคลในการเผชิญและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของบุคคลจะนำมาสู่การเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดจนกระทั่งการเจ็บป่วยทางจิตเวชและปัญหาการทำร้ายตนเอง ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่าสาเหตุจากความขัดแย้ง สงคราม และภัยพิบัติทางธรรมชาติ ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละ 8 แสนคน มีการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ และวัยรุ่น (WHO, 2557) จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ ซึ่งได้เปิดเผยว่าทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ในอิรักและอัฟกานิสถาน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าตายจากการปฏิบัติหน้าที่ในสนามรบ และจากข้อมูลการฆ่าตัวตายโดยรวมตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990–2010 พบว่าสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศที่พัฒนาแล้วลดลง แต่การฆ่าตัวตายโดยรวมทั่วโลกเพิ่มขึ้น เมื่อจัดลำดับสาเหตุการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 15–49 ปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคสำคัญเช่นโรคหัวใจ โรคเอดส์ และโรคอุบัติเหตุบนท้องถนน ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด 5 ประเทศ คือ กรีนแลนด์ เกาหลีใต้ ลิทัวเนีย กูยานา และคาซัคสถาน คิดเป็นอัตราต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 108, 31.7, 31.6, 26.4 และ 25.6 ตามลำดับ นักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจากรายงานอย่างเป็นทางการนั้นเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริงร้อยละ 30 (The Lancet, 2011) สำหรับพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ ภาคกลางและตะวันตกของยุโรป และเอเชีย โดยร้อยละ 25 เกิดขึ้นในประเทศที่ร่ำรวย และพบว่าเพศชายมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า จากวิธีการต่าง ๆ เช่น แขนงคอ ยิงตัวตาย และ กินยาฆ่าแมลง (WHO, 2557)

ประเทศไทยการฆ่าตัวตายนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีอัตราการฆ่าตัวตาย อยู่ในอันดับที่ 28 ของโลก โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยที่ 16 คนต่อประชากรแสนคน (ณรงค์กร มโนจันทร์เพ็ญ, 2018) จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วงอัตรา 6.07– 6.32 ต่อประชากรแสนคน และในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2561 อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นในอัตรา 6.35, 6.03 และ 6.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

โดยในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มากถึง 4,137 คน ช่วงอายุที่มีการทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตมากที่สุดช่วงอายุ 35 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.3 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือช่วงอายุ 25 -29 ซึ่งเป็น วัยแรงงานตอนต้น (กรมสุขภาพจิต, 2562) เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของโลก อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ต่ำกว่า 6.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่ได้พยายามแก้ไขปัญหานี้มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ภายหลังการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ โดยจัดให้มีระบบบริหารจัดการโดยสร้างระบบบันทึกข้อมูล การเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่าง ๆ แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดแล้ว กลับพบว่าพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงคือมากกว่า 13 ต่อประชากรแสนคนตลอดมา แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะลดลงในระยะแรกที่มีการดำเนินการโครงการในปี พ.ศ. 2544 แล้วก็ตาม ดังข้อมูลพิจารณาแยกรายจังหวัดในปี พ.ศ. 2556 พบว่า จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 10 อันดับในประเทศ คือ ลำพูน จันทบุรี เชียงใหม่ พะเยา ลำปาง แพร่ เชียงราย ตาก น่าน และระยอง (กรมสุขภาพจิต, 2556) จากข้อมูลจะพบว่าเป็นจังหวัดในภาคเหนือ จำนวน 8 จังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยที่ได้ทำการสำรวจระดับชาติ พบว่าอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศ พบร้อยละ 7.3 และภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดถึงร้อยละ 8.8 โดยกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากที่สุดคือ เพศหญิง คนว่างงาน ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโรคจิต (หวาน ศรีเรือนทองและคณะ, 2551) เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้คนฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในภาพรวมของประเทศ พบว่าปัญหาที่เป็นสาเหตุให้มีการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ได้แก่ การทะเลาะ ดุด่า คำหยาบ ความรัก หึงหวง ร้องขอแล้วไม่ได้ กลุ่มปัญหาที่พบเป็นอันดับรองลงมาคือปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการติดสารเสพติด ได้แก่ โรคเรื้อรัง เอ็ดส์ พิกการ โรคจิต โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และกลุ่มปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวยากจน ขัดสน เสียทรัพย์สิน (อภิชัย มงคลและคณะ, 2546) ซึ่งการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นการแก้ปัญหาที่อยู่ในรูปของนโยบายการให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เช่น นโยบายการเข้าถึงบริการ โรคซึมเศร้า การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในระดับเขต ปี พ.ศ. 2554-2561 คิดเป็นร้อยละ 34.13 - 62.45 (กรมสุขภาพจิต, 2562)

แม้ว่าในภาพรวมของเขตการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นในแต่ละจังหวัด แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีอัตราที่สูง แสดงให้เห็นถึงการแก้ไขปัญหามิได้ ปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการดำเนินงานและจัดระบบบริการโดยระบบบริการสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวอาจจะไม่เพียงพอในการป้องกันและแก้ไขปัญหามิได้ ความสำเร็จ เพราะการฆ่าตัวตายของบุคคลหนึ่งนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลายทั้งปัจจัยในด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Bio Psycho social) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหามิได้ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมวางระบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ปัญหามิได้ในพื้นที่ลดลง

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการส่งเสริม ป้องกันการฆ่าตัวตายคือประชาชนที่มีอายุน้อย ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป หรือ ตกงาน เนื่องจากมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในช่วงเวลา

ดังกล่าว ที่ทำให้กลุ่มรับจ้างทั่วไปสูญเสียงานจำนวนเพิ่มขึ้นในขณะที่เกษตรกรยังสามารถทำการเกษตรในพื้นที่ได้ จึงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด การสำรวจทัศนคติ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป และเป็นการกระทำของผู้อ่อนแอเมื่อผู้ที่ประสบปัญหาเริ่มคิดที่จะฆ่าตัวตาย ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายจึงไม่กล้าบอกใคร เพราะกลัวตราบาป มากไปกว่านั้น เมื่อพูดออกไปว่าจะฆ่าตัวตาย ก็ไม่มีใครคิดว่าจะทำจริง ซึ่งต่อให้พยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ แล้ว แต่รอดชีวิตมาได้ บุคคลรอบข้างก็ยังคิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจเท่านั้น ไม่ได้หวังผลที่จะจบชีวิตจริง ๆ จึงควรมีการสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับความเข้าใจเหล่านี้การนำเสนอข่าวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจึงควรถูกจำกัดความถี่ในการนำเสนอ โดยเฉพาะทางโทรทัศน์ และ สื่อสังคมออนไลน์ และการควบคุมเนื้อหาข่าวที่ไม่แสดงวิธีการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการเรียนรู้ และลอกเลียนแบบปัญหาการดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ แต่ปัญหาการดื่มสุรามักสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษา สามารถสรุปได้ว่าจำนวนความถี่ในการสื่อสารภายในครอบครัว ไม่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย และปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่เพิ่มความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตาย เพราะฉะนั้นควรมีการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีคุณภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้อมูลเชิงคุณคุณภาพชี้ให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าศาสนามีส่วนช่วยในการป้องกันการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่าระดับของความเชื่อทางศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจหมายความว่าความเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป ในศาสนาพุทธ ไม่มีส่วนช่วยในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการร่วมมือกันดำเนินการสำหรับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ควรมีการชวนให้คิดถึงคนที่รักและผูกพัน และมีการเสริมศักยภาพบุคคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะจิตบำบัด เพิ่มอัตรากำลังบุคคลากร และลดรอยต่อการรักษาทางจิต โดยผู้ปฏิบัติงานควรได้รับข้อมูลป้อนกลับถึงทิศทางการดำเนินงานในแต่ละโอกาสต่อไป

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พื้นที่เสี่ยงมีระบบป้องกันเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. มีแผนผังและกระบวนการป้องกันดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบสาธารณสุขระบบสาธารณสุขมากขึ้น
3. เครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอสามารถคัดกรอง ดูแล รักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำให้กลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแล
4. มีการบูรณาการในและนอกระบบสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายแบบไร้รอยต่อในอนาคตต่อไป

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ลดลง