

การพัฒนามาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบกจากอัศวินบาตกรรม

เอกสารวิจัยส่วนบุคคล



โดย

พินเอก ทองแดง อาตมยะพันธ์

รองผู้อำนวยการกองยุทธการและการข่าว

กรมแพทย์ทหารบก

วิทยาลัยการทัพบก

กันยายน 2564

เอกสารวิจัยเรื่อง การพัฒนามาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบก
จากอัตรินิบาตกรรม


โดย พันเอก ทองแดง อาตมยะพันธ์

อาจารย์ที่ปรึกษา พันเอก ชุตีเทพ ราชสีหา

วิทยาลัยการทัพบก อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก ปีการศึกษา 2564 และเห็นชอบให้เป็น
เอกสารวิจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในเกณฑ์ระดับ


พลตรี  ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก
(มหศักดิ์ เทพหัสติน ณ อยุธยา)

คณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคล

พันเอก  ประธานกรรมการ
(นงอาจ ชันดี)

พลโท  ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา
(ชาญชัย ติกชะปัญญา)

พันเอก ดร.  กรรมการ
(ธีชกร ภูวพัฒน์ดล)

พันเอก  กรรมการ
(ชุตีเทพ ราชสีหา)

พันเอก ดร.  กรรมการ
(ปราโมท หม่อมศิลา)

บทคัดย่อ

ผู้วิจัย	พินเอก ทองแดง อาตมะพะพันธ์
เรื่อง	การพัฒนามาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบก จากอัศวินบาตกรรม
วันที่	กันยายน 2564 จำนวนคำ : 8,361 จำนวนหน้า : 22
คำสำคัญ	อัศวินบาตกรรม การสูญเสียกำลังพล สมรรถนะ
ชั้นความลับ	ไม่มีชั้นความลับ

การเสียชีวิตของกำลังพลกองทัพบกจากอัศวินบาตกรรมเริ่มได้รับความสนใจตั้งแต่เหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ กองทัพบกโดยกรมกำลังพลทหารบก ร่วมกับกรมแพทย์ทหารบกได้ดำเนินมาตรการเพื่อลดการสูญเสียกำลังพลจากอัศวินบาตกรรมมาโดยตลอด แต่สัดส่วนของการสูญเสียกำลังพลกองทัพบกจากอัศวินบาตกรรมเมื่อเทียบกับการสูญเสียจากเหตุอื่นยังคงอยู่ในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น (จาก 4.84 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 เป็น 7.12 ต่อแสนประชากร ในปี 2563)

การวิจัยนี้พยายามทบทวนมาตรการฯ ที่ได้ดำเนินไปแล้ว เพื่อค้นหาและวิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลต่อมาตรการฯ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรการฯ ให้สามารถลดความเสี่ยงที่จะนำไปสู่อัศวินบาตกรรมของกำลังพล

ผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สายแพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำมาตรการฯ ไปใช้ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด จึงได้เสนอให้มีการส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่สายแพทย์ด้วยรูปแบบการเพิ่มสมรรถนะที่ทำได้จริงและไม่เพิ่มภาระงาน ในส่วนที่เกี่ยวกับมาตรการฯ พบข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ครอบคลุมการป้องกันความเสี่ยงสำหรับกำลังพลทุกชั้นยศ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพิทักษ์กำลังพลกองทัพบก

Abstract

Author: Colonel Thongdang Arthayapan

TITLE: Developing measure for Reducing Suicide Death among Royal Thai Army Personnel

DATE: September 2020 **WORD COUNT:** 8,361 **PAGES:** 22

KEY TERMS: Suicide Rate, Royal Thai Army Personnel, Competency

Classification: Unclassified

Statistics of Royal Thai Army Personnel suicide deaths was interested since the outbreak of Thailand's Southernmost Provinces Insurgency. Royal Thai Army Directorate of Personnel and Royal Thai Army Medical Department launched the measure aim to reduce rate of suicide death.

According to the Annual Royal Thai Army Directorate of Personnel Report, the rate of deaths by suicide rose from 4.84 per 100,000 population in 2018 to 7.12 in 2020. The measure was reviewed by analyzing internal and external factors that could be effect the process of measure. Searching for improving suicidal risk management and clinical practice to prevent further suicide death in Royal Thai Army personnel.

The results from this research, the medical personnel play important role. So developing competency of medical personnel should improve overall measure. There have also some suggestions to tailor measure in order to fit all kind of groups and meet the best effort for force protection.

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์วิทยาลัยการทัพบกทุกท่าน ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พันเอก ฉกาจ ชันดี รองผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก ในฐานะประธานคณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคล พันเอก ดร.ธัชกร ภูวพัฒน์ดล พันเอก ดร.ปราโมทย์ หม่อมศิลา คณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคลและ พันเอก ชุตติเทพ ราชสีหา อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้แนวคิดและคำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเอกสารวิจัยส่วนบุคคล รวมถึงตรวจสอบต้นฉบับอย่างละเอียดจนทำให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

พลโท ชาญชัย ติกชะปัญญา เจ้ากรมแพทย์ทหารบก ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

พลตรี มหศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบกที่ได้กรุณาอนุมัติให้ผู้วิจัยทำการวิจัยในหัวข้อที่น่าจะเกิดประโยชน์กับกำลังพลกองทัพบกในภาพรวม ผู้อยู่เบื้องหลังที่สนับสนุนให้การทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้สมตามความมุ่งหวัง

ความดีอันหากจะเกิดมีขึ้นมาได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กำลังพลกองทัพบกทุกนายทั้งที่ล่วงลับไปแล้ว และที่กำลังตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ของตนเพื่อพิทักษ์ปกป้องอธิปไตยและบูรณาการแห่งชาติไทย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดีต่อกองทัพบกในการอนุรักษ์กำลังรบด้วยการป้องกันการสูญเสียกำลังพลจากอุบัติเหตุกรรมในอนาคตได้ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
กรอบแนวคิดการวิจัย	2
วิธีการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	4
บทที่ 2 บทวิเคราะห์.....	5
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา.....	5
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์.....	10
การวิเคราะห์ทางเลือกยุทธศาสตร์.....	17
การวิเคราะห์หนทางใหม่ในการแก้ปัญหา.....	17
บทที่ 3 บทอภิปรายผล.....	19
บทที่ 4 สรุปผล.....	21
เอกสารอ้างอิง.....	23
ภาคผนวก.....	26
ประวัติผู้วิจัย.....	35

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่เหตุการณ์ก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ กองทัพบกได้ใช้ทรัพยากรด้านกำลังพลเป็นจำนวนมาก มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกำลังพลจากกองทัพภาคต่างๆ เพื่อไปปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ไม่คุ้นเคย เป็นระยะเวลาานาน การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่และความรุนแรงของการรบส่งผลต่อสภาวะจิตใจของกำลังพลเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การทำร้ายตนเองถึงขั้นบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตของกำลังพล นอกจากนี้ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นต่อบุคคลหนึ่ง ยังส่งผลกระทบต่อปัญหา ทั้งด้านธุรการและด้านยุทธการ (ด้านธุรการ ได้แก่ การสับเปลี่ยนทดแทนกำลังพลที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิต การใช้ทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในระดับทุติยภูมิ การพักผ่อนร่างกายและจิตใจ ด้านยุทธการ ได้แก่ การลดลงของประสิทธิภาพในการปฏิบัติภารกิจโดยรวม อันเกิดจากขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานที่ตกต่ำ) ด้วยเหตุผลดังกล่าว กองทัพบกจึงเริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลสภาวะจิตใจ เพื่อเตรียมกำลังพลให้พร้อมตลอดทั้งระยะเวลาการปฏิบัติงาน ในการนี้ได้มอบหมายให้กรมแพทย์ทหารบก ซึ่งเป็นหน่วยขึ้นตรงที่มีหน้าที่ในการดูแลสภาวะของกำลังพล เป็นหน่วยรับผิดชอบในการดำเนินการในการจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่กำลังพลในการดูแลสภาวะจิตใจของตนเอง ทำการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และดูแลรักษาช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู ต่อมาได้ขยายการดูแลสภาวะทางจิตใจไปสู่กำลังพลทุกระดับชั้น ในทุกกองกำลังป้องกันชายแดน ในการนี้กรมกำลังพลทหารบก ได้ร่วมกับกรมแพทย์ทหารบก ออกมาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบก ตามหนังสือกรมกำลังพลทหารบก ที่ กท 0470/1681 ลง 3 พฤษภาคม 2562 เรื่องขออนุมัติกำหนดมาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบก เพื่อกำหนดเป็นแนวทางให้หน่วยขึ้นตรงกองทัพบกนำไปปฏิบัติเพื่อลดการสูญเสียกำลังพลอันเนื่องมาจากการกระทำอัตวินิบาตกรรม

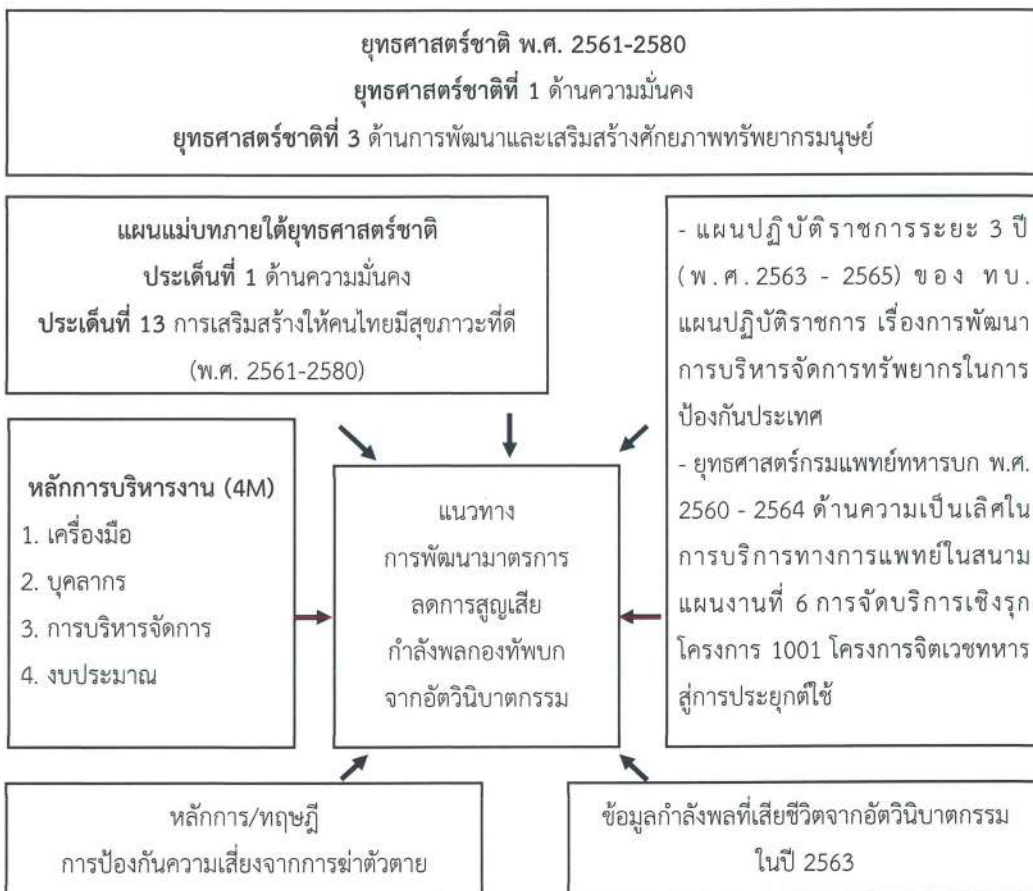
อย่างไรก็ตาม ด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน กองทัพบกยังคงเผชิญกับปัญหาการกระทำอัตวินิบาตกรรมของกำลังพลทุกระดับชั้นเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสรุปยอดกำลังพลเสียชีวิตจากกองวิเคราะห

และประเมินค่า สำนักแผนเตรียมพล กรมกำลังพลทหารบก พบว่า อัตราส่วนการเสียชีวิตของกำลังพลด้วยอัตรวินิบาตกรรม เทียบกับการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ปีงบประมาณ 2561 อยู่ที่ 4.84 เพิ่มเป็นร้อยละ 7.07 และ 7.12 ในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 ตามลำดับ) จึงนำไปสู่คำถามว่ามาตรการฯ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วมีปัญหาอย่างไร เพราะเหตุใดจึงลดการสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่ได้ หากต้องการดำเนินมาตรการฯ ให้ได้ผลจะต้องปรับปรุง แก้ไขให้ดีขึ้นอย่างไร หรือมีสาเหตุและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อทำให้การเสียชีวิตจากอัตรวินิบาตกรรมไม่สามารถป้องกันได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวคืออะไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลมาตรการฯ ที่ได้ดำเนินการแล้วในปัจจุบัน
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบและเป็นปัญหาต่อการลดการสูญเสียกำลังพล
3. เพื่อนำเสนอแนวทางในการพัฒนามาตรการฯ ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ตามแนวทางที่วิทยาลัยการแพทย์กำหนด
2. ขอบเขตการศึกษาข้อมูล
 - 2.1 เนื้อหา ศึกษาจากระเบียบ ข้อกำหนด คู่มือและคำสั่งของกองทัพบกที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านกำลังพล แผนปฏิบัติราชการของกองทัพบก ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในด้านความมั่นคง และการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สถิติการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มประชากรไทย แนวความคิด ทฤษฎีงานวิจัยทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเครียดภาวะหรือโรคซึมเศร้า
 - 2.2 ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ ธันวาคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ

โดยการรวบรวมจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับมาตรการฯ เช่น เจ้าหน้าที่สายแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้เชี่ยวชาญจากกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล กองวิเคราะห์และประเมินค่ากรมกำลังพลทหารบก เจ้าหน้าที่แผนกการแพทย์และพยาบาล กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบก
 - 3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ

ข้อมูลเชิงสถิติด้านประชากรศาสตร์และข้อมูลเชิงพรรณนา เช่น ประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกำลังพลกองทัพบกที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรมในปี 2563
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 4.1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบตามทฤษฎี 4M
 - 4.2 การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ มุ่งเน้นที่พลังอำนาจของชาติในมิติที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับโลก ภูมิภาค และระดับประเทศ ได้แก่ มิติด้านการเมือง การทหาร สังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจและเทคโนโลยีสารสนเทศ
 - 4.3 การวิเคราะห์ทางเลือกทางยุทธศาสตร์เสนอทางเลือกในการจัดการปัญหาในระดับยุทธศาสตร์

4.4 การวิเคราะห์หนทางใหม่ในการแก้ปัญหา เมื่อได้ข้อมูลจากการรวบรวมและค้นหาประเด็นทั้งหมดแล้ว จะได้นำมาวิเคราะห์แนวทางที่เป็นไปได้มากที่สุดในการแก้ปัญหา

5. ขั้นตอนการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ตั้งแต่การพัฒนาและเสนอโครงการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายและสรุปผล จนถึงการจัดทำรูปเล่มและรายงานการวิจัย สิ้นสุดในพฤษภาคม 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กรมแพทย์ทหารบกมีมาตรการฯ ที่ผ่านการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิผล สอดประสานกันในทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยขึ้นตรงกองทัพบก กำลังพล และผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์ในโรงพยาบาลกองทัพบก
2. กองทัพบกมีกำลังพลที่พร้อมสำหรับการปฏิบัติการกิจทุกรูปแบบ จากการลดความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรม อีกทั้งจะได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนที่สามารถให้การดูแล พิทักษ์กำลังพลโดยเฉพาะกลุ่มทหารกองประจำการ
3. ประเทศชาติจะเข้าใจลึกเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คือ ทำให้อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรเพิ่มสูงขึ้น

บทที่ 2

บทวิเคราะห์

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

มาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพจากอุบัติเหตุกรรมเป็นมาตรการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลัก คือ กรมกำลังพลทหารบกในฐานะหน่วยออกมาตรการฯ/กำกับดูแลกรมแพทย์ทหารบกในฐานะผู้ให้คำปรึกษาและดำเนินการที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์และหน่วยขึ้นตรงกองทัพบกในฐานะหน่วยปฏิบัติ โดยแนวทางการปฏิบัติจะประกอบด้วย มาตรการเชิงป้องกัน คือ การที่หน่วยขึ้นตรงกองทัพบกมีการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังพลมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี สามารถเลี้ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า เช่น การจัดกิจกรรมสันทนาการ การอบรมศีลธรรม รวมถึงการสอดส่อง ช่วยเหลือดูแลกำลังพลจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและครอบครัว และมาตรการเชิงรักษา คือ การที่หน่วยสายแพทย์ดำเนินมาตรการต่อกำลังพลตามขั้นการปฏิบัติ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นเฝ้าระวัง ชั้นค้นหา คัดกรอง และชั้นบำบัดรักษาการที่จะค้นหาว่ามาตรการฯ ที่ดำเนินไปแล้วมีข้อบกพร่องอย่างไรบ้างนั้น จำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ภาพรวมด้วยเครื่องมือวิเคราะห์องค์ประกอบโดยใช้หลัก 4M ดังนี้

1. Material หมายถึง ตัวมาตรการฯ ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการลดการสูญเสียกำลังพลจากอุบัติเหตุกรรม หลังจากออกแนวทางการปฏิบัติและนำไปใช้เป็นระยะเวลาพอสมควรแล้ว ยังไม่ได้มีการทบทวนถึงความทันสมัยของแนวทางและข้อบกพร่องต่าง ๆ
2. Man บุคคลากร ถือเป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินมาตรการฯ โดยเฉพาะ เจ้าหน้าที่สายแพทย์ซึ่งประสบปัญหาการขาดแคลนกำลังพล การเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจากสาเหตุต่างๆ และประสิทธิภาพในการทำงาน
3. Management การบริหารจัดการ กรมแพทย์ทหารบกได้จัดทำโครงการเพื่อรองรับการดำเนินมาตรการโดยบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2560 - 2564 ด้านความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ในสนาม แผนงานที่ 6 การจัดบริการเชิงรุกให้กับกำลังพลที่ปฏิบัติราชการสนามโครงการ 1001 จิตเวชทหารสู่การประยุกต์ใช้ แต่จากการประเมินในปี 2561 ตัวชี้วัดที่ 01 ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมในโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะผู้ประสานงานหน่วยสายแพทย์ ที่มีความรู้และทักษะตามเกณฑ์ที่กำหนด และตัวชี้วัด 02 ร้อยละของกำลังพลปฏิบัติราชการสนามได้รับการคัดกรองครบทั้ง 3 ระยะเวลาพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินตามตัวชี้วัดทั้ง 2 งาน

4. Money ค่าใช้จ่ายในการดำเนินมาตรการฯ มีลักษณะแยกส่วนตามแต่ละหน่วยขึ้นตรง จึงขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับและการให้เจ้าหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจในการตัดสินใจสั่งใช้งบประมาณ

สรุป จากการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่า สาเหตุของปัญหาที่สามารถแก้ไขและพัฒนาต่อ ได้แก่ ปัญหาเรื่อง ตัวมาตรการฯ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่สายแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้จะมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ปัญหาด้วยเครื่องมือทางยุทธศาสตร์และข้อมูลจากหน่วยงาน โดยเฉพาะกรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลกองทัพบก งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวกับอัตรวิบัติกรรม รวมถึงสภาวะแวดล้อมของการเกิดอัตรวิบัติกรรมทั้งในระดับโลก และระดับประเทศเพื่อให้เห็นภาพในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ปัญหาจากตัวมาตรการฯ

มาตรการลดการสูญเสียกำลังพลกองทัพบก สามารถแบ่งตามขั้นการปฏิบัติ ได้เป็น 3 ขั้น **ขั้นที่ 1** ขั้นป้องกัน เฝ้าระวัง งานในขั้นนี้คือการให้ความรู้ ผ่านโครงการอบรมเชิงวิชาการ และ/หรือ อบรมเชิงปฏิบัติการ รวมถึงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมาย 2 ระดับ

1. ระดับเจ้าหน้าที่สายแพทย์ เป็นการฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เจ้าหน้าที่สายแพทย์ทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะด้านจิตเวช การต่อยอดเพื่อสร้างทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต การอบรมเสริมสำหรับผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่กองกำลังป้องกันชายแดน และการสัมมนาหลังการปฏิบัติเป็นวงรอบประจำปี

2. ระดับกำลังพลกองทัพบก เมื่อเจ้าหน้าที่สายแพทย์ได้รับความรู้และฝึกทักษะในการใช้แบบสอบถาม รวมถึงการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแล้ว จะนำสิ่งที่ได้มาไปถ่ายทอดให้กับกำลังพล โดยจะแบ่งเป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความเครียด โรค/ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเองและวิธีช่วยเหลือจิตใจขั้นต้น ให้แก่ผู้ฝึกทหารใหม่ในการเตรียมพร้อมก่อนการเปิดหน่วยฝึกทหารใหม่ การอบรมความรู้และการช่วยเหลือดูแลจิตใจขั้นต้นแก่ทหารกองประจำการเมื่อเข้ารับการฝึก การฝึกอบรมให้ความรู้ในการดูแลจิตใจในกำลังพลก่อนขึ้นปฏิบัติภารกิจราชการสนามชายแดน การติดตามผลและทบทวนความรู้เมื่อกำลังพลปฏิบัติราชการสนามห่าง 3 เดือน และการประชาสัมพันธ์ความรู้ในการดูแลสภาวะทางจิต เมื่อกำลังพลถูกจ้างประจำ นายทหารประทวนและสัญญาบัตรเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปีที่โรงพยาบาลกองทัพบก

วิเคราะห์ กรมแพทย์ทหารบกได้มีการประเมินผลในขั้นที่ 1 โดยให้เจ้าหน้าที่สายแพทย์ส่งข้อมูลการปฏิบัติงาน รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้แก่เจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลของแผนกการแพทย์ กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบกเป็นวงรอบทุก 6 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว พบปัญหาดังนี้

1. ด้านกำลังคน การจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่กำลังพลกองทัพบก โดยเฉพาะในห้วงเตรียมการและการรับทหารกองประจำการผลัดใหม่ เนื่องจากมีจำนวนหน่วยฝึกทหารใหม่เป็นจำนวนมาก (ทั่วประเทศมีการจัดตั้งหน่วยฝึกทหารใหม่มากกว่า 300 หน่วยต่อวงรอบ) แต่มีหน่วยแพทย์ที่ดูแล ได้แก่ โรงพยาบาลกองทัพบก 37 แห่ง หน่วยตรวจโรค (นตร.) 5 แห่ง ได้แก่ นตร.หน่วยบัญชาการสงครามพิเศษ นตร.ศูนย์การบินทหารบก นตร.โรงเรียนนายสิบ ศูนย์การทหารราบ นตร.ศูนย์การทหารปืนใหญ่ และนตร.กรมการสัตวทหารบก ทำให้ค่าเฉลี่ยที่หน่วยสายแพทย์กองทัพบกต้องดูแลให้ความรู้กับหน่วยฝึกทหารใหม่ อยู่ที่ 1 หน่วยสายแพทย์ ต่อ 7.5 หน่วยฝึกทหารใหม่ ภายในระยะเวลาเตรียมการ 1 เดือนก่อนการรับทหารใหม่ ซึ่งทำให้การดูแลอาจทำได้ไม่ทั่วถึง

2. ด้านองค์ความรู้ เจ้าหน้าที่สายแพทย์ที่รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน ในโรงพยาบาลกองทัพบกส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลทั่วไปที่มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ด้านนี้ไม่เกิน 5 ปี ทำให้ขาดความรู้ความสามารถ โดยเฉพาะองค์ความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวช ทำให้บางหน่วยแก้ปัญหาด้วยการเชิญวิทยากรจากนอกหน่วย เช่น เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นผู้ให้การอบรมแทน

3. ด้านนโยบายและแผนงาน การประชุมเตรียมการและกำหนดนโยบายสำหรับให้ผู้บังคับบัญชาของกรมแพทย์ทหารบกได้สั่งการปฏิบัติไม่สามารถจัดได้ทุกปี ส่งผลให้นโยบายขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของกองบัญชาการ กรมแพทย์ทหารบก ซึ่งเป็นหน่วยรับผิดชอบหลักในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ผล ติดตาม และกำกับดูแลข้อมูลจากโรงพยาบาลกองทัพบก มีจำนวนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อความล่าช้าในการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขการดำเนินงานมาตรการฯ ให้รองรับสถานะที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละห้วงเวลา

ขั้นที่ 2 ขั้นค้นหา/คัดกรอง คือ การนำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมการใช้เครื่องมือค้นหา/คัดกรองความเสี่ยงให้ผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์ลงไปสู่การปฏิบัติกับกำลังพล การวิเคราะห์ในขั้นนี้ จะมุ่งประเด็นไปที่การวิเคราะห์ตัวแบบทดสอบ และการประเมินห้วงระยะเวลาและจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการให้กำลังพลทำแบบทดสอบ

1. ตัวแบบทดสอบ จะประเมินความถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องของเครื่องมือแบบคัดกรองที่เลือกให้กำลังพลทำการทดสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชได้เลือกใช้เครื่องมือ เพื่อการคัดกรอง 2 ชุด ได้แก่ แบบทดสอบ Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9) สำหรับคัดกรองแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า และ Patient Health Questionnaire 8 (PHQ8) สำหรับค้นหาความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (รายละเอียดดูได้ในผนวก ก)

วิเคราะห์ แบบทดสอบ PHQ9 มีความเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีผู้เข้ารับการทดสอบจำนวนมาก มีความเฉพาะต่อภาวะซึมเศร้าและค่าความเที่ยงตรงในเกณฑ์ดีมากสำหรับการใช้แบบทดสอบ

PHQ8 ในการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ ดีมาก แต่มีข้อสังเกต คือ แบบทดสอบ M.I.N.I. ซึ่งเป็นต้นแบบของ PHQ8 เป็นเครื่องมือทดสอบที่ต้องใช้ร่วมกับการสัมภาษณ์ (Structured Interview diagnostic tool) โดยผู้ที่ฝึกอบรมแล้วเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แม่นยำ แต่การนำมาใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงของกำลังพลกองทัพเป็นการใช้ในลักษณะให้ผู้ทดสอบทำแบบทดสอบด้วยตนเอง (Self rating) ดังนั้น ค่าความความแม่นยำอาจลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้พื้นฐานของผู้รับการทดสอบ ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจข้อคำถาม รวมถึงสภาพแวดล้อมขณะทำการทดสอบ

2. ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการทำแบบทดสอบ มาตรการฯ ในปัจจุบัน ได้แบ่งการปฏิบัติในขั้นการคัดกรองตามกลุ่มกำลังพล ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทหารกองประจำการ ทำการคัดกรอง ภายใน 1-3 วันแรกหลังเข้ารับการรายงานตัวทหารกองประจำการ ณ หน่วยฝึก

กลุ่มที่ 2 กำลังพลในภารกิจราชการสนามทุกชั้นยศ จะทำการคัดกรอง 3 ห้วง คือ ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน 1 เดือนที่หน่วยต้นสังกัด ขณะปฏิบัติงานแล้ว 3 เดือนที่หน่วยราชการสนาม และหลังจากกลับจากภารกิจ ไม่เกิน 1 เดือนที่หน่วยต้นสังกัด

กลุ่มที่ 3 ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการทั้งประทวนและสัญญาบัตร จะคัดกรองที่โรงพยาบาลกองทัพพร้อมกับการตรวจร่างกายประจำปี

วิเคราะห์ จุดเริ่มของมาตรการฯ มาจากภารกิจราชการสนามชายแดนได้แล้วขยายมาใช้ในกลุ่มกำลังพลปฏิบัติราชการสนามป้องกันชายแดนและกลุ่มกำลังพลอื่นในภายหลัง จึงมีลักษณะการดำเนินงานในแบบ “ตามภารกิจ” แต่ในภาวะปัจจุบันที่ปัญหาเรื่องอัตวินิบาตกรรมทวีความรุนแรงมากขึ้น จึงควรเปลี่ยนการคัดกรองด้วยแบบสอบถามให้ครอบคลุมทุกกลุ่มกำลังพล โดยทำการคัดกรองตั้งแต่แรกเข้ารับราชการทั้งทหารกองประจำการ นักเรียนนายสิบ นักเรียนนายร้อย การรับสมัครจากพลเรือน เพื่อเป็นฐานข้อมูล จากนั้นจึงทำแบบทดสอบซ้ำเมื่อตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งจะช่วยลดภาระงานเมื่อกำลังพลขึ้นปฏิบัติราชการสนาม จะสามารถใช้ฐานข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกบุคคลได้ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในลักษณะ “ตามอัตรากำลัง” นี้ ต้องอาศัยการปรับปรุงฐานข้อมูลด้านกำลังพลให้เชื่อมโยงทั่วประเทศ และต้องเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมหารือถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินการ

ขั้นที่ 3 ขั้นบำบัด รักษา เมื่อได้รับแบบสอบถามของกำลังพล เจ้าหน้าที่จะทำการแปลผลเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง หากตรวจพบผู้ที่มีแนวโน้มโรคซึมเศร้า/ความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตาย จะดำเนินการให้กำลังพลรายนั้นเข้าสู่กระบวนการรักษาเยียวยา และติดตามผล

วิเคราะห์ จากข้อมูลการปฏิบัติวงรอบ 6 เดือน พบว่า กำลังพลที่มีคะแนนจากการทำแบบทดสอบสูง (คือมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง) ได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินจากแพทย์/จิตแพทย์ตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลกองทัพบก และได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สายแพทย์ทำให้ลดโอกาสเกิดอัตวินิบาตกรรมลงได้ แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของกองวิเคราะห์และประเมินค่า กรมกำลังพลทหารบก พบว่าในกำลังพลที่เสียชีวิตจากอัตวินิบาตกรรมในปี 2563 นั้น มีกำลังพลที่ตรวจพบความเสี่ยงจากการคัดกรอง 9 ใน 36 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าการคัดกรองจะมีประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงมากเพียงใด แต่ประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดอัตวินิบาตกรรมนั้นอยู่ในขั้นของการบำบัดรักษา กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สายแพทย์ที่ได้รับข้อมูลแล้วต้องนำกำลังพลที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ขั้นตอนการดูแลและส่งต่อให้ได้รับการรักษาเฉพาะทาง รวมถึงต้องมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลกองทัพบก)

กรมแพทย์ทหารบก ในฐานะหัวหน้าเหล่าสายวิทยาการ และโรงพยาบาลกองทัพบก ในฐานะผู้ปฏิบัติ เป็นหน่วยงานที่ยึดถือพันธกิจ ในการให้บริการทางการแพทย์ แก่กำลังพลครอบครัว ทั้งในยามปกติและยามสงคราม โดยมีภารกิจในการรักษาพยาบาล ส่งกลับ การดูแลสุขภาพทางกายและทางจิตใจของกำลังพลกองทัพบก รวมไปถึงการส่งกำลังบำรุงสายแพทย์ ทั้งนี้ จะทำการวิเคราะห์ในภาพรวมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรการฯ ด้วยการใช้กรอบ 7S McKinsey Framework Model เพื่อแสดงจุดแข็ง/จุดอ่อนในการดำเนินมาตรการฯ และการวิเคราะห์ปัจจัยภายในด้วย Internal Factor Evaluation Matrix เพื่อแสดงจุดที่หน่วยงานต้องได้รับการเสริมสร้างหรือปรับปรุง (รายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของกรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลกองทัพบกดูได้ในผนวก ข)

วิเคราะห์ จากการประเมินปัจจัยภายใน พบว่า ทั้งกรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลกองทัพบก ได้คะแนนไม่ถึงค่าเฉลี่ย จุดอ่อนหลักอยู่ที่บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน และสัดส่วนของขนาดหน่วยงานไม่เหมาะสมกับการปริมาณงาน ทำให้การสนับสนุนการดำเนินมาตรการฯ เป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก

ปัญหาจากเจ้าหน้าที่สายแพทย์

เมื่อนำข้อมูลการเสียชีวิตของกำลังพลในปี 2563 มาวิเคราะห์โดยสืบค้นหน่วยต้นสังกัด และโรงพยาบาลกองทัพบกที่รับผิดชอบ พบว่า กำลังพลผู้เสียชีวิตจากอัตวินิบาตกรรม ทั้ง 36 ราย อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลกองทัพบก 24 แห่ง ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานพยาบาลตามขนาดกับจำนวนกำลังพลที่เสียชีวิต

สถานพยาบาลสังกัดกองทัพบก แยกตามขนาด	จำนวน (แห่ง)	จำนวนกำลังพล ที่เสียชีวิต (ราย)
โรงพยาบาลระดับกองทัพบก	2	6
โรงพยาบาลระดับกองทัพภาค	3	3
โรงพยาบาลระดับมณฑลทหารบก 150 เตียง	3	5
โรงพยาบาลระดับมณฑลทหารบก 60-90 เตียง	11	16
โรงพยาบาลระดับมณฑลทหารบก 30 เตียง	4	4
หน่วยตรวจโรค	1	2
รวม	24	36

วิเคราะห์ จากสถิติแยกตามสถานพยาบาลจะเห็นว่า สถานพยาบาลของกองทัพบกทุกระดับ ตั้งแต่หน่วยตรวจโรคถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะพบอุบัติการณ์ของอัตรวิบัติกรรมเฉลี่ย 1.5 ราย ต่อ 1 สถานพยาบาล ดังนั้น การเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สายแพทย์ ในสถานพยาบาลทุกระดับจึงมีความจำเป็นต่อการนำมาตรการฯ ไปใช้ และจากสถิตินี้ สะท้อนให้เห็นเช่นเดียวกับการวิเคราะห์หน่วยงาน กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่เป็น สัดส่วนสัมพันธ์กับภาระงาน การที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ต้องดูแลรับผิดชอบ ปริมาณงานเท่ากับโรงพยาบาลในระดับที่ใหญ่กว่า ด้วยจำนวนบุคลากรและประสบการณ์ การทำงานน้อยกว่า น่าจะเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการดำเนินมาตรการฯ

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของปัญหาการเกิดอัตรวิบัติกรรมในระดับยุทธศาสตร์ เพื่อนำข้อมูลและองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนามาตรการฯ จำเป็นต้องอาศัยสถิติภาพรวมของทั้งประเทศ งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและมีมติตามพลังอำนาจของชาติ

สถิติการเสียชีวิตจากอัตรวิบัติกรรมของประชากรไทย

ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย จากการสำรวจระดับชาติ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2551 พบอัตราเสี่ยง ร้อยละ 7.3 ความเสี่ยงสูง 0.7 ปานกลาง 0.6 ต่ำ 6.0 เพศหญิง มากกว่า เพศชาย ภาคเหนือ สูงที่สุดที่ 8.8

การฆ่าตัวตายสำเร็จ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ในปี 2562 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย อยู่ที่ 4,418 ราย คิดเป็น อัตรา 6.64 ต่อประชากรแสนคน

สถิติการเสียชีวิตจากอัตรวินิบาตกรรมของกำลังพลกองทัพบก

ในปี 2563 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 36 ราย (กำลังพลทั้งหมด 257,478 นาย) คิดเป็น อัตรา 1.43 ต่อประชากรแสนคน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ

	ภาพรวมทั้งประเทศ	กำลังพลกองทัพบก
จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (คน)	4,418	36
คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรแสนคน	6.64	1.43

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดอัตรวินิบาตกรรมในภาพรวมทั้งประเทศ พบว่า การฆ่าตัวตายของประชากรไทยมีอัตราส่วนที่สูงกว่ากำลังพลกองทัพบก สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับชาติที่มีโครงสร้างซับซ้อน ดังนั้น การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์จึงจำเป็นต้องใช้พลังอำนาจของชาติ โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับกองทัพบก ระดับประเทศ ภูมิภาคและนานาชาติ ดังนี้

พลังอำนาจด้านการเมือง

นโยบายด้านการเมืองเกี่ยวข้องกับการป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้อย่างไร จากแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 3 ที่สนับสนุนให้คนไทยมีการพัฒนาตลอดช่วงชีวิตและพร้อมสำหรับวิถีใหม่ในศตวรรษที่ 21 และแผนแม่บทย่อย ประเด็นภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี คือ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ และการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาในการสร้างเสริมความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาวะ รวมถึงการมีเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ประชาชนมีความรอบรู้สามารถดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ กำหนดตัวชี้วัด ที่อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 ในสิ้นสุดปี 2565 เป็น ร้อยละ 100 ในสิ้นสุดปี 2580

วิเคราะห์ จะเห็นได้ว่า พลังอำนาจด้านการเมืองเป็นสภาวะที่สนับสนุนการแก้ปัญหา และเนื่องจากเป็นแผนระยะยาว จึงน่าจะเป็นแรงผลักดันการแก้ปัญหาได้ในอนาคต

พลังอำนาจด้านการทหาร สํารวจแง่มุมในการเตรียมการความพร้อมรับมือ การพิทักษ์พลให้ห่างไกลจากความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

แผนปฏิบัติการราชการระยะ 3 ปี (2563-2565) ของกองทัพบก เรื่องการเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อมของกองทัพเพื่อการป้องกันประเทศ เป็นแผนภายใต้แผนระดับ 3 ของกระทรวงกลาโหม ที่มีสาระสำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมของกำลังพล แนวทางการพัฒนาการเสริมสร้างความพร้อมด้วยกิจกรรมการบริหารและบริการกำลังพล

ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก ด้านความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์ในสนาม แผนงานที่ 6 การจัดบริการเชิงรุกให้กับกำลังพลที่ปฏิบัติราชการสนาม โครงการ 1001 โครงการจิตเวชทหารสู่การประยุกต์ใช้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะภารกิจ รูปแบบการปฏิบัติทางทหาร มีแง่มุมที่น่าสนใจบางประการ ดังนี้

1. วรัมพร ยั่งยืน และปัญญภรณ์ วารีประโคน (2563) วิจัยความเครียดในทหารกองประจำการสังกัดกรมทหารอากาศโยธิน กองทัพอากาศ ด้วยการให้ตอบข้อคำถามพบว่า ทหารกองประจำการใหม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 19.95 โดยปัจจัยที่สำคัญต่อกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ เรื่องความเครียดและการปรับตัว

2. เอื้อพร ดิคนินสัน และกนกวรรณ มะโนรัมย์ (2558) ศึกษาความเครียดในกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจที่ 1 กองกำลังสุรนารี ซึ่งปฏิบัติราชการสนามบริเวณชายแดนไทย - กัมพูชาที่อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ สิ่งที่น่าสนใจจากงานวิจัยนี้อยู่ที่บทอภิปรายผลที่กล่าวถึงการเตรียมการจัดอบรม เพื่อลดความเครียดตั้งแต่ออกปฏิบัติราชการสนาม โดยเจ้าหน้าที่ จากโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และการทำแบบประเมินความเครียด

และภาวะซึมเศร้าให้กับกำลังพลทุก 3 เดือน เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยลดความเครียดของกำลังพล

3. อิศรา รักษ์กุล, พ.อ.(2554) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของกำลังพลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 259 นาย โดยให้ทำแบบทดสอบประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้า ผลการสำรวจพบว่า กำลังพลที่รู้สึกเครียด คิดเป็นร้อยละ 61.50 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.55

วิเคราะห์ จากแผนปฏิบัติการราชการกองทัพบก ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก และตัวอย่างงานวิจัยที่ยกมาจะพบว่า ในการปฏิบัติหน้าที่ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่หรือเหล่าทัพใด ย่อมทำให้เกิดความเครียด มีแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

ไม่แตกต่างกัน การป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว ด้วยการปรับรูปแบบภารกิจและการปฏิบัติทางทหารเป็นสิ่งที่ทำได้ค่อนข้างยากและมีส่วนที่ต้องเกี่ยวข้องกับหลายส่วนงาน แต่หนึ่งในงานวิจัยที่ยกมานี้แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองและให้ความรู้แก่กำลังพลก่อนการปฏิบัติงาน การเอาใจใส่ด้วยการติดตามผลระหว่างปฏิบัติหน้าที่สามารถลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้ เมื่อกองทัพบกและกรมแพทย์ทหารบกมีแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการฯ ย่อมเป็นผลดีในการสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

พลังอำนาจด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือไม่ การศึกษาในสหรัฐอเมริกา เรื่อง The Economics of Suicide: An Empirical Study of America's Rising Suicide Rate โดย Senior Capstone Project มีความมุ่งหมายเพื่อค้นหาตัวแปรทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของการฆ่าตัวตายในสหรัฐตั้งแต่ปี 2543 ถึง 2553 และนำปัจจัยที่ได้มากำหนดนโยบายการเงินการคลังของภาครัฐ ผลสรุปจากการวิจัยเชิงประจักษ์พบว่า แม้ตัวแปรทางเศรษฐกิจ เช่น อัตราการว่างงานและรายได้จะมีผลต่อการฆ่าตัวตาย แต่ตัวแปรด้านเศรษฐกิจไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่จะนำมากำหนดนโยบายระดับชาติได้ จำเป็นจะต้องพิจารณาปัจจัยอื่นอีกหลายประการ ร่วมด้วยในระดับภูมิภาค Shu sen Chang (2552) ตั้งคำถามในงานวิจัยว่า การเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี 2540 – 2541 ส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรือไม่ ผลการวิจัยพบว่า ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการว่างงานที่เกิดขึ้นในห่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการวิจัยในประเทศไทยใน 10 ปีต่อมา ชิตตะวัน ชนะกุล (2562) ได้ทำการวิจัย เรื่อง สุรา ลักษณะทางเศรษฐกิจ และการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการดื่มสุราและรายได้ครัวเรือน ส่วนปัจจัยด้านสังคมอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ได้แก่ อัตราการหย่าร้าง ผู้สูงอายุ และลักษณะงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรมของประชากรไทย(หน่วยต่อแสนประชากร) มาหาความสัมพันธ์กับร้อยละของการเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์มวลรวมของชาติไทยตั้งแต่ปี 2540 ถึงปี 2562 ด้วยวิธี Pearson's Coefficiency พบว่า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์มวลรวม (รายละเอียดการเปรียบเทียบดูในผนวก ค)

วิเคราะห์ แม้ว่าปัญหาเศรษฐกิจจะถูกกล่าวถึงในแง่ที่เป็นต้นเหตุของอัตวินิบาตกรรม ทั้งในวงการสื่อสารมวลชน นักวิชาการด้านต่างๆ แต่จากตัวอย่างงานวิจัยและสถิติที่ยกมา พบว่า ผลกระทบของปัจจัยด้านเศรษฐกิจสถานะเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่สาเหตุหลัก ในการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดอัตวินิบาตกรรม

พลังอำนาจด้านสังคมจิตวิทยา

ปัจจัยจากกลุ่มคนและปัจเจกนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้อย่างไร

ทฤษฎีด้านสังคมวิทยา

Durkheim (2440) นักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศสได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแล้วสรุปเป็นข้อเสนอในหนังสือ *Suicide : A Study in Sociology* ว่า สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของปัจเจกชนในสังคมมีหลากหลาย แต่มักจะเกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบภายในสังคมที่ปัจเจกนั้นสังกัดอยู่ และได้จำแนกลักษณะการฆ่าตัวตายเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การเสียสละชีวิตเพื่อผู้อื่น การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง การฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน และการฆ่าตัวตายจากการควบคุม โดยทั้ง 4 รูปแบบนี้ จะเกี่ยวข้องกับมิติสังคมด้านการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความไร้ระเบียบและความอ่อนแอของความผูกพันทางสังคม

ทฤษฎีด้านจิตวิทยา

1. ทฤษฎีการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในบุคคล

ด้านชีวภาพ การฆ่าตัวตาย เกิดได้จากหลายสาเหตุ จากการศึกษาปัจจัยด้านชีวภาพ พบความเชื่อมโยงของสารสื่อประสาทและกรรมพันธุ์ (ความผิดปกติในระดับยีนที่ควบคุมการสร้างและทำลายสารสื่อประสาท) รวมไปถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และโรคจากการติดสุรา

ด้านสภาพแวดล้อม สาเหตุทางชีวภาพอย่างเดียวอาจไม่สามารถผลักดันให้บุคคลกระทำการฆ่าตัวตายหลัก *Stress Diathesis Model* ได้ตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอยู่แล้วจากปัจจัยด้านชีวภาพ เมื่อประสบกับความกดดันในชีวิต จึงส่งผลให้เกิดความเครียดและผลักดันจนกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และภาวะซึมเศร้า

2.1 ทฤษฎีการสูญเสีย

Kubler-Ross(2512) กล่าวว่า บุคคลที่สูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (ทั้งที่มีการพลัดพรากจริง และการพลัดพรากในจินตนาการ รวมไปถึงการสูญเสียสถานภาพทางสังคมที่เคยเป็นอยู่) มักจะต้องเผชิญกับกลไกของความคิด/ความรู้สึก 5 ประการ ได้แก่

การปฏิเสธสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง อารมณ์โกรธเพื่อระบายความอัดอั้น การต่อรองเพื่อแลกเปลี่ยนไปสู่สภาพที่ดีขึ้น อารมณ์ซึมเศร้า และการยอมรับ กลไกทางจิต จะทำงานผ่านความคิดและอารมณ์ทั้ง 5 แบบนี้ หากบุคคลไม่สามารถก้าวผ่านการสูญเสียไปได้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2 ทฤษฎีระดับความกดดันจากเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงในชีวิต

Holmes and Rahe (2510) ได้ทำการทดลองตั้งคำถามถึงเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ในกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกัน แล้ววัดออกมาเป็นค่าคะแนน (คะแนนสูงสุด คือ 100 คะแนน) ผลจากการทดลอง พบว่า เหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดสูง ได้แก่ การเสียชีวิตของคู่ครอง การแยกจากครอบครัว

วิเคราะห์ สังคมทหารเป็นสังคมที่มีระเบียบวินัยสูง การฝึกตลอดจนการปฏิบัติการกิจจะต้องอาศัยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สามารถไว้นือเชื่อใจกันอันเพราะเป็นเรื่องที่อาจนำมาซึ่งความเป็นความตาย ความคิดดังกล่าวนี้นำไปสู่ความคาดหวังว่าคุณคนในสังกัดเดียวกันจะต้องถือปฏิบัติในมาตรฐานเดียวกัน หากมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือมีขีดความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอาจทำให้บุคคลที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในมาตรฐานของกลุ่มเกิดความรู้สึกผิดหวังและแปรเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าได้

รูปแบบภารกิจของทหารนั้น โดยทั่วไปมักจะมีสถานการณ์ที่จะต้องเดินทางไปจากบ้านห่างครอบครัวเป็นระยะเวลาช้าน เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะกดดันต่อกำลังพล โดยเฉพาะในกลุ่มทหารประจำการที่ต้องปรับเปลี่ยนสภาพวิถีชีวิตจากการเป็นพลเรือนมาสู่สังคมทหาร การแยกกันอยู่กับครอบครัว การต้องมาอยู่ในสภาพที่ไม่คุ้นเคยและถูกจำกัดเสรีภาพย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ หรือไม่สามารถสร้างความผูกพันทางสังคมกับกลุ่มใหม่ได้ ในขณะเดียวกัน ปัญหาที่เกิดจากการใช้สุรา ทั้งการดื่มสุรา การติดสุราและโรคทางกายที่เป็นผลจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ เพราะจากรายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนประชากรที่ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งทำให้ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาเป็นมิติด้านพลังอำนาจที่น่าจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมากที่สุด

พลังอำนาจด้านเทคโนโลยี และการสื่อสารโทรคมนาคม สื่อสังคมออนไลน์ คือรูปธรรมที่ชัดเจนของความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมซึ่งนำพาสังคมมาสู่ยุคของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลด้วยกันเองและ

ระหว่างบุคคลต่อองค์กร คำถามที่ต้องวิเคราะห์ คือ นอกเหนือจากประโยชน์มากมายที่มนุษย์โลกได้รับจากการเปลี่ยนแปลงนี้แล้ว อิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสาธารณชน ทั้งในแง่บวกและลบอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะต่อความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การจะตอบคำถามนี้ได้ จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แต่ความยากของการศึกษาอยู่ที่วิธีการออกแบบงานวิจัย โดยหากใช้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผลลัพธ์และให้การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นปัจจัยต้น จะพบปัญหาอย่างน้อยสองประการ คือ หนึ่ง การกำหนดรูปแบบและช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลายของสื่อออนไลน์ และ สอง ปัจจัยกวนต่างๆ เช่น การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์มากและอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูง แต่ในขณะเดียวกันยังพบอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของปัจจัยกวนอื่น ๆ ได้แก่ การใช้สารเสพติดและภาวะ/โรคซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อการฆ่าตัวตายเช่นกัน ทำให้ไม่สามารถระบุผลการวิจัยได้ว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จในบุคคลหนึ่งบุคคลใดเกิดจากสาเหตุการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพียงอย่างเดียว

ตัวอย่างงานวิจัย

1. Biddle et al. (2551) ทำการค้นหาในสื่อสังคมออนไลน์ด้วยการใช้คำสืบค้นที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย 12 คำ เพื่อจำลองสถานการณ์ที่บุคคลทั่วไปอาจจะค้นหาข้อมูลหรือวิธีการเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผลการค้นหาอย่างเป็นระบบ พบเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง 240 แห่ง และเกือบครึ่งเป็นเว็บไซต์ที่มีความโน้มเอียงไปทางเห็นชอบกับการฆ่าตัวตาย
2. งานวิจัยของ Shah A. (2553) และ Agihara A. (2550) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มประชากรทั่วไปกับอัตราการฆ่าตัวตาย ไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. งานวิจัยที่สามารถชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์กับอัตราการฆ่าตัวตายได้ชัดเจนที่สุด คือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

3.1 Hinduja and Patchin (2553) ทำการสำรวจโดยสุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นจำนวน 1,963 คน จากเขตการศึกษาหนึ่ง ในสหรัฐอเมริกา ในปี 2550 พบว่าเด็กที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (ทั้งเป็นผู้แกล้งและถูกแกล้ง) จะมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมากกว่า กลุ่มเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์

3.2 การวิจัยในประเทศไทยโดยปริญญา ชะอินวงษ์ สมบัติ สกุลพรรณ และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2563) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรังแกทางไซเบอร์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มตัวอย่างในเยาวชนอายุ 18 - 25 ปีจำนวน 322 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกรังแกทางไซเบอร์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.50

วิเคราะห์ จากหลักฐานงานวิจัยที่ยกมานี้ ไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าปัจจัยด้านเทคโนโลยี การสื่อสารโทรคมนาคม มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดอุบัติเหตุกรรม โดยเฉพาะในกำลังพลกองทัพบก (ซึ่งมีอายุมากกว่าที่จะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์) อย่างไรก็ตามการใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนในเชิงป้องกัน เนื่องจาก ถ้าสามารถทำให้ข้อมูลและวิธีการสื่อสารมีความน่าสนใจ จดจำได้ง่าย ย่อมสามารถส่งผ่านเนื้อหาไปสู่ประชากรได้ในวงกว้าง นับว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดระยะเวลาและขั้นตอนในการฝึกอบรม ให้ความรู้แก่กำลังพลกองทัพบกได้อีกทางหนึ่ง

การวิเคราะห์ทางเลือกทางยุทธศาสตร์

ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบต่อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของปัญหาไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวมาตรการฯ เท่านั้น แต่ทั้งหน่วยงานและเจ้าหน้าที่สายแพทย์ล้วนเป็นจุดอ่อนที่สำคัญ อีกทั้งสภาพแวดล้อมด้านพลังอำนาจของชาติที่นอกจากนโยบายยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นให้คนไทยสร้างเสริมสุขภาวะแล้ว มิติด้านอื่นอาจไม่เอื้ออำนวยให้การดำเนินมาตรการเป็นไปได้อย่างราบรื่น ดังนั้นกลยุทธ์ที่ควรจะถูกใช้ในการแก้ปัญหา ควรเป็นกลยุทธ์เชิงรับที่มุ่งเน้นในการปิดจุดอ่อนซึ่งคือการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่สายแพทย์ผู้นำมาตรการฯ ไปปฏิบัติต่อกำลังพลนั้นเป็นผู้เล่นหลักในการกำหนดผลสำเร็จของมาตรการฯ ทางเลือกในการแก้ปัญหาจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเจ้าหน้าที่สายแพทย์ให้มีองค์ความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับมาตรการฯ รวมถึงการช่วยให้เจ้าหน้าที่สายแพทย์ตระหนักถึงผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ที่มีต่อกำลังพลในภาพรวม ทางเลือกในการแก้ปัญหา จึงควรให้นำหนักไปที่เจ้าหน้าที่สายแพทย์ โดยจะเสนอแนวทางดังนี้

แนวทางที่ 1 การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่สายแพทย์เพื่อรับมือกับปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น น่าจะเป็นการแก้ปัญหาได้ตรงกับการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของทั้งหน่วยงานกรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลกองทัพบก แต่ในสภาวะปัจจุบันที่มีการปรับลดงบประมาณของหน่วยงานราชการ อาจทำให้แนวทางนี้เป็นไปได้ยาก

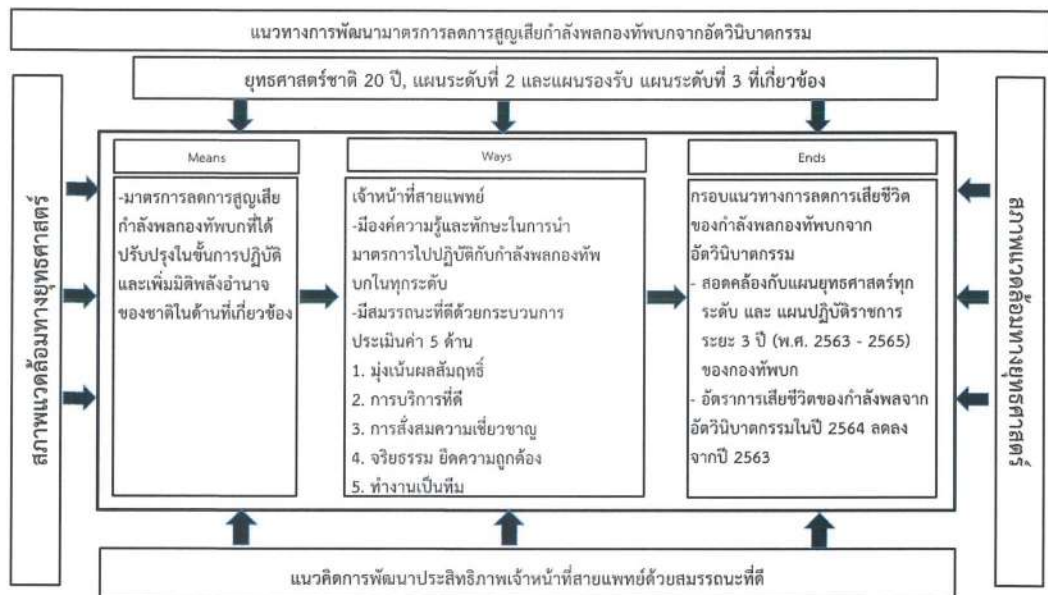
แนวทางที่ 2 การเพิ่มประสิทธิภาพให้กับเจ้าหน้าที่สายแพทย์ที่มีอยู่ น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในสภาวะปัจจุบันทั้งนี้จะต้องไม่เป็นการเพิ่มภาระงานและสามารถนำไปปฏิบัติให้เห็นผลได้จริง

การวิเคราะห์หนทางใหม่ในการแก้ปัญหา

จากการศึกษาข้อมูลการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงานของกองทัพบก พบว่ากรมกำลังพลทหารบกได้ออกระเบียบกองทัพบกกว่าด้วยการประเมินค่าการปฏิบัติงานกำลังพล

กองทัพบก พ.ศ. 2562 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแนวทางการประเมินค่าการปฏิบัติงานของกำลังพลในสังกัด โดยผลลัพธ์ที่ได้สามารถสะท้อนข้อเท็จจริงและเป็นการพัฒนาตนเองในระยะยาว ซึ่งจะทำให้เกิดสมรรถนะที่ดีในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้กรมกำลังพลทหารบกได้จัดทำแบบประเมินค่ากำลังพลนายทหารทั้งสัญญาบัตรและประทวน (แบบประเมิน ทบ.101-157 และ 101-158) มีหัวข้อการประเมิน คือ ผลสัมฤทธิ์ของงาน (80 คะแนน) และพฤติกรรมการปฏิบัติงาน (20 คะแนน) แนวคิดเชิงยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนาประสิทธิภาพกำลังพลเจ้าหน้าที่สายแพทย์

ผลลัพธ์ที่ต้องการ (END) ผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์สามารถนำมาตรการฯ ไปใช้กับกำลังพลกองทัพบกได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีทางดำเนินการ (WAY) ผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น มีสมรรถนะที่ดี และเครื่องมือที่นำไปสู่ผลลัพธ์ (MEAN) ได้แก่ มาตรการฯ ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว



ภาพที่ 2 แบบจำลองการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์

บทที่ 3

บทอภิปรายผล

แม้ว่าวิจัยนี้จะมุ่งค้นหาแนวทางในการพัฒนามาตรการในการลดการสูญเสียกำลังพล กองทัพบก โดยตั้งวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนามาตรการฯ แต่เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ที่วิทยาลัยการทัพบกกำหนด ผลลัพธ์สุดท้ายที่ได้จากการวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบในการลดการสูญเสียของกำลังพลกองทัพบกจากอัตรานินบาตกรรมนั้น ชี้ให้เห็นว่าแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหา อยู่ที่ปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นผู้นำมาตรการฯ ไปปฏิบัติ การพัฒนาประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

การพัฒนาประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสายแพทย์เป็นงานในความรับผิดชอบของทั้งกรมกำลังพลทหารบก กรมแพทย์ทหารบก และโรงพยาบาลกองทัพบก ซึ่งผู้บังคับบัญชา/ฝ่ายอำนวยการของหน่วยที่เกี่ยวข้อง ควรต้องใส่ใจและผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรม

ซึ่งหากเปรียบเทียบกับแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่ดี (Good practices) ในการพัฒนาประสิทธิภาพบุคลากรขององค์กรอื่น เช่น การพัฒนาสมรรถนะข้าราชการพลเรือน โดยสำนักงานข้าราชการพลเรือน พบว่า จะใช้แนวทางเรื่องสมรรถนะที่ดี ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของการประเมินเจ้าหน้าที่สายแพทย์ด้วยการเพิ่มตัวชี้วัดที่เหมาะสมในแบบประเมินเพื่อพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะตามวิชาชีพและสอดคล้องกับภาระงานที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การแก้ไขควรกำหนดทั้งเป้าหมายและตัวชี้วัดใหม่ ดังนี้

เป้าหมาย ควรต้องครอบคลุมสมรรถนะหลักทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม การทำงานเป็นทีม

ตัวชี้วัด ในสมรรถนะแต่ละด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ขั้นปฏิบัติงาน ขั้นที่ 3 ขั้นประยุกต์ ขั้นที่ 4 ขั้นก้าวหน้า และระดับที่ 5 คือ ขั้นเชี่ยวชาญ ความแตกต่างในแต่ละขั้นจะกำหนดด้วยมิติ และพฤติกรรมเชิงประจักษ์ เช่น ความเข้มข้นหรือสมบูรณ์ของกิจกรรม ขนาดของผลกระทบ (จำนวนคนที่เกี่ยวข้อง) ความซับซ้อนและระยะเวลาในการแสดงพฤติกรรม และมิติเฉพาะด้าน

ข้อดีของการแบ่งรายละเอียดการประเมินสมรรถนะในแต่ละด้าน ตามระดับและมิตินั้น จะทำให้ผู้รับการประเมินทราบว่า อะไรคือผลสัมฤทธิ์ในการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมุ่งไปสู่ (การลดการเสียชีวิตของกำลังพล)

องค์ความรู้และทักษะแบบใดที่จำเป็นและเป็นที่ต้องการ (ขั้นการปฏิบัติตามมาตรการฯ) และจะเดินไปถึงเป้าหมายแต่ละด้านได้อย่างไร (ตามสมรรถนะหลักทั้ง 5 ด้านที่มีการชี้แจงระดับและมิติในแต่ละด้านอย่างชัดเจน) ซึ่งจะทำให้เกิดผลเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทั้งผู้ทำการประเมินและผู้บังคับบัญชาสามารถมองเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรม (รายละเอียดการเปรียบเทียบการประเมินค่าของกรมกำลังพลทหารบกและการประเมินค่าสำหรับบุคลากรสายแพทย์ ดูในผนวก ง)

ในขั้นของการนำแบบประเมินค่าไปใช้อาจต้องขอความเห็นจากกรมฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นระเบียบ/คำสั่ง ซึ่งย่อมต้องดำเนินการตามขั้นตอนทางฝ่ายอำนวยการ และใช้ระยะเวลาานาน แต่ในขั้นต้นเพื่อให้กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ มาตรการฯ เกิดการตระหนักรู้ และเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อการพัฒนา นั้น ควรมอบให้ กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบก ในฐานะหน่วยงานกำกับดูแลมาตรการฯ สามารถ ทำแบบประเมินค่าตามแนวทางใหม่เป็นการเฉพาะสำหรับผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับมาตรการฯ ได้ ประเมินตนเอง และให้ผู้บังคับหน่วยสายแพทย์แต่ละแห่งได้ทำการประเมิน ผู้ใต้บังคับบัญชา จากนั้นนำผลที่ได้มาสรุปและสะท้อนให้กับผู้ปฏิบัติได้รับทราบและ ปรับปรุงในการประชุมประจำปี

ทั้งนี้ กรมแพทย์ทหารบกอาจจัดให้มีการประกาศรางวัลสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีผลการ ประเมินในระดับสูง โรงพยาบาลกองทัพบกสามารถนำผลการประเมินค่านี้ไปเทียบเคียง และผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินค่าของกรมกำลังพลทหารบกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติอีกทางหนึ่ง

บทที่ 4

สรุปผล

จากคำถามการวิจัยที่ว่าอัตราการเสียชีวิตจากอหิวาตกกรรมของกำลังพลกองทัพบกที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในห้วง 2 ปีหลัง เกิดจากข้อบกพร่องของมาตรการ ปัจจัยแวดล้อมหรือพลังอำนาจแห่งชาติที่อาจส่งผลกระทบต่อ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตจากอหิวาตกกรรมของกำลังพลกองทัพบก เกิดได้จากทุกปัจจัยร่วมกัน โดยใน ส่วนมาตรการฯ เกิดจากข้อบกพร่องทั้ง 3 ส่วน กล่าวคือ การอบรม ให้ความรู้และ ประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง แบบคัดกรองที่มีจุดอ่อนบางประการ และการที่ไม่สามารถนำผล การคัดกรองไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ การวิเคราะห์เจ้าหน้าที่สายแพทย์และ หน่วยงานทั้งกรมแพทย์ทหารบก/โรงพยาบาลกองทัพบกชี้ว่าปัญหาที่สำคัญคือการขาดแคลน บุคลากรและความไม่ได้สัดส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่กับภาระงาน ปัจจัยจากพลังอำนาจ ของชาติที่ส่งผลเชิงลบต่อการเกิดอหิวาตกกรรม ได้แก่ ด้านการทหาร ด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้โดยง่าย เช่น การปฏิบัติภารกิจ ทางทหาร การดื่มสุราของกำลังพล และโรคประจำตัวที่ส่งผลให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะ ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนามาตรการฯ ดังนี้

ด้านมาตรการ

ขั้นการป้องกัน เฝ้าระวัง

กรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกควรจัดหาหรือจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การลด/หลีกเลี่ยงและการจัดการ ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย โดยสื่อดังกล่าวจะต้อง มีลักษณะที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการ อบรมกำลังพล

ขั้นการค้นหา คัดกรอง

สำหรับทหารกองประจำการ เจ้าหน้าที่สายแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญของการ ชักประวัติ โดยเฉพาะ ประวัติโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช รวมถึงการรักษา ที่ได้รับก่อนเข้าเป็นทหาร และการใช้สารเสพติด

การทำแบบทดสอบ ควรเริ่มทำหลังจากที่เข้ามารับการฝึกแล้วระยะหนึ่ง (ประมาณ 1 ถึง 2 สัปดาห์) เพื่อให้พลทหารใหม่ได้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ในระยะแรกของการฝึก เช่น ความรู้สึกอ้างว้างจากการที่ต้องจากครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกสูญเสีย

สภาพความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดสบาย สำหรับนายทหารชั้นยศอื่น ควรให้ความสำคัญกับการทำแบบทดสอบเพื่อคัดกรองในการตรวจร่างกายประจำปี นำข้อมูลที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งในการดูแลรักษา ติดตามผล และประกอบการคัดเลือกกำลังพลปฏิบัติราชการสนาม

ทั้งนี้การปฏิบัติในการทำแบบทดสอบกับกำลังพลทุกกลุ่ม ควรใช้การสัมภาษณ์พร้อมกับการทำแบบสอบถาม ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มความแม่นยำให้กับการคัดกรองแล้ว เจ้าหน้าที่ที่ทำการสัมภาษณ์จะได้เข้าใจสภาวะทางสังคมจิตวิทยาของกำลังพลผู้ถูกสัมภาษณ์ดีขึ้นและเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษา แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สายแพทย์สามารถเป็นที่พึ่งได้ในยามที่เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ

ขั้นการบำบัด รักษา

ควรมีจัดระบบการติดตามการรักษาในกำลังพลที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการนัดประเมินเป็นระยะ และการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือ

ด้านหน่วยงาน

กรมแพทย์ทหารบก ในฐานะ หน่วยกำกับดูแล ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด โดยการปรับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับข้อมูลประจำไตรมาสที่โรงพยาบาลกองทัพบกส่งรายงานตามวงรอบโรงพยาบาลกองทัพบกจัดกำลังพลที่มีความรู้ความสามารถและความรักในงานด้านส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรการฯ

ด้านปัจจัยภายนอกที่มีผลต่ออัตรivedivnibadkrrmm

เจ้าหน้าที่สายแพทย์ควรตระหนักถึงหน้าที่และบทบาทในการช่วยเหลือกำลังพลกองทัพบกในทุกโอกาสทั้งการปฏิบัติงานเชิงรับในการรักษาพยาบาลในที่ตั้ง และเชิงรุกในการออกหน่วยเคลื่อนที่ ให้ความสำคัญกับการสอบถามประวัติ ได้แก่ การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะ สุราและประวัติความเจ็บป่วยหรือความเดือดร้อนในการดำรงชีวิตที่กำลังพลเผชิญอยู่

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ในกลุ่มกำลังพลทหารกองประจำการ ควรเก็บข้อมูลจากการคัดกรอง 2 ครั้ง ครั้งแรกในช่วง สัปดาห์แรกของการฝึกทหารใหม่ ครั้งที่สอง เมื่อผ่านการฝึกแล้วมากกว่า 1 เดือน จากนั้นนำข้อมูลผลการคัดกรองทั้งสองครั้งเปรียบเทียบกันว่ามีความเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร แล้ววิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายหน่วยฝึกเพื่อให้เห็นภาพด้านประชากรศาสตร์ การกระจายตัวของปัจจัยเสี่ยง เพื่อหาข้อสรุปในการวางแผนปรับปรุงมาตรการฯ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย(รายต่อแสนประชากร). สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
- กองทัพบก. (26 กันยายน 2562). ระเบียบกองทัพบกกว่าด้วยการประเมินค่าการปฏิบัติงานกำลังพลกองทัพบก พ.ศ. 2562.
- ชิดตะวัน ชนะกุล. สุรา ลักษณะทางเศรษฐกิจ และอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย งานวิจัยลำดับที่ 9/2559 ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2564). เครื่องชี้วัดเศรษฐกิจระดับมหภาคของไทย พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก <http://www.bot.or.th>
- ปริญญา ชะอินวงศ์ สมบัติ สุกุลพรรณ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2020) การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2020;34(3): 133-151.
- พันธุ์ธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13(3): 125-135.
- วรัมพร ยิ่งยืนและ ปัญจภรณ์ วารีประโคน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในทหารกองประจำการใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563;65(2): 105-116.
- ศูนย์ยุทธศาสตร์กรมแพทย์ทหารบก. (2563). สืบค้นจาก <https://www.amedstgy.com/main/strategy/3/2021/2/23>
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2552) คู่มือสมรรถนะหลัก : คำอธิบาย และตัวอย่างพฤติกรรมบ่งชี้. นนทบุรี. บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- หวาน ศรีเรือนทอง ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย : การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(4): 423-424.

- อิสรา รัชกุล. ภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติภารกิจ
ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้. เวชสารแพทย์ทหารบก 2554;64:67-73.
- เอื้อพร ดิคนันท์และ กนกวรรณ มะโนรัมย์. ความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่และ
แนวทางการแก้ปัญหาของกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจที่ 1 กองกำลังสุรนารี.
วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2558;11(1): 117-140.
- Benjamin J, S. And Virginia A. S. Kaplan and Sadock's *Comprehensive
Textbook of Psychiatry 7th Edition*, Vol.2 :2031-2040. Philadelphia.
Lippincott-Williams and Wilkins.
- Durkheim Emile, *Suicide : a Study in Sociology*. Glencoe, IL : The Free Press.
อ้างโดย รตพร ปัทมเจริญ, การฆ่าตัวตาย : ปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม.
วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2552;5(2): 7-24.
- the Economics of Suicide: An Empirical Study of America's Rising Suicide
Rate โดย Senior Capstone Project.
- Elisabeth Kubler-Ross. (1969). *On death and Dying*. New York.
The MacMillan Company.
- Hagihara A. Media Suicide Reports, Internet Use and Occurrence of Suicides
between 1987 and 2005 in Japan. BMC Public Health. 2007;7:321.
- Hinduja S. and Patchin JW. Bullying, Cyberbullying, and Suicide.
Arch Suicide Res. 2010; 14(3): 206-221.
- Holmes TH and Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale.
Journal of Psychosom Res 1967;11:213-218.
- Lucy Biddle et al. Suicide and the Internet. BMJ. 2008 April 12;336(7648):
800-802.
- Shah A. The Relationship between General population Suicide
Rates and the Internet: a Cross-national Study.
Suicide Life Threat Behave. 2010;40(2): 146-150.

Shu sen Chang Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand.

Journal of Social science medicine 2009 April;68(7):1322-31. doi: 10.1016/2009.01.010. Epub 2009 Feb 4.

สืบค้นจาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19200631/>

WHO Global Status Report of Alcohol 2004.

สืบค้นจาก http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/thailand.pdf?ua=1

ภาคผนวก

ผนวก ก รายละเอียดแบบทดสอบสภาวะทางจิตใจกำลังพลกองทัพบก

แบบทดสอบ PHQ9

เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ทดสอบกรอกข้อมูลเอง (Self-rating scale) มีข้อได้เปรียบในการใช้งาน เนื่องจากข้อคำถามสั้น กระชับ เข้าใจง่าย สามารถแปลผลได้รวดเร็ว จึงเป็นประโยชน์ในการใช้คัดกรองกำลังพลที่มีจำนวนมาก และช่วยลดเวลาของเจ้าหน้าที่สายแพทย์ในการประเมิน จากการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน พบว่า มีค่าความไวที่ร้อยละ 82-84 ความเฉพาะเจาะจงที่ร้อยละ 72-77 ความค่าเที่ยงตรง (Validity) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน HAM-D ($r = 0.56$; $p < 0.001$) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ 0.79

การคิดคะแนน

แบบทดสอบนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ทดสอบในห้วง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแต่ละข้อจะถามถึงระยะเวลาของการเกิดอาการ ให้ผู้ทดสอบเลือกข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุด เมื่อผู้ทดสอบทำแบบสอบถามครบทั้งหมดแล้ว จะนำคำตอบมาคำนวณเป็นคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีอาการ	=	0	คะแนน
เป็นบางวัน	=	1	คะแนน
เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน	=	2	คะแนน
เป็นทุกวัน	=	3	คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบแล้ว ผู้ประเมินสามารถจำแนกระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ดังนี้

ระดับที่ 1	คะแนน 0 ถึง 7	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อยมาก
ระดับที่ 2	คะแนน 8 ถึง 14	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
ระดับที่ 3	คะแนน 15 ถึง 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
ระดับที่ 4	คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 20	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แบบทดสอบ PHQ8

นำมาจากแบบทดสอบ M.I.N.I. ซึ่งเป็นแบบทดสอบประกอบการสัมภาษณ์ (Diagnostic Structured Interview) ที่ใช้คัดกรองโรคทางจิตเวช ทั้งหมด 17 ชนิด แต่เลือกเฉพาะส่วนข้อคำถาม เกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมาใช้เป็น PHQ 8 พันธันภา (2005)

ได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบทดสอบ M.I.N.I ฉบับภาษาไทย กับแบบทดสอบมาตรฐาน 2 ชนิด ได้แก่ CIDI และ SCID-P พบว่า ความไวและความจำเพาะเจาะจง อยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับการทดสอบ เพื่อหาค่าความไวและความจำเพาะ โดยการเปรียบเทียบระหว่างการสัมภาษณ์โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือกับการสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโดยแพทย์ ผลปรากฏดังตาราง

ตารางที่ 1 ค่าทางสถิติต่างๆ ของแบบทดสอบ PHQ 8

พยาบาล การวินิจฉัยโรค	จิตแพทย์		ค่า kappa	ค่าความไว (sensitivity)	ค่าความ จำเพาะ (specificity)	positive predictive value	negative predictive value	efficiency
	+ TP FN	- FP TN						
Current Major	124	1						
Depressive Episode	8	44	0.87	0.98	0.94	0.85	0.99	0.95
Current Dysthymia	1	3						
	2	171	0.27	0.33	0.98	0.25	0.99	0.97
Current Suicide Risk	73	9						
	3	92	0.86	0.96	0.91	0.90	0.97	0.93

แสดงว่า เครื่องมือ M.I.N.I ฉบับภาษาไทย สามารถให้การวินิจฉัยที่แม่นยำ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในขณะที่ทำแบบทดสอบ และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

การคิดคะแนน

แบบทดสอบ PHQ 8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ให้ผู้ทดสอบเลือกว่าในห้วงเวลาที่ผ่านมามีความคิดหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่ เมื่อผู้ทดสอบทำแบบสอบถามครบทั้งหมดแล้ว จะนำคำตอบมาคำนวณเป็นคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อ 1 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 1 คะแนน

ข้อ 2 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 2 คะแนน

ข้อ 3 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 6 คะแนน (ถ้าตอบ มี ให้ ถามต่อ ข้อย่อยนี้ หากตอบว่า ได้ คิด 0 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้ คิด 8 คะแนน

ข้อ 4 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 8 คะแนน

ข้อ 5 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 9 คะแนน

ข้อ 6 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 4 คะแนน

ข้อ 7 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 10 คะแนน

ข้อ 8 ไม่มี คิด 0 คะแนน มี คิด 4 คะแนน

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบแล้ว ผู้ประเมินสามารถจำแนกแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ได้ดังนี้

คะแนน 0 ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

คะแนน 1 ถึง 8 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย

คะแนน 9 ถึง 16 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ผนวก ข รายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของกรมแพทย์ทหารบกและโรงพยาบาล
ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดอ่อน ขององค์กรกรมแพทย์ทหารบกและ
โรงพยาบาลกองทัพบก ด้วย 7S McKinsey Framework Model

	จุดแข็ง	จุดอ่อน
Strategy กลยุทธ์		
กรมแพทย์ทหารบก	เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง มีการวางยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	การประเมินยุทธศาสตร์ เพื่อการปรับปรุงมีช่วงเวลา 5 ปี
โรงพยาบาลกองทัพบก	นำแผนงานไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว	แผนงานขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารองค์กร
Structure โครงสร้าง		
กรมแพทย์ทหารบก	มีอัตราการจัดหน่วยที่รับผิดชอบ โดยตรง ได้แก่ กองวิทยาการและกอง ส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน	การประสานงาน ระหว่างสองกองพบ.ไม่สอดคล้องกัน
โรงพยาบาลกองทัพบก	มีอัตราการจัดหน่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ แผนก/กองเวชกรรมป้องกัน	ขนาดของหน่วยที่รับผิดชอบไม่เป็น สัดส่วนสัมพันธ์กับงาน
System ระบบ/กระบวนการทำงาน		
กรมแพทย์ทหารบก	มีสายการบังคับบัญชาชัดเจน	ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะหน้าช้า
โรงพยาบาลกองทัพบก	ทำงานได้เร็ว	ไม่มีระบบตรวจสอบภายใน
Shared values วัฒนธรรม ค่านิยม		
กรมแพทย์ทหารบก	คุณภาพ ตักดิ์ศรี สามัคคี มีวินัย	ด้วยความหลากหลายของวิชาชีพจึงยากที่จะ ให้มองเห็นวิธีการไปสู่เป้าหมายแบบเดียวกัน
โรงพยาบาลกองทัพบก	การบริหารทรัพยากรอันจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	ด้วยความหลากหลายของวิชาชีพ จึงยากที่จะให้มองเห็นวิธีการไปสู่ เป้าหมายแบบเดียวกัน

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรกรมแพทย์ทหารบก และโรงพยาบาลกองทัพบก ด้วย 7S McKinsey Framework Model (ต่อ)

Style รูปแบบการบริหารจัดการ		
กรมแพทย์ทหารบก	ผู้นำสูงสุดขององค์กรให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจ	ขาดความยืดหยุ่นหรือยึดตัวบุคคลมากเกินไป
โรงพยาบาลกองทัพบก	มีอิสระในการกำหนดการปฏิบัติงาน	พึ่งพิงระบบงบประมาณ
Staff การบริหารบุคลากร		
กรมแพทย์ทหารบก	บุคลากรมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน
โรงพยาบาลกองทัพบก	บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความแตกต่างด้านประสบการณ์และเครือข่ายทั้งทางการแพทย์และการทหาร	บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน
Skill ทักษะ ความสามารถ		
กรมแพทย์ทหารบก	มีที่ปรึกษาด้านจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง	ขาดช่องทางหลักที่เป็นทางการในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติ
โรงพยาบาลกองทัพบก	เจ้าหน้าที่สายแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการและได้รับการอบรมเพิ่มเติมก่อนปฏิบัติงาน	งานด้านจิตใจต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ที่มีเจตคติที่เข้ากันได้กับงาน

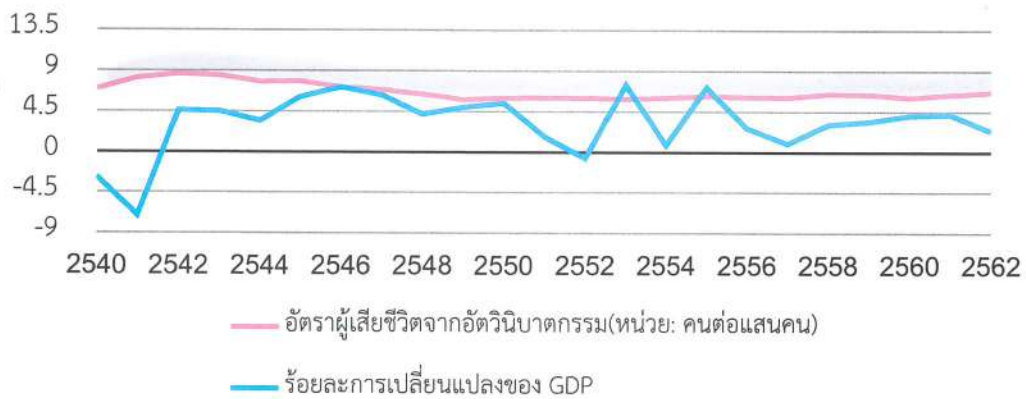
ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ของกรมแพทย์ทหารบก โดยคัดเลือกจุดแข็ง และจุดอ่อนที่สำคัญ 3 ประการ

กรมแพทย์ทหารบก	น้ำหนัก	ระดับ	คะแนนรวม
จุดแข็ง			
ที่ปรึกษาด้านจิตเวชมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง	0.20	4	0.80
มีอัตราการจัดหน่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ กองวิทยาการและกองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน	0.15	3	0.30
ผู้นำสูงสุดขององค์กรให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจ	0.20	4	0.80
จุดอ่อน			
การประเมินยุทธศาสตร์เพื่อการปรับปรุงมีห้วงเวลา 5 ปี ซึ่งอาจจะไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก	0.10	2	0.20
บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน	0.20	1	0.20
การประสานงานระหว่างสองกองพบ. ไม่สอดคล้องกัน	0.15	1	0.15
	1.00		2.45

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ของโรงพยาบาลกองทัพบก โดยคัดเลือกจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญ 3 ประการ

โรงพยาบาลกองทัพบก	น้ำหนัก	ระดับ	คะแนนรวม
จุดแข็ง			
แผนงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว	0.10	1	0.10
มีอัตราการจัดหน่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ แผนก/กองเวชกรรมป้องกัน	0.20	2	0.40
ผู้บริหารมีอิสระในการกำหนด ชี้นำการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบ	0.20	1	0.20
จุดอ่อน			
ไม่มีระบบตรวจสอบภายใน	0.15	1	0.15
บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน	0.20	3	0.60
ขนาดของหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่เป็นสัดส่วนสัมพันธ์กับปริมาณงาน	0.15	4	0.60
	1.00		2.05

ผนวก ค อัตราการตายของประชากรไทยต่อแสนคนเปรียบเทียบกับร้อยละการเปลี่ยนแปลง GDP โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2540 ถึง 2562 เพื่อหาความสัมพันธ์ต่อกัน



ตารางที่ 5 อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรม ปี 2540 - 2562

ปี	อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรม (หน่วย : ต่อแสนคน)	ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของ GDP	ปี	อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุกรรม (หน่วย : ต่อแสนคน)	ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของ GDP
2540	6.92	-2.8	2552	5.97	-0.7
2541	8.12	-7.1	2553	5.9	7.5
2542	8.59	4.6	2554	6.03	0.8
2543	8.4	4.5	2555	6.2	7.2
2544	7.74	3.4	2556	6.08	2.7
2545	7.84	6.1	2557	6.07	1.0
2546	7.13	7.2	2558	6.47	3.1
2547	6.87	6.3	2559	6.35	3.4
2548	6.34	4.2	2560	6.03	4.1
2549	5.77	5.0	2561	6.32	4.2
2550	5.97	5.4	2562	6.64	2.4

ผนวก ง เปรียบเทียบแบบประเมินกองทัพกับแบบประเมินตามสมรรถนะหลัก

ตารางที่ 6 แบบประเมินกำลังพลกองทัพ

หัวข้อหลัก	ผลสัมฤทธิ์ของงาน (80)	พฤติกรรมในงาน (20)
หัวข้อย่อย	ปริมาณงาน (20)	การปฏิบัติตน (3)
	คุณภาพผลงาน (15)	การรักษาวินัย (5)
	ความทันเวลา (10)	มนุษยสัมพันธ์ (4)
	การประหยัด (10)	ความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม (4)
	ความรู้ความสามารถ (25)	การตรงต่อเวลา (4)

ตารางที่ 7 แบบประเมินตามสมรรถนะหลัก

ด้าน / ระดับ	การมุ่งผลสัมฤทธิ์	การบริการที่ดี	การสั่งสมความเชี่ยวชาญในอาชีพ	การยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม	การทำงานเป็นทีม
1	ตามเป้าหมาย	เต็มใจ	สนใจและติดตามความรู้ใหม่	สุจริต	ทำงานของตนในทีมให้เสร็จ
2	ปรับปรุงวิธีการทำงาน	ช่วยแก้ปัญหา	มีความรู้ใหม่	มีสัจจะเชื่อถือได้	ให้ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมทีม
3	พัฒนาวิธีการทำงาน	เกินคาดหวัง	ปรับความรู้ใหม่มาใช้ในงาน	ยึดมั่นในหลักการ	เป็นผู้ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีม
4	ตัดสินใจเสี่ยงต่ำ	เข้าใจและตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ	พัฒนาตนเองทั้งในเชิงกว้างและลึก	ยืนหยัดเพื่อความถูกต้อง	สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อนร่วมทีม
5	ตัดสินใจเสี่ยงสูง	เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง	สนับสนุนผู้ร่วมงาน	อุทิศตนเพื่อความยุติธรรม	เป็นผู้นำทีมให้ประสบประสบความสำเร็จ

ประวัติผู้วิจัย

ยศ ชื่อ พันเอก ทองแดง อาตมะพันธ์

วัน เดือน ปีเกิด 12 มีนาคม 2520

ประวัติสำเร็จการศึกษา

พ.ศ. 2542 ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2542 - 2543 แพทย์ใช้ทุน โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ
จังหวัดนครศรีธรรมราช

พ.ศ. 2546 ผู้บังคับหมวดเสนารักษ์
กองร้อยสนับสนุนการช่วยรบ กองพันทหารราบไทย
กองกำลังรักษาสันติภาพ ติมอร์ตะวันออก

พ.ศ. 2550 - 2551 รักษาราชการผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่าย
อิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี

พ.ศ. 2552 - 2554 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายขุนเจ็องธรรมิกราช
จังหวัดพะเยา

พ.ศ. 2557 - 2558 ผู้บังคับกองพันเสนารักษ์ที่ 8 กองพลทหารม้าที่ 1
จังหวัดเพชรบูรณ์

พ.ศ. 2558 - 2559 ผู้บังคับกองพันทหารเสนารักษ์ที่ 23
กองบัญชาการช่วยรบที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก

พ.ศ. 2559 - 2562 จิตแพทย์ โรงพยาบาลค่ายธนระริชต์
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตำแหน่งปัจจุบัน

พ.ศ. 2562 – ปัจจุบัน รองผู้อำนวยการกองยุทธการและการข่าว
กรมแพทย์ทหารบก

