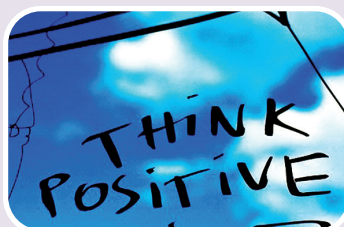


รายงานวิจัย

การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย
เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกัน
การฆ่าตัวตายในระดับชุมชน



การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย
เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน

โดย

เชิญขวัญ ภูษมรงค์
วัชรียา เจริญฐเกียรติกิจ
อุบล ก่องแก้ว
จอมขวัญ โยธาสมุทร
รุ่งนภา คำผาง
สุทธิษา สมนา
ทรงยศ พิลาสันต์
กัตนางค์ โตสงวน
บุษบา อนุศักดิ์
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

พฤษภาคม 2554

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร: 02-590-4549, 02-590-4374-5

โทรสาร: 02-590-4369

www.hitap.net

E-mail: hitap@hitap.net



พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2554

จำนวน 500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท ธนาเพรส จำกัด

48/26-31 ซ.จุฬา 7 ถ.บรรทัดทอง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0-2214-5060, 0-2215-7220 โทรสาร 0-2214-0038

คณะผู้ศึกษาชุมชน

นางสาวสุทธธิดา สมนา
นางสาวพิมพ์ทิชา สังคมพันธ์
นางสาวจิตรลดา โยปีนตา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้การสนับสนุนการศึกษา คุณบุษบา อนุศักดิ์ และ นพ.ภูริวรรณ โชคเกิด ในฐานะที่ปรึกษาในพื้นที่และเป็นผู้ให้ข้อแนะนำในการเก็บข้อมูลเชิงลึก นพ.ประเวช ดันตีพิวัฒนสกุล ผศ. ดร. นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ รศ. ดร.ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต สำหรับข้อแนะนำในการแก้ไขรายงานวิจัยฉบับนี้ ผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิตทุกท่าน หน่วยงานส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานเอนามัย เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา ชาวบ้านในชุมชนทั้งสองแห่ง นักวิจัยและเจ้าหน้าที่ในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตลอดระยะเวลาการศึกษา

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ	iii
บทคัดย่อ	v
บทที่ 1 บทนำ และการทบทวนวรรณกรรม	1
1. บทนำ	1
2. การทบทวนวรรณกรรม	4
บทที่ 2 วัตถุประสงค์ และวิธีวิจัย	10
1. วัตถุประสงค์	10
2. การคัดเลือกพื้นที่ศึกษา	10
3. ระเบียบวิธีวิจัย	11
4. จริยธรรมในการวิจัย	22
บทที่ 3 ผลการศึกษา	23
1. ข้อค้นพบระดับชุมชน	25
2. ข้อค้นพบในระดับบุคคล (ผู้มีประวัติการฆ่าตัวตาย)	40
3. มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	60
บทที่ 4 อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษา	75
1. สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ	75
2. สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย	76
3. ข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย	76

4. ข้อจำกัดของการศึกษา	77
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม ชุด A	80
ภาคผนวก ข: แบบสอบถาม ชุด B	83
ภาคผนวก ค: ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก	93
ภาคผนวก ง: ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม	103
เอกสารอ้างอิง	107
รายชื่อทีมวิจัย	112

บทคัดย่อ

ที่มา: การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 คน คิดเป็น 5.7 ต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 30-40 ปี ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง ผ่านมาตรการที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2552 มีแนวโน้มลดลง แต่หากพิจารณาในระดับพื้นที่พบว่า บางแห่งยังมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง นอกจากนั้น ยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่ผ่านมา ซึ่งการประเมินประสิทธิผลของมาตรการมีความสำคัญในการเลือกใช้และจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระยะยาว ทั้งนี้ ในขั้นแรกของการศึกษาจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ก่อนนำไปใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปใช้และประเมินประสิทธิผลต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย: นักวิจัยได้พิจารณาข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย 5 ปีย้อนหลัง และพบว่า ลำพูนเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (พ.ศ. 2548-2552) จึงได้เลือกเป็นพื้นที่ศึกษา จากนั้นพิจารณาข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ตามลำดับ และได้คัดเลือกตำบลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด และปรึกษาเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อคัดเลือก 2 หมู่บ้านที่เหมาะสมและให้ความร่วมมือในการศึกษาเชิงลึก ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มจาก (1) การศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายและข้อมูลชุมชน จากการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ (2) การศึกษาชุมชน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (3) การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม (4) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และ (5) การสนทนากลุ่มชาวบ้าน ผู้นำชุมชน และ อสม. โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 3 เดือน (พ.ย. 53 - ม.ค. 54)

ข้อค้นพบ: การเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์ และความช่วยเหลือทางสังคมของผู้ที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ทั้งนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดความเข้าใจ ความตระหนัก รวมถึงทักษะในการสังเกตอาการแสดงออกของผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ นอกจากนี้ การตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำได้ยาก การพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่ เฝ้าระวังเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ คนรอบข้างจึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเป็นผู้เฝ้าระวัง วินิจฉัย เบื้องต้น และส่งต่อไปบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็น หากพิจารณาตามกรอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายนั้นพบว่า ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่พบในชุมชนนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับการรอบการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อันได้แก่ ปัจจัยเรื่องค่านิยม วัฒนธรรม และ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ส่วนปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นนั้น พบว่าการเข้าถึงและ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่พบจากการศึกษาเชิงลึกนั้น มีความคล้ายคลึงกับที่พบจากการศึกษาอื่นๆ โดยการศึกษานี้ได้แบ่งประเภทของการสื่อสารเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสื่อสารทางตรง ด้วยวาจา เช่น บอกกับญาติว่ากำลังจะฆ่าตัวตาย การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้ หรือรำลา การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และการสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวเป็นชุดที่ดีที่สุด เพื่อเป็นการเตรียมตัวตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีการสื่อสาร แต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่ไม่ทราบจึงมิได้ ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด และการฆ่าตัวตายนั้นมักเกิดภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากสื่อสารสัญญาณฆ่าตัวตาย ออกไป

ข้อเสนอแนะ: ข้อเสนอแนะในการพัฒนามาตรการ เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่พบจากการศึกษา เช่น การเข้าถึงบริการ การขาดความตระหนัก และทักษะในการจัดการ ในกรณีที่พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น ได้แก่ (1) พัฒนามาตรการสื่อสาร เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน หรือ การใช้ช่องทางการสื่อสารอื่นๆ ที่เหมาะสมกับบริบทอย่างมียุทธศาสตร์ เพื่อให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือน ก่อนการฆ่าตัวตายและวิธีจัดการ หากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย สายด่วน สุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี (2) พัฒนาเครื่องมือ เช่น คู่มือ/แนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้นำชุมชน และ อสม. ที่มีความสอดคล้องกับบริการด้านสุขภาพจิตของภาครัฐในพื้นที่ รวมทั้ง สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างของผู้รับบริการ และ (3) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน (hotline) ให้เป็นที่รู้จักของประชาชนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

Abstract

Background: Suicidal action is a considerable health problem in Thailand. In 2009, 3,634 completed suicides were reported by the Department of Mental Health (DMH); this is approximately 5.7 per 100,000 of the population. Most of these cases were members of the labour force aged between 30 and 40 years of age; this consequently created a huge economic loss for the country.

The DMH has continually initiated and implemented a number of interventions aimed at preventing and controlling the problems. As a result, the rate of completed suicides during 2001-2009 declined. However, focusing on specific areas, the overall rate is still high (approx. 15 per 100,000 of the population). Moreover, an assessment of the effectiveness of the interventions, which is crucial for the selection and allocation of resources for the prevention and control of suicidal actions, has never been performed. In order to design a decent evaluation study, a formative research to explore and understand current problems and contexts at a community level is suggested.

Objectives: This is the first sub-study of a research for the development and evaluation of effective interventions for suicide prevention, aiming to explore existing problems and factors related to suicidal actions at both individual community and health facility levels; it also endeavors to discover suicide warning signs and stakeholders' views towards suicidal actions as well as suggestions for appropriate suicide prevention strategies at a community level. This information will be used to formulate recommendations for the development of a suitable intervention package, which will then be implemented and evaluated in the subsequent studies.

Methods: Researchers considered completed suicide profiles over a 5-year period (2005-2009) and found that the highest suicide rate was observed in Lumphun province. Thus, two communities from a district with a high rate of completed suicides in the province were selected as study areas. Apart from the rate of completed suicides, geographical matters and cooperation from local people were taken into account in the selection of the study area. Qualitative and quantitative research approaches were employed. The process consisted of (1) a review of suicidal action profiles and a study of the communities' basic information from secondary sources; (2) a community study including informal interviews, direct observations, and participation in community activities; (3) a questionnaire survey; (4) in-depth interviews with attempted suicide cases and high-risk suicide

cases, and with close friends/relatives of completed suicides, attempted suicide cases, and the high-risk group; and (5) focus group discussions among health volunteers, community members and leaders. The field work was carried out from November 2010 to January 2011.

Findings: Inaccessibility to healthcare services and social support are significant burdens for people with mental health problems. A lack of awareness and understanding of this health problem and the skills to screen and refer patients to health facilities among health volunteers, community members and leaders was observed. Diagnosing the problems with medical technologies seemed to be very difficult due to the nature of the health condition; moreover, it is impossible and impractical for medical doctors to play an active role in monitoring the problem. Therefore family members and close friends are the most suitable gate keepers to monitor, screen, diagnose and refer cases to health professionals. Findings concerning the factors related to the suicidal actions from these communities were not different from those of former studies and fit appropriately with the suicide factors framework, which consists of social-related factors, i.e. social norms, cultures and lifestyle behaviours, supporting factors for suicidal actions, risk behaviours, and stimulating factors. The availability of alcohol, its consumption, and people's drinking patterns were also significant factors.

Suicide warning signs discovered from this study were also in line with the findings of previous studies. The warning signs in this study were divided according to four communication types: direct verbal communication, e.g. informing family members of planned suicidal action; indirect verbal communication, e.g. asking family members to help complete outstanding responsibilities or saying goodbye; direct non-verbal communication, e.g. preparing the means for suicidal actions; and indirect non-verbal communication, e.g. wearing new outfits for preparation of death. Although a number of signs were presented, most family members/close friends did not recognize them so preventive actions were not performed. It was also found that suicidal actions occurred within 24 hours of the signs being communicated.

Recommendations: In response to the main findings, i.e. inaccessibility to healthcare services and a lack of awareness and skills to deal with the situation when people with mental health problems are diagnosed, three recommendations are proposed: (1) to create a strategy and means of communication, e.g. the use of local public announcements, radio or other means to educate and

provide information to community members, that provide information including warning signs, guidelines for dealing with depression and suicidal cases, a mental health hotline, and tips for stress management; (2) to develop supporting tools for health volunteers and community leaders, e.g. guidelines for the management of mental health problem cases that are coherent with existing health professional guidelines as well as suitable for the community context and able to respond to the different needs of local people; and (3) to improve and promote mental health hotline systems.

บทที่ 1

บทนำ และการทบทวนวรรณกรรม

1. บทนำ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 คน คิดเป็น 5.72 ต่อประชากร 100,000 คน [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ (2546) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่ง พบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า 37,793 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย [3] และจากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการฆ่าตัวตาย คิดเป็นความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ประมาณ 16,000 ล้านบาท [4]

ความคิดอยากฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น จากการศึกษาพบว่า กว่าครึ่งของผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเป็นผู้มีชีวิตปกติ แต่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากเหตุกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง ทำให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายด้วยอารมณ์ชั่ววูบ โดยมักมีพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) เช่น พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการกินหรือการนอน แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย เป็นต้น [1] ในต่างประเทศ มาตรการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย คือ การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน เช่น ในประเทศเยอรมนี [5] อังกฤษ [6] ออสเตรเลีย [7] และนิวซีแลนด์ [8] มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสหรัฐอเมริกาเมืองเคิร์กคิสระที่ทำหน้าที่ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะชื่อว่า American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) มีหน้าที่ให้ความรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของ AFSP คือการให้ความรู้แก่สาธารณชนให้ตระหนักต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมทั้งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ “Suicide Shouldn't Be a Secret” โดยรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนไปยังกลุ่มเยาวชน ในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีการปฏิบัติเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และช่องทางในการให้ความช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลเหล่านั้น

จากการทบทวนงานวิจัย พบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนจำนวนหนึ่งในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Anthony และ Helen [7] เกี่ยวกับผลกระทบของโครงการ Beyondblue ซึ่งเป็นโครงการรณรงค์เพื่อลดความเครียดผ่านรายการโทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงโครงการนี้ในระดับสูง ประชาชนจะตระหนักว่าตนเอง ครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนที่ใกล้ชิด พวกเขาอาจมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่าพื้นที่ที่การเข้าถึงโครงการอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนั้น การศึกษาของ Sogaard และ Fonnebo [9] ศึกษาผลโครงการ The Norwegian Mental Health Campaign ในประเทศนอร์เวย์ ซึ่งรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจิตผ่านรายการโทรทัศน์ พบว่าหลังจากมีโครงการรณรงค์ไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น และร้อยละ 45 มีการพูดคุยเกี่ยวกับโครงการรณรงค์นี้กับผู้อื่น นอกจากนั้น พบว่าภายหลังมีการรณรงค์สัดส่วนของจำนวนผู้แนะนำบุคคลอื่นที่มีความผิดปกติทางจิตให้ไปพบผู้เชี่ยวชาญมีสัดส่วนที่สูงขึ้น รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ถูกให้ความสำคัญมากขึ้น และประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนความรู้และทัศนคติของประชาชน

สำหรับประเทศไทย งานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย เริ่มดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก โดยกรมสุขภาพจิตกำหนดให้มีนโยบายการวิจัยส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการพัฒนาวิชาการ โดยเฉพาะในระดับที่ส่งผลโดยตรงต่อประชาชน มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการโดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองแนวโน้มการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จนในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการกำหนดให้งานสุขภาพจิตเป็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติ โดยกำหนดให้มีอัตราการตายจากการมีเจตนาฆ่าตัวตายไม่เกิน 7.7 ต่อ 100,000 ประชากร [10]

ปัจจุบันมาตรการสำคัญในการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูล สำหรับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องทุกปี [10] การดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศมีแนวโน้มลดลง จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คนของกรมสุขภาพจิต [11] พบว่า ในปี พ.ศ. 2544 - 2549 อัตราการฆ่าตัวตายต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 8.2 7.7 7.1 6.9 6.3 และ 5.77 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2550 และ 2551 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีแนวโน้มคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2550 อัตราการฆ่าตัวตายต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 5.95 ปี

พ.ศ. 2551 เท่ากับ 5.96 และปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 5.72 ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางพื้นที่อัตราการฆ่าตัวตายยังคงอยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัญหาดังกล่าวเป็น เรื่องที่มีความซับซ้อน มีปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ ดังนั้น การพยายามทำความเข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมาตรการที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนา มาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายให้ประสบผลสำเร็จในอนาคต

การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย และมาตรการ ป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการ ป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่ชุมชน ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

2. การทบทวนวรรณกรรม

2.1 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย

ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินการโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2544-2551 [1] พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2544-2551 มีแนวโน้มลดลงโดยจาก 8.2 มาเป็น 7.7 17.1 6.9 6.3 5.77 5.95 และ 5.96 ตามลำดับ เมื่อแยกเป็นรายจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า จังหวัดลำพูน เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด และสูงต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 ข้อมูล 10 อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (ต่อประชากร 100,000 คน)

ลำดับ ที่	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
1	ลำพูน (21.70)	ลำพูน (18.04)	ลำพูน (17.79)	ลำพูน (16.26)	ลำพูน (16.75)
2	เชียงใหม่ (18.90)	เชียงใหม่ (17.98)	เชียงใหม่ (15.33)	เชียงใหม่ (13.58)	แพร่ (15.53)
3	เชียงราย (17.10)	ระยอง (15.77)	เชียงราย (13.33)	แม่ฮ่องสอน (12.41)	แม่ฮ่องสอน (15.21)
4	แพร่ (16.50)	เชียงราย (15.00)	พะเยา (13.15)	จันทบุรี (11.88)	เชียงใหม่ (14.35)
5	พะเยา (13.90)	พะเยา (12.92)	แม่ฮ่องสอน (12.14)	พะเยา (11.07)	เชียงราย (11.68)
6	จันทบุรี (13.40)	แพร่ (12.28)	ระยอง (10.95)	เชียงราย (10.70)	อุดรธานี (10.98)
7	น่าน (10.90)	ชลบุรี (11.75)	ตาก (10.21)	ระยอง (10.66)	น่าน (10.91)
8	ระยอง (10.80)	แม่ฮ่องสอน (11.26)	กำแพงเพชร (9.48)	ตาก (9.83)	ระยอง (10.68)
9	อุดรธานี (10.40)	ระนอง (10.16)	อุดรธานี (9.20)	ชลบุรี (9.80)	พะเยา (10.46)
10	ชัยนาท (9.70)	ลำปาง (10.03)	จันทบุรี (9.00)	แพร่ (9.62)	สุโขทัย (9.60)

สำหรับลักษณะประชากรของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 28.06 และร้อยละ 21.94) ส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุระหว่าง 20-49 ปี มีสถานภาพสมรสมากกว่าโสด (ร้อยละ 51.5 และ 39.5) ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน และภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 29.5 และ 23.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าประถมศึกษาหรืออยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.6) และส่วนมากจะพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลที่ติดสุราและยาเสพติด (ร้อยละ 27.5 และ 3.9) [1]

เมื่อพิจารณาการพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายสำเร็จ การฆ่าตัวตายซ้ำ โดยพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 20-29 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด (ร้อยละ 32.75 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด

ในปี พ.ศ. 2551) กลุ่มอายุระหว่าง 30-39 ปี การฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด (ร้อยละ 25.08 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2551) และกลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายซ้ำมากที่สุด ได้แก่ อายุระหว่าง 20-29 ปี (ร้อยละ 32.33 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2551) (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ และฆ่าตัวตายซ้ำ แยกตามกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2551

กลุ่มอายุ	พยายามฆ่าตัวตาย		ฆ่าตัวตายสำเร็จ		ฆ่าตัวตายซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	7	0.06	0	0.00	0	0.00
10 – 19 ปี	2968	24.63	190	5.01	368	21.79
20 – 29 ปี	3947	32.75	756	19.94	546	32.33
30 – 39 ปี	2405	19.96	951	25.08	405	23.98
40 – 49 ปี	1455	12.07	792	20.89	205	12.14
50 – 59 ปี	751	6.23	514	13.55	108	6.39
60 – 69 ปี	299	2.48	332	8.76	37	2.19
รวม	220	1.83	257	6.78	20	1.18

สำหรับวิธีการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการผูกคอ (ร้อยละ 47.6) รองลงมา คือ กินสารเคมี ได้แก่ สารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช และสารเคมีอื่นๆ (ร้อยละ 41.8) ส่วนสาเหตุกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งกับคนใกล้ชิด (ร้อยละ 24.8) รองลงมา คือ ปัญหาหัวใจ ถูกลนไถลัดขิด (ร้อยละ 23.3) ปัญหาความรัก หึงหวง (ร้อยละ 11.5) ปัญหายากจน ตกงาน (ร้อยละ 6.8) และปัญหาอื่นๆ (ร้อยละ 6.2)

สภาวะการณีสภาพทางกาย สุขภาพจิต สังคมของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติเรื้อรัง รักษาไม่หายเป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดความเครียด โดยพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.4 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไมเกรน ความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะเรื้อรัง (ร้อยละ 17.9 8.6 และ 4.6 ตามลำดับ) สำหรับสภาวะการณืทางด้านจิตใจพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคจิต ร้อยละ 4.0 มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 47.8 และพบว่าอาการทางจิตที่มักพบก่อนการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ได้แก่ 1) นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท 2) รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ 3)

รู้สึกอ่อนเพลียง่าย 4) ไม่มีแรง หลงลืมง่าย 5) คิดอะไรไม่ออก 6) ผิดหวังในตัวเอง โทษตนเอง และเมื่อซักประวัติทางสุขภาพจิตย้อนหลังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ แยกตัวออกจากสังคมไม่สูงลิ้งกับใคร หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล และหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน

นอกจากนี้ ผู้พยายามฆ่าตัวตายครึ่งหนึ่งส่วนใหญ่มีชีวิตปกติสุข แต่มีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจหรือตกใจอย่างมาก ทำให้คิดฆ่าตัวตาย โดยเป็นการตัดสินใจฆ่าตัวตายโดยไม่มีการวางแผนมาก่อนล่วงหน้าไม่เกิน 24 ชั่วโมง บางรายไม่มีการส่งสัญญาณให้รู้ล่วงหน้า ขาดการปรึกษาหรือติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือบางรายส่งสัญญาณแล้ว แต่คนใกล้ชิดไม่ใส่ใจเพราะมักคิดว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว หรือแก้ไขปัญหาได้เองโดยไม่ต้องพึ่งเจ้าหน้าที่ [11] ตัวอย่างสัญญาณเตือนล่วงหน้า เช่น พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการกินหรือการนอน ตื่นเล้าหั่น อารมณ์แปรปรวน แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย ร่ำลาครอบครัว เปรยว่ามีชีวิตอยู่ไปอีกไร้ความหมาย [1] เป็นต้น ในกลุ่มที่เผชิญปัญหาหลายด้านมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มนี้มีอาการทางด้านสุขภาพจิตที่มักพบก่อนการทำร้ายตนเอง เช่น นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ รู้สึกอ่อนเพลียง่าย ไม่มีแรง หลงลืมง่าย คิดอะไรไม่ออก ผิดหวังในตัวเอง โทษตนเอง บางรายอาจถึงขั้นมีอาการทางจิต ได้แก่ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เช่น แยกตัวออกจากสังคม ไม่สูงลิ้งกับใคร หรือไม่รับรู้ภาวะความเป็นจริง เช่น หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล รวมทั้งอาจมีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน

2.2 สภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายทางจิตเวชศาสตร์

ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน มีศัพท์รวม เรียกว่า “พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)” [12] ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
2. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกัน คือ deliberate self harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่
3. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts, deliberate self-harm, parasuicides) จะพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต โดยพบได้ตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 โดยเฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 18:1 [12] นอกจากนั้นพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และในผู้ที่

พยายามฆ่าตัวตายเมื่อติดตามไประยะยาว พบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด [12]
สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในทางจิตเวชศาสตร์ พบว่า

1) **ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม** มีหลายการศึกษาพบว่า การเป็นโสดและการหย่าร้าง
ทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย และในกรณีนี้ที่คู่สมรสมีแหล่งสนับสนุน หรือ
ความผูกพันกับสังคมรอบตัวน้อย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยนี้เป็นเพียงแค่ส่วนประกอบปัจจัยอื่นๆ ในการ
ประเมินเท่านั้น ยังมีปัจจัยในแง่ภูมิอื่นที่อาจมีความสำคัญมากกว่า เช่น คุณภาพของชีวิตสมรส การทุพพิกาศ
ร้ายกันในครอบครัว เป็นต้น [13]

- **การมีบุตร** การมีบุตรเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเพศหญิง [14]
- **ความสนใจในศาสนา** การศึกษาในทางตะวันตกพบว่า ผู้ที่มีความสนใจในทางศาสนาและ
มีการปฏิบัติทางศาสนามีการฆ่าตัวตายต่ำ [15] ซึ่งอาจเป็นจากการปฏิบัติทางศาสนา
ทำให้มีสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น มีแหล่งช่วยเหลือเมื่อประสบความกดดัน หรืออาจมาจาก
ข้อห้ามต่อการฆ่าตัวตายของศาสนานั้น ๆ และยังพบว่าการสนใจในศาสนาเป็นตัวปกป้องต่อ
ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด หรือการมีความเครียด [16]
- **การตกงาน** การศึกษาจากประเทศต่างๆ พบว่าการตกงานมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย
[17] และเพศชายที่ตกงานมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง [18]
- **เศรษฐกิจ** การมีความกดดันทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การศึกษา
ในทางตะวันตก พบว่าในแหล่งที่มีรายได้ต่ำมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าแหล่งอื่น เมื่อเปรียบเทียบ
กัน [19] หลายการศึกษาพบว่า การประสบปัญหาสุขภาพเศรษฐกิจตกต่ำมีส่วนสัมพันธ์กับ
การฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น [20]
- **การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ** บุคคลที่มีสัมพันธ์กับสังคมรอบตัวดี
จะสามารถปรับตัวกับความกดดันต่างๆ ได้ค่อนข้างดี [21] มีการศึกษาพบว่า การมีแหล่ง
สนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่มีความเครียดมีความรุนแรงของอาการน้อยลง และอาการดีขึ้น
เร็ว [22] การศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่า การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายาม
ฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการที่บุคคลนั้นๆ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย [23] และการเพิ่ม
แหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง [24]
- **เขตชนบทเขตเมือง** การศึกษาในจีนพบว่าการฆ่าตัวตายในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง [25]
[26] การศึกษาในออสเตรเลีย กรีซ พบเช่นเดียวกัน [27]

2) **โรคทางจิตเวช** ความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการประเมิน
การฆ่าตัวตายมากที่สุด [28] โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทาง

จิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ คือ โรควิตกกังวล หรือการใช้แอลกอฮอล์ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ในกรณีของการพยายามฆ่าตัวตายก็เช่นกัน การป่วยทางจิตเวชยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือตัวพยากรณ์ที่สำคัญ

- โรควิตกกังวล ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรควิตกกังวล [29] Angst และคณะ(1999) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอดเวลา ละเลยไม่สนใจตนเอง อาการรุนแรงโดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation และมีอาการแพนิค
- โรคจิตเภท ปัจจัยสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการมึนเมาหมดกำลังใจ และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง [30] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีลักษณะเป็นผู้ชาย อายุน้อย ว่างงาน อยู่คนเดียว มีประวัติดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีความกลัวว่าอาการจะแย่ลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาสูง จะพบการฆ่าตัวตายบ่อยในช่วงต้นๆ ของการเจ็บป่วย ช่วงแรกๆ ที่มีอาการกำเริบ หรือช่วงที่หายใหม่ๆ [31] ปัจจัยเสี่ยงในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การมีอาการหูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง มีภาวะ agitation หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากความหลงผิดของตน [32]
- ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด ประมาณร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตาย มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse) และมักพบประวัติภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้สาร การศึกษาพบผู้ติดสุรา ประมาณร้อยละ 26 ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง พบมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีปัจจัยกดดันในช่วงก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ [33] ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่ง คือ การดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วหากมีการเสพสุราหรือสารเสพติดความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูงมาก [34]
- ลักษณะบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), borderline personality disorder และ antisocial personality disorder [35]

3) ลักษณะปัญหาทางจิตใจ พบว่ามีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่มีลักษณะ psychological pain [36] ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกว่าหมดหนทางในชีวิต และมีอาการวิตกกังวลรุนแรง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเร็วๆ นี้ และมีอาการนอนไม่หลับรุนแรง [37]

4) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบ่งบอกถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ [38] การศึกษาของประเวช [39] พบว่า ร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศ พบประมาณร้อยละ 30-47 [40] และในช่วงปีแรกของการพยายามฆ่าตัวตายพบว่า บุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็น 100 เท่าของประชากรทั่วไป ยังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

5) ความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บป่วยทางกายที่มักพบในผู้ฆ่าตัวตายตัว ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทุกพลภาพ เช่น การบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง ความเจ็บปวดรุนแรงจากตัวโรคและ HIV ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย [41] โดยในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ หรือมีความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดจากตัวโรคมมาก ส่วนในผู้ติดเชื้อ HIV นั้น มีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าตนติดเชื้อกับในระยะท้ายของโรค โดยมีอารมณ์เศร้าจากอาการของตนเอง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ทำให้การใช้เหตุผล การตัดสินใจเสียไป

บทที่ 2

วัตถุประสงค์ และวิธีวิจัย

1. วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาชุมชนเพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาและนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนามาตรการ (2) การพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย และ (3) การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาระยะที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนามาตรการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะถูกนำไปใช้และวัดประสิทธิผลในการศึกษาระยะที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ย่อย

- 1.1 ทำความเข้าใจสภาพปัญหา และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับบุคคลชุมชน และระบบบริการสุขภาพ
- 1.2 ศึกษาสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
- 1.3 พัฒนาข้อเสนอแนะ สำหรับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสม

2. การคัดเลือกพื้นที่ศึกษา

นักวิจัยได้พิจารณาข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย 5 ปีย้อนหลัง และพบว่าจังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 จึงได้เลือกศึกษาในจังหวัดลำพูน จากนั้นพิจารณาข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านตามลำดับ และได้คัดเลือกตำบลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด มีความพร้อมในด้านเจ้าหน้าที่ และให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูล และปรึกษาเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อคัดเลือก 2 หมู่บ้านที่เหมาะสมและให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ปัจจัยทางด้านค่านิยม เช่น ความเชื่อเรื่องชาติหน้า มุมมองต่อเรื่องชู้สาว ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อชุมชนของตนเอง การให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม ความซื่อสัตย์ การโกหก การฉ้อโกง การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ลักษณะการประกอบอาชีพ และภาวะหนี้สินครัวเรือน เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น สุขภาพทั่วไป ความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย ภาวะความเครียด ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นต้น ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา และความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เป็นต้น และปัจจัยทางด้านมุมมองต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการศึกษาดังกล่าวจะศึกษาในระดับบุคคลและครัวเรือน

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษารับทอของชุมชน ได้แก่ การเข้าไปสังเกตข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ชาวบ้าน และ อสม. เป็นต้น และสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตของโรงพยาบาล เป็นต้น

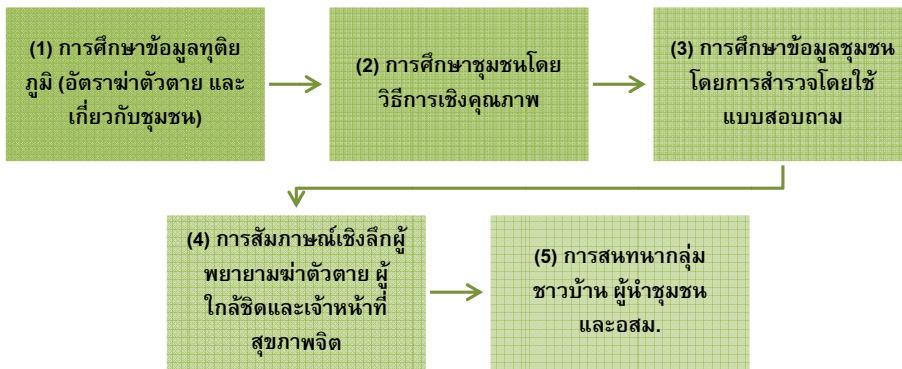
การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความถูกต้อง โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ซึ่งใช้การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ชาวบ้าน และ อสม. ในการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการค้นพบในชุมชน และการใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันสอบถามสมาชิกทุกคนในครัวเรือน

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล การศึกษาสามารถแบ่งออกเป็นข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดังนี้

ข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ (1) การศึกษาชุมชนโดยวิธีการเชิงคุณภาพ (การเข้าไปสังเกตข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม) (2) การศึกษาข้อมูลชุมชนโดยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม (3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ และเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตของโรงพยาบาล และ(4) การสนทนากลุ่มชาวบ้าน ผู้นำชุมชน และ อสม. (ภาพที่ 2.1)

ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตาย และข้อมูลชุมชนจากการทำงานเอกสารที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ได้แก่ แผนที่ชุมชน แผนที่ครอบครัว ข้อมูลอาชีพและกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน อัตราการฆ่าตัวตายในชุมชน

ภาพที่ 2.1 วิธีการศึกษา



รายละเอียดแต่ละวิธี มีดังต่อไปนี้

- 1) การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ทบทวนเอกสารที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ได้แก่ แผนที่ชุมชน แผนที่ครอบครัว ข้อมูลอาชีพ และกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน อัตราการฆ่าตัวตายในชุมชน
- 2) การศึกษาชุมชนโดยวิธีการเชิงคุณภาพ โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อสร้างความคุ้นเคย รวมทั้งเข้าไปพูดคุยสังเกตการณ์ในสถานที่ที่เป็นแหล่งพบปะสำคัญในชุมชน เช่น ร้านขายของชำ ร้านอาหาร และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนที่น่าสนใจ ดังรายละเอียดตามภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 ขั้นตอนการศึกษาชุมชนโดยวิธีการเชิงคุณภาพและระยะเวลาที่ศึกษา

1. ทำความรู้จักชุมชน	สร้างความคุ้นเคย โดยเข้าไปพูดคุยสังเกตการณ์ในสถานที่ที่เป็นแหล่งพบปะสำคัญในชุมชน เช่น ร้านขายของชำ ร้านอาหาร และพูดคุยกับคนทั่วไป และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น งานประเพณีในชุมชน (ตักบาตรเทโวโรหณะ) เป็นต้น	13-15 ต.ค.
↓		
2. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับชุมชน	พูดคุย สังเกต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเบื้องต้น ดังต่อไปนี้ 1. เศรษฐกิจของชุมชน 2. การรวมกลุ่มของชุมชน 3. สุขภาพของคนในชุมชน 4. ปัญหาครอบครัวในชุมชน 5. การเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาของคนในชุมชน 6. ความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ 7. นิคมอุตสาหกรรมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชุมชน 8. ปัญหาสำคัญในชุมชน	16-25 ต.ค.
↓		
3. กำหนดบุคคลที่เป็น key informant	กำหนดกลุ่มบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนได้ จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. ประชาชนทั่วไป 2. ผู้นำในชุมชน 3. อสม.	26-30 ต.ค.

3) การศึกษาข้อมูลชุมชนโดยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนในระดับบุคคลและครัวเรือน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านค่านิยม เช่น ความเชื่อเรื่องชาติน้ำ มุมมองต่อเรื่องชู้สาว ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อชุมชนของตนเอง การให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม ความซื่อสัตย์ การโกหก การฉ้อโกง การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ลักษณะการประกอบอาชีพ และภาวะหนี้สินครัวเรือน เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิต เป็นต้น ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน และความพึงพอใจต่อชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ การศึกษาดังกล่าวใช้วิธีการสำรวจซึ่งจะทำการแบ่งประชากรตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ

3.1 การสำรวจในระดับชุมชน เป็นการสำรวจประชากรในชุมชนโดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด ที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในชุมชนได้ โดยกำหนดที่ร้อยละ 25 และใช้วิธีการสุ่มประชากรเป็นชั้นภูมิตามโควตาเพศและช่วงอายุซึ่งอ้างอิงจาก

ลักษณะโครงสร้างประชากรของชุมชน วิธีการนี้เป็นการกำหนดขนาดตัวอย่างให้เป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากร เป็นวิธีที่กำหนดให้ชั้นภูมิที่มีขนาดใหญ่ถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างมาก และชั้นภูมิที่มีขนาดเล็กถูกเลือกเป็นตัวอย่างน้อย การสำรวจข้อมูลระดับชุมชน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาค่านิยมและมุมมองของประชาชนที่มีต่อชุมชนของตนเองในภาพรวม ซึ่งข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ใช้เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากการสังเกต และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 3.2 การสำรวจในระดับบุคคลและครัวเรือน โดยสำรวจสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่สมาชิกมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งให้นิยามกลุ่มนี้ว่า กลุ่มศึกษา (case) โดยกำหนดกลุ่มศึกษาเป็นสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมดของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และประวัติการฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่าง พ.ศ. 2546-2553 จากสมุดบันทึกสถิติการฆ่าตัวตายที่รวบรวมไว้ในฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ทำการศึกษ จำนวน 2 หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมด 11 ครัวเรือน นอกจากนั้น ยังเก็บข้อมูลประเภทเดียวกันในครัวเรือนใกล้เคียง ซึ่งเรียกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิง (control) กำหนดกลุ่มอ้างอิงตามลักษณะที่ตั้งของครัวเรือนโดยเลือก 2 ครัวเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกับครัวเรือนศึกษา ดังนั้นจึงได้ครัวเรือนทั้งหมด 22 ครัวเรือน ใช้หลักการเลือกบนพื้นฐานที่ว่า เป็นกลุ่มประชากรซึ่งเป็นที่มาของกลุ่มศึกษาเพื่อควบคุมปัจจัยประชากรให้มีความใกล้เคียงกัน การใช้วิธีเปรียบเทียบกลุ่มศึกษาและกลุ่มอ้างอิงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อตรวจสอบว่าปัจจัยใด เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาระหนี้สินและค่าใช้จ่ายในครัวเรือน คุณภาพชีวิต ค่านิยมและมุมมองต่อชุมชน เป็นต้น มีความแตกต่างกันในสองกลุ่มนี้ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเชิงบวก และเชิงลบที่มีผลต่อการตัดสินใจทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว

ในการเก็บข้อมูลทั้งสองส่วนนี้ นักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามชุด A สำหรับการสำรวจในระดับชุมชน ซึ่งเป็นการถามประชาชนในชุมชนถึงรายละเอียดส่วนบุคคล ความพึงพอใจต่อชุมชนของตน ค่านิยมของตนเองและมุมมองต่อค่านิยมของชุมชน โดยวัดค่านิยมในด้านต่างๆ คือ การให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม เรื่องชู้สาว ความเชื่อเกี่ยวกับชาติหน้า ความซื่อสัตย์ การโกหก และการนินทา และแบบสอบถามชุด B สำหรับการสำรวจในระดับบุคคลและครัวเรือน ซึ่งข้อมูลในส่วนแรกเป็นข้อถามเดียวกับชุด A แต่เพิ่มเติมข้อถามเรื่องเศรษฐกิจ จำนวนหนี้สินในครัวเรือน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี Visual Analogue Scale (VAS) และ EQ5D ซึ่งเป็น

การวัดอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน (rating) วิธีนี้จะให้ผู้ตอบให้คะแนนภาวะสุขภาพของตนเองในวัน ที่ตอบ โดยที่ VAS จะเป็นสเกลในแนวดิ่ง โดยที่ขอบบนจะมีคะแนน 100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพ ที่สมบูรณ์ และขอบล่างจะมีคะแนน 0 หมายถึง การเสียชีวิต คะแนนที่ได้จะสามารถประเมินได้ว่าผู้ตอบ มีภาวะสุขภาพอย่างไร และ EQ5D เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป ซึ่งไม่จำกัด อายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น คำถามประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวดและความไม่สบาย และความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยในแต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก คิดคะแนนโดยใช้สมการวัดอรรถประโยชน์ที่ทำการสำรวจในประเทศไทย คะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-1 โดยที่ 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด (ตารางที่ 2.1)

ทั้งนี้ แบบสอบถามพัฒนามาจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาชุมชนจากการสังเกตและสัมภาษณ์ชาวบ้านในชุมชน เมื่อ พัฒนาแบบสอบถามแล้วจึงนำไปทดสอบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเก็บข้อมูลจริงโดยมีนักวิจัยเป็นผู้ ถามคำถามและบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม (พิจารณาแบบสอบถามในภาคผนวก ก และ ข)

ประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะแบบสอบถามได้แก่ (1) ประชากรในชุมชนที่ศึกษา ทั้งสองแห่งที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี เป็นผู้ตอบแบบสอบถามชุด A (ตารางที่ 2.2 และ 2.3) (2) สมาชิกทุก คนในครอบครัวที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (case) เป็นผู้ตอบแบบสอบถามชุด B-Case (3) สมาชิกทุกคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านใกล้เคียงกับครอบครัวที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัว ตายสำเร็จ หรือกลุ่มอ้างอิง (control) เป็นผู้ตอบแบบสอบถามชุด B-Control

ตารางที่ 2.1 โครงสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามชุด A	แบบสอบถามชุด B
1) เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน 2) ความพึงพอใจต่อชุมชน 3) ค่านิยมของตนเองและมุมมองต่อค่านิยมของชุมชน	1) เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน 2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) รายรับ รายจ่าย (เศรษฐกิจ) 4) การกู้ยืม จำนวนหนี้สินครัวเรือน ณ ปัจจุบัน 5) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครัวเรือน 6) การประเมินคุณภาพชีวิต (EQ5D และ VAS) 7) ค่านิยมของตนเองและมุมมองต่อค่านิยมของชุมชน 8) ความพึงพอใจต่อชุมชน

ตารางที่ 2.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ 1

ช่วงอายุ	ชาย	25%	หญิง	25%	รวม	25%
15-24	66	16.5	56	14	122	30.5
25-34	60	15	64	16	124	31
35-44	84	21	87	21.75	171	42.75
45-54	69	17.25	77	19.25	146	36.5
55-69	48	12	19	4.75	67	16.75
รวม	327	81.75	303	75.75	630	157.5

ตารางที่ 2.3 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ 2

ช่วงอายุ	ชาย	25%	หญิง	25%	รวม	25%
15-24	29	7.25	24	6	53	13.25
25-34	22	5.5	25	6.25	47	11.75
35-44	44	11	33	8.25	77	19.25
45-54	37	9.25	29	7.25	66	16.5
55-69	26	6.5	25	6.25	51	12.75
รวม	158	39.5	136	34	294	73.5

ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลประชากรโดยใช้แบบสอบถามชุด A นั้น จะเก็บจากประชากรทุกคนที่เข้าเกณฑ์เรื่องอายุ และเพศ ตามที่โคเวตกำหนดไว้ซึ่งจะพิจารณาจาก ร้อยละ 25 ของคนทั้งหมดที่อยู่ในวัยนั้นๆ ทั้งนี้ ในหนึ่งครัวเรือนสามารถตอบได้มากกว่า 1 คน หากอยู่ในโคเวตา

ภาพที่ 2.3 แสดงรูปแบบการเก็บข้อมูลในภาพรวม โดยฝั่งซ้ายเป็นการเก็บข้อมูลในระดับชุมชน ซึ่งเก็บโดยใช้แบบสอบถามชุด A ส่วนฝั่งขวาเป็นการเก็บข้อมูลในระดับบุคคลและครัวเรือน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครัวเรือนอ้างอิงและครัวเรือนศึกษาโดยใช้แบบสอบถามชุด B ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้มานำมาวิเคราะห์โดย Binary Logistic และ Matched-pairs design เพื่อพิสูจน์สมมติฐานว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของกลุ่มครัวเรือนศึกษา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสอบถามประชาชนทั่วไปนั้นนำเสนอแบบสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อสะท้อนภาพของชุมชนโดยทั่วไปในเรื่องของค่านิยม และความพึงพอใจต่อชุมชน

4) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยในลักษณะ Retrospective study โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 3 ราย 2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย¹ จำนวน 5 ราย (3 case) 3) กลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ² จำนวน 13 ราย (8 case) โดยรวบรวมรายชื่อผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและประวัติการฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่าง พ.ศ. 2546-2553 จากสมุดบันทึกสถิติการฆ่าตัวตายที่รวบรวมไว้ในฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ทำการศึกษ จำนวน 2 หมู่บ้าน ซึ่งมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จจำนวน 11 รายในรอบ 7 ปี จากประชากรจำนวน 1,283 คน โดยมิขึ้นตอนการศึกษา ดังนี้

- 4.1 รวบรวมรายชื่อและรายละเอียดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากสมุดบันทึกสถิติการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลพื้นที่รับผิดชอบ
- 4.2 รวบรวมรายชื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่มีบันทึกไว้ในสมุดบันทึกสถิติการฆ่าตัวตาย แต่ทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากคำบอกเล่าของประชาชนในพื้นที่ศึกษา
- 4.3 กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - ปรึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายเกี่ยวกับสถานที่อยู่ที่มีความเป็นไปได้ในการสอบถามข้อมูลจากผู้พยายามฆ่าตัวตายจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ อสม.
 - เก็บข้อมูลกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและสอบถามผู้ใกล้ชิดที่สุดเพื่อตามไปสัมภาษณ์เชิงลึก

¹ บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามทำร้ายตนเอง หมายถึง บุคคลที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองคิดว่ามีความใกล้ชิดสนิทสนม พุดคุยปรึกษาปัญหามากที่สุด

² บุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง บุคคลที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จคิดว่ามีความใกล้ชิดสนิทสนม พุดคุยปรึกษาปัญหามากที่สุด

- เก็บข้อมูลบุคคลใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตายตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย

4.4 กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปรึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกี่ยวกับสถานที่อยู่จะสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และความเป็นไปได้ในการสอบถามข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ อสม.

- ไปยังบ้านของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จตามข้อมูลที่บันทึกไว้ในสมุดบันทึกสถิติการฆ่าตัวตาย และจากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ อสม.
- สอบถามบุคคลในบ้านถึงผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและบุคคลใกล้ชิดที่สุดที่ทราบเรื่องราวของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

4.5 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

	เกณฑ์การคัดเลือก	เกณฑ์การคัดออก	เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา
1. กลุ่มผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย	● เป็นผู้เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ● เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 18-65 ปี ● เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และยอมเปิดเผยเหตุการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น	● ไม่สามารถพูดคุยหรือตอบคำถามโครงการวิจัยได้ด้วยตนเอง ● ไม่ยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม	● เมื่อผู้ยินยอมตนไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยอีกต่อไป ไม่ว่าจะด้วยกรณีใดๆ ก็ตาม
2. บุคคลใกล้ชิดผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย	● เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ● เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และยอมเปิดเผยเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว		
3. บุคคลใกล้ชิดของผู้มีประวัติฆ่าตัวตายสำเร็จ	● เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตายสำเร็จ ● เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และยอมเปิดเผยเหตุการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคลในครอบครัว		

- 4.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นคำถามสำหรับ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มบุคคลในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (รายละเอียดในภาคผนวก ค)
- 4.7 การเตรียมตัวของพนักงานสัมภาษณ์ พนักงานสัมภาษณ์ซึ่งได้แก่ คณะผู้วิจัยจะต้องศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามคู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 รวมทั้ง พนักงานสัมภาษณ์จะต้องได้รับการอบรมขั้นตอนและวิธีการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ซึ่งการอบรมประกอบไปด้วย 1) ความต้องการทางด้านจิตใจและการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย 2) หลักการป้องกันและการให้ความช่วยเหลือ 3) รูปแบบการช่วยเหลือ 4) ปฏิบัติการของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย 5) แนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ใกล้ชิดกับผู้ฆ่าตัวตาย 6) เทคนิคและข้อควรระวังในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ
- 4.8 การเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้
- เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่เป็นผู้รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำผู้สัมภาษณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
 - ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการโดยย่อ รวมทั้งอธิบายเอกสารใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ พร้อมเซ็นชื่อกำกับใบยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์
 - ขออนุญาตบันทึกเทปในระหว่างการสนทนา หากในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่อนุญาต จะขออนุญาตการจดบันทึกข้อมูลแทน
 - ดำเนินการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน ในขณะที่สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่าง เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ดูแลงานสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นผู้รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จะเป็นผู้ดูแลในขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์อย่างใกล้ชิด
- 5) การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา 2) เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 3) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อศึกษา

บทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมทั้งข้อเสนอแนะ (พิจารณาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ในภาคผนวก ค)

- 6) **การสนทนากลุ่ม** การสนทนากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและทำความเข้าใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชน การสำรวจครัวเรือนและการสัมภาษณ์เชิงลึกในระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2553 ในบางประเด็น รวมทั้ง เพื่อศึกษาความคิดเห็นและทัศนคติของคนใน ชุมชนต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมาตรการที่ควรนำมาใช้แก้ไขปัญหา ภายในชุมชน โดยดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มประชาชนในพื้นที่ ศึกษา 2) กลุ่มผู้นำชุมชน และ 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีประเด็นที่ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) สภาพทั่วไปของชุมชน (ข้อมูลจากการสำรวจ ครัวเรือน) 2) การเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ 3) สภาพเศรษฐกิจใน ครัวเรือน 4) สุขภาพของคนในชุมชน 5) การฆ่าตัวตายของคนในชุมชนและสัญญาณอันตรายก่อน การฆ่าตัวตาย 6) มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน (พิจารณาแบบข้อมูลการสนทนา กลุ่ม ในภาคผนวก ง)

4. จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

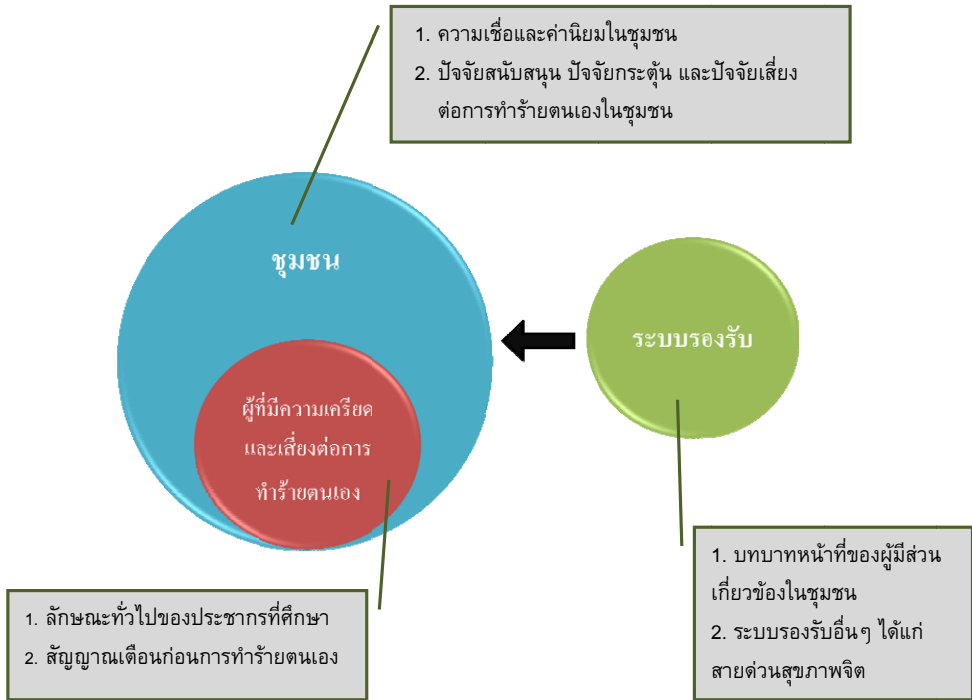
บทที่ 3

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถแบ่งออกได้ 3 ส่วน ได้แก่ ข้อค้นพบในระดับชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีต่อการฆ่าตัวตาย ข้อค้นพบในระดับบุคคล ในเรื่องมุมมองที่มีต่อการฆ่าตัวตาย และสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (ในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ) และระบบรองรับภายในชุมชนสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งข้อค้นพบทั้ง 3 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 3.1

1. **ข้อค้นพบในระดับชุมชนที่ศึกษา** เป็นการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของชุมชนและประชากรในชุมชนที่อาจมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในพื้นที่ศึกษา ข้อค้นพบในระดับชุมชนนี้ได้มาจากการศึกษาชุมชนโดยผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ที่เข้าไปอาศัยในพื้นที่ศึกษาเป็นเวลา 20 วัน ตั้งแต่วันที่ 11-30 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ข้อมูลจากการสำรวจประชากรและการสำรวจครัวเรือนที่มีสมาชิกพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้ง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในบางประเด็นที่สามารถอธิบายภาพรวมของชุมชนได้ โดยนำเสนอผลตามกรอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายที่ได้บทวนมาจากงานวิจัย
2. **ข้อค้นพบในระดับบุคคล** เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ โดยจะนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่พบจากการศึกษา
3. **ระบบรองรับภายในชุมชน** เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้มีบทบาทสำคัญในเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยจะนำเสนอผลการศึกษาตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

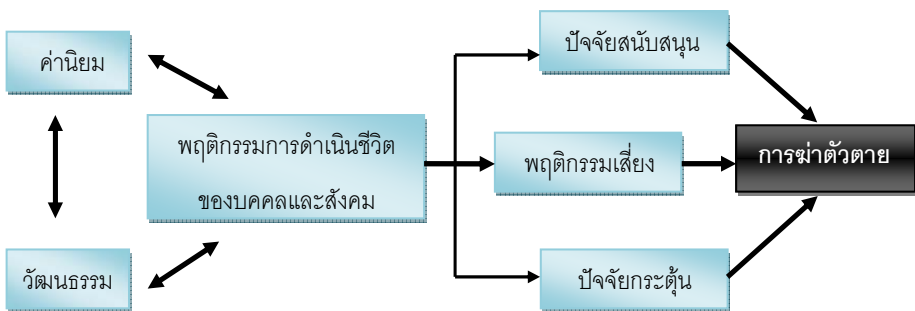
ภาพที่ 3.1 กรอบการนำเสนอผลการศึกษา



1. ข้อค้นพบระดับชุมชน

ข้อค้นพบในระดับชุมชนเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ทั้งการเข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษา พูดคุยและเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชนเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อค้นพบบางประการมาหาคำตอบด้วยการสนทนากลุ่มในบางประเด็นที่น่าสนใจ ข้อค้นพบในชุมชนจะนำเสนอตามกรอบการศึกษา ดังนี้ (ภาพที่ 3.2)

ภาพที่ 3.2 กรอบการศึกษา



ที่มา: กรอบการศึกษาลำดับเหตุการณ์การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และกรอบการศึกษา ค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคมที่ป้องกันการฆ่าตัวตายในภาคเหนือ (อภิชัย มงคล และคณะ, 2551)

ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาประเด็นที่เป็นตัวแทนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ตามภาพที่ 3.2 โดยคณะผู้วิจัยได้เลือกประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ ค่านิยม วัฒนธรรม และพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ ค่านิยมเรื่องวัตถุ ชู้สาว ซาดิหน้า ความซื่อสัตย์ การโกหก และการนิโทษ ในส่วนปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นนั้น ได้เลือกประเด็นเรื่อง หนี้สิน สุขภาพ ความพอใจต่อชุมชน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มาพิจารณา ในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

1.1 ความเชื่อและค่านิยมในชุมชนที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1.1.1 ค่านิยมการให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม จากการพูดคุยกับคนในชุมชนพบข้อมูล บางประการ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับวัตถุนิยมของประชาชนในพื้นที่ศึกษา เช่น เมื่อคณะ ผู้ศึกษาชุมชนได้พูดคุยหรือพบเจอกับคนในชุมชนในครั้งแรก คนในชุมชนจะให้ความสนใจในเรื่อง

หน้าที่การงาน รวมทั้ง เรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับทั้งที่เพิ่งพูดคุยกันครั้งแรก นอกจากนั้น การสังเกตพบว่าการหักทลายกันของคนในชุมชนส่วนใหญ่จะถามเรื่องเงินทอง เช่น วันนี้ทำงานได้เงินเท่าไร เป็นต้น

ข้อมูลที่ได้ข้างต้นทำให้ทีมวิจัยมีข้อสงสัยว่า ค่านิยมเช่นนี้ส่งผลอย่างไรต่อการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนหรือไม่ จึงคิดข้อคำถามในแบบสำรวจที่จะสามารถวัดเรื่องวัฒนธรรมกับคนในชุมชน โดยถามคำถามว่า *ครอบครัวที่มีความสุขตามความคิดของท่านคือครอบครัวแบบใด* ผลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามชุด A ที่สอบถามประชากรทั่วไป พบว่า ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) คิดว่าครอบครัวที่มีความสุขคือ การที่สมาชิกทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน มีเป็นส่วนน้อยเพียงร้อยละ 16.3 เท่านั้นที่ตอบว่า มีรถ มีบ้าน และสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน สำหรับการสอบถามด้วยแบบสอบถามชุด B สำหรับกลุ่ม case และ control พบว่า ครอบครัวกลุ่ม case คิดว่าครอบครัวที่มีความสุขคือ ครอบครัวที่สมาชิกทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกันร้อยละ 74.1 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่ม control ร้อยละ 70.5 (ตารางที่ 3.1 และ 3.2)

ในแบบสำรวจยังถามต่อว่า *ท่านคิดว่าคนในชุมชนของท่านจะอิจฉาท่านหรือไม่หากท่านซื้อรถใหม่* ซึ่งพบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.2) ตอบว่า “อิจฉา” ซึ่งอาจตีความได้ว่าพวกเขาได้ให้ความสนใจในวัฒนธรรมซึ่งในที่นี้คือ “รถยนต์” โดยแสดงออกผ่านความคิดเห็นที่มีต่อผู้อื่น

ตารางที่ 3.1 ค่านิยมเรื่องวัตถุในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป

ครอบครัวแบบใดที่ท่านคิดว่ามีความสุขมากกว่ากัน	จำนวน	ร้อยละ
มีรถ มีบ้าน และสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน	39	16.3
สมาชิกทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน	199	83.3
ไม่ตอบ	1	0.4
Total	239	100

ตารางที่ 3.2 คำนิยมเรื่องวัตถุเปรียบเทียบกับกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	ครอบครัวใดมีความสุข	จำนวน	ร้อยละ
case	มีบ้าน มีรถ และสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน	7	25.9
	ทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน	20	74.1
	Total	27	100
control	มีบ้าน มีรถ และสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน	18	29.5
	ทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน	43	70.5
	Total	61	100

1.1.2 คำนิยมเรื่องข้าวสุก จากการสังเกตและพูดคุยในเบื้องต้นพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่ คิดว่า การมีกิ๊ก³ ในชุมชนเป็นเรื่องปกติ โดยมองว่าในหมู่บ้านไหนๆ ก็มีเรื่องนี้กัน โดยเฉพาะหากเป็นผู้ชาย จะตอบว่าการมีกิ๊กเป็นเรื่องปกติ ใคร ๆ ก็ทำกัน เป็นค่านิยม เป็นเรื่องปกติของสังคม ชายคนในชุมชนกล่าวว่า “ใครๆ ก็ทำกันถ้าเราไปเข้าสังคมแล้วเราไม่มีสิแปลก” และเมื่อสำรวจค่านิยมในเรื่องนี้กับประชาชนในชุมชนพบว่า ร้อยละ 55.2 การมีกิ๊กเป็นปัญหาของชุมชน และร้อยละ 36.8 เห็นว่าเป็นเรื่องปกติ สำหรับครอบครัวกลุ่ม case และ control พบว่า ในครอบครัวกลุ่ม case ร้อยละ 48.1 คิดว่าการมีกิ๊กเป็นเรื่องปกติ และร้อยละ 44.1 เห็นว่าเป็นปัญหาของชุมชน ส่วนครอบครัวกลุ่ม control ร้อยละ 52.5 คิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน และร้อยละ 36.1 คิดว่าเป็นเรื่องปกติ (ตารางที่ 3.3 และ 3.4)

³ กิ๊กในความหมายของการศึกษานี้หมายถึง การที่หญิงหรือชายที่มีสามีหรือภรรยาอยู่แล้ว แต่ไปคบหากับบุคคลอื่นในลักษณะชู้สาว

ตารางที่ 3.3 คำนิยมเรื่องชั่วสาวในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป

คิดอย่างไรกับการมีกิ๊ก	จำนวน	ร้อยละ
เป็นเรื่องปกติ	88	36.8
เป็นปัญหาของชุมชน	132	55.2
ไม่ตอบ	19	7.9
Total	239	100

ตารางที่ 3.4 คำนิยมเรื่องชั่วสาวเปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	คิดอย่างไรกับการมีกิ๊ก	จำนวน	ร้อยละ
case	เป็นเรื่องปกติ	13	48.1
	เป็นปัญหาของชุมชน	12	44.4
	ไม่ตอบ	2	7.4
	Total	27	100
control	เป็นเรื่องปกติ	22	36.1
	เป็นปัญหาของชุมชน	32	52.5
	ไม่ตอบ	7	11.5
	Total	61	100

1.1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับชาติหน้า ข้อมูลจากการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่เชื่อว่า ตายแล้วเกิดใหม่จำนวนร้อยละ 59.8 ส่วนครอบครัวกลุ่ม case เชื่อว่า ตายแล้วเกิดใหม่ร้อยละ 48.1 และครอบครัวกลุ่ม control ร้อยละ 63.9 (ตารางที่ 3.5 และ 3.6)

ตารางที่ 3.5 ความเชื่อเรื่องการเกิดใหม่ในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป

ความเชื่อเรื่องการเกิดใหม่	จำนวน	ร้อยละ
ตายแล้วเกิดใหม่	143	59.8
ตายแล้วสิ้นสุดไม่เกิดใหม่	60	25.1
ไม่ตอบ	36	15.1
Total	239	100

ตารางที่ 3.6 ความเชื่อเรื่องเกิดใหม่เปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	ความเชื่อ	จำนวน	ร้อยละ
case	ตายแล้วเกิดใหม่	13	48.1
	ตายแล้วสิ้นสุด ไม่เกิดใหม่	8	29.6
	ไม่ตอบ	6	22.2
	Total	27	100
control	ตายแล้วเกิดใหม่	39	63.9
	ตายแล้วสิ้นสุด ไม่เกิดใหม่	12	19.7
	ไม่ตอบ	10	16.4
	Total	61	100

1.1.4 ความซื่อสัตย์ คนในชุมชนส่วนใหญ่คิดว่า หากพบเงิน 500 บาท ตกอยู่กลางถนนในชุมชน คนในชุมชนส่วนใหญ่จะเก็บไว้ใช้เอง ร้อยละ 76.6 และปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น ร้อยละ 5.4 และเมื่อเปลี่ยนจากเงิน 500 บาท เป็น 5,000 บาท ตกอยู่กลางถนนเช่นเดียวกัน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่จะเก็บเอาไว้ใช้เอง ร้อยละ 75.7 และปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น ร้อยละ 3.3 (ตารางที่ 3.7 และ 3.8)

ตารางที่ 3.7 ค่านิยมเรื่องความซื่อสัตย์ในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป (เงิน 500 บาท)

เงิน 500 บาทตกอยู่ คนในชุมชนจะทำเช่นไร	จำนวน	ร้อยละ
เก็บไว้ใช้เอง	183	76.6
ปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น	13	5.4
เลือกไม่ตอบ	43	18
Total	239	100

ตารางที่ 3.8 ค่านิยมเรื่องความซื่อสัตย์ในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป (เงิน 5,000 บาท)

เงิน 5,000 ตกอยู่ คนในชุมชนจะอย่างไร	จำนวน	ร้อยละ
เก็บไว้ใช้เอง	181	75.7
ปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น	8	3.3

เลือกไม่ตอบ	50	20.9
Total	239	100

1.1.5 การโกหก เรื่องการโกหกของคนในชุมชน พบว่า ประชาชนคิดว่าการโกหกพูดได้เมื่อจำเป็น ร้อยละ 56.5 และต้องไม่พูดโกหก ร้อยละ 43.1 และเมื่อสอบถามครอบครัวกลุ่ม case พบว่า ครอบครัวกลุ่ม case ส่วนใหญ่คิดว่าต้องไม่โกหก ร้อยละ 70.4 และโกหกพูดได้เมื่อจำเป็น ร้อยละ 29.6 ส่วนครอบครัวกลุ่ม control พบว่าต้องไม่พูดโกหก ร้อยละ 50.8 และโกหกพูดได้เมื่อจำเป็น ร้อยละ 49.2 (ตารางที่ 3.9 และ 3.10)

ตารางที่ 3.9 คำนิยมเรื่องการโกหกในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป

คิดอย่างไรกับการโกหก	จำนวน	ร้อยละ
พูดได้เมื่อจำเป็น	135	56.5
ต้องไม่พูดโกหก	103	43.1
เลือกไม่ตอบ	1	0.4
Total	239	100

ตารางที่ 3.10 คำนิยมเรื่องการโกหกเปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	คิดอย่างไรกับการโกหก	จำนวน	ร้อยละ
case	พูดได้เมื่อจำเป็น	8	29.6
	ต้องไม่พูดโกหก	19	70.4
	Total	27	100
control	พูดได้เมื่อจำเป็น	30	49.2
	ต้องไม่พูดโกหก	31	50.8
	Total	61	100

1.1.6 คำนิยมเกี่ยวกับการนินทากันในชุมชน เมื่อถามค่านิยมเกี่ยวกับการนินทากันในชุมชนพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่คิดว่าการนินทาอาจเป็นการทำร้ายผู้บริสุทธิ์ ร้อยละ 72 และเป็นการลงโทษผู้ทำไม่ดี ร้อยละ 18.4 สำหรับครอบครัวกลุ่ม case และ control พบว่า ครอบครัวกลุ่ม case ส่วนใหญ่คิดว่าการนินทาเป็นการทำร้ายผู้บริสุทธิ์ ร้อยละ 74.1 การโกหกเป็นการลงโทษผู้ทำไม่ดี ร้อยละ 14.8

ส่วนครอบครัวกลุ่ม control คิดว่าการนินทาเป็นการทำร้ายผู้บริสุทธิ์ร้อยละ 68.9 และการนินทาเป็นการลงโทษผู้ที่ทำไม่ดีร้อยละ 21.3 (ตารางที่ 3.11 และ 3.12)

ตารางที่ 3.11 คำนิยมเกี่ยวกับการนินทาในกลุ่มชาวบ้านทั่วไป

คิดอย่างไรกับการนินทา	จำนวน	ร้อยละ
ลงโทษผู้ที่ทำไม่ได้	44	18.4
อาจทำร้ายผู้บริสุทธิ์	172	72
เลือกไม่ตอบ	23	9.6
Total	239	100

ตารางที่ 3.12 คำนิยมเกี่ยวกับการนินทาเปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	คิดอย่างไรกับการนินทา	จำนวน	ร้อยละ
case	ลงโทษคนที่ทำไม่ดี	4	14.8
	อาจทำร้ายผู้บริสุทธิ์	20	74.1
	ไม่ตอบ	3	11.1
	Total	27	100
control	ลงโทษคนที่ทำไม่ดี	13	21.3
	อาจทำร้ายผู้บริสุทธิ์	42	68.9
	ไม่ตอบ	6	9.8
	Total	61	100

1.2 ปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้น

1.2.1 เศรษฐกิจชุมชน

- **การประกอบอาชีพ** ข้อมูลจากเอกสารพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ การทำการเกษตรและค้าขาย จากการสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะอาชีพภายในชุมชนว่า อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพหลักของคนในหมู่บ้าน ซึ่งการรับจ้างจะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การรับจ้างในภาคการเกษตร และการรับจ้างทั่วไป การรับจ้างในภาคการเกษตรส่วนใหญ่ จะมีนายทุนนอกพื้นที่มาลงทุนทำการเกษตรภายในชุมชน โดยให้คนในชุมชนเป็นผู้ดูแลและรับจ้างเก็บเกี่ยว ผลผลิต เช่น การเก็บพริก เก็บลำไย เป็นต้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง จะมีที่ดิน เฉพาะที่ปลูกอาศัยเท่านั้น เพราะได้ขายที่ดินให้กับนายทุนที่มาจากต่างจังหวัด ซึ่งได้แก่ กรุงเทพฯ และ เชียงใหม่ สำหรับการรับจ้างทั่วไปนั้น จะทำภายหลังจากว่างเว้นจากการรับจ้างทำการเกษตร อาชีพรับจ้าง ที่เป็นที่ยอมรับในหมู่บ้าน ได้แก่ รับจ้างเย็บผ้าซึ่งงานเย็บผ้าจะมีอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ว่าจ้างจะเป็นผู้จัดส่ง วัตถุดิบมาให้ถึงบ้าน

นอกจากอาชีพข้างต้นแล้ว ยังมีอาชีพค้าขายของเก่าที่ได้รับความนิยมในหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นอาชีพที่สามารถสร้างรายได้เป็นอย่างดี บางรายทำในลักษณะอาชีพเสริมจากการทำการเกษตร นอกจากนั้น ยังพบว่าคนในวัยหนุ่มสาวส่วนใหญ่จะเข้าไปทำงานในนิคมอุตสาหกรรมลำพูน โดยจะมีรถตู้ และรถรับส่ง รับตามจุดต่างๆ ในชุมชน

- **หนี้สินครัวเรือน** คนในชุมชนส่วนใหญ่มีหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น การกู้เงินเพื่อนำมาใช้หมุนเวียนในการประกอบอาชีพ เช่น การทำสวนลำไย การลงทุนในอาชีพรับซื้อของเก่า เป็นต้น แหล่งเงินกู้ในระบบของชาวบ้านส่วนใหญ่มาจากเงินกองทุนหมู่บ้าน หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า เงินล้าน และอีกแหล่ง คือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ สำหรับวิธีการขอกู้เงินกองทุนเงินล้านนั้น ถ้าผู้กู้ไม่มีผู้ ค้ำประกันก็สามารถใช้หลักทรัพย์สินค้ำประกันเพื่อขอกู้เงินได้ เช่น โฉนดที่ดินหรือทะเบียนรถ โดยจะมี กรรมการกองทุนฯ ของแต่ละหมู่บ้านคอยดูแล ทั้งการปล่อยเงินกู้ การนัดวันชำระเงินกู้ การติดตามการชำระ เงินกู้ การขอกู้ในหมู่ที่ 12 ไม่มีปัญหาสามารถเฉลี่ยให้คนในชุมชนที่ต้องการกู้เงินได้รับเงินกู้ทุกคน เพราะ คนในชุมชนมีจำนวนน้อย เงินกู้จึงพอต่อความต้องการกู้ของคนในชุมชน (ปี พ.ศ. 2553 เงินกองทุนได้ เพิ่มขึ้นจาก 1.1 ล้านบาท เป็น 1.3 ล้านบาท) แต่ในหมู่ที่ 2 มีจำนวนประชากรมากกว่าหมู่ที่ 12 ทำให้ไม่สามารถเฉลี่ยเงินให้ได้รับทุกคน กรรมการกองทุนฯของหมู่ที่ 2 จึงต้องมีการเขียนชื่อผู้ที่ต้องการกู้ทุกคน แล้วจับฉลากเลือกรายชื่อผู้ที่ได้เงินกู้ขึ้นมาเพื่อความยุติธรรม

สำหรับเงินกู้ยืมในระบบจะเป็นการยืมแบบรายวัน ซึ่งดอกเบี้ยก็จะเป็นแบบรายวันด้วยเช่นเดียวกัน การกู้ยืมจะกู้ยืมจากบุคคลใกล้ชิดมากกว่าไปกู้ยืมเงินจากบุคคลอื่น ซึ่งลักษณะการกู้เงินจะมีลักษณะที่เรียกว่า “หนี้ต่อหนี้” คือการกู้เพื่อไปคืนหนี้เดิมที่ได้ยืมไว้ พระผู้ใหญ่ท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความคิดเห็นของคนในชุมชนที่มีต่อการกู้หนี้ยืมสินว่า “สมัยนี้คนไม่มีหนี้ถือว่าเป็นคนโง่”

ปัญหาที่เกิดจากมีหนี้สินของคนในชุมชน พบว่า การเป็นหนี้ทำให้คนในชุมชนมีภาวะเครียดกันมาก เพราะมีหลายรายเมื่อกู้เงินไปลงทุนในการทำสวนลำไยแล้วไม่ได้ผลผลิตตามต้องการ เกิดการขาดทุนก็ไม่สามารถหาเงินมาจ่ายคืนกองทุนฯ ได้ จึงต้องไปหาแหล่งทุนข้างนอก เพื่อกู้เงินมาจ่ายคืนกองทุนฯ ซึ่งดอกเบี้ยจากแหล่งทุนข้างนอกก็จะสูงกว่ากองทุนฯ อยู่แล้ว ทำให้ต้องรับภาระหาเงินมาจ่ายดอกเบี้ยที่เพิ่มขึ้น สำหรับรายที่ไม่มีเงินจ่ายคืนกองทุนฯ และไม่สามารถหาแหล่งเงินกู้ได้ คณะกรรมการกองทุนฯ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบหาแหล่งเงินทุนข้างนอกให้ผู้กู้ได้กู้เงินเพื่อมาจ่ายคืนกองทุนฯ ด้วย ทำให้คณะกรรมการกองทุนฯ เองก็มีภาวะความเครียดที่จะต้องคอยจัดการหาแหล่งเงินทุนข้างนอกให้ผู้กู้ และจะต้องคอยติดตามการชำระหนี้ของคนในชุมชนด้วย สำหรับมุมมองเรื่องการมีหนี้ของคนในชุมชน พบว่า คนในชุมชนเห็นว่าการมีหนี้ไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะถ้ามีเงินมาให้กู้ ใคร ๆ ก็จะไปกู้กันเป็นเรื่องธรรมดา และเงินกู้นี้แหละก็จะมีดอกเบี้ยต่ำกว่าไปกู้จากแหล่งทุนด้านนอกชุมชนด้วย

ข้อมูลจากการสำรวจครอบครัวกลุ่ม case และกลุ่ม control พบว่า ครอบครัวกลุ่ม case มีจำนวนผู้มีหนี้สินร้อยละ 25.9 ส่วนครอบครัวกลุ่ม control มีจำนวนร้อยละ 21.3 (ตารางที่ 3.13) ส่วนจำนวนเงินที่เป็นหนี้พบว่า คราวเรือนกลุ่ม case มีค่าเฉลี่ยที่ 55,100 บาท และครัวเรือนกลุ่ม control มีค่าเฉลี่ยที่ 42,400 บาท

ตารางที่ 3.13 ภาวะหนี้สินเปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	การมีหนี้สิน	จำนวน	ร้อยละ
case	ไม่มี	20	74.1
	มี	7	25.9
	Total	27	100
control	ไม่มี	48	78.7
	มี	13	21.3
	Total	61	100

1.2.2 สุขภาพของคนในชุมชน

- **สุขภาพทั่วไป ความเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย** ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของ รพ.ป่าซาง พบว่าโรคที่ต้องเฝ้าระวังในชุมชน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคทางผิวหนัง โดยผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราส่วนประชากรและภูมิประเทศเอื้อต่อการเกิดโรค

- **ภาวะความเครียด** จากการสอบถามข้อมูลจากประชาชนในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ชาวบ้าน มีความเครียดมาจากเรื่องของเศรษฐกิจ เนื่องจากการแข่งขันสูงในเรื่องเงินและวัตถุดิบของ และความเครียดเรื่องการติดหนี้สิน นอกจากนั้น จากการพูดคุยกับพระผู้ใหญ่ในชุมชนได้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเครียดที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายของคนในชุมชนว่า ส่วนใหญ่จะเกิดความเครียดจากการโดนทวงหนี้ จึงต้องดื่มเหล้าเพื่อเป็นการแก้เครียด แต่การดื่มเหล้ากลับส่งผลให้ขาดสติในการยั้งคิด และท่านยังได้เล่าถึง กรณีตัวอย่างการฆ่าตัวตายของคนในหมู่บ้านรายหนึ่งว่า เป็นผู้ติดสุราและยาเสพติด วันหนึ่งได้ทะเลาะกับ ภรรยา จนกระทั่งภรรยาได้พาลูกออกไปจากบ้านทิ้งให้ตนเองต้องอยู่บ้านคนเดียว ทำให้ผู้ตายคิดมากและ เครียดจึงฆ่าตัวตาย แต่ในมุมมองของชาวบ้าน พวกเขาคิดว่าผู้ตายได้ไปปลงหลุมเจ้าที่ในที่ทำงานทำให้ผู้ตาย ต้องเสียชีวิต และอีกกรณีหนึ่ง เป็นการคิดฆ่าตัวตายของพระรูปหนึ่งที่คิดฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ เนื่องจากเกิดความเครียดจากการถูกตักเตือนเรื่องความผิดพลาดในการทำงาน

- **ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน** จากการวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม EQ5D พบว่า ครอบครักรวกลุ่ม case มีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.39-1 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.76 และครอบครักรว control มีคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.38-1 โดยมีค่าเฉลี่ย 0.73 และคะแนนคุณภาพเมื่อวัดด้วย VAS พบว่า ครอบครักรวกลุ่ม case ให้คะแนนสุขภาพตนเอง 50-100 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.19 และ ครอบครักรวกลุ่ม control ให้คะแนนสุขภาพตนเอง 50-100 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.39 (ตารางที่ 3.14)

ตารางที่ 3.14 ผลการวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม EQ5D เปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	วิธีวัด	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
case	EQ5D	27	0.39	1	0.76	0.20
	คะแนนสุขภาพในวันนี้	27	50	100	87.19	13.14
control	EQ5D	61	0.38	1	0.73	0.19
	คะแนนสุขภาพในวันนี้	61	20	100	80.39	18.77

1.2.3 ความพึงพอใจต่อชุมชนของตนเองและสิ่งที่คนในชุมชนมองว่าเป็นปัญหาสำคัญ

จากการศึกษาชุมชนโดยการสังเกตพบว่า ผู้ที่มีภาวะเครียดและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น มักเป็นคนที่ไม่รวมกิจกรรมหรือเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งกิจกรรมหรือกลุ่มเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยเชิงบวกที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ นักวิจัยจึงให้ความสนใจกับปัจจัยเรื่องความพึงพอใจต่อชุมชนว่าอาจมีผลต่อการฆ่าตัวตาย จากการสำรวจครัวเรือน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจต่อชุมชนของตนเอง โดยให้ระดับความพึงพอใจที่ 10 คะแนน อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ทางสถิติไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายและชาวบ้านทั่วไป

ทั้งนี้ เหตุผลความพึงพอใจของคนในชุมชนจากการสอบถามเพิ่มเติมในขณะทำแบบสอบถามพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เป็นบ้านเกิด เกิดและเติบโตที่นี่ อยู่แล้วมีความสุข ไม่ได้มีปัญหาหรือเรื่องเดือดร้อนอะไร คนในชุมชนมีความสามัคคีกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ให้คะแนนสูงบางรายก็ยังกล่าวถึงเหตุผลความไม่น่าอยู่ของชุมชนด้วย เช่น ห้างไกลความเจริญ ชุมชนเงียบเกินไป อาชีพของชาวบ้านไม่มั่นคง การพัฒนาล่าช้า กลิ่นเหม็นจากฟาร์ม ปัญหาการเผาขยะของบ้านที่รับซื้อของเก่าทำให้เป็นปัญหามลภาวะทางอากาศ แต่ก็ยังไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหาร้ายแรงมากนัก เพราะถ้าดูโดยรวมแล้วชุมชนนี้ก็ยังเป็นชุมชนที่น่าอยู่สำหรับพวกเขา

สำหรับคนที่ให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนน้อย ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าคนในชุมชนมีความขัดแย้ง แบ่งพรรคแบ่งพวก เช่น ในช่วงเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านจะเห็นถึงความแตกแยกภายในชุมชนได้อย่างชัดเจน และเวลาหมู่บ้านมีกิจกรรมก็จะมีกลุ่มคนที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น นอกจากนั้น มีคนกล่าวถึงปัญหาทะเลาะวิวาทของคนเมา ปัญหาวัยรุ่นนั่วสุ่ม ปัญหาเด็กของคนในชุมชน ปัญหาการไม่มีหลอดไฟตามถนนในหมู่บ้าน หมู่บ้านยังไม่มีการพัฒนาอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในวัยรุ่นจะให้เหตุผลความไม่น่าอยู่ว่าชุมชนเงียบและตั้งอยู่ห่างไกลตัวเมืองมากเกินไป เดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวก น่าจะมีร้านสะดวกซื้อ (7-Eleven) ตู้เอทีเอ็มตั้งอยู่ภายในหมู่บ้าน และอยู่ที่หมู่บ้านนั้นนานๆ ไปก็เบื่อหน่าย

1.2.4 พฤติกรรมการบริโภค และร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

- **พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** ข้อมูลจากการสังเกตและพูดคุยกับคนในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นการดื่มในช่วงเวลาที่มีเทศกาลหรือกิจกรรมสำคัญที่จัดขึ้นภายในชุมชน เช่น งานบุญ งานเลี้ยงต้อนรับผู้ใหญ่บ้านคนใหม่ ซึ่งจะมีการเลี้ยงเหล้าให้กับผู้ร่วมงาน อย่างไรก็ตาม มีการรณรงค์ลดเหล้าภายในชุมชนหมู่ที่ 2 ได้แก่ งานศพปลอดเหล้า ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ให้การยอมรับ เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องสิ้นเปลือง จะมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่ยังต้องการให้มีการเลี้ยง

เหล้าในงานศพ แต่ก็ไม่ได้เรียกร้องจนเกิดความขัดแย้ง อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีการเลี้ยงตอบแทนให้กับพวกผู้มาช่วยงานหรือหัวเรี่ยวหัวแรงในการจัดงานและสัปเหร่อเท่านั้น

จากการสำรวจข้อมูลระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวกลุ่ม case และ control พบว่า ครอบครัว case ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 51.9) และครอบครัว control ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน (ร้อยละ 65.6) ดังตารางที่ 3.15

ตารางที่ 3.15 ระดับการดื่มแอลกอฮอล์เปรียบเทียบกลุ่ม case และ control

กลุ่ม	ระดับการดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
case	ไม่ดื่ม (abstainer)	14	51.9
	ดื่มบ้าง (responsible)	11	40.7
	ดื่มอย่างอันตรายมาก (hazardous)	2	7.4
	Total	27	100
control	ไม่ดื่ม (abstainer)	40	65.6
	ดื่มบ้าง (responsible)	16	26.2
	ดื่มอย่างอันตราย (harmful)	3	4.9
	ดื่มอย่างอันตรายมาก (hazardous)	2	3.3
	Total	61	100

- **ร้านเหล้าภายในชุมชน** ร้านขายเหล้าในชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นร้านขายของชำที่มีเหล้าขายรวมอยู่ด้วย โดยคนที่มาดื่มเหล้าที่ร้านมีทั้งคนในหมู่บ้านและคนต่างถิ่นที่ได้ขับรถสัญจรผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมดื่มเหล้าขาว (35 ดีกรี) ซึ่งขายเป็นแก้วที่เรียกว่า แก้วตอง ราคาถูกไม่เกินราคา 10 บาทต่อแก้ว จากการสังเกตในช่วงเย็นจะมีลูกค้านิยมเข้ามาดื่มเหล้าที่ร้านเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่กลับมาจากการทำงานและแวะเข้ามาดื่มเหล้า โดยในร้านมักจะเตรียมกับแกล้มไว้บริการฟรีให้แก่ลูกค้าที่มาอุดหนุน

1.2.5 สิ่งยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางจิตใจ

- **การเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา** จากการสัมภาษณ์พระผู้ใหญ่ในชุมชนถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของคนในชุมชน พบว่า การเข้าวัดของคนหนุ่มสาวในชุมชนปัจจุบันลดลงจากเมื่อก่อน เพราะต้องทำงานหนักมากขึ้น จึงส่งผลทำให้ไม่ค่อยอยู่บ้าน และไม่ค่อยมีเวลา ถึงแม้ว่าไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านก็ยังต้องหาของมาขายที่บ้านแทน

- **ความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์** ในเรื่องของการทรงเจ้า การไปปรึกษาหมอดู หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเป่าของคนในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรค ซึ่งคนในชุมชนส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถรักษาโรคให้หายได้ โรคที่นิยมมารักษา ได้แก่ โรคงูสวัด โรคตาแดง เป็นต้น นอกจากมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคแล้ว ประชาชนส่วนใหญ่ยังไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องฤกษ์ยามต่างๆ การหาสาเหตุการเจ็บป่วย หรือการหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การหาของหาย นอกจากนั้น ยังมีเรื่องการขอให้ช่วยเรื่องการค้าขายให้เจริญรุ่งเรือง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่นิยมปรึกษาปัญหาจากร่างทรงภายในชุมชนเดียวกัน เนื่องจาก ไม่ต้องการเปิดเผยความลับของคนในครอบครัวให้คนในหมู่บ้านเดียวกันฟัง มีเพียงบางเรื่องเท่านั้น เช่น การหาฤกษ์ยามในการประกอบพิธีต่างๆ และการบัตเป่ารักษา เป็นต้น ที่ชาวบ้านสามารถนำเรื่องไปปรึกษาร่างทรงในชุมชนเดียวกันได้

ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า มีผู้เคยไปดูดวงสะเดาะเคราะห์ ร้อยละ 57 ส่วนข้อมูลครัวเรือนกลุ่ม case และ control พบว่า มีครัวเรือนกลุ่ม case ที่เคยไปดูดวงร้อยละ 48 ครัวเรือนกลุ่ม control มีร้อยละ 59

1.2.6 มุมมองของคนในชุมชนต่อการฆ่าตัวตาย

มุมมองต่อผู้ฆ่าตัวตาย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตาย บุคคลใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อผู้ฆ่าตัวตายพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อทราบข่าวการฆ่าตัวตายของคนใกล้ชิดจะรู้สึก ตกใจ เสียใจ สลดใจ หดหู่ เมื่อเวลาผ่านไปจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่ดี เป็นบาป ไม่น่าคิดสิ้นเช่นนั้น และภายหลังจะยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยคิดว่า เป็นเวรกรรม บุคคลนั้นคงถึงฆาตจริงๆ และถ้าไม่ยอมมีชีวิตอยู่ก็ปล่อยไป ซึ่งความคิดเช่นนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนไม่คิดว่าต้องให้การช่วยเหลือผู้ฆ่าตัวตาย

สำหรับคนในชุมชน จากการสนทนากลุ่มพบว่า คนในชุมชนมองปัญหาการฆ่าตัวตายว่าเกี่ยวข้องกับปัญหาครอบครัว ซึ่งเป็นการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ การมีหนี้สิน รายได้ไม่มั่นคง และไม่เชื่อมโยงการฆ่าตัวตายกับโรคทางจิตเวช โดยมีความคิดที่ว่า **“ผีบ้าไม่ฆ่าตัวตาย”** และไม่คิดว่าผู้ที่มีปัญหาข้างต้นควรเข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษาและรักษา รวมทั้งคนในชุมชนไม่ได้ตระหนักที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายในชุมชน เพราะคิดว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องส่วนตัว คนนอกไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง จึงไม่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

นอกจากนั้น จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ยาก เพราะเป็นปัญหาส่วนบุคคลที่ซับซ้อน และเหตุการณ์มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ยากที่จะเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้น **“อยู่ดี ๆ เราารู้เขาก็ตายไปเสียแล้ว อย่างหนึ่ง ไปสมัครงาน สัมภาษณ์ ได้งานเรียบร้อยแล้ว เขาจะให้ไปทำงานวันนั้นวันนี้ แต่เรารู้สึกท้อก็เสียชีวิตแล้ว คือ รู้จากสมุดบันทึกที่เก็บบันทึกไว้ ว่าเหตุการณ์มันมีอะไรบ้าง”**

สำหรับความคิดเห็นที่มีต่อผู้ฆ่าตัวตายจากการสนทนากลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่มีทั้งมุมมองในเชิงบวกและเชิงลบ ในกรณีผู้ที่มีมุมมองต่อผู้ฆ่าตัวตายในเชิงลบ จะให้เหตุผลโดยเปรียบเทียบกับตนเองว่า หากเป็นตนเองคงไม่คิดที่จะฆ่าตัวตาย **“ถ้าเป็นเราคงไม่คิดฆ่าตัวตาย กว่าจะเกิดมาได้มันยาก”** หรือ **“แม้คิดว่า เสียด้วยชีวิตของเขา ทำไมเขาคิดทำร้ายตัวเอง ทำไมไม่ไปแนะนำคนที่อยู่ข้าง ๆ คนที่สนิท ไปพูดกับเขาสักเล็กน้อยก็จะรู้สึกดีขึ้น จากที่มันเป็นปัญหาใหญ่ ๆ มันก็จะเลือนหายไปสักหน่อย ๆ จะเหลือเท่าไรก็แล้วแต่ แต่มันก็จะดีขึ้น อยู่ทุกวันนี้เราต้องมีเพื่อนใช้หรือเปล่า ถ้าเราไม่มีเพื่อนเราคงอยู่คนเดียวไม่ได้ เพราะว่าเราคับข้องใจ เวลาเรามีปัญหาเราก็มองไปเล่าให้เพื่อนฟังทีละหน่อย ๆ เพื่อนจะได้ช่วยเราไม่น้อยก็มาก เราลองถามมองดูแล้วว่า คนที่เขาฆ่าตัวตาย เขาไม่ค่อยเข้าหาเพื่อนฝูง เวลาเพื่อนมีการมีงานอะไรก็ไม่เข้าหาเพื่อน เวลาตัวเองมีเรื่อง มีปัญหาอะไรเข้ามาก็เลยคับข้องใจ คิดที่จะฆ่าตัวตายอย่างเดียว”** บางรายคิดว่าผู้ฆ่าตัวตายเป็นคนโง่ และไม่ควรที่จะคิดเช่นนั้น **“แม้คิดว่ามันเป็นความคิดที่โง่” “เห็นแก่ตัว ไม่หนักแน่น หนีปัญหาไปคนเดียวแล้วก็ทิ้งปัญหาไว้ให้คนอื่นหลังต้องรับผิดชอบแทน เอาตัวรอด” “คิดว่าเขาคิดแบบโง่ ๆ ถ้าเป็นแม่ ถ้าเป็นน้องอย่างนั้น หนักใจ คิดอะไรไม่ได้ จะหนีไปสุดขอบฟ้าเลย แต่จะไม่ฆ่าตัวตาย” “คนไม่รักตัวเองนี่เป็นคนโง่”**

สำหรับผู้มีมุมมองในเชิงบวกต่อผู้ฆ่าตัวตาย มักจะเห็นใจและคิดว่าผู้หาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย คงหาทางออกไม่ได้ จึงคิดสั้นเช่นนั้น “คงสุด ๆ ของเขาแล้ว จะคิดว่ายังไงคงไม่ได้ บางทีมันก็ไม่มีทางออกจริง ๆ อย่างวันหนึ่ง มีปัญหาเรื่องนั้นเข้ามา เรื่องนี้เข้ามา บางทีก็คิดนะว่าเป็นเพราะอย่างนี้คนเขาถึงคิดฆ่าตัวตายกัน แต่เราแค่คิดแค่ตรงนี้ไง เงินก็ไม่มี เดี่ยวลูกโทรมาบอกว่าจะขอเงินจะไปหาให้ได้ที่ไหน ไปขอยืมใครก็ไม่ยืมให้ยืม อีกสักพักเดี๋ยวก็มีปัญหานี้เข้ามาอีก ปัญหาหลาย ๆ อย่างเข้ามาพร้อม ๆ กัน แล้วมันไม่มีทางแก้ไข มันอาจจะขาดสติได้ก็คิดจะฆ่าตัวตาย เพื่อหนีปัญหา ถ้ามองว่าโง่ไหม ถ้าเรามีสติก็คิดว่าการกระทำนี้โง่ ถ้ามันเจอจริง ๆ เราไม่ได้เจอด้วยตัวเองไงว่าปัญหาของใครของมันหนักหนาแค่ไหน แต่บางวันก็ยังคิดนะว่า ถ้าที่เจอปัญหามา สมควรละที่เขาคิดฆ่าตัวตายกัน ที่ไม่ได้คิดจะทำนะ แต่มีความคิดว่าเพราะมันมีปัญหาอย่างนี้เอง คนเขาถึงคิดฆ่าตัวตายกัน เหมือนว่าเราไม่มีทางออก ต้องลองพัก ลองค่อย ๆ คิดไป เดี่ยวมันก็มีทางออก” “ไม่มีทางออกอื่น แม้ว่าเราไม่มีทางออกอื่น”

เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย “มันก็ครอบครัวนั่นแหละ มันก็น่าจะเป็นอย่างนั้น เพราะคนที่ใกล้ชิดที่สุดก็คือ ครอบครัว คนในครอบครัวน่าจะรู้ดีที่สุด” “ไม่ดูแลกัน เราก็ค้นนอกครอบครัว ถ้าครอบครัวเขามาพูดกับเรามันก็ดีไป แต่ถ้าเขาไม่มาพูดกับเรา เราก้ไม่กล้าเข้าไปก้าวก่ายเรื่องในครอบครัวของเขา” “บางทีเราแนะนำเขาแล้ว แต่เขาไม่เข้าใจหาว่าเราอวดดี เขาไม่เข้าใจเรา” “เวลาเขามีปัญหาเขาไม่เคยมาปรึกษาบ่นว่าปัญหาของเขาเป็นอย่างไร จะให้เราเข้าไปแนะนำว่าควรทำอย่างไรนั้นไม่ได้ เราไม่กล้า แต่ถ้าเขาเล่าให้เราฟังเราก้สามารถพูด แนะนำเขาได้ แต่ถ้าเขาไม่เคยมาปรึกษาพูดเราจะไปแนะนำอะไรเขาไม่ได้” “อย่างนั้นเราจะกลายเป็นคนไม่ดีไปเสีย เหมือนเราเป็นคนไปหาเรื่อง” “ถ้าเราไปเสนออย่างนั้นมันก็เหมือนว่าเราไปก้าวก่ายเรื่องส่วนตัวของเขา เหมือนเราไปเสนอตัวช่วยก่อนไม่ได้”

2. ข้อค้นพบในระดับบุคคล (ผู้มีประวัติการฆ่าตัวตาย)

2.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

กลุ่มอายุของผู้ฆ่าตัวตายที่พบจากการศึกษานี้มีอายุในวัยหนุ่มสาว (อายุระหว่าง 20-35 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-65 ปี) โดยอยู่ในวัยสูงอายุ จำนวน 5 คน และวัยหนุ่มสาว จำนวน 6 คน เป็นเพศชาย จำนวน 8 คน เพศหญิง จำนวน 3 คน วิธีการฆ่าตัวตายที่พบจากการศึกษานี้มี 2 วิธี ได้แก่ กินสารฆ่าแมลง จำนวน 7 คน และแขวนคอ จำนวน 4 คน เมื่อศึกษาประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่า จำนวน 4 ใน 11 ราย เคยฆ่าตัวตายซ้ำ และในจำนวนนี้เคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 2 คน และพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 8 ใน 11 คน ตีตราก่อนตัดสินใจฆ่าตัวตาย และมีจำนวน 3 คน ที่อยู่ในขั้นติดเหล้า

วิธีการจัดการความเครียดของคนในชุมชนเมื่อพบกับปัญหา จากการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มประชาชนในชุมชนพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาความเครียดจะเลือกใช้วิธีการปรึกษาคนที่ตนเองไว้ใจ เช่น เพื่อนหรือญาติที่สนิท เป็นต้น ส่วนเพศชายจะเลือกวิธีการเก็บงำและตีตราเพื่อระบายความเครียด ซึ่งคนในชุมชนเชื่อว่าทำให้ขาดสติ ส่งผลให้ตัดสินใจฆ่าตัวตาย

2.2 สาเหตุการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดของผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า มีสาเหตุที่ซับซ้อน ไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียว แต่เกิดจากทั้งสาเหตุส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม นอกจากนั้น พบว่าบางรายมีปัญหาซับซ้อนในตัวบุคคล เช่น มีลักษณะใจน้อย มีปัญหาไม่ปรึกษาผู้ใด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักมีปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวของตนเอง เช่น การหย่าร้างของพ่อแม่ หย่าร้าง/แยกทางกับภรรยา มีปัญหากับคนในครอบครัว ลูกหลานไม่สนใจอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ออกจากบ้านไปทำงานในเมือง เป็นต้น นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ฆ่าตัวตายกับคนในชุมชนพบว่า บางรายถูกรังเกียจจากชุมชน เนื่องจากตนติดเชื้อ HIV เคยถูกจำคุก ฆ่าคนตาย หรือลักขโมย

เช่น กรณีของชายอายุ 65 ปี ฆ่าตัวตายโดยการกินสารฆ่าแมลง รายนี้มีปัญหาทั้งจากตนเองที่ติดเชื้อ HIV ติดเหล้า มีลักษณะนิสัยขี้ใจน้อย คิดว่าลูกหลานไม่ให้ความสนใจ ประกอบกับไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เนื่องจาก มีนิสัยเล็กน้อยน้อย และเคยติดคุกเนื่องจากฆ่าผู้อื่น รายนี้หลานสะใภ้ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุดเล่าให้ฟังว่า “*ลุงน้อยใจเรื่องลูกหลานไม่สนใจ ติดเหล้า....แถมเป็นคนชอบลักเล็กขโมยน้อยของของชาวบ้าน เคยไปขโมยไก่ของชาวบ้านจนเขามาตามเอถึงบ้าน....ก็คิดว่าปัญหาแก้ก็คงหลาย*

อย่าง แกเป็นเอดส์ด้วย เมื่อตอนหนุ่มแกชอบเที่ยว คนที่นี้ก็เลยไม่ค่อยชอบแกใจ แกขี่เมา ชีชีโมย เคยติดคุกเพราะฆ่าคนตาย เคยมีคนจ้างแกให้ไปฆ่าคน"

หรือกรณีของหญิงอายุ 20 ปี ฆ่าตัวตายโดยการแขวนคอ ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากสมุดบันทึกประจำวัน ที่ผู้เสียชีวิตได้บันทึกไว้ก่อนเสียชีวิต ซึ่งทำให้ทราบว่ารายนี้มีปัญหาส่วนบุคคลที่ซับซ้อนไม่ได้เกิดขึ้นเพียงสาเหตุเดียว ทั้งปัญหาความผิดปกติของอารมณ์เนื่องจากประสบการณ์อุบัติเหตุ มีการพูดในลักษณะประชดประชันในสมุดบันทึกประจำวันว่า **"ต้องทนอยู่กับขาสวยงามอันเป็นที่รักของฉัน"** ลักษณะส่วนตัวที่มีนิสัยติดเพื่อนโดยใช้เงินค่าโทรศัพท์เดือนละประมาณ 600 บาท ในการส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือไปหาเพื่อน **"ข้อดีของการไม่มีโทรศัพท์ก็คือ ไม่ต้องเสียตังค์เดือนละ 600 บาทด้วย (มากกว่า)"** นอกจากนั้น ยังเป็นคนที่เหงาไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ โดยมีคำพูดหนึ่งที่ปรากฏในไดอารี่ คือ **"เหงาจัง ไม่ได้ไปหาใคร และไม่มีใครมาหา"** ในรายนี้นอกจากจะมีปัญหาส่วนบุคคลที่ซับซ้อนแล้วยังมีปัญหาอื่นๆ รวมด้วย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ไม่ได้ศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย เช่นเดียวกับเพื่อน

หมายเหตุ : จากการวิเคราะห์ข้อมูลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระบุว่ารายนี้มีอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

2.3 สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในขณะมีปัญหา

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายเมื่อมีปัญหาจะหาทางออกโดยการปรึกษาเพื่อนสนิท บางรายเก็บงำปัญหาไว้เพียงคนเดียว อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น หมอดู พระสงฆ์ พ่อหลวง เจ้าทรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาจะไม่ปรึกษานักคอลลดงกล่าว ยกเว้นกรณีของผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำรายหนึ่ง ซึ่งมีปัญหากับสามีมาเป็นระยะเวลานานประมาณ 5-6 ปี พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากความคิดชั่ววูบ เพียงต้องการประชด จึงกินยาฆ่าแมลงที่มีอยู่ในบ้านต่อหน้าสามี รายนี้เมื่อมีปัญหากับสามีจะไปปรึกษาหมอดู โดยให้เหตุผลว่าไปแล้วรู้สึกสบายใจมากขึ้น **"กับแฟนทะเลาะกันมานานแล้วประมาณ 5-6 ปี เคยไปหาหมอดูตอนทะเลาะกันกับแฟน ไปแล้วตอนนั้นรู้สึกสบายใจ เพราะหมอดูบอกว่า เป็นคู่แท้กัน เลยสบายใจ"**

2.4 สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

- 1) การส่งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 3.16) จากการศึกษาศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 9 ใน 11 ราย มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และมีจำนวน 2 ราย ที่มีสัญญาณเตือนที่ชัดเจนในลักษณะบอกบุคคลรอบ

ข้างอย่างชัดเจน ว่าต้องการที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นบางรายมีการแสดงสัญญาณเตือนมากกว่า 1 รูปแบบ ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของสัญญาณเตือนได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

- **วignภาษาทางตรง** เป็นการแสดงออกด้วยคำพูดที่ชัดเจนว่าต้องการตาย หรือไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ การศึกษานี้พบจำนวน 3 ราย ที่มีการสื่อสารในลักษณะนี้ รายแรกเป็นชายอายุ 65 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ ญาติเล่าให้ฟังว่ามีการพูดบ่นให้ญาติและเพื่อนบ้านฟังเป็นประจำว่าต้องการที่จะตายไปให้พ้น เนื่องจากลูกหลานไม่สนใจตนเอง *“ลุงมักจะพูดให้ได้ยินว่าอยากตาย อยากตาย กินเหล้ามากก็จะพูดให้ได้ยิน บางทีก็เดินไปเดินมาพูดให้คนข้างบ้านฟัง จนวันที่จะตายก็ไปตะโกนบอกคนข้างบ้านว่าจะกินยาตายแล้วนะ จนข้างบ้านคอยมามองดูว่าจะกินจริงหรือเปล่าครวนี้”*

รายที่สอง เป็นชายอายุ 57 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ รายนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับรายแรก โดยพูดให้คนในร้านค้าบริเวณชุมชนว่าจะตายแล้ว แต่ไม่มีคนสนใจ ในรายสุดท้ายเป็นชายอายุ 50 ปี พยายามฆ่าตัวตายโดยพูดให้ภรรยาฟังก่อนจะฆ่าตัวตายว่า *“กินยาแล้วนะ พ่อฮามาเอาแล้ว”*

- **วignภาษาทางอ้อม** เป็นการแสดงออกด้วยคำพูด แต่ไม่ได้พูดอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับแบบแรก การศึกษานี้พบการแสดงออกผ่านวignภาษาทางอ้อม จำนวน 4 ราย

รายแรกเป็นชายอายุ 22 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีกินสารกำจัดแมลง รายนี้มีการสื่อสารกับเพื่อนสนิทในลักษณะสั่งเสีย และฝากฝังให้ดูแลแม่ในคันท่อนจะลงมือฆ่าตัวตายในวันรุ่งขึ้น *“แอ๊ด ภูริก็มึงวะ ฝากบอกแม่ว่า ภูริรักแม่มาก ถ้าภูตาย บวชให้ภูด้วย”*

รายที่สอง เป็นชายอายุ 35 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีกินสารกำจัดแมลง ภรรยาได้เล่าให้ฟังว่า ก่อนผู้ตายจะลงมือฆ่าตัวตายได้บอกกับลูกชายว่า *“ถ้าพ่อกับแม่ตายให้ไปอยู่กับตายาย นะ”* และภรรยาผู้ตายได้ทราบจากลูกของตนเองในภายหลังว่าผู้ตายได้บอกกับลูก ซึ่งชวนกินข้าวที่บ้านว่า *“ไม่กิน เพราะเดี๋ยวก็จะตายแล้ว”*

รายที่สาม เป็นชายอายุ 48 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยการผูกคอตาย รายนี้มีอาการประสาทหลอนจากการดื่มเหล้า คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง ก่อนตายดื่มเหล้าเป็นปริมาณมากและได้พูดบ่นให้คนในบ้านได้ยินว่า *“อยู่ไม่ได้แล้ว จะมีคนมาทำร้าย กลัวเขามาฆ่า”*

รายที่สี่ เป็นหญิงอายุ 41 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยการกินสารกำจัดแมลง รายนี้มีปัญหากับสามีเป็นประจำและมักพูดบ่นเรื่องสามีให้เพื่อนฟัง ก่อนตายได้พูดกับเพื่อนว่า “*ถ้าจะหนีผู้ชายคนนี้ให้พ้น ก็ต้องตายอย่างเดียว*”

- **อวัจนภาษาทางตรง** เป็นการแสดงออกให้ผู้อื่นเห็นว่าการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน โดยไม่ใช้คำพูด ในการศึกษาที่พบจำนวน 1 ราย เป็นหญิงอายุ 33 ปี พยายามฆ่าตัวตายโดยกินสารกำจัดแมลงเพื่อประชดสามี ในรายนี้เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าทะเลาะกับสามีจึงเดินไปหยิบสารกำจัดแมลงมากินต่อหน้าสามีเพื่อประชด
- **อวัจนภาษาทางอ้อม** เป็นการแสดงออกให้ผู้อื่นเห็นทางอ้อม โดยไม่ใช้คำพูด ในการศึกษาที่พบผู้แสดงอวัจนภาษาทางอ้อมเพียงรูปแบบเดียว แต่จะพบร่วมกับการแสดงออกในรูปแบบอื่นซึ่งจะกล่าวต่อไป
- **หลายรูปแบบร่วมกัน** เป็นการแสดงออกให้เห็นมากกว่ารูปแบบเดียว รายแรกเป็นชายอายุ 57 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในรายนี้มีการแสดงออกทั้งวัจนภาษาทางตรงร่วมกับวัจนภาษาทางอ้อม โดยญาติผู้ตายได้เล่าให้ฟังว่า ก่อนตัดสินใจฆ่าตัวตายผู้ตายพูดกับคนในร้านขายของชำบริเวณหมู่บ้านว่า “*จะฆ่าตัวตายแล้ว*” และหลังฆ่าตัวตายมีผู้พบข้อความบนกำแพงในสถานที่เกิดเหตุว่า “*สงสารพี่น้อง ไม่อยากเป็นภาระใคร*”

อีกรายหนึ่งเป็นหญิงอายุ 20 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยการแขวนคอตาย ในรายนี้มีการแสดงออกก่อนตายในหลายรูปแบบ ทั้งแบบวัจนภาษาทางตรง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากสมุดบันทึกประจำวัน โดยก่อนตายได้เขียนระบายในสมุดว่าไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่แล้ว “*จะตายแล้วไม่ไหวแล้ว ไม่อยากเป็นคนแล้ว.....ไปก่อนนะ เราจะได้ไม่ต้องเจอกันอีกแล้วนะ*” ซึ่งแสดงออกร่วมกับอวัจนภาษาทางอ้อม โดย 2-3 วันก่อนฆ่าตัวตาย ผู้ตายมีอาการไม่ดี ร่าเริง สนุกสนาน ทั้งที่เคยปกติแล้ว ผู้ตายมีนิสัยขี้แยขี้น้ำ ขี้โมโห อารมณ์รุนแรง แต่ในคืนก่อนเกิดเหตุผู้ตายได้มานอนหนุนตักพ่อทั้งที่ไม่เคยทำมาก่อน “*วันนั้นพ่อที่นั่งดูทีวีอยู่ ห้องหนึ่งก็มานอนตัก หัวเราะ ยิ้ม...น่ารัก พ่อยังถามเลยว่าเป็นอะไรลูก ห้องก็ไม่พูดอะไร ยิ้มอย่างเดียวยิ้มแยมัสมอ ยิ้มอย่างเดียว เหมือนเป็นคนละคน*” วัจนภาษาทางอ้อม และก่อนเกิดเหตุผู้ตายได้ใช้โทรศัพท์โทรหาบิดาแต่ไม่พูดสาย และเมื่อโทรกลับ

ผู้ตายก็ไม่รับโทรศัพท์แล้ว นอกจากนั้น จากการพูดคุยกับมารดาของผู้ตาย พบการ
แสดงออกรูปแบบวัจนภาษาทางอ้อมร่วมด้วย โดยมารดาผู้ตายได้เล่าให้ฟังว่า ก่อนฆ่าตัว
ตายประมาณ 1-2 วัน ผู้ตายพูดถึงเรื่องความตายให้ตนเองฟังว่า “ลูกสาวว่าตายแล้วเป็น
อะไรดี เป็นหมาเขาก็กิน มันบอกอย่างนั้น เป็นปลาเขาก็กิน เป็นอะไรเขาก็กินหมด
เป็นผีเสื้อเขาก็จับมาเล่น แต่อยากมาหาแม่วันไหนก็มา...”

ตารางที่ 3.16 การส่งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการสื่อสาร				วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย
	อังกฤษทางตรง	อังกฤษทางอ้อม	อังกฤษทางตรง	อังกฤษทางอ้อม	
1. ชายอายุ 65 ปี (สำเร็จ)	“อยากตาย” หรือ “จะกินยาตาย” ก่อนที่จะฆ่าตัวตายในไม่กี่นาทีต่อมา อย่างไรก็ตาม มักพูดปนเป็นประจำ จึงไม่มีใครสนใจ และคำพูดดังกล่าวเป็นคำพูดสุดท้าย	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	กินสารกำจัดแมลง
2. ชายอายุ 57 ปี (สำเร็จ)	พูดกับคนในชุมชนว่า “จะฆ่าตัวตายแล้ว” แต่ไม่มีใครสนใจ	เขียนบนกำแพงบ้านว่า “สงสารพี่น้องไม่อยากเป็นภาระใคร”	ไม่มี	ไม่มี	แขวนคอ
3. หญิงอายุ 20 ปี (สำเร็จ)	เขียนโน้ตได้อธิบายว่า “จะตายแล้วไม่ไหวแล้ว ไม่อยากเป็นคนแล้ว” และ “....ไปก่อนนะ เราจะไม่ได้เจอกันอีกแล้วนะ”	พูดกับมารดาบอกว่า “ตายแล้วเป็นอะไรดี เป็นหมาเขาก็กิน เป็นปลาเขาก็กิน เป็นอะไร เขาก็กินหมด เป็นผีเสื้อ เขาก็จับมาเล่น แต่อยากมาหาแม่วันไหนก็มา”	ไม่มี	ก่อนที่จะฆ่าตัวตาย 2-3 วัน อารมณ์ดี ร่าเริง สนุกสนาน ทั้งที่ปกติแล้ว case มีนิสัยเฉยๆ ชี้โมโห อารมณ์รุนแรง และคิดก่อนตายหนึ่งวัน ได้มานอนหนุนตักพ่อ ทั้งที่ ไม่เคยทำมาก่อน	แขวนคอ

กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการสื่อสาร				วิธีการที่ใช้นำตัวตาย
	วันภาษาทางตรง	วันภาษาทางอ้อม	วันภาษาทางตรง	วันภาษาทางอ้อม	
4. ชายอายุ 22 ปี (สำเร็จ)	ไม่มี	"เอ็ด กูรั่วจะ ฝากบอก แม่ว่า กูรักแม่มาก ถ้ากูตาย บวชให้กูด้วย" พูดในคืน ก่อนที่จะลงมือฆ่าตัวตาย ในวันรุ่งขึ้น	ไม่มี	ไม่มี	กินสารกำจัดแมลง
5. ชายอายุ 35 ปี (สำเร็จ)	ไม่มี	บอกกับลูกว่า "ถ้าพ่อกับ แม่ตาย ให้ไปอยู่กับตา ยาย นะ" และ "ถ้ากูไม่ตาย มึงก็ต้องตาย"	ไม่มี	ไม่มี	กินสารกำจัดแมลง
6. ชายอายุ 48 ปี (สำเร็จ)	ไม่มี	เมื่อมีอาการประสาทหลอน จะคิดว่ามีคนมาทำร้าย "อยู่ไม่ได้แล้ว จะมีคนมา ทำร้าย กลัวจะมาฆ่า"	ไม่มี	ไม่มี	แขวนคอ
7. หญิงอายุ 41 ปี (สำเร็จ)	ไม่มี	เคยพูดกับเพื่อนว่า "ถ้าจะหนีผู้ขายคนนี้ให้พ้น ก็ต้องตายอย่างเดียว"	ไม่มี	ไม่มี	กินสารกำจัดแมลง
8. ชายอายุ 18 ปี (สำเร็จ)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	แขวนคอ

กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการสื่อสาร				วิธีการที่ฆ่าตัวตาย
	อังกฤษทางตรง	อังกฤษทางอ้อม	อังกฤษทางตรง	อังกฤษทางอ้อม	
9. นาย ท. อายุ 52 ปี (พยายาม)	บอกกรรยาว่า "กินยาแล้วนะ พ้อฮามาเอาแล้ว"	ไม่มี	ไม่มี	เปลี่ยนเสื้อผ้ามาใส่ชุดที่ดีที่สุดที่สุด เหมือนเตรียมจะไปข้างนอก แต่กรรยาคิดว่า เป็นสิ่งผิดปกติ เลยมาพูดคุยถามว่าเป็นอะไร	กินสารเคมี
10. หญิงอายุ 33 ปี (พยายาม)	ไม่มี	ไม่มี	เดินไปหยิบยาฆ่าแมลงมากินยาต่อหน้าสามีเพื่อประชด	ไม่มี	กินสารกำจัดแมลง
11. ชายอายุ 55 ปี (พยายาม)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

2) การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของบุคคลใกล้ชิด

กรณีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายมีสัญญาณเตือนที่ชัดเจน ในกรณีนี้แม้ผู้ฆ่าตัวตายจะแสดงออกอย่างชัดเจนและญาติรับรู้ถึงความผิดปกตินั้น แต่ญาติหรือคนใกล้ชิดมักไม่คิดว่า จะเกิดขึ้นจริงๆ โดยเฉพาะหากผู้ฆ่าตัวตายเคยพูดหรือบ่นให้ได้ยินเป็นประจำ เช่น ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรายหนึ่ง หลานสะใภ้เล่าให้ฟังว่า **“เห็นลุงบอกว่าอยากตายๆ จะไปตายแล้ว แต่แกพูดของแกเป็นประจำ ไม่นึกว่าแกจะทำจริง ตอนที่แกบ่นก่อนตายก็ยังคงมองดูแกอยู่ ว่าทำจริงไม่ทำจริง”** หรือในกรณีผู้เป็นโรคทางจิตเวช แม้จะมีอาการแสดงว่าจะฆ่าตัวตาย และญาติ หรือคนในชุมชนรับรู้ แต่ก็จะมีผู้ใดสนใจเพราะคิดว่าคงไม่ทำจริงๆ **“เขาเป็นโรคประสาทอยู่แล้ว อารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ เลยไม่คิดว่าจะไปทำจริงๆ”**

หรือในกรณีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย ไม่ได้แสดงสัญญาณเตือนที่ชัดเจน เช่น หากผู้ฆ่าตัวตายพูดในลักษณะการสั่งเสีย ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมักไม่คิดว่าจะเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นจริงๆ แต่มักจะตระหนักในภายหลังเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว เช่น รายหนึ่งมีการพูดสั่งเสียกับเพื่อนสนิทโดยฝากฝังให้ดูแลมารดา **“เขาก็กดปกติอยู่ 2 - 3 วัน เหมือนมีปัญหา เขาก็เข้ามาถอดแล้วบอกว่า ภูริกมันนะ ฝากบอกแม่ว่า ภูริกแม่มาก ถ้าภูตาย บวชให้ภูด้วย เราก็กินพูดลอบใจไป เห็นเขาคูสบายใจขึ้นก็เลยไม่คิดว่าจะฆ่าตัวตาย”**

บางรายไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูด แต่มีอาการผิดปกติก่อนที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตาย ในกรณีนี้บางรายญาติรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ แต่ก็ไม่คิดว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นจริงๆ **“พ่อเห็นเบอร์โทรห้องโทรเข้ามา พ่อก็รับ แต่แกไม่พูด เราโทรกลับไปที่ไม่รับ ก็ชักสังหรณ์ใจแล้ว.... ตอนนั้นก็ทำงานแบบไม่มีสมาธิละ พอกลับบ้านมาก็เห็นมอเตอร์ไซด์จอดขวางอยู่หน้าบ้าน แต่ก็ไม่ได้สงสัยอะไร มาเอะใจว่ารถมอเตอร์ไซด์จอดอยู่ที่นี่ รongเท้าก็อยู่ แล้วห้องหายไปไหน เปิดประตูไปที่เห็นแขวนคออยู่ในห้องแล้ว”**

นอกจากนั้น ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ใน 11 ราย มีการดื่มสุราก่อนที่จะฆ่าตัวตาย ดังนั้น ญาติหรือผู้ใกล้ชิดจึงไม่ได้มีการเฝ้าระวังว่าจะฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา เนื่องจากคิดว่าสัญญาณเตือนเหล่านั้นเกิดจากอาการเมาสุรา **“เวลาเมาก็จะพูดว่าอยากตาย อยากตาย ก่อนที่ลุงจะฆ่าตัวตายเขาก็กินเหล้าจนเมา ก็คิดว่าเมา เดี๋ยวหายเมาก็เลิกพูดไปเองเหมือนทุกครั้ง”**

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบญาติของผู้พยายามฆ่าตัวตายรายหนึ่งที่ได้รับรู้ถึงอาการผิดปกติ นั้น และให้การช่วยเหลือได้ทัน ในรายนี้เป็นชายอายุ 52 ปี ภรรยาได้เล่าเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรกให้ฟังว่า “ลุงพูดว่า พ่อลุงจะมาเอาลุงแล้ว ป้าก็ถามว่าจะมา เอาไปทำอะไร ตอนนั้นดีหឹងแล้ว พ่อลุงพูดอย่างนั้นป้าก็สงสัยก็มาแอบดูแล้วก็ถามลุง ว่าทำอะไร พ่อดีในบ้านมียาฆ่าเห็บ ป้าถามว่าทำไมไม่รู้จักหลบจิกนอน ทำอะไรอยู่ ลุงบอกว่ากินยา (ฆ่าเห็บ) แล้วนะ ป้าถามว่ากินที่ไหน ลุงบอกว่ากินในห้องน้ำ พ่อรู้แล้ว ป้าก็วิ่งไปเรียกแม่ลุงมาช่วยกันหามส่งโรงพยาบาล” สำหรับเหตุการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ ในครั้งที่สอง เกิดขึ้นหลังจากครั้งแรก 6 เดือน ญาติสังเกตเห็นอาการผิดปกติและให้ความช่วยเหลือดังเช่นครั้งแรก “ครั้งสุดท้ายนี่ก็เอาอีกแล้ว ก็บอกว่าพ่อจะมาเอาอีกแล้ว ครั้งที่ สองก็กินส่งท้ายปีเก่า ต้อนรับปีใหม่ ป้าก็ลูกมาดูแล้วก็คว้าแก้วน้ำที่ผสมยา สงสัยกิน ไปได้หืดหอย แล้วป้าก็ปิดกั้น ก่อนแกะจะกิน แกเปลี่ยนเสื้อผ้าหมด ชุดเก่าเปลี่ยนชุด ใหม่ ใส่รองเท้ากะว่าแกะจะตาย”

2.5 การเฝ้าระวังของบุคคลใกล้ชิดในรายที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้มีประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 4 ราย พบว่า ในกรณีที่มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นซ้ำ โดยมีระยะเวลาห่างกันมากกว่า 1 ปี ญาติหรือผู้ใกล้ชิดจะเฝ้าระวัง ด้วยวิธีการสังเกตอาการผิดปกติในระยะแรกเท่านั้น โดยเฉพาะหากผู้พยายามฆ่าตัวตายส่งสัญญาณเตือนว่า กำลังคิดจะฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ตัดสินใจเป็นระยะเวลาหนึ่ง ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดก็จะหยุดการเฝ้าระวังนั้น และไม่ได้คิดว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นอีก เช่น ในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จรายหนึ่ง มีการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 ด้วยวิธีการแขวนคอ ในช่วงแรกญาติจะเฝ้าระวังโดยวิธีการสังเกตอย่างใกล้ชิด “ก็จะคอยมองว่าลุงซ่อนยาอะไรไว้หรือเปล่า คอยสังเกตเวลาพูดว่าจะตาย” แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ หากบุคคลนั้นไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกแม้จะมีสัญญาณเตือน การเฝ้าระวังของญาติก็จะค่อยๆ หายไป “แต่พอมาช่วงหลัง ๆ เห็นแกพูด แต่แกไม่ทำ เราก็เลยไม่คิดว่าจะทำอีก ช่วงหลังก็เลยไม่ได้อะไรกับแกมาก ขนาดตอนแกตาย แกมาบอกว่าจะกินยาแล้วนะ ก็ยังไม่คิดเลยว่าครั้งนี้จะเอาจริง เราก็ทำกับข้าวของเราไป แต่ก็เห็นลุงแถมอะไรให้เห็นต่อหน้านี่แหละ แต่ก็ไม่ได้คิดว่ามันเป็นยาเป็นอะไร จนแฟนเห็นกระตอมสั้นเหมือนแกล็ดน้อยข้างใน ก็เลยรีบวิ่งไปดูกัน”

ในกรณีที่การฆ่าตัวตายซ้ำมีระยะเวลาห่างกันไม่นาน ญาติจะสามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้นได้อีก เช่น ในรายฆ่าตัวตายสำเร็จรายหนึ่ง ก่อนหน้าที่จะกระทำสำเร็จได้มีการพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง ด้วยระยะเวลาห่างกันประมาณ 1-2 เดือน “โมโหอะไรมาจากไหนไม่ทราบ เรื่องอะไรไม่รู้ แล้วก็มาบอกว่าจะตาย จะแขวนคอ แต่เราไม่เชื่อ สัก 11 โมงไปเอาเชือกจะมาแขวนคอ พ่อพอดิไปเห็น ไป

อุ้มลงมาทันที หลังจากนั้นเราก็คอยสังเกตเอา ครั้งที่สองห่างกันประมาณเดือนสองเดือน ตอนกลางคืน วันนั้นพ่อเป็นหวัด เห็นเขานอนดิ๊ก พ่อก็ออกมาดู ก็เหมือนกัน บอกว่าจะตาย เราก็อ้าปากว่าจะตายทำไม” อย่างไรก็ตาม ในรายนี้ครั้งสุดท้ายสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ในครั้งนี้มีระยะเวลาระหว่างจาก 2 ครั้งแรก เป็นเวลา 1 ปี ครั้งสุดท้ายญาติเล่าให้ฟังว่า เผื่อระวังได้ประมาณ 1 ปี จนครั้งสุดท้ายก็กระทำการสำเร็จ

ตารางที่ 3. 17 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5	รายที่ 6	รายที่ 7	รายที่ 8
ความสัมพันธ์ กับ case	หลานสะใภ้ และ เพื่อนสนิท	ภรรยา	เพื่อนสนิท	มารดา	บุตรสาว	พี่ชาย	เพื่อนสนิท	บิดา มารดา และน้องชาย
ข้อมูลส่วนตัว ของ case	หลานสะใภ้ - ใจน้อยเรื่องลูก - ติดเหล้าแต่มาแล้ว หลับไม่เอะเวลาด - สับสน - ลักเล่ห์ขโมยน้อย - ติดเชื้อ HIV - เคยจำถูกตีฆ่าคน ตาย <u>เพื่อนสนิท</u> - คุยเก่ง คุย สนุกสนาน - ดื่มเหล้าเป็น บางครั้ง - สับสน - เจ้าชู้ มีภรรยา หลายคน - ติดเชื้อ HIV - เป็นคนกลัวความ ตาย	- ใจน้อยใจ - เป็นคนไม่ ค่อยพูด ชอบเก็บ ปัญหาไว้ คนเดียว - มีมนุษย์ สัมพันธ์ดี กับผู้อื่น - ใจจริง แหม่ใส อารมณ์ดี คุย สนุกสนาน - ดื่มเหล้า สุก บุรี่บ้าง แต่ ไม่มีการนั่ง เกี่ยวกับยา เสพติด เสพติด	- เป็นคนจิตใจ ดี ชอบ ช่วยเหลือ ผู้อื่น - คนร่าเริง แหม่ใส อารมณ์ดี คุย สนุกสนาน - ดื่มเหล้า สุก บุรี่บ้าง แต่ ไม่มีการนั่ง เกี่ยวกับยา เสพติด	- ใจน้อยใจ - เก็บกด ชอบ เก็บปัญหาไว้ คนเดียว - ดื่มสุรา เม อาละวาด - สับสน - เสพยาเสพติด	- เป็นคน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ - อดทน - สนุกสนาน - ดื่มสุรา เมมาแล้ว จะโยววาย	- เป็นคนนิสัย ดี - มีมนุษย์ สัมพันธ์ดี - ป่วยเป็นโรค ทางจิตเวช ตั้งแต่อายุ ประมาณ 20 ปี	- เป็นคนเฉยๆ เงียบๆ กับคน ที่ไม่รู้จัก - มีมนุษย์ สัมพันธ์ดีกับ คนในชุมชน	- เป็นคนเงี้ยบ ไม่ค่อยพูด - ไม่โผงงาย - อารมณ์ร้อน - ใจน้อยใจ

ตารางที่ 3. 17 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5	รายที่ 6	รายที่ 7	รายที่ 8
สาเหตุการพยายฆ่าตัวตายที่บุคคลใกล้ชิดทราบ	หลานสะใภ้ : น้อยใจ ที่หลานไม่สนใจ ดื่มสุราในวันเกิดเหตุ	มีอาการเมา และทะเลาะ กับภรรยา เรื่องกังวลว่า ภรรยาจะมีผู้ และเรื่อง เล็กๆ น้อยๆ	มีความสัมพันธ์ ลูกสาว ผู้บังคับบัญชา แต่ไม่มีเงินไป ขอฝ่ายหญิง จึง กลัวครอบครัว ฝ่ายหญิงจะเอา เรื่อง และดื่ม สุราในวันเกิด เหตุ	ทะเลาะกับ ภรรยาในเรื่อง เล็กน้อยจนเกิด อาการน้อยใจ ดื่มสุราในวัน เกิดเหตุ	ดื่มสุรามากจน เกิดอาการ หวาดระแวงว่า จะมีตำรวจมาจับ	ไม่ทราบ สาเหตุ เนื่องจากไม่ได้ อยู่ด้วยกัน ในขณะที่เกิด เหตุ	ไม่ทราบ เหตุการณ์ ในขณะที่เกิดเหตุ แต่คิดว่า ทะเลาะกับสามี	เพื่อชีวิตตัวเอง เสียใจที่ตนเอง มีแผลเป็นจาก อุบัติเหตุรถชน อยู่ดีแต่เพื่อน หายไปเรียนต่อ ที่ไปเรียนต่อ กัน
ประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ	หลานสะใภ้ : เคย พยายามแขวนคอ นอกจากนี้มักพูดเป็น ว่าจะไปตายเสมอ	เคยพยายาม ฆ่าตัวตายมา 3 ครั้งแล้ว และมาสำเร็จ ในครั้งที่ 4	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	เคยฆ่าตัวตาย มาแล้ว 2 ครั้ง และสำเร็จใน ครั้งที่ 3 ด้วย วิธีการแขวนคอ ทั้ง 3 ครั้ง

ตารางที่ 3. 17 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5	รายที่ 6	รายที่ 7	รายที่ 8
การเฝ้าระวัง ภายหลังเกิด เหตุการณ์ฆ่า ตัวตายซ้ำ	หลานสะใภ้ : คอย ระวัง และสังเกตว่า case ซ่อนยาหรือไม่ เพื่อนสนิท : เห็นว่า ญาติจะคอยระวังเวลา บ่นว่าจะกินยา	ไม่มีการเฝ้า ระวัง มี เพียงแต่ญาติ พี่น้องและมา เยี่ยมเยียน บ่อยๆ	-	-	-	-	-	เฝ้าระวังอยู่ ห่างๆ แต่ไม่ได้ บอกใครในบ้าน ให้ช่วยกันดู
ประวัติการฆ่า ตัวตายของ บุคคลอื่นใน ครอบครัว	หลานสะใภ้ : ลูกชาย กินยาฆ่าตัวตาย เพื่อนสนิท : ไม่ทราบ	ไม่มี	ไม่มี หมายเหตุ : บิดาของ case มีประวัติฆ่าตัว ตายสำเร็จ	ตาของ case มี อาการซึมเศร้า เคยเขียน จดหมายลา ตายแต่ยังไม่ ตัดสินใจฆ่าตัว ตาย	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
การสื่อสารระหว่าง case และบุคคลใกล้ชิดก่อนเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย								
การสื่อสารของ case และ บุคคลใกล้ชิด ก่อนเกิด เหตุการณ์ฆ่า ตัวตาย	หลานสะใภ้ : พูดบ่น ให้ฟังว่าน้อยใจที่ ลูกหลานไม่สนใจ และ ได้มีการลองใจ ให้ กำลังใจว่าอย่าเครียด ซึ่ง case ก็จะสงบลง แต่หลังจากนั้นก็จะ บ่นให้ฟังเหมือนเดิม ว่าจะไปตาย	ครั้งล่าสุดที่ ทำร้ายตัวเอง ได้ชวนลูกไป นอนที่บ้าน ด้วย และมีลูก ของภรรยา ชวนกินข้าว ซึ่งเขาได้บอก ว่าไม่กิน	case ได้มา ปรึกษาปรึกษา กับผู้ถูก สัมภาษณ์ 1 อาทิตย์ก่อนที่ จะลงมือทำร้าย ตัวเอง ปรึกษา เรื่องไม่มีเงินไป ขอผู้หญิง แต่ก็	ไม่ได้พูดคุยกัน แต่มีจะ เตือนสติ case เพราะ case มักมีเรื่อง ระหองระแหง และทะเลาะกับ ภรรยา บ่อยครั้ง	ไม่เคยปรึกษา เรื่องใดเลย	ไม่ได้ปรึกษา ใคร แต่มา ทราบภายหลัง ว่า case บอก คนที่ร้านค้ายา จะฆ่าตัวตาย	ก่อนเกิดเหตุ ผู้เสียชีวิตไม่มี อาการผิดปกติ ไม่ได้สงสัย เรื่องแต่เพียง พูดคุยและไป ซื้อของด้วยกัน ตามปกติ	เวลาไม่มีปัญหาจะ ชอบคุยหรือ ปรึกษากับ เพื่อนเป็นส่วน ใหญ่ ไม่ค่อย บอกให้คนใน ครอบครัวรู้

ตารางที่ 3. 17 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5	รายที่ 6	รายที่ 7	รายที่ 8
	เพื่อสนิท : ไม่เคยมาปรึกษาปัญหาอะไร ส่วนใหญ่อยู่เรื่องการทำมาหากิน	เพราะเดียวก็ตายแล้ว นอกจากนั้นเคยได้เขียนจดหมายลาไว้ในการพยายามทำร้ายตัวเอง ครั้งก่อนหน้า	ไม่เคยบ่นว่าอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย ซึ่งได้พูดคุยไปรอบๆ case และบอกให้ใจเย็นๆ ซึ่ง case ก็ดูมีอาการสบายใจขึ้น และกลับมาพูดคุยเล่นเหมือนเดิม					
การสังเกตสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย								
อาการผิดปกติของ case	หลานสะใจ : case บอกว่าจะไปตาย และในวันเกิดเหตุกินเหล้าจนเมา	ทราบภายหลังว่า ลุงข้างบ้านชวนทานข้าว แต่ case บอกว่าไม่ทาน เพราะเดียวก็จะตายแล้ว	มีอาการซึม สีหน้าหมองเศร้า ในวันเกิดเหตุกินเหล้าแต่ไม่ได้กินจนเมา เป็นการดื่มสังสรรค์กับเพื่อนตามปกติ	ไม่มี เพราะเวลาน้อยใจจะขบถถึงหนีออกจากบ้านไปเป็นประจำ	case มีอาการติดสุราและมีภาพหลอน	เป็นโรคทางจิตเวช อารมณ์ขึ้นๆลงๆ	ในวันเกิดเหตุไม่มีอาการผิดปกติ อย่างไรก็ตามเคยได้ยินผู้ตายพูดในลักษณะที่ว่า การตายเป็นวิธีที่จะ	เขียนในสมุดบันทึกว่าไม่ยอมมีชีวิตอยู่นอกจากนี้ 2-3 วันก่อนฆ่าตัวตาย ผู้ตายมีอาการนอนไม่หลับ รำเริง

ตารางที่ 3. 17 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8
	เพื่อนสนิท : ไม่มี อาการใด ก่อนเกิด เหตุcase ยังเอาตัว เข้ายัดกับลาออก ด้วยกัน						สามารถเห็น ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้	สนใจสนทน ฟังที่โดยปกติ แล้ว Case มี นิสัยเรียบร้อย ซีโมโฮ อารมณ์ รุนแรง และใน คืนก่อนเกิด เหตุผู้ตายได้มา นอนหนุนตัก พ่อทั้งที่ไม่เคย ทำมาก่อน

ตารางที่ 3.18 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและบุคคลใกล้ชิด

ประเด็น	ข้อมูลที่ได้		
	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ case			
ข้อมูลส่วนตัวของ case	ภรรยาเล่าให้ฟังว่า ปกติแล้วจะเป็นคนเงียบๆ เวลาที่มีปัญหาก็ไม่ปรึกษาใคร อารมณ์ดี พูดจาไพเราะ แต่ถ้าดื่มสุราจะเป็นคนขี้บ่น และพูดมาก	เป็นคนเงียบๆ ไม่ค่อยคุย ไม่ติดเพื่อน ไม่มีลักษณะซึมเศร้า ไม่ค่อยคุยกับพ่อแม่ เวลาถามใจจะชอบดื่มเหล้า สูบบุหรี่บ้าง เมื่อ 3-4 ปีก่อน เคยมีคนตีเรื่องยาเสพติด ทำให้ต้องโทษติดคุกอยู่ประมาณ 1 เดือน	มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น เก็บพริก ปลูกหอม เกวีย้ว เป็นต้น ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกชายแค่สองคนเท่านั้น เพราะเลิกกับสามีไปแล้ว
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	มีความขัดแย้งกับลูกสะใภ้ โดยคิดว่าลูกสะใภ้ไม่ให้ความเคารพ รวมทั้งคิดว่าลูกสะใภ้ไม่ต้องการให้หลานมาอยู่เกี่ยวกับตนเอง	เวลามีปัญหาอะไร ไม่ค่อยปรึกษาพ่อกับแม่ แต่หากมีปัญหาเกี่ยวกับแฟนจะขอปรึกษาภาน้ำสาว แต่ไม่เคยมีปากเสียงกับพ่อแม่	ปัจจุบันหย่าร้างกับสามี อยู่บ้านกับลูกชายอายุ 5 ปี
ความสัมพันธ์กับคนในชุมชน	ความสัมพันธ์กับคนในชุมชนเป็นปกติ ไม่มีปัญหาความขัดแย้งใดๆ	ไม่ค่อยสนิทกับเพื่อนในหมู่บ้าน แต่จะมีเพื่อนต่างหมู่บ้านแวะเวียนมาหาเป็นครั้งคราว	ความสัมพันธ์กับคนในชุมชนเป็นปกติ ไม่มีปัญหาความขัดแย้งใดๆ
สิ่งยึดเหนี่ยวเวลามีปัญหา (หมอดู พระสงฆ์ พ่อหลวงเจ้าทรง)	ไม่มี	ไม่มี	เคยไปหาหมอดู เพราะมีปัญหาเกี่ยวกับสามี เมื่อไปแล้วรู้สึกสบายใจ เนื่องจาก หมอดูบอกว่าเป็นคู่แท้กัน
พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย			
เหตุการณ์ก่อน case ทำร้ายตัวเองครั้งสุดท้าย	ดื่มเหล้าและคิดมากเรื่องที่ถูกสะใภ้ไม่ให้ความเคารพ จึงตัดสินใจดื่มยาฆ่าแมลงที่มีอยู่ในบ้าน แล้วเดินไปหากรรยา	บิดา case เล่าให้ฟังว่า มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน (ชาวพม่า) จึงไปดื่มเหล้าทำงานเลี้ยง ซึ่งก่อนหน้านี้เคยบอกเปรยๆ ว่า	มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน ทะเลาะกันมานานแล้วประมาณ 5-6 ปี พ่อและแม่ของตนเองก็เสียชีวิตไปแล้ว เวลาที่มีปัญหา จึงคิดไม่ออก หากทางออกไม่ได้

ประเด็น	ข้อมูลที่ได้		
	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3
	เพื่อจะเสี่ยง การยารจึงช่วยไว้ได้ทัน	"อยากตาย ไม่อยากอยู่" แต่คิดว่าจะไม่ทำจริง เหตุการณ์หลังจากที่กลับมาจากงานเลี้ยง บังเอิญมาพบว่า case กำลังเดินอยู่ที่ข้างบ้าน พร้อมไม่มีอะไรเอื้อมเอามาไว้ด้วย แต่หลังจากที่เห็นมีตาเดินมา case ก็รีบยื่นเชือกทั้ง โดยตนเองได้เตือนสติว่า "อย่าคิดสั้น คิดอะไรโง่ๆ ให้เห็นแก่พ่อแม่ ถ้าตายไปพ่อแม่จะเสียใจ" เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นมานานเกือบ 2 ปี และหลังจากนั้น case ก็ไม่ได้ทำซ้ำอีก	จึงทำไปเพราะต้องการประชด เวลาที่ทะเลาะกับแฟน แฟนมักจะพูดว่า "เราไปกันไม่ได้ ให้เลิกกัน" จึงเป็นความคิดชั่ววูบ โดยกินยาฆ่าหญ้าที่มีอยู่ในบ้านต่อหน้าแฟน แต่ดื่มไปนิดเดียวแฟนก็พาไปส่งโรงพยาบาล
ประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำ	เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วด้วยวิธีกินยาฆ่าแมลง แต่กรรยามาช่วยไว้ได้ทัน	ไม่มี	ไม่มี
การเฝ้าระวังภายหลังเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตายซ้ำ	กรรยา: ได้ติดตามและสังเกตอาการ โดยเฉพาะเวลากลางคืน	มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	หย่าร้างกับสามีหลังจากเกิดเหตุ จากนั้นจึงย้ายบ้านไปอยู่กับลูกชายเพียงสองคน
ประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลอื่นในครอบครัว	ไม่มี	น้องชายคนเล็กของแม่ case เกิดอุบัติเหตุรถชน ทำให้เป็นอัมพาต ทำงานทำไม่ได้ จึงชอบดื่มเหล้า เกิดความน้อยใจและกินยาเพื่อฆ่าตัวตาย แต่ครอบครัวช่วยไว้ได้ทัน หลังจากนั้น 5-6 เดือน เสียชีวิตด้วยสาเหตุดื่มเหล้าแล้วเกิดอาการชัก	ไม่มี

ประเด็น	ข้อมูลที่ได้		
	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3
การสื่อสารระหว่าง case และบุคคลใกล้ชิดก่อนเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย			
การสื่อสารของ case และบุคคลใกล้ชิดก่อนเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย		case ไม่ได้มาปรึกษา ไม่รู้ว่าเป็นเพราะกลัวพ่อกับแม่หรือไม่ จะชอบเดินหนี มีอาการซึมๆ บ้าง	เวลามีปัญหา มักจะมาปรึกษาเพื่อน ซึ่งเพื่อนก็จะบอกว่าให้เย็นๆ เวลาที่มีปัญหาอะไรก็ให้คุยกันดีๆ ซึ่งเวลาได้รับการปรึกษาจากเพื่อนมาแล้ว case ก็จะสบายใจขึ้น พยายามไ้เย็นกับปัญหาครอบครัว ค่อยๆ พูดกัน แต่เวลาทะเลาะกัน แฟนจะมีการทำร้ายร่างกายบ้าง และเคยทำให้อุทโท
การสังเกตสัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย			
อาการผิดปกติของ case	case เล่าว่าตนเองไม่ได้มีอาการแสดงใดที่ผิดปกติ แต่ตอนเกิดเหตุการณ์ดื่มเหล้าเข้าไปแล้ว นั่งคิดถึงเรื่องลูกสะใภ้ถึงตัดสินใจฆ่าตัวตายในตอนนั้น ภรรยาเล่าให้ฟังว่า สามีได้พูดว่า "จะไปแล้วพอจะมาเอาแล้ว" หลังจากนั้น ก็เปลี่ยนเสื้อผ้าใส่รองเท้า ใส่ถุงเท้า หลังจากนั้น ก็เดินไปเข้าห้องนํ้าจนฉุนฉุน	เคยได้ยิน case พูดว่า "อยากตาย" ไม่อยากอยู่แล้ว" โดยพูดก่อนหน้านี้ที่จะเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด	ทะเลาะกับสามีและขณะนั้นก็ทำการประตดสามี โดยการกั้นสารกําดัดเมลง

3. มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระบบบริการสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ก่อนที่ปัญหาการฆ่าตัวตายจะถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ตามคู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้มีการกำหนดบทบาทของเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในลักษณะการดำเนินงานเป็นรูปแบบการประสานงานร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย

1. ในระบบสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และสถานเอนามัย
2. นอกกระบบสาธารณสุข ได้แก่ โรงเรียน (ครู นักเรียน) สถานประกอบการ
3. ชุมชน ได้แก่ ครอบครัว แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) วัด (พระ)

ผลการศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ศึกษา ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. ผู้นำชุมชน
3. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)
- และ 4. โรงพยาบาลชุมชน ดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรมสุขภาพจิตได้กำหนดบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) หรือสถานเอนามัย จะเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับ อสม. ที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยกำหนดความรับผิดชอบจำนวนหลังคาเรือนที่ชัดเจน บทบาทหน้าที่หลัก คือ 1) การค้นหา/คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อสม. จะต้องเป็นผู้ค้นหา/คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน เอดส์ กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มผู้มีปัญหาครอบครัว กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มสตรีวัยทอง กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้พิการ ฯลฯ กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ กลุ่มที่ประสบภาวะสูญเสียรุนแรง 2) การเยี่ยมบ้าน ภายหลังที่ดำเนินการคัดกรองและพบกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองแล้ว PCU หรือสถานเอนามัยจะประสานขอความร่วมมือ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ถึงวิธีการสังเกตแนวทางการประเมินความเสี่ยง และบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ดังนี้

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพจิต

สำหรับการอบรมด้านสุขภาพจิตนั้น ไม่มีข้อกำหนดในคู่มือฯ เกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการอบรม รวมถึงเนื้อหาสำหรับการอบรม แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม อสม. พบว่า อสม. จะได้รับการอบรมที่โรงพยาบาลชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ โดยเนื้อหาการอบรมจะเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในภาพรวมไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพจิตเท่านั้น สำหรับเรื่องสุขภาพจิตจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1. สาเหตุของปัญหาสุขภาพทางจิต เช่น ความเครียด ปัญหาทางสังคม ปัญหาทางครอบครัว 2. สถิติการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 3. การใช้สมาริบำบัด การออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด 4. วิธีการสังเกตผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5. การดูแลและติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิต

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม อสม. พบว่า ส่วนหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้มีความผิดปกติที่อาจนำมาสู่การฆ่าตัวตาย *“ก็จะทราบได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่แปลกๆไปเป็นหลัก หรือบางทีคนในชุมชนที่รู้จักกันก็จะมาบอกมากล่าวว่า ตอนนี้มีคนที่น่าสงสัยว่าจะซึมเศร้าอยู่”* *“...จะสังเกตว่าทำไมคนนั้นเครียด ทำไมดูเฉยๆ มีปัญหาอะไร ทำไมดูท้อทางหมองๆ”* *“ให้สังเกตการแต่งตัว คำพูด ถ้าซึมเศร้าก็จะมึน ซึม เก็บตัวเฉยๆ เหม่อลอย หรือจ้องมองสิ่งของขึ้นไฉนหนึ่งนานๆ ส่วนใหญ่คนที่ซึมเศร้าจะเกิดจากความเครียด มีการดื่มเหล้า ใช้จ่ายเสพติด”*

อสม. บางรายเท่านั้นที่ทราบวิธีการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทราบวิธีการดูแลและส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไปยังสถานพยาบาล *“ถ้าที่สังเกตว่าคนนั้นเครียดก็จะบอกพี่ บอกน้องเขา บอกญาติๆ บอกอ้อมๆ จะบอกตรงๆ ก็ไม่ได้ว่าคนนั้นเป็นอะไร ทำไมดูเฉยๆ ก็บอกอ้อมๆ เอา ตรงๆ มันไม่ได้”* *“ถ้าเจอคนที่มีอาการตามที่หมอบอกก็จะเข้าไปคอยดูแล สังเกตพฤติกรรมเขา อย่างไปหาที่บ้านบ่อยๆ บอกให้ญาติพาไปโรงพยาบาลถ้าเห็นว่าเป็นเยอะ”* *“แนะนำญาติให้ไปรับการอบรมวิธีการดูแล การพูดคุย กับคนที่ซึมเศร้าในบ้านตัวเอง”* *“การดูแลก็จะไปเยี่ยมที่บ้าน เข้าไปพูดคุยให้คิดว่าเรามาดี มาเป็นเพื่อนคุย ถ้าเครียดก็จะบอกว่าไม่ต้องเครียด”*

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่ม อสม. ยังมองว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคลและครอบครัว

1.2 ความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเอง

จากการสนทนากลุ่ม อสม. พบว่า อสม. มีมุมมองในเชิงบวกต่อผู้ฆ่าตัวตาย ทั้งในแง่เห็นใจและสงสาร “**เอ็นดูที่ว่ามันมีปัญหา รู้ว่ามันไม่ดี เราก็อเอ็นดูมัน มันก็โดนบังคับ ไปเอาลูกสาวเจ้านาย แบบว่าเขาเป็นคดีความ เราก็อเอ็นดูมัน**” นอกจากนั้น พบว่า อสม. ไม่ได้เชื่อมโยงปัญหาการฆ่าตัวตายว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ มองว่าคนที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคจิต แต่เป็นผู้ปกติที่ส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรับผิดชอบและเป็นคนดี “**คนดี ๆ ตาย ที่จะฆ่าตัวตายส่วนมากมันจะมีปัญหาครอบครัว อย่างผีบ้ามันไม่ฆ่า**” “**ไอ้ประเภทที่มันไม่ดี ๆ ที่เค้าอยากให้ตาย มันไม่ตาย ยมบาลไม่เอา เอาไปแต่คนดี ๆ**” “**ส่วนมากเป็นคนดีนะที่ตาย กินยาตาย ฆ่าตัวตาย**” “**ปัญหาก็คือว่าขาดสติ ส่วนมากจะเป็นคนดี**” “**ผีบ้าไม่ฆ่าตัวเองเพราะอารมณ์ดี ร้องเพลง**” “**คนที่ฆ่าตัวตายมันไม่ได้เป็นผีบ้า**” “**ผีบ้ามันไม่มีเมีย ไม่มีลูก ไม่มีผัว ที่จะต้องมารับผิดชอบอะไรสักอย่าง คนที่เครียดจัด ๆ ก็คือคนที่มึนครอบครัวแล้วทั้งนั้น**” “**ผีบ้าเลยไม่แขวนคอตาย กินยามันก็ไม่กิน มันยังขี้เกียจกิน**”

นอกจากนั้น ในมุมมองของ อสม. บางคน มองว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข “**ในความคิดเราคิดว่ามันเป็นปัญหา**” “**มันเป็นปัญหาของสังคมเดือดร้อน**” แม้จะตระหนักต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่มองว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยาก เนื่องจากเกิดมาจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ “**คนเป็นซึมเศร้าหะมี แต่ที่ฆ่าตัวตายหะที่ว่าไม่ใช่**” “**ส่วนมากมันจะขี้ห้อยใจ อย่างเราหะรู้ไหมว่าคนไหนห้อยใจ**” “**ปัญหาซึมเศร้ามันไม่ค่อยทำร้ายตัวเอง ส่วนมากที่แขวนคอตาย กินยาตาย ปัญหาชู้สาว หรือไม่ก็หนี้สิน**”

บางรายมองว่า หากจะป้องกันไม่ให้คนฆ่าตัวตายควรแก้ที่สาเหตุของปัญหา เช่น การสร้างครอบครัวอบอุ่น การแก้ไขปัญหาความยากจน “**จะแก้จริง ๆ ต้องแก้ที่ต้นเหตุ ปัญหาครอบครัว หนี้สิน**” รวมทั้งบางรายมองว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องส่วนตัวบุคคลอื่นไม่ควรเข้าไปข้องเกี่ยว “**ของแบบนี้ใครจะกล้าเข้าไปพูด**” “**ชู้สาวหรือหนี้สินเราก็อช่วยไม่ได้**” “**เป็นปัญหาเรื่องที่มีมันแก้ไม่ได้**” “**ปัญหาครอบครัวที่แก้ไม่ได้**” “**แก้ยาก เป็นเรื่องที่ปวดสมองไปเลย**” “**ถ้าซึมเศร้าเราพอจะแก้ได้ คนที่มันจะตาย ถ้าจะตาย มันไเพราะเราไม่รู้จักมัน ปัญหาชู้สาว มันมาประชดผัว ประชดเมียมัน ฆ่าตัวตายไปเลย**

บางครั้งพ่อแม่มันด่า มันก็น้อยใจไปเลย อย่างพวกสุขภาพจิตมันไม่ตายง่าย” ดังนั้น อสม. ส่วนใหญ่จึงมองว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยาก ผู้ที่จะมีบทบาทในการเฝ้าระวังควรเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด “คนที่จะช่วยต้องคนในครอบครัว เราช่วยกัน พยายามไป” “ถ้าว่าเจ้าตัวที่ตายไม่ไปพูดกับใคร ใครก็ไม่รู้ บางทีมันก็คิดว่าพูดไปก็มัน คนที่มีปัญหา มันอาจจะคิดแบบนี้ คนในครอบครัวนั้นแหละที่สำคัญ”

1.3 บทบาทการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม อสม. ในพื้นที่ที่ศึกษาพบว่า แม่ อสม. จะได้รับการอบรมการเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตภายในชุมชน แต่ยังไม่มีการกำหนดบทบาทด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจนแก่ อสม. ซึ่งแตกต่างจากบทบาทสาธารณสุขด้านอื่น เช่น การป้องกันการแพร่กระจายลูกน้ำยุงลาย การวัดความดัน การเจาะเลือดเพื่อคัดกรองเบาหวาน การให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมที่มีกำหนดวิธีการที่ชัดเจน เช่น การคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบสอบถาม 2Q อสม. ทราบวิธีการใช้เครื่องมือ แต่ไม่ทราบบทบาทที่ชัดเจนของตนเองในการใช้เครื่องมือ เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับวิธีการคัดกรองที่เป็นระบบและชัดเจน *“ส่วนมากจะสும்เอา ไม่ได้ไปทำโดยตรง จะลองสும்แจก ๆ เอา ก็ทำทั่วไป ไม่ได้เจาะจงว่าให้คนนั้นทำ คนนี้ทำ” “เอาแบบสும்ไปเลยเป็นแบบสอบถาม ส่วนมากจะทำ อย่างมีเทศกาล มีอะไร ส่วนมากจะสும்ทำ”*

นอกจากยังไม่มีข้อกำหนดบทบาทของ อสม. ที่ชัดเจนแล้ว จากการสนทนากลุ่มพบว่า บทบาทในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่ไม่ชัดเจนนั้นอาจเนื่องมาจาก อสม. มีความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนว่ามีสาเหตุที่ซับซ้อน เป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก ทำให้ อสม. ไม่มั่นใจในบทบาทของตนเองในการเฝ้าระวัง โดยคิดว่าตนเองจะมีบทบาทในการเฝ้าระวังหรือแก้ไขปัญหาได้ไม่มากนัก *“คิดว่าคนที่เขาไม่สนิทจริง ๆ เขาไม่ยอมรับ” “เขาก็ไม่กล้าพูด” “ไปถามแล้วเขาก็ไม่บอกหรอก”* ดังนั้น ในความคิดของ อสม. จึงคิดว่าเป็นเรื่องยากที่จะดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันภายในชุมชน นอกจากนั้น ลักษณะการให้คำปรึกษาหรือการเฝ้าระวังพบว่า ยังเป็นในลักษณะของความไม่มั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการปรึกษาและการส่งต่อที่เหมาะสม *“คนนี่เครียด คนนี้อาจจะทำร้ายตัวเอง อย่างพี่เจ๊บบจะทำยังได้ต่อ บอกพี่ บอกน้องเขา บอกอ้อม ๆ จะบอกตรง ๆ ก็ไม่ได้ ว่าคนนั้นเป็นอะไร ทำไมดูเจ๊บบ ๆ ก็บอกอ้อม ๆ เอา ตรง ๆ มันไม่ได้ บอกตรง ๆ ถ้าเกิดมันไปชู้กันว่า*

คนนั้นว่าเมื่อเช้าเจ๊ียบบอกแบบนั้น ถ้าเขาไปชู้กัน เราก็กลัวเหมือนกัน” “บอกว่า เอ๊ะ ทำไมดูท่าทางหมอง ๆ แบบนั้น เราก็ดูแค่บอกครอบครัว” และเมื่อถามถึงการให้คำแนะนำ เช่น การให้ไปพบแพทย์ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ก็พบว่ายังขาดความมั่นใจเช่นกัน “เขาก็ดูไม่ได้เชื่อเราเท่าไร เราจะก้าวก่ายมากก็ไม่ได้ อสม. นี่ก็ไม่ค่อยเชื่อเขาเชื่อหมอมากกว่า” “ส่วนมากเราจะสังเกตไม่ค่อยออกแล้ว ประเภทนี้” “อย่างเรา ถ้าไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน ก็ไม่เล่าให้กันฟัง พูดไปก็เหมือนเล่าตัวเอง เพราะว่าคนในบ้านเรานินทา”

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ การที่ อสม. ไม่มีความมั่นใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง โดยมองว่าประชาชนไม่ให้การยอมรับการทำงานของตนเอง “คนอย่างเรา อย่างเป็น อสม. จะไปพูดเป็นไปไม่ได้ เราจะไปพูดไม่ได้ อสม. ในบางเรื่องเขาก็เชื่อเรา แต่ในบางเรื่องเขาไม่เชื่อ เขาก็เห็นเรามา มองข้ามเราไปเลย” “เขาก็ดูไม่ได้เชื่อเราเท่าไร เราจะก้าวก่ายมากก็ไม่ได้ อสม. นี่ก็ไม่ค่อยเชื่อ เขาเชื่อหมอมากกว่า คนอย่างเรา อย่างเป็น อสม. จะไปพูดเป็นไปไม่ได้ เราจะไปพูดไม่ได้ อสม. ในบางเรื่องเขาก็เชื่อเรา แต่ในบางเรื่องเขาไม่เชื่อ เขาก็เห็นเรามา มองข้ามเราไปเลย” “เพราะความเชื่อของคนเรา ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่เขาจะไว้ใจแล้วก็เชื่อมากกว่าชาวบ้าน” “ถ้าหม้อออกมา สมมุติว่านาน ๆ หม้อจะออกมาให้ความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายว่าเป็นอย่างไรก็ดี เขาจะฟังหม้อมากกว่า” “ถ้าเราไปพูด เดี่ยวจะโดนพูดย้อนกลับมาว่าดูตัวเองให้ดีเสียก่อน” “ใช่ ชาวบ้านเขาจะยอมรับเราไหม ถ้าอยู่ดี ๆ เราจะไปพูด เขาก็จะหาว่าเราอวดดี แต่ถ้าชาวบ้านยอมรับเราก็น่าจะไปพูดได้” นอกจากนั้น อสม. เองมองว่าตนเองยังไม่มีทักษะหรือความชำนาญเช่นเดียวกับบุคลากรทางแพทย์ ทำให้ประชาชนในชุมชนไม่ยอมรับการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง “หมอนี้จะมีข้ออ้างเยอะ เช่น มาเยี่ยม มาเที่ยวหา อย่างเราจะให้อยู่ดี ๆ ไปมันก็ไม่ได้อะไร” “หม้อเขาก็ต้องมีวิธีพูดของเขา ไม่ใช่ว่าไปแล้วก็ถามว่ามีปัญหาหรือ มีปัญหาอะไร มันก็ไม่ใช่ หม้อก็จะบอกว่าวันนี้มาเที่ยวหา หม้อก็จะมียุทธวิธีการของเขา แต่ถ้าเป็นเราเข้าไปเลยเขาก็จะหาว่าเราไปสอดรู้เรื่องบ้านเขา มุมมองมันไปคนละมุมมอง ถ้าเกิดจู่ ๆ เราเข้าไปเพราะรู้ว่าครอบครัวนั้นมีปัญหา ไปถามว่าทะเลาะอะไรกันทุกวัน เข้าไปเคลียร์ให้เขา ก็จะไม่โดนว่าอวดรู้เข้าเสียอีก เพราะชาวบ้านเรารู้กัน เราต้องให้หม้อมา”

1.4 มุมมองของคนในชุมชนต่อการบอบาพด้านสุขภาพจิตของ อสม.

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจุบันประชาชนยอมรับการทำหน้าที่ของ อสม. มากขึ้น “ตอนที่มีคนยอมรับมากขึ้นหลังจากเมื่อก่อน ตอนนั้นเขาจะเลียดได้ดีขึ้นแล้ว ทำให้ชุมชนนี้ยอมรับขึ้นว่าเก่งขึ้นแล้ว ถ้าให้พัฒนาต่อไปก็คงดี เป็นที่วัดไข้ เป็นศูนย์อะไรก็จะได้ยัง โอเคกว่านี้เยอะ อย่างเช่น หัดชุมชนมาวัดไข้ วัดความดันอะไรต่าง ๆ ตรวจอะไรนิด ๆ หน่อย ๆ ก่อนที่จะส่งไปโรงพยาบาล ตรงนี้ก็คือการยอมรับของชุมชน”

อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพจิตของ อสม. ผู้นำชุมชนมองว่าบทบาทของ อสม. ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจน “อสม. เริ่มที่จะมีบทบาทตั้งแต่ได้รับเงินเดือน เพราะว่ายังกางงานถึงขั้นนี้ยังไม่ได้ซึ่งได้เงินเดือนมาสักประมาณปีได้ละ แต่จะให้เข้าไปทางจิตนี้ยาก แต่ส่วนมากหมอมจะเข้ามาเยี่ยม อสม. ไม่ได้เข้าไปพูดเรื่องพวกนี้เลย อสม.มีหน้าที่ตรวจเลือด ตรวจเบาหวาน วัดความดัน ใส่ทรายอะเบทป้องกันยุงเท่านั้น ซึ่งน้ำหนักเด็ก จ่ายยาสามัญประจำบ้าน แต่พอยากให้ อสม. ไปให้ถึงจุดในการเยี่ยม ผู้ป่วยพิการ ดูแลผู้พิการ” “จะปล่อยให้ อสม. ทำ หมอก็กไม่ปล่อยให้ปล่อย ปล่อยให้หมอกทำ หมอก็กไม่ทำคนเดียว ต้องอาศัย อสม. เป็นตัวหลัก ผมคิดว่าหมอรู้ว่าถ้าหมอกทำเอง อสม. จะไม่มีความหมาย ต้องมีการปรับหน้าที่ให้มากขึ้นให้ชาวบ้านเชื่อใน อสม. หมอก็กจะเบาลง ช่วงแรกต้องมาควบคู่กัน”

นอกจากนั้น ผู้นำชุมชนมองว่า การที่ อสม. ยังไม่ได้รับการยอมรับ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจาก การทำหน้าที่ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา ซึ่งต้องใช้ทักษะการสื่อสาร “มันจะมีเป็นบางคน อสม. บางคน คำพูดของ อสม. บางคนก็พูดดี พอพูดดีชาวบ้านในชุมชนก็เชื่อ แต่บางทีก็พูดไม่เก่งไง พอพูดไม่เก่งโกหกไม่เป็นเขาก็ไม่เชื่อใจ เห็นไหมพูดเมื่อจำเป็น อสม. ต้องพูดโกหกไม่ใช่พูดตรง”

สำหรับบทบาทของ อสม. ในมุมมองผู้นำชุมชนมองว่า อสม. ควรมีบทบาทเป็นผู้ประสานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน เพื่อเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ อสม. ยังไม่ควรมีบทบาทในการเฝ้าระวังโดยตรง เนื่องจากประชาชนจะยอมรับได้ลำบาก “ผมว่าน่าจะเป็นตัวประสานให้ อย่างเช่นเบื้องต้น ให้ อสม. เป็นตัวประสานถ้าจะมาตรวจ

มาสองคนมาหนึ่งคู่กันเขาก็จะยอมรับ ถ้า อสม. มาคนเดียวไม่มีใครเชื่อหรอก ดังนั้นเราต้องควบคู่กันไป” “ถ้าเราปล่อยเฉพาะหมอมাত্রชาวบ้าน ชาวบ้านก็จะไม่ยอมรับ อสม. อสม. ก็จะกร่อยทันทีเลย อสม. ก็จะไม่มีความหมายเลย ดังนั้นต้องปล่อยให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ เพื่อที่จะได้ควบคู่กันไปกับหมอชาวบ้านจะได้เชื่อมด้วย อสม. ด้วย”

2. ผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนถือว่าเป็นเครือข่ายชุมชนที่สำคัญ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตามคู่มือการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้กำหนดบทบาทของผู้นำชุมชนไว้ในลักษณะการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตภายในชุมชนของตนเอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการให้คำปรึกษา

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนในพื้นที่พบว่า ผู้นำชุมชนยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กล่าวคือไม่มีการกำหนดหน้าที่ของผู้นำชุมชนในการเฝ้าระวังที่ชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้นำชุมชนเองไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข โดยต่างจากการทำร้ายร่างกายที่เกิดจากการทะเลาะวิวาทที่ผู้นำชุมชนมักจะเข้าไปมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงทำให้ผู้นำชุมชนไม่ได้กำหนดบทบาทของตนเองในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

นอกจากนั้น ข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำในชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนมองว่าคนที่ฆ่าตัวตายมักเกิดมาจากปัญหาครอบครัว มิได้ตระหนักว่าปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยด่วน เพราะการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคลมิได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ซึ่งตรงกันข้ามกับการทำร้ายผู้อื่นที่ผู้นำมักมีบทบาทสำคัญ จึงไม่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน นอกจากนั้น ยังพบมุมมองต่อเรื่องการฆ่าตัวตายว่า คนที่จะสามารถช่วยผู้มีความคิดฆ่าตัวตายได้มากที่สุด คือ คนในครอบครัว “ที่จะแก้ปัญหาเฉพาะได้ คนใกล้ชิดเขามากที่สุดที่จะแก้ได้” “ถ้ามีพ่อแม่ ก็พ่อแม่ ถ้าเป็นเมียก็ต้องผัว ถ้าเป็นผัวก็ต้องเมีย ถ้าผัวจะฆ่าตัวตาย แล้วตกเหินมาเมียก็ไปอยู่ที่ร้านนั้น ผัวมันก็ต้องตายอยู่แล้ว ไม่รอด” “ถ้าเขาไม่พูดเราก็มารู้ใช้ไหม ไม่รู้ครับ ถ้าเขามาพูดให้เราฟัง” “อย่างน้อยคนที่อยู่รอบข้าง คนใกล้ชิดน่าจะรู้ดีถ้าเขาซึมลง” “คนรอบข้าง

น่าจะรู้ดี แต่ผมเป็นผู้ใหญ่บ้านไม่รู้ครับ ผมก็จะไม่รู้เลย” “ส่วนมากก็จะเป็นญาติพี่น้องใกล้ๆ ที่ต้องคอยดูแล”

นอกจากนั้น คิดเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เนื่องจากคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักไม่แสดงออกให้ผู้อื่นทราบ “มันจะต้องมีการกล้าแสดงออกให้มากกว่านี้ คนหมู่บ้านเราไม่ค่อยมี ถ้ามีปัญหาต้องกล้าพูด บางคนมันไม่กล้าพูด เพราะมันไม่พูดให้ใครรู้ไง มันกลัวแต่ซึมแล้วก็ซึม และก็ท้อ” รวมทั้งคิดว่าไม่สามารถไปเฝ้าระวังได้ตลอดเวลา “ถ้าเกิด มันเป็นตอนกลางคืนใครก็ไม่เห็น”

สำหรับทัศนคติของผู้นำชุมชนตอบทบาทการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน คิดว่า ตนเองเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ รวมทั้งเรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายน้อยมาก เนื่องจากเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสุขภาพที่ได้รับมอบหมายโดยตรง “ผู้นำที่ข้องเกี่ยวกับสุขภาพนั้นน้อยมาก เพราะว่าเขามอบให้ อสม. กับหมอเป็นผู้จัดการ แต่ถ้างานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นงานของผู้ใหญ่บ้าน อบต. ก็แยกกันไม่ได้” “อสม. ที่เข้าอบรมบ่อย ต้องให้ชาวบ้านของเรายอมรับ อสม. ก่อน ถ้ายอมรับเวลาพูดอะไรเขาก็จะเชื่อ” และคิดว่าตนเองเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตในกรณีที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงเท่านั้น ผู้นำชุมชนจึงจะมีบทบาทในการเข้าไปช่วยแก้ไขปัญหา “มีอย่างเดียวคือ ถ้าเจอคนที่วุ่นวายแล้ว หรือวิกฤตถึงจะบอกพ่อหลวงให้นำส่งโรงพยาบาล”

นอกจากนั้น การสนทนากลุ่มยังพบว่า การทำหน้าที่ระหว่างผู้นำชุมชนกับ อสม. แยกส่วนออกจากกัน และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งขัดแย้งกับการทำงานในลักษณะเครือข่าย “แต่ถ้าจะให้ผู้นำไปสั่งไม่ได้ ต้องหมอบอย่างเดียว เพราะเขาถือว่าเขามีหน้าที่ของเขาอยู่ซึ่งต่างจากหน้าที่ของผู้นำ อย่าสั่ง” “สั่ง อสม. ไม่ได้ อย่าสั่ง สั่งตรงๆ ไม่ได้นะ แต่ อสม. สั่งผู้ใหญ่บ้านได้ อสม. มาสั่งว่าผู้ใหญ่บ้านประกาศหน่อยนะ นั้นได้ แต่ผู้ใหญ่บ้านไปสั่งให้ไปดูแลคนนั้นคนนี้ไม่ได้” “ถ้า อสม. จะทำก็ขึ้นอยู่กับหมออย่างเดียว ถ้าหมอมาเมื่อไหร่ อสม. พร้อมทุกคนเงินเดือนอยู่ที่หมอ”

สำหรับบทบาทของผู้นำชุมชนตามมุมมองของประชาชนพบว่า ประชาชนมองบทบาทของผู้นำชุมชนในด้านการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่อการให้ความรู้แก่คนในชุมชน เช่น การประกาศเสียงตามสาย “เสนอไว้ให้พ่อหลวงเปิดเสียงตามสาย ให้ฟังวันละนิดละหน่อย อาทิตย์ละครั้ง เดือนละ 4 ครั้ง ฟังไปฟังไปเขาอาจจะไม่ทำร้ายตัวเองก็ได้ ให้เป็นแบบค่อยๆ สอนไป ถ้าเราเรียกไปเป็นการส่วนตัว ใครก็ไม่อยากไป เหมือนกับว่าเขาเรียกเราไปเป็นการส่วนตัว ต้องมีอะไรแน่เลย คราวหน้าจะไม่กล้าไป ต้องกลัวไว้ก่อนแน่ๆ ข้างจะเครียดไปกว่าเก่า” ส่วนบทบาทของผู้นำชุมชนในด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตายนั้น ประชาชนส่วนใหญ่มองว่าปัจจุบันผู้นำชุมชนไม่มีบทบาทที่

ชัดเจนในด้านการให้การปรึกษาแก่คนในชุมชน รวมทั้งคิดว่าเป็นบทบาทที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้นำชุมชนโดยตรง **“พ่อหลวงเอาตำรวจมาจับ (กรณีเกิดเหตุการณ์ทำร้ายผู้อื่น)” “พระก็เอาไว้สวดอย่างเดียว”** บทบาทของผู้นำชุมชนในมุมมองของประชาชนจึงเป็นผู้มีบทบาทด้านการบริหาร หรือนโยบายสาธารณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ **“ไม่รู้ แต่ทางผู้ใหญ่บ้านให้ทำถนน ไฟฟ้า ถ้าเรื่องแบบนั้นต้องอสม.”**

3. สถานื่อนามัย/PCU บทบาทของสถานื่อนามัย และ PCU ตามคู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย มีบทบาทในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มารับบริการที่สถานื่อนามัย หรือ PCU ทุกราย ติดตามเยี่ยมผู้มีความเสี่ยง โดยการทำงานประสานกับ อสม. ในพื้นที่ นอกจากนั้น จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในกรณีที่มีผู้มารับบริการที่สถานื่อนามัยในเบื้องต้น การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นในลักษณะเชิงรับ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ PCU ให้ข้อมูลว่า ภาระงานของ PCU มีมาก ต้องดูแลเรื่องสุขภาพทุกด้าน ดังนั้น ในขณะนี้จึงสามารถดูแลในลักษณะเชิงรับ คือ การคัดกรองผู้ที่มารับบริการยังสถานบริการเท่านั้น

สำหรับการทำงานในลักษณะเชิงรับ เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ หรือการอบรมให้ความรู้ในพื้นที่ที่ยังไม่เด่นชัด ส่วนใหญ่เป็นลักษณะกิจกรรมภายในสถานบริการ ส่วนกิจกรรมภายในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่มาจากฝ่ายสุขภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

4. ฝ่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชน บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การจัดตั้งคลินิกคลายเครียด วัยทอง ผู้สูงอายุ ฝากครรภ์ ให้การปรึกษาก่อนการสมรส จัดตั้งศูนย์วิกฤติสุขภาพจิต การให้ความรู้แก่เครือข่ายและแกนนำชุมชน ในเรื่องการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตภายในชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับบทบาทการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการในปัจจุบันพบข้อมูล ดังนี้

4.1 การคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษาพบว่า มาตรการการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายจะเน้นการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นหลัก โดยจะคัดกรองภาวะซึมเศร้าแก่ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกราย โดยใช้แบบคำถาม 2 Question⁴ และหากพบผู้ที่มีภาวะเครียด จะคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าจะใช้แบบคำถาม 9 Question⁵ เพื่อหาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาต่อไป ลักษณะการคัดกรองจะบูรณาการร่วมกับการคัดกรองโรคอื่น “เราก็จะสนับสนุนเรื่องของแบบฟอร์มเวลาลงชุมชน แต่ละที่เขาก็จะบูรณาการกันไป อย่างอบรมผู้พิการ เขาก็จะเอาตรงนี้เข้าไปด้วย เพราะทุกคนก็รู้ในภาพกว้างอยู่แล้วว่าจะคัดกรองอะไร อย่างคนไข้โรคเรื้อรังจะคัดกรองได้มาก พี่จูนก็จะเอาแบบคัดกรองซึมเศร้าไป แล้วประเมินได้เท่าไร ก็เอามาลง เราสามารถทำได้ทุกงาน สร้างเสริมได้ทุกอย่าง เวลาไปเจอคนไข้ไปเยี่ยมคนไข้ผู้สูงอายุ “เป็นจะได แม่อยู่บ้านมีเครียดซึมเศร้า ท้อแท้กั เออ...บ่เป็นจะได แล้วโรคที่เป็นอยู่เป็นจะไดผอง ลูกสาวท้อง ผัวมันกับมา” เหี้ย...มันก็ไปด้วยกัน เสริมความรู้แต่ละอันอย่างคนไข้ที่มา เรื่องของอาหาร เรื่องของสุขภาพ เพราะฉะนั้น ต้องมองออกดูเป็น แล้วไม่คิดว่าไม่ใช่งานฉัน”

สำหรับมุมมองของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพต่อการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ให้ความสำคัญต่อการคัดกรองเพื่อส่งต่อผู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนให้เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษามาก “*พื้คิดว่าการคัดกรองสำคัญมาก การทำยังงี้ก็ได้ให้คนกลุ่มเสี่ยงได้มา counseling ดีที่สุด ต้องที่ตัวบุคคล เพราะมันเกิดจากในบุคคล*

4.2 การให้ความรู้แก่เครือข่ายแกนนำชุมชนและประชาชนในชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตพบว่า ทางโรงพยาบาลมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล อบต. และ อสม. เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ในหลายด้าน เช่น การสังเกตอาการเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้เข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา “*อบรมแกนนำชุมชนในชุมชนว่า ถ้าเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ควรจะทำยังงิ การสื่อสาร การเข้าถึง การดูแลช่วยเหลือส่งต่อ*

⁴ แบบสอบถาม 2 Q คือ แบบคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น สามารถดำเนินการได้โดย อสม.

⁵ แบบสอบถาม 9 Q คือ แบบคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ใช้คัดกรองขั้นที่ 2 ต่อจากแบบสอบถาม 2 Q และมักดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่

เบื้องต้น” “ความรู้เรื่องของสุขภาพจิต โรคทั่วไป แล้วแต่จะเห็นอะไร เรื่องของซึมเศร้าฆ่าตัวตาย สอนในเรื่องของการสร้างสุขภาพจิตที่ดี การจัดการกับความเครียด ความโกรธ การดูแลผู้ป่วย การส่งต่อ การประเมิน”

สำหรับการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่ประชาชนในลักษณะการจัดกิจกรรมภายในชุมชน โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาในลักษณะการจัดการความเครียด “ทางด้านสุขภาพจิต ต้องให้เขารู้ว่าคนจะมีสุขภาพจิตดีประกอบด้วยอะไรบ้าง จะมาสู่บทเรียนหลายอย่างแล้วแต่เทคนิค เช่น “ตั้งวันนี้เป็นจะได้ผ่อง ออกจากบ้านมาสูสีจะได้ผ่อง” แล้วก็บอกในเรื่องว่า ตั้งแต่สุขภาพจิตดีเสีย มันจะทำให้คนเราปรับตัวอะไรอยู่ได้ ความเครียดระดับพอดีมันก็จะดีกับตัวเรา ทำให้กระฉับกระเฉงกระตุ้นก็ทั่วไป แต่ถ้าเป็นเยอะๆ นานไปเครียดนอนไม่หลับ ซึมเศร้า 2 สัปดาห์เป็นยังไง ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง จนถึงโรคจิตฆ่าตัวตายซึ่งเป็น **impact** สำคัญ โยงไปทั้งหมด เพราะมันเกี่ยวกับเรื่องใจ แล้วจะสอนไป วิธีการจัดการความเครียดคุณทำยังไง ไหนลองดูสิ คราวที่แล้วมาตรงนี้ **get idea** เรื่องของสวดมนต์ เรื่องของแผ่เมตตา ก็เอาตรงนี้เข้ามา พอวันนั้นเป็นวันพระ” “เอาที่มันง่าย ๆ ที่เขาไม่ต้องคิดอะไรมาก เพราะเราต้องดูกลุ่มเวลาเราจะไปสอน”

ลักษณะการให้ความรู้จะมีการประเมินกลุ่มเป้าหมาย ในการให้ความรู้เป็นอันดับแรก และให้ความรู้ในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม “เราต้องวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายก่อน ประเมินความรู้เขาด้วย เราถึงจะจัดกิจกรรมที่จะไป **serve** ได้ถูก ถ้าสอน อสม. ก็อีกอย่างหนึ่ง ชาวบ้าน ผู้สูงอายุ จะเอาอะไรมาที่มันตรงกับเขา ไม่ใช่เอาแต่เนอโรบิก อันนี้พูดให้มองเห็นภาพชัดขึ้นเท่านั้น แล้วกลุ่มเจ้าหน้าที่เราจะต้องนึกถึงขนาดไหน สอนพยาบาลเสีย สอน **counseling** สอนยังงี้ เพราะฉะนั้น ตรงนี้ก็สอนแล้วจะเกิดประโยชน์อะไร สอนแล้วก็ต้องประเมิน”

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคของการให้ความรู้แก่กลุ่มต่างๆ ในชุมชนตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิต คือ ทศนคติของผู้แกนนำสุขภาพจิตในชุมชน “อย่าง อสม. ก็จะบอกว่า เป็นธรรมดาหมอ ไม่ใช่ไรหรอก เรื่องแบบนี้เธอ เพราะฉะนั้นลงลึกไปถึงชุมชน บริบท สิ่งที่สืบทอดมา ความคิด ความเชื่อ การจัดการกับปัญหา พฤติกรรมส่วนบุคคล ฟังหน้าตาเฉยหรือจะเข้าใจที่ว่าคนที่มาทำตรงนี้ก็ยังไม่เชื่อ ไม่เชื่อ” รวมทั้งการไม่ให้ความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเนื่องมาจากการไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน “การที่ประชาชนจะให้เราเข้าถึงก็น้อย พี่ก็ไม่ว่าที่อื่นเขาทำกันยังงี้ อย่างที่ว่าชุมชนเข้มแข็ง ถ้าชุมชนชนบทเรา

นัดประชุมกันอย่างกลางคืนเหี้ย เมื่อก่อนก็จะมีผู้ใหญ่บ้านนัดประชุมตอนกลางคืนทุกคนก็ให้ความร่วมมือมา แต่ถ้าที่มามองเหมือนหมู่บ้านฟู้ที่เชียงใหม่ ผู้ใหญ่บ้านนัดประชุมพ่อแม่พี่ก็ไม่ว่าง บอกว่าเราไม่ได้มีปัญหาไม่รู้จะไปทำไม เหมือนอย่างที่เราประชุมไป หมอมาพูดเรื่องนั้น...ก็ดี แต่บางทีมีงานก็ไม่ไป”

4.3 การดูแลแบบบูรณาการโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใน case ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

เป็นการทำงานประสานงานกับ PCU และ อสม. โดยเน้นการสร้างเครือข่ายติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิต เพื่อความสะดวกต่อการติดตามกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งกลุ่มผู้มีประวัติฆ่าตัวตายในพื้นที่รับผิดชอบ “ในเรื่องของการติดตามตรงนี้ เราต้องมีเครือข่ายในการติดตาม เพราะว่าเราไม่สามารถไปดูแลได้ทั้งหมด เพราะฉะนั้น เครือข่ายสุขภาพจิตของเราในแต่ละที่ก็ต้องสำคัญ ก็ต้องสร้าง” การทำงานเป็นไปในลักษณะการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิต และ อสม. ในพื้นที่ “อย่างคนไข้ถ้าไม่มาตามนัดหมาย ก็จะเป็น case ที่ต้องติดตามเองในชุมชน เราก็ลงตอนบ่ายพร้อมกับน้องเจ้าหน้าที่ที่เขาเป็นเจ้าบ้าน (อสม.).....ก็จะไปเยี่ยมบ้าน โดยประสานมาทาง สอ. ก่อน เพราะเราก็ต้องให้เกียรติ แต่ถ้ามันด่วน เราก็ไปเองได้ เพราะถือว่าคนไข้ก็มารับการรักษากับเราโดยตรงเหมือนกัน”

สำหรับความถี่ในการติดตาม case จากการสัมภาษณ์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตพบว่า ไม่มีการกำหนดจำนวนครั้งของการติดตาม รวมทั้งระยะเวลาที่ case ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่จะยึดตามการพิจารณาของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก “ตอนนี้กรมสุขภาพจิตเขากำหนดตัวชี้วัดมาว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายต้องได้รับการติดตาม แต่เขาไม่บอกว่าติดตามกี่ครั้ง ดังนั้น 1 ครั้ง ก็ถือว่าติดตามซึ่งจริง ๆ ตรงนั้นไม่ใช่คุณภาพอย่างของพี่เหี้ย พี่ตั้งเกณฑ์ไว้อย่างน้อย 6 เดือน และตอนหลังจากงานวิจัยพี่ก็เอางานวิจัยมาใช้ ว่า 6 เดือน ก็ยังมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำ เพราะฉะนั้นพี่ติดตามปหนึ่ง พี่ตั้งตัวชี้วัดของพี่เอง” นอกจากนั้น ตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมสุขภาพจิตไม่ระบุจำนวนครั้งในการติดตาม ดังนั้น บางพื้นที่ติดตามเพียงครั้งเดียวก็ถือว่าตรงตามตัวชี้วัด “คือเขียนแค่ภาพกว้างเกณฑ์พื้นที่ที่มีคนพยายามฆ่าตัวตาย 34 คนเหี้ย ถ้าพี่ไปตาม ทำครั้งเดียวก็ถือว่าได้ร้อยละหมดละค่ะ”

4.4 ปัญหาและอุปสรรคต่องานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในมุมมองของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิต

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตพบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตมองว่าอุปสรรคของการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย เกิดจากการไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากทัศนคติการมองปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยังตีตราผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต **“ทัศนคติในชุมชนก็ยังไม่ดีพอ มองถึงเรื่องการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตก็เป็นเรื่อง stigma อยู่”** ถึงแม้ว่าเราจะพยายามทำว่า **ให้ความสำคัญ พยายามตรงนี้ แต่เราก็ต้องระวัง และ aware ด้วย เพราะเรื่องจิตใจคนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน อย่างเราเห็นว่าคำพูดคำว่า “ไปตายเหี้ยล่อ” และการขาดความตระหนักต่อปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน** **“เอาเขามาก็มาว่าเขาก็กลุ่มพ่อแม่เด็กกลุ่มเสี่ยงมา กลุ่มติดยามา เขาก็ว่าทำไมต้องเป็นเขาล่ะ เขาไม่เห็นมีปัญหาเลย มันจึงยาก”** รวมทั้งการไม่ให้ความร่วมมือของประชาชนเนื่องจากอุปสรรคด้านลักษณะงานที่ไม่เอื้อต่อการให้ความรู้ **“คนที่มาจะได้จาก อสม. ชาวบ้านธรรมดาจะเข้าไม่ถึง เพราะเขาจะไปทำงาน เขาไม่มีเวลา ขนาดลูกเขามีปัญหาเรื่องยาเสพติด เขายังไม่มาเลย เขาบอกว่าเรื่องนี้เล็กน้อยมันอยู่ที่ใจ จัดการได้”**

จากปัญหาลักษณะนี้เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตจึงมองว่า สื่อประชาสัมพันธ์จะสามารถแก้ไขข้อจำกัดของการอบรม เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่คนในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังมองว่าปัจจุบันยังขาดแคลนสื่อประชาสัมพันธ์ในเรื่องนี้อยู่ **“ขาดในเรื่องสื่อ สื่อสำคัญที่เรามองคือ สื่อวิทยุ ทีวี เพราะจัดอบรมเหี้ย ก็ไม่รู้ว่าจะเอากลุ่มเป้าหมายใด”** ซึ่งสื่อประชาสัมพันธ์เหล่านี้ต้องมีเนื้อหาและข้อความที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม **“ถามว่า ถ้าคนสุขภาพจิตดี ความเข้มแข็งทางจิตใจดีเหี้ย ไม่มีใครเขาอยากจะไปตายแค่คำพูดแค่นี้ แต่ตรงนี้ใครจะไปรู้ได้ว่า คนนั้นมีจิตใจอ่อนแออ่อนไหว แค่เขาพูด เพราะฉะนั้น เรื่องของคำพูดมันก็ sensitive ต่อบางคน ดังนั้นก็คือ จะทำยังไงในเรื่องสื่อ อยากจะให้ออกมาในเชิง positive”**

4.5 ระบบรองรับอื่น ๆ ได้แก่ การให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต

ปัจจุบันสายด่วนสุขภาพจิตที่เปิดให้บริการและอยู่ในความดูแลของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 2 เลขหมาย ได้แก่ 1323 และ 1667 ซึ่งยังไม่มีบริการที่เป็นเลขหมายเดียว และเป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไป รวมทั้งแต่ละเลขหมายที่ให้บริการก็มีข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป เช่น

โทรติดยาก บริการให้คำปรึกษาน้อย เพียงครั้งละ 40 นาที หากพอใจกับน้ำเสียงและคำตอบของ
ผู้ให้คำปรึกษาคนใดจะไม่สามารถโทรไปปรึกษากับคนเดิมได้ เพราะผู้ให้คำปรึกษาจะเปลี่ยนกันไป
ในแต่ละวัน หรือบางเลขหมายให้บริการไม่ตลอด 24 ชั่วโมง บางเลขหมายมีข้อจำกัดด้านเวลา
ได้แก่ บางช่องให้บริการเพียง 15 นาที หรือบางเลขหมายเป็นระบบตอบรับอัตโนมัติจึงไม่เหมาะกับ
ผู้มีความเครียด เป็นต้น

จากการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ประชาชนเกือบทั้งหมดไม่ทราบว่ามียบริการ
ให้คำปรึกษาเช่นนี้ทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีผู้รู้จักแต่ทุกคนเห็นด้วยกับการให้บริการ
ทางโทรศัพท์ ด้วยเหตุผลที่ว่าสามารถพูดคุยปรึกษาได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องการเปิดเผยความลับ
รวมทั้ง เมื่อเทียบกับการปรึกษานักจิตวิทยาการแพทย์แล้ว การรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์มีความ
สะดวกในแง่ที่ว่าเป็นการลดการถูกนินทาว่าเป็น “ผีบ้า” หากต้องมาขอคำปรึกษาที่ฝ่ายสุขภาพจิต
ของโรงพยาบาล “เข้าห้อง 32 ใครก็พูดว่าเข้าห้องผีบ้า อันนี้แหละข้อใหญ่เลย ห้อง
สุขภาพจิตเขาเรียกว่าห้องผีบ้า” “ถ้าจะเป็นหน้าต่อหน้า มันเลยอาย เพราะต่างคนต่างไม่
รู้จักกันไง น่าจะดีกว่าปรึกษาคณะบ้านเดียวกัน” “ว่าสายด่วนน่าจะโอเคกว่า ประชาสัมพันธ์
สายด่วนปรึกษาปัญหาเรื่องสุขภาพจิต คืออย่างน้อย สมมุติว่าถ้ามีปัญหา ห้องก็ไม่มีใครที่
ที่ก็ไม่รู้จักห้อง คือ มันดูเป็นความลับดีใจ” “ไม่มีใครรู้ปัญหาของกันและกัน เพราะเราก็
ไม่ได้รู้จักคนที่ให้คำปรึกษา เขาน่าจะกล้าพูดมากกว่าที่ว่านะ” โดยมองบทบาทของ อสม. ว่า
อาจเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบ “แต่เราต้องประชาสัมพันธ์ว่าให้โทรไปเบอร์
ไหน อย่าง อสม. ก็ประชาสัมพันธ์ให้ไปติดจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ว่า ใครมีปัญหา
สุขภาพจิตให้โทรไปเบอร์นี้”

สำหรับกลุ่ม อสม. บางราย เคยได้ยินว่ามีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยทราบข้อมูลผ่าน
สื่อโทรทัศน์ “อันนี้ (สายด่วนสุขภาพจิต) เคยรู้ที่เคยดูในทีวีว่า ถ้ามีปัญหาหาที่โทรมาอันนี้”
แต่ไม่ทราบเลขหมายที่ใช้สำหรับการโทรปรึกษา และส่วนใหญ่จะอิงการรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่
ฝ่ายสุขภาพจิตเป็นหลัก “ทุกวันนี้เอาหมอเป็นที่พึ่ง” อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มนี้ก็เห็นด้วยว่าการให้
คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นช่องทางหนึ่งที่เหมาะสมต่อการรับการปรึกษา เนื่องจากไม่ต้องกังวลว่า
จะเจอคนรู้จักหากมารับคำปรึกษาที่โรงพยาบาล “บางคนกลัวเขารู้ กลัวคนรู้ว่าเป็นผีบ้า ไป
โรงพยาบาลอาจจะไปเจอคนนั้น ถามว่ามาทำไม” รวมทั้งจะสะดวกใจว่าการปรึกษาต่อหน้า
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข “มีประโยชน์นะ บางที่เราไปพูดกับหมอ อาจจะเขิน อาจจะไม่กล้า พูด
โทรศัพท์มันสะดวกพูด ที่ว่าน่าจะเป็นแบบนี้ก็ดี”

สำหรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตมองว่า ระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการให้คำปรึกษา “ยาก อย่างของพี่เมื่อก่อนก็ว่าจะทำสายด่วนขอเบอร์โทรที่สุขภาพจิตแบบไม่ต้องรอสายนะ(ขอเบอร์กลางจากทางโรงพยาบาล) เขาก็บอกว่าขนาดทำงานสุขภาพจิตแบบนี้ยังไม่ว่างเลย จะไปดูแลคนไข้ใน ward ก็ยังไม่มีเวลาแล้วยังจะให้มาทำสายด่วนเหี้ย มันจะไปกันใหญ่แล้ว ถ้าไม่มี case ก็ถือว่าว่างงานอีก ถ้าคุณยอมลงทุนเหมือนสวนปรุงเอาเวลาไปให้การปรึกษานอกเวลาเขาก็อาจจะทำได้อยู่” นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านการขาดการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเป้าหมาย “ประชาสัมพันธ์ไปแต่ก็ยังไม่ค่อยทั่วถึง พี่ก็ยังไม่ได้ใช้บริการแต่ก็บอกต่อนะว่าเบอร์นั้น ๆ บอกในชุมชน เขาก็ว่ามันเป็นเรื่องไกลตัวเขา”

บทที่ 4

อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษา

1. สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

หากพิจารณาว่าการฆ่าตัวตายเป็นเสมือนปรากฏการณ์ยอดภูเขาน้ำแข็งซึ่งโผล่พ้นน้ำขึ้นมาให้เห็นได้เพียงส่วนน้อย ปัญหาที่ใหญ่กว่าซึ่งถูกปกปิดอยู่ภายใต้ผืนน้ำนั้นคือ การเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และความช่วยเหลือทางสังคมของผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก รวมถึงทักษะในการสังเกตอาการแสดงของผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านสังคมและการแพทย์ เนื่องจากปัญหาทางจิตใจมีความซับซ้อน และสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต ครอบครัว และสังคม มีความเป็นพลวัต กล่าวคือ สามารถเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงตามเหตุปัจจัยต่างๆ นอกจากนี้ การตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำได้ยาก การพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง เช่น การเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อ หรือการคัดกรองโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จึงแทบเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและคนรอบข้าง จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเป็นผู้เฝ้าระวัง วินิจฉัยเบื้องต้น และส่งต่อไปบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็น

หากพิจารณาตามกรอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่พบในชุมชนนั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกับกรอบการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายอันได้แก่ ปัจจัยเรื่องค่านิยม วัฒนธรรม และพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งนักวิจัยได้เลือกประเด็นต่างๆ ได้แก่ ค่านิยมเรื่องวัตถุ ชู้สาว ซาดิสม์ ความซื่อสัตย์ การโกหก และการนินทา ในส่วนปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นนั้น ได้เลือกประเด็นเรื่องหนี้สิน สุขภาพ ความพอใจต่อชุมชน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มาพิจารณา ซึ่งได้พบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องมุมมองของกลุ่ม case ที่มีต่อเรื่องชู้สาว โดยมองว่าเป็นเรื่องปกติมากกว่ากลุ่ม control หรือเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่ากลุ่ม case นั้น มีร้อยละของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างอันตรายมาก สูงกว่ากลุ่ม control (7.4 และ 3.3 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั้งประเทศ ในการศึกษาของ มนตร์ธม และคณะ (2551) ที่แสดงให้เห็นว่าประชากรทั่วประเทศ มีการดื่มในระดับอันตราย

มาก ร้อยละ 5.4 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่พบจากการศึกษาเชิงลึกนั้น มีความคล้ายคลึงกับที่พบจากการศึกษาอื่นๆ โดยแบ่งได้ 4 ประเภท ได้แก่ การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง และการสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง อย่างไรก็ตาม แม้ผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีการสื่อสาร แต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่ไม่ทราบ จึงมีได้ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด และการฆ่าตัวตายนั้นมักเกิดภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากสื่อสารสัญญาณฆ่าตัวตายออกไป

3. ข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับระบบสวัสดิการสังคม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นช่องทางที่น่าสนใจในการสื่อสาร เพื่อเข้าถึงประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน และการสื่อสารระหว่างบุคคลผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึง อสม. และแกนนำในชุมชน ทั้งนี้ ในเขตพื้นที่ที่ศึกษาพบว่า การให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักและทักษะผ่านวิทยุชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะเป็นช่องทางที่สำคัญและควรได้รับการศึกษาพัฒนาอย่างละเอียดทั้งด้านรูปแบบ เนื้อหา และภาษาที่เหมาะสมรวมถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารในพื้นที่ทดลองในอนาคต

ถึงแม้ว่าพื้นที่ศึกษานี้มีระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 บุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัดและในโรงพยาบาลทุกแห่งมีความตื่นตัว มีความรู้ และมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะ อสม. ไม่ตระหนัก ขาดความมั่นใจ เครื่องมือที่มีความเหมาะสม และทักษะในการเฝ้าระวังดูแลและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (ในพื้นที่ศึกษาไม่มีสถานีนอมา้ย จึงไม่สามารถประเมินศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในสถานีนอมา้ยได้) ความท้าทายประการต่อมา ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ และเครื่องมือสำหรับผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรในสถานีนอมา้ย และโรงพยาบาล ให้สามารถจัดการกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกันในทุกระดับ บทเรียนซึ่งอาจใช้เป็นกรณีตัวอย่างที่

ใกล้เคียง ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการโรคติดต่อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก (ARIC) ซึ่งพัฒนาวิธีการวินิจฉัยโรค และแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน สำหรับบุคลากรในระดับต่างๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ตามข้อจำกัดด้านศักยภาพและเครื่องมืออุปกรณ์ ส่งผลให้การวินิจฉัย ดูแล และส่งต่อผู้ป่วยมีความเหมาะสมและสอดคล้อง มีการประเมินผลและพบว่า แนวทางดังกล่าวสามารถลดอัตราการตาย และการนอนโรงพยาบาล รวมถึงการใช้จ่ายประวิชีวนะที่ไม่จำเป็น หากมีการประยุกต์ใช้บทเรียนนี้สำหรับดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้สำเร็จ จะทำให้มีความเชื่อมต่อของบริการและสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. เป็นผู้ที่มีโอกาสใกล้ชิดมากที่สุดกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เพื่อเป็นการเชื่อมต่อความต้องการบริการสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นจากการสร้างความรู้ ความตระหนักแก่ประชาชน ตามข้อเสนอแนะข้างต้น ผู้วิจัยพิจารณาว่า บริการโทรศัพท์สายด่วน (hotline สุขภาพจิต) ที่จัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นช่องทางหนึ่งที่มีความจำเป็น ทั้งในกรณีที่ให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตปรึกษาเรื่องของตนเองหรือประชาชนทั่วไป ปรึกษาปัญหาของบุคคลใกล้ชิด บริการนี้มีจุดเด่น คือ ผู้เข้ารับคำปรึกษาไม่จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้มีความง่ายในการขอรับบริการปรึกษาอย่างตรงไปตรงมา หากมีการบริหารจัดการที่ดีจะสามารถสร้างมาตรฐานในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ทั้งในกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน นอกจากนั้น สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการให้บริการมาใช้ในการวางแผน และติดตามประเมินผลในภาพรวมได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดที่พบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า (1) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงบริการให้คำปรึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน (2) บริการดังกล่าวยังไม่ทั่วถึงและไม่ได้ให้บริการทุกวันและทุกเวลา (3) ขาดการเชื่อมต่อของบริการให้คำปรึกษากับการให้บริการในสถานพยาบาล ในกรณีที่ผู้เข้ารับคำปรึกษายินดีเปิดเผยตนเอง ดังนั้น การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้มีศักยภาพในการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง มีระบบสนับสนุนอย่างยั่งยืน และเป็นที่รู้จักของประชาชนทุกคนเป็นสิ่งที่ท้าทายและควรศึกษาเพื่อดำเนินงานในอนาคตอันใกล้

4. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาในเฉพาะพื้นที่ที่นักวิจัยเจาะจงเลือก ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตชนบท ผลการศึกษานี้อาจไม่สะท้อนสถานการณ์การฆ่าตัวตาย และสภาพปัญหาของพื้นที่ในเขตเมืองหรือชนบทแห่งอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสำรวจสถานการณ์และทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน นักวิจัยจึงใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และมีช่วงระยะเวลาในการศึกษาก่อนข้างสั้น แผนดำเนินการต่อไปคือ การสำรวจสถานการณ์และทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาของพื้นที่ใน

เขตเมือง ที่มีความแตกต่างจากพื้นที่ในการศึกษานี้ ทั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบที่ได้และยืนยันสมมติฐานเดิมบางอย่าง จากนั้น นักวิจัยร่วมกับกรมสุขภาพจิต และราชวิทยาลัยจิตแพทย์ จะพัฒนาระบบและเครื่องมือในการสื่อสารกับประชาชน แนวทางเฝ้าระวัง วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตสำคัญ เพื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริงและประเมินประสิทธิผล/ประสิทธิภาพต่อไป

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม ชุด A

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

แบบสอบถามความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน

คำชี้แจงโครงการวิจัย

“สวัสดีค่ะหนูชื่อ (ชื่อตนเอง) มาจากกระทรวงสาธารณสุข วันนี้หนูจะมาสอบถามท่านเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขของชุมชนแห่งนี้”

“การสอบถามจะใช้เวลา 20 นาที หากท่านไม่สบายใจที่จะตอบคำถาม สามารถหยุดได้ตลอดเวลา หนูขอรับรองว่าคำตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปวิเคราะห์เป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูลแต่อย่างใด จึงขอให้ท่านสบายใจและตอบคำถามตามความเป็นจริง บางคำถามเป็นการสอบถามความคิดเห็น ขอให้ท่านไม่ต้องกังวล เพราะจะไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด หนูขอเริ่มการสัมภาษณ์เลยนะคะ”

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

ผู้สัมภาษณ์

ผู้ตรวจแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐

1. ชาย

☐

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา (หรือกำลังศึกษา)

☐

1. ไม่ได้ศึกษา

☐

2. ประถมศึกษา

☐

3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

☐

4. อนุปริญญา ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

☐

5. ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ชั้น

4. ท่านเกิดที่ชุมชนแห่งนี้ใช่หรือไม่

☐

1. ใช่ (ข้ามไปทำข้อ 6)

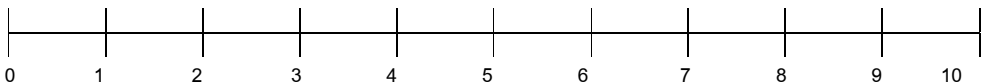
☐

2. ไม่ใช่

5. ท่านย้ายมาอาศัยที่ชุมชนแห่งนี้เป็นระยะเวลา.....ปี

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อชุมชน

ถ้าให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนนี้ จาก 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง มีความน่าอยู่น้อยที่สุด และ 10 มีความน่าอยู่มากที่สุด
ท่านจะให้คะแนนเท่าไร



เหตุใดท่านจึงให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนเช่นนั้น

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 ค่านิยมของท่านและชุมชน

คำถามต่อไปนี้ จะเป็นการถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่าน โดยคำถามแต่ละข้อจะมีตัวเลือกเพียง 2 ตัวเลือก ขอให้ท่าน เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องกังวลว่าจะผิดหรือถูก

1. ครอบครัวแบบใดที่ท่านคิดว่ามีความสุขมากกว่ากัน
 - ก. มีบ้านและรถเป็นของตนเอง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วน แต่ไม่มีเวลารับประทานอาหารเย็นร่วมกัน
 - ข. สมาชิกทุกคนรับประทานอาหารเช้าเย็นร่วมกัน แต่ไม่มีรถและสิ่งอำนวยความสะดวกใดๆ
 - ค. เลือกไม่ตอบ
2. หากมีเงิน 500 บาท ตกอยู่กลางถนน ท่านคิดว่าคนในชุมชนของท่านส่วนใหญ่จะอย่างไร
 - ก. เก็บไว้ใช้เอง
 - ข. ปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น
 - ค. เลือกไม่ตอบ
3. หากพบเงิน 5,000 บาท ตกอยู่กลางถนน ท่านคิดว่าในชุมชนของท่านส่วนใหญ่จะอย่างไร
 - ก. เก็บไว้ใช้เอง
 - ข. ปล่อยทิ้งไว้ตรงนั้น
 - ค. เลือกไม่ตอบ
4. ท่านคิดอย่างไรกับการนินทา
 - ก. นินทาเป็นการลงโทษทางสังคมของคนที่ไม่ดี
 - ข. นินทาอาจเป็นวิธีในการทำร้ายผู้บริสุทธิ์
 - ค. เลือกไม่ตอบ
5. ท่านคิดอย่างไรกับการโกหก
 - ก. พูดได้เมื่อจำเป็น
 - ข. ต้องไม่พูดโกหก
 - ค. เลือกไม่ตอบ
6. ท่านคิดอย่างไรกับการมีก๊ิกของคนในชุมชน
 - ก. เป็นเรื่องปกติ
 - ข. เป็นปัญหาของชุมชน
 - ค. เลือกไม่ตอบ
7. ท่านคิดว่าคนในชุมชนจะอิจฉาท่านหรือไม่ หากบ้านท่านซื้อรถคันใหม่ราคาแพง
 - ก. อิจฉา
 - ข. ไม่อิจฉา
8. ท่านหรือครอบครัวของท่านเคยดูดวง ผูกดวง หรือสะเดาะเคราะห์หรือไม่
 - ก. เคย
 - ข. ไม่เคย
9. ท่านเชื่อเรื่องการเกิดใหม่ในชาติหน้าอย่างไร
 - ก. ตายแล้วเกิดใหม่
 - ข. ตายแล้วสิ้นสุดไม่เกิดใหม่

ภาคผนวก ข: แบบสอบถามชุด B

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

แบบสอบถามความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน

คำชี้แจงโครงการวิจัย

“สวัสดีค่ะหนูชื่อ (ชื่อตนเอง) มาจากกระทรวงสาธารณสุข วันนี้หนูจะมาสอบถามท่านเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขของชุมชนแห่งนี้”

“การสอบถามจะใช้เวลา 20 นาที หากท่านไม่สบายใจที่จะตอบคำถาม สามารถหยุดได้ตลอดเวลา หนูขอรับรองว่าคำตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ จึงขอให้ตอบตามความเป็นจริง และบางคำถามเป็นการสอบถามความคิดเห็น ขอให้ท่านไม่ต้องกังวลเพราะจะไม่ข้อผิด หนูขอเริ่มการสัมภาษณ์เลยนะคะ”

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่.....

.....

ผู้สัมภาษณ์

.....

ผู้ตรวจแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. (ไม่ต้องถาม) เพศ

☐ 1. ชาย☐ 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่จบ (หรือกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน)

☐ 1. ไม่ได้ศึกษา☐ 2. ประถมศึกษา☐ 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า☐ 4. ปริญญา อนุปริญญา หรือสูงกว่า☐ 5. ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ชั้น

4. ท่านเกิดที่หนองสมณะหรือไม่

☐ 1. ใช่ (ข้ามไปทำข้อ 6)☐ 2. ไม่ใช่

5. ท่านย้ายมาที่หนองสมณะนานเท่าใด.....ปี

6. (บ้านนี้อยู่กันกี่คน) ครอบครัวท่านมีสมาชิกกี่คน.....คน (จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง สมาชิกที่อาศัยด้วยกัน มีค่าใช้จ่ายภายในบ้านร่วมกัน ไม่ได้หมายถึง ครัวเรือนตามเลขที่บ้าน โดยนับรวมผู้ตอบแบบสอบถามด้วย)

7. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยใครบ้าง (สำหรับตัวผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ขีดเส้นใต้)

☐ 1. พ่อ

อายุ.....ปี

☐ 2. แม่

อายุ.....ปี

☐ 3. สามี/ภรรยา

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 4. พ่อ/แม่ ของสามี/ภรรยา

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 5. พี่สาว/น้องสาว (ทั้งของตนเอง และของสามี/ภรรยา) จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน☐ 6. พี่ชาย/น้องชาย (ทั้งของตนเอง และของสามี/ภรรยา) จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน☐ 7. บุตรสาว

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 8. บุตรชาย

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 9. หลานชาย/หลานสาว

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 10. ญาติ

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

☐ 11. อื่นๆ ระบุ.....

จำนวน.....คน เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-69 ปี.....คน

8. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ปีมะโรง) ครอบครัวของท่านมีคนเกิดใหม่ หรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุจำนวน.....คน
- คนที่ 1 ระบุปีที่เกิด.....
- คนที่ 2 ระบุปีที่เกิด.....
- คนที่ 3 ระบุปีที่เกิด.....
- คนที่ 4 ระบุปีที่เกิด.....
- คนที่ 5 ระบุปีที่เกิด.....

9. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ปีมะโรง) ครอบครัวของท่าน มีคนที่เสียชีวิตหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุจำนวน.....คน
- คนที่ 1 ระบุปีที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....อายุที่เสียชีวิต.....ปี
- คนที่ 2 ระบุปีที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....อายุที่เสียชีวิต.....ปี
- คนที่ 3 ระบุปีที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....อายุที่เสียชีวิต.....ปี
- คนที่ 4 ระบุปีที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....อายุที่เสียชีวิต.....ปี
- คนที่ 5 ระบุปีที่เสียชีวิต.....สาเหตุการเสียชีวิต.....อายุที่เสียชีวิต.....ปี

10. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาในบ้านที่ท่านอาศัยอยู่นี้มีคนย้ายออกหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุจำนวน.....คน
- คนที่ 1 เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร.....สาเหตุการย้ายออก.....
- คนที่ 2 เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร.....สาเหตุการย้ายออก.....
- คนที่ 3 เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร.....สาเหตุการย้ายออก.....
- คนที่ 4 เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร.....สาเหตุการย้ายออก.....
- คนที่ 5 เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร.....สาเหตุการย้ายออก.....

11. ปัจจุบันท่านมีรายได้ในแต่ละเดือน เป็นจำนวน.....บาท (หากมีรายได้จากสามเ็น = 0)

12. ในเดือนที่ผ่านมา ท่านมีค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อไปนี้หรือไม่ และประมาณเท่าไร

- ☐ 1. อาหาร เครื่องดื่ม (ไม่รวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์).....บาท
- ☐ 2. ค่ารักษาพยาบาล ตรวจสอบสุขภาพ ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ.....บาท
- ☐ 3. ภาพยนตร์.....บาท
- ☐ 4. ยาสูบ/บุหรี่.....บาท
- ☐ 5. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....บาท
- ☐ 6. หวย (บนดินและใต้ดิน).....บาท
- ☐ 7. เงินเดิมพันอื่นๆ เช่น ตีไก่ แทงบอล.....บาท

13. ปัจจุบันท่านหรือสมาชิกในครอบครัวท่านได้กู้ ยืม หรือเชื่อเงิน หรือสิ่งของ เช่น ข้าวสาร ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง จากคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่

☐ 1. ไม่มี (ข้ามไปถามส่วนที่ 2)

☐ 2. มี

14. เงิน หรือสิ่งของที่กู้ ยืม หรือเชื่อ เหล่านั้นท่านได้มาจากแหล่งใด (ถ้ามากกว่า 2 แหล่ง ให้บันทึกแหล่งที่กู้ส่วนใหญ่ ไม่เกิน 2 แหล่ง)

☐ 1. ธนาคารพาณิชย์

☐ 2. สหกรณ์ออมทรัพย์ /สวัสดิการของหน่วยงาน

☐ 3. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

☐ 4. กองทุนหมู่บ้าน / ชุมชนเมือง

☐ 5. ธนาคารอาคารสงเคราะห์ / ธนาคารออมสิน

☐ 6. บุคคลอื่นภายนอกครัวเรือน (รวมแซร์)

☐ 7. สถาบันการเงิน และแหล่งเงินทุนอื่น

☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....

15. จำนวนหนี้สินทั้งสินที่ยังมีอยู่ (เมื่อสิ้นเดือนที่แล้ว) รวมทั้งสิ้น.....บาท

หนี้ในระบบ.....บาท (ธนาคาร สถาบันการเงิน สหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ)

หนี้นอกระบบ.....บาท (บุคคลทั่วไป รวมแซร์)

16. ในเดือนที่แล้วครอบครัวของท่านได้มีหนี้โดยการกู้ ยืม เชื้อ หรือเริ่มค้างชำระเงินค่าใช้จ่าย / ผ่อนส่ง หรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มีระบุจำนวนทั้งสิ้นบาท

หนี้ในระบบ จำนวนบาท

หนี้นอกระบบ จำนวน.....บาท

ส่วนที่ 2 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ 1. ไม่ดื่ม ☐ 2. ดื่ม (ข้ามไปคำถามข้อ 5)

2. ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ 1. ไม่เคยดื่ม (ข้ามไปคำถามข้อ 4) ☐ 2. เคยดื่ม

3. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานเท่าไร.....ปี.....เดือน

4. ท่านไม่ดื่มแอลกอฮอล์เพราะสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดชอบร้อง
☐ 2. กลัวเป็นโรค
☐ 3. ป่วย มีปัญหาสุขภาพ หรือเป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกดื่ม
☐ 4. ไม่มีเพื่อนดื่มสังสรรค์
☐ 5. ถือศีล
☐ 6. เปลืองเงิน
☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระหว่าง 30 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ 1. ไม่ดื่ม ☐ 2. ดื่ม

6. ระหว่าง 30 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใดบ้าง

(ลงบันทึกตามรูปภาษาจะบรรจุในคู่มือแบบสอบถาม) ตอบเรียงลำดับจากปริมาณมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 อันดับแรก

- ☐ 1. เหล้าขาว ☐ 2. เบียร์
☐ 3. สุราสียี่ห้อไทย ☐ 4. สุราสียี่ห้อต่างประเทศ
☐ 5. สุราหมัก (อุ กระแช่ สาโท ฯลฯ) ☐ 6. สุรากลั่นชุมชน
☐ 7. ไวน์ / แชมเปญ ☐ 8. บรั่นดี
☐ 9. สุราผสมน้ำผลไม้ ☐ 10. สุราจีน / เหล้าไทย
☐ 11. เช่ยงซุน ☐ 12. ยาตองเหล้า
☐ 13. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ลำดับที่ 1.....

ลำดับที่ 2.....

ลำดับที่ 3.....

7. ระหว่าง 30 วัน ก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน และปริมาณเท่าใด

ให้ตอบเรียงลำดับ 1 – 3 ตามข้อ 6

ความถี่

- ☐ 1. 5 - 7 วัน/สัปดาห์
☐ 2. 3 - 4 วัน/สัปดาห์
☐ 3. 1 - 2 วัน/สัปดาห์
☐ 4. 1 - 3 วัน/เดือน

หน่วยดื่ม (ลงบันทึกตามรูปภาชนะบรรจุในคู่มือแบบสอบถาม)

เหล้า:

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ขวด 150 ซีซี | ☐ 12. ฟา 10 ซีซี |
| ☐ 2. ขวดแบน 330 ซีซี | ☐ 13. ฟา 20 ซีซี |
| ☐ 3. ขวดแบน 350 ซีซี | ☐ 14. แก้ว 30 ซีซี |
| ☐ 4. ขวดกลม (เหล้าขาว) 330 ซีซี | ☐ 15. แก้ว 100 ซีซี |
| ☐ 5. ขวดกลม (เหล้าขาว) 625 ซีซี | ☐ 16. แก้ว 180 ซีซี |
| ☐ 6. ขวดกลม (เหล้าขาว) 700 ซีซี | ☐ 17. แก้ว 245 ซีซี |
| ☐ 7. ขวดกลม 700 ซีซี | ☐ 18. แก้ว 255 ซีซี |
| ☐ 8. ขวดเหลี่ยม 700 ซีซี | ☐ 19. แก้ว 280 ซีซี |
| ☐ 9. ขวดเหลี่ยม 750 ซีซี | ☐ 20. แก้ว 300 ซีซี |
| ☐ 10. ขวดเหลี่ยม 1000 ซีซี | ☐ 21. แก้วมีหู 275 ซีซี |
| ☐ 11. ขวดเหลี่ยม 1500 ซีซี | ☐ 22. แก้วมีหู 500 ซีซี |

เบียร์:

- | | |
|---|--|
| ☐ 23. กระป๋อง 330 ซีซี | ☐ 28. แก้ว 280 ซีซี |
| ☐ 24. กระป๋อง 500 ซีซี | ☐ 29. แก้ว 355 ซีซี |
| ☐ 25. ขวด 330 ซีซี | ☐ 30. แก้วทรงสอบ 320 ซีซี |
| ☐ 26. ขวด 640 ซีซี | ☐ 31. แก้วมีหู 285 ซีซี |
| ☐ 27. แก้ว 245 ซีซี | ☐ 32. เหยือก 1000 ซีซี |

ไวน์ น้ำผลไม้ สุราแช่ สาโท อุ :

- | | |
|--|--|
| ☐ 33. แก้ว (ไวน์) 100 ซีซี | ☐ 38. ขวด (สุราแช่ สาโท) 700 ซีซี |
| ☐ 34. ขวด (ไวน์) 700 ซีซี | ☐ 39. อุ 1,000 ซีซี |
| ☐ 35. ขวด (น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์) 330 ซีซี | ☐ 40. อุ 2,000 ซีซี |
| ☐ 36. ขวด (สุราแช่ สาโท) 330 ซีซี | ☐ 41. อุ 3,000 ซีซี |
| ☐ 37. ขวด (สุราแช่ สาโท) 640 ซีซี | |

ลำดับที่ 1	ความถี่.....
	หน่วยดื่ม.....
	จำนวนที่ดื่ม.....
ลำดับที่ 2	ความถี่.....
	หน่วยดื่ม.....
	จำนวนที่ดื่ม.....
ลำดับที่ 3	ความถี่.....
	หน่วยดื่ม.....
	จำนวนที่ดื่ม.....
*จำนวนที่ดื่ม กรณีดื่มไม่ครบเต็มหน่วย ให้บันทึกค่าเป็นทศนิยม เช่น ดื่มครึ่งขวด ให้บันทึกเป็น 0.5 หรือ ดื่ม 5 คนต่อขวด ให้บันทึกเป็น 0.2 คิดตามปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดนั้น	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิต

EQ5D

ต่อไปนี้จะถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน โดยจะมีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีตัวเลือก
ให้ท่านเลือก 3 แบบ ขอให้เลือกตัวเลือกที่ตรงกับสุขภาพของท่านในขณะนั้นมากที่สุด

1. การเคลื่อนไหว

- ☐ 1. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ☐ 2. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง
- ☐ 3. ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง

2. การดูแลตนเอง

- ☐ 1. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง
- ☐ 2. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือการแต่งตัวบ้าง
- ☐ 3. ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำ หรือแต่งตัวด้วยตนเองได้

3. กิจกรรมที่ท่านเป็นประจำ (เช่น การทำงาน การเรียนหนังสือ การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง)

- ☐ 1. ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำ
- ☐ 2. ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำอยู่บ้าง
- ☐ 3. ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำได้

4. ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

- ☐ 1. ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย
- ☐ 2. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง
- ☐ 3. ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด

5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

- ☐ 1. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ☐ 2. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ☐ 3. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด

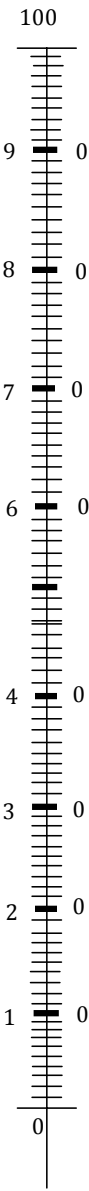
ถ้าให้คะแนนภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ จาก 0 ถึง 100 โดยที่ 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้สึกแย่ที่สุด และ 100
หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ท่านคิดว่าดีที่สุด ท่านจะให้คะแนนภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้เท่าไร

ให้กากบาทที่บนสเกลวัดระดับสุขภาพที่ตรงกับ
ภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้

เหตุใดท่านจึงให้คะแนนสุขภาพตัวเองเช่นนั้น

ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้สึก ว่า ดีที่สุด

ภาวะสุขภาพที่ท่านรู้สึก ว่า แย่ที่สุด



ส่วนที่ 4 คำนิยมของท่านและชุมชน

คำถามต่อไปนี้จะเป็นการถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของ (ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) โดยคำถามแต่ละข้อจะมีตัวเลือกเพียง 2 ตัวเลือกเท่านั้น ขอให้ (ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) เลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับความคิดของ (ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ) มากที่สุด โดยไม่ต้องกังวล เพราะจะไม่มีถูกไม่มีผิด

1. ครอบครัวแบบใดที่ท่านคิดว่าจะมีความสุขมากกว่ากัน

- ก. มีบ้านและรถเป็นของตนเอง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบถ้วนแต่ไม่มีเวลารับประทานอาหารเย็นร่วมกัน
- ข. สมาชิกทุกคนรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน แต่ไม่มีรถและสิ่งอำนวยความสะดวกใดๆ
- ค. เลือกไม่ตอบ

2. หากมีเงิน 500 บาท ตกอยู่กลางถนน ท่านคิดว่าคนในชุมชนของท่านส่วนใหญ่จะอย่างไร

- ก. เก็บไว้ใช้เอง
- ข. ปลอยทิ้งไว้ตรงนั้น
- ค. เลือกไม่ตอบ

3. หากพบเงิน 5,000 บาท ตกอยู่กลางถนน ท่านคิดว่าในชุมชนของท่านส่วนใหญ่จะอย่างไร

- ก. เก็บไว้ใช้เอง
- ข. ปลอยทิ้งไว้ตรงนั้น
- ค. เลือกไม่ตอบ

4. ท่านคิดอย่างไรกับการนินทา

- ก. นินทาเป็นการลงโทษทางสังคมของคนที่ทำไม่ดี
- ข. นินทาอาจเป็นวิธีในการทำร้ายผู้บริสุทธิ์
- ค. เลือกไม่ตอบ

5. ท่านคิดอย่างไรกับการโกหก

- ก. พูดได้เมื่อจำเป็น
- ข. ต้องไม่พูดโกหก
- ค. เลือกไม่ตอบ

6. ท่านคิดอย่างไรกับการมีกิ๊กของคนในชุมชน

- ก. เป็นเรื่องปกติ
- ข. เป็นปัญหาของชุมชน
- ค. เลือกไม่ตอบ

7. ท่านคิดว่าคนในชุมชนจะอิจฉาท่านหรือไม่ หากท่านซื้อรถคันใหม่ราคาแพง

- ก. อิจฉา
- ข. ไม่อิจฉา

8. ท่านหรือครอบครัวของท่านเคยดูดวง ผูกดวง หรือสะเดาะเคราะห์หรือไม่

- ก. เคย
- ข. ไม่เคย

9. ท่านเชื่อเรื่องการเกิดใหม่ในชาติหน้าอย่างไร

- ก. ตายแล้วเกิดใหม่
- ข. ตายแล้วสิ้นสุดไม่เกิดใหม่

ส่วนที่ 5 ความน่าอยู่ของชุมชน

ถ้าให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนนี้ จาก 0 – 10 โดยที่ 0 หมายถึง มีความน่าอยู่น้อยที่สุด และ 10 มีความน่าอยู่มากที่สุด
ท่านจะให้คะแนนเท่าไร



เหตุใดท่านจึงให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนเช่นนั้น

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค: ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การศึกษา

- หน้าที่ ความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพการทำงาน ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบันของท่าน
- กรุณาอธิบายภาพรวมของฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาล ว่ามีการเริ่มต้นนโยบายป้องกันการทำร้ายตนเอง⁶ เมื่อใด อย่างไร และที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ได้มีวิธีการดำเนินการมาแล้วอย่างไรบ้าง
- กรุณาเล่าถึงหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบ ในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (เช่น พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมบุคลากรในการให้คำปรึกษาเชิงลึก การสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น และในการกิจเหล่านั้นใครเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนใดบ้าง และพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบเน้นที่ภารกิจใดเป็นหลัก)
- ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน มีใคร หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน เช่น หน่วยงานของภาครัฐ เอกชน NGOs
- การดำเนินงานในด้านการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใด (เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิธีจัดการความเครียด ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
- มีกิจกรรมหลักอะไรบ้าง (เช่น ให้ความรู้ผ่าน อสม. เอกสารเผยแพร่ความรู้ แผ่นพับ ชุมนิทรรศการ เป็นต้น) มีกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง (กลุ่มวัยรุ่น คนทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชาชนทั่วไป)
- ท่านคิดว่ากิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาด้านใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขบ้าง
- กรุณาเล่ากิจกรรมดำเนินงานในพื้นที่ที่ท่านภาคภูมิใจ (กิจกรรมเด่น) ว่ามีโครงการอะไรบ้าง
- ท่านคิดว่าหากต้องการให้การดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่าน ท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไร จะปรับปรุงแก้ไขวิธีการเดิมที่มีอยู่ หรือต้องเพิ่มเติมนั่นอย่างไร รวมถึงท่านคิดว่าวิธีนั้นจะมีผลดี ผลเสีย หรือปัญหาอุปสรรค ภายในหน่วยงานของท่านอย่างไร
- ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงาน เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองประสบความสำเร็จในพื้นที่นี้

⁶ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า “ทำร้ายตนเอง” แทนคำว่า “พยายามฆ่าตัวตาย” เพราะมีความเหมาะสมมากกว่า

- กรุณาเล่าถึงวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้
 1. อสม. ต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง
 2. กระบวนการสรรหา อสม. เป็นอย่างไร
- มีการฝึกอบรม อสม. เรื่องใดบ้าง แผนปฏิบัติการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ อสม. เป็นอย่างไร อบรมบ่อยเพียงใด
- กรุณาอธิบายขั้นตอน
 1. การคัดกรอง และค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
 2. การเฝ้าระวัง ดูแล รักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
 3. การติดตามผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้
- กรุณาอธิบายขั้นตอน
 1. การเริ่มเข้าถึงผู้พยายามทำร้ายตนเอง
 2. การดูแลรักษา และติดตามเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง ไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเอง
 3. ติดตามผู้พยายามทำร้ายตนเองได้
- ท่านมีวิธีการสนทนาอย่างไร เพื่อทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และไม่กลับไปทำร้ายตนเองอีก
- ท่านมีวิธีการพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดกลุ่มเป้าหมายอย่างไร เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้กลุ่มเป้าหมายทำร้ายตนเอง
 - ขอให้ท่านยกตัวอย่างประสบการณ์ในการให้การปรึกษาของท่านจาก case ที่ได้รับการบริการให้คำปรึกษาแล้ว เรามีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไรบ้าง
 - อุปสรรคในการสื่อสาร และอุปสรรคที่เกิดระหว่างการสนทนาที่พบมีอะไรบ้าง และท่านมีวิธีการจัดการและแก้ไขอุปสรรคนั้นอย่างไร

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

- หน้าที่ ความรับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงานด้านการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบันของท่าน
 - กรุณาเล่าถึงหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบ ในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (เช่น พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมบุคลากรในการให้คำปรึกษาเชิงลึก การสร้างความตระหนัก และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น และในภารกิจเหล่านั้นใครเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนใดบ้าง และพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบเน้นที่ภารกิจใดเป็นหลัก)
 - การดำเนินงานในด้านการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใด (เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิธีจัดการความเครียด ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
 - มีกิจกรรมหลักอะไรบ้าง (เช่น ให้ความรู้ผ่าน อสม. เอกสารเผยแพร่ความรู้ แผ่นพับ ชุดนิทรรศการ เป็นต้น) มีกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง (กลุ่มวัยรุ่น คนทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชาชนทั่วไป)
 - ท่านคิดว่ากิจกรรมที่ท่านดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาด้านใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขบ้าง
 - ท่านคิดว่าหากต้องการให้การดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่าน ท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไร จะปรับปรุงแก้ไขวิธีการเดิมที่มีอยู่ หรือต้องเพิ่มเติมส่วนใด อย่างไร รวมถึงท่านคิดว่าวิธีนั้นจะมีผลดีผลเสีย หรือปัญหาอุปสรรคภายในหน่วยงานของท่านอย่างไร
 - กรุณาเล่าถึงวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้
 1. อสม. ต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง
 2. กระบวนการสรรหา อสม. เป็นอย่างไร
 - มีการฝึกอบรม อสม. เรื่องใดบ้าง แผนปฏิบัติการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ อสม. เป็นอย่างไร อบรมบ่อยเพียงใด

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ท่านทำงานเป็น อสม. มากี่ปี และเข้ามาเป็น อสม. ได้ยังไง นอกจากนี้ อสม. มีหน้าที่อะไรบ้าง
- ท่านมีการแบ่งฝ่ายรับผิดชอบอย่างไร และท่านมีวิธีการอย่างไรในการคัดเลือก อสม. ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในฝ่ายนั้น
 - ทางโรงพยาบาลมีเรียกไปประชุมหรืออบรมบ่อยหรือไม่ แล้วเรื่องส่วนใหญ่ที่ประชุมเป็นเรื่องอะไร และท่านคิดว่าเพราะอะไร ทางโรงพยาบาลจึงได้เพิ่มฝ่ายสุขภาพจิตมาให้ อสม. ช่วยดูแล
 - ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ถ้าเคย ขอให้ช่วยเล่าว่าได้อบรมเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง ซึ่งหลังจากที่ได้รับการอบรมแล้ว ท่านได้นำความรู้ได้มาใช้ในการทำงานในชุมชนอย่างไร
 - ท่านทราบได้อย่างไรว่าใครที่มีภาวะซึมเศร้าภายในชุมชน และท่านมีวิธีการเริ่มต้นเข้าไปดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร
 - ท่านมีเทคนิคในการพูดคุยและให้กำลังใจกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร และท่านคิดว่าการไปพูดคุยหรือให้การปรึกษามีภาวะซึมเศร้ามีผลต่อเขาอย่างไร
 - จากประสบการณ์ที่ท่านทราบเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง เขาจะมีอาการที่แสดงออกมาอย่างไรก่อนจะทำร้ายตนเอง
 - ท่านมีวิธีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนของท่านอย่างไร
 - ท่านมีวิธีการพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอย่างไร เพื่อช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - ข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนของท่าน

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายเหตุการณ์ที่ผ่านมา ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านทำร้ายตนเอง
- เมื่อท่านรู้สึกว่าจะไม่สามารถอดทน หรือจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุดังกล่าวนั้นได้ด้วยตนเอง ท่านได้พยายามขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับปัญหา) ในการแก้ไขปัญหาหรือไม่ อย่างไร และคนเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือแก่ท่านหรือไม่ อย่างไร หากไม่ เพราะอะไร
- ในชีวิตของท่านนั้น มีเรื่องใดที่ทำให้ท่านมีความสุขมากที่สุด หรือรู้สึกว่าชีวิตเรามีค่ามากที่สุด เมื่อได้ทำสิ่งนี้ หรือสิ่งที่มีค่ามากที่สุดในชีวิตของท่านคืออะไร เพราะอะไร
- บุคคลใกล้ชิดที่ท่านไว้วางใจ อยากจะเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิต หรือปัญหา ที่ท่านกำลังเผชิญอยู่คือใคร และบุคคลนั้นสามารถช่วยท่านคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้หรือไม่ อย่างไร
- ท่านต้องการหรืออยากทำอะไร เพื่อเป็นการบอกเล่าแก่คนใกล้ชิดหรือไม่ ทำไมจึงอยากบอกบุคคลนั้น บุคคลนั้นมีความสำคัญอย่างไรกับชีวิตของท่าน
- ท่านใช้เวลาคิดและเตรียมตัวนานเท่าไรก่อนที่จะตัดสินใจทำร้ายตนเอง และท่านได้พยายามที่จะบอกอะไรหรือทำอะไรให้กับบุคคลใกล้ชิดกับท่านเป็นครั้งสุดท้ายหรือไม่ เช่น กล่าวลา กล่าวคำขอโทษ ขอโหสิกรรม เขียนจดหมาย เขียนพินัยกรรม ผ่าฝักรัดดูแลจัดการเรื่องต่างๆ แทนตัวท่าน เริ่มแยกตัวหรือถอนตัวออกจากบุคคลแวดล้อมที่ท่านใกล้ชิด ฯลฯ
- ท่านเตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง เช่น หาซื้อยามากิน ซื้อยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า หรือไม่ เพราะเหตุใดจึงเลือกวิธีการดังกล่าวมาใช้ในการทำร้ายตนเอง
- คนรอบข้างท่านรับรู้ และมีปฏิกิริยาต่ออาการที่ท่านแสดงออกมานั้นหรือไม่ อย่างไร และท่านคิดว่าอาการผิดปกติที่ท่านแสดงก่อนการทำร้ายตนเองอาการใด ที่ทำให้คนใกล้ชิดของท่านนึกคิด และให้การช่วยเหลือท่านได้ทัน
- ในขณะที่ท่านพยายามทำร้ายตนเองท่านได้รับการช่วยเหลือจากใคร ด้วยวิธีใด ขอให้ท่านช่วยเล่าเหตุการณ์
- ในกรณีเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำ ขอให้ท่านเล่าเหตุการณ์การทำร้ายตนเองครั้งที่สอง ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร และได้รับการช่วยเหลืออย่างไร จากใคร
- ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อได้ทำร้ายตนเองไปแล้ว และหากในอนาคต ท่านมีปัญหายารุนแรงอีก จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ใครจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือท่านได้มากที่สุด เพราะอะไร

- ขอให้อธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อได้รับบริการให้การปรึกษา และท่านคิดว่าการให้การปรึกษานั้น สามารถช่วยให้สภาพจิตใจของท่านดีขึ้นอย่างไร และสามารถใช้เป็นแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย

- เคยคิดมาก่อนหรือไม่ว่า บุคคลใกล้ชิดของท่านจะทำร้ายตนเอง เพราะเหตุใด
- ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร มีความใกล้ชิด สนิทกันยาวนานมากน้อยแค่ไหน และใครเป็นผู้ที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองใกล้ชิดสนิทมากที่สุด
- เท่าที่ท่านทราบ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดของท่านพยายามทำร้ายตนเอง และสิ่งนั้นมีอยู่เป็นเวลานานมากน้อยเพียงใดก่อนที่จะเขาจะทำร้ายตนเอง และท่านทราบหรือไม่ว่า เพราะเหตุใดเขาถึงพยายามทำร้ายตนเอง
- ท่านทราบหรือไม่ว่า ผู้พยายามทำร้ายตนเองมีการเตรียมการก่อนที่จะทำร้ายตนเอง
- บุคคลใกล้ชิดของท่านเคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อนหน้านี้หรือไม่ หากเคยมี มีมานานแค่ไหน และในครั้งนั้นเขามีความผิดปกติอย่างไรหรือไม่ และในครั้งนั้นเหตุใดเขาจึงทำร้ายตนเองไม่สำเร็จ
- ก่อนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านจะพยายามทำร้ายตนเอง (ครั้งล่าสุด) ท่านสังเกตเห็นอาการผิดปกติที่แสดงว่าเขาอาจจะทำร้ายตนเองหรือไม่ และอาการนั้นคืออะไร เช่น แยกตัวไม่พูดกับใคร แจกจ่ายของรักของหวง จัดการงานหรือทรัพย์สินของตนเองให้เรียบร้อย เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง นอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานานๆ พูดเปรยๆ ว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงจากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานานมาเป็นสบายใจอย่างผิดปกติ เป็นต้น เคยพบอาการเหล่านี้มาก่อนหรือไม่ นานแค่ไหนบ่อยแค่ไหน
- ในขณะที่เขาแสดงอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองในครั้งล่าสุดนั้น ท่านคิดว่าอาการนั้นเป็นอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองหรือไม่ หรือท่านคิดเป็นอย่างอื่น โปรดอธิบาย เช่น เป็นธรรมชาติของวัยรุ่น ไม่น่าจะมีอะไรร้ายแรง ปล่อยให้ผ่านไปสักพักหนึ่งเดี๋ยวก็หาย
- อาการผิดปกติประเภทใดที่บุคคลใกล้ชิดท่านแสดงออกแล้ว ทำให้ท่านนึกคิดว่าเป็นอาการที่ไม่ปกติที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (บางครั้งผู้ทำร้ายตนเองอาจมีการแสดงความผิดปกติหลายอาการ แต่จะมีอาการสำคัญใดเป็นพิเศษหรือไม่ ที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดนึกคิดว่าเป็นเรื่องไม่ธรรมดา)
- นอกจากอาการผิดปกติที่ท่านพบในกรณีของบุคคลใกล้ชิดท่านแล้ว ท่านเคยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองอื่น ที่อาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำร้ายตนเองอีกหรือไม่ โปรดยกตัวอย่าง และท่านได้รับข้อมูลดังกล่าวมาจากที่ใด
- ท่านเคยได้ยินหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการผิดปกติ และวิธีการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการผิดปกติมาก่อนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านจะพยายามทำร้ายตนเองครั้งล่าสุดหรือไม่ (ไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับการแนะนำญาติเรื่องการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6 เดือน ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่) วิธีการช่วยเหลือดังกล่าวประกอบด้วยอะไรบ้าง

- ในตอนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านแสดงอาการผิดปกตินั้น ท่านได้ให้ความช่วยเหลืออย่างไร
- หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะหาวิธีให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเอง และวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าจะมีประโยชน์หรือไม่ และจะต้องทำอย่างไรที่จะทำให้ท่านให้ความสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เช่น ทำให้เห็นว่าการทำร้ายตนเองไม่ใช่เรื่องบาปกรรม ทำให้เห็นว่า หากทราบอาการผิดปกติมาก่อน จะสามารถช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดได้ทันและกลับมามีชีวิตปกติได้
- ขอให้อธิบายว่า ท่านมีการพูดคุยเรื่องปัญหาที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดของท่านเกิดความเครียด ก่อนที่เขาจะทำร้ายตนเองอย่างไร
 1. ขอให้อธิบายในช่วงก่อนทำร้ายตนเอง
 2. ขอให้อธิบายในช่วงหลังจากที่ทำร้ายตนเองไปแล้ว
- ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคในการสื่อสารกับผู้พยายามทำร้ายตนเองหรือไม่ อย่างไร และท่านมีวิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคนั้นอย่างไร
- หลังจากที่คุณพยายามทำร้ายตนเองลงมือทำร้ายตนเองแล้วไม่สำเร็จ เขากลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร นอกจากนี้ ท่านและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และผู้ใกล้ชิดปฏิบัติกับเขาอย่างไร
- ท่านมีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างไร เพื่อไม่ให้บุคคลใกล้ชิดของท่านกลับมาทำร้ายร่างกายตนเองซ้ำอีกครั้ง

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านเก็บตัว แยกตัวออกจากคนอื่น รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีเรี่ยวแรงทำอะไร
- ขอให้ท่านอธิบายว่า เมื่อท่านรู้ว่าตัวเองมีอาการเช่นนั้น ท่านพยายามปฏิบัติตนเองอย่างไร
- ช่วงเวลาที่ท่านซึมเศร้า ท่านเคยคิดอยากทำร้ายตนเองหรือไม่ อย่างไร และขอให้ท่านอธิบายว่าท่านคิดอย่างไรกับการทำร้ายตนเอง
- ท่านวางแผนเป้าหมายในชีวิตของท่านไว้อย่างไร และเป้าหมายนั้น ท่านได้บอกแก่บุคคลใกล้ชิดหรือไม่ ท่านบอกกับใคร
- เมื่อท่านรู้สึกซึมเศร้า ท่านได้พูดคุยปรับทุกข์ หรือปรึกษาใครหรือไม่ อย่างไร และท่านมีวิธีการสื่อสารนั้นออกมาอย่างไร
- หลังจากที่ท่านพูดคุยหรือปรับทุกข์แล้ว ท่านรู้สึกเช่นไร (เช่น สบายใจมากขึ้น)
- ขอให้ท่านอธิบายขั้นตอนการได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่นั้นว่าเป็นอย่างไร
- ท่านได้รับการติดตามการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ และป้องกันการทำร้ายตนเอง จากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ให้คำปรึกษาอย่างไร
- ขอให้อธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อได้รับการบริการให้การรักษาของเจ้าหน้าที่ และท่านคิดว่าในการให้การรักษา นั้น สามารถช่วยให้สภาพจิตใจของท่านดีขึ้น หรือสามารถใช้เป็นแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายว่า ท่านเริ่มทราบได้อย่างไรว่าบุคคลผู้ใกล้ชิดของท่านกำลังมีปัญหามีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเครียดสูง เช่น เริ่มแยกตัวออกจากคนใกล้ชิด
- ขอให้ท่านอธิบายขั้นตอนที่ท่านเริ่มพาผู้ใกล้ชิดที่ป่วยเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าให้เข้ารับการรักษว่าเป็นอย่างไร
- ขอให้ท่านอธิบายว่าผู้ใกล้ชิดของท่านมีอาการแสดงออก และมีการสื่อสารอย่างไร
 1. เมื่อภาวะอารมณ์อยู่ในช่วงปกติ
 2. เมื่อมีภาวะความเครียดสูง
- ท่านมีอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร และอุปสรรคนั้น นำมาซึ่งผลเสียอย่างไร
- เมื่อผู้ใกล้ชิดของท่านมีอาการที่แสดงออกว่ากำลังอยู่ในภาวะเครียดสูง ท่านมีวิธีการสื่อสาร และการช่วยเหลือหรือวิธีการปฏิบัติกับเขาอย่างไร เพื่อช่วยให้เขารู้สึกคลายเครียดลง และวิธีการสื่อสารที่ท่านใช้นั้น ได้ผลมากน้อยเพียงใด
- ท่านมีการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ใกล้ชิดของท่านไม่让他ทำร้ายตนเองได้อย่างไร เมื่อเขามีภาวะเครียดสูง หรือรู้สึกว่าจะไม่สามารถหาทางออกให้กับตนเองได้แล้ว อาจมีการทำร้ายตนเองตามมา

ภาคผนวก ง: ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

ประเด็นการศึกษา	เวลา	คำถาม/ประเด็นชักต่อนื่อง
1. สภาพทั่วไปของ ชุมชน (ข้อมูลจาก การสำรวจ ครัวเรือน)	25 นาที	ทุกท่านคงจะจำกันได้ ที่พวกเราเคยมาสอบถามเรื่องความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชนนี้ ตอนนั้นเราได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลมาแล้ว พบว่า 1. คนในชุมชนของท่านส่วนใหญ่ ให้คะแนนความน่าอยู่ของชุมชนนี้ในระดับสูง ซึ่งหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่า เพราะชุมชนนี้มีความสามัคคีกัน มีความร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมของชุมชนเป็นอย่างดี แต่ท่านคิดว่าชุมชนเรายังมีปัญหาอะไรหรือไม่ (ชัก : มีปัญหาความขัดแย้งในชุมชน / ปัญหามลภาวะในชุมชน / ปัญหาการมั่วสุมของวัยรุ่น / หรือมีปัญหาอื่นๆ หรือไม่ เช่น ความยากจน การมีหนี้สิน ยาเสพติด การดื่มเหล้า) (ชัก : ลองมาช่วยกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ท่านคิดว่าสำคัญที่สุด) 2. ท่านคิดว่าคนในชุมชนของท่านคิดเห็นอย่างไร กับเรื่องการนิทากันในชุมชน (ชัก : เห็นว่าเป็นเรื่องปกติหรือไม่ / เห็นว่าเป็นสิ่งไม่ควรทำ เพราะอาจเป็นการทำร้ายผู้บริสุทธิ์ เห็นว่าการนิทากจะทำให้คนไม่ตักลัับตัวกลับใจได้ เหมือนเป็นการลงโทษทางอ้อม / ทำไม่จึงเลือกเช่นนั้น / การนิทากันในชุมชนเคยสร้างปัญหาอะไรบ้างหรือไม่) 3. ท่านคิดอย่างไรกับความคิดเห็นของคนในชุมชนของท่าน ที่ส่วนใหญ่มองว่าโกหกพูดได้เมื่อจำเป็น มากกว่ามองว่าต้องไม่พูดโกหก (ชัก : ทำไมคนในชุมชนของท่านจึงคิดเช่นนั้น) หมายเหตุ : คำถามที่ 2 และ 3 จะเรียงลำดับตามเหมาะสมจากคำตอบที่ได้จากการ ข้อ 1
2. การเปลี่ยนแปลง ภายในชุมชนใน ด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ	15 นาที	1. หากย้อนไปเมื่อ 10-20 ปีที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอะไรในชุมชนของท่านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (ชัก : ช่วยอธิบายว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร / สาเหตุการเปลี่ยนแปลงนั้นคืออะไร / การเปลี่ยนแปลงนั้นมันส่งผลดี หรือผลเสียอย่างไรต่อชุมชนท่าน / คนในชุมชนท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่มีผลเสียนั้นเป็นปัญหาสำคัญกับคนในชุมชนหรือไม่/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลดีหรือผลเสียอย่างไรต่อสุขภาพของคนในชุมชน 2. การมีนิคมอุตสาหกรรมส่งผลต่อชีวิตของคนในชุมชนอย่างไร มีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหรือไม่ (ชัก : คนที่นี้ไปทำงานที่นิคมมานานแค่ไหน / ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงหรือไม่ / มีปัญหาหนี้สินเพิ่มมาหรือไม่/ ปัญหาสุขภาพจากการไปทำงานนิคมมีหรือไม่)

ประเด็นการศึกษา	เวลา	คำถาม/ประเด็นที่ต้องพิจารณา
3. สภาพเศรษฐกิจในครัวเรือน	15 นาที	1. อย่างไรเรียกว่าฐานะดี อย่างไรเรียกว่าฐานะไม่ดี (ซัก : คนที่ฐานะเป็นอย่างไร พอจะบอกจำนวนคนที่ฐานะดีในชุมชนได้หรือไม่ว่ามีประมาณเท่าไร / ส่วนใหญ่ทำอาชีพอะไร / มีคนทำอาชีพนี้กันเยอะหรือไม่ในชุมชน / การทำการเกษตร เช่น มีสวนลำไย ไม่รวยหรือ / อาชีพรับจ้างทำงานเยอะหรือไม่ ได้รายได้ดีหรือไม่) 2. คนที่มีจำนวนคนที่มีหนี้สินเยอะหรือไม่ (ซัก : เท่าที่ท่านรู้ในหมู่บ้านนี้ ครัวเรือนที่มีหนี้สินมีไหม / จำนวนมากไหม / ทำให้คนถึงเป็นหนี้ / หนี้สินโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณกี่บาทต่อครัวเรือน / คนที่มีหนี้มาใช้หนี้กันอย่างไร เอาเงินจากที่ไหนมาใช้หนี้ / มีปัญหาอะไรบ้างที่เกิดจากการมีหนี้ / คนในชุมชนมีวิธีแก้ปัญหาที่เกิดจากหนี้หรือไม่)
4. สุขภาพของคนในชุมชน	20 นาที	1. เท่าที่ท่านรู้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนในชุมชนนี้คืออะไร (ซัก : ความเครียด เป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งของคนที่นั่นหรือไม่ / คนที่นั่นเครียดกันมากไหม ส่วนมากเป็นคนในวัยไหนที่มักจะเครียดมาก) 2. ท่านคิดว่าอะไรคือสาเหตุของปัญหาความเครียดของคนในชุมชนนี้ (ซัก : สาเหตุมาจากเรื่องอะไร หนี้สิน ความรุนแรงการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว สุขภาพ / ในความคิดเห็นของท่าน ปัญหาเรื่องความเครียด หรืออาการซึมเศร้าของคนในชุมชนเป็นปัญหา หรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่นๆ) 3. เวลามีปัญหาทั้งทางกายและใจ คนในชุมชนนี้ส่วนใหญ่จะไปปรึกษาปัญหากับใคร / มีอะไรเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยว (ซัก : คนในชุมชนเข้าวัดบวชหรือไม่ เพราะอะไร / คนในชุมชนของท่านเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ หมอดู ร่ำทรงมากน้อยแค่ไหน / หากท่านหรือคนในชุมชนมีความเครียดหรือมีภาวะซึมเศร้า (หงอยเหงา โดดเดี่ยว) ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหานี้อย่างไร ไปหาหมอที่ รพ. หรือระบายความเครียดกับใคร)

ประเด็นการศึกษา	เวลา	คำถาม/ประเด็นซักต่อเรื่อง
5. การทำร้ายตนเอง ของคนในชุมชน และสัญญาณ อันตรายก่อนการ ทำร้ายตนเอง	45 นาที	1. มีการทำร้ายตนเองเกิดขึ้นที่นี้บ้างหรือไม่ (ซัก : มีผู้ที่ทำร้ายตนเองมากน้อยแค่ไหน / ใน 2 -3 ปีที่ผ่านมา มีคนทำร้ายตนเอง หรือพยายามทำร้ายตนเองกี่คนในชุมชนนี้ / มีปัญหานี้มานานแล้ว หรือเพิ่งจะเกิดมา ก็ปี) 2. การทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ในชุมชนนี้มีสาเหตุมาจากอะไร (ซัก : สาเหตุส่วนใหญ่ที่คนในชุมชนทำร้ายตนเอง พฤติกรรมเลียนแบบ / สาเหตุ เฉพาะราย / ส่วนใหญ่ใช้วิธีใด / การดื่มเหล้าจะมีผลทำให้คนในชุมชนทำร้ายตนเอง หรือไม่ อย่างไร) 3. คนที่ทำร้ายตนเองในชุมชนนี้ส่วนใหญ่จะมีบุคลิกลักษณะนิสัยอย่างไร (ซัก : ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างไร / ความสัมพันธ์กับคนใน ชุมชนเป็นอย่างไร / ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหรือไม่ / เป็นคนไม่ยึดหยุ่น จริงจัง เกินไป) 4. หากจะหาว่าใครบ้างที่มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเอง เพื่อรีบป้องกัน มีอะไรบ้าง ที่สามารถสังเกตเห็นได้ (ซัก : พูดเป็นนัยๆ ว่าอยากตาย การเสี่ยง อาการเจ็บซึมผิดปกติ / เขามักจะ แสดงอาการแบบนี้หรือพูดแบบนี้กับใคร) 5. คนในชุมชนของท่านคิดเห็นอย่างไรกับเรื่องทำร้ายตนเอง (ซัก : การทำร้ายตนเองเป็นวิธีการในการแก้ไขปัญหาวิธีหนึ่งของคนที่คับข้องใจ หาทางออกไม่ได้ / การทำร้ายตนเองเป็นเรื่องที่ทุกคนควรจะให้ความช่วยเหลือ แก้ไข หรือเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เรื่องในครอบครัวที่ไม่ควรเข้าไปยุ่ง / เป็นเรื่อง เวรกรรม การทำร้ายตนเองเป็นบาป (เหมือนการฆ่าผู้อื่นหรือไม่) / คนในชุมชนเชื่อ เรื่องชีวิตหลังความตายอย่างไร ตายแล้วเกิดใหม่ ตายแล้วสิ้นสุด)

ประเด็นการศึกษา	เวลา	คำถาม/ประเด็นข้อต่อเนื่อง
6. มาตรการการป้องกัน การทำร้ายตนเองในชุมชน	45 นาที	1. ปัจจุบันคนในชุมชนนี้ทำอะไร เมื่อพบคนในชุมชนแสดงอาการหรือมีท่าทีที่จะทำร้ายตนเอง (ซัก : ไม่สนใจเพราะถือว่าเป็นเรื่องเวรกรรม / ให้การช่วยเหลือด้วยการพูดคุยปรึกษา / แจ้ง อสม. แพทย์ คนในครอบครัว) 2. ในชุมชนนี้มีวิธีการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองอย่างไรบ้าง (ซัก : ช่วยยกตัวอย่างการช่วยเหลือที่ท่านเคยทำหรือเคยได้ยิน วิธีการช่วยเหลือดังกล่าวได้ผลมากน้อยแค่ไหน) 3. เท่าที่ได้ทราบจากสิ่งที่พวกท่านบอกมาในตอนต้น ดูเหมือนมีคนทำร้ายตนเอง หรือพยายามทำร้ายตนเองทุกปีในชุมชนนี้ อยากจะสอบถามตรง ๆ ว่า 6.1 คนที่เสี่ยงต่อการที่จะทำร้ายตนเอง จะมีอะไรให้คนอื่นสังเกตได้บ้าง 6.2 ถ้าจะไม่ให้มีคนทำร้ายตนเองเลยในชุมชนของเรา จะทำอะไร มี อสม. สุขภาพจิต / การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน/ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังคนในครอบครัว เป็นต้น 6.3 ใครควรจะทำอะไรได้บ้าง หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน NGOs / หน่วยงานหรือบุคคลนั้น ๆ ควรให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในเรื่องใดบ้างงบประมาณ เจ้าหน้าที่

เอกสารอ้างอิง

- [1] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
- [2] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2546-2550.
- [3] บุญชัย นวมงคลวัฒนา. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 4 สุขภาพจิตกับยาเสพติด. โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร, 2546.
- [4] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ 16,000 ล้านบาท. มองเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1857, 2549.
- [5] Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*. 2003 Nov; 36(6) : 288-91.
- [6] Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec; 173 : 519-22.
- [7] Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005 Apr; 39(4) : 248-54.
- [8] Akroyd S, Wylie J. Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness:survey 4. Wellington,New Zeland: New zeland Ministry of Health; 2002.
- [9] Sogaard AJ, Fonnebo V. [Effects of a TV mental health campaign 1992]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1996 Aug 30; 116(20) : 2467-72.
- [10] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ พ.ศ. 2550: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550.

- [11] ทวี ตั้งเสรี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2544-2551: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
- [12] Diekstra RFW (1993). Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 371(Suppl): 9-20.
- [13] Kposowa AJ (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4) : 254-261.
- [14] McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR (1995). The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10) : 737-746.
- [15] De Castro EF & Martins I (1987). The role of female autonomy in suicide among Portuguese women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(4) : 337-343.
- [16] Nisbet PA (1996). Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(4) : 325-341.
- [17] Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. (1997). Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: Results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(3) : 199-205.
- [18] Platt S (1984). Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19(2) : 93-115.
- [19] Kposowa AJ (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4) : 254-261.
- [20] Hasselback P, Lee KI, Mao Y, Nichol R, Wigle DT (1991). The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(9) : 655-659.

- [21] Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal*, 319(7216) : 1034-1037.
- [22] Perlman D & Rook KS (1987). Social support, social deficits, and the family: Toward the enhancement of well-being. *Applied Social Psychology Annual*, 7 : 17-44.
- [23] Shen B-J & Takeuchi DT (2001). A structural model of acculturation and mental health status among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology*, 29(3) : 387-418.
- [24] De Wilde EJ, Kienhorst CW, Diekstra RF, Wolters WH (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29(113) : 49-60.
- [25] Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1) : 59-71.
- [26] Ji J, Kleinman A, Becker AE (2001). Suicide in contemporary China: A review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(1) : 1-12.
- [27] Yip PS (2001). An epidemiological profile of suicides in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1) : 62-70.
- [28] Wilkinson D & Gunnell D (2000). Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988–1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5) : 822-828.
- [29] Pokorny AD (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav*, 23 : 1-10.
- [30] ประเวศ ดันติพัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2541). ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- [31] Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC (1999). Suicide and schizophrenia. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 287-99.

- [32] Roy A (1986). Depression, attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 9: 193-206.
- [33] Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG (1990). The suicidal schizophrenic. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: *International University press*, 183-200.
- [34] Weiss RD, Hufford MR (1999). Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 300-10.
- [35] Deykin EY & Buka SL (1994). Suicidal ideation and attempts among chemical dependent adolescents. *Am J Public Health*, 84: 634-9.
- [36] Cheng ATA, Mann AH, Chan KA (1997). Personality disorder and suicide: A casecontrol study. *Br J Psychiatry*, 170: 441-6.
- [37] Schneidman ES (1990). Overview: Multidimensional approach to suicide. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: *International University press*, 1-30.
- [38] Hall RC, Platt DE, Hall RC (1999). Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, 40 : 18-27.
- [39] Moscicki EK (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*, 20: 499-517.
- [40] Nordentoft M, Breum L, Munck LK et al (1993). High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ*, 306 : 1637-1641.
- [41] อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. 2548. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

[42] มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2543

[43] มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินผลเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2551.

รายชื่อทีมวิจัย

นางสาวเชษฐา ภูษณงค์	นักวิจัยหลัก
นางสาววัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ	นักวิจัยร่วม
นางอุบล ก่องแก้ว	นักวิจัยร่วม
นางสาวจอมขวัญ โยธาสุมทร	นักวิจัยร่วม
นางสาวรุ่งนภา คำผาง	นักวิจัยร่วม
นายทรงยศ พิลาสันต์	นักวิจัยร่วม
ภญ.กัตติมา โตสงวน	นักวิจัยร่วม
ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส	ที่ปรึกษา
ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	ที่ปรึกษา
นางบุษบา อนุศักดิ์	นักวิจัยร่วม
นางสาวสุทธิดา สมนา	ผู้ศึกษาชุมชน และนักวิจัยร่วม
นางสาวพิมพ์ทิศา สังฆพันธุ์	ผู้ศึกษาชุมชน
นางสาวจิตรลดา โยปินตา	ผู้ศึกษาชุมชน

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 02-590-4549, 02-590-4374-5

โทรสาร : 02-590-4639

Website : www.hitap.net