



รายงานการวิจัย
เรื่อง
การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7

นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร
นายไพรวลัย	ร่มซ้าย
นางไพลิน	ปรัชญคุปต์
นางนิตยา	งามคุณ
นางศิริพร	ธงยศ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พฤษภาคม 2562

มีมติให้ส่งมอบ ฐานข้อมูลสารสนเทศ
เพื่อเผยแพร่ในศูนย์สารสนเทศ
ก.พ. ๒๕๐๖
๒๑ มี.ย. ๖๒.

Res. 070

C8

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขที่บันทึก	004461
วันที่	
เลขเรียกหนังสือ	ว.พม 165
๗ 486 ก 2562	8.1

JVKK Library



004461

การส่งมอบ - ๒๕๐๖
การส่งมอบ - ๒๕๐๖
การส่งมอบ - ๒๕๐๖



รายงานการวิจัย
เรื่อง
การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7

โดย

นางศิริวรรณ	ฤกษ์ธนะขจร
นายไพรวลัย	ร่มซ้าย
นางไพลิน	ปรัชญคุปต์
นางนิตยา	งามคุณ
นางศิริพร	ธงยศ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พฤษภาคม 2562

รายงานการวิจัย
การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตาย
ในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7
(Perception and Coping to Person Committed Suicide in
The 7th of Area Health Broad)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
พฤษภาคม 2562

การรับรู้และการเผชิญปัญหา การฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร* ไพรวลัย รมชัย* ไพลิน ปรัชญคุปต์**

นิตยา งามคุณ* ศิริพร ธงยศ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาของกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มญาติ และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน วิธีการศึกษา ได้เก็บข้อมูลใน 4 จังหวัด (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ในแต่ละจังหวัดเก็บ 2 อำเภอที่มีคนฆ่าตัวตายมากที่สุดโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 26 คน ส่วนใหญ่มีปัญหามากกว่า 2 ปัญหาขึ้นไป พบว่าเป็นปัญหามากที่สุด ปัญหาด้านอารมณ์โกรธ น้อยใจ และเป็นการเกิดขึ้นโดยไม่มีการวางแผนมาก่อน รองลงมาคือปัญหาครอบครัวทะเลาะกับพ่อแม่ ลูก การรับรู้ปัญหาในกลุ่มนี้คิดว่า ตนไม่มีคุณค่า กลัวไม่มีคนรัก กลัวถูกทิ้ง การวางแผน พบว่า กลุ่มนี้ เป็นอารมณ์หุนหันพลันแล่น ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และอีกกลุ่มเป็นแบบคิดทันที วางแผน และลงมือกระทำอยู่ในช่วง 3 วัน – 2 สัปดาห์ และการทำมีคิดก่อนทำจริง 2-4 ครั้ง ก่อนทำจริง กลุ่มญาติผู้ดูแล 39 คน รับรู้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหามากกว่า 1 ปัญหาขึ้นไปพบปัญหาทางจิตเวช ปัญหาครอบครัว โรคเรื้อรัง ในกลุ่มญาติจากการวิเคราะห์พบว่า มีสัญญาณเตือนด้านคำพูดและด้านพฤติกรรม แต่ญาติไม่คิดว่าจะทำ “จะเลิกยาเป็นครั้งสุดท้าย” “ขอกาแฟแก้วสุดท้าย” “เมื่อไหร่จะตายซะที” เป็นต้น และด้านพฤติกรรม ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 27 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องเกี่ยวกับครอบครัว เครียดและมีอาการทางจิตและผู้เกี่ยวข้องไม่กล้าเข้าไปยุ่งเกี่ยว และถ้ามีการส่งต่อจากเจ้าหน้าที่จะติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและให้การปรึกษาช่วยเหลือตลอดเวลา

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังดูแลผู้ที่พยายามต่อการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: การรับรู้ การเผชิญปัญหา การฆ่าตัวตาย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

** นักสังคมสงเคราะห์

Perception and Coping to Person Committed Suicide in the 7th of Area Health Broad

Siriwan Reakthanakajon*, Praisai Romsai* et al.

Abstracts

Objective: To study about perception and coping of people who committed suicide, their close relatives, and involved people in the community.

Materials and Methods : the samples in the 7th of area health broad. were selected by the highest statistics of people who attempted suicide in 2 districts of province area (total 8 districts from 4 province) Targeted samples were interviewed in each group which are; 1) attempted suicide group 2) their close relatives 3) involved people in the community. Interviewers were nurses who were trained for quality research and well-understood on questionnaires

Result: The result 92 sample interviewing showed that 1) perception of group 1 in both treated and non treated people were unhelpable by other. 2) In sample group 2 and 3 they did not take problem as serious. Attempted suicide causes from the one would like to do it themselves their family were concluded by 3 groups. 3) Planning for suicide usually 3 days – 2 weeks before happening. The problem in samples group 1 were their serious emotion and bad stimulator from family members. On the other hands, samples group 2 and 3 said the problem was the group 1 is thinking idea. 4) Warning sign for the group 1 themselves: no value, worthless, paranoid, unreasonable fear. For group 2 and 3: look down, withdraw. 5) For coping group 1 coping problems by high emotional, impulsive and group 2 coping by negative pressure words. 6) Responses after adverse event: group 1 felt sad, ashamed and sorry for their parents. group 2 said it is fate and group 3 said family must understand and take care in group 1. To stop people from committed suicide, it is encouragement from family.

Summary: The result this study can be used for planning to take care and help a group of high-risk suicide

Keyword : perception coping Committed Suicide

กิตติกรรมประกาศ

รายงานโครงการวิจัยการรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายญาติผู้ดูแล ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และขอขอบคุณผู้ประสานงานในพื้นที่ทุกคนที่อำนวยความสะดวกในการนัดหมาย และสถานที่ในการสัมภาษณ์ทำให้เกิดการสัมภาษณ์เป็นส่วนตัว และได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม ที่ช่วยเหลือให้ความร่วมมือในการเสียสละเวลาในการลงพื้นที่ภาคสนามและช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน แม้เจอปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ทอดทิ้งกัน

นอกจากนี้ต้องขอขอบพระคุณที่ปรึกษาทั้ง 3 ท่าน นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนางวัชณี หัตถพนม อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้กำลังใจคอยช่วยแก้ปัญหา จนกระทั่งจัดทำรายงานเสร็จเรียบร้อย

ในด้านงบประมาณในการศึกษาขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนสนับสนุนในการจัดทำวิจัย และเอื้อเวลาในการดูแลระบบรายงาน คอยอำนวยความสะดวกและอธิบาย และแก้ปัญหาต่างๆ ช่วยกัน

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง และสมาชิกในศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ช่วยให้กำลังใจกันตลอดเสมอมา จนทำให้รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ
พฤษภาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง-จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
ข้อจำกัดของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความหมายของการฆ่าตัวตาย	6
พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย	8
ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย	8
ปัจจัยและสาเหตุของการฆ่าตัวตาย	10
ระดับความคิดฆ่าตัวตาย	14
การประเมินผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	15
การเผชิญปัญหาและการรับรู้	18
- ความหมายของการเผชิญปัญหา	18
- กระบวนการเผชิญปัญหา	18
- การรับรู้	21
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพยายามฆ่าตัวตาย	22
- ด้านตัวบุคคล	22
- ด้านครอบครัว	23
- ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	29
- การเลือกพื้นที่วิจัย	29
- การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	29
- การได้รับความยินยอม	30
- กระบวนการดำเนินการวิจัย	30
- จริยธรรมของการวิจัย	33
บทที่ 4 ผลการวิจัย	35
- ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป	35
- ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	42
การศึกษาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย	42
การศึกษาในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย	46
การศึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	67
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	79
ก. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร	80
ข. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ	83
ค. ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	87
ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย	91
ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน	95
ง. รายงานการให้คำปรึกษาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	98
จ. เอกสารรับรองโครงการวิจัย	100
ฉ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103
รายชื่อผู้เก็บข้อมูล	104
ช. ประวัติผู้วิจัย	105

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้พยายามฆ่าตัวตาย	36
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปญาติผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย	38
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของญาติ และผู้ดูแลการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย	40
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย	41

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่1 กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชนและการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	32

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีมากมาย แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นโดยในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่าในปี 2563 จะมีบุคคลที่ฆ่าตัวตายปีละ จำนวน 1.5 ล้านคน โดยเมื่อจัดเรียงลำดับ พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ใน 10 อันดับแรก ของปัญหา (World Health Organization : WHO, 2011) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำมาซึ่งความสูญเสียของประชากรทั่วโลก ประมาณว่า จะมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นคิดเป็น 10-20 เท่าของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือจะมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที และทุก 40 วินาทีจะมีผู้ฆ่าตัวตายประมาณ 30,000 คน หรือประมาณร้อยละ 1 ของสาเหตุทั้งหมด และเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายอันดับที่ 3 ในประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (Yufit & Lester, 2005) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญและแพร่ระบาดไปทั่วโลก

ในประเทศไทย ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ปี 2552 มีผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด 3,634 คน คิดเป็น 5.72 ต่อประชากร 100,000 คน พบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 30-40 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยแรงงานที่สำคัญถ้ามีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 25,000-27,000 คน รายต่อปี (อภิชัย มงคล และคณะ, 2546) ปี 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายคิดเป็น 5.93 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

นอกจากนี้จากการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 หากพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (มีความคิด วางแผนหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่จัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญพบความชุกในประชากรไทยอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ร้อยละ 3.5 คิดเป็นประชากรประมาณ 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ผลการศึกษาอัตราการรับบริการในระบบสาธารณสุขหรือนอกระบบสำหรับปัญหาผู้ที่มีประสบการณ์ฆ่าตัวตายยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 19.6 เท่านั้นที่ไปรับบริการ (กรมสุขภาพจิต, 2559)

จากปัญหาดังกล่าว กรมสุขภาพจิตจึงได้มีตัวชี้วัดและเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พัฒนางานสุขภาพจิต ในกลุ่มคนต่างๆ รวมทั้งในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่ทำให้เกิด

ปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย คือ ลักษณะครอบครัว และชีวิตในวัยเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดู ปัญหาครอบครัว ประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว ซึ่งจะพบลักษณะของครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะเป็นครอบครัวเดี่ยว (Peter torz,2009;jue Zhang, 2011) คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่กระทำโดยขาดการไตร่ตรองมีความคิดเชิงลบต่อตนเอง และผู้อื่น รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มี ความหวัง และขาดทักษะในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงตัดสินใจฆ่าตัวตาย การดูแลให้คำปรึกษา ที่เน้นให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ค้นหาปัญหา และแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้ แนวทางการดูแล จากการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมักพบว่า มีความคิดทางลบทั้งตนเอง และผู้อื่น ทั้งยัง พบว่าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ถ้าไม่มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มซึ่งยังมีโอกาสลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย สำเร็จอีกได้

ในสังคมไทยยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต หรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีปัญหา มักจะ หลีกเลี่ยงไม่พบแพทย์ หรือจิตแพทย์ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกมองว่ามีปัญหาทางจิตทำให้รู้สึกอับอาย คนเหล่านี้ส่วนใหญ่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด ญาติผู้ใหญ่ ไปจนถึงผู้นับถือในชุมชน เช่น พระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (มานิช หล่อตระกูล, 2553) หากกลุ่มเหล่านี้มีความรู้ ด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น มีทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และมีความสามารถในการประเมินความ เสี่ยงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ตลอดจนแนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้พบบุคลากรทาง สาธารณสุข จะช่วยให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาอย่างทันทั่วที่ช่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิต ตามปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่า ครอบครัวที่มีแผนการเลี้ยงดู ที่เข้มงวด ความสัมพันธ์พ่อแม่ ไม่ได้มีความห่างเหินพ่อแม่ ครอบครัวแตกแยก ขัดแย้งกันในครอบครัว และมีความรุนแรงในครอบครัว (ธาดา เจริญกุล, 2545; Main Rajain, 2010) ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่า ตัวตายเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความหมายในครอบครัว บางรายลงโทษตัวเอง เพื่อทำให้พ่อแม่ ผิดหวัง (นพสร อิศระพล, 2551) บางรายถูกปฏิเสธความรัก ความผูกพันกับครอบครัวมีน้อย ผู้ที่ทำร้ายตนเอง มักไม่ค่อยพูดระบายความทุกข์ให้คนในครอบครัวฟัง ทำให้ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว ส่งผล ให้เกิดปัญหาครอบครัว (นาทพร กตัญญู, 2549; GloriaW.Y.Wan,2010)

การที่มีการฆ่าตัวตายแม้ว่าจะเสียชีวิตหรือไม่เสียชีวิตก็ตาม ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจะมีความเครียดความกังวลและมักถูกสมาชิกในครอบครัวซ้ำเติมว่าโง่ ไม่มี สมอง เห็นแก่ตัว เอาตัวรอด นอกจากนั้นถ้าชุมชนมีอคติกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่จะทำให้ผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีความผิดมากขึ้น (ศักดา ชำคม, 2552) และมีผลกระทบได้นานถึง 4 ปี และในบาง สังคมอาจยาวนานกว่านี้ เนื่องจากลักษณะของสังคมไทยมีความใกล้ชิดผูกพันกัน (มานิช หล่อตระกูล,2553) และมีผลกระทบให้บุคคลใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิตด้วยกันฆ่าตัวตายเป็นผล มีความเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั้งหมด โดยมีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า มีการวางแผนฆ่าตัวตายเพิ่ม 2.6 เท่าและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 3.7 เท่า เพราะโดยทั่วไปครอบครัวมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สถานการณ์ที่เกิดความเครียด อาจเป็นเหตุการณ์ที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ แต่มักมีผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของบทบาทของครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ความผูกพันของครอบครัวเปลี่ยนไป (Joe D.wilmoth.Samantha Smyer.2009)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ผลกระทบด้านครอบครัวและการเผชิญหน้ากับปัญหาของครอบครัวที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความสำคัญยิ่ง ถ้าเกิด พ่อ-แม่ ที่ฆ่าตัวตายมีเด็กที่อยู่ในครอบครัวก็จะรู้สึกไม่ปลอดภัย ถ้าอยู่ในวัยเด็กเล็กส่งผลต่อพัฒนาการ ถ้าอยู่ในช่วงวัยรุ่น อาจพบปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ มีแนวโน้มให้คิดลบขาดผลทางจิตใจที่เกิดขึ้นทำให้สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างมาก (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2553) และปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย จากรายงานต่างประเทศ พบว่าครอบครัวลูกหลานในบ้าน มีการสนับสนุนจากครอบครัวข้างให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ความรู้สึกต้องรับผิดชอบในครอบครัว การรับรู้กับความจริงมีทักษะการปรับตัว ซึ่งจะเห็นว่าปัจจัยด้านครอบครัวก็มีความสำคัญต่อการพัฒนาจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ยิ่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในครอบครัว มีผลกระทบหลายด้าน ยิ่งถ้าได้พยายามฆ่าตัวตายแล้ว ก็เกิดผลกระทบค่อนข้างสูง ด้านร่างกายทำให้ได้รับบาดเจ็บ จากการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบาดเจ็บของแขน-ขา ในผู้ที่กระโดดตึก มีบาดแผลเกิดขึ้น ในผู้ที่ทำร้ายตัวเองด้วยการใช้มีดกรีดตามร่างกาย หรือพยายามผูกคอตาย การเกิดบาดเจ็บระบบทางเดินอาหารในผู้ที่รับประทานสารเคมี หรือสารพิษ และมีผลเสียรุนแรงถ้าเกิดรับประทานยาพาราเซตามอลร่วมกับสุรา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) นอกจากนี้เมื่อคนในครอบครัวมีการรับรู้ว่ามีคนที่ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นทำให้เกิดบรรยากาศโศกเศร้าขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนขึ้นกับสุขภาพกาย จิตใจ วัฒนธรรม และความสัมพันธ์กับผู้ตาย ซึ่งในระยะแรกที่มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย ทุกคนจะเกิดความรู้สึกช็อค สับสน มีนงงต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ตามมาด้วยความโศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้คร่ำครวญถึงผู้ตาย บางคนรู้สึกว่า ต้องการตายตามไปด้วย (สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, 2554) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Thomas E Ellis (2012) พบว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย สมาชิกในครอบครัวมักมีรูปแบบปฏิกิริยา การปรับตัวในหลายลักษณะทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่นโศกเศร้า เสียใจ รู้สึกผิด วิทกกังวล ครอบครัวอับอาย หรือมีตราบาปที่มีคนฆ่าตัวตายในครอบครัว ถ้าไม่เสียชีวิตสมาชิกในครอบครัวก็ต้องหยุดงานเพื่อดูแลทำให้เสียเวลา และสูญเสียรายได้ โดยการฆ่าตัวตาย 1 คน จะมีผลกระทบต่อคนอื่นอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อ-แม่ พี่-น้อง และเพื่อนสนิท

คนรัก ดังนั้นในประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 4,000 คน จะมีผู้รับผลกระทบที่ต้องทนทุกข์กับการสูญเสีย ปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน (บุญยก พ. สิริพรอนันต์, 2550)

จากเหตุผลดังกล่าว โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัยทัศน์ ด้วยความมุ่งมั่นที่จะเป็นเลิศด้านการป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ ซึ่งจากการบริการบำบัด รักษา ฟื้นฟู และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่าตั้งแต่ปี 2554-2556 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลจำนวน 145 ราย 426 ราย และปี 2557 (จำนวน 6 เดือน) มีจำนวน 405 ราย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ญาติและครอบครัวต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ดังนั้นการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และญาติต้องมีการรับรู้ร่วมกัน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีนักวิชาการทำการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงทำการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผน แก่ไขและนำมา ประยุกต์ใช้ในชุมชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ และการเผชิญปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.2 เพื่อศึกษาการรับรู้ และการเผชิญปัญหาของญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.3 เพื่อศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

3. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายการศึกษาการรับรู้ และการเป็นเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบไปด้วย 3 กลุ่ม 1. กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย 2. กลุ่มญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3. กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเก็บข้อมูล 4 จังหวัดของเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7 ในอำเภอที่มีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด 2 อำเภอ ของแต่ละจังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม

4. ขอบจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยเรื่อง การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ กลุ่มที่เคยลงมือทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีการต่างๆ ที่ตั้งใจให้ตนเองถึงแก่ชีวิตย้อนหลังไม่เกิน 1 ปีนับจากวันเก็บข้อมูล

- กลุ่มญาติผู้ดูแล คือ กลุ่มที่ดูแลและใกล้ชิดกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น เป็นญาติที่อยู่บ้านหลังเดียวกัน หรืออยู่ใกล้ชิดกันรู้ปัญหาและเคยดูแลพูดคุยเป็นระยะๆ

- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง คือ กลุ่มคนที่เคยดูแลแต่ไม่ใช่ญาติกับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตาย เช่น อสม. ที่เคยไปเยี่ยมบ้าน และเฝ้าระวังหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ไปเยี่ยมบ้าน และติดตามต่อเนื่อง

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ลงมือกระทำโดยวิธีต่างๆ ที่ทำให้ชีวิตตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเองโดยเจตนาด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผูกคอตาย การกินยาเกินขนาด การยิงตัวตาย เป็นต้น

- การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากตอบสนองต่อปัญหาและสิ่งแวดล้อมจากสิ่งที่เข้ามาเป็นกระบวนการของความรู้สึกและสั่งความรู้สึกนั้นเป็นการตีความหรือแปลความหมายเป็นการรับรู้ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

- การเผชิญปัญหา หมายถึง เป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับปัญหาแสดงออกเป็นทางพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อให้เกิดความสมดุลกับตนเอง การเผชิญปัญหานี้จะแสดงออกมาเป็น 3 แบบ คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา 2) แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบหลีกเลี่ยง

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

6.1 ได้องค์ความรู้พื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางนำมาวางแผนช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว

6.2 เผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและครอบครัว

6.3 ศึกษาวิจัยต่อยอดในการพิจารณาบริการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายและครอบครัวต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา คณะผู้วิจัยได้รวบรวม ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย
 - 1.5 ระดับความคิดอยากตาย
 - 1.6 การประเมินผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมอยากตาย
2. การเผชิญปัญหา และการรับรู้
 - 2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา
 - 2.3 การรับรู้
3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 3.1 ด้านตัวบุคคล
 - 3.2 ด้านครอบครัว
 - 3.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย (suicide)

องค์การอนามัยโลก (1986, อ้างใน; มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ชีวิต โดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดหวังให้เกิดผลถึงแก่ความตาย เขาเป็นผู้เริ่มต้นและกระทำการโดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ตนเองต้องการ

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย หรือใช้คำว่า อัตวินิบาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง และไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่าฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนคำว่า การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการแสดงถึงการที่บุคคล

พยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติแน่นอนเพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก เป็นต้น และการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง การพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือการทำร้ายตนเอง ทำให้ตนเองบาดเจ็บซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

กรมสุขภาพจิต (2549) การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม คือ การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วย หรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

มาโนช หล่อตระกูล (2553) ให้ความหมายการพยายามฆ่าตัวตายว่า เป็นการกระทำที่มีแนวโน้มจะเกิดอันตรายต่อตนเองโดยไม่ถึงแก่ชีวิต มีหลักฐาน (เห็นชัดหรือไม่ก็ตาม) ว่าบุคคลนั้นๆ ได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจ ผลของการพยายามฆ่าตัวตายนี้อาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้

ณัฐกร จำปาทอง (2554) ให้ความหมายการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเอง ส่วนการทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึงการกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษ หรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยภาวะดังกล่าว และมีอายุมากกว่า 10 ปี ควรถูกถามเกี่ยวกับความคิดและการวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

Hauenstein (1998) ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลที่มีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวด หรือ เป็นอันตราย ถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน การฆ่าตัวตาย เป็นกลุ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เกิดจากการที่บุคคลคิด ลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับอันตรายอย่างรุนแรง หากการกระทำนั้นๆ สำเร็จก็จะทำให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิตในที่สุด

Bertolote & Fleischmann (2002, cited in Wasserman & Wasserman, 2009) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งความสนใจใน 2 ประเด็น คือ 1) ผลลัพธ์ (การเสียชีวิต) และ 2) ความตั้งใจหรือปรารถนาที่จะตาย เป็นการทำร้ายตนเองของบุคคลคนหนึ่งโดยตั้งใจ ในขณะที่ยังมีความรู้สึกตัวหรือมีความคาดหวังให้ตนเองเสียชีวิตนั่นเอง ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) เป็นความตั้งใจฆ่าตัวตายแต่ไม่ตาย ซึ่งการกระทำนั้นไม่ใช่นิสัยตามปกติ และเป็นการกระทำที่ไม่มีการแทรกแซงจากบุคคลอื่นจนเป็นสาเหตุให้ตนเองเป็นอันตราย หรือเป็นการ

ตั้งใจนำสารเคมีบางอย่างเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่มากเกินไปเกินกำหนดหรือเกินระดับในการบำบัดรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตนเองทางด้านร่างกาย

สรุป ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเองโดยเจตนาและไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยขณะที่กระทำการนั้นผู้กระทำมีความรู้สึกตัวหรือคาดหวังให้ตนเองถึงแก่ความตาย ซึ่งผลลัพธ์อาจทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตหรือไม่ก็ได้ และมีการพิจารณาจากผลลัพธ์ถ้าหากเสียชีวิตถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ถ้าไม่เสียชีวิตจะด้วยเหตุผลใดก็ตามถือว่าบุคคลนั้นพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่ามีหลายทฤษฎีที่ได้จัดแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเห็นคล้ายคลึงกัน ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมและจัดแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Frisch & Frisch, 2002; Shives, 2005; Stuart & Laraia, 2005)

1.2.1 ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation or suicidal thoughts) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง ซึ่งจะยังไม่เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.2.2 การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threat) เป็นสัญญาณเตือนแบบทางตรงหรือทางอ้อมจากทางคำพูดและการกระทำ หรือเป็นการวางแผนที่จะทำลายชีวิตตนเอง อาจไม่เปิดเผย ซึ่งจะปรากฏขึ้นก่อนมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.2.3 การสร้างกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตลง

1.2.4 การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการกระทำตนเองโดยอาจจะนำไปสู่ความตาย ถ้าไม่หยุดการทำร้ายตนเอง

1.2.5 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed or simply suicides) เป็นการตายที่เกิดจากการทำร้ายตนเอง

1.3 ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือทฤษฎีด้านประสาทชีววิทยา ทฤษฎีด้านพันธุศาสตร์ ทฤษฎีด้านสังคมวัฒนธรรม และทฤษฎีด้านพัฒนาการทางจิตใจ ดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีทางประสาทชีววิทยา จากผลการวิจัยทางประสาทชีววิทยาเบื้องต้นต่อการฆ่าตัวตาย พบมีความสัมพันธ์ในความไม่สมดุลของระดับซีโรโตนิน (serotonin: 5-HT) อาจเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ระดับของซีโรโตนินที่ต่ำทำให้มีอารมณ์เศร้าและมีความสำคัญต่อการพยายาม

ฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งระดับของซีโรโตนินอาจจะมีความสัมพันธ์กับความทนทานของผู้ประสบภัยพิบัติที่สามารถที่จะขัดขวางการเร่งการกระตุ้นอารมณ์หุ่นยนต์พลันเล่น ปกติการเผาผลาญซีโรโตนินจะพบในน้ำ ไขสันหลังและระดับโคเลสเตอรอล จากผลการศึกษาของ Sadock & Sadock (cited in Shives, 2005) ได้ศึกษาเรื่องการเพิ่มหรือการลดการรับซีโรโตนินเพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าระดับซีโรโตนินต่ำจะเป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่เป็นการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว และพบว่าระดับโคเลสเตอรอลต่ำจะกระตุ้นทำให้ซีโรโตนินมีระดับต่ำลงด้วย

1.3.2 ทฤษฎีด้านพันธุศาสตร์ นักวิจัยมีการค้นพบร่องรอยของยีนส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจากผลการวิเคราะห์ ดี เอ็น เอ (DNA) แสดงให้เห็นว่าโพลีมอร์ฟิซึมในยีนส์ที่เป็นตัวรับซีโรโตนินมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยระดับตัวรับซีโรโตนินจะยังไม่ปกติหลังจากที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า (Steimer et al., 2001) การศึกษาการเลี้ยงดูแฝด (twin and adoption studies) คือการศึกษาที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร่วมกัน (concordance completed suicide rate) ของคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียวกันมีค่าสูง

กว่าคู่แฝดชนิดไข่คนละใบ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) พบคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีการฆ่าตัวตายสูงคิดเป็นร้อยละ 11.3 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบคิดเป็นร้อยละ 1.8 (Roy et al, 1991)

1.3.3 ทฤษฎีด้านสังคมวัฒนธรรม เมื่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีประสบการณ์ถูกแบ่งแยกทางสังคม ความเห็นต่างจากสังคม ครอบครัว และเพื่อน จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่สามารถปรับตัวตามบทบาทใหม่ได้ จึงเลือกการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของปัญหา รวมทั้งผลกระทบจากการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์หรือทำลายผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ผู้หญิงมีแรงจูงใจภายในที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด หรือจากการสูญเสียสัมพันธภาพ ผู้ชายมีแรงจูงใจภายใน จากการประสบปัญหาทางการเงิน หรือการสูญเสียงาน (Sadock & Sadock cited in Shives, 2005) การค้นพบอัตราการฆ่าตัวตายพบได้สูงในเมืองใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่มักมีลักษณะดังนี้ คือ อาศัยอยู่คนเดียว ขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น มีเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด (stressful event) และได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายบ่อยๆ การประเมินความเครียด (appraisal stressors) พบว่าเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

- 1) การฆ่าตัวตายด้วยสำนึกแก่ตนเอง (egoistic suicide) ปรากฏเมื่อบุคคลขาดเป้าหมายในชีวิต รู้สึกขาดความผูกพันทางสังคม
- 2) การฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) ปรากฏเมื่อบุคคลรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอื่นอย่างกะทันหันในสถานะทางสังคมหรือบรรทัดฐานทางสังคม
- 3) การฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) ปรากฏเหมือนการ

ตอบสนองความต้องการทางสังคม ตัวอย่างเช่น พระและแม่ชีในศาสนาพุทธซึ่งมีการฆ่าตัวตายโดยการเผาตนเอง จากการประท้วงสงครามเวียดนาม

1.3.4 ทฤษฎีด้านพัฒนาการจิตใจ Sigmund Freud และ Karl Menninger มีความเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลจากอารมณ์โกรธพุ่งเข้าใส่ตัวเอง พรอยด์เชื่อว่าเกิดจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียไปได้ บุคคลเหล่านี้จะมีความทุกข์ทรมานใจร่วมกับการโกรธเคืองซึ่งไม่สามารถแสดงออกได้ จึงเกิดการเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นการตำหนิตัวตนเอง ต้องการทำร้ายตนเอง เมื่อความรู้สึกนี้ท่วมท้นก็อาจนำมาสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด และเมนนิ่งเจอร์เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลรวมของการแค้นเคืองหรือความต้องการฆ่า ความโศกเศร้าสิ้นหวังหรือความต้องการตาย และท้ายที่สุดคือความรู้สึกผิดหรือการต้องการถูกฆ่า หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการต้องการทำร้ายที่วกกลับเข้าหาตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Sadock & Sadock, 2009)

1.4 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

1.4.1 เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการแสดงเจตนาว่าจะฆ่าตัวตายสูงอาจทำด้วยคำพูดหรือเขียนจดหมายลาตาย และกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำเลย ประมาณร้อยละ 40 (WHO อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2548)

1.4.2 การเจ็บป่วยจากโรคทางกาย บุคคลที่มีโรคทางกาย พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูง 3 กลุ่มโรค คือโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน (Vancarolis, 2002) บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่เจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรค เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการฆ่าตัวตาย เหมือนเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะควบคุมชีวิตหรือความปรารถนาเพื่อจะลดความปวด บุคคลกลุ่มนี้จะไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการรักษา (Fontaine & Fletcher, 1999)

1.4.3 การเจ็บป่วยจากโรคทางจิตเวช พบว่าร้อยละ 50 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ คือบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โรคทางจิตเวช 1 ใน 4 โรค มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ดังนี้ (Shives, 2005)

1) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าร้อยละ 20-35 (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และคณะ, 2548) เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (Sadock & Sadock, 2003) บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่ายมักเป็นตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ หรือมองตนเองไร้ค่า เป็นต้น ผู้เสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเพศหญิงมีการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีโอกาสที่จะคิดทำร้ายตัวเองซ้ำ 4.8 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548) และโรคซึมเศร้าเป็นผลจากสารเคมีในร่างกายโดยตรง คือซีโรโตนิน (Fontaine & Fletcher, 1999)

2) โรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 4,000 คน จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณร้อยละ 5 อาจมีความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอนอาการที่สำคัญคือ หูแว่ว มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง (Sadock & Sadock, 2003 cited in Shives, 2005) จากการศึกษาของ ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2547) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2548) ที่พบว่าการมีอาการโรคจิตมีโอกาสมากขึ้นที่จะมีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เพศหญิงคิดเป็น 4.38 เท่า ของผู้ที่ไม่มีอาการโรคจิต และเพศชายคิดเป็น 7.42 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการโรคจิต นอกจากนี้ Palmer et al. (2005) ได้รายงานการศึกษาแบบ meta-analysis รายงานการวิจัยที่ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากจำนวนการวิจัย 61 เรื่อง พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 5.6 (95% CI 3.7-8.5)

3) การติดสุรา (alcohol dependence) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิตเกิดความเครียด อาจจะทำให้มีอารมณ์เศร้า หรือหงุดหงิดได้ง่าย และอาจจะรุนแรงจนเกิดความคิดที่ฆ่าตัวตายได้ ในผู้ที่คิดจะพยายามฆ่าตัวตายอยู่แล้ว การดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (พิเชฐ อุทุมรัตน์ และคณะ, 2548) และผู้ที่ดื่มสุรามักจะมีการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เพราะอารมณ์ความรู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้ (WHO อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ที่ติดสุราจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณร้อยละ 20 (Sadock & Sadock, 2003 cited in Shives, 2005) พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่ติดสุราร้อยละ 26 โดยมีปัจจัยกดดันที่นำมาก่อน ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า และสุขภาพทรุดโทรม (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

4) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) มักเป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร่อง ต้องการความสนใจจากบุคคลอื่น ทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิด บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial) จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปี ประมาณร้อยละ 10-15 บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีการพยายามฆ่าตัวตายมักจะไม่สำเร็จ (Sadock & Sadock, 2003 cited in Shives, 2005) จากการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมร่วมกับมีอาการซึมเศร้าจะมีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (Stuart & Laraia, 2005) ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) จะมีการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เมื่อได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้ความรุนแรง พบว่าบุคลิกภาพชอบแสดงตัว (extroversion) บุคลิกภาพไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (neurotism) และบุคลิกภาพที่ชอบเปิดรับประสบการณ์ใหม่ ชอบลอง (openness to experience) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Duberstein cited in Frisch & Frisch, 2002)

1.4.4 เพศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายเป็น 3 เท่า ส่วนเพศชายจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Shives, 2005; Valfre, 2005)

1.4.5 กลุ่มอายุ การฆ่าตัวตายพบในทุกกลุ่มอายุ ถึงแม้ว่าแรงจูงใจในการทำร้ายตนเองอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ ดังนี้ (Valfre, 2005)

วัยเด็ก (children) การฆ่าตัวตายในเด็กเป็นผลจากครอบครัวที่มีความขัดแย้งหรือครอบครัวแตกแยก ทำให้มีภาวะซึมเศร้า และจะมีการพยายามฆ่าตัวตาย เหตุผลบางอย่างของเด็กที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นการหนีจากการถูกล่วงละเมิดทางร่างกายและเพศ ครอบครัวมีปัญหา ความรู้สึกไม่เป็นที่รัก หรือเกิดภาวะวิกฤติ การกระทำที่ไม่มีวินัย การทำความเสื่อมเสียในโรงเรียน และการสูญเสียบุคคลสำคัญ

วัยรุ่น (adolescents) การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นผลจากภาวะซึมเศร้า การควบคุมอารมณ์หุนหันพลันแล่นไม่ดี ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาการติดสารเสพติด

วัยผู้ใหญ่ (adults) การฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะปรากฏเมื่อบุคคลไม่สามารถที่เผชิญแรงกดดันได้ ปัญหาที่พบอาจเกิดจากลัทธิพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งขาดแหล่งสนับสนุน ความยากจน ความอดอยาก หรือการว่างงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในชีวิต ความโดดเดี่ยว การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เช่นการหย่า หรือการตาย เป็นต้น

วัยสูงอายุ (older adults) บุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ผู้สูงอายุหลายคน que เลือกการฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม (passive suicide) โดยปฏิเสธการกิน การดื่มหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

1.4.6 ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติของการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว (Stuart & Laraia, 2005) ญาติลำดับแรกของผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พบความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 2.8 เท่า (McGuffin cited in Boyd, 2005)

1.4.7 ร่องรอยของบุคคลต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะมีการให้ร่องรอยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 80 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (Shives, 2005)

1) ร่องรอยจากคำพูดการฆ่าตัวตาย (verbal suicidal clues) ตัวอย่าง เช่น มีการพูดเกี่ยวกับความตาย การทำสัญญากับบุคคลสำคัญ “การถามเกี่ยวกับขนาดของยา”

2) ร่องรอยจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (behavioral suicidal clues) ตัวอย่างเช่นการเขียนบันทึกเกี่ยวกับความผิดหวังในความรัก การส่งข่าวความโกรธไปยังบุคคลสำคัญ หรือการต่อต้านบุคคล การให้สิ่งของแก่บุคคลอื่น การทำพินัยกรรม เป็นต้น

3) ร่องรอยจากสถานการณ์การฆ่าตัวตาย (situational suicidal clues) ตัวอย่างเช่นการตายของคนรักโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน การหย่า ความล้มเหลวของงาน หรือบุคคล

ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ร่องรอยของสถานการณ์อาจจะทำให้บุคคลมีความเสี่ยงสูงจากการฆ่าตัวตาย

1.4.8 แรงจูงใจในการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ความเชื่อถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีดังนี้ (Shives, 2005)

1) ความปรารถนาหรือความนึกฝันที่จะเกิดใหม่ (a reunion wish or fantasy) จากบทความในหนังสือพิมพ์ การตายของผู้ชายสูงอายุ ซึ่งภรรยาเพิ่งเสียชีวิต เขาได้เขียนบันทึกถึงบุตรของเขา เขาไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยปราศจากภรรยา เพราะเขามีความเชื่อชีวิตหลังความตาย เขาจะได้วางแผนอยู่ร่วมกับภรรยา

2) ทางออกของบุคคลที่รู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่ง (a way to end one's feelings of hopelessness and helplessness) ความหวังเหมือนเป็นสิ่งที่จะเป็นไปได้เป็นการให้สัญญาณสำหรับอนาคตและความคาดหวังในสิ่งที่จะบรรลุผล บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ความสิ้นหวังรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มีความเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีทางออก การขาดที่พึ่งจึงทำให้รู้สึกหมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่าง

3) การร้องขอความช่วยเหลือ (a cry for help) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางคนมีความหวังที่จะให้บุคคลใกล้ชิดหันมาสนใจตนเอง เพื่อจะได้รับความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงอายุ 49 ปี ประสบปัญหาทางการเงิน มีการพยายามฆ่าตัวตาย โดยกินยานอนหลับเกินขนาด หวังว่าคู่อริจะมาให้ความสนใจในธุรกิจของเธอ จะมากู้คืนด้านการเงิน

4) การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อรักษาหน้าหรือค้นหาการปลดปล่อยสิ่งที่ดีในชีวิต (an attempt to "save face" or seek a release to a better life) บุคคลที่เคยมีความสามารถความสำเร็จและได้รับการยกย่องก่อนที่จะเกิดความล้มเหลว การฆ่าตัวตายเป็นการรักษาหน้า เพื่อบรรเทาความรับผิดชอบในความล้มเหลว เช่น นักธุรกิจที่ล้มละลายหาทางออกด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีความล้มเหลวในชีวิต

1.4.9 การเลียดู การปรับตัวเป็นผลจากการเลียดู การเลียดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะที่ต่างกัน เช่นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลียดูที่เหมาะสมตามวัย บุคคลนั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นคนที่มีมองโลกตามความเป็นจริง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ เนื่องจากการเลียดูมีผลต่อความคิด ความรู้สึกของบุคคล ความรู้สึกก็จะส่งผลซึ่งกันและกัน

1.4.10 ความเจ็บปวด Shneidman (1993) ได้อธิบายว่าปัจจัย 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเจ็บปวด (pain) ความทุกข์ใจ (perturbation) และความกดดัน (pressures) ซึ่งความเจ็บปวดมองในด้านจิตใจ รวมถึงการเจ็บปวดด้านร่างกายที่ส่งผลต่อจิตใจ ส่วนความทุกข์ใจเป็นระดับของอารมณ์ที่เป็นผลสะท้อน จากการควบคุมแรงผลักดันโดยความกดดันเป็นสิ่งที่เร้า ซึ่งแรงกดดันของแต่ละบุคคลอาจจะมาจากภายในตัวเอง จากสังคม หรือหลายๆ สิ่งรวมกัน Shneidman อธิบายว่าการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้น เมื่อเกิดความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ จากการไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งอยู่ในระดับอารมณ์ที่เกิดความทุกข์ใจ และมีความกดดันระดับสูง เป็นความเจ็บปวดของจิตใจที่ไม่สามารถต้านทานได้ ไม่สามารถทนทานได้ และไม่สามารถยอมรับได้

1.5 ระดับความคิดฆ่าตัวตาย (Degree of suicidality) ระดับของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถประเมินได้จากปัจจัยดังต่อไปนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551)

1.5.1 ความรุนแรงของความคิดอยากตาย

ความคิดอยากตายพบได้บ่อย จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์ตลอดชีวิตของความคิดอยากตายและการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-54 ปี จำนวน 5,877 คน เท่ากับร้อยละ 13.5 การมีแผนการ ร้อยละ 3.9 และพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.6 ส่วนความเป็นไปได้สะสมจากการเปลี่ยนจากความคิดอยากตายเป็นการมีแผนการ ร้อยละ 34 และเปลี่ยนต่อไปเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 72 ประมาณร้อยละ 90 ของความพยายามที่ไม่ได้วางแผน และร้อยละ 60 ของความพยายามที่วางแผนเกิดภายในเวลา 1 ปี เมื่อเริ่มมีความคิดอยากตาย บ่งว่ามีความจำเป็นต้องให้การดูแลและใส่ใจอย่างจริงจังกับปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีความสำคัญในผู้ป่วยที่มีความคิดอยากตาย

จากการศึกษาระยะยาวพบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในที่สุด เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยซึ่งมีความคิดอยากตาย มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยนอกจิตเวชจำนวน 6,891 ราย เป็นระยะเวลา 20 ปี พบว่าผู้ป่วยซึ่งตรวจพบว่ามีความคิดอยากตายและอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการ ฆ่าตัวตายในที่สุด นอกจากนี้มีการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 954 ราย พบว่า ความคิดอยากตายเป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายในระยะเวลา 10 ปี การมีความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลานาน ไม่ใช่ภายในเวลา 1 ปี ภายหลังเริ่มการศึกษา

เนื่องจากการคาดว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากตายก่อนที่จะมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงเป็นแนวทางที่แพทย์จะใช้เพื่อค้นหาและบอกถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาต่างๆเสนอแนะว่าในการประเมินควรถามทั้งความคิดฆ่าตัวตายในอดีตและปัจจุบัน อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ซึ่งมีความคิดอยากตายไม่ได้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ดังนั้นต้องถามปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นด้วย

1.5.2 การมีแผนการและการเข้าถึงวิธีการกระทำ

จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้มีความคิดอยากตายจะวางแผนการ และ 3 ใน 4 ของผู้ซึ่งมีแผนการจะพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นการมีแผนการที่จะฆ่าตัวตายนี้นับว่ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายในเวลาต่อมาจะเพิ่มขึ้น และบ่งว่าการพยายามจะเกิดขึ้น แต่การที่ไม่มีแผนการก็ไม่ได้หมายความว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมดไป โดยทั่วไปการมีแผนการ โดยเฉพาะซึ่งเข้าถึงวิธีการกระทำได้ มีความสำคัญอย่างมากต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ถ้าวิธีการนี้เป็นอันตรายต่อชีวิตมาก อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ก่อน ค.ศ. 1962 การฆ่าตัวตายส่วนมากเกิดจากการผูกคอตายและจมน้ำ แต่ภายหลัง ค.ศ. 1963 การใช้ปืนได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก พร้อมกันนั้นยาต้านเศร้าและยาต้านโรคจิตก็หาได้ง่ายขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาดังกล่าวขนาดสูงจึงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะยาต้านเศร้าชนิด tricyclics และต้านกังวล

มีการศึกษา 5 เมืองในรัฐนิวยอร์ก เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงวิธีการซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตกับอัตราการฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลา 4 ปี ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการฆ่าตัวตาย 2,820 ราย ซึ่งเป็นอัตราเท่ากับ 9.81 ต่อ 1 แสนคน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมากของอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละเมือง ซึ่งมีตั้งแต่ 15.2 ต่อ 1 แสนคนในแมนฮัตตัน จนถึง 5.6 ต่อ 1 แสนคนในเกาะสเตเทน เมืองซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายคล้ายๆกันจะมีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการเข้าถึงวิธีการของผู้ป่วย เช่น การผูกคอตาย ทำให้เกิดบาดแผล และขาดอากาศหายใจ เช่นเดียวกับวิธีการที่เข้าถึงคนส่วนน้อย เช่น ใช้อาวุธ ส่วนในสหรัฐอเมริกาวิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือใช้อาวุธปืน

1.6 การประเมินผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Assessment of patients with suicidal behaviors) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551)

1.6.1 การประเมินทางจิตเวช เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการประเมินการฆ่าตัวตาย ผ่านการตั้งคำถามและการสังเกตเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมอยากตาย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ดังนี้ คือ 1) ค้นหาปัจจัยและลักษณะเฉพาะซึ่งอาจเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมอยากตายอย่างอื่น ซึ่งอาจใช้เป็นเป้าหมายที่จะปรับทั้งการแก้ไขเฉียบพลันและดำเนินการต่อไป 2) จัดการกับความปลอดภัยทันทีของผู้ป่วยและกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมที่สุด 3) สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรคเพื่อเป็นแนวทางการรักษาเพิ่มเติม โดยมีแนวทางการประเมินทางจิตเวชในผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมอยากตาย ดังนี้

1) ความคิดอยากตายในปัจจุบัน ประกอบด้วย

1.1) ความคิด แผนการ พฤติกรรม และความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย หรือทำอันตรายต่อตนเอง

1.2) วิธีการฆ่าตัวตายรวมทั้งอันตรายต่อชีวิต และความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งการเข้าถึงอาวุธปืน

1.3) มีอาการดังต่อไปนี้ คือความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดการควบคุมอารมณ์ ภาวะไร้ความสุขอย่างมาก อาการแพนิคหรือวิตกกังวล เหตุผลของการมีชีวิตอยู่และแผนสำหรับอนาคต

1.4) การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

1.5) ความคิด แผนการหรือความตั้งใจที่จะทำร้ายผู้อื่น

2) โรคทางจิตเวช

2.1) อาการของโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคอารมณ์แปรปรวน โรค จิตเภท ตีตสารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติโดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบ borderline และต่อต้านสังคม

2.2) ประวัติโรคทางจิตเวชและการรักษาในอดีต ประกอบด้วย onset และการดำเนินโรค และการอยู่โรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งการรักษาโรคเนื่องจากสารเสพติด

3) ประวัติการฆ่าตัวตาย

3.1) ประวัติที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างอื่น

3.2) ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือประวัติโรคทางจิตเวชและการตีตสารเสพติด

4) สถานการณ์จิตสังคม

4.1) ความเครียดทางจิตสังคมเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งการสูญเสียสัมพันธภาพ ปัญหาทางการเงินหรือการเปลี่ยนแปลง

4.2) ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความแตกแยกทางครอบครัว ความรุนแรงในบ้าน การประทุษร้ายร่างกาย หรือทางเพศ หรือการทอดทิ้ง

4.3) อาชีพการงาน ภาวะความเป็นอยู่ รวมทั้งมีเด็กอยู่ในบ้านด้วยหรือไม่ และการสนับสนุนจากภายนอก

4.4) การรวมตัวของครอบครัวและลักษณะของสัมพันธภาพ ความเชื่อถือทางวัฒนธรรม หรือศาสนาเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

5) ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย

5.1) ทักษะการแก้ไขปัญหา

5.2) อุปนิสัย

5.3) การตอบสนองต่อความเครียดในอดีต

5.4) ความสามารถที่จะทดสอบความจริง

5.5) ความสามารถที่จะอดทนความเจ็บปวดทางจิตใจ และความพึงพอใจต่อความต้องการทางจิตใจ

ข้อมูลอาจได้มาจากผู้ป่วยโดยตรง ครอบครัว เพื่อน และแหล่งอื่น ในการสื่อสารกับผู้ป่วยต้องจำไว้ว่าการถามธรรมดาๆเกี่ยวกับความคิดอยากตาย ไม่ได้เป็นการยืนยันว่าจะได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงหรือสมบูรณ์ ความเชื่อถือทางวัฒนธรรม และศาสนาอาจมีอิทธิพลต่อความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะพูดเกี่ยวกับความตายในระหว่างการประเมิน ดังนั้นอาจสำรวจเกี่ยวกับความเชื่อถือทาง

วัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตและการฆ่าตัวตาย มุ่งความสนใจไปที่ธรรมชาติ ความบ่อย เวลา และความคงทนของความคิดฆ่าตัวตาย ถ้าผู้ป่วยมีความคิด ให้ถามเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย รวมทั้งขั้นตอนที่จะทำตามแผนการ หรือการเตรียมตัวตาย ถ้าอาการแสดงทางคลินิกต่างๆไม่สอดคล้องกัน โดยปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย ตั้งแต่เริ่มต้นต้องถามผู้ป่วยเพิ่มเติม

ถ้ามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ความพยายามล้มเหลวหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองอย่างอื่น ต้องซักถามให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับเวลา ความตั้งใจ วิธีการ และผลที่เกิดตามมา จากพฤติกรรมดังกล่าว ถามถึงสิ่งแวดล้อมในชีวิตขณะนั้นและมีอาการพิษจากแอลกอฮอล์หรือสารอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ โดยทั่วไปแพทย์ควรให้ความเห็นว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถ้าผู้ป่วยมีความตั้งใจสูง หรืออธิบายรายละเอียดของแผนการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะแผนที่รุนแรงและเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอาวุธปืนได้ จิตแพทย์ต้องแก้ปัญหาและแนะนำผู้ป่วยหรือผู้ซึ่งมีความสำคัญให้จำกัดวิธีเข้าถึงให้ความปลอดภัย เอาอาวุธอันตรายต่างๆออกไปให้พ้น

การบันทึกการประเมินการฆ่าตัวตายไว้เป็นสิ่งสำคัญ ตั้งแต่เริ่มตรวจผู้ป่วยและตลอดเวลาที่รักษา สำหรับผู้ป่วยในควรประเมินใหม่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ พฤติกรรม รวมทั้งระยะที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้เมื่อมีการสื่อสารกับผู้ดูแลและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยหรือผู้อื่นให้ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับอาวุธปืนหรืออย่างอื่นควรจดลงในบันทึกไว้ด้วย

1.6.2 การประเมินผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมอยากตายโดยใช้แบบประเมิน (Kimberly cited in Roger & Lester, 2009) การใช้แบบประเมินในการคัดกรองหาผู้มีความเสี่ยง หรือการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีประโยชน์อย่างมากในการดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเมื่อกล่าวถึงแบบประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สิ่งสำคัญอันดับแรกในการพิจารณาเพื่อเลือกใช้แบบประเมินพิจารณาได้จากค่าความเชื่อมั่น (reliability) และความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือ โดยคณะกรรมการมาตรฐานการศึกษาและการทดสอบทางจิตวิทยา (Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing) ให้ความหมายความเชื่อมั่น คือ เป็นระดับของการแปลความหมายคะแนนการประเมินบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และมีทฤษฎีสนับสนุน เป็นความคงเส้นคงวาของการวัด หรือเกิดความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดเมื่อมีการวัดซ้ำๆในกลุ่มประชากรทั้งที่เป็นแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจที่จะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับคลินิก สำหรับการศึกษาในต่างประเทศมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับค่าความเชื่อมั่น และความแม่นยำตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ยกตัวอย่างเช่น

Range and Knott ในปี ค.ศ. 1997 ได้รายงานผลการทบทวนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 แบบประเมิน สามารถจำแนกชนิดของแบบสอบถามออกเป็น 1) แบบประเมินที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน 2) การประเมินด้วยตนเอง 3) ใช้ผู้ดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นผู้ประเมินแทน 4) แบบประเมินสำหรับเด็กและวัยรุ่น และ 5) แบบประเมินที่ใช้ในการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะจากการทบทวนว่า แนวทางในการสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินผู้มีความเสี่ยงต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายอย่าง เช่น 1) วัตถุประสงค์ของการประเมิน (เช่น การวิจัย การคัดกรอง ประเมินเพื่อให้การบำบัด) 2) อายุของผู้ถูกประเมิน 3) ระยะเวลาในการศึกษา และ 4) คุณลักษณะตามการวัดทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้ทำการศึกษายังได้ให้ข้อเสนอแนะในการเลือกใช้เครื่องมือ คือ พิจารณาจากความเชื่อมั่นและความแม่นยำตรงของเครื่องมือ ความกะทัดรัด (conciseness) และสะดวกในการนำไปใช้

2. การเผชิญปัญหา

2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหามักเจอหลังจากเกิดภาวะกดดันต่างๆ และปัญหาต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกมาเพื่อเผชิญกับปัญหาให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญปัญหา เพื่อรักษาภาวะสมดุล โดยใช้ความพยายามหรือศักยภาพที่มีอยู่ในการเผชิญปัญหานั้นๆ (Lazarus & Folkman, 1984 ; Folkman , 1984 และ Lazarus, 1991 cited in Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001.) ลาซารัสอธิบายว่า การเผชิญปัญหานั้นไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แต่มีความเป็นพลวัตเป็นกระบวนการจัดการโดยธรรมชาติและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus, 1991 cited in Cooper, et al., 2001)

ถ้าหากรู้วิธีการเผชิญปัญหานั้นไม่สามารถสร้างสมดุลหรือไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นั้นเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ด้อยประสิทธิภาพมีแนวโน้ม ให้ผลทางลบ

สรุป การเผชิญปัญหาเป็นกลวิธีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการ แสดงออกเป็นพฤติกรรม จากการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และทางร่างกาย เพื่อเป็นภาวะสมดุลให้กับตนเอง ซึ่งการเผชิญปัญหาจะแสดงออกมา 3 แบบคือ แบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หรือแบบหลีกเลี่ยง

2.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาช่วยพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาโดยการปรับตัว (วิลล คชะ, 2546, 1ต่อมาลาซารัส (Lazarus, 1984) ได้ให้นิยามว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลง สมองจะทำการประเมิน เป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive Process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งสามารถอธิบายเป็นได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) เพื่อประเมินว่าสถานการณ์ที่มากระตุ้นนั้นทำให้รู้สึกถึงความหวังหรือความต้องการไม่เป็นตามเป้าหมาย ซึ่งบุคคลจะประเมินสถานการณ์เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) บุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่ประสบโดยใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ที่มีว่ามีผลต่อตนเอง ประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะ คือ

1. ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือการประเมินขั้นต้นว่าสถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อภาระรับผิดชอบของตน

2. มีผลดีกับตนเอง (Being Positive) สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองส่งเสริมให้เกิดความสุข บุคคลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความเพลิดเพลินใจ มีความสุข มีความรัก และความร่าเริง

3. มีผลร้ายกับตนเอง (Stress) คือการประเมินว่า สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดใน 3 รูปแบบ คือ

- เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or Loss)
- เป็นความรู้สึกถูกคุกคาม (Threat)
- เป็นความรู้สึกท้าทาย (Challenge)

นอกจากนี้ ลาซารัส (Lazarus, 1991 อ้างใน อรสา จุภัทรธนากุล, 2551) ได้จำแนกอารมณ์ออกเป็น 15 แบบ คือความโกรธ(anger) ความกลัว(fright) ความวิตกกังวล(anxiety) ความรู้สึกผิด(guilt) ความละอาย(shame) ความเสียใจ(sadness) ความอิจฉา(envy) ความหึงหวง(jealous) ความน่ารังเกียจ(disgust) ความสุข(happiness) ความภาคภูมิใจ(pride) การปลดปล่อย(relief) ความรัก(love) ความหวัง(hope) และความเห็นอกเห็นใจ(compassion) โดยอารมณ์ 9 แบบแรกเป็นอารมณ์ทางลบ 4 แบบถัดมาเป็นอารมณ์ทางบวก และ 2 แบบสุดท้ายเป็นอารมณ์แบบผสม

1.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) บุคคลจะประเมิน 3 ด้าน คือ สถานการณ์นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตน (Blame or Credit) เพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด (Coping Potential) และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนอย่างไร (Future Expectation)

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and Energy)

2) ความเชื่อทางบวก (Positive Believe)

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) วิธีการแก้ปัญหาที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

- ทักษะทางสังคม (Social Skills)

- การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

- แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource)

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินที่เคยทำมาก่อนตามข้อมูลที่ได้รับใหม่อย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัตร (Dynamic)

2. ขั้นตอนในกระบวนการเผชิญปัญหา (Stage in the Coping Process) บุคคลจะคาดการณ์หรือทำนายถึงอันตรายที่จะได้รับ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม และนำไปสู่การปรับตัวในการเผชิญปัญหาแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1 ระยะการคาดคะเนสถานการณ์ บุคคลสามารถเตรียมวางแผนการปรับตัวไว้ล่วงหน้า

2.2 ระยะการเผชิญกับสถานการณ์ บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการพิจารณาว่าควรทำอย่างไรจึงจะเหมาะสม

2.3 ระยะหลังการเผชิญกับสถานการณ์ บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดในการค้นพบความจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาของวัยรุ่นของ Hauser & Bowlbs (1990) และ Collons (1991) เป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยเสนอรูปแบบการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นทั้งหมด 18 วิธี ได้แก่

1. การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย (Seek Relaxing Diversion)
2. การทำงานและสัมฤทธิ์ผล (Work & Achieve)
3. การแก้ปัญหา (Solving the Problem)
4. การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย (Physical Recreation)
5. การคบหาเพื่อนสนิท (Investing in Close Friend)
6. การมุ่งเน้นในด้านบวก (Focus on Position)
7. การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seek to Belong)
8. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support)
9. การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ (Seeking Spiritual Support)
10. การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking Professional Help)
11. การรวบรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา (Social Action)



12. การมีความคิดที่เต็มไปด้วยความปรารถนา (Wishful Thinking)
13. การเก็บปัญหาไว้คนเดียว (Keep to Self)
14. การตำหนิตนเอง (Self Blame)
15. การมีความกังวล (Worry)
16. การไม่รับรู้ปัญหา (Ignore the Problem)
17. การไม่เผชิญกับปัญหา (Not Coping)
18. การลดความตึงเครียด (Tension Reduction)

กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธีเหล่านี้ เมื่อจัดตามกรอบแนวคิดวิธีการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) จะได้กลวิธีดังนี้คือ

1. กลวิธีการเผชิญปัญหาที่จัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem Focused Coping) ได้แก่ การแสวงหาความเปลี่ยนแปลงเพื่อการผ่อนคลาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การรวมกลุ่มจัดการปัญหา และการมีความวิตกกังวล

2. กลวิธีการเผชิญปัญหาจัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion Focused Coping) ได้แก่ การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การมุ่งเน้นในทางบวก การไม่รับรู้ปัญหา การตำหนิตนเอง การลดความตึงเครียด และการเก็บปัญหาไว้คนเดียว

2.3 การรับรู้ (Perception)

การรับรู้ ความหมาย ขบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่สิ่งเร้ากระตุ้นการรู้สึกและถูกตีความเป็นสิ่งที่มีความหมายโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเข้าใจของบุคคล (Bernstein.1999 : 72) การรับรู้เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ (perception is learned) ดังนั้นถ้าขาดการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะมีเพียงการรับสัมผัสเท่านั้น เช่น เด็กชาตินิดไม่เคยเรียนรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์มาก่อน เพื่อนชี้ให้ดูเขาได้แต่สัมผัสทางตาและทางหูเท่านั้น แต่ไม่เกิดการรับรู้ว่าสิ่งที่เห็นทางตาและทางหูนั้นคืออะไร

พฤติกรรมกรรับรู้ เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องจากการรู้สึกสัมผัสรับรู้ เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในกระบวนการรู้สึก เมื่อเครื่องรับหรืออวัยวะรับสัมผัส สัมผัสสิ่งเร้า เราจะเกิดความรู้สึกแล้วส่งความรู้สึกนั้นไปตีความหรือแปลความหมายกลายเป็นการรับรู้

กล่าวโดยสรุป การรับรู้จะเกิดขึ้น ต้องประกอบไปด้วยกระบวนการที่สำคัญต่อไปนี้

1. การสัมผัส

2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า

3. การแปลความหมายจากการสัมผัส

3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกรพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายแม้จะเป็นสิ่งที่มาแต่โบราณแต่ก็ได้มีการศึกษาพฤติกรรมอันสวนทางกับความต้องการอยู่รอดตามธรรมชาตินี้อย่างเป็นระบบมานานในวรรณกรรมนิยายหรือประวัติศาสตร์ การทำลายชีวิตตัวเองมักเป็นการแสดงออกถึงความเสียสละให้แก่ผู้ที่อยู่เบื้องหลัง ซึ่งอาจไม่เป็นเช่นนั้นในชีวิตจริงและ เนื่องจากแนวโน้มสังคมในปัจจุบัน มีสถิติการฆ่าตัวตายหรือพยายามกระทำสูงขึ้นทุกที จุดที่เราควรพึงเล็งก็คือ เหตุใดคนจึง “นิยม” ฆ่าตัวตายมากขึ้น ผู้ที่อยู่เบื้องหลังมีความสุขยิ่งขึ้นจริงหรือ และเราจะป้องกันฆ่าตัวตายได้อย่างไร

ผลกระทบต่อกรพยายามฆ่าตัวตาย

1. สูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจของประเทศ
2. สุขภาพจิตของคนใกล้ชิด เพราะอาจเป็นเสมือน ตราบาปในใจของผู้ใกล้ชิดไปตลอดชีวิต
3. เป็นเครื่องบ่งชี้สภาพของสังคม โดยเฉพาะสภาวะความผูกพันของคนในสังคม

กระบวนการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนทั้งความกว้างและลึก การรอให้เกิดการกระทำขึ้นก่อนแล้วค่อยบำบัดรักษาโดยไม่ป้องกันตั้งแต่การเริ่มมีแนวคิด ทั้งละเลยไม่ช่วยประคับประคองจิตใจของทั้งผู้กระทำและญาติ หรือโยนความผิดให้กับปัญหาสังคมหรือความเจริญของสังคมซึ่งดูจะใหญ่เกินแก้ แต่เพียงอย่างเดียว น่าจะไม่เพียงพออีกแล้ว ควรที่แพทย์จักร่วมมือกับสังคมป้องกันการลุกลามของกระบวนการนี้ ให้ความรู้คนทั่วไปเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อหากกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนให้สถาบันครอบครัวมีความใกล้ชิดแน่นแฟ้นมากขึ้น เพื่อเป็นที่พึ่งแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่งที่อาจรู้สึกหมดหวัง สร้างทัศนคติของแพทย์ทั่วไปให้มองการฆ่าตัวตายว่าเป็นวิธีขอความช่วยเหลือจากผู้เดือดร้อนวิธีหนึ่ง และสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น (นอกเหนือไปจากพิจารณาสั่งยา) ได้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่ฆ่าตัวตาย ได้วนเวียนไปพบแพทย์และเปรยคำว่า “อยากตาย” หรือ “ฆ่าตัวตาย” ก่อนลงมือกระทำราว 1-2 สัปดาห์ ทั้งควรสร้างค่านิยมที่ถูกต้องต่อกระบวนการนี้ว่าไม่ใช่เป็นวิธีที่น่าเห็ดทุน เสียสละ ทนสมัย หรือใช้มาต่อรองสิ่งใดอีกต่อไป แล้วประเทศชาติจะมีคนที่สามารถอยู่สร้างประโยชน์มากขึ้นได้ปละหลายพันคนที่เดียว (สุนทวิทย์ จิตสว่าง, 2556)

3.1 ด้านตัวบุคคล

ผู้ที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักมองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกว่าถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ อาจกล่าวได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย ก็คือ “เสียงเรียกขอความช่วยเหลือ” (A Cry for Help) เมื่อบุคคลนั้นคิดว่า เป็นหนทางหนึ่งที่จะยุติความเจ็บปวดทั้งหลายทั้งปวง เมื่อความพยายามด้านอื่นไม่เป็นผลสำเร็จ และหากไม่ได้รับความช่วยเหลือทันท่วงที ความตายที่เกิดขึ้นก่อน

เวลา ก่อนวัย อันควร โดยการฆ่าตัวตาย จึงเป็นเรื่องน่าเศร้า (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541; อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2548) จากการทบทวนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในระดับบุคคลโดยเฉพาะปัจจัยที่ส่งเสริมการมีชีวิตอยู่หรือป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ การมีสุขภาพกายที่ดี และการมีสุขภาพจิตที่ดี

การฆ่าตัวตาย ก็คือ การรู้สึกที่ไม่มีความสุข คือ เป็นทุกข์นั่นเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความขัดแย้ง ทะเลาะกัน น้อยใจคนใกล้ชิด ผิดหวังจากความรัก การว่างงานหรือตกงาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2546; อภิชัย มงคล และคณะ, 2549; Clark and Oswald, 1994) ดังนั้นความสุขเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเกื้อหนุนให้บุคคลมีชีวิตอยู่โดยไม่คิดฆ่าตัวตายซ้ำอีก

3.2 ด้านครอบครัว

เมื่อมีคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดบรรยากาศของความโศกเศร้าขึ้น ซึ่งความโศกเศร้านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สุขภาพกายและจิตใจ วัฒนธรรมและกับความสัมพันธ์ผู้ตาย ในระยะแรกที่รู้ว่าคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย ทุกคนจะเกิดความรู้สึกช็อก สับสน มึนงงต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ตามมาด้วยความโศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ คร่ำครวญถึงคนตาย หมดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ โศกเศร้าเสียใจ ผันถึงคนตาย เป็นต้น บางคนอาจจะมีความคิดโทษตนเองและรู้สึกผิดที่ทำให้ไม่ดีหรือไม่ได้ทำสิ่งที่ดีให้กับคนตาย บางคนรู้สึกว่าต้องการตายตามไปด้วย บางคนอาจแสดงออกว่าไม่เชื่อว่าคนตายได้ตายไปแล้ว จะรู้สึกโกรธและต่อต้านความจริงที่เกิดขึ้น บางคนอาจจะมีอาการของโรคจิตเกิดขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อมีการฆ่าตัวตายในครอบครัวเกิดขึ้น บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดกับผู้ตายจะต้องยอมรับความเป็นจริงของการสูญเสีย เผชิญหน้ากับความเจ็บปวด โศกเศร้าจากการสูญเสียด้วยความเข้าใจจนสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ ที่สำคัญคือ อย่าพยายามอยู่คนเดียว หากิจกรรมที่สร้างสรรค์ทำเพื่อจะได้ไม่คิดถึงคนที่ตายไปแล้ว แต่ถ้าผู้ที่รู้สึกว่ามีอาการของความโศกเศร้าอย่างมากและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ควรไปรับการบำบัดจากสถานบริการใกล้บ้าน เช่น ที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งจะมีบุคลากรให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้คนที่มีความโศกเศร้ามาก ๆ ได้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ออกมาจนสามารถยอมรับกับการสูญเสียนั้นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ผลกระทบด้านครอบครัวทำให้เกิดบรรยากาศของความโศกเศร้า ซึ่งในระยะแรกที่รู้ว่าคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย ทุกคนจะเกิดความรู้สึกช็อก สับสน มึนงงต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ตามมาด้วยความโศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้คร่ำครวญถึงคนตาย หมดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือผันทถึงคนตาย บางคนมีความคิดโทษตนเองและรู้สึกผิดที่ทำให้ไม่ดีหรือไม่ได้ทำสิ่งที่ดีให้กับคนตาย บางคนรู้สึกว่าต้องการตายตามไปด้วย (สดส คุ้มทรัพย์อนันต์, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ellis (2012) พบว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย สมาชิกในครอบครัวมักมีรูปแบบปฏิกิริยาและการ

ปรับตัวในหลายลักษณะทั้งเชิงบวกและลบ เช่น เสรีโศกเสียใจ รู้สึกผิด วิตกกังวล บางครอบครัวอับอาย หรือมีตราบาปที่มีคนฆ่าตัวตายในครอบครัว และถ้าไม่เสียชีวิตสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อดูแล ทำให้เสียเวลาและสูญเสียรายได้ โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จของคน 1 คน จะมีผลกระทบต่อคนอื่นอีกอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท คนรัก ดังนั้นถ้าในประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 4,000 คน จะมีผู้รับผลกระทบที่ต้องทุกข์ทนกับการสูญเสียถึงปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผลต่อบทบาทและความสัมพันธ์ในเครือญาติ ทำให้คนชาติที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและชาติที่ปรึกษาเมื่อเกิดวิกฤตการณ์ในชีวิต จึงหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย รวมทั้งสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตาย มักเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ การทะเลาะวิวาท ความขัดแย้งใจ ไม่พอใจ เสียใจ น้อยใจ หรือหึงหวง เป็นต้น (เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และคณะ, 2539; เจริญแจ่มแจ้ง และพนมศรี เสาร์สาร, 2541; ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยันติติลล, 2541; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547)

3.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้วดูเหมือนว่าประเทศไทยยังมีปัญหาน้อย แต่ข้อมูลที่ต้องพิจารณาร่วมกันด้วยคือ จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรืออาจจะเรียกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ซึ่งจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่าคนไทยที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นโดยเฉลี่ยมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 5 เท่าตัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังนั้นปัญหาในเรื่องการฆ่าตัวตายจึงไม่ใช่ปัญหาเล็กๆ อีกต่อไป ทั้งรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังต้องรณรงค์ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง นอกจากนี้ถ้าจะคำนวณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยคำนวณจากอายุการทำงานเฉลี่ยที่เหลืออยู่จนถึงเกษียณและค่าเฉลี่ยรายได้ที่จะหาได้จนถึงอายุเกษียณ พบว่าในปี 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์เพราะการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียในเชิงเศรษฐศาสตร์ถึงประมาณ 16,000 ล้านบาท ต้นทุนดังกล่าวข้างต้นยังมิได้รวมถึงผลกระทบทางสังคมด้านอื่นๆ ที่ตามมาด้วย ซึ่งเมื่อหากคิดรวมแล้วย่อมจะขยายผลของความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย เนื่องจากผลกระทบจากการฆ่าตัวตายย่อมมีผลกระทบต่อสังคมเป็นวงกว้างและลึก ซึ่งไม่อาจจะประเมินได้เหมือนในกรณีผลกระทบทางเศรษฐกิจ

แนวทางการแก้ไขอย่างตรงประเด็น ถ้าพิจารณาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่มาจากปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องการเรียน ปัญหาเรื่องการทำงาน และปัญหาสุขภาพ กลุ่มคนที่จะช่วยแก้ไขและป้องกันการฆ่าตัวตายนอกจากครอบครัวแล้วยังมีบุคคลากรที่มีความชำนาญด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ในปัจจุบันมีภาคเอกชนที่เข้ามาเป็นตัวช่วย

โดยการตั้งเป็นสมาคมสมาพันธ์แห่งประเทศไทย มีอาสาสมัครรับฟังปัญหาทางโทรศัพท์ ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้ต้องผ่านการอบรม 6 เดือน เน้นให้ความเป็นเพื่อนระดับประคองอารมณ์ให้อยู่ในภาวะปกติ เนื่องจากผู้ที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายมีแนวโน้มจะล้มเลิกความคิดเมื่อได้ระบายปัญหากับใครสักคนที่รับฟังอย่างเข้าใจ

นอกจากนี้คนไทยควรจะปรับแนวความคิดเสียใหม่ได้แล้วว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจก็เป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนย่อมมีโอกาสเป็นได้ การเข้าพบจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเพื่อหาทางแก้ไขควรจะเป็นเรื่องธรรมดา ทั้งคนที่ขอรับบริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ควรจะมีมุมมองที่ถูกต้องเหมาะสมในประเด็นนี้ เพื่อทั้งสองฝ่ายจะได้มีความร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหามีอยู่ให้มีความรุนแรงลดลง และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นใหม่ให้น้อยลง สังคมไทยก็จะเป็นสังคมที่น่าอยู่มากยิ่งขึ้น เป็นการลดบรรยากาศของความตึงเครียดไปในตัว (กรมสุขภาพจิต, 2549)

การฆ่าตัวตายยังมีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก เช่น ระดับรายได้ การศึกษาและอาชีพ เป็นต้น ดังนั้นประเด็นการพิจารณาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องให้ความสนใจสถานการณ์ทางเศรษฐกิจสังคม ความอ่อนไหวทางจิตใจ และเหตุการณ์ที่มีความเครียดแอบแฝงอยู่ (Sainsbury, 1986 Cited in Fremouw, 1990) ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือในลำดับต่อไป และจากการศึกษาในระดับวิทยาลัยทำร้ายตนเอง ที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. 2547 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2549) พบว่า ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตในปัจจุบัน ประมาณ 1 ใน 3 ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในเรื่องการทำงานและรายได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น เศรษฐกิจ จึงเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนสังคมโดยเฉพาะในเรื่องแบบแผนของการประกอบอาชีพแบบแผนการใช้แรงงานรวมทั้งภาวะหนี้สิน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2556) ได้ศึกษาประสบการณ์ การพยายามฆ่าตัวตาย : ความแตกต่างทางเพศภาวะ ได้ศึกษาเชิงคุณภาพกับกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย 33 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ทั้งเพศหญิง และ เพศชาย บอกความหมายว่า การฆ่าตัวตายเป็นทางออกจากความมืด และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่แตกต่างกัน เพศหญิงมีความทุกข์ทรมานจากการถูกรังแกทำความรุนแรงจากเพศชายที่มีอำนาจเหนือกว่า ส่วนเพศชายถูกกดดันจากบทบาทความเป็นชายที่ต้องเป็นผู้นำครอบครัว

วงศ์พรรณ มลารัตน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนจังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยเรื่องส่วนบุคคล คือ บุคลิกภาพแบบจริงจัง ทำให้เครียดง่าย สาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดอยากตาย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหา สุขภาพเรื้อรัง ปัญหาครอบครัว ลูกไม่ได้ตั้งใจ กลังสามมีไปมีผู้หญิงคนอื่น ไม่มีที่ปรึกษาและยายที่จะปรึกษาส่งสัญญาณเตือน แต่คนใกล้ชิดไม่สนใจ เพื่อ

จากการศึกษาพบปัจจัยปกป้อง คือ สัมพันธภาพอันดีของ พ่อ-แม่ พี่น้องคนใกล้ชิดในครอบครัวมีคนที่รักและห่วงใย ครอบครัว มีพฤติกรรมเชิงบวก ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ ส่วนปัจจัยปกป้องในชุมชน คือการมีกลุ่มจิตอาสา ช่วยเหลือคนอื่น

วรารักษ์ ประทีปธีรานันต์ (2557) ได้ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2553-2555) จากรายงานเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง.506 DS) เป็นข้อมูลของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่เข้ารับการรักษ พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 2.9 : 1 กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.2:1 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง หรือผู้ใช้แรงงานเพศหญิงมากกว่าเพศชายอัตราส่วน 1.2:1 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง หรือผู้ใช้แรงงานส่วนคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในวัยกลางคน หรือวัยทำงาน ส่วนคนที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยทำงานตอนต้น ยังพบว่าคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำมากกว่ากลุ่มพยายาม และกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33.13 และวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จคือการยกคอ ส่วนกลุ่มพยายามจะใช้วิธีกินยาเกินขนาด และทั้ง 2 กลุ่มมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดในครอบครัว

อนุพงศ์ คำมา (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาแบบ Case Control study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างรายบุคคล กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นข้อมูลโดย สืบค้นหลังเสียชีวิตโดยการสัมภาษณ์คนในครอบครัว ส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายทำการสัมภาษณ์เข้ารับการบำบัดรักษา โดยช่วงเวลาศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2554 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงมีปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จคือมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.4 เท่า การมีโรคประจำตัว เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิการ ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง โรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดยาเสพติด ภาวะซึมเศร้า ปัญหา ยาเสพติด มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีปัญหากับบุคคลใกล้ชิด ผิดหวังในความรัก มีปัญหาคดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปริยาภัทร ตรีประวัติ (2552) ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน ด้วยแบบประเมิน CES-D เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบวัดความคิดฆ่าตัวตายและแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 27.8 ในจำนวนนี้ร้อยละ 24.7 มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นบางครั้งหรือบ่อยครั้งแต่ไม่จริงจัง ร้อยละ 3.1 เป็นผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง โดยมีการวางแผนคิดหาวิธีที่จะฆ่าตัวตายและเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายคือภาวะซึมเศร้า

Stevens M., et al.(2008) ศึกษาเรื่อง Prevention of suicide and suicidal behavior in adolescents (Protocol) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ในรูปแบบโรงเรียน ชุมชน หน่วยบริการระดับต้นที่เป็นไปได้ในการลดความเสี่ยงเป็นรายบุคคลการบำบัดระยะต้นเป็นโปรแกรมการตระหนักต่อการฆ่าตัวตาย โปรแกรมสำหรับผู้ช่วยเหลือหรือการบำบัดในระยะวิกฤต ศูนย์บริการวิกฤต และสายด่วน สื่อสารให้ความรู้ จัด Primary outcomes ด้านอัตราฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายที่ไม่เสียชีวิต Secondary outcomes คือ ความคิดฆ่าตัวตาย การเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และการช่วยเหลือ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินผลลัพธ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความโกรธ ความมีคุณค่า การปรับตัว การบำบัดในโรงเรียน หลักสูตรโปรแกรมการป้องกันให้มีความสำคัญกับการเจ็บป่วยทางจิต การลดตราบาปรายบุคคล กิจกรรมของผู้ช่วยเหลือคือรายงานสัญญาณเตือนและให้คำปรึกษา โปรแกรมการป้องกันในชุมชน ศูนย์บำบัดวิกฤต และ Hotlines สามารถช่วยเหลือทันเวลา พฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยครั้งที่เกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ที่วิกฤต โปรแกรมการให้ความรู้แก่สื่อมวลชน เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบและทัศนคติต่อการรายงานข่าวการฆ่าตัวตาย โปรแกรมการป้องกันในสถานบริการวัยรุ่นจำนวนมากมาพบแพทย์ใน 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย ควรมีการให้ความรู้แพทย์ในการยอมรับให้การบำบัดโรคซึมเศร้า การเข้าถึงเพื่อลดอัตราฆ่าตัวตาย

Szumilas M., Kutcher S.(2011) ศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือหลังพยายามฆ่าตัวตาย พบโปรแกรมการช่วยเหลือหลังพยายามฆ่าตัวตาย 49 เรื่อง มี 16 เรื่องที่เป็นการศึกษาที่มีคุณภาพ เน้นกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน บทบาทของสถานบริการระดับตติยภูมิในการช่วยเหลือหลังพยายามฆ่าตัวตายต้องเป็นรายบุคคล หลังจากเกิดเหตุการณ์ กลุ่มเป้าหมายที่สูญเสียคนที่ตนรักจากการฆ่าตัวตาย โปรแกรมการช่วยเหลือหลังพยายามฆ่าตัวตายในโรงเรียน วัดผลลัพธ์ในเรื่องจำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และมีความคิดฆ่าตัวตาย ใช้เครื่องมือแบบรายงานพฤติกรรมด้วยตัวเองในวัยรุ่น แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง การใช้ยาและแอลกอฮอล์ พบว่า Crisis training program ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น และพึงพอใจในโปรแกรม และพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ แต่พบว่า การช่วยเหลือโดยการตั้งคำถามอย่างละเอียดและให้ความรู้ เพิ่มคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในวัยรุ่นที่สูญเสียเพื่อน โปรแกรมช่วยเหลือหลัง ฆ่าตัวตายสำหรับครอบครัว ได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคอง สำหรับผู้รอดชีวิตวัยรุ่นใหญ่หรือ ผู้เป็นหม้าย โปรแกรมศูนย์วิกฤตโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ ติดตามผล 1 ปี หลังบำบัด วัดโดยใช้ Beck Depression Inventory , Brief Symptom Inventory และอื่นๆ พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพต่ำถึงปานกลาง โปรแกรมการช่วยเหลือหลังฆ่าตัวตายในชุมชน การศึกษาที่พบมีน้อยไม่สามารถสรุปได้ พบเรื่องของสื่อและการให้ข้อมูล ความรู้

แนวทางการรายงานข่าวเรื่องการฆ่าตัวตาย ด้านความคุ้มทุนของโปรแกรมไม่สามารถวิเคราะห์ได้ เนื่องจากมีการศึกษาเรื่องนี้ 2 เรื่อง ซึ่งพบว่าความคุ้มทุนไม่แตกต่างจากโปรแกรมอื่นๆ

5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์มาจากทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียดของครอบครัวของแมคคับบิน และคณะ (McCubbin et. Al. 1987) โดยมีแนวการสัมภาษณ์จากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะวิกฤตของครอบครัว ดังนี้

1) ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่เข้ามาในครอบครัวจากปัจจัยภายนอกและภายในครอบครัวที่ก่อให้เกิดเป็นภาวะวิกฤต เป็นการสะสมไว้และเป็นการเปลี่ยนแปลง จนทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทำให้ต้องเกิดการปรับตัว และเผชิญภาวะวิกฤตของครอบครัว และส่งผลให้เกิดการวิกฤตปรับเปลี่ยนความรู้สึกเกิดความตึงเครียดเหนือและคิดพยายามฆ่าตัวตาย

2) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่สามารถนำมาใช้ในภาวะวิกฤต มีไม่เพียงพอกับความต้องการในการแก้ไขเหตุการณ์ เช่น ความแข็งแกร่งของครอบครัว ในการช่วยเหลือกัน พึ่งพากัน ความสามัคคีกัน ความภาคภูมิใจในครอบครัว หรือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และในชุมชน

3) ปัจจัยการรับรู้ของครอบครัวซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การรับรู้ที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์วิกฤตเข้ามาในครอบครัว และการรับรู้ว่ามีภาวะวิกฤตเข้ามาในครอบครัวแล้วทำอย่างไรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีผลกระทบอะไรต่อครอบครัว เกิดผลดี ผลเสียอย่างไรบ้าง ถ้าครอบครัวที่มีแหล่งประโยชน์ มีความเข้มแข็ง ก็จะทำให้เกิดความไว้วางใจกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันช่วยเหลือกันในครอบครัว และมีความสามัคคีกันมากขึ้นแต่ถ้า ปัจจัยแหล่งประโยชน์ไม่เอื้อ ก็ทำให้เกิดผลกระทบตามมา

4) ปัจจัยการปรับตัวของครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่เผชิญภาวะวิกฤต และการปรับตัวหลังภาวะวิกฤต เนื่องจากสาเหตุเกิดจากความเครียดที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและภายในครอบครัว รวมการปรับตัวขึ้นกับแหล่งประโยชน์ของครอบครัวและมุมมองการรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ให้เกิดการปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลของครอบครัวให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

เมื่อการปรับตัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวเผชิญปัญหา และพยายามดึงแหล่งประโยชน์รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง เพื่อมาสนับสนุนให้สามารถนำมาใช้ได้ และเกิดการปรับตัวต่อการรับรู้รวมทั้งการเผชิญปัญหากับคนในครอบครัว และในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ได้ตามปกติและมีชีวิตอยู่อย่างสมดุลมีชีวิตอยู่ได้ โดยไม่คิดฆ่าตัวตายซ้ำ โดยให้รู้สึกในการมีคุณค่า มีความหวัง รู้ว่ามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร มีความเข้มแข็งในการมีชีวิตอยู่รวมถึงความผูกพันในครอบครัว และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการช่วยเหลือ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ซึ่งจะแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกพื้นที่วิจัย
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. การได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4. กระบวนการดำเนินการวิจัย
 - 4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

5. จริยธรรมของการวิจัย

1. การเลือกพื้นที่วิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้เป็นตัวแทนของเขตบริการสุขภาพที่ 7 จึงได้เก็บกลุ่มตัวอย่าง แบบกระจายทั้ง 4 จังหวัด โดยการเลือกพื้นที่โดยดูจากสถิติอำเภอที่มีคนพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด 2 อำเภอแรกในแต่ละจังหวัด ในปี พ.ศ.2558 การเข้าพื้นที่วิจัย ใช้วิธีประสานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด และในระดับอำเภอทั้ง 8 อำเภอ และมีการชี้แจงการศึกษาวิจัย และวัตถุประสงค์ กระบวนการในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้เข้าใจในการวิจัยครั้งนี้ และเกิดความร่วมมือ แล้วจึงทำหนังสือทางราชการเพื่อขอดำเนินการวิจัย ในพื้นที่ และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการต่อไป

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการเก็บกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 7 (เขตร้อยแก่นสารสินธุ์ ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 92 ราย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. กลุ่ม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยเคยลงมือกระทำมาแล้ว
2. กลุ่มญาติที่เคยดูแลใกล้ชิดกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (ที่ไม่ใช่ญาติ) ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างผู้พยายามฆ่าตัวตาย ญาติที่เคยดูแล และเป็นผู้เกี่ยวข้องในการดูแลที่เคยช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ต้องมีประสบการณ์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี นับย้อนหลังจากวันที่เก็บข้อมูล

3. การได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ จากผู้ประสานในพื้นที่ระดับสาธารณสุขจังหวัด (จำนวนสถิติ) และผู้รับผิดชอบในพื้นที่ระดับอำเภอ (กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล) จึงได้ประสานความร่วมมือ โดยมีการจัดประชุมชี้แจงโครงการและวัตถุประสงค์ในการลงเก็บข้อมูล รวมทั้งมีการให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายในบทบาทต่างๆ ตลอดจนมีการชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจหรือปรึกษากับครอบครัวได้อย่างเป็นอิสระ ในการตัดสินใจในการเปิดเผยข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยและได้เก็บข้อมูลที่ให้มาเป็นความลับส่วนบุคคล และก่อนการสัมภาษณ์ได้ทำข้อตกลงร่วมกันมีการเซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลถึงในช่วงหนึ่งช่วงใดในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม หรือจะหยุดการให้ข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ รวมทั้งสามารถออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์เป็น

3 ชุด ซึ่งประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ข้อมูลการดูแลของญาติที่ดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

การทำเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องช่วยตรวจสอบและแก้ไข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและตรงกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และผู้ตรวจสอบจะเป็นสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพพระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายอีก 2 ท่าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขและลงนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบภาษาในการสัมภาษณ์ในกลุ่มเป้าหมายที่เหมือนกันแต่คนละพื้นที่ที่ทำการศึกษา

4. กระบวนการดำเนินการวิจัย

4.1 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2559 – กรกฎาคม พ.ศ. 2559

4.1.1 ประสานงานการเก็บข้อมูลวิจัย และจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 4 จังหวัด ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษาวิจัย

4.1.2 ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลวิจัยและจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และประสานวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล และจัดทำคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม)

4.1.3 คณะผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้แบบสัมภาษณ์โดยสลับคู่กันตอบคำถาม อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาพร้อมกันแจกคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามแก่ผู้เก็บข้อมูลวิจัย คนละ 1 เล่ม โดยคณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 20 คน ในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 โดยทำความเข้าใจข้อคำถามที่เก็บข้อมูล การอธิบายอาสาสมัครการเซ็นยินยอม และทดลองใช้เครื่องมือโดยสลับคู่กันถามตอบ อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาอุปสรรคและไขปัญหาพร้อมกัน ผู้เก็บข้อมูลวิจัยทุกคนมีคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการศึกษาเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย

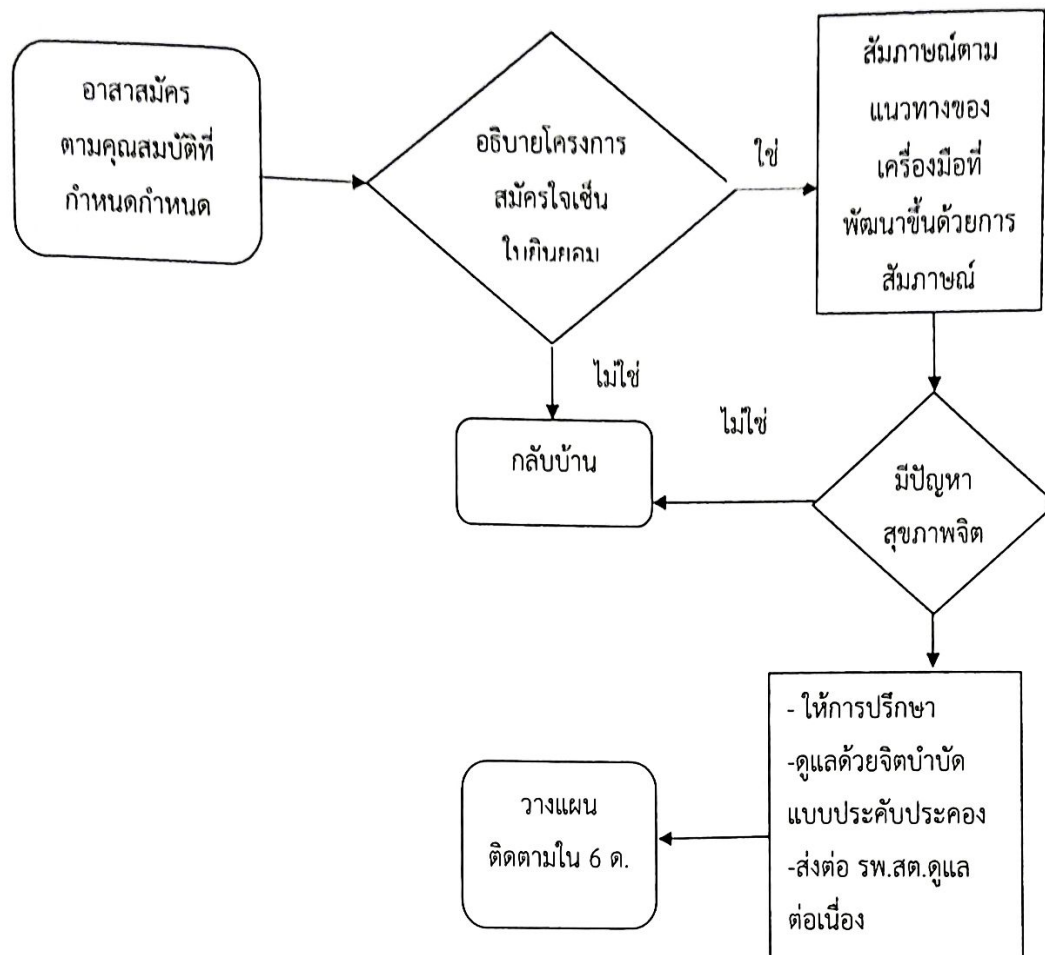
4.2 ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2.1 ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยลงประสานงานกับพื้นที่ก่อน และนัดวัน เวลาที่พร้อม ก่อนลงสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล โดยมีการให้การปรึกษาและแนะนำการดูแลสำหรับผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและญาติ

4.2.2 การออกเก็บข้อมูลวิจัยที่ทำการคัดเลือก โดยคัดเลือกสถานที่ศึกษาจังหวัดละ 2 อำเภอที่มีความชุกการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด ของทั้ง 4 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์) โดยอาสาสมัครแต่ละคนได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการและสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการจะลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน จากนั้นพยาบาลวิชาชีพทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นด้วยสัมภาษณ์ ในกรณีที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาสาสมัครจะได้รับการดูแลด้วยการทำจิตบำบัดประคับประคอง และหากพบว่าผิดปกติจะส่งต่อ รพ.สต.เพื่อรับการรักษา เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4.2.3 ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีก่อนทำการวิจัย ญาติผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้มีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย (กลุ่มเป้าหมาย) โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเริ่มจากเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2559

ภาพที่ 1 กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชนและการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต



4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา 7 ขั้นตอนของ colaggi' method

- 1) อ่านข้อความที่สัมภาษณ์อย่างละเอียด
- 2) Code คำพูด หรือประโยคที่สำคัญ หรือคำพูดที่พูดถึงบ่อยๆ
- 3) สร้างดัชนีจากข้อความโดยอิงแนวทางการรับรู้และการเผชิญหน้าปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7
- 4) จัดประเภท ทำหมวดหมู่ข้อมูลจากดัชนีประมวลข้อมูล

- 5) ติความเชื่อมโยงประเภทและหมวดหมู่ข้อมูล
- 6) หาความหมายของคำ เหตุการณ์ หรือ วรรณกรรมที่ค้นพบ
- 7) นำเสนอข้อค้นพบให้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ การตีความของ

ผู้วิจัย

4.3.3 การตรวจสอบข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ดังนี้

- 1) ตรวจสอบข้อมูลโดยการศึกษาประเด็นเดียวกัน แต่ใช้ข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย แหล่งข้อมูลที่หลากหลายในที่นี้หมายถึงช่วงเวลาที่แตกต่างกัน สถานที่ต่างกัน ผู้ให้ข้อมูลและผู้รวบรวมข้อมูลต่างกัน
- 2) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไปในการเก็บข้อมูลที่ศึกษาในประเด็นเดียวกัน
- 3) ใช้นักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีความเชี่ยวชาญต่างสาขากันมา พิจารณาข้อมูล และวิเคราะห์ประเด็นเดียวกัน เพื่อให้ได้คำอธิบายปรากฏการณ์ที่มีหลากหลาย มุมมองกระจ่างชัดครบถ้วนทุกมิติ

5. จริยธรรมของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต พิจารณาโครงการ ข้อมูลของอาสาสมัครแต่ละคนจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เว้นแต่การส่งต่อข้อมูลของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรือข้อมูลนั้นเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา ในที่นี้มีความเสี่ยงอื่นที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ดังนี้

5.1 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

5.1.1 อาสาสมัครขอออกจากกรวิจัยก่อนครบกระบวนการ ดำเนินการแก้ไขโดยการอธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจวัตถุประสงค์และยินยอมให้ความร่วมมือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

5.1.2 เกิดปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัคร ดำเนินการแก้ไขโดยการทดลองฝึกสัมภาษณ์ก่อนออกเก็บข้อมูลจริง

5.1.3 อาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยภาคสนามให้การปรึกษาเบื้องต้นส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้คำแนะนำการดูแลช่วยเหลือและให้การส่งต่อ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.1.4 ถ้าอาสาสมัครมีปัญหาความต้องการรับบริการปรึกษา แก้ไขโดยมีหน่วยบริการปรึกษาในทีมวิจัยหรือส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

5.1.5 กรณีอาสาสมัครไม่พึงพอใจในการให้ข้อมูลหรือมีข้อสงสัย กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการตอบข้อสงสัยตลอด 24 ชั่วโมง

- 1) อาสาสมัครทุกท่านจะได้รับคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการ และถ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการจะเซ็นใบยินยอมให้ไว้เป็นหลักฐาน และฉบับจริงผู้วิจัยเก็บไว้ ฉบับสำเนามอบให้แก่อาสาสมัคร พร้อมเอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครคนละ 1 ชุด
- 2) การศึกษานี้จะไม่เปิดเผยความลับใดๆ ที่มีผลต่ออาสาสมัคร แต่จะนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ในภาพรวม หรือเปิดเผยเฉพาะผู้ที่กำกับดูแลการวิจัย
- 3) ค่าตอบแทนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เป็นเงินค่าตอบแทน คนละ 150 บาท (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)
- 4) อาสาสมัครสามารถออกจากโครงการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ เช่น ไม่พึงพอใจระหว่างสนทนา หรือ คุยเสร็จและไม่ให้เปิดเผยข้อมูลก็ได้
- 5) ในกรณีที่ปัญหาไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้หยุดพักระหว่างให้ข้อมูลได้จนกว่าอาสาสมัครจะพร้อมจึงมาเริ่มบทสนทนาต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาโครงการวิจัย การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชน
เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาของข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบของการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
ด้วยการจำแนกข้อความจัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอตามข้อที่ค้นพบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การศึกษาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ 2 การศึกษาในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ 3 การศึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (n = 26 ราย)

จากตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 53.8 ของกลุ่มตัวอย่าง
เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.2) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 23.1 และ
รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 30-39 และอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 19.2 ระดับ
การศึกษา จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสคู่อยู่
ด้วยกัน ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 34.6 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และ
ส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้านร้อยละ 26.9 รองลงมา คือ เกษตรกร และรับจ้าง มีจำนวนเท่าๆ กันคือ
ร้อยละ 23.1 รายได้ส่วนใหญ่ตอบไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกัน
สุขภาพร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัว และเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=26)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	46.2
หญิง	14	53.8
2. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	4	15.2
20-29 ปี	6	23.1
30-39 ปี	5	19.2
40-49 ปี	4	15.2
50-59 ปี	2	7.7
60 ปีขึ้นไป	5	19.2
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	61.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	23.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	11.5
ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวส.	1	3.8
4. สถานภาพสมรส		
โสด	9	34.6
คู่อยู่ด้วยกัน	11	42.3
คู่แยกกันอยู่	2	7.7
หย่า/ร้าง	2	7.7
หม้าย	2	7.7
5. ศาสนา		
พุทธ	26	100
6. อาชีพ		
เกษตรกร	6	23.1
รับจ้าง	6	23.1
ทำธุรกิจส่วนตัว	2	7.7
งานบ้าน	7	26.9
ว่างงาน	2	7.7
นักเรียน/นักศึกษา	2	7.7
missing	1	3.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=26) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8. ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	15	57.7
เพียงพอ	11	42.3
9. สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพ	23	88.5
ประกันสังคม	2	7.7
ต้นสังกัด/กรมบัญชีกลาง	1	3.8
10. ปัญหาสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (n = 26)		
ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ	4	15.4
โรคความดันโลหิตสูง	6	23.1
โรคปอดหรือหลอดลม	2	7.7
โรคหัวใจ	1	3.8
โรคกระดูกและข้อ	2	7.7
เนื้องอก	1	3.8
เบาหวาน	2	7.7
โรคทางจิตเวช	3	11.5
อื่นๆ (ระบุ โรคตับ เส้นเลือดในสมองตีบ ไมเกรน ภูมิแพ้)	5	19.2

1.2 ข้อมูลทั่วไปญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n= 39 ราย)

จากตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 84.6 เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.4) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 43.6 รองลงมา คือ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.6 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันถึงร้อยละ 56.4 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.8 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 17.9 และร้อยละ 53.8 บอกมีความเพียงพอกับรายได้ของครอบครัว

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย (n=39)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	6	15.4
หญิง	33	84.6
2. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	-	-
20-29 ปี	-	-
30-39 ปี	4	10.3
40-49 ปี	8	20.5
50-59 ปี	17	43.6
60 ปีขึ้นไป	10	25.6
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	71.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	7.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	10.3
ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวส.	4	10.3
4. สถานภาพสมรส		
โสด	-	-
คู่อยู่ด้วยกัน	22	56.4
คู่แยกกันอยู่	4	10.3
หย่า/ร้าง	5	12.8
หม้าย	8	20.5
5. ศาสนา		
พุทธ	39	100
6. อาชีพ		
เกษตรกร	21	53.8
รับจ้าง	7	17.9
ทำธุรกิจส่วนตัว	6	15.4
งานบ้าน	3	7.7
ว่างงาน	2	5.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=39) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	18	46.2
เพียงพอ	21	53.8

1.3 ข้อมูลการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของญาติ

จากตารางที่ 3 ลักษณะครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 53.9 เป็นครอบครัวขยาย ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ในการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแลถึงร้อยละ 87.2 พบว่าไม่มีปัญหาการดูแลช่วยเหลือในครอบครัว พบว่า ร้อยละ 66.67 มีคนช่วยดูแลร่วมด้วยส่วนผู้ดูแลในชุมชนรับรู้ว่ามีคนช่วยดูแลถึงร้อยละ 56.41 ส่วนความรู้ที่ได้รับ พบว่า ญาติ หรือผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมโดยตรง ถึงร้อยละ 74.36 ส่วนผู้เคยได้รับความรู้เป็นจากการพูดคุย ศึกษาจากผู้อื่นและสังเกตพฤติกรรม และผู้แนะนำ ร้อยละ 25.64 สถานะปัจจุบันของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าสำเร็จ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.60 และยังมีชีวิตอยู่ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.40 และมีเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมคิดเป็น ร้อยละ 48.8 แต่ในรายที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ติดตามมีมากกว่าถึง ร้อยละ 48.8 แต่ในรายที่ได้มีเจ้าหน้าที่ติดตามมีมากกว่าถึง ร้อยละ 51.3 ถามถึงปัจจุบันมีปัญหาสภาพจิตใจในครอบครัวหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 82.1 บอกไม่มีปัญหา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลของญาติและผู้ดูแลการช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

ข้อมูลการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (n=39)	จำนวน	ร้อยละ
1. ลักษณะครอบครัวในปัจจุบัน		
เดี่ยว	18	46.1
ขยาย	21	53.9
2. ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา		
ไม่มี	34	87.2
มี (ค่ารถ ค่าใช้จ่ายทุกอย่าง สามปีป่วย)	3	7.7
ไม่ตอบ	2	5.1
3. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายในครอบครัว		
ไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในครอบครัว	13	33.33
มีผู้ดูแลช่วยเหลือในครอบครัว	26	66.67
4. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายในชุมชน (คนนอกครอบครัว)		
ไม่มีคนช่วยดูแล	17	43.59
มีคนช่วยในชุมชน	22	56.41
5. ท่านเคยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือไม่		
ไม่เคย	29	74.36
เคย	10	25.64
6. สถานะปัจจุบันผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องเข้าไปดูแล		
มีชีวิต	22	56.40
เสียชีวิต	17	43.60
7. เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาติดตามเยี่ยมหรือไม่		
ไม่มี	20	51.3
มี	19	48.8
8. ปัจจุบันสภาพจิตใจของท่านและครอบครัวเป็นอย่างไร		
ไม่มีปัญหา	32	82.1
มีปัญหาสภาพจิตใจตกกังวล	7	18.0

1.4 ข้อมูลทั่วไปผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฆ่าตัวตายในชุมชน (n=27)

จากตารางที่ 4 ลักษณะข้อมูลทั่วไปผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.2 มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่ม อสม. ร้อยละ 66.7 รองลงมาจะเป็นพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรี ถึงร้อยละ 29.6

รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายมีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 22.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.5 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 และมีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 33.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายในชุมชน (n=27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	14.8
หญิง	23	85.2
2. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย		
พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข	9	33.3
อสม.	18	66.7
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	11.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	6	22.2
ต่ำกว่าปริญญาตรี/ ปวส.	2	7.4
ปริญญาตรี	8	29.6
สูงกว่าปริญญาตรี	2	7.4
4. สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.7
คู่อยู่ด้วยกัน	22	81.5
หย่า/ร้าง	2	7.4
หม้าย	2	7.4
5. ศาสนา		
พุทธ	26	96.3
คริสต์	1	3.7
6. อาชีพ		
รับราชการ	9	33.4
เกษตรกร	7	25.9
รับจ้าง	6	22.2
ธุรกิจส่วนตัว	3	11.1
งานบ้าน	2	7.4

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพการรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชน
เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาแยกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การศึกษาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ 2 การศึกษาในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

กลุ่มที่ 3 การศึกษาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

กลุ่มที่ 1 การศึกษาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=26)

1.1 ปัญหาที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย พบปัญหา ดังนี้

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีการรับรู้ปัญหาตนเองว่ามีปัญหาดังแต่ 2 ปัญหาขึ้นไป และใช้กลไกการแก้ปัญหาด้วยอารมณ์โกรธ น้อยใจ และเก็บไว้กับตัวเองไม่บอกเล่าให้ใครฟัง โดยปัญหานั้นมีทั้งปัญหาโรคประจำตัว และปัญหาที่เพิ่งเกิด เช่น ปัญหาครอบครัว และปัญหาที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และรับรู้ว่ามีคนช่วยได้จึงได้ตัดสินใจฆ่าตัวตายตามที่ยาตัวอย่าง ดังนี้

อยากไปทำงานแต่ พ่อ – แม่ ไม่อยากให้ไป ทำให้ตนนอนไม่หลับอยากไปทำงาน กินยาไป 8 เม็ด พ่อ – แม่รู้พาไปหาหมอ หมอบอกว่ายาออกฤทธิ์ตรงข้ามคือ ทำให้กระวนกระวายนอนไม่หลับ

เกิดอาการทางจิตกินกาแฟเพื่อลดน้ำหนัก ตนอยากไปทำงานจึงอยากลดหุ่น กลัวบุคลิกไม่ดี มีเพื่อนแนะนำให้กินกาแฟเพื่อลดน้ำหนัก กินมาได้ประมาณปีกว่าเกือบ 2 ปี เริ่มมีเสียงแว่วตามาตลอด เบื่อ ท้อ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีแต่อยากตาย เหมือนมีคนมาพูดตลอดเวลา พอหันไปดูก็ไม่เจอใคร เคยบอกแฟน (สามี) ว่ามีคนมาพูดแบบนั้น แบบนี้ เขาก็บอกว่าเขาไม่ได้ยิน แต่ตัวเองได้ยินตลอดเวลา คิดว่าเกิดจากกาแฟลดน้ำหนัก ใจก็เชื่อครึ่ง แต่สามีก็บอกว่า เรามีอาการเพราะกาแฟนั้นแหละ

มีโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย เป็นเบาหวาน ตอนนี้มีโรคความดันอีกกินยาไม่หายสักทีตอนนี้เดินไม่ได้มา 3-4 เดือน แล้ว มันทรมาณหาเงินไม่ได้ต้องอาศัยลูกหลาน อาศัยคนอื่นหาให้กิน ไม่อยากอยู่ อยู่ไปก็ลำบากคนอื่น

อารมณ์ชั่ววูบ โกรธมาก คิดว่าเขาไปมีกิ๊ก ไปมีผู้หญิงคนอื่น น้อยใจ โทรไปโทรศัพท์ก็ไม่มีใครรับ ทำให้คิดมาก ว่าเขาไปติดหญิงอื่น เลยทำประชดคะ

ภาวะเจ็บป่วยต้องพึ่งพาคณะอื่น ผมป่วยก่อนดื่มเหล้าหนัก บอกเมียว่า อย่าไปนานนะไปแล้วให้รีบกลับมา ก็รู้ว่า ภรรยาไปกินเลี้ยงอยู่พอกินแล้วก็เลยยอมกลับเลยคิดมาก โมโห คิดไปหมดก็เลยคิดว่า กูจะอยู่ไปทำไมว่จั้นครับ

ความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีคนช่วย รู้สึกว่า เราไม่มีใคร ทำไมทั้งเราไปหมด ไม่มีที่ไป ไม่เหลืออะไรแล้ว

มันหมดแล้วคะ ทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่เหลืออะไรแล้ว คิดว่าเราไม่สามารถอยู่ต่อไปได้
แล้ว ถ้าไม่มีเราปัญหาทุกอย่างอาจจะจบ

เหมือนเราไม่เหลืออะไรแล้ว เหมือนเราถูกโยนทิ้งลงเหว อยู่ไปก็ไม่เห็นที่ยอมรับของ
พ่อ - แม่ บอกแทบหมด

ปัญหาครอบครัว แฟนบอกเลิก เครียดมาก กดดัน ทำอะไรก็ไม่ถูกในสายตา พ่อ
แม่ ถ้าเลิกกันแล้ว เหมือนเราไม่เหลืออะไรแล้ว คิดว่าเราเป็นตัวปัญหาปัญหาทุกอย่างอยู่ที่เราคนเดียว

ลูกชายติดยา โดยตำรวจจับ แก้ปัญหาไม่ตก ทุกข์มากทำนาก็ไม่ได้เว้น ลำบากมาก
มันเยอะมากครับ อยากตายให้มันรู้แล้วรู้รอดคิดว่าตายแล้วน่าจะสิ้นเวรสิ้นกรรม

โกรธพ่อ แม่ เลยประชิด พ่อ แม่ บอกให้ไปตาย

1.2 การรับรู้ปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจากการสัมภาษณ์ก่อนลงมือกระทำได้มีการรับรู้ปัญหาของตน
เช่น คิดว่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครต้องการ รู้สึกไม่มีคุณค่าอยู่ไปก็เป็นปัญหาถ้าตนตายไปปัญหาอาจจะ
จบไปด้วย และยกตัวอย่าง ดังนี้

การรับรู้ทางเศรษฐกิจ

- ไม่สามารถหาเงินได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น การงานไม่ได้ทำ
- ทำงานหนักไม่ได้ เช้าอ่อน เปื้อน
- หมดสภาพไม่สามารถทำงานได้อยู่ไปก็เป็นภาระคนอื่น

การรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีคนรัก

- รู้สึกว่า ไม่มีใคร ทุกคนทิ้งเราไปหมด ไม่มีทางออก ไม่เหลืออะไรแล้ว
- คิดว่าถ้าตายไปจะมีใครสนใจไหม
- ไม่เหลือใครแล้ว ถ้าเขาเลิกกับเราแล้ว มันเหมือนไม่เหลืออะไร
- เราเป็นตัวปัญหา ปัญหาทุกอย่างตกอยู่ที่ฉันคนเดียว ถ้าไม่มีเราทุกอย่างก็จบ
- เปื้อนทรมาณ เป็นภาระคนอื่น
- รู้สึกเหนื่อยมาก ถ้าไม่หายใจก็คงหายเหนื่อย
- หมดหนทางสู้ อยากไปจากโลกนี้

1.3 การเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ทุกรายที่สัมภาษณ์มีการเผชิญปัญหาแบบหุนหัน
พลันและบอกว่าเสียใจที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น และจะไม่ทำอีก ยอมรับว่าช่วงขณะทำไม่ได้ใคร่ตรอง
รู้สึกแคว่ๆ ต้องทำ แก้ปัญหาไม่ได้ แต่ถ้ากลับมามองอีกครั้งรู้สึกว่า ไม่น่าทำ รู้สึกอับอาย แต่ก็ยังใช้
ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

- ไม่ได้วางแผนอะไร ที่กินยาเพราะนอนไม่หลับ แต่เสียใจกับเหตุการณ์ตอนนั้น
คิดว่าต้องตายให้ได้

- คิดอยากตายอย่างเดียว น้อยใจมาก ไม่เคยวางแผนอะไรมาก่อน
- คิดว่าทางออกมีอย่างเดียว คือ ตายอย่างเดียว
- คิดไว้ประมาณ 3-4 วัน คิดหาทางว่าตายอย่างเดียว
- มีการวางแผนมาก่อน คิดมาประมาณ 3-4 ครั้ง ก่อนลงมือทำจริง วางแผนจะเอาเชือกหรือสายไฟมาผูกคอแต่ลงมาพบลูกสงสารลูกเลยเปลี่ยนใจเลิกทำ
- ตอนนั้นหนูไม่ได้คิดวางแผนอะไรคิดว่าถ้าเราหมดลมหายใจคือ จบ จบ ปัญหาทั้งหมด

- คิดวางแผนแก้ปัญหาอยู่ครับแต่มันหมดหนทางไม่มีใครช่วยได้ผมเลยต้องทำ

1.4 หลังเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย รู้สึกว่า สิ่งที่ทำไป น่าอาย และไม่ควรทำถ้ามองย้อนหลัง คือ ไม่ควรทำ เพราะปัญหาที่มี มีทางออก แต่ขณะนั้นคิดไม่ออกถ้ามีปัญหาไม่ทำแบบนี้ได้อีก เพราะเป็นบทเรียน

- เสียใจถ้าตายไป ลูก หลาน จะอยู่กับใคร รู้สึกผิด
- รู้สึกอาย
- สงสารพ่อ แม่ เพราะเป็นคนที่ยังห่วงเราที่สุด สงสารลูกใครจะดูแลต่อ
- ไม่ทำอีกแล้ว สงสารลูกกับเมีย กลัวเขาคิดมากกับเรา
- ไม่ค่ะ ไม่ทำแล้ว มีอะไรก็จะคุยกันไม่เก็บไว้คนเดียว
- ไม่ทำค่ะ ผลที่เป็น เจ็บอยู่หลายเดือน
- ก็มาคิดนะค่ะว่า ทำไปเพื่ออะไร ทั้งที่เรามีลูกแล้ว เราควรห่วงลูกมากกว่า
- รู้สึกผิดมากๆ ที่ทำ ทรมาณเหมือนเข้าข้างตัวเองในเวลานั้น
- รู้สึกแย่ รู้สึกบาปที่ทำให้พ่อ แม่เป็นห่วง
- รู้สึกบอกไม่ถูก ไม่สมควรทำ
- ไม่ทำอีกแล้ว เพราะเป็นตัวอย่างไม่ดีให้ลูกหลาน อายุคนเขาจะว่าโง่งนนะ ทะเลาะกับลูกเรื่อยๆ ก็ฆ่าตัวตาย

1.5 การวางแผนหลังเหตุการณ์วิกฤต

ผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังมีการเผชิญปัญหานี้ไม่เหมาะสมได้มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย หลังที่อาการดีขึ้นได้มีการแก้ปัญหาโดยคิดและใช้เหตุผลมากขึ้น และให้สัมภาษณ์บอกถึงแนวทางการแก้ปัญหาถ้ามีเหตุการณ์เดิมเกิดขึ้น

- ใช้วิธีพูดคุยกัน ถ้ายังโกรธก็อย่าเพิ่งคุย
- คุยกับพ่อ ยังไม่วางแผนอะไร ถ้ามเกิดผล

- ไม่สนใจโรค รักษาไปเรื่อยๆ ไปตามนัด ดูแลตนเองมากขึ้น
- ปรีกษาคณที่ไว้ใจ ปรีกษาได้ คุยกับคนที่สบายใจ
- จะยึดลูก คิดถึงหน้าลูกไว้ก่อน
- ยอมรับการป่วยของตน อยู่ไปเรื่อยๆ ลูกเขาก็ดูแลดี
- จะไม่เพิ่มภาระให้ลูก อยากอยู่เฉยๆ ก่อน ให้ลูกเมียทำมาหากินไปเรื่อยๆ ก่อน
- ถ้ามีปัญหาอยากให้มาคุยกัน อยากให้มาขอโทษด้วย แต่เราก็ให้อภัยเขาอยู่แล้ว
- ปรีกษาคณใกล้ชิด พ่อ แม่ แฟนและพี่ชาย

1.6 มีสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายเปลี่ยนความคิดและอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปส่วนใหญ่คิดถึงลูก พ่อ แม่ จะเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนี้

- คิดถึงลูกอย่างเดียว
- ความหวังคือลูก และที่ดินยังไม่ได้โอนเลยยังเป็นสัญญาซื้อขายอยู่ค่ะ
- คิดถึงลูก อยากร่ำอยากรวย ไปฟังพระเทศน์
- คิดถึงพ่อกับแม่ กับลูกค่ะ
- สงสารลูกกับเมีย เป็นห่วงครอบครัว อยากดูแลลูก
- มีแต่ลูก รักลูกที่สุดค่ะ คิดถึงหน้าลูกอย่างเดียว
- มีหมอนอนมายี่มาเยี่ยม
- เอาเรื่องของเราไว้ทีหลังลูกต้องมาก่อน
- มียายกับลูกเป็นที่ยึดเหนี่ยว
- คิดถึงเพื่อนครับ

สรุป

ในกลุ่มผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เมื่อมีปัญหาที่เข้ามากระทบในชีวิต จะมีการเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์ มีการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง และมีการแสดงพฤติกรรมแบบไม่เหมาะสม ใช้ยาเสพติด โทษโชคชะตา เก็บกดไม่พูด สาเหตุที่พบเนื่องจากปัญหาครอบครัว โรคเรื้อรัง และคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า และมีการรับรู้กับปัญหาแบบ Negative Thinking คิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีที่พึ่ง ต้องพึ่งคนอื่นตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย ท้อแท้และมีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสมโดยการพยายามฆ่าตัวตาย แล้วถึงจะปกป้องไม่ให้เกิดเหตุการณ์จะประกอบด้วยลูก พ่อ แม่ ครอบครัวเป็นหลัก รวมทั้งเพื่อนสนิท และ เจ้าหน้าที่ที่ช่วยดูแล

กลุ่มที่ 2 การศึกษาในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ฆ่าตัวตาย (n=39)

2.1 การรับรู้ในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ฆ่าตัวตาย

2.1.1 การรับรู้ปัญหาที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาการรับรู้ของญาติผู้ฆ่าตัวตาย สำเร็จเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้มีการฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ฆ่าตัวตายมักมีปัญหาซ้ำซ้อน หรือมีมากกว่า 1 ปัญหาขึ้นไป แต่ผู้วิจัยได้จำแนกปัญหาที่เป็นปัญหาหลักๆ เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจ ประกอบด้วย ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน หรือโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาด การใช้สารเสพติดหรือติดสุรา และปัญหาครอบครัว ดังนี้

1) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือมีปัญหาขาดยา ร่วมกับการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา มีความขัดแย้งภายในครอบครัว หรืออยู่ระหว่างการตกงานอันเป็นสาเหตุเนื่องมาจากการกำเริบของอาการทางจิต สำหรับอาการทางจิตที่พบในระหว่างพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นอาการทางจิตชนิดหวาดระแวง ระแวงคนอื่นมาทำร้ายตนเอง ระแวงภรรยามีชู้ มีพฤติกรรมแยกตนเองไม่ค่อยสูงส่งใคร ไม่พูดคุยกับคนอื่นนอกจากญาติตนเอง อาการอื่นที่เกิดร่วมด้วย ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้สิ้นหวังกับการเจ็บป่วยที่เป็นเรื้อรังและรักษาไม่หายขาด รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว และมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายตลอดเวลา บางคนมีพฤติกรรมการแสดงออกพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง หรือมีการวางแผนเพื่อฆ่าตัวตาย ดังนี้

ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและดื่มเหล้า เรายากไปหาหมอเพราะได้ยินเสียงคนจะมาฆ่า อยากไปโรงพักไปแจ้งความไว้เพราะว่ามีคนจะมาจับตัวเองไป และตัวเองเป็นคนชอบดื่มเหล้าโดยเฉพาะเหล้าขาว เพราะว่าแกชอบดื่มเหล้าทำให้แฟนไปมีแฟนใหม่และไปแต่งงานกับคนอื่น ผม (ญาติ) ก็เลยพาไปหาให้หมอเช็كدูถ้าไม่ดีขึ้นจึงจะพาไปจิตเวช กลับมาก็นอนคุยกันรู้เรื่อง เรียกมากินข้าวก็ไม่ค่อยกิน ช่วงที่สี่ผมก็เลยออกไปเข้าเวรยามที่บริษัทโตโยต้า ตอนห้าโมงเช้ามีคนไปเรียกว่าลูกผูกคอตาย ภรรยาผมก็อยู่ที่นั่นนะครั้นนอนเฝ้าอยู่ด้วยกัน

ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และติดยาบ้า หนูคิดว่าเกี่ยวกับที่เขาเล่นยามากเกินไปจนเกิดจิตหลอนได้ยินเสียงแม่มาเรียก ตอนที่เขาดิตคุกแม่เสียชีวิตเขาก็เลยคงจะคิดมาก ครั้งนี้เขาดิตอีกรอบหนึ่งก็ส่งเข้าโรงพยาบาลอีกเหมือนเดิมเพราะในใจเขาจิตเขามีแต่อยากฆ่าตัวตาย ตอนที่อยู่โรงงานเขาอาละวาดเพราะเขารู้สึกแสบว่าเหมือนมีคนจะมาฆ่า

ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช อาการหวาดระแวงกลัวคนทำร้ายขาดยา ดื่มเหล้า มีอาการกลัวไปหมดทุกสิ่งอย่าง แม้กระทั่งมีคนนำรถมาซ่อมเขาจะกลัวๆตัวเองล้ม กลัวภรรยาวางยาเบื่อให้ตัวเองตายเพราะหวาดระแวงว่าภรรยาจะไปมีคนอื่น กลัวว่าเราจะทิ้งเขาและคิดว่าเราจะฆ่าเขาก็จะฝันไม่ยอมหลับ ช่วงระยะหลังเขามีความรู้สึกท้อแท้ว่าเขาไม่มีโรคชนิดนี้และรักษาไม่ได้ ไม่มี

ทางรักษาหาย เขาจะมีลักษณะเป็นคนที่ใจน้อย คิดมากกว่าสังคมไม่ยอมรับ เป็นภาระให้ลูกกับเมียให้พี่น้องและครอบครัว เขาจะไม่ยอมไปรักษาที่ไหนเลยเขาบอกว่าแม้รักษาก็ไม่หายเพราะเขาเป็นมานานแล้ว เขาเป็นมาสิบกว่าปีตั้งแต่ลูกยังเล็กตอนนี้ลูกก็อายุได้ยี่สิบปี แกบอกว่าที่อยากตายเพราะหนึ่งรับสภาพตัวเองไม่ได้ สองเป็นภาระให้กับลูกเมีย คนบางคนก็พูดจาเยาะเย้ยกระแนะกระแหนอย่างโน้นอย่างนี้บ้างแกล้งน้อยใจ เพราะคนอื่นเขาไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร

ปกติเวลาเข้านอนที่ห้องแกลงจะไม่ยอมให้หนูเข้าไปนอนด้วยเพราะระแวงว่าหนูจะเปิดประตูให้คนอื่นเข้าไปทำร้ายเขา เขาจะพยายามนอนคนเดียวมากกว่าหนูก็จะนอนเฝ้าหน้าห้อง เขาจะพกมิดไปไว้ในห้องนอน มีอาวุธในห้องนอนหลายอย่างคล้ายกับจะเตรียมพร้อมถ้ามีคนมาทำร้าย กรณีมีคนแปลกหน้ามาหาจะมีอาการทันที เจอคนแปลกหน้าที่เขามาทักทายสอบถามอาการแกลงจะไม่ต้อนรับเลยจะปิดประตูบ้านปิดหน้าต่างไม่ต้อนรับเลย ในช่วงระยะเวลาที่แกคิดฆ่าตัวตายแกจะไม่ยอมออกมาจากบ้านเลย

เปรียบเทียบกับกรณีการชาร์ตไฟโทรศัพท์เมื่อมันไม่ยอมรับไฟชาร์ต เราพยายามดันพยายามชาร์ตเท่าไรเมื่อมันไม่ยอมรับก็ไม่เกิดผล ไม่ต่างกันค่ะแกเป็นเช่นนั้นค่ะ แบบว่าหมดอาลัยตายอยากในชีวิต

ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและขาดยา รักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาประมาณสี่ห้าปี ไม่กินยาบอกว่าไม่ได้เป็นบ้า กินยาแล้วตัวแข็งทื่อ ญาติไม่ได้ควบคุมดูแลเรื่องการกินยาน้องชอบเก็บตัวอยู่เงียบๆถ้ามีคนอยู่ตรงไหนแกจะไม่ชอบอยู่ด้วย แกก็จะชอบเดินหนีไปที่ๆไม่มีใคร มีแต่แอบหลบแอบซ่อนไม่ยอมมาพบใครเลยหลบอยู่ตามห้องน้ำตามซอกมุมบ้านตามที่ๆไม่มีใครอยู่กลัวคนมายิงทิ้งเพราะติดหนี้เขา

มีปัญหาครอบครัวเรื่องมรดก พี่สาวไปแอบขโมยเอาที่น่ายี่สิบเจ็ดไร่ เขาเคยถามว่าพี่ไปแบ่งที่ทางให้ลูกผมรึยังผมคงนอนตายตาไม่หลับหรอกถ้าลูกผมไม่ได้สมบัติ แกบอกแกเสียใจที่ลูกมาหาไม่ได้อยู่ด้วยกัน โลกนี้มันไม่มีความจริงหรอกพ่อกับลูกก็ไม่ได้อยู่ด้วยกันแกก็พูดออกมาค่ะ ตอนแต่งงานกันใหม่ก็คิดว่าแกเป็นเกย์เพราะช่วงนั้นแกไม่ชอบผู้หญิงแต่งงานแล้วอยู่ด้วยกันไม่กี่เดือนเองก็ท้องอ่อมแม่พอท้องเสร็จก็เอาลูกมาไว้ที่บ้านย่าเลย แกชอบผู้ชายด้วยกัน มีเงินก็เอาเงินไปให้เพื่อนกลุ่มเดียวกัน

2) ด้านปัญหาครอบครัว

ปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาครอบครัวที่ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายในการศึกษานี้เกิดจากความขัดแย้งระดับรุนแรงกับบุคคลที่มีความสำคัญ และผู้ฆ่าตัวตายมองปัญหาไม่มีทางแก้ไข คือมีความขัดแย้งกับมารดาของตนเอง ซึ่งเป็นครอบครัวดั้งเดิม (family of the origin) ของตนเอง และขัดแย้งกับสามี ซึ่งเป็นครอบครัวใหม่ (new family) และผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์เป็นคนกลางที่ต้องเลือกฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง โดยที่ทั้งสองฝ่ายไม่ได้ให้โอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในสายทางกลางหรือมี

การตกลงกัน ทำให้ผู้ฆ่าตัวตายรู้สึกว่าจะชีวิตเดินมาสู่ทางตัน สันหวังว่าปัญหามีทางแก้ไขได้ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

ความขัดแย้งในครอบครัว กดดันในหลายๆเรื่อง แล้วก็เรื่องผู้ชาย หลากๆ เรื่องที่เค้าประสบนั้นแหละ แต่เค้าไม่ยอมพูดกับใครมันก็แก้ปัญหามิได้ แล้วเราก็มารู้ ก็บอกใน บางครั้งว่าผู้ชายไม่ใช่เจ้าชีวิตเราก็บอกแค่นั้นไม่ต้องไปคิดผ่านแล้วผ่านไปก็แค่นั้น ส่วนมากคิดว่าเป็น เรื่องผู้ชายกับเรื่องครอบครัวเก่า เค้าอาจจะคิดในส่วนนั้นเพราะว่าตัวเองออกบ้านมานานไม่มีอะไร ติดตัวมาเลย ไม่เอาอะไรมาเลยแม้กระทั่งเสื้อผ้า

3) ด้านสารเสพติดหรือสุรา

จากสาเหตุการติดสารเสพติดหรือติดสุรา นำมาซึ่งความขัดแย้งใน ครอบครัว กรณีนี้พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาติดสุรา และมีพฤติกรรมแสดงออกที่รุนแรงใน ครอบครัว ผู้ป่วยมีความขัดแย้งกับภรรยาบ่อยครั้ง จนในที่สุดภรรยาทนไม่ได้จึงตัดสินใจหย่าร้างและไม่ยอมคืนดี ซึ่งผู้ป่วยได้พยายามจ้อคินดีถึงที่สุดแต่ภรรยาไม่ยอมคืนดีทำให้คิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

ดื่มเหล้าและภรรยาไม่ยอมคืนดี เมื่อก่อนไม่มีเลิกกันแล้วกลับไปหาเมียแต่เขา ปฏิเสธว่าไม่ขอคืนดีด้วยก็เลยน้อยใจ เหมารถไปหาภรรยาแล้วเขาไม่เอาคืน เลิกกันไม่นานยังไม่ถึง เดือน ผู้ชายนั้นแหละเป็นคนที่ไม่ภรรยาออกจากบ้าน ภรรยาก็เลยเก็บข้าวเก็บของออกจากบ้านกลับบ้านตนเองไป จากนั้นพอสร้างเมาก็เลยคิดถึงภรรยาอยากขอคืนดี ก็เลยชวนแม่ไปตามภรรยาแต่ ภรรยาไม่กลับ ภรรยาบอกกับแม่ว่าให้กลับบ้านเถอะลูกไม่เอาคืนหรอกให้แกหาภรรยาใหม่เถอะ หลังจากนั้นมาอยู่บ้านได้ประมาณหนึ่งอาทิตย์ก็มาดื่มเหล้าแต่ไม่เมามากก็พูดกับพี่ได้ใจความอยู่ รู้เรื่องอยู่ วันที่ตายไม่เมาเพราะสติดีอยู่ปกติ พี่ก็บอกว่าเธอทำไมถึงคิดมากมาขนาดนั้นแค่ผู้หญิงคน เดียวหาใหม่ก็ได้ถ้าเขาไม่รักเรา

แกเป็นคนดื่มเหล้าเมายาถ้าจะหาใหม่ก็คงจะลำบากคงไม่ได้หรอกนะนิสัย แกเป็นอย่างนี้เอาแต่ใจตนเอง แกดื่มเหล้าเมาแล้วก็ติดนิสัยเดิมๆคะสมัยหนุ่มๆก็เป็นแบบนี้เมามา ก็พาลลูกพาลเมียคะพอไล่เขาหนีแล้วเมียเขาก็ไม่ยอมคืนดีด้วยก็เท่านั้นแหละคะ

4) ด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงรักษาไม่หายขาด

สำหรับปัจจัยการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงที่รักษา ไม่หายขาด พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน (10 ปีขึ้นไป) บางคนเป็นแต่ กำเนิด การดำเนินของโรคหรือการพยากรณ์โรคไม่ดี ถึงแม้ญาติได้พยายามพาไปรักษาถึงที่สุด แต่โรค ไม่มีโอกาสรักษาหายขาด และเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการ ของโรคเป็นระยะเวลานานและสันหวังกับการรักษา มองว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวอย่างมาก หรือเป็นที่รังเกียจของสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าบางคนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย เนื่องจากโดย

พื้นฐานครอบครัวยากจน บุคคลอื่นในครอบครัวทำงานหาเงินมาได้ต้องนำมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการบำบัดรักษาตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นภาระ ดังนี้

เป็นโรคเอดส์แต่กำเนิด “เป็นตั้งแต่เกิดเพราะติดเชื้อจากแม่ ผมก็เสียได้ เลี้ยงมาตั้งแต่แบเบาะ แม่แก่ก็ตายตั้งแต่แบเบาะ เสียชีวิตหมดแล้วทั้งพ่อทั้งแม่ ตัวเขาเองทำงานไม่ไหว ร่างกายอ่อนแอ ผอมมาก”

อาจเป็นเพราะคนรอบข้างมาพูดอย่างนั้นอย่างนี้ เพราะว่าคนเป็นโรคนี้สังคมอาจจะรังเกียจนิดหน่อย แล้วตัวหลานก็คงเกิดอาการน้อยใจ เวลาแกลไปเล่นกับเพื่อนฝูงตามประสาวัยรุ่นคิดว่าเพื่อนอาจจะล้อก็อาจจะคิดน้อยใจตายดีกว่าอยู่

เป็นเพราะสิ่งรอบข้าง เพราะว่าคนที่ป่วยอยู่แล้วอาจจะเกิดความน้อยใจ เมื่อได้ยินคำพูดด้านลบเจอคำพูดที่ไม่มีกำลังใจ พูดล้อเลียนอย่างนั้นอย่างนี้ เพื่อนอาจจะพูดว่าอย่ามาเลยเป็นโรคนั้นนี่ อาจต้องมีคนพูดเวลาที่แกลไปเที่ยวกับเพื่อนฝูงเพื่อนอาจจะรังเกียจมันอาจเป็นไปได้ครับ

บางครั้งที่เรามองเขาสังเกตเขาเวลาที่นั่งกินข้าวด้วยกัน เขาไม่อยาکنั่งกินข้าวกับเราคิดว่าตัวเขาเองอาจเป็นที่น่ารังเกียจของคนอื่น ไม่ค่อยกินข้าวด้วยกันชอบไปกินคนเดียว เวลาเราเรียกมากินข้าวด้วยเขาก็ไม่ยอมมา เขารู้ตัวเขาดีเขาประเมินตัวเองว่าเขาเป็นอะไร

ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ ผ่าตัดจมูกแล้วยังหายใจไม่ออก ป่วยมาประมาณ 30 ปี ต้องไปหาหมอประจำ บอกว่าไม่อยากให้ลูกและภรรยาลำบากไปด้วย เขาเป็นคนใจเด็ด คิดอะไรก็จะทำอย่างนั้นเลย ขัดใจไม่ได้ เป็นคนใจร้อน เป็นคนสุขุม เวลาใครมาทำอะไรผิดใจก็จะด่า

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายอย่าง หมอบอกว่าเป็นเบาหวาน เป็นความดัน เป็นถุงลมโป่งพอง เป็นไตวาย แล้วก็ปัสสาวะอีก นอนหลับอยู่ก็สะอึก จะไม่มีความสุขเลย เดินก็ใช้ไม้เท้าเดิน ค่อยเดินค่อยไป แกลเป็นหลายโรค เป็นหนักมาตลอด ทราบข่าวว่าตรงไหนรักษาดีจะไปทุกที่ทุกแห่ง รักษาจนสุดหนทาง

ตอนนั้นในหมู่บ้านมีคนตายเยอะ คนนั้นก็ใช้ คนนั้นก็ใช้ แปปเดียวก็ตาย แต่ตาแกลป่วยมา 15 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 44 เข้าโรงพยาบาลขอนแก่นหมอใส่สายยางไปสองครั้งก็กลับคืนมาเหมือนเดิม ก็รักษาเอา ยาอะไรว่าแพงเท่าไรก็ซื้อมาให้กิน ชุดละหกพันก็ซื้อให้กิน มานวดได้ก็เก็บหอมรอมริบ เอาไปให้กิน เพราะว่าไม่อยากให้เป็น หาหมอตลอด

โรคนี้มีตลอดไปโรงพยาบาลขอนแก่นหมอบอกจะฟอกไตให้ ยายก็บอกว่าไม่มีเงินนะคุณหมอ แล้วก็ไม่มีคนหาเงินเลี้ยงหลาน หากินก็พอได้กิน หมอก็บอกว่าไปเรื่องๆ หมอขอนแก่นบอกว่าไปเรื่องๆ นะแม่ ก็ไปเรื่องๆ กันมาเรื่อยๆ หมอนัดก็มาตามนัดทุกนัดไม่เคยเว้นซักที 15 ปี เป็นมาหนักๆ อย่างนี้สิดีกว่าปี จนคนที่เคยไปหาหมอพร้อมซื้อตาสูทเข้าโรงพยาบาลด้วยกันคิดว่าคนนี้จะตายก่อน เขาก็ยังตายก่อนจนเขาหัวเราะว่าลุงจันทร์เก่งอย่างนั้น

เก่งอย่างนี้ เป็นหนักขนาดไหนก็กลับคืนมาได้ คนนี้เป็นเยอะกว่าแต่ไม่ตาย แกจะเป็นหนักมาตลอด ตั้งแต่ พ.ศ. 2544

ลูกสาวก็ตายด้วยอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ชนตายอยู่เกาะสมุย ชนแล้วเขาก็หนีเลย เพราะเราไม่มีพื้มีน้อง ก็อยู่กับหลานสองคน หลานเล็ก ๆ สองคน ลูกเขยก็ตายก่อนตา อีกเจ็ดเดือนต่อมาตาก็มาตาย ต่อมาอีกลูกสาวก็มาตายอีก

2.1.2 การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนมีการฆ่าตัวตาย พบว่าญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ไม่สามารถรับรู้ได้ถึงสัญญาณเตือนนั้น และไม่คิดว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย ถึงแม้บางครั้งผู้ฆ่าตัวตายมีการสื่อสารสัญญาณเตือนออกมาทั้งคำพูดหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่อย่างไรก็ตามมีญาติบางคนสามารถรับรู้สัญญาณเตือนได้กรณีผู้ป่วยสื่อสารออกมาตรงและให้การเฝ้าระวัง แต่ในช่วงระยะเวลาญาติเผลอหรือตายใจทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ สำหรับสัญญาณเตือนที่พบในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) สัญญาณเตือนทางคำพูด ได้แก่ การพูดซ้ำๆถึงความต้องการอยากตาย (wish to die) พบได้ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและมีความทุกข์ทรมานกับอาการของโรค เป็นคำพูดที่กล่าวขึ้นมาลอยๆว่าเมื่อไหร่จะตายซะที หรืออาจมีคำพูดที่เกี่ยวข้องกันว่าตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไปก็เป็นภาระให้แก่คนอื่น ถ้าตายไปเสียคงทำให้คนในครอบครัวดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

คำพูดที่เป็นนัยที่แสดงถึงความต้องการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การต้องการทำบางสิ่งบางอย่างเป็นครั้งสุดท้าย ขอกินกาแฟแก้วสุดท้าย จะเลิกยาครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย ต้องการจัดการเรื่องมรดกให้กับลูกสาว ถ้าทำไม่ได้คงนอนตายตาไม่หลับ หรือบางคนมีการพูดถึงความต้องการจะไปอยู่กับบุคคลที่ตนเองมีความรักผูกพันที่ตายไปแล้วซึ่งส่วนมากเป็นบิดามารดาของตนเอง เป็นต้น

คำพูดที่กล่าวมาตรงๆว่าต้องการฆ่าตัวตาย หรือมีการสั่งลาญาติพี่น้องทุกคนว่าตนเองจะฆ่าตัวตายแล้ว และมีการสั่งเสียเกี่ยวกับการจัดการกับศพหลังจากที่ตนเองตายไปแล้ว

2) สัญญาณเตือนที่แสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมซึมลงอย่างเห็นได้ชัด มีความพยายามจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฆ่าตัวตาย หรือบางคนได้เขียนจดหมายลาตาย ดังนี้

สัญญาณเตือนทางคำพูดไม่มี เพราะแกเอาแต่นอนดูทีวี ไม่ค่อยพูด มีอาการซึมๆ แล้วเดินหาเชือกก็เลยเอะใจ แกเดินดูเชือกหาเชือกจับเชือกดูผมก็สังเกตแล้วก็คิดว่าเชือกก็ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไร

ไม่รับรู้ ไม่มีค่ะ ไม่พูดไม่ค่อยปกติเขาก็เก็บตัวเงียบ

เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วครั้งหนึ่ง เพราะเขาเคยเล่าให้หนูฟังว่าตอนที่เขาติดคุก เขาจะเอาเชือกผูกคอตายที่ราวผ้า เพื่อนไปเห็นเขาเลยส่งโรงพยาบาลอะไรไม่รู้ที่เกี่ยวกับประสาทค่ะ ครั้งนั้นระยะเวลาห่างกันสองปี

ไม่มีอาการเตือน ไม่มีทั้งคำพูดและพฤติกรรม แต่เขามองไปต้นไม้บ่อย มองไปที่ต้นไม้ต้นนั้น หนูก็สังเกตอยู่แต่ไม่รู้เขามองเพื่ออะไร เขามองไปก็ยิ้มไปแต่ไม่มีอาการเศร้าให้ดู และน้องก็บอกว่าน้องเลิกยาแล้ว “ผมเลิกแล้วที่ผมสาบานว่าผมจะเลิกยาครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย” พูดอย่างนั้นแค่นั้นเองค่ะ

เตรียมดอกไม้ไปพรานสำหรับงานศพ (นายจ้างเล่าให้ฟังหลังเสียชีวิต) ใ้ที่ไปงานศพที่เป็นดอกไม้ที่ไปรยให้คนเขาเตรียมไว้เลย เขาไปจ้างป่าที่ข้างห้องให้ฝึกให้ห่อ เขาบอกว่าเขาจะมาบวชแต่เขาคุยกับหนูเขาก็บอกว่าเขาจะมาบวช เป็นห่อใหญ่ๆ ดอกไม้ไปรยทานค่ะกล้วยพฤษ

ขอกินกาแฟแก้วสุดท้ายในชีวิต ขอกาแฟน้อยๆ พอได้กาแฟแล้วก็ไปนั่งที่แคร่บอกว่าขอกินกาแฟแก้วสุดท้ายน้อยๆ ขอกินกาแฟน้อยๆที่ผมไม่ได้กินอีกแล้วนะ มีชีวิตอยู่ไปก็ลำบาก พวกพี่ๆเปล่าๆ เขาก็เมานะแต่ไม่เมามากพอซิมๆ บอกว่ากินวันสุดท้ายต่อไปผมจะไม่มารบกวนพวกพี่อีกหรอกครับ

เคยพยายามฆ่าตัวตาย เขาก็เคยทำบ่อยครั้งนะคะสำหรับกรณีแบบนี้ เคยแขวนคอตัวเองสองครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่สาม สองครั้งแรกที่รอดเพราะบอกว่ามดแดงกัดก็เลยลงมาตอนนั้นคงไม่กล้า อีกครั้งหนึ่งไปที่ปลายนามีคนไปเห็นคนเขาเลยบอกเลยเตือนว่าอย่าทำเลยชีวิตของเรามันเกิดยาก

ตอนนั้นได้อินกันก็อยู่ค่ะ เพราะธรรมดาที่น่าจะไปดูนะแต่พี่ก็ไม่ไปในวันนั้นเห็นเจียบไปคิดว่าน่าจะมีอะไรเกิดขึ้นแต่ก็ไม่ไปดูมันอาจจะมึลาง บางครั้งที่เขยก็จะไปดูเวลาทะเลาะกับแฟน พอตกดึกที่เขยก็จะไปแอบดูอยู่นะ แต่วันนั้นที่เกิดเหตุนี้กะแต่ไม่ไปดู ถ้าไปก็คงจะเจอนะคิดว่าวันนั้น แกจะไม่พาลไม่อะไรนะจะพูดติดๆกับพี่ๆก็เลยบอกว่าหาใหม่ก็ได้หรอกแค่ผู้หญิงคนเดียวจะหาเอาดีปานไหนก็ได้หรอกพี่ก็บอกไปอย่างนั้นนะ พอเขาดื่มกาแฟเสร็จพี่ก็บอกให้เขาไปทำงานนอกเพราะดึกมากแล้วประมาณห้าทุ่มนี้แหละ

ในวันนั้นซึ่งเป็นวันเดียวกันเขาได้สั่งบ้านโน้นบ้านนี้พี่น้องเกือบทุกคน สั่งหมด แต่ไม่มีใครสนใจกับคำพูดของแกเพราะว่าแกเคยพูดแบบนี้ เคยพูดแต่ไม่ทำคะ คนก็ไม่ใส่ใจคำพูดแกคะ พอแกตายจริงต่างคนก็งั้นไม่นึกว่าแกจะกล้าทำ ไม่คิดว่าแกจะทำ อีกอย่างปกติพี่เขยจะเป็นคนไปสังเกตดูแต่ครั้งนี้ไม่มีใครไปดูคะก็สงสัยในคำพูดของแกนะคะแต่ก็ไม่ไปดู

อาจจะมึลางที่ทำให้แกต้องตายก็เป็นได้ เพราะธรรมดาถ้าสงสัยก็จะตามไปดูแกคะเวลาที่แกทะเลาะกับเมียที่ไรก็จะตามไปดู แต่ครั้งนี้เป็นเฉยๆไม่มีใครอยากไปดู ก็คิดว่าแกคงไม่กล้า เพราะแกไม่ทำจริงๆซักที พี่น้องที่มาเห็นต่างก็พูดเป็นเสียงเดียวกันว่าไม่นึกว่าจะทำจริงๆ เพราะว่าแกเคยทำที่เล่นที่จริงมาบ่อยครั้งแล้วคะ เป็นเรื่องปกติไม่ได้สนใจอะไร

พูดสั่งล่าวว่าจะฆ่าตัวตาย เขาถามว่าสมมติถ้าเขาตายไปหนูจะอยู่ได้หรือไม่ หนูก็บอกว่าอยู่ไม่ได้ ถ้าเขาตายก็มีสามีใหม่เลยนะถ้าอยากได้ก็เอาเลย แม้กระทั่งรถเข็นน้ำบ้านเราแกก็ทำให้ไว้

โลหะคันเดิมที่เป็นไม้ทั้งเอาเหล็กมาทำให้ใหม่ แก่ก็บอกว่าถ้าเป็นไม้อย่างเดิมมันก็จะใช้ลำบากเพราะมันหนัก แก่จะเตรียมการไว้ให้หนูหมดทุกอย่างเลย คำพูดก็จะพูดไว้หมดทุกคำเลยคะ แก่จะบอกว่าถ้าตายไปให้จัดงานศพให้สมหน้าสมตาเหมือนคนอื่น

ก่อนที่แก่จะตายสี่ห้าวันแกก็พูดล่วงหน้าว่าจะฆ่าตัวตาย “อ้อมแอ้มพ่อจะฆ่าตัวตายพ่อเบื่อโลกพ่อเบื่อพี่น้อง” แล้วก็เรียกฉันมาพบแล้วก็บอกกับฉันว่า “ผมจะฆ่าตัวตายนะผมเบื่อพี่สาวคนนี้ ผมเบื่อโลกผมเบื่อคนมันโลกมาก”

ก่อนที่แก่จะตายช่วงได้อาติศย์สองอาติศย์คะแก่จะออกมายืนที่หน้าบ้าน คนเดินผ่านไปผ่านมาแกก็จะเรียกทักทายปราศรัยหมดทุกคน (ทั้งที่แต่ก่อนชอบเก็บตัวอยู่คนเดียว)

วันที่แก่จะผูกคอตายแกก็เรียกพี่มาหาคะบอกว่าตอนเช้าผมจะฆ่าตัวตาย

ลูกสาวแกมาจากต่างประเทศ แกก็เรียกลูกสาวมา ลูกสาวอายุสิบเก้าคะ แกก็กอดลูกสาวลูกก็กลัวคะ มาบอกป้าว่าอ้อมกลัว กอดหนูตึงผิวหนังหนูจนผิวจะหลุดคะ แล้วก็บอกลูกว่าตัวเองจะฆ่าตัวตาย

ถ้ารู้ว่าเขาเป็นจริงก็จะต้องคิดมากกว่านี้คะ แต่นี่คิดว่าเขาแกลังทำคะ นึกว่าเขาไม่ได้เป็นประสาทแล้ว

บ่นอยากตาย ญาติๆเล่าให้ฟังว่าแกบ่นว่าอยากตายครับ ประมาณเดือนหรือสองเดือน แต่ไม่ได้ทำร้ายตัวเองมาก่อนครับฟังทำเป็นครั้งแรกครับ ผูกคอตายก็ตายไปเลย ก่อนตายแกก็รำเริงนะครับ เล่นกับเพื่อนฝูงพี่น้องตามปกติ

เขียนจดหมายลาตาย วันนั้นเขาท้องเสียจนได้ก็เข้าโรงพยาบาลศรีฯ จากนั้นเขาก็เหนื่อยจากอาการท้องเสีย หมอก็ให้ใส่สายออกซิเจน เขารู้สึกทรมานที่ใส่สายออกซิเจน เขาก็บ่นว่าเจ็บปวดทรมาน เขาพูดไม่ได้จึงเขียนไว้ว่าให้เอาออกมันทรมาน แต่หมอไม่เอาสายออกให้ เขาก็บ่นเขียนแต่จดหมาย ว่าให้เอาสายออกๆ ตายก็ไม่เป็นไร มันทรมาน หายใจก็ไม่สะดวก พูดก็ไม่ได้ หลังจากที่แข็งแรงดีหมอก็ถอดสายออกให้ จากนั้นเขาก็ชวนกลับบ้าน กลับมาได้หนึ่งวันคือวันศุกร์ วันเสาร์เขาก็เขียนจดหมายลาคนนั้นคนนี้ ลูกชายกับลูกสะใภ้สงสัยก็ไปดูที่ห้องแต่ไม่เจอเขา เวลา 21:00 ยังไม่เข้าบ้าน และยังไม่แข็งแรงเท่าไร ฟังกลับได้วันเดียว ลูกชายไปเจอจดหมายลาตายวางไว้บนโต๊ะ เขียนใส่ไว้ในจดหมายว่าเป็นภาระของครอบครัว ไปหาพ่อที่วัดเหนือ ไปเอาศพพ่อ (แต่ภรรยาไม่คิดว่าจะฆ่าตัวตาย)

บ่นอยากตาย แกก็บ่นมาตลอดแหละคะ ก็มีแต่ว่าโหยหวนตายแท้ ทำไมคนอื่นคือตายง่ายแท้ ก็ว่าอย่างนี้ ไม่เคยว่าจะคิดอย่างนี้เลย ในใจเราไม่คิดว่าแก่จะเป็นแบบนี้ มีแต่บอกว่าอดเอา เป็นได้มันก็หายได้ ก็บอกกันอย่างนี้ อาบน้ำก็อาบให้ ต้มน้ำให้อาบ เอาไปนั่งเก้าอี้แก๊สผ้าออกหมดก็ล้างล้างอะไรให้เหมือนเด็กน้อยนี่แหละ หลานก็ช่วยทำ ช่วยยายทำให้ แก๊สผ้าออกหมดแล้วก็อาบน้ำสระผมให้ สักไม้เท้าเดิน สะอึกเหมือนมีอะไรมาติดที่คอคะคุณหมอ เวลาสะอึกมันจะหายใจ

ไม่ได้เลยนะ เขาก็จะเรียกหาพ่อแม่ (ที่ตายไปแล้ว) ปีที่จะตายเรียกหาแต่พ่อกับแม่ เราก็ไม่ได้คิดว่าจะเป็นอย่างนี้เหมือนที่เราอดสำหรับรักษาเกมมา

บ่นอยากตาย ตอนที่แกลไปกินยาเราไม่ได้รู้ล่วงหน้า จะพูดว่าจะฆ่าตัวตายอย่างนั้น อย่างนี้ก็ได้ว่า ไม่มีบ่นอะไร มีแต่บ่นว่าไอ้ยมาตายยากแท้ ก็คุยกันรู้เรื่องอยู่ค่ะ มีแต่บ่นอยากตาย คนอื่นเขาคือตายง่ายแท้ ที่กูคือลำบากแท้ ทรมาณจังเลย เมื่อไหร่จะตายซักที บ่นแบบนี้มาตลอด

2.1.3 วิธีป้องกันการฆ่าตัวตาย

การป้องกันการฆ่าตัวตายของญาติขึ้นอยู่กับความรู้ความต้องการอยากตาย หรือทัศนคติที่มีต่อผู้พยายามฆ่าตัวตาย กล่าวคือญาติที่มีทัศนคติด้านลบรู้สึว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนตัว โดยกันแล้วจะทำอะไรไม่สนใจ เมื่อเขาไม่เล่าให้ฟังก็ไม่อาจเข้าใจเขาได้ ทำให้ไม่มีการหาวิธีป้องกันการฆ่าตัวตาย ในทางตรงกันข้ามอาจมีคำพูดที่กดดันจนทำให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจฆ่าตัวตายในที่สุด

1) ในญาติที่รู้สึกสงสัยหรือไม่แน่ใจว่าจะมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น การป้องกันการฆ่าตัวตายอาจไม่มีความเข้มงวด เป็นเพียงการเฝ้าระวังอยู่ห่างๆ และปฏิบัติภาระหน้าที่การงานหรือกิจวัตรประจำวันของตนเองไปตามปกติ และสำหรับญาติที่มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพยายามฆ่าตัวตายจริงจะให้การเฝ้าระวังเข้มงวดเพิ่มขึ้น

2) กิจกรรมที่ดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การดูแลใกล้ชิดให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา การพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ การจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการฆ่าตัวตายได้ แต่อย่างไรก็ตามก็มักมีช่วงเวลาที่ญาติเผลอหรือตายใจ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆที่ผู้ป่วยสามารถลงมือฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผมคิดว่าแคงเป็นประสาทหลอนก็เลยเอายาให้กินและนอนเฝ้า แม้กระทั่งสายไฟหรืออะไรผมก็ขนลงมาเก็บหมด

ตอนเช้าผมก็เอาเชือกมาเก็บไว้เพราะสังเกตว่าแกขึ้นไปบนบ้านชั้นสองอากาศร้อนๆ ตอนกลางวันแกก็เดินหานั่นหานี่ผมก็สำรวจและสังเกตดู มีสายไฟมีเชือกผมก็เก็บเอาไปซ่อนไว้และบางส่วนก็เก็บใส่ถุงปุ๋ยไปทิ้งไกลๆครับ

3) ก็ได้ดูแลอะไร มีแต่ถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง ก็ถามปกติไม่ได้ดูแลพิเศษอะไร เพราะถ้าเขาไม่พูดเราจะไปบีบเค้นให้พูดก็ได้ เราถามเขาก็ถามคำตอบคำก็แค่นั้นแหละ เป็นลูกก็จริงแต่ในขณะเดียวกันเราไม่ใช่เทวดาที่จะไปรู้ใจเขา การพูดมันเป็นเรื่องสำคัญแต่ถ้าคนไม่พูดเป็นเรื่องที่ช่วยไม่ได้ (ญาติมีทัศนคติด้านลบ เบื่อหน่ายผู้ป่วย)

ลูกคนอื่นมาเขาก็จะมานั่งมานอนปุ่สื้อปุ่อะไรมานอนคุยกันค่ะ แต่นี่เขาไม่เอาเราก็เลยบอกเออเราไม่คิดอะไรมากเพราะว่าเขาไม่เคยอยู่คู่ลูกคลีตั้งแต่จบ ม.หก

4) ให้พูดคุยกับคนอื่นๆก็บอกให้ไปพูดคุยกับญาติพี่น้องว่าเขาทำงานอะไร ให้ไปพูดคุยสรวลเสเฮฮา มีกิจกรรมวันเกิดกิจกรรมอะไรก็ไปกินข้าวพูดคุยกันบ้างเค้าก็ไม่ไป ไม่อย่างนั้นอยากไปทำงานอะไรละ อยากทำงานขายเครื่องสำอาง ชอบความสวยงามเป็นตัวแทนอะไรก็บอกก็ถามนะก็แนะนำแต่เค้าก็ไม่ไป แต่ในขณะที่เดียวกันบางครั้งมันก็ไม่ได้ช่วยอะไรเราก็ก็นั่งอยู่เพราะว่าถูกทุกคนให้อิสระทางความคิดและไม่บังคับว่าจะรักจะชอบใคร เพียงแต่ชี้แนะบอกว่าให้ดูดีๆ เพราะว่าบางคนเขาก็ไม่ได้ซื่อสัตย์กับเราแล้วก็ให้เค้าดูแลเราด้วยไม่ใช่เขาจะมามุ่งหวังข้างหน้า

5) ให้คำแนะนำ สั่งสอน ก็แก่แล้วโตจนอายุสี่สิบถือว่าแก่แล้ว เราก็กบอกให้หยุดคิดได้แล้วสำหรับเรื่องผู้ชาย ไม่ต้องไปหวังเลย ให้คิดเสียว่าเราจะทำอะไรอนาคตข้างหน้า เกิดไม่มีแม่จะอย่างไร จะดูแลตัวเองอย่างไร

ให้คำแนะนำและก็บอกว่าทุกสิ่งทุกอย่างมันเป็นไปตามกรรมๆ คือ การกระทำเราทำอะไรไว้มันก็ได้อย่างนั้นแหละและก็ไม่ต้องคิดมากด้วย

ปัญหาคือคนอายุมากแล้ว สภาพแวดล้อมมันไม่น่าจะสร้างปัญหาใจ มันไม่มีอยู่แล้วเราก็กไม่ได้ระวัง คือทุกสิ่งทุกอย่างมันอยู่ที่จิตใจเราถ้าใจเราปกติมันก็ไม่มีอะไร ฉะนั้นเราก็กไม่ได้ระวังอะไรเพราะว่าทุกสิ่งทุกอย่างมันบังคับใจไม่ได้ ถึงเราจะดูแลฟุ่มเฟือยมันก็เป็นไปไม่ได้ ฉะนั้นเขาอยากทำอะไรให้เขาทำ

เค้ารู้แล้วเพราะว่าแก่แล้วใจ รู้แล้วว่าอันนี้ควรทำหรือไม่ควรทำ บอกเค้าถ้าเป็นอะไรไปก็ลำบากคนอื่น ฉะนั้นอย่าทำให้คนอื่นลำบากใจ ต้องดูแลตัวเองให้ได้

เพราะว่าทุกสิ่งทุกอย่างมันอยู่ที่ใจคะ หนึ่งเขาไม่พูด สองเราบังคับจิตใจเขาไม่ได้สามมันแก่แล้ว มันไม่ใช่เด็กจะไปดูตัวว่ากล่าวไม่ได้ ฉะนั้นแล้วดูแลสุขภาพจิตใจให้เข้มแข็งก็พอ

6) ดูแลเรื่องการกินยาและคอยให้กำลังใจเพราะเค้ากินยาหลายอย่าง เดี่ยวปวดท้องในห้องก็มีแต่ถุงยา ก็ได้บอกเอาไปเผื่อเอาไปทิ้งบ้าง เดี่ยวปวดท้อง เดี่ยวปวดหัว ปวดตาเดี๋ยวเป็นนั่นเป็นนี่บางครั้งเราก็กบอกถ้ากินอย่างนี้มีแต่จะตายก็บอกแค่นี้ คือในบางครั้งก็เหมือนเค้าต้องการให้มาเอาก่อนใจใจ เราก็กเคยบอกว่ามันไม่ใช่เราต้องอยู่เพื่อตัวเราเองและก็เพื่อลูก ในขณะที่เดียวกันถ้ามีผู้ชายเข้ามาปั๊บนี้แกจะเครียดขึ้นมาทันทีเลย ไปปรึกษาจากโรงพยาบาลมารับประทาน หนูก็ให้รับประทานยาตามที่หมอสั่งคะ

7) ปลอดภัยดูแลเอาใจใส่กิจวัตรประจำวัน คอยสังเกตอาการต่าง ๆ นานาคะ สังเกตพฤติกรรมอื่น เช่น การสูบบุหรี่ก็ห้ามจะต้องคอยสังเกตไม่ห่างสายตาเลย แก่ไปทำงานที่ไหนหนุกก็ต้องตามไปด้วยคะไปด้วยกันอยู่ตลอดเวลา

เราก็กจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเลยคะ จะพยายามสังเกตพฤติกรรมเผื่อดูแลอย่างใกล้ชิดคะ

เราก็ต้องแนะนำเขารับเล่าสิ่งแวดล้อมให้เขาฟังเขาอาจจะเชื่อเรา ว่าอย่าทำแบบนี้ อย่าตัดช่องน้อยเฉพาะตนอย่างนี้มันไม่ดี ให้รู้จักรักชีวิตรักตนเอง คิดว่าคนเรากว่าจะโตมาได้ปานนี้พ่อแม่เลี้ยงมาหมดข้าวไปเท่าไร หมดเงินหมดทองไปเท่าไรอย่างนี้ครับ เขาก็อาจจะคิดว่ามันอาจจะเหมือนที่เราพูดก็ได้ เขาก็อาจจะสติหลุดมาได้รับ ในการคิดทำร้ายตนเองก็จะลดลงมา นี่คือนี่ที่เราพูดให้กำลังใจเขา ไม่ใช่ไปพูดประชดเขาในทำนองว่าเอาทำลายมึงอยากตายมึงก็ทำลาย

ถ้ารู้ล่วงหน้าเราก็จะได้ป้องกันไว้ครับ แต่เราไม่รู้ไม่คิดไม่คาดฝันว่ามันจะไปฆ่าตัวตาย

อยากให้มีคนมาดูแลเขา จะกลับมาดูแลเขา ต่างคนต่างป่วยมาดูแลกัน มาดูแลกัน และกัน ก่อนจะตายจากกัน บอกให้อดทนไว้ ก็แก่แล้ว ขนาดผ่าตัดจมูกก็ยังไม่หาย เอาใจยากแล้วไอลอตเวลาฤดูฝนและฤดูหนาว

ยายก็บอกว่าบุญใครบุญมัน ค่อยเป็นค่อยไปก็จะหายหรือ ก็ปลอบใจเป็นได้ก็หายได้

ถ้ารู้ล่วงหน้าก็คงดูแลกันตามปกติ เวลาหมอนัดก็พามาหาหมอ ต้องระวังให้ดี ระวังตลอด ถ้ารู้แกมีอาการก็จะอยู่กับแกตลอด ใครจะอยากให้คนที่อยู่ด้วยมาตาย ไม่มีใครอยากให้ตายหรือ

2.1.4 การรับรู้การวางแผนฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การวางแผนการฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่ญาติไม่มีการรับรู้มาก่อน หรือมีการรับรู้ภายหลังมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นแล้ว หรือแค่สงสัยว่าผู้ป่วยมีการวางแผนฆ่าตัวตาย มีจำนวนน้อยที่ญาติมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจและมีการวางแผนฆ่าตัวตายแน่นอน โดยสังเกตได้จากคำพูดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ประกอบกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปที่สื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยกำลังจะฆ่าตัวตาย เช่น มีการสั่งลาญาติ การเขียนจดหมายลาตาย การเตรียมอุปกรณ์สำหรับฆ่าตัวตาย การเตรียมสิ่งของหรือดำเนินการบางอย่างสำหรับญาติที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หรือการเตรียมดอกไม้สำหรับโปรยทางงานศพ เป็นต้น

ก่อนที่จะผูกคอตายประมาณตีห้าฉันผลักประตูเข้าไปหลังห้องน้ำหลังบ้าน เห็นแกนั่งอยู่บนน้ำหอมน้ำก็ถามแกว่าทำไมมานั่งอยู่ที่นี้นั่งนี้ทำไมเข้ามานั่งที่บ้าน แกคงเตรียมตัวแล้วเพราะว่าไปนั่งตรงที่ไม่มีคนอยู่อย่างนั้น แต่ก่อนที่จะตายช่วงอาทิตย์สองอาทิตย์แกจะออกมายืนที่หน้าบ้านเรียกคนโน้นคนนี่ที่เดินผ่านหน้าบ้านคะ ก่อนถึงวันที่สามสิบที่แกจะฆ่าตัวตายวันที่ยี่สิบแปดยี่สิบเก้าแกจะสั่งคนไว้หมดเลยคะว่าแกจะฆ่าตัวตาย

มาส่งวันศุกร์วันเสาร์เขาก็เขียนจดหมายลา ลูกชายก็ว่าพ่อไม่กินข้าวเพราะเขียนจดหมาย เวลาตีก็ไม่เห็นเขา และตัวเขาเองก็ไม่แข็งแรง ไม่มีแรงเดิน แต่ไปรบกวนบ้านใกล้ๆสารพัดให้ ขับรถไปวัดเอง (เพื่อไปยิงตัวตาย)

มีบ้านหลังหนึ่งเป็นบ้านเดิมบ้านเก่าอยู่ที่นี่ บ้านนั้นเป็นเหมือนที่จอดรถ เป็นบ้านเล็กๆ เอาเข้าไปซ่อนไว้ ห้อยใส่ตะกร้า ไม่รู้ว่าแก่ไปค้นหาได้ยังไงก็งงเหมือนกัน จนไม่อยากเชื่อ ไม่เชื่อว่า จะทำได้

2.1.5 การรับรู้วิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือการผูกคอตาย รองลงมาคือการกินยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของตนเอง หรือยาหรือสารเคมีอื่นๆที่สามารถหาได้ภายในบ้าน และมีผู้ป่วย 1 คนที่ใช้วิธีการยิงตัวตาย ดังนี้

ผูกคอตาย พอดีหนูไปนาประมาณชั่วโมงกว่าๆเกือบจะสองชั่วโมงค่ะ มีคนไปเรียกไป บอกว่าน้องชายผูกคอตาย คนที่ข้างบ้านเขาเห็นนึกว่าเขาเย็นเล่นเฟซหรือเย็นปัสสาวะ เขาไม่ยอมไม่อะไรเลย แะเย็นเอียงนิดหน่อยที่ต้นไม้ เชือกก็เล็กมากจนมองไม่เห็น

สังเกตดูว่าทำไมเขาไม่ปิดไฟเพราะปกติจะปิดไฟ แม้ก็เลยขึ้นไปดูเพราะสว่างแล้ว ประมาณหกโมงเจ็ดโมงแล้ว ไปสังเกตดูไปยืนดูแม็กก็เลยสงสัยว่าทำไมยืนอย่างนั้น สงสัยเพราะแม่อายุมากแล้วสายตาไม่ดีก็เลยบอกให้คนอื่นมาดู บอกน้องเขยให้ไปดูว่าทำไมมันถึงยืนอยู่อย่างนั้นน้องเขยก็เลยเข้าไปดู ที่นี้รู้เรื่องแล้ว เข้าใจแล้ว ตกใจแล้ว กลัวเพราะคิดไว้ก่อนแล้ว น้องเขยที่ไปดูก็เลยบอกว่าเสียชีวิตแล้วแม่ ก็เลยพากันเข้าไปดูเห็นแขวนคออยู่ค่ะ น่าจะเป็นเวลาประมาณห้าทุ่มหกทุ่มหรือว่า คงจะเป็นตอนที่สังเวยกับพี่สาวโน่นแหละค่ะที่เขาผูกคอตาย

นึกว่าแก่แก้งเพราะว่าแกชอบเชือกไว้ที่มือทำนึ่งเหยียดขาค่ะ แหยมี่ระชะสองสามครั้งก็เหมือนเดิมมองเห็นเชือกก็ตกใจ เอะใจว่าคงจะไม่ดีแล้ว มองเห็นสภาพน้องแล้วก็เดาได้ทันทีว่าน้องคงตัดสินใจลงมือทำไปแล้ว ก็เลยตัดสินใจรีบวิ่งไปเรียกคนที่หน้าบ้านให้มาช่วยกันดู ไม่กล้าบอกว่าน้องผูกคอตายกลัวแม่ช็อคค่ะ

ผมไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์เพราะต้องทำงานครับ พอกลับไปที่บ้านตอนเลิกงาน ประมาณห้าโมงเย็นก็ไปเรียกหาหลานไม่รู้ไปอยู่ไหน หาที่ไหนก็ไม่เจอก็เลยสงสัยเพราะว่าบ้านมีสองหลังก็เลยลงมาดูที่ด้านล่างห้องก็ลงกลอนปกติ เรียกก็ไม่มีใครตอบผมก็เลยตัดสินใจถีบประตูเข้าไป ห้องมันก็มีตึกเข้าไปก็เห็นแกแขวนคอก็เลยเรียกพี่เรียกน้องมาดู จากนั้นก็โทรหาตำรวจ ตำรวจก็ออกมาทั้งหมดที่มงานอะไรก็ออกมาชันสูตรศพครับ

ยิงตัวตาย พออ่านจดหมายแล้วก็รีบไปวัดเหนือ ก็ไปเจอฆาตอนตาย เขายังตัวเองตาย เขาเป็นคนชอบยิงปืน ยิงนก ยิงหนู และยิงแม่ด้วย

กินยาที่ใช้รักษาตัวเอง เรามารู้อีกทีเมื่อตอนแกกินยาไปแล้ว หลานโทรมาว่าแม่พ่ออ้วกนะ เออเดี๋ยวแม่ไป เพราะแกก็เคยอ้วกมาตลอดก็นึกว่าเป็นปกติ บอกหลานว่าเออแม่จะไปเดี๋ยวนี้ล่ะลูกดูพ่อไว้นะ ก็ไปยังไม่ทันถึงบ้านนะ ก็เลยเอามาส่งโรงพยาบาล เป็นหนักไม่ได้สติแล้ว แกไปเอายาจากบ้านน้อยมากิน ไปหยิบมากินเอง เพราะว่าแกใช้ไม้เท้าเดินไปได้อยู่

2.1.6 การรับรู้ช่วงระยะเวลาการฆ่าตัวตาย

ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเลือกลงมือกระทำการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ญาติหลักทุกคนแล้ว หรืออาจเป็นช่วงเวลากลางวันที่ปลอดผู้คน ซึ่งอาจเกิดจากความตึงเครียดของญาติจึงไม่ได้อยู่เฝ้าระวัง หรืออาจเป็นด้วยการกระทำของผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องการให้มีคนอยู่ด้วยในขณะที่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย โดยการใช้ให้ไปซื้อสิ่งของนอกบ้าน เป็นต้น

ตื่นมาตอนตีสี่ผมก็เหลือบมองก็เห็นลูกอยู่หน้าครับ ตอนตีสี่ก็นอนอยู่แม่ก็นอนข้างกัน ผมก็ไปเข้าเวรเผลอนิดเดียวก็ทำไปแล้วครับ ช่วงประมาณตีห้านี้ก็จะเดินเข้าห้องน้ำก็ไปเจอเขาแขวนคออยู่ในห้องบนบ้าน

พอก็ไปกับหนูนี่จะไปหาแมงดาคะเพื่อต้องการให้น้องกินเห็นเขากินข้าวอร่อยนะ

ตามที่การชันสูตรศพก็คงเป็นเวลาประมาณหกทุ่มหรือประมาณตีหนึ่งก็แกแขวนคอตาย ตอนนั้นเขาอยู่กับลูกสาว ลูกสาวไปปลุกพ่อว่าวันนี้จะพาพ่อไปหาหมอกับน้องสาว พ่อรู้ว่า จะพาไปหาหมอแกก็บอกลูกสาวว่าผมไปซื้อนมให้พ่อก่อนนะ ลูกก็รู้สึกเป็นกังวลอยู่เพราะพวกหนูจะระวังตลอดกลัวว่าแกจะทำร้ายตัวเอง ถ้าหนูไม่อยู่ลูกก็ต้องอยู่ดูแลแทนตลอด พอลูกไปซื้อนมกลับมาเท่านั้นแหละพ่อก็ปิดประตูล็อกห้องเรียบร้อยแล้ว ลูกก็ไปหยิบมิดในครัวออกมายื่นเข้าไปเห็นเชือกแขวนอยู่แล้วลูกก็ร้องกำลังจะโทรหาแม่ช่วงนั้นแม่ก็มาถึงบ้านพอดี ลูกก็ตะโกนบอกแม่ว่าแม่ๆ พ่อทำแล้วแม่พ่อทำแล้วแม่ หนูก็ไปดึงประตูห้องก็ดึงออกไม่ได้เพราะว่าถูกตอกตะปูตรึงไว้กับวงกบประตู หนูก็เลยเรียกลูกชายมาช่วยดึงก็เลยดึงออกได้ ลูกชายบอกว่าเห็นพ่อแขวนอยู่ก็ร้อง ลูกชายก็กอดพ่อยกขึ้นลูกสาวก็ตีดอกอกผมลงมาก็กะเชือกออกแล้วก็บีบหัวใจพ่อ ก็รู้ว่าพ่อหายใจระรวยๆ อยู่หนูก็เรียกกรรที่อยู่วางบ้านมาช่วยเหลือก็นำไปส่งโรงพยาบาล

ผมไม่ได้อยู่บ้านคะ วันที่สามสิบหรืออย่างไรล่ะคะ วันที่แกผูกคอตายวันนั้นเป็นวันที่เขาบอกว่าต้องไปลงทะเบียนซิเมนต์ศพคะ ก็เลยบอกกับแม่ว่าแม่หนูจะไปลงทะเบียนศพนะคะ เพราะว่ามันเป็นวันสุดท้ายแล้ว

2.1.7 การรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในสังคม และความต้องการความช่วยเหลือ

การรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดมีปัญหาก็เกิดขึ้นภายในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องที่มีบ้านอยู่ใกล้กัน รองลงมาเป็นผู้มาชุมชน กรรมการหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่ให้การช่วยเหลือเป็นประจำ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำเป็นบางครั้งเวลาผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาล หรือการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

ความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ฆ่าตัวตาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขซึ่งถือว่ามีความรู้ทางด้านนี้มาให้การดูแลโดยตรง รวมถึงความต้องการให้มีการจัด

หลักสูตรอบรมให้ความรู้ หรือมีเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของญาติเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนี้

ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนช่วยเหลือกันที่หมู่บ้านเราก็กู้กันดี เช่น อสม.ก็ช่วย กรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ญาติตามหมู่บ้านก็ช่วยกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านครั้งแรกที่เขาผูกคอตายเป็นโรงพยาบาลเกษตรมาเยี่ยม และครั้งที่สองก็อนามัยมาเยี่ยม

ตายแล้วห้ามช่วยเขาห้ามไม่ให้เข้าไปจับเขากลัวพลายมือหรือโดนฆาตกรรมอะไรอย่างนี้ แต่ถ้าหนูไปเจอตอนที่เขาจะผูกหนูอาจจะช่วยเขาได้ค่ะ แต่ถ้าเขาผูกแล้วมันก็มีอีกข้อหนึ่งถ้ายังไม่ตายเราก็กู้ได้ แต่ถ้านิ่งแล้วเราก็กู้ไม่กล้าไปจับกลัวติดลายมือ

ช่วยไม่ได้ใจไม่กล้าช่วยไม่ได้หรอกค่ะ กลัวค่ะ ทำไม่ได้หรอกค่ะ เพราะใจไม่กล้าพอแค่ตอนที่เขาเรียกไปดูว่าน้องตายแล้วพี่ก็ไปดูแป๊บเดียวพี่ก็เดินหนีเลยไม่เข้าไปใกล้เลย ไปแค่ล้างหน้าศพน้องก็กลับบ้านเลย ดูไม่ได้ใจจะขาดค่ะ

เคยมีประสบการณ์ ต่อไปถ้ามีคนพูดแบบนี้เราก็กู้ติดตามแอบดูเลยละค่ะ ดูแลเขาเพื่อช่วยเขาได้ทัน เวลาไปเห็นก็น่าจะช่วยได้

ปลอบใจว่าโรคทุกโรคมีทางรักษาหาย สังคมไม่ยอมรับก็ช่างเถอะ ครอบครัวเรายังมีพี่น้อง ยังให้อภัยดูแลช่วยเหลือได้ ยังรักเหมือนเดิม แกก็เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการหาเลี้ยงครอบครัวมาแต่ไหนแต่ไรแล้ว แกเป็นคนที่มีความสำคัญต่อครอบครัว เราต่างคนต้องต่างดูแลกันอาศัยกันนะอย่าคิดมาก อย่าระแวงอีก ถ้าขาดใครไปต่างคนก็ต่างจะอยู่ไม่ได้ หนูก็บอกว่าพี่ต้องอยู่ให้ได้ แกก็บอกว่าลูกก็โตแล้ว หนูก็บอกว่าโตก็ช่างเราก็กู้มีชีวิตอยู่ด้วยกันจนวันสุดท้าย

เจ้าจะตายทำไมละ ใครจะให้ตาย ไม่ต้องตายอยู่ด้วยกันนี่แหละ ตายไม่ได้ต้องอยู่ดูความสำเร็จของลูกก่อน ถ้าไม่มีพ่อแล้วลูกเมียจะอยู่ได้อย่างไร แล้วลูกจะได้เรียนหนังสือหรือไม่ละ หนูก็พูดหมดทุกอย่างค่ะแม้กระทั่งลูกสาวหนูเองก็ช่วยพูด

ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/หน่วยงานประกันสังคม

ไปขอความช่วยเหลือจากคุณหม่ออ้อยค่ะ หมอก็ให้คำแนะนำอย่างโน้นอย่างนี้เกี่ยวกับคนไข้ การรักษาดูแล ตลอดจนคำพูดที่ต้องพูดกับคนป่วย

พ่ออย่าทำนะถ้าหนูปิดเทอมหนูก็จะขึ้นมาหาพ่อ จะมาหาพ่อทุกปีนะค่ะพ่อ ถ้าพ่อหายจากโรคแล้วหนูมีงานทำ ถ้าพ่อขับรถได้หนูจะซื้อรถให้พ่อและจะให้เงินพ่อใช้ค่ะ

พูดคุยด้วย

คิดว่าน่าจะเป็นคนที่ใจบุญเท่านั้นค่ะที่จะช่วยได้ เหมือนพี่นี่ละค่ะถ้าพี่เห็นคนที่เป็นประสาทพี่ก็จะพยายามเข้าไปถามไถ่เป็นหมู่เป็นพวก เห็นคนที่มีปมด้อยก็จะพยายามคิดว่าเขาต้องไม่มีใครพูดกับเขาแต่พี่ก็อยากจะทำเข้าไปคุยด้วยค่ะ

หน่วยงานคุณหมอมาร่วมช่วยอยู่ ช่วยปฐมพยาบาลเอายาให้กินครับจัดยาจัดอะไรให้

ต้องการให้ประกันสังคมจะรีบเข้ามาช่วยครับเข้ามาช่วยดูแลร่วม

ต้องการให้ชุมชนให้ความเห็นอกเห็นใจเขาบ้าง โดยเฉพาะคนที่เขาเป็นโรคมะเร็งกัน
บกพร่องหรือแม้แต่โรคใดๆก็ตาม เพราะคนที่มีโรคประจำตัวเขาย่อมเกิดความน้อยใจเป็นธรรมดาครับ
เขาก็ไปดูแลอยู่ตลอด คือสลับสับเปลี่ยนไปครับ อสม. เขาก็ได้อยู่ ให้คำแนะนำ
ปรึกษาโรคภัยและเกี่ยวกับตัวคนไข้ด้วย แต่ถ้าจะเป็นผู้ที่แนะนำได้ดีที่สุดก็ต้องเป็นคุณหมอ เพราะ
หมอมักมีความรู้มีประสบการณ์และได้เรียนมาจึงมีความรู้ดีกว่าคนกลุ่มอื่น

ผมว่าถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนี้ คุณหมอก็อาจจะรู้ว่าใครเป็นโรคอะไรในแต่ละหมู่บ้าน
ผมจึงต้องการให้มีการจัดประชุมครับ คือเรียกไปคุยหรือเรียกมาสอบถามและให้คำแนะนำ ให้เขา
ได้มารับความรู้ไป ความรู้ที่บอกว่าไม่ควรทำร้ายตัวเอง มียา กินก็กินไปให้รักษาตัวเอง ดูแลตัวเอง
รักษาชีวิตตัวเอง หน่วยงานก็จะดูแลไม่ทอดทิ้ง

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสลภูมิมาเยี่ยม ถามว่าเป็นยังไงบ้าง มาดูแลจิตใจ ดีใจค่ะ
เพราะมีคนมาเยี่ยมอยู่คนเดียว มาเยี่ยมด้วยตนเอง 2 ครั้ง นอกจากนี้อาจให้ลูกมามีส่วนเกี่ยวข้องใน
การที่จะมารักษาจิตใจ

เพื่อนเขามีแต่นินทา แต่ก็ไม่ได้ไปสนใจ เพื่อนบ้านพูดเขาว่าฆ่าตัวตายเพื่อหนีหนี้ แต่
ที่จริงเราไม่มีหนี้

มีน้องสาวและญาติสามี่มาให้ความช่วยเหลือ ช่วยดูแลมาตลอด มาให้กำลังใจ บอก
ว่าให้สู้ชีวิต และอยู่กับหลาน เลี้ยงหลานให้ได้

2.2 การเผชิญปัญหาของญาติผู้ฆ่าตัวตาย

การเผชิญปัญหาของญาติผู้ฆ่าตัวตายในระยะแรกที่เกิดเหตุการณ์จะรู้สึกช็อค ทำอะไรไม่ถูก
รู้สึกสับสนไปหมด ปฏิเสธไม่อยากจะเชื่อว่าญาติของตนเองจะฆ่าตัวตาย ภายหลังจะใช้วิธีการทำใจโดย
ยึดหลักของศาสนา มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของเวรกรรม การทำบุญมาน้อยจึงทำให้เสียชีวิต
ก่อนวัยอันควร ญาติบางคนเข้าวัดทำบุญมากขึ้น และหันมาใส่ใจกับญาติที่ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น
มีการดูแลปลอบใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ดังนี้

คิดถึงลูกตอนที่เสียใหม่ๆ ไม่เคยคิดว่าแกจะทำร้ายตนเอง ไม่อยากเชื่อว่าลูกจะกล้า
ผูกคอตาย (เมื่อทำแล้ว) คิดว่าคงถึงคราวของแก คิดว่าทำบุญมาแค่นี้

ผมก็ห่วงลูกคนเล็กที่ยังมีชีวิตอยู่สะครับแต่เขาก็อายุมากแล้วละ ส่วนมากก็ไปทำบุญ
ที่วัดบ้าง ทำบุญให้ลูก ก็มีความสุขสบายใจ

ก็ทำใจนะคือเตี้ยวันทุกอย่างปลงแล้วไงแล้วบอกอะไรจะเกิดมันก็เกิดทุกคนเลือกที่
จะเป็นเลือกที่จะทำเราไม่ได้บังคับจะนั่นคิดมันก็ต้องทำติดขึ้นอยู่กับความคิดของเค้าแล้วก็คิดว่ามัน
เป็นไปตามกรรมเราปลงแค่นี้คะ

สภาพจิตใจก็ยังไม่ค่อยเท่าไรค่ะ บางทีหนูก็เป็นเลอะเลือนเหมือนกันมันคิดหลายอย่างอย่างเช่นลูกเราจะเรียนจบไหม น้องทำไมเขาถึงฆ่าตัวตาย ทำไมเขาถึงคิดสั้นอย่างนี้ ก็คิดอยู่มองไปที่ไร้ก็น้ำตาไหลเหมือนเดิม

สงสาร ทั้งกลัวทั้งสงสารน้องค่ะ ดีช่วงนี้น้องตัวเองแม่ก็แก่มาแล้วก็เลยอดสงสารไม่ได้เดี๋ยวก็หลุดไปตามๆกัน ทำอะไรก็ไม่ค่อยได้พระก็ไม่ให้บวชน้ำไฟซักคนเพราะเขาบอกว่าตายโหงวันเดียวก็ต้องเอาไปเผาเลย ญาติบางคนก็มาไม่ทันใครมาทันก็ให้เห็นกันคนมาไม่ทันก็ทำอะไรไม่ได้เพราะเขาไม่ให้เก็บศพไว้หลายวัน ต้องทำตามโบราณที่เคยปฏิบัติมา

ญาติก็มาลอบใจตอนนี้ก็เลยทำใจกันได้บ้างแล้วค่ะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา

วันนั้นพี่สาวก็นอนไม่หลับเพราะเคยดูแลเลี้ยงมาตั้งแต่ยังเล็กค่ะ

ลูกคนโตไม่ค่อยพูดเป็นคนเก็บกดพอสมควร เขาก็บอกแม่ว่าพ่อไปสบายแล้วละแม่ๆ ไม่ต้องไปคิดมากๆไปพ่อก็จะไม่สบายใจพอจะอยู่ในใจเราเสมอครับ แต่ว่าคนเล็กบางวันก็ร้องไห้เพราะตอนเย็นเวลาลูกสาวจะเข้าห้องน้ำแกชอบไปนั่งเฝ้าหน้าห้องลูก ลูกสาวจะสนิทกับพ่อมากค่ะลูกสาวจะร้องไห้หาพ่อเกือบทุกวัน

ปลอบใจทำดีที่สุดแล้วค่ะคำพูดการกระทำต่างๆหนูทำดีที่สุดแล้วจนสามีได้พูดว่าถ้าไม่มีหนูเขาอยู่ไม่ได้เพราะไม่มีใครที่จะเข้าใจเขาเท่าหนูอีกแล้ว ดีกับแกทุกอย่างจะไม่ให้เป็นบาปเป็นกรรมต่อกันละกัน

ออกไปคุยกับเพื่อนบ้านบ้างพยายามจะไม่มองสิ่งของที่เคยทำร่วมกัน ก็พยายามเก็บออกถึงแม้ว่ามันอาจจะนึกถึงภาพเก่าๆภาพความหลังเราก็พยายามไม่นึกไม่คิด

คล้ายๆ กับจะซื้อคเคในตอนนั้น

คิดว่าไม่น่าจะคิดอย่างนั้นครับไม่น่าจะทำร้ายตัวเอง หาทางออกให้กับตนเองไม่ถูกทาง ถ้าอยู่ไปก็ไม่มีความสุข มันก็เหมือนคนปกติทั่วไปไม่น่าคิดสั้น เสียใจครับไม่อยากให้ทำอย่างนั้น ถ้าจะตายก็ควรตายแบบธรรมชาติดีกว่าที่จะมาตายแบบนี้

เห็นสภาพที่เขาชวนคอมมก็ได้แต่ร้องโอยครับไม่รู้จะทำอะไร

ตกใจค่ะ นอนไม่หลับทั้งคืน ลูกสาวพากันร้องไห้ ไม่เคยคิดว่าพ่อจะคิดสั้น เพราะเป็นคนแข็งแรง ใจเด็ด

ถ้าแม่อยู่คนเดียวแม่ก็คิดนะ แต่เมื่อเห็นคนป่วยที่โรงพยาบาลเป็นโรคเดียวกันก็รู้สึกว่ามีเพื่อนอีกเยอะที่เป็นเหมือนเรา

มองว่าเป็นสิ่งบกพร่องที่ไม่ได้ดูแลเขา ไม่ได้ดูแลถึงแก่ ต้องมาตายก่อน พ่อไปเห็นหน้าพ่อก่อนเผา คิดว่าน่าจะอยู่ด้วยกันไปนานๆ

รู้สึกไม่พอใจว่าเอ๊ะ!หมอบทำไมไม่เย็บแผลให้ อยากให้เย็บ อยากให้ดูดีสวยงาม เพราะพ่อจากไปแล้วอยากให้ดูดีสวยงาม หล่อเหลา

นอนไม่หลับ คิดอะไรเรื่อยเปื่อย ลูกชายก็ไปทำห้องของพ่อใหม่ ทาสีใหม่ ทำอะไรใหม่ แต่ไม่มีคนอยู่ เห็นรูปแล้วคิดถึงพ่อ เพราะยังทำใจไม่ได้

ไปทำบุญบ่อย วันเข้าพรรษา ครบ1ปีพอดี ก็จะไปทำบุญกับลูก

คิดมากจนนอนไม่หลับ กลุ่มที่ต้องมาเจอเหตุการณ์ต่อกัน

2.3 ข้อเสนอแนะการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ให้สอดส่องดูแลลูกหลานอย่างใกล้ชิดเรื่องสุรา โดยเฉพาะเหล้าขาว จะมาดื่มเหล้าขาวแทนน้ำไม่ได้

ถ้าญาติเขาพร้อมมือช่วยได้ค่ะ แต่ถ้าญาติเขาไม่พร้อมมือเรารักก็เข้าไปไม่ได้ค่ะ

ให้กำลังใจและก็ให้คำปรึกษาแบบอ่อนโยน เราก็บอกว่าอย่าไปคิดสั้นเลยมันไม่ดี ขนาดเราป่วยเรายังยกมือว่ายตายเลยขอร้องอย่าตาย ภวานว่าอย่าพึ่งตายเลยขอมีชีวิตอยู่ต่อไป ต้องไปอธิบายอย่างนี้ค่ะขนาดเราไม่สบายเรายังไม่ยอมตายเลยเราก็บอกว่าชีวิตเรามีค่า

ถ้าเจอเหตุการณ์ก็อาจจะช่วยได้ค่ะ แต่ถ้าเขาทำแบบลับๆเราก็คงช่วยไม่ได้

เวลาเขาติดยาหนูก็เคยเตือนน้องบอกว่าน้องเอ๋ยที่บ้านแม่เราไม่ได้เคี้ยวป้อนข้าวมาแต่ยังเล็กนะ แม่ป้อนข้าวแม่เอาปุเอาปลาป้อนนะยาบ้าแม่เราไม่ได้เคี้ยวผสมข้าวให้เรากินนะน้องถ้าหาได้ก็พยายามห่างเสียเถอะ หนูจะให้กำลังใจอย่างนี้จะพูดเขาก็น้ำตาไหลหนูก็บอกว่าทุกคนมีแบบดีบ้างไม่ดีบ้างมีผิดพลาดบ้าง เราเป็นลูกคนจนเราต้องช่วยกันหาเงินมาซื้อข้าวกิน ยาบ้ามันช่วยเราไม่ได้หรอกมันมีแต่จะทำร้ายเรา

มีหลายช่องทางนะคะ หนึ่งก็ต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ดูแลเองต้องรู้อาการของผู้ป่วยที่เราจะต้องดูแลค่ะว่าเขามีอาการอย่างไร

ให้คำแนะนำเรื่องการระวังการฆ่าตัวตายครับ สำคัญที่สุดเรื่องฆ่าตัวตายนี้ละครับเพราะว่าคนเราถ้าได้เกิดหรือรู้ว่าเป็นแล้วมันจะน้อยใจ เหมือนตัวเองบางทีถ้าเกิดปัญหาบางครั้งก็น้อยใจนะ จึงอยากให้ทุกคนช่วยกันดูแลครับ ผมก็เคยคิดทำร้ายตัวเองตอนที่เลิกกับแฟนครั้งแรกใหม่ๆ แต่พอมาคิดย้อนหลังแล้วเราทำอย่างนี้มันไม่มีประโยชน์ วันต่อไปเราก็คิดว่าเรามีได้เราก็มืดเหมือนกัน

กลุ่มที่ 3 การศึกษาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย

3.1 การรับรู้ในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=27)

ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รองลงมาเป็นกลุ่มของพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ มีเพื่อนบ้านบ้างแต่น้อยมาก ทำให้ในช่วงแรกยังไม่ทราบถึงปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีงานประจำ และบอกว่า “ยังรู้สึกห่างเหิน ไม่สนิทกับผู้ป่วย เพราะเขาไปทำแต่งงาน ไม่ค่อยได้คุยกัน พอเห็นก็ถามธรรมดาแบบไปไหนมา ไม่ค่อยได้คุย “ไม่ค่อยสนิทกับเขาเท่าไรเลยดูไม่ออก บางรายบอกว่า “ไม่ค่อยคุยกับเรา เห็นเราไปหรือมีคนไปเยี่ยม เขาจะหนีขึ้นห้องเลยในช่วงแรกเขาไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับเรา ต้องพยายามบ่อยๆ ทำให้แค้นเคย

กับเราถึงจะคุย จากการวิเคราะห์พบว่าการรับรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง มองว่า การที่จะเข้าหาผู้ป่วยถ้าไม่สนิทก็จะไม่กล้าพูดคุยถึงปัญหาเพราะปกติจะไม่ได้คอยได้คุยรับรู้ทางเหิน ไม่กล้าที่จะเข้าหาพื้นที่ ทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้เกี่ยวข้องเกิดช่องว่างในการเข้าไปช่วยเหลือ เพราะปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่เร่งด่วนและสำคัญ ฉะนั้นการเข้าหาต้องเร่งด่วนในการทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ด้วยว่า เราต้องการไปเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง

3.2 ลักษณะของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ในการรับรู้ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมองว่า “ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยจิตเวช” เป็นพวกคิดมากแยกตัวเองไม่สูงส่งกับใคร “เลาเป็นคนทำมาหากิน แต่พอรู้สึกถึงความภาคภูมิใจลดลง เคยทำมาหากินได้แล้วทำไม่ได้อายุมากขึ้น” และอีกกลุ่มคือกลุ่มของวัยรุ่น ที่มีปัญหาเรื่องของการความรัก ทำให้คิดฆ่าตัวเองได้พอคิดมากก็จะชวนดื่มเหล้า เป็นเหตุให้เป็นปัจจัยกระตุ้นได้อีกทางลักษณะของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องจะมองเป็นผู้ป่วยจิตเวช เพราะจะมีอาการซึม แยกตัวเอง ไม่ค่อยคุยกับใคร ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นจะเป็นปัญหาจากความรัก มีประวัติไปดื่มสุรา และเสพยาเสพติดก่อนทำ

3.3 สาเหตุของการฆ่าตัวตาย และปัจจัยกระตุ้น

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้รับรู้ว่า ส่วนใหญ่มีประวัติของการดื่มสุราและยาเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่แล้วรู้สึกว่าครอบครัวไม่มีคนเข้าใจ ไม่มีคนรักและต้องการตายไปจากโลกนี้ จากคำพูดของผู้เกี่ยวข้องเข้าไปดูแลแล้วบอกว่า ครอบครัวไม่อบอุ่น พ่อแม่ ลูก ไม่ได้อยู่ด้วยกัน อยู่กับตา-ยาย มันน้อยใจยาย “ ” มีปัญหาครอบครัว “เขามีปัญหาหนี้สิน” “ดื่มเหล้าทุกวัน และ เป็นโรคซึมเศร้า ครอบครัวไม่อบอุ่น และบอกปัญหาในครอบครัว เช่น “ทะเลาะกับภรรยา เขาเลิกกันกับเมียแล้ว” เขาถูกเมียว่าไล่หนี ไม่ยอมรับเขาเข้าบ้าน “น้อยใจพ่อแม่” “ถูกด่า” “กินเหล้า บ่นเครียด” “หุแว่ว “เสพยาบ้า ประสาทหลอน บอกว่าเมียมีชู้ บางรายบอกว่า “เป็นอารมณ์ชั่ววูบ โมโห โกรธคนในครอบครัว ฆ่าตัวตายประชด”

จากการวิเคราะห์พบปัญหาที่ทำให้เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ 1) อาการทางจิต มีหุแว่ว หวาดระแวง 2) มีปัญหาภายในครอบครัว เช่น หนี้สินทะเลาะกัน 3) ปัญหาจากสารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า 4) อารมณ์หงุดหงิด

3.4 สัญญาณเตือนของผู้พยายามฆ่าตัวตาย การแสดงออกหรือพฤติกรรมที่มองเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องได้มองเห็นสิ่งที่เป็นสัญญาณเตือน ดังนี้ “เลาเฝ้าดูอยู่ว่าเลาสิฆ่าตัวตายจึกมือ” “บ่นอยากตาย” “ไม่อยากอยู่แล้ว “เบื่อ” สีหน้าหมองไม่สดชื่น “ซึมไม่อยากคุยกับใคร อยากอยู่คนเดียว “ถ้าลำบากนักก็จะไปฆ่าตัวตาย” “เมียไม่ดี เมียไม่รัก ไปมีคนใหม่ พ่อ-แม่อีกไม่ให้อยู่” “วันนี้เป็นวันตายของกูมันถึงวันตายแล้ว” “วันนี้เป็นวันตายของกูไม่มีใครห้ามกูได้ กูจะตาย “จะผูกคอตาย”

จากการวิเคราะห์ สัญญาณเตือน จะมีข้อความที่ชัดเจน เห็นชัด จากคำพูดและพฤติกรรม ที่แสดงออก เช่น จะพูดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ น้อยใจเรื่องที่ไม่มีใครรัก ไม่มีคนสนใจ บางคนดื่มเหล้า สุราไปด้วย และบางคนบอกถึงว่า จะไปฆ่าตัวเองวันไหน และวิธีอะไร เห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเขามีปัญหาทุกคน และพยายามทำให้คนรอบข้างมองเห็นด้วยว่ามีปัญหาอะไร แต่อาจไม่ได้รับ ความสนใจทำให้ไม่ได้รับการเฝ้าระวังการดูแลใกล้ชิด และเกิดเหตุเศร้าสลดได้

3.5 การวางแผนการดูแลของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในการวางแผนนี้ ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะเป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และเป็น พยาบาล หรือ นักวิชาการสาธารณสุขทำให้พอมีความรู้ในการดูแลบ้าง ซึ่งพอรู้ว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย เขาจะมีการส่งต่อ และปรึกษาวางแผนกันเป็นทีม เช่น “วางแผนการทำงาน ให้การรักษาด้วยยา บำบัดครอบครัว บำบัดทางจิตใจ เฝ้าระวัง สม่ำเสมอ และโทรถามอาการ” บางรายจะมีกลุ่ม แอปพลิเคชันไลน์ ที่ใช้วิธี “การนัดหมาย โทรถามทาง line ปรึกษาจิตแพทย์ และนัดมาตรวจที่ผู้ป่วย นอก ช่วยเหลือส่งโรงพยาบาลให้กำลังใจ ไม่ให้อยู่คนเดียว บอกผู้ปกครองเอาใจใส่ ให้ อสม. ไปแนะนำช่วยเหลือเรื่อยๆ เดือนละ 1-2 ครั้ง ถือว่าให้ช่วยดูแลเฝ้าระวัง

ในกลุ่มนี้เกี่ยวข้องนี้ ส่วนใหญ่ที่บอกเป็น อสม. จะไม่เคยอบรมบางคนเพิ่มเข้ามาเป็น อสม. บอกว่า “ไม่เคยอบรม เพิ่มเข้ามาเป็น อสม.” บางคนบอกว่า “ใช้ประสบการณ์ตนเอง เรียนรู้ จากประสบการณ์ ในกลุ่มที่เคยอบรมจะบอกว่า “เคยอบรมการประเมินซึมเศร้าก็ทำให้ช่วยประเมิน ได้

ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องนี้ มีข้อเสนอแนะ คือ อยากพัฒนาองค์ความรู้จิตเวชโดยให้มีผู้ช่วย เหลือที่เลี้ยง อยากมีสื่อการสอนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเสริมเรื่องการติดตามผู้ป่วยที่ พยายามฆ่าตัวตาย

3.6 แนวทางให้การปรึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่บอกว่า “ปลอบใจ บอกให้ทำใจ อย่าคิดสั้น มีปัญหาอะไรจะได้หาทางแก้ไขถ้ามีปัญหาก็ช่วยแก้ไขปัญหา” บางราย “ปลอบใจ ไม่ให้ทำ เป็นบาปกรรมที่ฆ่าตัวตาย” ส่งต่อให้ญาติดูแลใกล้ชิด นังคายเป็นเพื่อน ให้กำลังใจไม่ซ้ำเติม “ให้คนในครอบครัวมาเป็นกำลังใจ” หรือบอกข้างบ้านที่เป็น อสม. ช่วยสอดส่อง” “แนะนำให้ออกมา คุยกับคนอื่นให้ออกก่าลังกาย” ส่วนการคัดกรองเฝ้าระวัง ส่วนใหญ่ อสม. จะบอกว่า ทำใน กลุ่มผู้สูงอายุโดยการ ทำ 2Q หรือพวกที่นอนไม่หลับ ปวดหัว หรือ เครียด

ในกรณีถ้าประเมินแล้วยังมีความเสี่ยงสูงก็จะมีการส่งต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้ บ้าน และให้การดูแลที่เป็นเฉพาะทางมากขึ้น

จากแนวทางการดูแลให้คำปรึกษา นอกจากใช้วิธีปลอบใจ รับฟัง อยู่เป็นเพื่อน ให้ผู้ ที่มีความรู้ ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลเฉพาะมากขึ้น ยังมีการสอดส่องใกล้ชิด ส่งต่อให้ อสม. ได้ใกล้ชิด และให้คนในครอบครัวได้เฝ้าระวังและให้กำลังใจกัน

การดูแลให้คำปรึกษานี้ยังมีที่สำคัญ คือ การส่งต่อ รพ.สต. และส่งต่อกลับเพื่อให้ผู้ป่วย
ระวังต่อเนื่อง

3.7 การติดตามเยี่ยมและการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่องเป็นเรื่องที่สำคัญ สำหรับการดูแลและเฝ้าระวังผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ฉะนั้น
การติดตามเยี่ยมจึงจำเป็นในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และกลับมาอยู่ในชุมชน ในผู้ที่เกี่ยวข้อง
ได้เน้นการดูแลคือ “การให้คำปรึกษาเพื่อทำให้ญาติ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวเอง สบายใจใน” “ทำให้
ครอบครัว เข้าใจ และมาช่วยดูแล ช่วยสังเกต” การติดตามเยี่ยมนี้ ยังช่วยให้เป็นกำลังใจให้ ผู้ดูแลรู้สึกดี
มีคนคอยห่วงใยไม่คิดมาก” ยังได้รับฟังคนอื่น เป็นการส่งต่อข้อมูล เพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมเป็นการดูแลต่อเนื่อง ชนิดหนึ่งทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีกำลังใจ และ
เป็นการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยการพูดคุยและประเมินร่วมกับญาติผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งเป็น
การส่งต่อข้อมูลต่อไป

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เช่น เพื่อนเป็น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เคยเกี่ยวข้องได้ดูแลผู้ที่
พยายามฆ่าตัวตาย (N=27)

ผลการวิเคราะห์การช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : ผู้เกี่ยวข้อง

การประเมินวางแผนดูแล

ประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง ส่งต่อกรณีเสี่ยงสูง บำบัดตาม
สาเหตุและปัญหา วางแผนการทำงานเป็นทีม ให้การรักษาด้วยยา การบำบัดครอบครัว บำบัดทาง
จิตใจ เฝ้าระวังสม่ำเสมอ ปรึกษาจิตแพทย์ โทรศัพท์ตามอาการ

การนัดหมาย โทรตามทาง line การปรึกษาจิตแพทย์เวลาแพทย์มาตรวจ OPD ช่วยเหลือส่ง
โรงพยาบาลและให้กำลังใจไม่ให้มีความเครียด ให้ผู้ปกครองเอาใจใส่ อสม.ต้องคอยไปแนะนำ
ช่วยเหลือเรื่อยๆ เดือนละครั้งสองครั้งถือเป็นการดูแลเฝ้าระวัง

การพัฒนา ความรู้ และทักษะ การดูแลช่วยเหลือ

เคยอบรมการประเมินภาวะซึมเศร้าช่วยประเมินได้

อยากพัฒนาความรู้จิตเวช อยากให้มีผู้ช่วยเหลือที่เสี่ยง ต้องการความรู้ในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย การประเมินซึมเศร้า ต้องการสื่อการสอน เช่น นำมาออกเสียงตามสายเรื่องโรคซึมเศร้า
อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การออกติดตามผู้ป่วยอยู่เรื่อยๆ

ไม่เคยอบรม เพิ่งเข้ามาเป็น อสม. ใช้ประสบการณ์ตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์

สัมพันธ์ภาพกับผู้เกี่ยวข้อง

ห่างเหินกัน ไม่สนิทกับ case เพราะเขาไปทำงาน ไม่ค่อยได้คุยกัน เขาก็ไปทำหน้าที่ของ
เขาเห็นก็ถามธรรมดา แบบไปไหนที่แค่นี้ไม่ค่อยได้คุยกัน ไม่ค่อยสนิทกับเขาเท่าไรเลยดูไม่ออก

ไม่ค่อยอยากคุยกับเรา เห็นเราไปหรือมีคนไปเยี่ยมเขาจะหนีขึ้นห้องเลย ช่วงแรกๆ เขาไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับเรา พยายามไปบ่อยๆ ให้แค้นเคยกับเรา ถ้าแกล้งให้แสดงว่าเราไม่คุยกับแกลได้

ลักษณะคนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจิตเวชะ เขาเคยเป็นคนทำมาหากิน มันรู้สึกถึงความภูมิใจในเจ้าของลดลง ความภาคภูมิใจในเจ้าของลดลง เคยทำมาหากินได้แล้วกะไปบ่อยๆ อายุหลายชั้น กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังมีความรักสิ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นคือสุราและสารเสพติด ครอบครัวที่ไม่อบอุ่น พ่อแม่ลูกอาจไม่ได้อยู่ด้วยกัน อยู่กับตายาย

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

มีปัญหาครอบครัว หนี้สิน ดื่มสุรา ทะเลาะกับภรรยา/ เลิกกันกับภรรยา

ถูกครอบครัว Reject เสพยาบ้า ประสาทหลอน ระแวงภรรยามีชู้ น้อยใจ พ่อ แม่ กินเหล้า เครียด หูแว่ว

คำพูดก่อนฆ่าตัวตาย

เขาว่าตัวเองว่าเลาสิฆ่าตัวตายจกมือเกาะ อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ตายไปหมด ปัญหาไม่อยากอยู่

เบื่อ ซึม แกล้งเป็นซึมๆ แกล้งไม่อยากคุยกับใคร อยากอยู่คนเดียว ถ้าลำบากนักก็จะไปฆ่าตัวตาย

เบื่ออยากตาย เมียไม่ดี เมียไม่รัก เมียไปมีคนใหม่ พ่อแม่ก็ไม่ให้อยู่ด้วย บ่นตลอด

วันนี้เป็นวันตายของกูจนถึงวันตายแล้ว พูดว่าจะผูกคอตาย วันนี้เป็นวันตายของกูไม่มีใครห้ามกูได้กูจะตาย

การติดตามเยี่ยม/ การดูแล

การให้คำปรึกษา ทำให้เขาสบายใจขึ้น ครอบครัวเขาดู เราช่วยดู ช่วยสังเกต เป็นกำลังใจให้พูดให้รู้สึกดี ไม่ต้องคิดมาก อยู่ใกล้ไปบ่อย ถามยายเป็นไปบ้าง บอกยายไม่ต้องคิดมาก เป็นกำลังใจให้ยายค่ะ

อธิบายให้เขาฟังแล้วก็ฟังเขา ให้คำแนะนำ ไปพูดให้เขาฟัง คัดกรองซึมเศร้า ขอความช่วยเหลือจากคุณหมอ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ให้ทางคุณหมอ ลงไปปรึกษาแล้วคุยกับครอบครัวเขา ลงหาแกลแม่วันนี้

เยี่ยมบ้านเคส ส่งต่อข้อมูล บอกระดับความเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ประเมินคัดกรองปัญหาซึมเศร้า ยาเสพติด สุรา ส่งต่อ รพ.สต.ติดตาม เฝ้าระวัง ส่งต่อหมอ ผู้ใหญ่บ้าน ลงพื้นที่สอบถามสารทุกข์สุกดิบ พาไปปรึกษา คุยกับครอบครัว 2Q positive แนะนำไป รพ.ชุมชน

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การให้คำปรึกษา ชุมชน ผู้ใหญ่บ้านหมอ และคนในชุมชนช่วยกันดูแล

ข้างบ้านและ อสม. ช่วยสอดส่อง ผู้นำชุมชน ครอบครัว

คนในครอบครัวมาเป็นกำลังใจ คนใกล้ชิดต้องรู้จักเฝ้าระวัง

แนวทางการให้การปรึกษา

บอกให้ทำใจ ปลอดภัย อย่าคิดสั้น มีปัญหาอะไรจะได้หาทางแก้ไข ถามเขาว่าเป็นอะไรมา ถ้ามีอะไรให้มาบอก จะช่วยปรึกษาแก้ไขปัญหาค่อยๆหายไป ปลอดภัย แนะนำอย่าทำ บาปกรรมที่ฆ่าตัวตาย ส่งต่อครอบครัวให้บอกสามี บอกเหตุผลว่ามันไม่ดี นั่งคุยเป็นเพื่อน ให้กำลังใจไม่ซ้ำเติมไม่ดูต่ำ

ให้คนในครอบครัวมาเป็นกำลังใจ คนใกล้ชิดต้องรู้จักเฝ้าระวัง

ผู้ใหญ่บ้าน หมอ และคนในชุมชนช่วยกันดูแล คนข้างบ้าน และ อสม. ช่วยสอดส่อง ผู้นำชุมชนช่วยดูแล คนที่มีอาการโรคซึมเศร้าต้องแนะนำให้ออกกกำลังกาย ทำงานอย่างสม่ำเสมออย่าทำให้ตัวเองว่างไม่ทำตัวเครียด

การคัดกรองการเฝ้าระวัง

อสม.ดูแลคัดกรองเฝ้าระวังคนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนสูงต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวัง

ประเมิน 2Q ในกลุ่มผู้สูงอายุ เบาหวาน ท้อง นอนไม่หลับ นอนบ่อหลับ, ปวดหัว, เครียด

การดูแลต่อเนื่อง

ระดับ รพ.ช่วย case ที่ยุ่งยาก อบท. เข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ

การควบคุมอารมณ์ตนเองก่อนเกิดการฆ่าตัวตาย

บางครั้งเป็นอารมณ์ชั่ววูบ โมโห โกรธคนในครอบครัว ฆ่าประชด แม้ว่ามันขอเงินไปซื้อบุหรี่ ก็ไม่มีเงินให้มัน

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ จากการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล ถ้าครอบครัวดี โอกาสกลับเป็นคนปกติได้มากกว่าครอบครัวที่สนใจ ในการส่งตัวถ้าพบว่ายังมีความคิดฆ่าตัวตาย จะส่งสัญญาณให้หมอที่ รพ.สต.ต่ออีก ถ้าวอกกลับไปทำอีก อยากให้เขาหายสงสัยเขา ยิ่งใจเขาก็เป็นเพื่อนบ้านอยากดูแลเขาด้วย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การรับรู้ และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตายและญาติที่ดูแล และได้แนวทางการดูแลเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนใน 4 จังหวัด ซึ่งได้ทำการศึกษาใน 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย 2. กลุ่มญาติที่ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3. กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 2 อำเภอใน 4 จังหวัด ที่มีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้รูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการจำแนกข้อความ จัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอในข้อค้นพบพร้อมทั้งแปลความหมาย โดยสรุปผลและอภิปรายผล ดังนี้

5.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

5.2 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (n=26 ราย) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 53 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.2) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 23.1 และรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 30-39 และอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 19.2 ระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 34.6 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 26.9 รองลงมา คือ เกษตรกร และรับจ้าง มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 23.1 รายได้ส่วนใหญ่ตอบไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเป็นโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.1

5.1.2 ข้อมูลทั่วไปญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=39 ราย) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบร้อยละ 84.6 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.4) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 43.6 รองลงมา คือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.6 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.8 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันถึงร้อยละ 56.4 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.8 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 17.9 และร้อยละ 53.8 บอกมีความเพียงพอกับรายได้ขอครอบครัว

ลักษณะครอบครัวและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของญาติลักษณะครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 51.3 เป็นครอบครัวขยาย ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ในการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแลถึงร้อยละ 87.2 พบว่าไม่มีปัญหาการดูแลช่วยเหลือในครอบครัว พบว่า ร้อยละ 66.67 มีคนช่วยดูแลร่วมด้วยส่วนผู้ดูแลในชุมชนรับรู้ว่ามีคนช่วยดูแลถึงร้อยละ 56.41 สถานะปัจจุบันของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า สำเร็จ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.60 และยังมีชีวิตอยู่ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.40 และมีเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมคิดเป็น ร้อยละ 48.8 แต่ในรายที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ติดตามมีมากกว่าถึง ร้อยละ 48.8 แต่ ในรายที่ได้มีเจ้าหน้าที่ติดตามมีมากกว่าถึง ร้อยละ 51.3 ถามถึงปัจจุบันมีปัญหาสภาพจิตใจในครอบครัวหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 82.1 บอกไม่มีปัญหา

5.1.3 ข้อมูลทั่วไปผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย (n=27) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.2 มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม อสม. ร้อยละ 66.7 รองลงมาจะเป็นพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรีถึงร้อยละ 29.6 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย มีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 22.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.5 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.8

5.2 สรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.2.1 กลุ่มที่ 1 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 26 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระดับจบประถมศึกษา

การวิเคราะห์เนื้อหาในการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหา มากกว่า 2 ปัญหาขึ้นไป แต่ที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ โกรธ น้อยใจ และเป็นการเกิดขึ้นโดยไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า รองลงมา คือ ปัญหาครอบครัว เช่น ทะเลาะกัน พ่อค้า ลูก ลูกติดยาเสพติดสามเตรว่าภรรยา ภรรยาหนี และตัดสินใจไปทำร้ายตัวเองโดยการฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับทฤษฎีพัฒนาการจิตใจ (Sigmund Freud และ Karl Menninger กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลรวมของการแค้น หรือความต้องการฆ่า และท้ายที่สุดก็คือ การรู้สึกผิด หรือ การต้องการถูกฆ่า หรือเป็นการต้องการทำร้ายตนเองที่ย้อนกลับเข้าหาตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) รองลงมาเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ร่วมกับปัญหาอื่นๆ เช่น หนีออกจากบ้าน การเจ็บป่วยเรื้อรัง และอาการทางจิต สอดคล้องกับการศึกษา Son F.K.etal (2005) ที่กล่าวไว้ว่าสถานการณ์และเป็นสัญญาณเตือนทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายการมีปัญหาในครอบครัวรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงบทบาทสัมพันธ์กับการศึกษาของ Lecomte Y.(2005) ที่บอกภาวะเครียดจากชีวิตประจำวันก็เป็นปัจจัยอ่อนแอ

ทางด้านจิตใจและยังทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำ และยังมีอาการทางจิตเวชร่วมจะทำให้ส่งผลต่อปัจจัยทางสังคมอ่อนแอร่วมด้วยและทำให้การเผชิญปัญหาไปในทางที่ไม่เหมาะสม

การรับรู้ปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวไม่มีใครรัก กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไปหมดทุกอย่าง ไม่มีใครเป็นที่พึ่งรองลงมา คือ คิดว่าตนลำบากมาเยอะแล้วหาเงินไม่ได้ ไม่มีงานทำ หมดหนทาง อยู่ไปก็เป็นภาระคนอื่น (โทษตนเอง) เปื้อน่ายาทุกข์ทรมานขอตายให้มันจบๆ ไป เช่นบอกว่า “รู้สึกเหนื่อยมาก ถ้าไม่หายใจคงหายเหนื่อย” เป็นต้น

การวางแผนในการที่จะทำร้ายตนเอง พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มไม่เคยคิดวางแผนไว้ล่วงหน้า ไม่ได้ตั้งใจอยากทำ บางครั้ง คิดแบบทันทีในช่วงที่มีเหตุการณ์ 2. กลุ่มเป็นกลุ่มที่คิดวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าแต่จะใช้เวลาไม่นาน 3-4 วัน ถึงประมาณ 2 สัปดาห์ในบางรายเคยคิดมาประมาณ 2-4 ครั้ง ก่อนจำจริง บางรายพูดบ่อย แต่ญาติไม่สนใจ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในญาติบางรายบอกแบบทำหาย ให้ลงมือกระทำ คือ “ไปเลย” การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยสัมพันธ์กับการศึกษาของ Stevens M.et.al (2008) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายบ่อยครั้งที่ขึ้นกับสถานการณ์ที่วิกฤต และ Lynch MA et al. (2008) ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมีหลายมิติ เช่น เพศภาวะ ครอบครัว ที่มีคนฆ่าตัวตายมีโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การใช้สารเสพติด และรวมทั้งโรคเรื้อรัง

หลังเกิดเหตุการณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกว่า เสียใจกับสิ่งที่ทำลงไป รู้สึกแย่ เป็นบาป อาย คนรอบข้าง คิดว่าตนคิดมากเกินไป กลัวเขาว่าใจ เสียตายอนาคต รองลงมาคือ สงสารพ่อ แม่ ลูกที่อยู่ในครอบครัว 1 ราย บอกไม่ถูกว่ารู้สึกอย่างไร และการวางแผนที่จะทำอย่างไร ส่วนใหญ่บอกเลยว่าจะคุยกัน ไม่คิดคนเดียว ปรึกษาคคนที่ปรึกษาได้ และคุยกับคนที่คุยแล้วสบายใจ จะคิดถึงหน้าลูกไว้ก่อนคิดทำอะไรที่ไม่ดีและคิดว่า จะไม่เพิ่มภาระให้ครอบครัว จะดูแลตัวเองมากขึ้น และมี 1 รายบอกอยากทำร้ายตนเอง (มีอาการทางจิต) และได้ส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชน ที่ดูแลแล้ว

กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายนี้ มีสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งยึดเหนี่ยว ดังนี้ ส่วนใหญ่จะพูดถึง คือ ลูก รองลงมา พ่อ แม่ ยาย เพื่อน และครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ว่าคุณค่าที่พึ่งได้ดีที่สุด คือ คนในครอบครัว เจ้าหน้าที่อนามัย และเพื่อนๆ

5.2.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย 39 คน ให้ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีปัญหาซับซ้อน และมีมากกว่า 1 ปัญหาขึ้นไป ซึ่งพบ กลุ่มปัญหาใหญ่ๆ ดังนี้ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นระยะเวลานาน หรือโรคร้ายแรงที่รักษาแล้วไม่หายขาด ปัญหาการใช้สารเสพติด หรือติดสุรา และปัญหาครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของวินิจัต นวลละออก , 2550

1) ภายเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง มีปัญหาขาดยา ร่วมกับการใช้สารเสพติด และมีปัญหาขัดแย้งกันในครอบครัว มีปัญหาเศรษฐกิจ อยู่ระหว่างการไม่มีงานทำและไม่มีการพูดคุยกันในครอบครัว มีปัญหาเบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว และสิ้นหวัง คิดว่าตนเป็นภาระ หมกมุ่นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายการรับรู้ การสื่อสารในครอบครัว ไม่มีการพูดคุยกันหรือถ้าคุยก็จะออกไปด้านการใช้อารมณ์ ทำให้รู้สึกอึดอัด และคับข้องใจภายในครอบครัว ต่างคนต่างอยู่ มีความสัมพันธ์แบบเห็นห่างในครอบครัว และมีพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตายโดยการวางแผนมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

2) ปัญหาครอบครัว จากการวิเคราะห์ พบว่า เกิดจากความขัดแย้งระดับรุนแรงกับบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และมองว่าไม่มีทางแก้ไข ถูกกดดัน หรือในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ชายที่ดื่มสุราเป็นประจำ ก็นำมาซึ่งความขัดแย้ง ทะเลาะกันในครอบครัวบ่อยครั้ง จนถึงการตัดสินใจหย่าร้าง และไม่ยอมคืนดีทำให้คิดมากจนถึงฆ่าตัวตายในที่สุด (สามีฆ่าตัวตายเพราะภรรยาไม่ยอมคืนดี) เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง และเสียสมดุล เปลี่ยนแปลงบทบาทรู้สึกไม่มั่นคงในครอบครัว และไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ก็จะทำให้เกิดการจัดการกับปัญหาแบบคิดด้านลบ ไม่ได้มุ่งเน้นการแก้ที่ปัญหาวัยเหตุผล แต่เป็นการใช้การแก้ปัญหาวัยอารมณ์ ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (กาญจนา เทพมาลัย, 2551)

3) การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาด ในกลุ่มนี้พบว่าการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป บางคนเป็นตั้งแต่กำเนิด การพยากรณ์โรคไม่ดีไม่มีทางรักษาแค่รักษาประคับประคองกันไปเรื่อยๆ เช่น เป็นโรคเอดส์ รู้สึกอับอาย ไม่มีเพื่อน และพบในกลุ่มที่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดัน อุลงมโป่งพอง ไตวาย ที่ตะเวนหาทางรักษา แต่ไม่ดีขึ้น รักษาจนสุดหนทาง สอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงษ์ คำมา, 2556 ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ โรคที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโรคเรื้อรัง โรคข้อ ปวดหลัง และความดันโลหิตสูง มะเร็ง เอดส์

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนี้พบว่า ญาติส่วนใหญ่ไม่สามารถรับรู้ได้ถึงสัญญาณเตือน และไม่คิดว่าผู้ป่วยจะไปฆ่าตัวเอง แต่ในบางกลุ่มที่ญาติรับรู้ถึงสัญญาณเตือนให้เฝ้าระวังแต่ยังไม่ฆ่าตัวตายจนสำเร็จ ซึ่งได้แบ่งสัญญาณเตือนเป็น 2 ด้าน คือ

1) สัญญาณเตือนด้านคำพูด ได้แก่การพูดซ้ำๆ บ่อยๆ ถึงความต้องการอยากตาย พบได้ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่รักษาแล้วไม่หายขาดและความทุกข์ทรมานของโรคร่วมด้วย จะพบได้ในคำพูดที่กล่าวขึ้นมามากมาย เช่น “เมื่อไหร่จะตายซักที” “อยู่ไปก็เป็นภาระของคนอื่น” “ถ้าตายไปคงจะทำให้คนในครอบครัวดีขึ้นกว่าปัจจุบัน” ในบางรายอาจขอทำบางอย่างเป็นสิ่งสุดท้าย เช่น “ขอกินกาแฟแก้วสุดท้าย” “จะเลิกยกครั้งนี้ยาครั้งสุดท้าย” “ขอจัดการเรื่องที่น่าให้ลูกสาว ถ้าทำไม่ได้คงนอนตายตาไม่หลับ” หรือพูดถึง พ่อ แม่ ที่ตายไปแล้ว หรือสิ่งลาญาติพี่น้อง

2) สัญญาณเตือนทางพฤติกรรม เช่น มีอาการซึมลงอย่างเห็นได้ชัดบางคนมีการจัดเตรียมดอกไม้จันทร์ อุปกรณ์ สำหรับการฆ่าตัวตาย หรือ แสดงออกในการเขียนจดหมายลาตาย

3) วิธีป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายของญาติ ญาติที่มีทัศนคติด้านลบรู้สึกว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนตัว “โตะ กันแล้ว จะทำอะไรก็ไม่สนใจ” “เราเดาใจเขาไม่ได้” ทำให้ไม่ได้วางแผนหาวิธีป้องกันการฆ่าตัวตาย ในญาติที่สงสัยหรือไม่แน่ใจการเฝ้าระวังก็จะไม่เข้มงวด แต่ในกลุ่มญาติที่มั่นใจว่ามีความเสี่ยงสูงก็จะมีการเฝ้าระวังเข้มงวดเพิ่มขึ้น แต่ยังมีบางรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

4) การรับรู้การวางแผนฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ พบว่า ญาติส่วนใหญ่ไม่มีการรับรู้มาก่อนว่ามี การวางแผนฆ่าตัวตาย หรือ ญาติบางรายแค่สงสัย แต่กลุ่มญาติที่มั่นใจจะสังเกตได้จากคำพูดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย มีจดหมายสั่งญาติ เตรียมอุปกรณ์ เตรียมสิ่งของบางอย่าง เช่นการจัดเตรียมดอกไม้สำหรับโปรยทางงานศพ

5) การรับรู้วิธีการฆ่าตัวตาย พบมากที่สุด การผูกคอตาย รองลงมาคือ การกินยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของตนเอง

6) การรับรู้ ช่วงระยะเวลาการฆ่าตัวตาย พบว่า เวลาที่ฆ่าตัวตายอยู่ในช่วงเวลากลางคืนหรือที่ญาติหลับหมดแล้ว หรือเป็นช่วงกลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้าน

7) การรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในสังคมส่วนใหญ่จะบอกได้ตรงกัน คือ ญาติพี่น้องที่มีบ้านอยู่ใกล้ๆ กัน รองลงมาเป็นผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน หรือ อสม. ใกล้บ้าน ที่ให้การช่วยเหลือเป็นประจำ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำ และแนะนำให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาล หรือการติดตามเยี่ยมบ้านหลังเสียชีวิต

8) การเผชิญปัญหาของญาติผู้ฆ่าตัวตาย ญาติทั้งหมดในระยะแรกรู้สึกช็อคทำอะไรไม่ถูก รู้สึกสับสนไปหมด ปฏิเสธไม่ยอมเชื่อว่าญาติของตนจะฆ่าตัวตาย ภายหลังเกิดเหตุจะใช้วิธีการทำใจโดยยึดหลักของศาสนา มองว่า การตายเป็นเรื่องของเวรกรรม การทำบุญมาน้อยจึงทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

5.2.3 กลุ่มที่ 3 ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนผลการวิเคราะห์ ผู้เกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย 27 ราย พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ที่รู้จักผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้ดูแล และพูดคุยกันเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทราบและรู้ว่า ผู้ที่พยายามฆ่า ตัวตาย มีปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาครอบครัว เครียด มีอาการทางจิต

ปัญหาผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติเคยเป็นโรคทางจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัญหาคือ คิดมาก เครียด บางคนติดสุรา มีปัญหาหระแวงภรรยา มีชู้ และสารเสพติด มีปัญหาประสาทหลอน หูแว่ว ร่วมด้วย ปัญหาที่พบบ่อย คือ ปัญหาครอบครัว สามี ภรรยา พ่อ ลูก น้อยใจพ่อแม่ทะเลาะกันบ่อย บางครอบครัวต้องให้ลูกไปอยู่กับ ตา ยาย เพราะมีปัญหาทางเศรษฐกิจร่วมด้วย มีหนี้สิน ทางครอบครัว ปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีปัญหาที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกน้อยใจ พ่อ แม่ ครอบครัว เครียด และมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายสอดคล้องกับการติดสุราจะรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าอยู่แล้ว เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต และอาจรุนแรงและส่งผลกระทบทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะการใช้สุราหรือสารเสพติดก็จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น (พิเชษฐ อดมรัตน์ และคณะ, 2548)

ในประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมแต่เคยอบรมเรื่องการคัดกรอง ซึมเศร้า ซึ่งสามารถช่วยได้ และอยากพัฒนาเรื่องโรคทางจิตเวช

ส่วนการติดตาม/ การดูแล จากการวิเคราะห์เนื้อหาผู้ให้ข้อมูล พบว่า ไปเป็นกำลังใจให้มีคนห่วงใยไปพูดให้รู้สึกดี ไม่ต้องคิดมาก และส่วนใหญ่เป็น อสม. ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน ทำให้ไปดูแลได้บ่อย ไม่ได้เป็นที่สังเกตของชุมชนเพราะเราก็เป็นเพื่อนบ้าน แนวทางการให้คำปรึกษา ช่วงเวลาที่เข้าไปคุยจะพอทราบว่าเขามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เสนอตัวบอกว่า “ถ้ามีอะไรให้มาบอก” “จะช่วยแก้ไขและช่วยอย่างเต็มที่” “ไม่ให้ทำร้ายตัวเองมันบาปกรรมที่ฆ่าตัวตาย” หลังจากนั้นก็จะให้ครอบครัวคนที่ใกล้ชิดสังเกต เป็นกำลังใจไม่ซ้ำเติม ไม่ดุด่า เพื่อให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความสบายใจ บางครั้งจะมีการส่งต่อให้ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ลงไปประเมินรักษา และได้มีการพูดคุยกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความสบายใจทั้งหมด

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาผลการศึกษาที่สำคัญในการรับรู้และการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มญาติที่ดูแล เพื่อนำไปวางแผนในการป้องกัน และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะสูญเสียทำให้มีแนวทางในการดูแลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. มุมมองของปัญหาหรือการรับรู้ของปัญหา

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : - มองว่าเป็นปัญหาใหญ่ของตัวเอง (โทษตัวเอง) ไม่มีใครสามารถช่วยได้นอกจากตนเอง ในเมื่อหาทางออกไม่ได้ก็ต้องแก้ไขที่ตนเอง (ฆ่าตัวตาย)
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : - เป็นปัญหาของคนทั่วไปกับใครก็สามารถเกิดได้โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช และมองว่าทุกปัญหามีทางออก
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : - ไม่ได้รับรู้ถ้าไม่ได้ปรึกษาหรือมีการส่งต่อผู้พยายามฆ่าตัวเองทั้งที่เคยรักษาหรือไม่รักษา
- สรุป : มองไม่เห็นทางออกของปัญหาและคิดว่าไม่มีใครช่วยได้

2. การวางแผนฆ่าตัวตาย

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : - ไม่เคยคิดทำมาก่อนเป็นอารมณ์ชั่ววูบคิดจะทำก็ทำทันที ทำเพื่อประชด กลุ่มที่มีการวางแผนมีโรคประจำตัวที่เป็นเรื้อรัง และเป็นมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ไม่สามารถทำงานหาเงินได้
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : - ไม่รู้จริงๆว่าจะฆ่าตัวตาย
- บางคนรู้ว่ามีความคิดอยากทำ แต่ไม่คิดว่าจะลงมือทำจริง
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : - มีรู้ล่วงหน้าจากการพูดคุยกับญาติ
- สรุป : การวางแผนและการตัดสินใจปัญหาว่าตัวเอง เป็นได้ทั้งอารมณ์ุนหันพลันแล่น และมีการวางแผนล่วงหน้า

3. ปัญหาที่พบ

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : 1.ปัญหาทางด้านอารมณ์โกรธน้อยใจ 2.ปัญหาครอบครัว เช่น ทะเลาะกัน พ่อด่าลูก ลูกติดยาเสพติด 3.ปัญหาเศรษฐกิจ การ

- เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอาการทางจิต
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : 1.ปัญหาทางจิตเวช 2.ปัญหาโรคเรื้อรัง 3.ปัญหาติดยา
4.ปัญหาครอบครัว
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : 1.ปัญหาสุรา-ยาเสพติด 2.ปัญหาครอบครัว
3.ปัญหาเศรษฐกิจปัญหาการเจ็บป่วย
- สรุป : ผู้พยายามฆ่าตัวตายมองตัวเองว่าจากปัญหาอารมณ์ ซึ่งมีสิ่งกระตุ้น
จากสาเหตุรอบตัว แต่ ญาติมองว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายคือผู้ป่วย
จิตเวช แต่ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมากกว่า 2 ปัญหาขึ้นไป

4. สัญญาณเตือน

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : -รู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวไม่มีใครรัก กลัวถูกทอดทิ้ง
อาการทางจิต ผู้พยายามจะกลัวมาก ไม่มีเหตุผลกลัวไปหมดทุกอย่าง
-เจ็บป่วยไม่มีงานทำ หดหนทาง อยู่ไปก็เป็นภาระคนอื่น (โทษ
ตนเอง) เพื่อบุคคลทุกขุทรมานขอตายให้จบๆ ไป
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : -ด้านผู้ป่วยจิตเวชมีอาการหวาดระแวง ไปหมด กลัวถูกทิ้ง บางราย
กลัวว่าญาติจะไปฆ่าเอง
-ด้านคำพูด ได้แก่การพูดซ้ำๆ ถึงความต้องการอยากตาย พบได้ใน
กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 10 ปีขึ้นไป
-พฤติกรรม เช่น มีอาการซึมลงอย่างเห็นได้ชัดบางคนมีการจัดเตรียม
อุปกรณ์สำหรับการฆ่าตัวตายหรือแสดงออกในการเขียนจดหมายลา
ตาย
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : -รับรู้จากการบอกเล่าการพูดคุย การเตรียมอุปกรณ์
- สรุป : กลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย -กลุ่มที่เป็นโรคทางจิตเวช มีอาการ
ระแวงกลัวไปหมด -กลุ่มผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี
ขึ้นไปร่วมกันไม่มีงานทำและต้องพึ่งคนอื่น

5. การเผชิญปัญหา

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : เผชิญปัญหาโดยการใช้อารมณ์หุนหันพลันแล่นคิดแบบทันทีในช่วงที่
มีเหตุการณ์
กลุ่มที่คิดวางแผนใช้เวลา 3 วัน ถึง 2 สัปดาห์เพื่อเตรียมอุปกรณ์ใน
การพยายามฆ่าตัวตายและลงมือกระทำในกลุ่มเพศชาย พบว่า ก่อน
การลงมือฆ่าตัวตายมีการดื่มสุราก่อน
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : -ญาติบางคนไม่สนใจผู้พยายามฆ่าตัวตาย บอกแบบทำหาย คือ
“ไปเลย” ระยะแรกรู้สึกช็อค ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกสับสนไปหมด
ปฏิเสธไม่ยอมเชื่อว่าญาติของตนเองจะฆ่าตัวตาย
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เข้าไปใกล้ชิดมากขึ้น “ถ้ามีอะไรให้มาบอก”
จะช่วยแก้ไขและช่วยอย่างเต็มที่ “ไม่ให้ทำร้ายตัวเองมันบาปกรรมที่
ฆ่าตัวตาย” หลังจากนั้นก็ให้ครอบครัวคนที่ใกล้ชิดสังเกตเป็นกำลังใจ

- สรุป : ไม่ซ้ำเติม ไม่ดุด่า เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิด
ความสบายใจ
- : การพยายามฆ่าตัวตายพบว่าสาเหตุมาจาก ด้านอารมณ์เช่น โกรธ
น้อยใจ ทำประชดจากสิ่งกระตุ้นในครอบครัว ทำให้เกิดความคิดใน
การพยายามฆ่าตัวตายได้

6. การรับรู้หลังเกิดเหตุการณ์

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : เสียใจกับสิ่งที่ทำลงไปรู้สึกแยเป็นบาป อาย คนรอบข้างกลัวเขาว่าโง่
เสียตายอนาคต
รู้สึกสงสารพ่อ แม่ ลูก ที่อยู่ในครอบครัว
และจะดูแลตัวเองมากขึ้น คิดว่าจะไม่เพิ่มภาระให้ครอบครัว
ถ้ามีปัญหาจะคุยกัน ไม่คิดคนเดียว ปรีกษาคคนที่ปรึกษาได้ และคุยกับ
คนที่คุยด้วยสบายใจ
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : -ภายหลังการเสียชีวิตจะใช้วิธีการทำใจโดยยึดหลักของศาสนา มองว่า
การตายเป็นเรื่องของเวรกรรม และคิดว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย “หมดเวร
หมดกรรม”
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เข้าไปใกล้ชิดมากขึ้น “ถ้ามีอะไรให้มาบอก”
จะช่วยแก้ไขและช่วยอย่างเต็มที่ เสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- สรุป : เสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เรื่องของเวรกรรม

7. สิ่งเหนี่ยวรั้ง/และสิ่งสนับสนุนไม่ให้ฆ่าตัวตาย

- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย : -เป็นบุคคลที่ตนรัก และรักตนเอง เช่น ลูก รองลงมา พ่อ แม่ ยาย
เพื่อน และคนอื่นๆ ในครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ว่าคุณค่าที่
พึงได้ที่ดีที่สุด คือ การให้กำลังใจจากคนในครอบครัวสำคัญที่สุด
เจ้าหน้าที่อนามัย และเพื่อนๆ ตามลำดับ
- กลุ่มญาติที่ใกล้ชิด : -การอยู่ใกล้ชิดรับฟังจากญาติพี่น้องที่มีบ้านอยู่ใกล้ๆ กันรองลงมา
เป็นผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน หรือ อสม.ใกล้บ้าน ที่ให้การ
ช่วยเหลือเป็นประจำ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำและ
แนะนำให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลัง
เสียชีวิตแล้ว
- กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง : -สัมพันธ์ภาพของคนในครอบครัวดีที่สุด
- สรุป : การรับรู้บุคคลที่พึงได้ที่ดีที่สุด คือ คนในครอบครัว เจ้าหน้าที่อนามัย
และเพื่อนๆ

5.3 ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการศึกษาโครงการชุมชนต้นแบบเพื่อนำร่องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน
- ควรมีการถอดบทเรียนจากเทปในการสัมภาษณ์ และนำมาเขียนเพื่อเป็นแนวทางในการ
วางแผนป้องกันในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง
ระบาดวิทยาของปัญหา สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวง
สาธารณสุข; 2547.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนกลยุทธ์การดำเนินงานกรมสุขภาพจิต ประจำปี พ.ศ
2549. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
- ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- ธาดา เจริญกุล. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเชิงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
- นาทพร กตัญญู. ครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม;
2549.
- ปราษฎ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล, บาร์มี จรัสสิงห์. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข; 2547.
- ปรียาภัทร ตรีประวิติ. การศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัด
ตาก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติปี 2546.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2457.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ
ลิบบราเตอร์การพิมพ์; 2548.
- มานิช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและป้องกัน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์;
2553.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2553. ขอนแก่น:
คลังน่านาวิทยา; 2553.
- โรงพยาบาลบ้านหลวง. มาตรฐานป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. น่าน: โรงพยาบาล
บ้านหลวง; 2552.
- วินิทร นวลลอ. ความชุกโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มา
ตรวจรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2550; 52(1): 19-28.

- ศักดิ์ดา ขำคม.แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12(1): 40-49.
- สมภพ เรืองตระกูล.กลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด.กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2554.
- สมเกียรติ ขำรักษ์.การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.การประชุมวิชาการ ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่; 2550.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 (สุขใจ...ไม่คิดสั้น). (16 ธค.55); 2555. หน้า 1 - 8.
- สุริยา ชินวงศ์.ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6. ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ.กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2550.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.; 2545. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์.สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
- หทัยชนนี บุญเจริญ และพันธัญภา กิติรัตน์ไพบุลย์.ความชุกของโรคซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอก จ.เชียงใหม่และ จ.ลำพูน.วารสารสวนปรุง.;2551:24(3):42.
- หวาน ศรีเรือนทองและคณะ.ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย:การสำรวจระดับชาติประจำปี 2551. การประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่10;2554.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, และนุศราพร เกษสมบูรณ์. รายงานประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ 2544- 2546. ขอนแก่น: คอมฟอร์ม (ขอนแก่น) จำกัด; 2546.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, และนุศราพร เกษสมบูรณ์. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอมฟอร์ม (ขอนแก่น) จำกัด; 2546.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. 2548 (Epidemiology of International Self-Harm Survivors).ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์; 2551.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. การพยายามฆ่าตัวตาย. จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ชันดำการพิมพ์; 2544.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์; 2543.
- เอื้อมเดือน ธีรวิมลกุลรักษ์. รูปแบบเครือข่ายพระสงฆ์ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2549. 14(1), 44-51.
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Coggan C, Collings C, Doughty C, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand : a review of the evidence. Journal of the New Zealand Medical Association. 2007; 120.

- Fremouw WJ, Perczel MD, Thomas EE. Suicide risk: assessment and response guidelines. Elmsford, NY: Pergamon press; 1990.
- Gloria WY. Wan, Partick WL. Factor accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: a model building. *Journal of Adolescence* 2010; 33: 357-582.
- Hauenstein EJ. Case-finding and care in suicide: children, adolescents and adult. In Bogd MH, Nihart MA (Eds.). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. (p.1080-1101).
- Khon Kaen Rajanagindra Psychiatric Hospital. Suicide prevention 2012. Khon Kaen: Khon Kaen Printing; 2012.
- Leither M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of intervention to prevent suicide and suicide behavior: A Systematic review. Scottish Government Social Research; 2008.
- Lynch MA, Howard PB, El-mallakh P, Matthews JM. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2008; (46)
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A Systematic review, *JAMA*. 2005;
- McCubbin, H.I., Lavee, Y. & Olson, D. the effect of stressful life event and Transition on family functioning and well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 1987:857-893.
- Meerwijk EL, Van Meijel B, et al. Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patient with schizophrenia. *Perspective in Psychiatric Care*. Philadelphia: 2010; (46) : 65-69.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. 2005.
- Prabhu SL, Molinari V, Bowera T, Lomax J. Role of family in suicide prevention : an attachment and. (2010).
- Rajalin M, Hirvikoski T, Jokinen J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in mate suicide attempters. *Journal of Affective disorders* retrieved. November, 21, 2012, Form. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.055>. (4 October 2012)
- Shives RL. Basic concept of psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Son Fk, Long A, Boore J, Tsao L. Patients and nurse' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; (15): 83-92.

- Son Fk, Long A, Boore J, Tsao L. Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005; 12: 447-55.
- Stevens M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of intervention to prevent suicide and suicide behavior : a systematic review. Scottish Government Social Research. 2008.
- Suicide Prevention. WHO Sites : Mental Health Organization. February 16. (2006)
- Ekkis TE. Client suicide : What now? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19:227-87.
- Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention program: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011; 102(1): 18-29.
- World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide. ;1999. [27 Oct 2005]
- World Health Organization Preventing suicide : a resource for general physicians. Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2000. <http://suicidethai.com> WWW.arts.kmutt.ac.th
- Xing XY, etal. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: A National Cross – Sectional Survey .*Journal of adolescent Health*. 2010; 46:592-99.
- Zhang J, Zhou L. Suicidal ideation, plans and attempts among rural young Chinese: the effect of suicide death by a family member or friend. *Community Mental Health* 2011; 47:506-512.

ภาคผนวก

ก. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

ข. ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ค. ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลที่พยายาม
ฆ่าตัวตาย

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลญาติหรือ
ผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว
ผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ
ผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

ง. รายงานการให้การปรึกษาผู้ที่เสี่ยง
ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จ. เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ฉ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้เก็บข้อมูล

ช. ประวัติผู้วิจัย

ภาคผนวก ก.

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร

1. ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7
 2. ชื่อผู้วิจัย นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ
 3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209-999 ต่อ 63149 เคลื่อนที่ 088-562-3056 โทรสาร 043-224722
 4. เนื้อหาสาระของโครงการและความเกี่ยวข้องของอาสาสมัคร (ผู้ตอบแบบสอบถาม)
 - 4.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัย ด้วยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายที่สำคัญคือ แนวโน้มผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้วมากขึ้น กรมสุขภาพจิตจึงจำเป็นต้องศึกษาการป้องกันผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และหาแนวทางการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตลอดจนมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์วางแผน เพื่อให้ได้มาถึงระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างสอดคล้องกับการรับรู้ การเผชิญปัญหาและความต้องการของประชาชนเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย
 - 4.2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและญาติ หรือผู้ดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ
 - 4.2.2 เพื่อศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีประสบการณ์ช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน
 - 4.3 วิธีการศึกษาวิจัยโดยการสัมภาษณ์ทันท่วงทีแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที
 - 4.4 ระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที
 - 4.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่ออาสาสมัคร
 - 4.5.1 ได้ทราบประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือประชาชน และผู้มีปัญหาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 4.5.2 ได้ทราบแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมตลอดจน รู้แหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือที่อยู่ในชุมชน
 - 4.6 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัย การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหาในกรณี
- ที่ท่านพบว่าเกิดความรู้สึกไม่สบายใจจากคำถามใดๆ ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิจัยต่างๆ ท่านสามารถขอรับการปรึกษาจากหน่วยบริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ หรือหากมีข้อสงสัยประการใดอยากสอบถามเกี่ยวกับโครงการนี้ สามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เก็บข้อมูลวิจัยได้

4.7 การเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะการสรุปผลวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน หากผู้วิจัยสัมภาษณ์แล้วพบว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขออนุญาตส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบ เพื่อการดูแลช่วยเหลือส่งต่อสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสมต่อไปและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ขออนุญาตติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 3 เดือน

4.8 กรณีเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการให้บริการปรึกษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยของท่าน ไม่มีผลต่อการรักษาโรคใดๆที่ท่านพึงได้รับต่อไป

4.9 การตอบแทนแก่อาสาสมัคร ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจำนวน 150 บาท(หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

4.10 หากท่านมีข้อสงสัย หรือข้อขัดข้องประการใดที่มีต่อการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยท่าน สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 088-562-3056

ภาคผนวก ข.

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7

การวิจัยเรื่อง การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย กรณีเกิดผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบการสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ซึ่งเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดบริการให้การปรึกษากับข้าพเจ้าโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 04-3209-999 ต่อ 63149 หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-562-3056 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือ (กรณีที่เขียนไม่ได้) ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ภาคผนวก ค.

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง จากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในอดีตและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ เพื่อหาผลการศึกษาที่ได้รับครั้งนี้จะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์ต่อไปนี้จะใช้ชื่อเรียกคุณ.....ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้การเผชิญปัญหาของญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้และการเผชิญปัญหาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

		ส่วนของผู้วิจัย
กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย✓ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน		Int ☐
1. เพศ ☐ 1.ชาย	☐ 2. หญิง	Sex ☐
2. อายุ ปี		Age ☐
3. ระดับการศึกษา		Edu ☐
☐ 1. ไม่ได้เรียน	☐ 2. ประถมศึกษา	
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	
☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวส	☐ 6. ปริญญาตรี	
☐ 7. อื่น(ระบุ).....		
4. สถานภาพสมรส		Mar ☐
☐ 1. โสด	☐ 2. คู่อยู่ด้วยกัน	
☐ 3. คู่แยกกันอยู่	☐ 4. หย่า / ร้าง	
☐ 5. หม้าย		

5. ศาสนา

Rel ☐

- ☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม
- ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

Occ ☐

- ☐ 1. เกษตรกร (ทำสวนทำนาทำไร่) ☐ 2. รับจ้าง
- ☐ 3. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ☐ 4. งานบ้าน
- ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ ☐ 6. ว่างาน
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

7. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน (โดยประมาณ)

Inc ☐

8. ความเพียงพอของรายได้

Eno ☐

- ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ

9. สิทธิการรักษา

- ☐ 1. ประกันสุขภาพ ☐ 2. ประกันสังคม
- ☐ 3. ต้นสังกัด/กรมบัญชีกลาง ☐ 4. จ่ายเอง

10. ในช่วง 1 เดือนหรือก่อนหน้านี้นี้ท่านมีปัญหสุขภาพหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัย

Dis ☐

จากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)(ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 13)

- ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

11. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

D1 ☐

- ☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. โรคปอดหรือหลอดลม
- ☐ 3. โรคหัวใจ ☐ 4. โรคกระดูกและข้อ
- ☐ 5. เนื้องอก ☐ 6. เบาหวาน

D2 ☐D3 ☐D4 ☐

- | | | | |
|---|--|-----|--------------------------|
| ☐ 7. อัมพาต | ☐ 8. โรคทางจิตเวช | D5 | ☐ |
| ☐ 9. โรคกระเพาะอาหาร | ☐ 10. อื่นๆ (ระบุ)..... | D6 | ☐ |
| | | D7 | ☐ |
| | | D8 | ☐ |
| | | D9 | ☐ |
| | | D10 | ☐ |

12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี(นับตั้งแต่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย)

Tim

13. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่

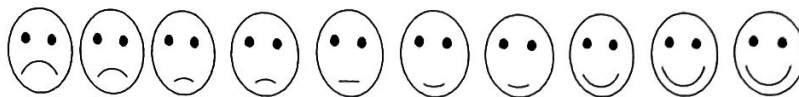
Unh ☐

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี เรื่อง.....

14. ท่านรู้สึกว่โดยรวมแล้วใน 1 เดือนที่ผ่านมาชีวิตของท่านมีความสุขในระดับใด

Smi ☐



ทุกข์มากที่สุด

สุขมากที่สุด

ถ้ารูปหน้าข้างบนนี้แทนความรู้สึกที่เป็นสุขหรือทุกข์ในระดับต่างๆโดยรูปหมายเลข10

แทนความรู้สึกเป็นสุขมากที่สุดรูปหมายเลข 0 แทนความรู้สึกเป็นทุกข์มากที่สุด ท่าน

คิดว่าความรู้สึกโดยรวมของท่านตรงกับเลขใดให้กาเครื่องหมาย X ใต้หมายเลขนั้น

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1. ปัญหาสำคัญที่ทำให้คิดอยากฆ่าตัวตายในขณะนั้นคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
2. จากข้อ 1 ปัญหาในขณะนั้นท่านรับรู้ปัญหาเป็นอย่างไร ช่วยอธิบาย
3. ท่านได้วางแผนแก้ไขปัญหอย่างไร(ช่วยอธิบาย)
4. แล้วท่านได้ปฏิบัติตามที่วางแผนไว้หรือไม่ เพราะอะไร
5. ผลของการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร (ถามระยะสั้นภายใน 1 เดือนและหลังจาก 1 เดือนเป็นอย่างใด)
6. ท่านคิดว่าเพราะอะไรจึงตัดสินใจโดยการฆ่าตัวตาย
7. หลังเกิดเหตุการณ์แล้วรู้สึกอย่างไร
8. ท่านคิดว่าถ้ามีปัญหาลักษณะต่อไป จะแก้ปัญหาด้วยวิธีใดบ้าง เพราะอะไร
9. ถ้ามีปัญหาท่านคิดว่ามีสิ่งสนับสนุนหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอะไรบ้างที่จะทำให้ท่านไม่คิดแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย
10. ท่านมีความหวัง หรือวางแผนในชีวิตหรือไม่(วางแผนอย่างไร) เพราะอะไร
11. ในกรณีท่านพบปัญหาอีก ท่านคิดว่าบุคคล/หน่วยงานใดจะเป็นที่พึ่งท่านได้ดีที่สุด เพราะอะไร
12. ปัจจุบันท่านมีความหวังในชีวิตหรือไม่ เพราะอะไร

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง จากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในอดีตและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ เพื่อหาผลการศึกษาที่ได้รับครั้งนี้จะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์ต่อไปนี้จะใช้ชื่อเรียกคุณ.....ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้การเผชิญปัญหาของญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนของ
ผู้วิจัย

กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

Int ☐

1. เพศ

Sex ☐

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ ปี

Age ☐

3. ระดับการศึกษา

Edu ☐

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช

☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวส

☐ 6. ปริญญาตรี

☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพสมรส

Mar ☐

☐ 1. โสด

☐ 2. คู่ อยู่ด้วยกัน

☐ 3. คู่ แยกกันอยู่

☐ 4. หย่า / ร้าง

☐ 5. หม้าย

5. ศาสนา Rel ☐
- ☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม
- ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพ Occ ☐
- ☐ 1. เกษตรกร (ทำสวนทำนาทำไร่) ☐ 2. รับจ้าง
- ☐ 3. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ☐ 4. งานบ้าน
- ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ ☐ 6. ว่างาน
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
7. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน (โดยประมาณ) Inc ☐
8. ความเพียงพอของรายได้ Eno ☐
- ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ
9. สิทธิการรักษา
- ☐ 1. ประกันสุขภาพ ☐ 2. ประกันสังคม
- ☐ 3. ต้นสังกัด/กรมบัญชีกลาง ☐ 4. จ่ายเอง
10. ในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ แล้วว่า เป็นโรค) (ถ้าตอบ ไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อ 13) Dis ☐
- ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี
11. ในกรณีตอบว่ามีให้ตอบว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) D1 ☐
- ☐ 1. ความดันโลหิตสูง ☐ 2. โรคปอดหรือหลอดลม D2 ☐
- ☐ 3. โรคหัวใจ ☐ 4. โรคกระดูกและข้อ D3 ☐
- ☐ 5. เนื้องอก ☐ 6. เบาหวาน D4 ☐

- | | | | |
|--|--|-----|--------------------------|
| ☐ 7. อัมพาต | ☐ 8. โรคทางจิตเวช | D5 | ☐ |
| ☐ 9. โรคกระเพาะอาหาร | ☐ 10. อื่นๆ (ระบุ)..... | D6 | ☐ |
| | | D7 | ☐ |
| | | D8 | ☐ |
| | | D9 | ☐ |
| | | D10 | ☐ |
| 12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี(นับตั้งแต่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย) | | Tim | ☐ |
| 13. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมากหรือไม่ | | Unh | ☐ |
| ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี | | |
| ถ้ามี เรื่อง..... | | Pro | ☐ |

ชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์การรับรู้และการเผชิญปัญหาของญาติหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

1. อยากให้คุณเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย(ทำอะไร อธิบาย)
2. คุณคิดว่าปัญหาที่ทำให้คุณ.....พยายามฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุอะไร
3. ท่านรู้ได้อย่างไรว่าท่าน.....จะพยายามฆ่าตัวตาย (สัญญาณเตือนจากพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด การแสดงออก อธิบายให้ละเอียด)
4. ท่านได้วางแผนเพื่อช่วยเหลือปัญหานี้อย่างไร (ทำอะไรบ้าง)
5. ท่านได้ทำตามแผนที่วางไว้หรือไม่ มีใครแนะนำหรือท่านเรียนรู้จากที่ไหน
6. ผลของการจัดการกับปัญหา/เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ) เพราะอะไร คุณทำอย่างไรต่อไป เพราะอะไรถึงทำเช่นนั้น
7. เมื่อย้อนกลับไปคุณอยากทำอะไรเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายหรือช่วยแก้ปัญหาอะไรบ้าง ถ้าแก้แล้วผลจะเป็นอย่างไร เพราะอะไร
8. ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาหรือเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างในการดูแลและรู้สึกอย่างไร
9. ปัญหาที่เกิดขึ้น อะไรที่คิดว่าทำให้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาคืออะไรที่ช่วยให้คุณประสบผลสำเร็จในการแก้ไข
10. ในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย คุณต้องการความช่วยเหลือจากใคร/หน่วยงานใดบ้าง เพราะเหตุใด
11. เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือตัวแทนของหน่วยงานต่างๆมาติดตามเยี่ยมท่านหรือไม่ วิธีเยี่ยม(เยี่ยมด้วยตนเองหรือโทรศัพท์) กรณีไม่มาเยี่ยมทราบเหตุผลหรือไม่
12. ท่านคิดว่าถ้าจะแก้ไขปัญหามาร่วมกันต้องทำอะไร(ให้ข้อเสนอแนะ)
13. สภาพจิตใจของท่านหลังจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของคุณ และได้รับการช่วยเหลืออะไรบ้าง(ช่วยอธิบาย)
14. ท่านต้องการให้มีบริการอะไรเพิ่มบ้าง(ช่วยอธิบาย)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในชุมชน

คำชี้แจง จากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในอดีตและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ เพื่อหาผลการศึกษาที่ได้รับครั้งนี้จะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนต่อไป ซึ่งการสัมภาษณ์ต่อไปนี้จะใช้ชื่อเรียกคุณ.....ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....อายุ.....ปี เบอร์โทร.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

		ส่วนของผู้วิจัย
กรุณาเติมคำลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน		Int ☐
1. เพศ		Sex ☐
☐ 1.ชาย	☐ 2. หญิง	
2. ความเกี่ยวข้องกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย		☐
☐ 1.พยาบาล	☐ 2.อปพร	
☐ 3.อื่นๆ.....		
3. ระดับการศึกษา		Edu ☐
☐ 1. ไม่ได้เรียน	☐ 2. ประถมศึกษา	
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	
☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี/ปวส	☐ 6. ปริญญาตรี	
☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....		
4. สถานภาพสมรส		Mar ☐
☐ 1. โสด	☐ 2. คู่ อยู่ด้วยกัน	
☐ 3. คู่ แยกกันอยู่	☐ 4. หย่า / ร้าง	
☐ 5. หม้าย		

5. ศาสนา Rel ☐
- ☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม
- ☐ 3. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพ Occ ☐
- ☐ 1. เกษตรกร (ทำสวนทำนาทำไร่) ☐ 2. รับจ้าง
- ☐ 3. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ☐ 4. งานบ้าน
- ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ ☐ 6. ว่างาน
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้ ☐
- ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ
8. ท่านมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนหรือไม่
- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. เคย.....ครั้ง
9. ท่านเคยมีความรู้ในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือเคยได้รับความรู้เรื่องนี้หรือไม่
- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. เคย ระบุ.....
10. สถานะปัจจุบันผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- ☐ 1. มีชีวิต
- ☐ 2. เสียชีวิตแล้ว(สาเหตุและเวลา).....
11. ท่านให้การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างไร
- ☐ ให้การปรึกษาเบื้องต้น
- ☐ ให้การปรึกษาเชิงพุทธ
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

12. ท่านมีการติดตามเยี่ยมผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี จำนวน.....ครั้ง(วิธีการติดตามเยี่ยมท่านทำอะไร).....
.....

13. ในชุมชนท่านมีการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มีระบุ.....

ชุดที่ 3 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ในชุมชน

1. ขอให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ท่านทำอะไร
2. ในการดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาหรือเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้างในการดูแลและ
รู้สึกอย่างไร
3. วิธีที่คุณใช้จัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นคุณทำอะไร เรียนรู้จากที่ไหน
4. ผลของการจัดการกับปัญหา/เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ) เพราะอะไร
คุณทำอะไรต่อไปเพราะอะไรถึงทำเช่นนั้น
5. เมื่อย้อนกลับไปมองปัญหาที่ดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายใหม่ๆ คุณได้ช่วยหรือแก้ปัญหา
อะไรบ้างหรือไม่ เพราะอะไร
6. ถ้าคุณมองย้อนกลับไป ถ้าคุณได้ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลแล้ว คุณคิดว่าจะเกิดปัญหาพยายาม
ฆ่าตัวตายอีกหรือไม่ เพราะอะไร
7. คุณคิดว่าปัญหาที่มีอยู่ดีขึ้นหรือแย่ลง เพราะเหตุใด
8. ปัญหาที่เกิดขึ้น อะไรที่ช่วยให้คุณประสบผลสำเร็จในการแก้ไข อะไรที่คิดว่าทำให้ทวีความ
รุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขปัญหได้
9. ในการดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตาย คุณต้องการความช่วยเหลือจากใครบ้าง เพราะเหตุใด
10. จากประสบการณ์ของท่านคิดว่าเราจะป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน คิดว่าต้อง
ทำอะไร
11. ถ้าหากจะพัฒนาการช่วยเหลือดูแลผู้ที่ยายามฆ่าตัวตายในชุมชน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ
ท่านคิดว่าต้องมีวิธีการดำเนินงานอย่างไร

ภาคผนวก ง.

รายงาน

การให้การปรึกษาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ - สกุลผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี
ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
ปัญหา อาการ พฤติกรรมที่รับ
บริการ.....

การให้การปรึกษาและแนะนำ

การประเมินผลการบำบัด

การนัดหมายครั้งต่อไป.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้การบำบัด

ภาคผนวก จ.



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : การรับรู้และการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนเขต
บริการสุขภาพที่ 7

รหัสโครงการ : 006/2559

หัวหน้าโครงการ : นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร

หน่วยงานที่สังกัด : รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : 15 มิถุนายน 2559

วันที่หมดอายุ : 15 มิถุนายน 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559



(นางชนิษฐา สันทะห์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ภาคผนวก ฉ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นพ.ประกาศ อุครนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นางวัชณี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. นางชนิษฐา สนเท่ห์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
5. นางสาวลี เปาโรหิตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รายชื่อผู้เก็บข้อมูล

1. นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางวนิดา	บุตรรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางบัวเงิน	วงศ์คำพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. น.ส.ยุพิน	สีกงพลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางบุปผา	รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางชนิษฐา	สนเทห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางจารุพันธ์	คำชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. นางณัฐภรณ์	เป้าเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ภาคผนวก ช.

ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะจรรย์
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Siriwan Rerkthanakajon
- 1.1 เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-3099-01523-93-3
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 1.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ซาตะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63401 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-5623056
โทรสาร 0-4322-4722
Email address: siriwanreak@gmail.com
- 1.4 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา จ. นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2530
- 1.4.2 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2534
- 1.4.3 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552
- 1.5 สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา)
ระบุสาขาวิชาการ
-
- 1.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
1.6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย
-
- 1.6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย
-
- 1.6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว
- ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 1.6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ
-

2. ชื่อ สกุล(ภาษาไทย) นายไพรวลัย ร่มซ้าย
(ภาษาอังกฤษ) Mr.Praiwan Romsai
- 2.1 เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-4099-00697-99-6
- 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เงินเดือน (บาท)
เวลาที่ใช้ทำวิจัย (ชั่วโมง : สัปดาห์)
- 2.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63401, 08-4409-4156
โทรสาร 0-4322-4722
Email address: praiwan_hoi@hotmail.co.th
- 2.4 ประวัติการศึกษา
 - 2.4.1 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาล
ศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2531
 - 2.4.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ.
2539
 - 2.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา จ. กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2548
 - 2.4.4 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552
- 2.5 สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
-
- 2.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - 2.6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย
-
 - 2.6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย
-
 - 2.6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่
 - 1) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2550 หน้า 24-35

2) การใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2550 หน้า 390-401

3) ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (2551)

- ได้รับรางวัลนิพนธ์ต้นฉบับดีเด่น ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2551

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 91-103

4) การศึกษาผลการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวชในการให้การปรึกษาและประสานงาน (2551)

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2552 หน้า 19-33

5) ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการสอนงาน (Coaching) ในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้การปรับแนวคิดและพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง (2553)

- ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดผลงานการศึกษาวิจัยสมบูรณ์ (Full paper) ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 และการประชุมวิชาการพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย ครั้งที่ 7 ประจำปี 2553

- ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2553 หน้า 95-110

6) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอผลงานวิชาการ หอพัฒนาระบบบริการและนวัตกรรมสุขภาพจิต ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552 หน้า 299-316

7) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2550

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการนำเสนอผลงานวิชาการ หอกระบาดวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552

- ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2551 หน้า 104-117

8) ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช (2554)

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554

9) การศึกษาข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2555

10) การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2554

- ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554

- ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 21 ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2555 หน้า 1,093-1,104

11) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2555

12) การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

- เผยแพร่ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 13 ปี พ.ศ. 2557

- อยู่ระหว่างดำเนินการเผยแพร่ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

3.6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ

-

- 3.ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางนิตยา งามคุณ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Nittaya Ngamkhun
- 3.1 เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-4007-00820-45-1
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 3.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63403 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7114786
โทรสาร 0-4322-4722
Email address: nitya2509@gmail.com
- 3.4 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
- 3.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาล
ศรีธัญญา จ. นนทบุรี ในปี พ.ศ. 2530
- 3.4.2 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา จ. นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2537
- 3.4.3 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2548
- 4.ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) นางศิริพร ธงยศ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs.Siriporn Thongyot
- 4.1 เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-4007-00881-87-6
- 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 4.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ. ขาดะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088- 5528524
โทรสาร 0-4322-4722
Email address: rhiporn@gmail.com
- 4.4 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา
- 4.4.1 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยาม จ.ชัยนาท
ในปี พ.ศ.2540

4.4.2 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง จ. เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2546

4.4.3 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2551

5. ชื่อ สกุล(ภาษาไทย) นางไพลิน ปรัชญคุปต์
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Pilin Pratchayakhup

5.1 เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3-7605-00986-17-5

5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

5.3 หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถ. ชატะผดุง อ. เมือง จ. ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4320-9999 ต่อ 63145 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-5740-7874

Email address: pilinprat@gmail.com

5.4 ประวัติทางการศึกษาและสาขาที่ศึกษา

5.4.1 ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ

5.4.2 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

5.5 สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

5.5.1 การให้การปรึกษาครอบครัว และการบำบัดคู่สมรส

5.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

5.6.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

-

5.6.2 หัวหน้าโครงการวิจัย

-

5.6.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

- พิธีโล่มอบในช่วงการประชุม APEC :ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤติชุมชน
(วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549 หน้า 142-149)ได้รับรางวัลผลงาน
ดีเด่นในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

- การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
(วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2552 หน้า 287-298) ได้รับรางวัล
ที่ 1 ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 8 ปี 2552

- การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

ได้รับรางวัลผลงานวิชาการยอดเยี่ยม การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2555

5.6.4 งานวิจัยที่กำลังทำ

- การศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายใหม่
ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์