

รายงานการประชุม
คณะกรรมการพัฒนาอาระสมัชชาสุขภาพ
เรื่องระบบสุขภาพะจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง จังหวัดเชียงใหม่
ครั้งที่ 1/2566 ในวันที่ 23 สิงหาคม 2566
ณ ห้องประชุมม่วนอกม่วนใจ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ผู้มาประชุม

- | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------|
| 1. นายจตุชัย มณีรัตน์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ | ประธานกรรมการ |
| 2. นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ | รองประธานกรรมการ |
| 3. นายวจนะ เขมะวิชานรัตน์ | ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง | รองประธานกรรมการ |
| 4. นายวงศ์พรรณ มาลารัตน์ | ผู้แทนผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ | กรรมการ |
| 5. นางสาวกัญญารัตน์ พิมพ์ศิริ | ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| 6. ผศ.ดร.สมบัติ ตาปัญญา | ประธานกรรมการมูลนิธิสถานติวัฒนธรรม | กรรมการ |
| 7. รศ.ดร.เดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | กรรมการ |
| 8. นายอัมรินทร์ เปล่งรศมี | ผู้อำนวยการ กลุ่มละครชุมชนก๊อปปี้ไฟ | กรรมการ |
| 9. นางสาวสุชาดา สุวรรณเทศ | ผู้ประสานงานโครงการคัดกรองสุขภาพจิต | กรรมการ |
| 10. นายเกรียงไกร ยอดเรือน | หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ | กรรมการและเลขานุการ |
| 11. นางสาวสุรียรัตน์ ตรีมรรคา | ประธานกองเลขานุการสมัชชาสุขภาพจังหวัด | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|------------------|---------------|--|
| 1. นางอัญชลี | สุใจคำ | กองเลขานุการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ |
| 2. นางสาวสิรินุช | วงศ์สกุล | กองเลขานุการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ |
| 3. นางพรทิวา | กิจมานะทรัพย์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| 4. นายธีรวุฒิ | สันทราย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานกรรมการ : นายจตุชัย มณีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาอาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพะจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรงจังหวัดเชียงใหม่ แจ้งที่ประชุมทราบตามคำสั่งจังหวัดเชียงใหม่ ที่ 4422/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพะจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรงจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อทำหน้าที่ กำหนดเป้าหมาย ขอบเขตประเด็นเนื้อหา สร้างความเข้าใจอาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพะจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง วิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นระดับพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ กำกับติดตามการจัดทำข้อมูลวิชาการร่างวาระสมัชชาสุขภาพฯ และพิจารณาร่างเอกสาร และเข้าร่วมนำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2566 ในระหว่าง

วันที่...

วันที่ 22-23 ธันวาคม 2566 วันนี้เป็นการประชุมครั้งที่ 1/2566 เป็นเรื่องดีที่ทุกภาคส่วนได้มาทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาการทำงานแก้ปัญหาด้านสุขภาวะจิตจังหวัดเชียงใหม่ด้วยกัน

มติที่ประชุม : รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

-ไม่มี

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1 การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี

นางสุรียรัตน์ ตรีมรรคา กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาวาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรงจังหวัดเชียงใหม่ นำเสนอกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการพัฒนาวาระระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

“สมัชชาสุขภาพ” คือ เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง หลักการและคุณค่าที่สำคัญพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพ ๔ ประการ คือ

1. เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process)
 2. เป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy Development)
 3. เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม (Social Empowerment) โดยอาศัยพลัง ๓ ภาคส่วนที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ/การเมือง
 4. เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ (Interactive Learning Through Action)
- มติที่ประชุม รับทราบ

3.2 ร่างวาระระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง – เอกสารร่างจาก กรมสุขภาพจิต

นางสุรียรัตน์ ตรีมรรคา กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาวาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรงจังหวัดเชียงใหม่ นำเสนอร่างวาระระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง เอกสารร่างจาก กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สข.) พ.ศ. 2565-2566 ประชุมครั้งที่ 2/2566 ซึ่งมี นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ เป็นประธาน มีมติเห็นชอบ (ร่าง) กรอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 ซึ่งเตรียมจัดขึ้นในวันที่ 21-22 ธ.ค. 2566 ณ โรงแรมเซ็นทาราบายเซ็นทารา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ ด้วยประเด็นหลัก (Theme) “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ต่อเนื่องจากครั้งที่ 15 ที่ประชุมคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สข.) มีมติเห็นชอบประกาศประเด็นที่มีความพร้อมพัฒนาเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 16 จำนวน 3 ประเด็น ประกอบด้วย

1. การพัฒนาระบบสุขภาพทางจิต ร่วมกับการป้องกันและลดความรุนแรงในสังคมไทย
2. การบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรม

3.การพัฒนา...

3. การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีมติแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็น ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/ชุมชน จำนวน 2 คณะ ได้แก่

คณะที่ 1 ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพทางจิตร่วมกับการป้องกันและลดความรุนแรงในสังคมไทย โดยมีอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธาน

คณะที่ 2 ประเด็นการบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรม โดยมีเลขาธิการสำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ (สทนช.) เป็นประธาน

โดยกรมสุขภาพจิตได้มีการร่างเอกสารหลัก ในประเด็นสุขภาพจิตสังคมไทยไร้ความรุนแรง (กรมสุขภาพจิตร่างเอกสารหลัก (ร่างสอง) 15 สิงหาคม 2566 ประเด็นสำคัญคือ การนิยามความหมายในการจัดทำเอกสารหลักระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)

สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเองสามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต ทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์

สุขภาพทางจิต (Mental well-being) หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบสุขภาพทางจิต (Mental well-being system) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์และโครงสร้างเชิงสถาบันและนโยบายที่มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ องค์กร ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางการเงิน การจัดการ และการให้บริการ

ความรุนแรง ในทางทฤษฎีความรุนแรงสามารถจำแนกออกได้เป็น ๓ มิติ ได้แก่ ความรุนแรงทางตรง (direct violence) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (cultural violence)

จังหวัดเชียงใหม่ มีส่วนร่วมพัฒนาวาระประเด็นที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของจังหวัด เรื่องสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง เพื่อนำเข้าเป็นเนื้อหาในร่างวาระหลักที่ทางกรมสุขภาพจิตจัดทำ และเพื่อรวบรวมภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนได้เสียในประเด็นดังกล่าว ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าวในจังหวัดต่อไป

ดำเนินงานโดยกองเลขานุการสมัชชาสุขภาพจังหวัด จัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ และได้ขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นประธานและคณะกรรมการจังหวัด พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาวาระสมัชชาสุขภาพ เรื่องระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรงจังหวัดเชียงใหม่

มติที่ประชุม รับทราบ

3.3 ร่าง วาระระบบสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ –

รศ.ดร.เดชา ทำดี คณะพยาบาลศาสตร์ มช./กองเลขานุการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ นำเสนอร่างวาระระบบสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ กรอบเนื้อหาสาระสำคัญประกอบด้วย

สถานการณ์ปัญหา

1. ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด ข้อมูลระบบการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวช...

ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดกับการก่อความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

2. ปัญหาการฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ปัญหาสุขภาพจิตกับการทำร้ายตัวเอง
4. กระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของจังหวัดเชียงใหม่
5. การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งแบบองค์รวม การเฝ้าระวัง การบริการ

การดูแลและการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพจิต

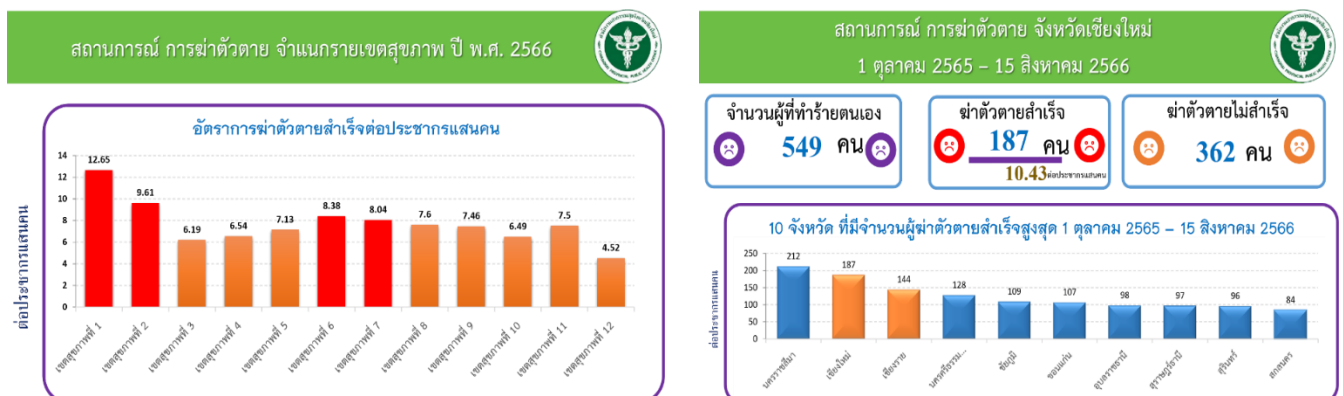
สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม จะนำมาจากข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งตำรวจ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฝ่ายความมั่นคง สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ เพื่อดูองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน และเชื่อมโยงไปถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 กำหนดเป้าหมาย กรอบเนื้อหา ภาวะสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

นายเกรียงไกร ยอดเรือน หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นำเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของโลก ประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆ ปี มีการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของจำนวนผู้ฆ่าตัวตาย มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ในทุก ๆ 20 วินาที และมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ในทุก ๆ 1-2 วินาที โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.50 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดของตนเอง ต้นทุนเฉลี่ยการดูแลรักษาผู้ทำร้ายตนเองคิดเป็น 2,028 – 5,335 บาท/ราย ผู้ทำร้ายตนเองประมาณ 20,000 รายต่อปี ต้นทุนบริการคิดเป็น 41-107ล้านบาทต่อปี



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจังหวัดเชียงใหม่

1. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ป่วยจิตเวช 28 คน ร้อยละ 14.97 ,ป่วยโรคทางกาเรื้อรัง 66 คน ร้อยละ 35.29 (DM/HT 38 คน, โรคตับ/มะเร็ง 12 คน อัมพาต /โรคเส้นเลือดสมอง 9 คน), ติดสุรา 53 คน (28.34%) และติดยาเสพติด 20คน ร้อยละ 10.70

ปัจจัยกระตุ้น...

2.ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพ 61 คน (32.62%) (น้อยใจถูกคุด่า 33 คน, ผิดหวังในความรัก 12 คน) ปัญหาเศรษฐกิจ 49 คน (26.20%) (มีหนี้สิน 34 คน, ตกงาน 11 คน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตามกลุ่มอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กลุ่มอายุ 15-24 ปี	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กลุ่มอายุ 25-59 ปี	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
ปัญหาความสัมพันธ์ 83.33 %	ปัญหาความสัมพันธ์ 42.35 %	โรคเรื้อรังทางกาย 65.12%
โรคทางจิตเวช 16.67 %	เศรษฐกิจ 34.12%	ปัญหาความสัมพันธ์ 30.23%
สุรา 16.67%	โรคทางจิตเวช 31.25%	โรคทางจิตเวช 25.58%
	โรคทางกาย 27.06%	เศรษฐกิจ 16.28%
	สุรา 27.85% ยาเสพติด 4.71%	สุรา 13.95% ยาเสพติด -%

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีการทำความรุนแรงกับผู้อื่น พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามี SMI-V 1,692 ราย แบ่งเป็น SMI-V 1 ทำร้ายตนเอง 1,415 ราย, SMI-V 2 ทำร้ายผู้อื่น 74 ราย, SMI-V 3 หลงผิด/ทำร้าย 22 ราย และ SMI-V 4 มีคดี (ข่มขืน/วางเพลิง/พยายามฆ่าผู้อื่น) 31 ราย สามารถติดตามได้ 1,604 ราย 94.8 % (ย้ายที่อยู่/ไม่พบตัว เนื่องจากเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการเคลื่อนย้ายข้ามฝั่งหรืออยู่ต่างจังหวัด) ก่อเหตุฆ่า 11 ราย 0.69 % (ฆ่าตัวตาย) โดยกลุ่มเสี่ยงพบว่าอยู่ในเขตเมือง และอำเภอใกล้เคียงได้แก่ สันทราย หางดง แมริม สันกำแพง สารภี

การดำเนินการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

Pillar 1 ระบบข้อมูล

1. พัฒนาระบบรายงานการฆ่าตัวตาย
 - รายงานข้อมูลการกระทำรุนแรงต่อตนเอง จังหวัดเชียงใหม่ ภายใน 1 สัปดาห์ (261 ราย)
 - รายงานการสอบสวนการฆ่าตัวตาย ภายใน 3 สัปดาห์ (ใช้หลักการทฤษฎี Time Place Person + ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ระบบเฝ้าระวังป้องกัน ด้านอื่น) (149 ราย)
 - รายงานการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเอง (265 ราย)
 - Suicide Attempt/Death Case Conference (ทพ. 66, เม.ย 66, พ.ศ 66)
 - ค้นหาและนำเสนอบริการปรึกษา (ทพ.ส่วน, พชอ. ฯลฯ) เพื่อจัดทำแผนพัฒนาการป้องกัน แก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตาย (ทุกเดือน)
 - ออมการสอบสวนการฆ่าตัวตาย (25 ธันวาคม ส.ค. 66)

Pillar 2 ระบบดักจับ

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง การทำร้ายตนเอง และให้คำปรึกษาในชุมชน
 - ออมทีมระดับตำบล เนืองภาคี ได้แก่ ผู้ป่วยชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ อบท. รพ.สต. เน้นสัญญาณเตือน/กลุ่มเสี่ยง/ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/การส่งต่อ (27 ตำบล)
 - Mental Health Leader team (25 อำเภอ)
2. ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพิ่ม MHL และความเข้มแข็งทางใจ RQ
 - เน้น 3 ร. (ชา, โครเวอรั, ไร้คนดูแล) และผู้มีปัญหาทางจิตใจ สัมพันธภาพ ประวัติทำร้ายตนเอง ในพื้นที่เสี่ยง 27 ตำบลและวัด

Pillar 3 ระบบป้องกันและบำบัด

1. จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช. (ผ่านการประเมิน 100 %, มีคำสั่งมอบหมายจากทุกแห่ง)
2. การจัดทีมดูแลผู้ป่วยใน รพช. รพท. ทุกแห่ง (รพ.นครพิงค์ 13 เตียง, จอมทอง 6 เตียง, สันป่าตอง 8 เตียง, พ่าง 10 เตียง, สันทราย 4 เตียง)
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งช่วงก่อนเกิดเหตุ ช่วงเผชิญเหตุ และหลังเกิดเหตุ (บูรณาการ ปกครอง ตำรวจ อบท. สส. ชื่อมแม่รา วันที่ 2 และ 6 มี.ย.)
4. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (3 ชม) ในพื้นที่ อำเภอเวียงสา (ส.ป.ค.ดงและดอยสะเก็ด มี.ย. 66)
5. การเสริมสร้างจิตใจในชุมชนภายใต้กลไก พชอ. (17 อำเภอ ส.ค. - ส.ค. 66)

Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ

1. Service plan สุขภาพจิต (27 ทพ. 66, 28 เม.ย 66, พ.ศ. 66)
2. คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด (10 มีนาคม 66 , ส.ค. 66)
 - นโยบายดูแลสุขภาพจิตบุคลากรภาครัฐ
 - คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขสุขภาพจิตระดับอำเภอ
3. คณะทำงานระบบข้อมูลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (8 มี.ย 66)

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยใช้ 4 pillars

ระบบข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลการทำความรุนแรงต่อตนเอง รายงานการฆ่าตัวตาย เพื่อใช้ประกอบในการดูแล ป้องกันโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น

ระบบดักจับ ค้นหาคนที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายและทำร้ายผู้อื่น มีการจัดทำระบบการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง มีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยทีมเฝ้าระวังในชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ เน้นสื่อสารเรื่องสัญญาณเตือนในกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อ

การบูรณาการ...

การบูรณาการทุกภาคส่วนจากปกครอง ท้องถิ่น สาธารณสุข อบรมให้ความรู้และแนวทางในการดูแลป้องกัน ร่วมกัน ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ ช่วงเผชิญเหตุและหลังเกิดเหตุ

ระบบบำบัดรักษา มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบ การดูแลการบริการด้านสาธารณสุข

ระบบบริหารจัดการ ดำเนินการโดยกลไกคณะกรรมการประสานงานกฎหมาย เพื่อการบังคับใช้กฎหมาย ว่าด้วยสุขภาพจิต ขับเคลื่อนในด้านนโยบายและกฎหมาย โดยมีการประกาศนโยบายการดูแลสุขภาพจิตของภาครัฐ, คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตระดับอำเภอ และยกระดับให้เรื่องการฆ่าตัวตายเป็นวาระ ของจังหวัด ขอให้ทุกอำเภอนำประเด็นวาระการฆ่าตัวตายคุยในเวทีของส่วนราชการของทุกอำเภอและนำเข้าสู่การ ประชุมของกำนันผู้ใหญ่บ้านทุกอำเภอทุกตำบล

การสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้เรื่องปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการจัดทำสื่อคลิปเสียงรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การป้องกันการฆ่าตัวตาย เผยแพร่สู่สาธารณะ

แลกเปลี่ยนสถานการณ์สุขภาพจิตและความรุนแรง

ผศ.ดร.สมบัติ ตาปัญญา : ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช นอกจากปัจจัยทางด้านร่างกาย สารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยปลายทางแล้ว ควรพิจารณาปัจจัยต้นทางที่เกิดจากความรุนแรงใน ครอบครัว ประสบการณ์ที่เลวร้ายในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่ได้รับความรุนแรง ความล้มเหลวของครอบครัว และโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่มีความรุนแรงทำให้เด็กเกิดความเปราะบางทางจิตใจ หรือมีการทำร้ายจิตใจของเด็ก ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น เกิดภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ดังนั้นการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหา ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวและลดปัญหาภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กได้

แนวทางในการแก้ไขสามารถใช้กระบวนการของ GLOBAL PARENTING INITIATIVE ภาพรวมของ GPI และ กิจกรรม ในโครงการเพื่อสนับสนุน PLH ในประเทศไทย ในการทำงานร่วมกับครอบครัวผู้ปกครอง และชุมชนเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการสร้างชุมชนแห่งการเลี้ยงดูเด็กบนพื้นฐานจากการวิจัยในระดับประเทศและภูมิภาค

ผู้แทนจาก ศูนย์สุขภาพจิต : การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของนักเรียน/เยาวชน ในเรื่องปัญหาความ รุนแรงและการฆ่าตัวตาย ส่วนหนึ่งไม่กล้าเข้ามาขอรับคำปรึกษาการช่วยเหลือ สถาบันครอบครัวที่ขาดความเข้มแข็ง มีความแตกแยก รวมถึงภาวะเศรษฐกิจ มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความเปราะบาง มีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย สถาบันการศึกษา โรงเรียน ระบบการศึกษาที่ล้มเหลว เน้นการเรียนวิชาการ อย่างเดียว ทำให้เด็กขาดทักษะชีวิตไม่สามารถพึ่งตัวเองได้และไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อต้องกลับไปอยู่ในชุมชน ขาดแคลนบุคลากร นักจิตวิทยาในโรงเรียน ในโรงพยาบาล

นายอัมรินทร์ เปล่งรศมี : ปัญหาการทำร้ายและการลงโทษเด็กในครอบครัว โรงเรียน สถานักกัน เมื่อมีการ ทำผิด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็ก จึงมีความพยายามในการรณรงค์การไม่ตีเด็ก หรือการลงโทษเด็กและสร้างกลไก ปกป้องคุ้มครองเด็ก รวมถึงเชื่อมการทำงานกับหน่วยงานในพื้นที่ (ระดับอำเภอ) ส่วนการแก้ไขปัญหามองในเรื่องการ แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง การละเมิดสิทธิเด็ก และการมีกลไกในการทำงานร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลักดันให้เกิดการยุติความรุนแรงในครอบครัว ชุมชนและสถาบันการศึกษา

นางสาวสุชาดา สุวรรณเทศ : การดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษา โดยพบปัญหา สุขภาพจิตในเด็กเยาวชน ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ภาคเหนือมีอัตราฆ่าตัวตายสูง เป็นอันดับหนึ่ง

ของประเทศ...

ความรุนแรงทางตรง ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม ในกลุ่มเด็ก เยาวชน และบุคคลที่มีแนวโน้มได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรง การไม่ได้รับการสนับสนุนสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความเชื่อมั่นในตนเอง โดยมอบหมายให้ รศ.ดร.เดชา ทำดี เป็นผู้รวบรวมและจัดทำข้อมูล ร่างเอกสาร โดยมีกรอบเนื้อหา

ข้อเสนอในการแก้ไขเพื่อยกระดับสุขภาพจิตเชียงใหม่

1. การลดความรุนแรงในเด็ก
 - ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ค่านิยม ของสังคม เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงทางเพศในเด็กเยาวชน การล่วงละเมิดทางเพศ การทำร้ายเด็กในครอบครัว สถาบันการศึกษา
 2. ระบบการบริการสาธารณสุข
 - ระบบดูแลช่วยเหลือและส่งต่อที่รวดเร็ว ระหว่างสถานศึกษากับหน่วยบริการ
 - ความต่อเนื่องการรักษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต
 - การพัฒนากลไกเชิงโครงสร้างระบบสาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การดูแลและการให้บริการ
 3. ส่งเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีคุณภาพ ทำให้เด็กมีเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัวเพิ่มมากขึ้น
 4. การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย การมีกลไกในการเฝ้าระวังป้องกันกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในกลุ่มต่าง ๆ โดยมีกระบวนการในการให้คำปรึกษาในกลุ่มที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายหรือมีการทำร้ายตนเอง
 5. มีกลไกในการติดตาม ให้คำปรึกษา และเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการก่อเหตุซ้ำ
 6. จัดทำข้อเสนอเชิงกฎหมายและนโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต กฎหมายเรื่องความรุนแรง เป็นต้น เสนอต่อคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด เชียงใหม่
 7. เพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาล และนักจิตวิทยาโรงเรียน
 - นักจิตวิทยาในโรงเรียนเน้นการทำงานเชิงป้องกัน งานเชิงรุก หรือสร้างทีมที่ปรึกษา ให้ครูทำหน้าที่ใน การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือส่งต่อ
 - พัฒนาหลักสูตรเรื่องจิตเวชสำหรับครูในสถาบันการศึกษา เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจกับครูในเรื่องจิตเวช (อบรมครูประจำชั้นในโรงเรียน)
 - ผลักดันให้เกิดบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน ในสถานพยาบาล
 8. พัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันความรุนแรง
 9. พัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครอง อบรมให้ความรู้พ่อแม่ในการเลี้ยงดูเด็ก ด้วยวินัยเชิงบวก และไม่ใช้ความรุนแรง
 10. สร้างเครือข่ายความร่วมมือขับเคลื่อนในเรื่องสุขภาพจิตและการลดความรุนแรง
- มติที่ประชุม :** เห็นชอบเป้าหมาย และกรอบเนื้อหา และมอบหมายให้ รศ.ดร.เดชา ทำดี เป็นผู้รวบรวมข้อมูล จัดทำร่างเอกสาร ยกกระดับสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่ไร้ความรุนแรง

วาระที่ 4.2...

วาระที่ 4.2 กำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อการมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนวาระสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่
มติที่ประชุม : พิจารณาในการประชุมคราวหน้า

วาระที่ 4.3 กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการรับฟังความเห็น และการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่
มติที่ประชุม : ที่ประชุมให้ยกไปพิจารณาในการประชุมคราวหน้า

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 ประธานสรุปให้นำเรื่อง ระบบบริการดูแลด้านสุขภาพจิตของจังหวัดเชียงใหม่ เข้าเป็นวาระในการประชุมครั้งหน้า

5.2 นัดหมายครั้งถัดไป 20 กันยายน 2566 เวลา 13.00 น.

ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

สรุปรายงานประชุม

ตรวจรายงาน

(สิริनुช วงศ์สกุล)
ผู้ช่วยเลขานุการ

(สุรรัตน์ ตรีมรรคา)
เลขานุการ