

## ร่างวาระสมัชชาสุขภาพปี 2566 “ระบบสุขภาพะจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง จังหวัดเชียงใหม่” “ยกระดับสุขภาพะจิตจังหวัดเชียงใหม่ไร้ความรุนแรง”

### สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงในจังหวัดเชียงใหม่

ปัจจุบันนี้ปัญหาการก่อความรุนแรงในสังคมถือเป็นปัญหาที่นับวันจะมีทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทั้งการกระทำความรุนแรงต่อตนเอง การกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่น ทั้งโดยการกระทำความรุนแรงทางวาจาก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ รวมไปถึงการกระทำความรุนแรงด้วยการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้ในสภาพสังคมในปัจจุบันเราจะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งการทำความรุนแรงในครอบครัว การทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่นสังคม และในพื้นที่สาธารณะ หลายๆครั้งการก่อปัญหาความรุนแรงหรือการทำร้ายกันก็เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่เพียงพอหรือเป็นเรื่องเล็กน้อย เช่นการขับรถแข่งกัน การโดนปีบเตรสสัญญาณรถยนต์ การแย่งที่จอดรถยนต์ การมองหน้ากัน เป็นต้น สาเหตุเหล่านั้นดูเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก็ก่อให้เกิดการกระทำความรุนแรงต่อกัน หลายครั้งที่ก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายกันและกัน จนได้รับบาดเจ็บทั้งเล็กน้อย บาดเจ็บจนปานกลางจนถึงบาดเจ็บที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตขึ้นมาได้ ยิ่งไปกว่านั้นในสภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในปัจจุบันที่เกิดจากความอ่อนแอของสถานะการเลี้ยงดูจากครอบครัวของเด็กและเยาวชน ทำให้เด็กยุคใหม่ส่วนหนึ่งมีความอ่อนแอของความรู้เท่าทันทางอารมณ์ของตนเอง (emotional quotient) ทำให้เกิดมีปัญหาการปรับตัวเข้าสู่สังคม รวมไปถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น นอกจากนั้นในสังคมที่คนรุ่นใหม่มีการใช้สื่อสังคมเสมือนจริงหรือสังคมออนไลน์ ทำให้ขาดทักษะในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และก่อให้เกิดการกระทำความรุนแรงต่อกันได้ง่าย เช่น การล้อเลียน การบูลลี่ (bully) กันในโรงเรียน และในสังคมโดยรวม ก่อให้เกิดกระบวนการกระตุ้นให้มีการทำความรุนแรงต่อกันได้ง่ายขึ้น และเกี่ยวเนื่องกับสภาพการเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีการประคบประหงมบุตรหลานมากเกินไป ทำให้เด็กขาดภูมิคุ้มกันในชีวิต เกิดความอ่อนแอทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความอ่อนไหวทางอารมณ์ได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ง่าย เกิดปัญหาความซึมเศร้า ปัญหาความเครียด ความวิตกกังวลจากความคาดหวังต่างๆ ตลอดจนการขาดสังคมกับเพื่อนๆและบุคคลอื่น ทำให้เกิดการปรับตัวลำบากเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา และมีเด็กและเยาวชนส่วนหนึ่งที่หันไปพึ่งพาสารเสพติด เกิดการติดสารเสพติด และเมื่อมีการใช้สารเสพติดก็ทำให้เกิดปัญหาการติดสารเสพติดต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่เกิดเป็นปัญหาของสังคม และเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่น ทำให้เกิดความเปราะบางทางสุขภาพจิตตามมา ก่อให้เกิดพฤติกรรมถูกรังแกการกระทำความรุนแรงต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและบุคคลรอบข้างได้ง่าย ดังข่าวสารสถานการณ์ความรุนแรง การทำร้ายกัน การฆ่าตัวตาย การทำร้ายคนอื่นจนเสียชีวิต ที่เราจะพบได้บ่อยมากในสื่อต่างๆ

โดยปัญหาความรุนแรงนั้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคมโดยรวม ซึ่งมีรายงานจากองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงปัญหาการใช้ความรุนแรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและบาดเจ็บของบุคคล และมีอัตราการสูญเสียเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยมีประชากรไทยที่เสียชีวิตจากการกระทำความรุนแรงคิดเป็น 18.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี.ศ 2551 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลระดับโลก อย่างไรก็ตาม ปัญหาความรุนแรงในประเทศไทยก็มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานการณ์ปัญหาด้านการกระทำความรุนแรงและสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวเนื่องและสัมพันธ์กัน ทางนี้สืบเนื่องจากคนที่กระทำความรุนแรงต่อทั้งการกระทำร้ายตนเอง เช่น การทำให้ตัวเองบาดเจ็บ การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้นและการกระทำความรุนแรงต่อคนอื่นหรือการทำร้ายบุคคลอื่น

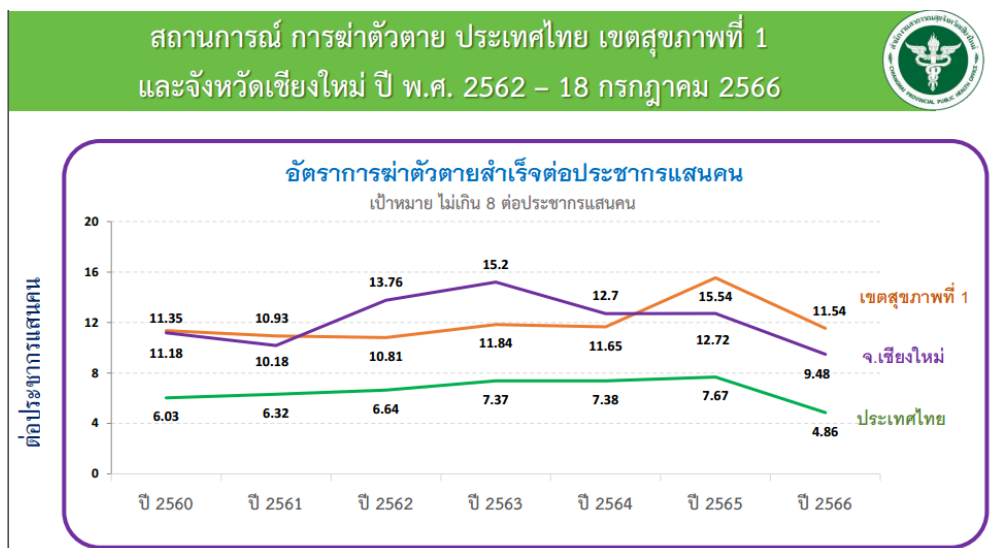
ให้เกิดความบาดเจ็บ เป็นต้น จากข้อมูลการศึกษาตั้งแต่ปีพ.ศ 2544 เกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรงและสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่าอัตราปัญหาการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่นมีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างที่ทำให้เกิดการกระทำความรุนแรงทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่นทั้งปัญหาในเรื่องของสุขภาพจิตของคนทีก่อความรุนแรงเอง ปัญหาจากสารเสพติดต่างๆ ปัญหาจากความเครียดในภาวะสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันนี้ ตลอดจนปัญหาสถานการณ์การเมืองความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ล้วนเป็นปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำความรุนแรงต่อทั้งตัวเองและบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

โดยเฉพาะความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตและการเกิดความรุนแรงมากขึ้นที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด ดังข้อมูลจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่” เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2566 นายแพทย์จตุชัย มณีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กล่าวว่า ปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่า จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ก่ออาชญากรรมในหลายคดีเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และหลายรายเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งมีลักษณะการก่อเหตุที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนเป็นวงกว้าง บางรายคลุ้มคลั่งทำลายทรัพย์สิน, ทำร้ายร่างกายบุคคลใกล้ชิด, บุคคลในครอบครัว, บุคคลรอบข้าง รวมถึงก่อเหตุสะเทือนขวัญรุนแรง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง จากรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีบุคคลคลุ้มคลั่งที่รับแจ้งเหตุและนำส่งโดย 1669 ในปี 2560 จำนวน 14,531 ครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2565 เพิ่มเป็น 21,006 ครั้ง โดยกรมสุขภาพจิต มีการคาดการณ์ว่ามีกลุ่มเสี่ยงคลุ้มคลั่งที่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษาว่า 125,994 คน สำหรับสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2565 มีบุคคลคลุ้มคลั่งที่รับแจ้งเหตุและนำส่งโดย 1669 จำนวน 320 ครั้ง

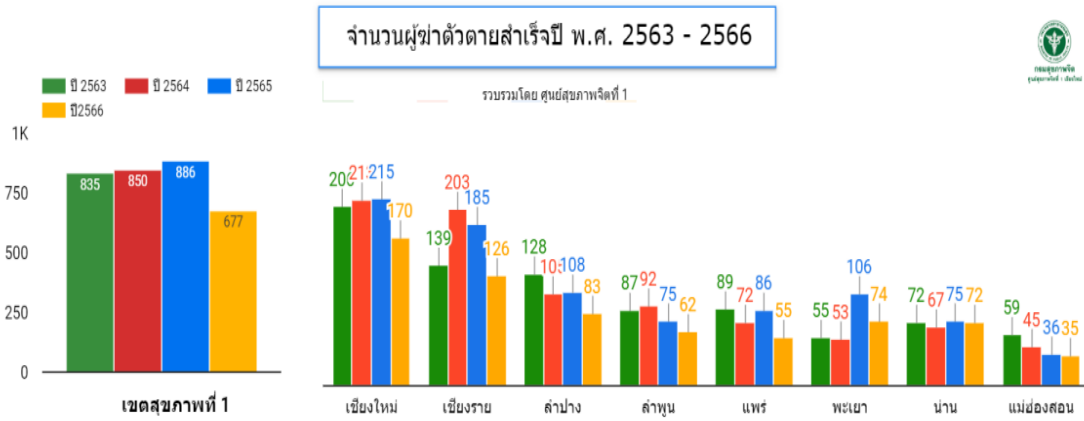
จากสถานการณ์ดังกล่าวทางคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่เป็นประธาน จึงมีมติให้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการหน่วยงาน ภาคี ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ใช้สารเสพติด ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ทั้งในช่วงก่อนเกิดเหตุ ช่วงเผชิญเหตุ และหลังเกิดเหตุ ไม่ให้เกิดความสูญเสียต่อร่างกาย และทรัพย์สิน โดยผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ปลัดอำเภอ ฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ จาก 25 อำเภอ ได้รับความอนุเคราะห์วิทยากรจาก ตำรวจภูธรภาค 5 โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลหางดง โรงพยาบาลแม่อน โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลพร้าว ในการร่วมให้ข้อมูลเชิงวิชาการอันจะนำไปสู่การออกแบบเพื่อป้องกันและจัดการปัญหาความรุนแรง และปัญหาด้านสุขภาพจิตในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่ส่งผลให้เกิดการทำร้ายบุคคลอื่น โดยเฉพาะในบุคคลที่ได้รับการระบุว่ามีความเสี่ยงสูงแต่ขาดการรักษาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง หรือรักษาแล้วแต่ยังไม่การใช้สารเสพติดต่างๆทั้ง สุรา ยาบ้า และสารเสพติดอื่นๆ ส่งผลให้มีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงมากขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมทั้งการทำร้ายบุคคลอื่นและการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ยิ่งไปกว่านั้นยังพบรายงานเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตจากภาวะซึมเศร้า อารมณ์สองขั้ว ความเครียดสูง ความวิตกกังวลสูงจนไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงมากขึ้น โดยมีข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพรายงานเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงมากขึ้นในประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุและบุคคลที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ พร้อมกันนั้นพบว่ามีรายงาน

อุบัติการณ์เกี่ยวกับปัญหาอารมณ์สองขั้ว ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการปรับตัวเข้าสู่สังคมไม่ได้ การแยกตัว ความเครียดจากการเรียนและการปรับตัว สูงมากขึ้นในกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน ส่งผลให้บุคคลกลุ่มเหล่านี้ มีการกระทำความรุนแรงต่อตนเองและกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่น ได้ง่ายและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีปัญหาการทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตาย จนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้นด้วย

สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า มีประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆ ปี โดยมีการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน มีผู้ฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย อีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ที่ฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คนในทุกๆ 20 วินาที มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ในทุกๆ 1-2 วินาที สำหรับประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 8.8 ต่อแสนประชากร (WHO, 2021) สูงเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ โดยคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 4,419 รายต่อปี ซึ่งสูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จากข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของกรมสุขภาพจิตในระหว่างปี 2562 และ 2563 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประชากรไทยเพิ่มขึ้นจาก 6.64 เป็น 7.37 ต่อประชากร 1 แสนคน ในจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายจาก 11.26 เพิ่มขึ้นเป็น 14.61 ต่อประชากร 1 แสนคน ตามลำดับ แต่หากพิจารณาจากจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2562 พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับสองของประเทศ (199 ราย) รองจากจังหวัดนครราชสีมา (203 ราย) อย่างไรก็ตาม สถิติดังกล่าวอาจต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากตัวเลขที่ระบุเป็นเพียงการคำนวณจากสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุไว้ในใบมรณบัตรเท่านั้น (Department of Mental Health, 2021) จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2562 - เดือนกรกฎาคม 2566 พบว่ามีอัตราอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง ดังรูปที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จรายจังหวัดในปี พ.ศ. 2563 – 2566 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ดังแผนภูมิในรูปที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดจากทั้ง 12 เขต ดังรูปที่ 3 ต่อไปนี้

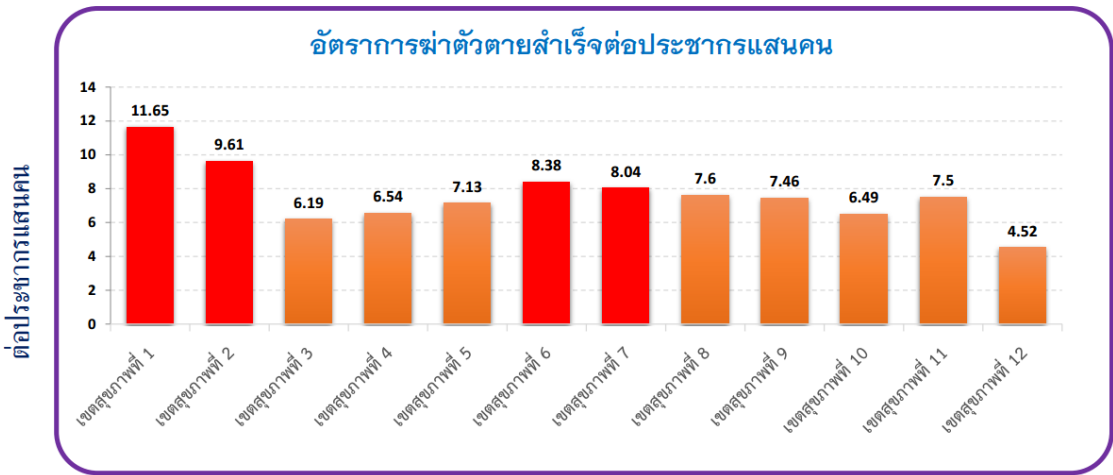


รูปที่ 1: แผนภูมิเส้นแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดเชียงใหม่  
ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566



รูปที่ 2: แผนภูมิแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1  
ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

**สถานการณ์ การฆ่าตัวตาย จำแนกรายเขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2564**



รูปที่ 3: แผนภูมิแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต  
ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

สำหรับข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่พบว่าสถานการณ์การฆ่าตัวตายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 18 กรกฎาคม 2566 (HDC, เข้าถึงข้อมูลในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566) พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายดังรายละเอียดในรูปที่ 4 และมีข้อมูลแสดงอัตราการฆ่าตัวตายและพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 ดังแผนภูมิในรูปที่ 5 ต่อไปนี้

สถานการณ์ การฆ่าตัวตาย จังหวัดเชียงใหม่  
1 ตุลาคม 2565 – 18 กรกฎาคม 2566



จำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเอง  
**523** คน

ฆ่าตัวตายสำเร็จ  
**170** คน  
9.48 ต่อประชากรแสนคน

ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ  
**353** คน



รูปที่ 4: แผนภูมิแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดเชียงใหม่  
ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

รายชื่ออำเภอ และตำบล ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ตั้งแต่ปี 2563 - 2565

ลำดับ	อำเภอ	อัตราต่อแสนปี 63	อัตราต่อแสนปี 64	อัตราต่อแสนปี 65	ตำบลที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4 ปีติดต่อกัน (2562-2565)	ตำบลที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ปีติดต่อกัน (2563-2565)
1	ดอยเต่า	29.31	32.98	47.94	ตำบลโป่งทุ่ง	ตำบลท่าเตื่อ, ตำบลมีดกา
2	พร้าว	12.57	23.04	18.79	ตำบลแม่ปิง	
3	จอมทอง	21.17	21.17	16.63	ตำบลบ้านแปะ, ตำบลบ้านหลวง	
4	สันป่าตอง	13.44	13.44	16.16	ตำบลยุหว่า	ตำบลบ้านแม่, ตำบลมะขามหลวง
5	แม่แตง	23.74	15.36	16.09	ตำบลขี้เหล็ก, ตำบลป่าแม่	ตำบลอินทนิล
6	ดอยสะเก็ด	10.9	10.9	15.87		ตำบลสันปูเลย
7	แม่วาง	15.87	25.39	15.62	ตำบลแม่วิน	
8	สันกำแพง	23.03	11.51	13.50	ตำบลสันกำแพง	ตำบลแม่ฟ้าหลวง
9	แม่เมาะ	21.08	25.60	12.78	แม่เมาะ, แม่เมาะ, ท่าตอน	
10	ดอยหล่อ	15.89	11.92	15.99	ตำบลสันติสุข	
11	กัลยาณิวัฒนา	39.61	31.69	15.61	ตำบลแม่แตด	
12	ฝาง	26.61	23.28	15.50	ตำบลแม่งอน, ตำบลแม่ฟ้า	ตำบลแม่คะ, ตำบลแม่สุ่น, ตำบลสันทราย, ตำบลม่อนปิน
13	ไชยปราการ	15.54	15.54	7.84	ตำบลศรีดงเย็น	
14	สันทราย	16.51	11.26	8.54	ตำบลหนองหาร, ตำบลป่าไผ่	ตำบลหนองแห้ง
15	แม่แจ่ม	6.7	16.75	14.98		
16	สอด	6.91	9.21	11.57		
17	สะเมิง	0	8.63	8.43		
18	แมริ่ม	13.88	10.41	7.42		ตำบลโป่งแยง, ตำบลสันโป่ง
19	เชียงดาว	10.97	16.45	4.96		ตำบลปิงโค้ง, ตำบลเมืองนะ
20	อมก๋อย	1.6	4.80	8.02	อมก๋อย	
21	แม่ออน	4.77	4.77	19.03		
22	หางดง	6.81	18.16	2.17		
23	สารภี	10.65	4.74	5.66		
24	เวียงแหง	5.32	0	7.44		
25	เมืองเชียงใหม่	1.79	3.13	0.88		ตำบลสันผีเสื้อ, ตำบลป่าแดด

38 ตำบล

รูปที่ 5: แผนภูมิแสดงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของรายอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่  
ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นการพยายามฆ่าตัวตายตลอดจนการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ ส่วนใหญ่มีปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านชุมชนและสังคม ทั้งนี้ข้อมูลของจังหวัดเชียงใหม่ที่มีการรายงานไว้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจากการสำรวจในปี 2566 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ปัญหาด้านความสัมพันธ์ร้อยละ 43.92 ปัญหาโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 36.49 ปัญหาด้านสุราและยาเสพติดต่าง ๆ ร้อยละ 33.78 ปัญหาด้านโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิตร้อยละ 32.43 และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 26.35 โดยเฉพาะในช่วงของสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 พบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายการทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากช่วงก่อนหน้านี้ เมื่อมีการแยกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายนั้นพบว่าในแต่ละกลุ่มอายุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายคือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลร้อยละ 83.33 ปัญหาโรคทางจิตเวชร้อยละ 16.67 และปัญหาด้านสุราร้อยละ 16.67

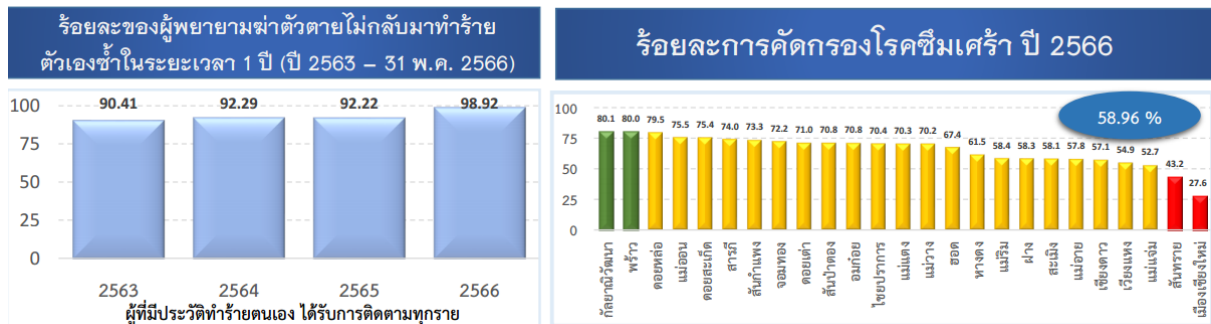
2. ในกลุ่มอายุ 25 ถึง 59 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายได้แก่ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ร้อยละ 42.35 ปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 34.12 ปัญหาโลกทางจิตเวชและสุขภาพจิตร้อยละ 31.25 ปัญหาโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 27.06 ปัญหาด้านสุราร้อยละ 27.85 และปัญหาด้านสารเสพติดต่าง ๆ ร้อยละ 4.71

3. ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายประกอบไปด้วย ปัญหาโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 65.12 ปัญหาด้านความสัมพันธ์ร้อยละ 30.23 ปัญหาโลกทางจิตเวชร้อยละ 25.58 ปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 16.28 ปัญหาด้านสุราร้อยละ 13.95

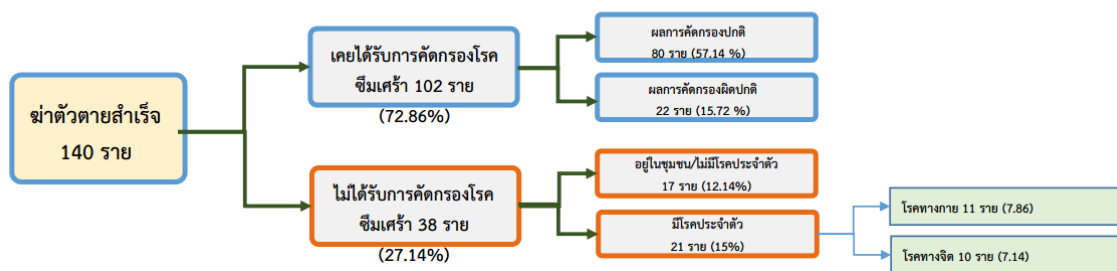
ทั้งนี้ในส่วนของผู้ป่วยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มักพบความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในผู้ที่ มีประวัติสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาความรักไม่สมหวัง เลิกลา แยกหัก ถูกทอดทิ้งจากบุคคล ในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง มีปัญหาความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจกัน ในครอบครัวความรุนแรง ในครอบครัว ถูกกลั่นแกล้งรังแก ถูกทารุณกรรมทางเพศหรือทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงในวัยเด็ก ความรู้สึก โดดเดี่ยวจากสังคม รู้สึกว่าไม่มีใคร นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงสวัสดิการสังคม เช่น การมีความ ยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ขาดที่พึ่ง หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และในการแก้ปัญหา การถูกตีตราจากสังคม ที่รังเกียจหรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่านั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางกายและทางจิตพบว่าพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงจาก กระบวนการบำบัดรักษา การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอาการลักษณะ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในช่วงได้รับการวินิจฉัยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายยังมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ความเครียดความกดดันจากปัญหา ด้านเศรษฐกิจ ตกงาน เห็นได้จากจากการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ยิ่งไปกว่านั้นในประเทศไทย เราเองนั้นประชาชนสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ง่าย เนื่องจากเราขาด ระบบการดูแล ควบคุมและป้องกันเข้าถึงอุปกรณ์ ยาหรือสารเคมีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

ในยุคปัจจุบันนี้มีการสื่อเทคโนโลยีหลากหลายที่สื่อสารออกมาของผู้ที่เสี่ยงหรือกำลังจะฆ่าตัวตาย โดยการถ่ายภาพทอดภาพ หรือคลิปวิดีโอการทำร้ายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตายผ่านสื่อออนไลน์ ข้อความ ในลักษณะของการส่งเสีย บอกลา วางแผนการทำร้ายตัวเอง ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แต่ระบบการดูแลของสังคมชุมชนในบ้านเรานั้นยังมีระบบการดูแลที่จะให้ความช่วยเหลือหรือกระบวนการ ติดต่อกับเข้าสู่ระบบบริการเพื่อได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน ทำให้ไม่สามารถป้องกันการ สูญเสียจากการฆ่าตัวตายได้ เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย สำเร็จได้สูงขึ้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์การฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดเชียงใหม่เราจะเห็นว่า ปัญหาความสัมพันธ์ค่อนข้างจะเป็นปัจจัยที่พบมากที่สุดที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย ของประชาชนทุกกลุ่มวัย ดังนั้นที่ผ่านมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง

ได้มีกระบวนการดำเนินการหลายอย่างทั้งการดำเนินการคัดกรองโรคซึมเศร้า การพัฒนาระบบการดูแล ผู้  
ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ไห้กลับมาทำร้ายตนเอง ดังรายละเอียดในรูปภาพที่ 5



**จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้รับการคัดกรองซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566**



รูปที่ 6: แสดงกระบวนการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของจังหวัดเชียงใหม่

ที่มา: HDC, เข้าถึงในวันที่ 18 กรกฎาคม 2566

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาการทำร้ายตนเอง ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดเชียงใหม่ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและจิตใจของประชาชนกลุ่มดังกล่าว โจทย์สำคัญคือปัญหาด้านสภาพจิตใจที่เกิดจากความยากลำบากในการปรับตัวและกระบวนการในการรับมือการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีสถานการณ์วิกฤติหลายอย่างเกิดขึ้น ทั้งนี้จากสภาพปัญหาดังกล่าวเราจะเห็นว่าบทบาทขององค์กรภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ตลอดจนประชาชนทุกคนในชุมชนที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้เกิดสังคมแห่งความสุข คนไม่รู้สึกลดเดี่ยวและเมื่อประสบปัญหา ก็สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และสามารถเข้าถึงกระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการป้องกันการฆ่าตัวตายและลดอัตราการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความสูญเสีย และผลกระทบต่อครอบครัว คนรัก คนใกล้ชิด ซึ่งอาจแผ่ขยายกว้างไปในระดับสังคม และนำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมตามมา ทั้งนี้ทางจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีกรอบกระบวนการดำเนินการที่ผ่านมาดังนี้

## ยกระดับการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

1

เป้าหมาย : ลดจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลงจากปี 2565 ร้อยละ 10 → ปี 2565 ฆ่าตัวตายสำเร็จ 227 ราย ปี 2566 ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน เป้าจังหวัดควบคุมการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่ม (ถึง 30 ก.ย.2566) ไม่เกิน 40 ราย

2

เพิ่มการคัดกรอง 2Q plus ในผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานพยาบาลทุกราย

3

เพิ่มความเข้มข้นของการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ใน 4 อำเภอ ได้แก่ จอมทอง(19) สันป่าตอง (14) สันทราย(12) ฝาง(11)

4

ค้นหาผู้ที่มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย **เบื้อ เหวง เสร้า บ่นอยากตาย** หรือผู้ประสบภาวะวิกฤติฉับพลัน เช่น หย่าร้าง ปัญหาหนี้สิน ทำร้ายตนเอง ฯลฯ

5

ประชาสัมพันธ์ช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ(เบอร์โทร 1669 ,1323)

## การดำเนินการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย



Pillar 1 ระบบข้อมูล	Pillar 2 ระบบคัดจับ	Pillar 3 ระบบป้องกันและบำบัด	Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ
<p>1. พัฒนาระบบรายงานการฆ่าตัวตาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานข้อมูลการกระทำรุนแรงต่อตนเอง จังหวัดเชียงใหม่ ภายใน 1 สัปดาห์ (261 ราย)</li> <li>- รายงานการสอบสวนการฆ่าตัวตาย ภายใน 3 สัปดาห์ (ใช้หลักการบาดวิทยา Time Place Person + ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ระบบเฝ้าระวังป้องกัน ด้านกัน) (149 ราย)</li> <li>- รายงานการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเอง (265 ราย)</li> <li>- Suicide Attempt/Death Case Conference (กพ. 66, เม.ย 66, พ.ค 66)</li> <li>- คินข้อมูล แก่ ชุมชน และนำเสนอในที่ประชุม (ทน.ส่วน, พชอ. ฯลฯ) เพื่อจัดทำแผนพัฒนาการป้องกัน แก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตาย (ทุกเดือน)</li> <li>- อบรมการสอบสวนการฆ่าตัวตาย (25 อำเภอ ส.ค.66)</li> </ul>	<p>1. พัฒนาทีมเฝ้าระวัง การทำร้ายตนเอง และให้คำปรึกษาในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมทีมระดับตำบล เบญจภาคี ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ อปท. รพ.สต. เน้นสัญญาณเตือน/กลุ่มเสี่ยง/ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/การส่งต่อ (27 ตำบล)</li> <li>- Mental Health Leader team (25 อำเภอ)</li> </ul> <p>2. ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพิ่ม MHL และความเข้มแข็งทางใจ RQ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้น 3 ร. (ซรา, โรคเรื้อรัง, ไร้คนดูแล) และผู้มีปัญหาเศรษฐกิจ สัมพันธภาพ ประวัติทำร้ายตนเอง ในพื้นที่เสี่ยง 27 ตำบลเร่งรัด</li> </ul>	<p>1. จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในรพช. (ผ่านการประเมิน 100 %, มีคำสั่งมอบหมายงานทุกแห่ง)</p> <p>2. การจัดตั้งหอผู้ป่วยใน รพท., รพช. ทุกแห่ง (รพ.นครพิงค์ 13 เตียง, จอมทอง 6 เตียง, สันป่าตอง 8 เตียง, ฝาง 10 เตียง, สันทราย 4 เตียง)</p> <p>3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งช่วงก่อนเกิดเหตุ ช่วงเผชิญเหตุ และหลังเกิดเหตุ (บูรณาการ ปกครอง ตำรวจ อปท. สส. ชื่อมแนบฯ วันที่ 2 และ 6 มิ.ย.)</p> <p>4. เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (3 ทมอ) ในพื้นที่ ฆ่าตัวตายสูงสุด (<b>สันป่าตองและดอยสะเก็ด มิ.ย.66</b>)</p> <p>5. การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนภายใต้กลไก พชอ. (17 อำเภอ ก.ค - ส.ค 66)</p>	<p>1. Service plan สุขภาพจิต (27 กพ. 66, 28 เม.ย 66, พ.ค. 66)</p> <p>2. คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด (10 มีนาคม 66 , ก.ค. 66)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นโยบายดูแลสุขภาพจิตบุคลากรภาครัฐ</li> <li>- คำสั่งคณะทำงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับอำเภอ</li> </ul> <p>3. คณะทำงานระบบข้อมูลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (8 มิ.ย 66)</p>

สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (Social Determinants of Mental Health) ดังรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า การนำข้อมูลดังกล่าวเข้ามาสู่การร่วมมือวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย การเกิดปัญหาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าต่างๆ ปัญหาความรุนแรงในสังคม ปัญหาสารเสพติดต่างๆ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทั้งโรคเรื้อรังฝ่ายกาย ฝ่ายจิต และการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วของผู้ที่มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายตามสื่อสัญญาณการทำร้ายตนเองต่างๆ ล้วนเป็นแนวทางที่สำคัญที่ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสุขในชุมชน สร้างสังคมปันสุข พัฒนาสังคมเปี่ยมสุขในที่สุด อาจจะเป็นกิจกรรมสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย



เพื่อมุ่งลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประเทศไทยมีมาตรการและแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคม ร่วมดูแลกันอย่างใกล้ชิด สังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาติดสุรา ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ อีกทั้งการร่วมกันรณรงค์สื่อสารสร้างความเข้าใจ เตือนสติ และให้กำลังใจกัน นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้ให้แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยหลักวิธีการปฐมพยาบาลทางจิตใจ 3 ส. ได้แก่ 1) การสอดส่อง มองหา ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือผู้ที่มีการส่งสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย 2) ใส่ใจรับฟังด้วยความเข้าใจ ชวนพูดคุย ให้ระบายความรู้สึก ไม่ตำหนิหรือวิจารณ์ และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยงให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้กระบวนการปฐมพยาบาลใจตามหลัก 3 ส. นี้โดยเฉพาะการสอดส่องมองนั้นจะทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ถึงบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในการที่จะแสดงออกมาซึ่งการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลอื่น ตลอดจนเกิดการกระทำความรุนแรงได้ โดยต้องอาศัยแนวทางการสังเกตอาการผิดปกติของ ผู้ที่มีความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags) ได้แก่ **1) ไม่หลับไม่นอน:** มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ **2) เดินไปเดินมา:** ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ **3) พูดจาคนเดียว:** พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว **4) หงุดหงิดฉุนเฉียว:** อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว และ **5) เทียบหวาดระแวง:** มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามจะทำร้าย ถูกกลั่นแกล้ง โดยที่เมื่อประชาชนสามารถประเมินหรือพบบุคคลที่มีอาการแสดงเข้าข่ายแบบประเมินดังกล่าวก็จะสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือและจัดการได้ ด้วยการหากพบที่มีความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ญาติ/ ผู้ดูแล แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพราะอาจจะมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เจ้าหน้าที่ ควรประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) เพื่อดำเนินการวางแผน ให้การช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาต่อไป ในระหว่างนี้ญาติต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ และไม่ควรพูดจาหรือมีท่าทีช่วยผู้ป่วย

ดังนั้นหากประชาชนทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการร่วมกันตามหลักการปฐมพยาบาลทางจิตใจ 3 ส. นี้และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงกำเริบอาการทางจิตดังกล่าวได้ ก็จะทำให้เกิดระบบและกลไกที่ทุกคนสามารถช่วยกันคัดกรอง เฝ้าระวัง บุคคลกลุ่มเสี่ยง สามารถให้การช่วยเหลือดูแลและส่งต่อเข้ารับการรักษาหรือได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องก็จะทำให้คนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ลดปัญหาด้านสุขภาพจิต ลดปัญหาการก่ออันตรายหรือความรุนแรงต่อบุคคลอื่น ยิ่งไปกว่านั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทั้งองค์กรภาคีภาครัฐ เอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่น แกนนำชุมชนทุกระดับ ตลอดจนถ้าเครือข่ายด้านสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่รับผิดชอบได้การดูแลสุขภาพ สามารถร่วมมือกันในการออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิตและการก่อความรุนแรงก็จะก่อให้เกิดสังคมที่มีความปลอดภัย ประชาชนทุกคนอยู่กันด้วยความเอื้ออาทร ดูแลกันและกัน เกิดกระบวนการปฐมพยาบาลทางจิตใจที่มีประสิทธิภาพทุกคนก็จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ปัญหาในเรื่องของสุขภาพจิตและความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่นก็จะลดลงได้

ดังนั้นการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งแบบองค์รวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญาจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เกิดความเข้มแข็งในตนเอง สามารถปรับตัวให้พร้อมรับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอกได้อย่างดี เกิดความเข้มแข็งในการจัดการตนเอง พึ่งพาตนเองได้ และสามารถเป็นที่พึ่งสำหรับคนอื่นที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดสังคมเห็นความเอื้ออาทรและแบ่งปัน สร้างสรรค์กิจกรรมสร้างสุข และปันสุขให้กันและกันอย่างถ้วนหน้า ถ้าเกิดสังคมอุดมการณ์สร้างสุขภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกคน ทุกภาคส่วนโดยมีหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ภาครัฐ องค์กรต่างๆให้การสนับสนุน จะเป็นทิศทางที่สำคัญที่จะทำให้จังหวัดเชียงใหม่สามารถดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดแก่ประชาชนทุกคน และจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ที่ผ่านมาหน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ด้านสุขภาพจิตการป้องกันความรุนแรง และการป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ตลอดจนการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อนำสู่การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชน ในจังหวัดเชียงใหม่ อาทิเช่น

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตที่ทำงานเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงและปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ บูรณาการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กลุ่มแกนนำต่างๆในพื้นที่และภาคีเครือข่าย โดยการนำข้อมูลเป็นตัวตั้งเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันและการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรและประชาชนในพื้นที่ อาศัยกลไกสาธารณสุขโดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกายและจิตในชุมชน กระตุ้นหนุนเสริมกระบวนการพัฒนาประเด็น พขอ. โดยการร่วมวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบการดูแล การบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม กลไกอนุกรรมการประสานงานขับเคลื่อนในด้านนโยบายและกฎหมาย เพื่อบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยเรื่องปัญหาด้านสุขภาพจิต ร่วมกับ พขอ. จัดตั้งให้ทุกอำเภอมีคณะทำงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับอำเภอ และยกระดับเรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระของจังหวัด

นอกจากนั้นในระบบการดูแลทางสุขภาพนั้น มีกระบวนการส่งเสริมการดูแลรักษา การดูแลต่อเนื่อง และระบบการส่งต่อสำหรับบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งนี้มีระบบบริการด้านสุขภาพจิตทั้งด้านการรักษาสุขภาพจิตจังหวัดเชียงใหม่ 4 หมวด ประกอบด้วย ส่งเสริม-ป้องกัน - ค้นหาคัดกรอง-บำบัดรักษา/ฟื้นฟูสภาพ-ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีหน่วยงานองค์กรและบุคลากรที่ร่วมรับผิดชอบการดูแลตามบทบาทหน้าที่ดังนี้

หน่วยงาน	บทบาทหลัก
1. อสม.	<b>ค้นหา/คัดกรองในระดับชุมชนหมู่บ้าน</b> - การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย - การติดตามและคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต/SMI-V Scan และผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้ดื่มสุรา/ยาเสพติด เป็นต้น - การส่งต่อกรณีพบปัญหาเรื้อรังและรุนแรง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน
2. รพสต.	<b>ค้นหา/คัดกรอง/ประเมิน</b> - MENTAL HEALTH CHECK IN / 2Q plus, 9Q, 8Q - AUDIT/บคก.กสธ.V2/ASSIST/ Csg., BA, BI, MI - การดูแลให้การปรึกษา - การส่งต่อกรณีพบปัญหาเรื้อรังและรุนแรง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน
3, โรงพยาบาล	<b>ค้นหา/คัดกรอง/ประเมิน</b> - ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลรักษา และให้การปรึกษา

หน่วยงาน	บทบาทหลัก
	- จิตบำบัด, Telepsychiatry , ทีม MCATT - วินิจฉัยและรักษาด้วยยา (Acute Care, IMC) - การส่งต่อกรณีพบปัญหาเรื้อรังและรุนแรง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน
4.โรงพยาบาลจิตเวช	การดูแลรักษา กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน - จิตบำบัด, Telepsychiatry - วินิจฉัยและรักษาด้วยยา (Acute Care, IMC, LTC) - การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (ECT) - การติดตาม เยี่ยมบ้าน

การดูแลต่อเนื่องตามระบบการส่งต่อการรักษากรณีมีภาวะฉุกเฉินตามแผนภูมิต่อไปนี้



**เกณฑ์แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดจังหวัดเชียงใหม่**

หน่วยงาน	เกณฑ์การส่งต่อ
รพช.	1. ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด อาการทางจิตไม่รุนแรง 2.OAS ระดับ 0-1-2 3.Mild to moderate MDD 4.Low risk Suicide
รพศ./รพท,	1. ผู้ป่วยจิตเวช/สารเสพติดที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง 2. ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษรุนแรง 3.OAS ระดับ 0-1-2-3

หน่วยงาน	เกณฑ์การส่งต่อ
	4.Mild / moderate/severe MDD 5.Low /Moderate/High risk Suicide
รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่	1.ผู้ป่วยเสพติตรุนแรง 2.ผู้ป่วยที่ต้องใช้Methadone 3.ผู้ป่วยสารเสพติต 4. ฟันฟูระยะยาว 5.OAS ระดับ 0-1-2 6.Mild to moderate MDD 7.Low risk Suicide
รพ.สวนปรุง	1.ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง 2.ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะฟันฟู 3.OAS ระดับ 2-3 4.moderate to severe MDD High risk Suicid

**เครือข่ายสุขภาพจิตและยาเสพติระดับพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่**

มีการพัฒนาการจัดระบบดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพ แบ่งการดูแลรักษาให้ครบทุกมิติ เน้นในเรื่องการส่งต่อดูแลผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ นอกเหนือจากการส่งต่อที่สวนปรุง โดยมีแผนภูมิการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เน้นการส่งต่อฉุกเฉินในโรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุ

2. โรงพยาบาลสวนปรุง ในบทบาทหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีการให้จัดระบบการบริการสุขภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วยจิตบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น หรือเคยทำร้ายคนอื่น ซึ่งจะมีกระบวนการออกแบบการรักษาของโรงพยาบาลเน้นการให้ความสำคัญกับการจัดการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพจิตด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนเพื่อนำไปใช้ในการดูแลตัวเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการดูแลทางไกลการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดความต่อเนื่องและการส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มญาติและหน่วยงานต่างๆในชุมชนด้วย

3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ร่วมมือกับมูลนิธิวิจัยและพัฒนาสังคม ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณการศึกษาวิจัยจากสำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส. สำนัก 3) ได้ดำเนินโครงการ “โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการในการป้องกันการฆ่าตัวตายและเพิ่มคุณภาพการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน” โดยดำเนินการเชิงทดลองเพื่อออกแบบมาตรการในการป้องกันการฆ่าตัวตายและส่งเสริมคุณภาพการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกระยะของการดำเนินการศึกษา เน้นกระบวนการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำท้องที่ แกนนำประชาชน อสม. และประชาชนที่ให้ความสนใจในการเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างสุขสู่ชุมชน ภายใต้การดำเนินการ “ตำบลสันโป่งเปี่ยมสุข” และ “ตำบลเหมืองแก้วรวมใจมีสุข” ภายใต้แนวคิดหลักการที่ว่า การสร้างสุขนั้นจะส่งผลให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข ก็จะลดปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาความรุนแรง ปัญหาการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ทั้งนี้กระบวนการดำเนินการเน้นย้ำความเอื้ออาทรและใส่ใจกันของคนในชุมชน กิจกรรมทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ

เป็นการออกแบบและดำเนินการโดยประชาชนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการดำเนินการส่งเสริมความสุข สู่การปันสุข อย่างยั่งยืนในชุมชนแม้โครงการจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม

4. มูลนิธิศานติวัณธรรม ได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย การใช้สารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว โดยได้เสนอแนะแนวทางการแก้ไขโดยใช้กระบวนการของ Global Parenting Initiative โดยเน้นกระบวนการกิจกรรมการทำงานร่วมกับครอบครัว ผู้ปกครอง และชุมชนเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เด็กบนพื้นฐานการวิจัย

5. ศูนย์สุขภาพจิต โดยกลุ่มละครชุมชนกับไฟ ได้มีการดำเนินการกิจกรรมผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเด็กและเยาวชนที่ถูกกระทำทารุณแรง เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมการรณรงค์การไม่ตีเด็ก หรือลงโทษเด็ก และพัฒนากลไกการปกป้องคุ้มครองเด็กรวมถึงการเชื่อมงานกับหน่วยงานในพื้นที่ระดับอำเภอ ในการใช้กฎหมายเกี่ยวกับความรุนแรง การละเมิดสิทธิเด็ก โดยออกแบบกลไกในการทำงานเครือข่ายร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันให้เกิดการยุติความรุนแรงในครอบครัว และในโรงเรียน นอกจากนี้ยังมีกระบวนการลงชุมชนเพื่อสื่อสารองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจกับเด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วย

6. ผู้ประสานงานโครงการคัดกรองสุขภาพจิต ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการทำงานที่ผ่านมา โดยพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กและประชาชนที่ได้รับกระทำทารุณแรง และผู้ที่ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนและกลุ่มนักศึกษาในสถาบันต่างๆ พบว่ายังมีช่องว่างการให้ความช่วยเหลือและระบบการส่งต่อเด็กจากสถาบันการศึกษาถึงหน่วยบริการ ซึ่งมีความล่าช้า ขาดการติดตามและขาดการดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างต่อเนื่อง และในโรงเรียนและสถานศึกษาอย่างขาดนักจิตวิทยาโรงเรียน ต้องใช้ครูในการให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนั้นจึงได้มีการดำเนินการหลายอย่าง เช่น การเสนอแนะแก่กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง อว. ให้มีการจัดระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนและนักศึกษาและมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข จัดระบบโรงพยาบาลคู่เครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร สนับสนุนระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา และรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

7. สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ (พมจ. เชียงใหม่) มีศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำทารุณแรงในระดับจังหวัด (ศปก.จ.) โดยการอาศัยกลไกการทำงานช่วยเหลือเฝ้าระวังร่วมกับชุมชน โดยมีศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำทารุณแรงในระดับชุมชนตำบล (ศปก.ต.) และหน่วยงานอื่นๆในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในระบบการทำงานและการให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติงานของบุคคลในการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดบุคลากรด้านสังคมสงเคราะห์และสุขภาพจิตในพื้นที่ การส่งต่อผู้ป่วยทางจิต ทั้งนี้ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ ได้ให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงครอบครัว ให้ได้รับการช่วยเหลือตามกระบวนการ และเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการที่พึงได้รับ

นอกจากนี้ทาง พมจ. เชียงใหม่ ได้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการยุติความรุนแรงในครอบครัว โดยอาศัยกลไกการทำงานช่วยเหลือเฝ้าระวังร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาที่มีความช่องว่างในระบบการทำงานและการให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติงานของบุคคลในการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ในส่วนของพมจจังหวัดเชียงใหม่เองได้มีการประสานความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในเรื่องของที่อยู่อาศัย ตลอดจนบุคคลที่ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชนรอบข้าง

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงในจังหวัดเชียงใหม่ และแนวทางการดำเนินการที่ผ่านมาของพื้นที่ ทางที่ประชุมคณะทำงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพจิตและสร้างสุขแก่ประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีข้อเสนอในการแก้ไขเพื่อยกระดับสุขภาพจิตประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้คือ

1. การลดความรุนแรงในเด็ก โดยเสนอแนะให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติค่านิยมของสังคมเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงทางเพศในเด็กและเยาวชน การล่วงละเมิดทางเพศ การทำร้ายเด็กในครอบครัว และการทำร้ายเด็กในสถาบันการศึกษาต่างๆ ตลอดจนการสร้างระบบคุ้มครองเด็กนักเรียน ในโรงเรียนและสามเณรในวัดและในโรงเรียนปริยัติธรรมต่างๆ โดยต้องส่งเสริมให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลกลุ่มประชาชนดังกล่าว เช่น ครู พระสงฆ์ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องเข้ามาร่วมกันในการออกแบบกระบวนการสร้างความเข้าใจ กระบวนการในการทำงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนตลอดจนเด็กและเยาวชนให้รับรู้ถึงสิทธิและหน้าที่ของตนเองเพื่อลดปัญหาการกระทำความรุนแรงต่อเด็กในสังคม นอกจากนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องของผลกระทบของความรุนแรงต่อบุคคลอื่นในทุกๆกลุ่มวัยเพื่อลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยเน้นกระบวนการออกแบบกระบวนการสื่อสารเพื่อพัฒนาศักยภาพและความเข้าใจให้กับประชาชนทุกคนในเรื่องของผลกระทบและผลเสียของการกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่นต่อตนเอง และแนวทางในการปกป้องตนเองไม่ให้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคม

2. ระบบการบริการสาธารณสุข สุข ด้วยการส่งเสริมกระบวนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมกระบวนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงต่างๆที่เกิดขึ้น หน่วยงานองค์กรที่รับผิดชอบจะต้องออกแบบระบบการดูแลช่วยเหลือการส่งต่อที่รวดเร็วระหว่างสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ให้สามารถที่จะป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้ ยิ่งไปกว่านั้นควรจะต้องมีการติดตามผลการรักษาและให้การรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต เรื่องที่สำคัญควรมีการพัฒนาและกลไกเชิงโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขในการวิเคราะห์ปัญหาการออกแบบกระบวนการดูแลการให้บริการการติดตามประเมินผลตลอดจนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แหล่งประโยชน์ต่างๆ หน่วยงานนอกพื้นที่ที่มีความสำคัญเช่น อบจ. พมจ. สถานีตำรวจในท้องที่ พระสงฆ์และหน่วยงานองค์กรด้านศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของมหาตไทย เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาจิตเวชด้วยการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ความรอบรู้ทางสุขภาพใจ (Mental Health Literacy) ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพต้องแสดงบทบาทของผู้เสริมสร้างความรอบรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้เกิดระบบการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลใกล้ชิดของประชาชนในระยะยาวต่อไป

3. การส่งเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว เพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในเด็ก ผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบางอื่นๆ เพื่อให้ครอบครัวมีคุณภาพโดยกระบวนการส่งเสริมเด็กให้มีเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัวเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองอบรมให้ความรู้พ่อแม่ในการเลี้ยงดูเด็กด้วยวินัยเชิงบวกและไม่ใช้ความรุนแรง

ตลอดจนการส่งเสริมกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว การส่งเสริมกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัว ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อให้เกิดครอบครัวอบอุ่นชุมชนที่เข้มแข็ง ชุมชนสังคมปันสุข มีความเอื้ออาทรแก่กันและกัน ทั้งนี้ควรเน้นกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกัน

ความรุนแรงทั้งในระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคมโดยรวม โดยอาศัยกระบวนการส่งเสริมให้เกิดพื้นที่ปลอดภัย ในพื้นที่ส่วนกลางหรือพื้นที่สาธารณะ

4. การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายโดยการส่งเสริมให้มีกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มต่างๆโดยมีกระบวนการให้คำปรึกษาในกลุ่มที่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตายหรือมีการทำร้ายตัวเอง ทั้งนี้ต้องเป็นการประสานงานกับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะ หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต มีกระบวนการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการเชื่อมประสานงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับโรงพยาบาลสวนปรุง ตลอดจนการส่งเสริม ให้มีกระบวนการพัฒนามาตรการชุมชนสร้างสุข และชุมชนปันสุขโดยอาศัยกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับพื้นที่และระดับจังหวัดต่อไป

ทั้งนี้จะต้องมีกระบวนการออกแบบกลไกในการติดตามการให้คำปรึกษาและการเฝ้าระวัง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและการทำร้ายผู้อื่นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการก่อเหตุ ซ้ำ ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากสารเสพติด ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดจาก การปรับตัวตามสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และกลุ่มที่มีปัญหาการติดเกมส์และติดสังคม เสมือนจริง (social media) ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

5. การจัดทำข้อเสนอเชิงกฎหมายและนโยบาย เน้นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต กฎหมายเรื่อง ความรุนแรงเป็นต้นเสนอต่อคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับ จังหวัดเชียงใหม่

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและนักจิตวิทยา โรงเรียน โดยให้กำหนดบทบาทนักจิตวิทยาในโรงเรียนเน้นการทำงานเชิงป้องกันงานเชิงรุกหรือสร้างทีม ที่ปรึกษาให้ครูทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือส่งต่อ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรเรื่องจิตเวช สำหรับครูในสถาบันการศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจกับครูในเรื่องจิตเวชมีการอบรมครูประจำชั้น ในโรงเรียนตลอดจนการผลักดันให้เกิดบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชนและในสถานพยาบาล

7. สร้างเครือข่ายความร่วมมือขับเคลื่อนในเรื่องสุขภาพจิตและลดความรุนแรง ด้วยการสร้างพื้นที่ กลางสู่การสร้างสังคมเปี่ยมสุข โดยพัฒนาให้เกิดกลไกคณะทำงานในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดปัญหาการ ฆ่าตัวตาย โดยความร่วมมือระหว่าง ประชาชน ชุมชน ภาคประชาสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาการ ฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเชื่อมกระบวนการทำงานและออกแบบ การทำงานเพื่อส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับ พมจ. เกี่ยวกับการส่งเสริมการเข้าถึงสวัสดิการ สังคม การส่งเสริมกระบวนการด้านอาชีพรายได้ และการแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง