



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
(Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand)
ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย : เรื่องสังคมไทยไร้ความรุนแรง

อรพิน ยอดกลาง¹ มธุรส ทิพยมงคลกุล² และคณะ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการป้องกันที่ดี รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวเพื่อลดปัญหาสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดี นำมาวิเคราะห์ได้เป็นชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่สามารถนำไปขยายผลยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จากการศึกษาข้อมูลเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลในผู้สมาชิกของครอบครัวที่มีประสบการณ์การฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ทั้งกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำสังคม ประชาชนชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของชุมชนต่อการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี จำนวน 9 ชุมชน ชุมชน แห่งละ 30 คน ของ 9 จังหวัดในพื้นที่เป้าหมาย

ผลการวิจัยถอดบทเรียนดังกล่าว พบว่าชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่ดีจะประกอบด้วย 1) บทบาทของภาคประชาชนต่อการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้เกิดความเต็มใจมีส่วนร่วมและกล้าแสดงบทบาทอย่างต่อเนื่อง ได้นั้น ชุมชนเองจะต้องมีกระบวนการการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในเจตคติของการอยู่อย่างมีความสุข การคิดเชิงบวก การอยู่ร่วมกันเสมือนญาติ การยอมรับให้เกียรติซึ่งกันและกัน การยังคงให้ความสำคัญของการรักษาประเพณี วัฒนธรรม เพื่อชักนำคนทุกกลุ่มวัยมาร่วมกิจกรรมด้วยกันอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมของการที่จะยอมรับฟังความคิดเห็น เกิดการลดช่องว่างระหว่างวัย มีการสื่อสารระหว่างกันเพื่อเน้นย้ำทางความคิด สร้างมุมมองคนในชุมชนให้ เชื่อว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นทุกเรื่อง เป็นสิ่งที่ทุกคนในชุมชน ต้องร่วมมือแก้ไขปัญหโดยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เป็นกลวิธีที่นำเอาปัจจัยสามส่วนที่เป็นศูนย์รวมชุมชน คือ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานร่วมกัน 2) บทบาทภาครัฐ/นโยบาย /กลไกในการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย มีระบบบริหารดูแลอย่างเป็นขั้นเป็นตอน (System) มีระบบการดูแลคนในชุมชนแบบองค์รวม ไม่แยกกายและจิตออกจากกัน และต้องมีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน ทั้งจาก ทั้งในส่วนภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่น ทำงานแบบสอดประสานกันและกัน เน้นวิธีการเชิงรุกค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมากกว่าการตั้งรับในหน่วยบริการ มีกลไกการทำงานทั้งในรูปแบบของคณะกรรมการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยจัดให้มีเวที หรือพื้นที่ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ อยู่กันอย่างพี่น้อง ถ้อยทีถ้อยอาศัย ซึ่งเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในชุมชนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการติดตาม ประสานร่วมมือ ทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข ควบคู่ไปกับสร้างองค์ความรู้ หรือการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน 3) ใช้วิธีการสื่อสารเพื่อการเชื่อมต่อ

เครือข่ายการทำงานในชุมชนแบบสองทางเป็นไปได้ทั้งแบบผ่านตัวบุคคล และแบบผ่านเครื่องมือสื่อสาร เนื้อหาส่วนใหญ่ เพื่อส่งข่าวสารข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรม และส่งต่องาน 4) ปัจจัยวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจระหว่างกันและกัน

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการเพื่อดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำจะประกอบด้วย

- 1) บุคคล ควรได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายที่ดีอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้านจิตใจให้ยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่
- 2) ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน
- 3) ชุมชนและการมีระบบบริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชน สู่ชุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรง จากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง

คำสำคัญ : ชุมชนต้นแบบ , การป้องกันการฆ่าตัวตาย ,การดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

¹ หัวหน้าโครงการวิจัย

² รองคณะบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และพัฒนาเครือข่าย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Suicide Prevention and Self-Harm Reduction in Thailand

Orapin Yodklang¹ Mathuros Tipayamongkholgul² et al.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

This study purposed to examine and lesson learned of suicide prevention pattern of people in a community which was considered a good prevention practice, long-term precaution pattern for reducing problems of suicidal attempt which is considered a good precaution pattern of returning to suicide. This was analyzed as role model communities for preventing suicidal among Thai people to apply in the same contextual area. Research methodology was qualitative design using document review, in-depth group interview, and individual interview among the family members who experienced suicidal situations of the members in both unsuccessful suicide attempt and successful suicide attempt. In-depth interview was also administered with public health personnel, community leaders, social leaders, community philosophers, and entrepreneur of successful community on suicidal prevention from 9 communities with 30 people each in 9 target provinces.

Results of lesson learned showed that role model communities for effective suicidal prevention involved 1) For role of people on doing job in order to build willingness and bravery for performing duty continuously, a community has to offer procedures for transferring knowledge, understanding of attitude, living happily, positive thinking, living together, accepting and honoring each other, and emphasizing on tradition and culture preservation. These could motivate people in all ages to join activities constantly and support them to have behavior on accepting others' idea, reducing age gap, communicating for emphasizing idea, creating view for people in a community to believe that solutions and problem management are cooperative things for all people in a community to plan together systematically and regularly. It requires three factors of community center which are home, temple, and school to work together. 2) Role of government/ policy/ movement for suicidal prevention consisted of administration system process, service care for community people without separating mind and body. It included connection between departments in government, citizens, and local organization to work corporately. This focused on active searching for risk population in a community rather than defensive service. In that, stage and space are provided for sharing idea, experiences, living together, depending on each other. Staffs and network in a community play significant role to follow-up, coordinate all sectors including contacts, family, community, local organization, and public health staffs along with creating knowledge or giving data back to the community. 3) Using communicative methods to connect the community network in two-ways communication by person and devices which most contents are for sending knowledge, appointment, and work. 4) Cultural factors and religious belief about suicidal are protective factors that can count on each other.

Factors affecting suicidal prevention and precaution involved 1) person who should be supported body health care constantly with mental support to feel worthy in oneself, hope and reason for living, and happiness in living context 2) family or caretakers are bound between family member as they accept, support, realize importance, understand, and notice the signal 3) community offered care service to help and recover continuously from community to one another by focusing on strong protective factor from family, community, and social.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย นั้น สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และการสนับสนุนเป็นอย่างยิ่ง จากสำนักงานวิจัยแห่งชาติ และคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์งบประมาณในการดำเนินงาน คณะที่ปรึกษางานวิจัย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธิตา แสงสิงแก้ว และ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา ดวงภุมเมศ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ แนวทางปฏิบัติ และคำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยและปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ รวมถึง ขอขอบคุณคณะทำงานและเครือข่ายในพื้นที่ 9 จังหวัด ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเกิดประโยชน์แก่ผู้สนใจศึกษาต่อไป

คณะวิจัย

มีนาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก-ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
นิยามศัพท์	13
บทที่ 2	
แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	14
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	16
ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย	36
มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	38
ชุมชนเข้มแข็ง	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
กรอบแนวคิดการวิจัย	

บทที่ 3

รูปแบบการวิจัย	56
พื้นที่ในการวิจัย	56
ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	57
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	59
วิธีการและเทคนิควิจัยเชิงคุณภาพ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล	61
ระยะเวลาดำเนินการวิจัย	62
จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	63

บทที่ 4

ผลการศึกษา	64
------------	----

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล	89
------------------	----

บรรณานุกรม

93

ภาคผนวก

ประเด็นหลักในการถอดบทเรียน	98
แผนแนวทางการดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูล	100
ตารางและพื้นที่การลงเก็บข้อมูล	101
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงร่างการวิจัย	102
ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)	104
ภาพกิจกรรม	202
รายนามคณะวิจัย	211

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายโลก	2
ภาพที่ 2 แสดงอัตราตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2551-2561	3
ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2557-2561	4
ภาพที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2557-2561	5
ภาพที่ 5 ตัวแบบนิเวศวิทยาการฆ่าตัวตายของ Krug et al.	32
ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย	55
ภาพที่ 7 ตารางแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	57
ภาพที่ 8 วิธีการศึกษา	62
ภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย	80
ภาพที่ 10 แสดงรูปแบบการเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง	81
ภาพที่ 11 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในชุมชน	88

บทที่ 1

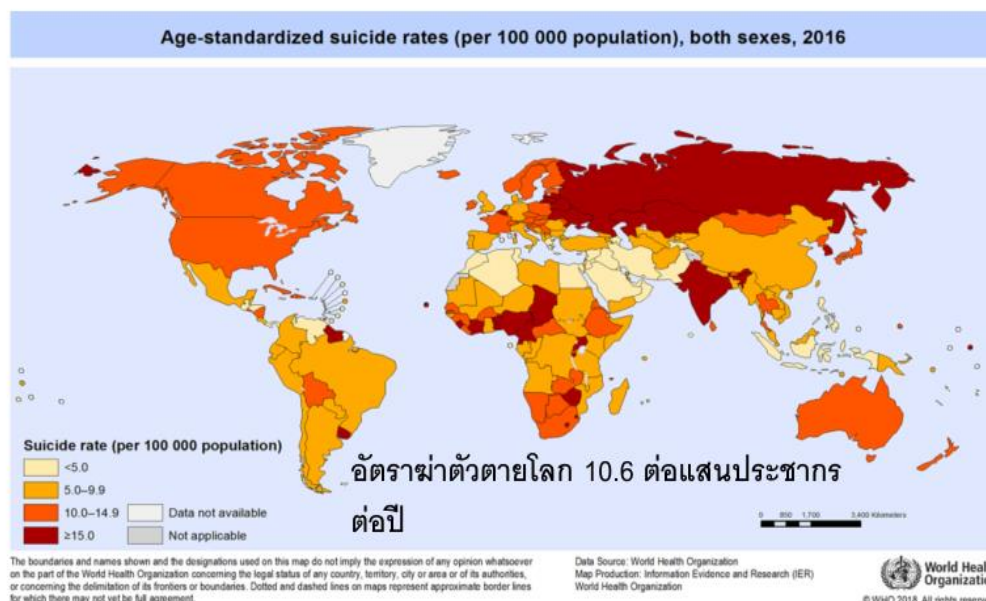
บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม จากสังคมที่อยู่ร่วมกันในท้องถิ่นอย่างอบอุ่น เมื่อบุคคลในครอบครัวต้องย้ายไปทำงานในเมือง ทำให้ขาดหัวหน้าครอบครัว เป็นผลให้เด็กขาดความอบอุ่น นอกจากนั้นเด็กที่เกิดมาพร้อมกับเทคโนโลยีที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หรือคนยุคใหม่ที่มีเทคโนโลยีช่วยอำนวยความสะดวกมากมายให้ในชีวิตอาจจะหมดความเลื่อมใสในขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่นที่ปลูกฝังมานาน ทำให้กลไกในการสร้างและควบคุมความสัมพันธ์ของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อภาวะความเข้มแข็งของจิตใจ ทำให้ระดับความอดทนของคนเราลดลง เกิดเป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้น

การกระทำรุนแรงในสังคมไทยที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุต่าง ๆ กันไป ความรุนแรงบางอย่างเป็นผลมาจากความคิดความเชื่อของคนในสังคมที่กระทำระหว่างกัน บางอย่างเกิดจากภาวะจิตใจที่ผิดปกติของคนในสังคม บางอย่างเป็นความรุนแรงที่กระทำระหว่างคนใกล้ชิด บางอย่างเป็นภัยทางสังคม ซึ่งพบเห็นได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ภาพโดยรวมของปรากฏการณ์ความรุนแรงในปัจจุบัน กำลังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่อ่อนแอ หรือด้อยโอกาสในสังคม อาทิเช่น เด็ก สตรี คนชรา ผู้มีสติปัญญาอ่อน คนยากจน เป็นต้น รูปแบบของถูกกระทำเป็นไปในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การทุบตีทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางจิตใจโดยการ แสดงออกด้วยวาจา กิริยาท่าทาง หรือการกระทำที่ทำให้ได้ รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์และจิตใจ เช่น การ พุดจาตูกถูกเหยียดหยาม การด่าว่าด้วยคำหยาบคาย เป็นต้น การใช้ความรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การพุดคุยเรื่องลามก หยาบคาย การลวนลามทางเพศ การข่มขืนกระทำชำเรา เป็นต้น ลักษณะอื่นๆของความรุนแรงที่อาจพบได้อีกได้แก่ การเอาเปรียบทางด้านการเงิน แรงงาน การค้าประเวณี เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงในสังคมนั้นสามารถพบได้ทั่วไป ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และสถานที่ทำงาน

สภาพความกดดันเช่นนี้ สร้างผลกระทบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่จิตใจไม่เข้มแข็ง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่งผลไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การฆ่าตัวตายจึงเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี (Chang, Gitlin & Patel, 2011; Värnik, 2012; WHO, 2018) หรือทุก 40 วินาที จะมีหนึ่งคนที่ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 75 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (WHO, 2016) และพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 45 (Karch, Logan & Patel, 2011; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Laursen & Munk-Olsen, 2012; Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2013; Bruins et al., 2014; Sarris, O'Neil, Coulson, Schweitzer & Berk, 2014; Berardelli et al., 2018) กลุ่มที่ใช้สารเสพติด กลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์ (WHO, 2016; Dodds, 2017) โดยพบว่าการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความหุนหันพลันแล่น ความก้าวร้าว การล่อลวงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม การไม่ใช้วิจารณญาณ การสัมผัสสิ่งที่ผิดปกติ และเพิ่มความเจ็บปวดที่นำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย



ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายโลก (WHO,2016)

องค์การอนามัยโลกรายงานอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 11.4 ต่อแสนประชากรโลก ประเมินการว่าแต่ละปีมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 800,000 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง(13.7:7.5 ต่อแสนประชากร)1 มักพบในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้้น้อยคิดเป็นร้อยละ 782 แต่ละประเทศทั่วโลก รายงานการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 1 ใน 10 โดยเฉพาะประชากรวัย 15-35 ปีจัดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่สาธารณสุขให้ความสนใจแก้ไขปัญหา1 ปัจจุบันทั่วโลกรายงานแนวโน้มว่าทุก40วินาทีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จหนึ่งรายและปี 2020 จะมีทุก20วินาทีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จหนึ่งรายสัมพันธ์กับรายงานอัตราการฆ่าตัวตาย 10.7 ต่อแสนประชากร13 ผลกระทบของการฆ่าตัวตายเป็นทั้งด้านจิตใจของคนใกล้ชิด ต่อคนในครอบครัวและต่อสังคม โดยเฉลี่ย คนฆ่าตัวตาย 1 คนส่งผลต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 คน ยิ่งถ้าเกิดในโรงเรียนหรือที่ทำงานยิ่งส่งผลกระทบต่อคนนั้นบ่อย

สำหรับประเทศไทย แม้ภาพรวมของอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัดของประเทศ (อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2562) แต่พบว่า แต่ละปี มีคนไทยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เฉลี่ยปีละ 3,900 - 4,000 คน



ภาพที่ 2 แสดงอัตราตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2551-2561

ปี พ.ศ.2561 ปัญหาการฆ่าตัวตาย ของประเทศ ยังคงมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มากถึง 4,137 คน หรือ เท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่ยังคง เป็นวัยทำงานอายุเฉลี่ย 44 ปี ผู้ชายยังคงฆ่าตัวตายสำเร็จ (อัตรา 10.41ต่อประชากรแสนคน) มากกว่าผู้หญิง (กรมยุทธศาสตร์และแผนงาน , 2561) นับเป็นความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศด้านเศรษฐกิจ หากคำนวณค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการนำค่ากลางของการทำงาน ประมาณไว้ 20 ปีข้างหน้าและผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,000 บาทต่อเดือนหรือ 72,000 บาทต่อปี จึงหมายถึงการที่สูญเสียบุคคลด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 297,864,000 บาทต่อปี (ปีตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ, 2561) ในขณะที่ ปีงบประมาณ 2562 จากฐานข้อมูลแฟ้มสุขภาพทั่วประเทศ ประเทศ ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ และเมื่อนำมาเทียบกับค่าประมาณการณความชุกของผู้พยายามทำร้ายตนเอง ที่ควรมีผู้พยายามทำร้ายตนเอง เข้าถึงบริการ 53,761 คน กลับพบว่า มีผู้พยายามทำร้ายตนเองเข้าถึงบริการ 16,807 คนเท่านั้นที่มารับบริการ หรือคิดเป็นร้อยละ 31.3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ยังคงเกี่ยวข้องในมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะในยุคสังคมออนไลน์ที่กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และลอกเลียนแบบ (copycat suicide) และวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความเร่งรีบ โครงสร้างครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดน้อยลง และการที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งผู้ดูแล และยังมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไร้ลูกหลานดูแลเพิ่มขึ้น ด้านพฤติกรรมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยที่ชัดเจนที่สุด คือ ความชุกของผู้บริโภคใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความชุกของผู้บริโภคประจำลดลงเล็กน้อยและปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีคงที่ แสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่มีเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมการดื่มเป็นนักดื่มแบบครั้งคราว (occasional drinker) ซึ่งน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2561-2562

ปัจจัย			ร้อยละ
ความสัมพันธ์	น้อยใจถูกดูต่ำหน้า		27.5
67.70%	ทะเลาะกับคนใกล้ชิด		26.1
	ความรักหึงหวง		12.7
มีโรคประจำตัว	โรคทางจิตเวช	ซึมเศร้า	8.8
51.0 % (กาย - จิต)	24.40%	โรคจิต	12.4
		อื่นๆ	2.2
มีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง			
39.20%	ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย		28.6
เคยมีประวัติทำร้ายตนเองซ้ำ			
12.20%			
สุรา			
31.90%	คะแนน AUDIT>16		8.2
	มีอาการมีเมาระหว่างทำร้ายตนเอง		24.2
ยาเสพติด			
12.80%	คะแนน V2>27		5.3
	มีอาการมีเมาระหว่างทำร้ายตนเอง		3.3
มีปัญหามากกว่า 1 ข้อขึ้นไป	โรคประจำตัว + ความสัมพันธ์ 51.7 %		
	ปัญหาสุรา + ความสัมพันธ์ 64.6%		
	เศรษฐกิจ + ความสัมพันธ์ 30.6 %		

ภาพที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2557-2561

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากฐานระบบข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รง 506 S version 10 กรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ 2561-2562 พบว่า ด้านความสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความน้อยใจ ถูกดูต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 26.1 และปัญหา ความรัก ความหึงหวง ร้อยละ 12.7 ด้านโรคเรื้อรัง พบว่า เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 39.2 (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 13.4 เบาหวาน ร้อยละ 7.9 และ อัมพาต / โรคเส้นเลือดสมอง / ไส้หลัง ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช คิดเป็น ร้อยละ 24.4 (จำแนกเป็น โรคจิต ร้อยละ 12.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.8) และ ร้อยละ 28.6 มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

ด้านสุรา ยาเสพติด ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาจากการใช้สุรา คิดเป็นร้อยละ 31.90 โดยมีคะแนน มากกว่าหรือ เท่ากับ 16 มากถึง ร้อยละ 8.2 และ มีอาการมีเมาระหว่างทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 24.2 ส่วนปัญหาการใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 12.8 และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 29.8 โดยประเด็นที่พบได้แก่ ปัญหาความยากจน ค่าใช้จ่ายขาดทุน ล้มละลาย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ตกงานคิดเป็นร้อยละ 10.1 ทำให้การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมีส่วนทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (อิทธิชาติโรจนะหัสติน, 2560) ร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงทำร้ายตัวเองมากกว่าคนกลุ่มอื่น 3.6 เท่า ในขณะที่ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่าคนกลุ่มอื่น 10.2 เท่า จากการขาดความยับยั้งชั่งใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจเสีย ขาดความรับผิดชอบ (อุ้นจิต คุณารักษ์, 2556) และในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน

โรควิตกกังวล และโรคทางจิต ผู้ป่วยสุราพร้อมกับโรคซึมเศร้าจะเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่มีโรคซึมเศร้า (วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ, ھرรษา เศรษฐบุปผา, 2561)

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในทางจิตเวชศาสตร์ จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) จึงมีความหมายครอบคลุมถึง การคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยที่ การพยายามฆ่าตัวตาย จะพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายที่เสียชีวิต โดยจะพบได้ตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 นอกจากนี้ จะพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ ร้อยละ 30 -60 จะเคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน และในผู้พยายามทำร้ายตนเองประมาณ ร้อยละ 10 จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด และได้มีการจัดแบ่งประเภทของปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในทางจิตเวชศาสตร์ ดังนี้

1) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม มีการศึกษาที่พบว่า การเป็นโสด และการหย่าร้าง ทำให้พบถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงผู้ที่มีสถานะภาพสมรส หากมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือมีความผูกพันกับสังคมรอบตัวน้อย ก็มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศต่างๆ ที่พบว่า การมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลนั้น มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย

2) โรคทางจิตเวช โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า หรือการใช้แอลกอฮอล์ โดยเฉพาะภาวะติดสุราหรือสารเสพติด ที่พบว่าประมาณ ร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตาย มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราและยาเสพติด และหากผู้ติดสุราหรือยาเสพติด นั้น มีปัจจัยกดดันในช่วงก่อนหน้านี้ ได้แก่ การสูญเสีย การทะเลาะเบาะแว้งบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และมีปัญหาด้านประสิทธิภาพการทำงาน จะทำให้ผู้ติดสุราหรือยาเสพติด มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 26 หรือแม้แต่ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่ไม่มีปัญหาการใช้ผู้ติดสุราหรือยาเสพติด ก็พบว่าผลของการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด จะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง จึงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลงมือทำร้ายตนเองเช่นกัน

3) ลักษณะปัญหาทางจิตใจ พบว่าผู้ที่มีลักษณะ ซึมเศร้าท้อแท้มาก หดหู่ หรือหมดหนทางในชีวิต ไร้จุดหมายที่พึงพอใจและมีอาการวิตกกังวลรุนแรง รวมไปถึงผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsivity)

4) การมีประวัติการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสีห์ วิศรุตรัตน์ (2541) ที่พบว่า ร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ทำให้ผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้นเช่นกัน

5) ความเจ็บป่วยทางกาย พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการกำเริบสร้างความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย รู้สึกเป็นภาระให้กับครอบครัว

ในทางสังคมวิทยาเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมในสังคม เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim, 1951) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อบุคคลอย่างมาก การฆ่าตัวตายจึงเป็นเครื่องมือสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยแวดล้อม เช่น เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สภาพสังคม กล่าวคือ สังคมใดที่มีการใช้ความรุนแรงมีการฆาตกรรม และการฆ่าตัวตายสูงนั้น ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นมักไม่ดี จึงพบว่าการฆ่าตัวตายสูงในชนกลุ่มน้อยที่มีสภาพการดำเนินชีวิตและสภาพสังคมที่ไม่มั่นคง นอกจากนี้ การฆ่าตัวตายยังสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของบุคคลในสังคม (Wilson & Kneisl ,1996)

จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงปัจจัยที่ถือเป็นต้นทุนทางสังคมซึ่งอาจจะส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการฆ่าตัวตาย การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้การฆ่าตัวตายลดลงมีการศึกษาพบว่าการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่มีความซึมเศร้ามีความรุนแรงของอาการน้อยลง และอาการดีขึ้นเร็ว การศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่า การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการที่บุคคลนั้นๆ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย และการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

วงศ์พรรณ มลารัตน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาและรายงานปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน จังหวัดเชียงรายที่พบว่า ปัจจัยปกป้อง ระดับชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนมีน้ำใจ มีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีการแบ่งปันการเยี่ยมเยียน องค์กรในท้องถิ่นให้ความสนใจแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง หมู่บ้านมีกฎหรือมาตรการทางสังคม ต่อการควบคุมสุรา ยาเสพติด และการทะเลาะกันในครอบครัว มีประเพณีวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายการประสานงานที่ดีระหว่างระบบบริการสาธารณสุข หน่วยงานสนับสนุนในพื้นที่ และเครือข่ายเฝ้าระวังในพื้นที่

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 97.53 จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับบริการบำบัดรักษา โดยมีต้นทุนในระบบบริการประมาณ 41-107 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต 2533)คนที่ฆ่าตัวตายซ้ำ มักมีความสัมพันธ์ กับการเคยมีประวัติของการถูกทารุณทางเพศ ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง และ ถูกทอดทิ้ง ขาดคนดูแล (Mette, Hestetun, Loeb & Lars, 2004) และในคนที่ฆ่าตัวตายซ้ำ จะมีประวัติของการทำร้ายตนเองมากกว่า 10-40 ครั้งจนกว่าตายจะสำเร็จและ ร้อยละ 40 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Schmidtke et al., 1996) โดยความเสี่ยงสูงสุดอยู่ระหว่าง 1- 12 เดือนแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจะลดลงเรื่อยตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่ทราบว่าต้องใช้ระยะเวลานานเพียงใด ความเสี่ยงดังกล่าวจึงจะหมดไปเช่นเดียวกับประเทศไทย แม้แต่ละปีจะมีข้อมูลของผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำ มีจำนวนไม่มากนัก แต่ความสำคัญของการป้องกัน เฝ้าระวังการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ทำให้การมีประวัติการพยายาม ฆ่าตัวตายมาก่อน จึงเป็นหนึ่งในประเด็นของการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใน Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย

จากผลการศึกษาวิจัยและติดตามเฝ้าระวังผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ ปัญหาการใช้สารเสพติด การมีภาวะซึมเศร้า และการมีอาการของโรคจิต (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547 : อภิชัย มงคล และคณะ, 2549) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้หญิง จะเป็นปัญหาความกดดันจากการที่คู่รัก หรือสามี นอกใจ ไม่มั่นคงในชีวิต ไม่มีใครให้การปรึกษาอย่างจริงจัง ส่วน ผู้ชาย เป็นปัญหาการทะเลาะกับญาติ หรือคู่ครอง ไม่ไปปรึกษาใคร เลือกใช้การปรับตัวลบ สาเหตุที่มีผลต่อการทำร้ายตนเองซ้ำจนเสียชีวิต คือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจถูกด่า ตำหนิ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด และหุนหันพลันแล่น ปัญหาโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูง กระเพาะ เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และปวดข้อ ปวดหลัง ตามลำดับ สำหรับโรคทางจิตเวชที่มีการระบุถึงความรู้สึกปวดทรมาน จากการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกหรือชมรม ปัญหาเศรษฐกิจ พบว่า ร้อยละ 59.3 มีปัญหาของความยากจน ตกงาน มีรายได้ไม่พอใช้ และมีหนี้สินมาก โดยก่อนลงมือฆ่าตัวตายซ้ำจนเสียชีวิต ต่ำสุด อยู่ที่ร้อยละ 44.80

เห็นได้ว่าสาเหตุของปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ ล้วนมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ยุ่งยากซับซ้อน มีความแตกต่างไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย จึงต้องมีการดำเนินงานควบคู่ไปกับการป้องกันการฆ่าตัวตายรายใหม่ โดยเฉพาะผู้มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษาและภาวะซึมเศร่ายังคงอยู่ จะมีการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา ถ้าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ไม่ได้ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลง อาจกลับมามีความเครียดสูง ไม่สามารถยืนหยัดเผชิญชีวิต ก็อาจกลับมาฆ่าตัวตายจนเสียชีวิตในที่สุด

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายมีทั้งด้านจิตใจของคนใกล้ชิด ต่อคนในครอบครัวและต่อสังคม 10 โดยเฉลี่ย คนฆ่าตัวตาย 1 คนส่งผลต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 คน ยิ่งถ้าเกิดในโรงเรียนหรือที่ทำงานยิ่งส่งผลกระทบต่อกันนับร้อย ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ หากคำนวณค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการนำค่ากลางของการทำงาน ประมาณไว้ 20 ปีข้างหน้า และผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,000 บาทต่อเดือนหรือ 72,000 บาทต่อปี จึงหมายถึงการที่สูญเสียบุคคลด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 283,000 บาทต่อปี (ปตพษณ์ เกษสมบุรณ์ และคณะ, 2560) สอดคล้องไปกับผลจากการวิเคราะห์ภาระโรคจากการฆ่าตัวตายเมื่อปี พ.ศ. 2548 พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย 31 อันดับี่ 12 คิดเป็น DALYs ร้อยละ 2.7 ในผู้ชาย หากวิเคราะห์เฉพาะช่วงวัย 15-49 ปีพบว่าการฆ่าตัวตาย 32 เป็นสาเหตุอันดับที่ 4 ในผู้ชายคิดเป็น DALYs ร้อยละ 5.7 เป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ในผู้หญิงคิดเป็น DALYs ร้อย ละ 3.37

การฆ่าตัวตาย จึงไม่ใช่ปัจจัยที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรค แต่เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวพันของปัจจัยที่หลากหลาย การแก้ไขปัญหานั้น จึงควรมุ่งประเด็นให้มีความครอบคลุม ณ จุดเริ่มต้น คือ การป้องกัน จนถึงจุดที่มีการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ รักษาและฟื้นฟูจิตใจ ในชุมชน อีกทั้งต้องเป็นการดำเนินงานในยุทธศาสตร์และความร่วมมือของทุกภาคส่วนร่วมมือและแก้ไขปัญหาไปอย่างต่อเนื่องและจริงจัง การแก้ปัญหามารฆ่าตัวตายระดับชาติในแต่ละประเทศทั่วโลกใช้ยุทธศาสตร์เน้นความสำคัญที่การคัดกรอง (early detection) โดยเฉพาะเยาวชน การประเมิน (assessment) การจัดการให้การช่วยเหลือ

(management) สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากหลักฐานเวชปฏิบัติเชิงประจักษ์สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

- 1) universal interventions สำหรับประชากรทั่วไปเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (ได้แก่ การให้ความรู้ (education), สร้างการตระหนักรู้ (awareness), การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (individual health), และการติดตามบุคคลที่มีความเสี่ยง (individual risk monitoring) การเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ (increase accessibility)
- 2) selective interventions สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแต่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอนาคต (ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบางและให้การช่วยเหลือ (เช่น ผู้สูงอายุที่โรคเรื้อรังรุนแรงเจ็บปวด ผู้ป่วยโรคเมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ประสบภัยพิบัติ ผู้ป่วยเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ) การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (gate keeper training) สายด่วนสุขภาพจิต (crisis helplines) เป็นต้น
- 3) indicated interventions สำหรับกลุ่มเฉพาะที่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตายแล้ว เช่น ทำร้ายตนเอง เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (ได้แก่ ประเมินและติดตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด ให้การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุและภาวะโรคร่วมโดยใช้ยาและจิตสังคมบำบัด การนอนโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลและการช่วยเหลือจากคนในชุมชน (community support)

สำหรับ มาตรการการดำเนินงาน ประเทศไทยช่วงปีที่ผ่านมา จึงประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ให้แก่ประชาชน ปรับมุมมองด้านบวก ลดอคติและการสร้างตราบาปของการฆ่าตัวตายและการป่วยโรคจิตเวช ซึ่งตราบาปที่เกิดขึ้นคือ อุปสรรคที่สำคัญของการแก้ไขช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย จากมุมมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคล เป็นวิธีการเรียกร้องความสนใจ และอ่อนแอ ในขณะที่เดียวกัน บางชุมชนยังคงมีมุมมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลอันตราย สร้างความเดือดร้อน น่ารังเกียจ ส่งผลให้ผู้ฆ่าตัวตายและญาติรู้สึกเป็นตราบาป ต้องปกปิด ไม่เปิดเผยตนเอง และรุนแรงถึงการปฏิเสธ ไม่อยากรับ การศึกษาแบบ cohort study พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สูงกว่าคนที่ไม่ได้ป่วยเป็น 33.6 เท่า (OR = 33.6; 95%CI 17.87-63.11) 2) มาตรการลดปัจจัยเสี่ยง: ผู้ที่มีวิถีชีวิตไม่ได้คิดฆ่าตัวตายทุกคน สิ่งสำคัญคือ การมีบุคคลที่เข้าใจ มารับฟังด้วยหัวใจ ดังนั้น คนในสังคมเป็นผู้ฟังที่ดีให้มากขึ้น โดยเริ่มต้นจากการรับฟังคนใกล้ชิด คนในครอบครัว หรือคนรอบข้างทั้งในสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา ให้ได้ระบายความทุกข์ใจ ความเศร้าใจ ซึ่งจะทำให้คลายเครียด มีกำลังใจ และมีความสุขใจมากขึ้น 3) มาตรการเสริมและสร้างปัจจัยปกป้อง: ผู้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่เสียชีวิต การป้องกันไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชน สู่ชุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรง จากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง จะช่วยป้องกันการคิดและกระทำฆ่าตัวตาย 4) มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต: ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ผู้มีปัญหาพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักจะพบว่า มีปัจจัยของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคจิตเวช ประกอบกับการได้รับปัจจัยเสริมแรงเข้ามารกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายอย่างหนึ่งคืออาการกำเริบของโรคจิตเวช และฤทธิ์จากการใช้สุรา และสารเสพติด ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการค้นหา คัดกรองและนำเข้าสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกจะช่วยทั้งลดปัจจัยเสี่ยง ชัดขวางปัจจัยกระตุ้น ต่อการลงมือฆ่าตัวตาย 5) มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการเยียวยาจิตใจผู้

ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย : การฆ่าตัวตาย สามารถพบได้ทุกกลุ่มวัย ทั่วภูมิภาค จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา จะพบปัจจัยที่มีความเฉพาะที่มีความแตกต่างไปตามปัจเจกบุคคล ทั้งในแง่ความเจ็บป่วย รูปแบบการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทศนคติ มิติทางสังคม วัฒนธรรม การแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น จึงต้องหาเหตุและปัจจัยเพื่อป้องกัน การสอบสวนโรคตามหลักการระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือที่ช่วยรวบรวมข้อมูลและควบคุมไม่ให้เกิดปัญหาลุกลาม ส่วนใหญ่ มากกว่า ร้อยละ 30 ของผู้ที่ลงมือฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือน การสนับสนุนและเข้าใจ ในพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง จะช่วยเอื้ออำนวยให้การเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือได้อย่างทันที่ 6) มาตรการสร้างความร่วมมือจากญาติและชุมชน โดยมีเครือข่ายภาคสังคมเข้ามีส่วนร่วม: ปัญหาและวิกฤติชีวิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมีหลากหลายทั้งปัญหาความสัมพันธ์ เศรษฐกิจ กฎหมาย การทำงาน การเรียนและสุขภาพ การมีส่วนร่วมของญาติและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การช่วยเหลือประสบผลสำเร็จการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง จะช่วยให้ผู้ที่กำลังประสบวิกฤติในชีวิต ไม่โดดเดี่ยว กลับมามีความเข้มแข็งทางใจ และผ่านพ้นวิกฤตินั้นได้เป็นผลสำเร็จ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นแนวคิดการพัฒนาที่สำคัญ และเหมาะสมในการแก้ปัญหาความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่ในสังคม อีกทั้งเป็นวิธีการระดมทรัพยากรจากท้องถิ่นพร้อมทั้งเป็นเครื่องมือในการศึกษาแก่ชุมชนที่จะช่วยให้ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมพัฒนาต่างๆ จะบ่งบอกถึงความยั่งยืนของกิจกรรมนั้น เป็นหลักการที่ช่วยให้ชุมชนสามารถยืนหยัดพึ่งพิงตนเองได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยทั่วไปลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง โดยสรุป 4 ประการ คือ 1) เป็นชุมชนแห่ง การเรียนรู้ (Learning Community) กล่าวคือ การที่ชุมชน มีการเรียนรู้ และรู้เท่าทันข่าวทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งการที่ชุมชนมีการเพิ่มพูนความรู้ในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ 2) เป็นชุมชนที่มีการจัดการตนเอง (Community Management) ด้วยระบบการบริหารจัดการในกิจกรรมที่สำคัญ 4 ประการ คือ การวางแผน การจัดกระบวนการขององค์กรภายในชุมชน การลงมือปฏิบัติตามแผนงาน และมีการประเมินผล 3) เป็นชุมชนที่มีจิตวิญญาณ (Spirituality) กล่าวคือ ชุมชนมีจิตสำนึก มีจิตวิญญาณ ซึ่งอาจหมายถึงความภักดี ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกเป็นเจ้าของในชุมชน โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวร่วมกันในชุมชน 4) เป็นชุมชนที่มีสันติภาพ (Peaceful)

เกรณุกา นามวงศ์ (2560) สสำรวจแบบภาคตัดขวาง สัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอกาบเชิง พบว่า ชุมชนจะเข้มแข็งได้ ชุมชนต้องมีสุขภาพจิตดีร้อยละ 96.4 สามารถใช้ประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนในการนำไปใช้กับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ร้อยละ 96.0การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานหรือสร้างกิจกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจร้อยละ 95.5 คนในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วม ร้อยละ 95.2 จะมีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

รัชชนก เจนบ้านผือ (2554) พบว่าปัจจัยที่ไปสู่ความสำเร็จของการจัดการชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย ปัจจัยสำคัญ 6 ด้าน คือ 1) ด้านการมีส่วนร่วม 2) ด้านภาวะผู้นำ 3)ด้านนโยบายสาธารณะของท้องถิ่น 4) ด้านภูมิปัญญา 5) ด้านแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และ 6) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ

การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาชุมชนเพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหา ถอดบทเรียนชุมชน และองค์ประกอบของชุมชนที่ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการขยายผลรูปแบบของชุมชนที่มีความเหมาะสมและเป็นโมเดลในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันนำไปขยายผลได้จริงและเกิดผลลัพธ์อันพึงประสงค์ต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างแท้จริง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยชุมชนที่ได้รับ การพิจารณาว่ามีรูปแบบการป้องกันที่ดี

2.2 เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวเพื่อลดปัญหาสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดี

2.3 เพื่อจัดทำโปรแกรมชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่สามารถนำไปใช้ขยายผลยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3. ขอบเขตของการวิจัย

3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยได้รับการพิจารณาว่าเป็นรูปแบบการป้องกันที่ดี และเพื่อถอดบทเรียนการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวเพื่อลดปัญหาสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดี ซึ่งจะทำให้การเก็บข้อมูลในพื้นที่ 9 จังหวัด โดยมีขอบเขตเนื้อหาแต่ละด้าน ดังนี้

- 1) มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่
- 2) กลไกในการขับเคลื่อนในส่วนภาคนโยบายและปฏิบัติ ที่ทำให้เห็นปัญหาและทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
- 3) กระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่
- 4) ปัจจัยที่ทำให้การป้องกันการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลในชุมชน
- 5) ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตาย และมีกิจกรรมเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของของสังคม
- 6) ลักษณะสำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการแก้ไขปัญหามารยาทการฆ่าตัวตายในชุมชน
- 7) แนวคิดการบริหารจัดการให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย

3.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการดำเนินการดูแลป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่ประสบผลสำเร็จ ในพื้นที่ 9 จังหวัดใน 4 ภูมิภาค ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อการควบคุมหรือ ลดอัตราการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม (ตามฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กระทรวงมหาดไทย อ้างอิงจาก แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์โดย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2561) ได้แก่ ประกอบด้วยจังหวัดลำพูน (1 ชุมชน) จังหวัดน่าน (1 ชุมชน) จังหวัดอุดรธานี (1 ชุมชน) จังหวัด ชลบุรี (1 ชุมชน) จังหวัดเพชรบูรณ์ (1 ชุมชน) จังหวัดอุบลราชธานี (1 ชุมชน) จังหวัดนครศรีธรรมราช (1 ชุมชน) จังหวัดกาญจนบุรี (1 ชุมชน) และจังหวัดขอนแก่น (1ชุมชน) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (Depth Interview) ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในชุมชน สมาชิกของครอบครัวที่มีประสบการณ์การฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ทั้งกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง ญาติ หรือ ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน

3.3 ขอบเขตด้านประชากร

3.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในชุมชน 9 ชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนที่ประสบผลสำเร็จในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาอย่างชัดเจน จนส่งผลให้จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายตามที่ปรากฏในฐานข้อมูลจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย มีจำนวนลดลงจากปีที่ผ่านมา และ หรือยังสามารถควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ได้อย่างต่อเนื่อง (ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดให้ ปี พ.ศ.2562 อัตราการฆ่าตัวตายคนไทยไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกของครอบครัวที่มีประสบการณ์การฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ทั้งกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำสังคม ปราชญ์ชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของชุมชนทั้ง 9 แห่ง แห่งละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562

4.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ได้รูปแบบในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตาย
- 4.2 ได้รูปแบบในการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำ
- 4.3 ได้โปรแกรมชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่สามารถนำไปใช้ขยายผลยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

5.นิยามศัพท์

5.1 การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ที่จะทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต อาจเป็นการกระทำแบบตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนการล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนเป็นเหตุให้สิ้นสุดของการมีชีวิต

5.2 การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวเอง หรือทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บอย่างชัดเจน จากความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตาย แต่ไม่ตาย

5.3 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ทำร้ายตนเองเสียชีวิต ซึ่งเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

5.4 ชุมชน คือ กลุ่มคนที่อยู่อาศัยในบริเวณเดียวกัน หรือบริเวณใกล้เคียงกัน คนในชุมชนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดแบบประสานสอดคล้องกลมกลืน (Harmonious) คือมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน และมีความสัมพันธ์แบบพบปะโดยตรง (Face to Face) คนในชุมชนมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกัน อยู่ภายใต้บรรทัดฐานและวัฒนธรรมเดียวกัน เช่น ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบลหรือการรวมตัวกันเป็นองค์กรต่างๆ และคนในชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆร่วมกันได้

5.5 ชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง ประชาชนในชุมชนต่างๆ ของเมืองหรือชนบทรวมตัวกันเป็น “องค์กรชุมชน” มีการเรียนรู้การจัดการ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้น

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของคนไทย
 - 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย
2. มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย
3. ชุมชนเข้มแข็ง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.แนวคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย (Definitions of Suicide)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่พยายามหลุดพ้นจากการมีชีวิตอยู่ต่อไป ด้วยความมุ่งมั่นที่จะจบชีวิตตนเอง (Hutchinson Encyclopedia of Biography, 2000 cited in Gamino et al., 2006) การฆ่าตัวตายสามารถพบได้ในทุกเชื้อชาติและวัฒนธรรม ทั่วประเทศ ถือเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่ผิดปกติของภาวะวิกฤตในชีวิต

การฆ่าตัวตายมาจากภาษาละตินว่า “suicidium” เป็น “การกระทำการมีชีวิตรของตนเอง” (Stedman's Medical Dictionary 28th ed. 2006) การฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Silverman, 2006) ที่อาจเรียกรวม ๆ ได้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) ซึ่งครอบคลุมถึงความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) พยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicidal) โดยองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรองมาแล้ว (WHO, 2014) แตกต่างจากการทำร้ายตนเอง (self - harm) ซึ่งหมายถึงการกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษ หรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicide) การตายเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่จะตาย (Dieksta & Gulbinat. 1993; Barbee& Bricker, 1996; Stuart & Laraia, 2005)

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) เป็นการกระทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองไม่ถึงแก่ชีวิตหรือบุคคลนั้นได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ อาจถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจ และผู้

นั้นอาจมีหรือไม่มีการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) หรือเป็นพฤติกรรมที่การทำร้ายตนเองด้วยความปรารถนาที่จะจบชีวิตแต่ไม่มีผลทำให้ตาย (Krug, 2002) มีการแบ่งระดับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 4 ระดับ (Mc Laughlin, 1993) ดังนี้

- 1) ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal ideations) อย่างน้อยใน 2 สัปดาห์ หรือจิตแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2) การพยายามฆ่าตัวตายโดยการทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย (parasuicide) เช่น ทำให้ตนเองบาดเจ็บหรือกินยาที่เกินขนาด
- 3) การพยายามฆ่าตัวตายอย่างตั้งใจชัดเจน (suicidal attempts) มีการวางแผนและลงมือกระทำการฆ่าตนเอง แต่ไม่ตาย
- 4) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide หรือ completed suicidal)

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย หรือใช้คำว่าอัตวินิบาตกรรม หมายถึงการที่บุคคลทำให้ชีวิตตนเองสิ้นสุดลงด้วยตัวเอง และไม่ใช่อุบัติเหตุ เรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicide completers) ส่วนคำว่าพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ บุคคลเหล่านี้อาจมีความพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้งหรือที่เรียกว่า มีการฆ่าตัวตายซ้ำ (repeated attempt suicide) แต่มักไม่มีสถิติที่แน่นอนเพราะไม่ได้มารับบริการตรวจรักษาโดยตรงไปตรงมา ซึ่งมีการเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หรือ การทำร้ายตนเอง (self harm)

สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งมุ่งมันที่จะทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต อาจมุ่งหวังเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจเป็นการกระทำแบบตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนการล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนเป็นเหตุให้สิ้นสุดของการมีชีวิต

จากการศึกษาถึงความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย (หวาน ศรีเรืองทองและคณะ, 2554) พบว่าการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในคนไทย ควรเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ ประชากรภาคเหนือ ที่เป็นผู้หญิงวัยแรงงาน ผู้ที่ว่างงาน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภททางอารมณ์ สะท้อนให้เห็นว่า ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายเพื่อใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหานั้น นอกจากจะเป็นข้อมูลที่ได้มาจากระบบสาธารณสุขและข้อมูลการฆ่าตัวตายจากใบมรณบัตรที่มีอยู่ ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะมีการจัดเก็บข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ครอบคลุมทุกพื้นที่และรวดเร็ว และเพียงพอที่จะช่วยให้เห็นถึงอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาปัจจัยเสี่ยง ภายใต้บริบทของคนไทยที่มีปัจจัยภายนอกทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามามีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอยู่ตลอดเวลา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงพัฒนาแบบ รายงานการเฝ้าระวัง รง 506.DS และโปรแกรมการบันทึกข้อมูล รง 506.DS ทั้งในรูปแบบ online และ Offline ซึ่งลักษณะของข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ลักษณะของการ

มารับบริการ ปัจจัยกระตุ้นของการทำร้ายตนเองและบริการที่ได้รับ รวมไปถึงการส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่นๆ พบว่า เพศหญิงทำร้ายตัวเองมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 40.9) โดยกลุ่มอายุต่ำสุด 11 ปี สูงสุด 92 ปี ค่าเฉลี่ย 40.98 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 40-44 ปี รองลงมาคือ 30-34 ปี อาชีพ เกษตรกรรม 31% รับจ้าง 29% ข้อมูลการฆ่าตัวตายตามเดือนเฉลี่ย 362 รายต่อเดือน โดยเดือนที่พบการทำร้ายมากที่สุดคือ เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน และวิธีการทำร้ายตนเอง เช่น กินสารกำจัดวัชพืช สารเคมี แผลง 16.9% กินยาเกินขนาด 16.8% ผูกคอ 10.3% สาเหตุการฆ่าตัวตาย 1) ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 32.8% 2) ปัญหาโรคจิต 18.6% 3) ต้องการคนเอาใจ 16.3% 4) สารเสพติด 3.1 % 5) ติดสุรา และ 6) มีปัญหาสุขภาพ 35.4 % (รายงาน รง 506.5 จำนวน 4,344 ระเบียบข้อมูล จาก 67 จังหวัด ปี พ.ศ. 2557)

จากข้อมูลนี้มีส่วนช่วยกระตุ้นเตือนให้บุคลากรสาธารณสุขสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นเหล่านี้เมื่อต้องดูแลรักษาผู้ทำร้ายตนเอง เพื่อหาวิธีลดโอกาสการทำร้ายตนเองซ้ำต่อไป เป็นผลให้หน่วยบริการสาธารณสุข ทั่วประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ได้บูรณาการระบบการเฝ้าระวังดังกล่าวเป็นระบบข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งให้มีการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยอดสะสมของปริมาณข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เมื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาสังเคราะห์หาความสอดคล้องกันเบื้องต้น จึงพบประเด็นที่สำคัญในแง่ของการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ปัจจัยหรือสาเหตุกระตุ้น ล้วนมีความแตกต่างกันออกไปในระหว่าง เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ วิธีการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ และภูมิภาค

2.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประชากรในทุกกลุ่มวัยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่แรงจูงใจในการทำร้ายตนเองอาจแตกต่างกันและสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ ในหลายประเทศ อัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในการวัยกลางคน (Pitman, Krynska, Osborn & King, 2012) อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกอยู่ในช่วง 15-29 ปี (Värnik, 2012) และสูงอายุ (Yip et al., 2012) (Valfre, 2005) และในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางกาย และกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิต ในประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 6.03 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่ยังคงเป็นวัยทำงานอายุเฉลี่ย 44 ปี แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะพบว่ากลุ่มวัยสูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น (7.79 ต่อแสนประชากร) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

1) วัยเด็ก (children) การฆ่าตัวตายในเด็กเป็นผลจากครอบครัวมีความขัดแย้งหรือครอบครัวแตกแยก ครอบครัวมีปัญหาความรู้สึกไม่เป็นที่รัก หรือเกิดภาวะวิกฤติทำให้มีภาวะซึมเศร้าตามมาการโดนกลั่นแกล้งทำร้ายในโรงเรียน การสูญเสียบุคคลสำคัญและยังมีเหตุผลบางอย่างที่เด็กฆ่าตัวตายคือเพื่อหนีจากการถูกล่วงละเมิดทางด้านร่างกายและเพศ

2) วัยรุ่น (adolescents) การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อารมณ์หุนหันพลันแล่น ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ปัญหาเพศสัมพันธ์ การติดสารเสพติด และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) ในวัยรุ่นมักเกิดขึ้นในการกระทำครั้งที่สอง (Lunde, Reigstad, Moe & Grimholt, 2018) และมักจะเกี่ยวข้องกับระดับความวิตกกังวล ความเครียดที่สูงขึ้น และเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่ดี มีความสิ้นหวัง ความล้มเหลวของส่วนบุคคล และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Serafini et al., 2015) และโดยทั่วไปในวัยรุ่นที่มีโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรง (เช่น พฤติกรรมต่อ

ด้าน ทำหาย หรือความประพฤติที่ผิดปกติ) โรควิตกกังวล ซึมเศร้า โรคจิตระยะเริ่มแรก การกินผิดปกติ (เช่น อาการเบื่ออาหาร อยากรอาหารมากผิดปกติ) และโรคเสพติด (addictive disorders) (Kessler et al., 2005) การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพยาเสพติด พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ผิด มีกิจกรรมทางกายภาพที่ลดลง และระดับของกิจกรรมในช่วงเวลาพักผ่อนที่ต่ำ (Myles et al., 2012; Pawelczyk et al., 2017; Sormunen, Saarinen & Salokangas., 2017; Oluwoye et al., 2018) การนอนไม่หลับ ติดเกมอินเทอร์เน็ต และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความขัดแย้งในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Lee et al., 2017) ส่วนการศึกษาอื่น ๆ ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างการใช้ยาเสพติดกับความคลุ้มคลั่ง บ้าคลั่ง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Leite et al., 2015; Marwaha, Winsper, Bebbington & Smith, 2018) และการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วย (Kokkevi et al., 2012; Borges et al., 2017) และในงานวิจัยปัจจุบันมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตที่คุ้นเคยกับการนั่งอยู่ประจำที่ (sedentary lifestyle) อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และสุขภาพจิตในวัยรุ่น (Teychenne, Costigan & Parker, 2015) การพบทวนอย่างเป็นระบบในหัวข้อนี้พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างวิถีชีวิตที่คุ้นเคยกับการนั่งอยู่ประจำที่กับอาการซึมเศร้า ความทุกข์ทางจิตใจ และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Hoare, Milton, Foster & Allender, 2016; McGinty, Sayeed Haque & Uptegrove, 2017; Orri et al., 2018)

3) วัยผู้ใหญ่ (adults) การฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบมากในบุคคลที่ไม่สามารถเผชิญแรงกดดันได้แบบผู้ใหญ่ อาจเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งขาดแหล่งสนับสนุน ความยากจน ความอดอยาก การว่างงาน รวมถึงความไม่พึงพอใจในชีวิต ความโดดเดี่ยว การหย่าร้างการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดื่มสุรา พยาธิสภาพทางจิต พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Chanen & McCutcheon, 2013; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Winograd, Cohen & Chen, 2008; Oldham, 2006) มีหลักฐานสนับสนุนในความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและอาการทางจิตเวชที่รุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Diaz et al., 2009; Bostock, Kirkby & Taylor, 2017) ในการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่พยายามฆ่าตัวตายและรับไว้รักษาแสดงให้เห็นถึงระดับสูงของการคุ้นเคยอยู่กับการนั่งอยู่ประจำที่นาน ๆ (sedentary) และการใช้ยาสูบสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตาย (Andriessen & Kryszinska, 2009; Poorolajal & Darvishi, 2016) การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดมากเกินไปสามารถทำให้ความเป็นอยู่ทางด้านจิตใจแย่ลง และนำไปสู่ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Darvishi, Farhadi, Haghtalab & Poorolajal, 2015) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทันทีก่อนฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา (Bedford, O'Farrell & Howell, 2006; Kaplan et al., 2014) ซึ่งพบว่าประมาณ ร้อยละ 37 ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายตรวจพบว่ามีระดับของแอลกอฮอล์เป็นบวกในกระแสเลือด การตรวจคัดกรองพิษวิทยาชี้ให้เห็นว่ามีการใช้แอลกอฮอล์อย่างเข้มข้นก่อนตาย (Cherpitel, Borges & Wilcox, 2004) นอกจากนี้ความไม่พอใจในงาน มีส่วนทำให้พยายามฆ่าตัวตาย (Howard & Krannitz, 2017) Kerr et al. (2017) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดี การว่างงาน มีหนี้สิน และความยากลำบากทางการเงิน พฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่ไม่ดีนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป

4) วัยสูงอายุ (older adults) อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสูงมากในหลายประเทศ ผู้สูงอายุหลายคน que เลือกการฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม (passive suicide) โดยปฏิเสธการกิน การดื่มหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีความทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิตเวช หรือโรคทางระบบประสาท ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงจะมีความแตกต่างกว่าในผู้วัยผู้ใหญ่โดยทั่วไปคือมีภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตายช่วงปลายชีวิตกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง (Heisel & Flett, 2016; Szanto et al., 2018) และผู้สูงอายุจะ

มีความแตกต่างจากขั้นตอนในช่วงชีวิตอื่น ๆ มีความเหงาและขาดการสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางร่างกาย อาการปวดรุนแรงเรื้อรัง โรคที่ทำให้อ่อนเพลียทรุดโทรม (debilitating) และการวินิจฉัยการเจ็บป่วยที่เป็นระยะสุดท้าย เป็นเรื่องที่ทราบกันดีก่อนหน้านี้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (Lutz & Fiske, 2018) Lee et al. (2018) ทำการวิเคราะห์อายุ และคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องเพศ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงสำหรับฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุนี้นี้คือการรับรู้เชิงลบของสถานะสุขภาพของตนเอง และปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมยังเชื่อมโยงกับความคิดฆ่าตัวตายและเจตนาฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (Fässberg & Orden, 2012) Mogensen et al. (2016) รายงานว่าในผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปรากฏสูงสุด ในช่วง 6 เดือนหลังการสูญเสียญาติสนิทและ McLaren et al. (2015) สังเกตว่าผู้ที่เป็นม่ายเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายทั้งในผู้ชายและผู้หญิง

นอกจากกลุ่มวัยต่าง ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังมีรายงานว่าประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรคบุคลิกภาพผิดปกติ และกลุ่มที่ใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ และกลุ่มที่ใช้ยาคลายกังวล (benzodiazepines) (Hawton & Heeringen, 2009; WHO, 2016; Dodds, 2017) บางครั้งเกิดจากพฤติกรรมหันเหหนีจากความเครียด ความก้าวร้าวและยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้และเข้าใจในตนเอง กระบวนการตัดสินใจในช่วงที่เสียเปรียบ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และความเครียดที่ตอบสนองสิ่งมาบรรเทา (Jollant et al., 2005, Mann et al., 2009, Pompili et al., 2010) เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ (Bottino et al., 2015; WHO, 2016) และยังพบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคต (WHO, 2016) การฆ่าตัวตายดังกล่าวนี้จึงเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน มีอิทธิพลจากปัจจัยทั้งทางด้านจิตวิทยา ชีววิทยา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางสังคมและการเมืองของแต่ละบุคคล (McKenzie, Serfaty & Crawford, 2003)

ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความผิดปกติทางจิต การใช้ยาเสพติด สถานการณ์ทางจิตวิทยา สถานการณ์ทางสังคม และวัฒนธรรม ครอบครัว และพันธุกรรม (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) และในปัจจุบันได้รับความสนใจอย่างมากในปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต (lifestyle behaviors) ที่มีความเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางกายและความรุนแรงของโรคทางจิตเวชและเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (De Rosa et al., 2017) เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ติดยาเสพติด ติดอินเทอร์เน็ต กลั่นแกล้งกันในโลกออนไลน์ (cyberbullying) และการยึดติดอยู่กับกิจกรรมบางอย่างที่ยาวนาน (Zhang, Xiao & Zhou, 2010; Tousignant et al., 2011; Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011; Park et al., 2018) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Sharifi et al., 2015; Berardelli et al., 2018) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ การมีความพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ (Chang, Gitlin & Patel, 2011) การเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตายได้ง่าย ประวัติการฆ่าตัวตายของครอบครัวหรือมีการบาดเจ็บของสมอง (Simpson & Tate, 2007) เช่น พบอัตราการฆ่าตัวตายในครัวเรือนมีอาวุธปืนมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มี (Miller, Azrael & Barber, 2012) ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน ความยากจน เร่ร่อน และการแบ่งแยกอาจก่อให้เกิดการคิดฆ่าตัวตาย และพบว่าประมาณร้อยละ 15-40 ของคนที่ฆ่าตัวตายไม่ได้ถูกบันทึกไว้ (Gilliland & James, 2012) ทหารผ่านศึกมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคเครียดหลังบาดเจ็บ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสงคราม (Rozanov & Carli, 2012) พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบว่าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมประมาณ ร้อยละ 38-55 (Brent & Melhem, 2008) ในที่นี้ ผู้วิจัยได้จัด

กลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา 3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 5) ปัจจัยด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ 6) ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

1) ปัจจัยด้านชีววิทยา

เป็นการให้ความสำคัญกับปัจจัยของสารเคมีในร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย จากสาเหตุที่สำคัญของสารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ และการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคซึมเศร้าบางชนิด

1.1) ความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมองซึ่งมีผลต่อกระบวนการคิด การเรียนรู้ การจำและความรู้สึกให้เปลี่ยนแปลงไป (Mann et. al., 1995 cited in Traskman-Bendz & Mann, 2000) และปัจจัย brain-derived neurotrophic factor (BDNF) มีระดับต่ำ (Pjevac & Pregelj, 2012) และเกี่ยวข้องกับอัมพาตอาการซึมเศร้า โรคเครียดจากสะเทือนใจ โรคจิตเภทและโรคย้ำคิดย้ำทำ (Sher, 2011) Sher ทำการศึกษาชั้นสูตรพบ BDNF ลดระดับใน hippocampus และ prefrontal cortex ทั้งในผู้ที่มีและไม่มีเงื่อนไขทางจิตเวช (Sher, 2011) และเชื่อว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมีระดับของ serotonin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทสมองในระดับต่ำลง และบางส่วนพบหลักฐานว่ามีการเพิ่มขึ้นของตัวรับ 5-HT_{2A} หลังการตาย (Dwivedi, 2012) มีหลักฐานอื่น ๆ พบการลดระดับของ serotonin รวมถึงกรด 5 hydroxyindoleacetic ในน้ำไขสันหลัง (Stein & Wilkinson, 2007) หลักฐานโดยตรงเป็นสิ่งที่ยากที่จะรวบรวม (Dwivedi, 2012) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงปริมาณของดีเอ็นเอ (epigenetics) แสดงถึงการตอบสนองต่อปัจจัยแวดล้อม ที่ไม่เปลี่ยนแปลงดีเอ็นเอต้นแบบยังเชื่อว่ามียบทบาทในการกำหนดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Autry & Monteggia, 2009) และโดยทั่วไปการฆ่าตัวตาย มักจะพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย ประมาณ ร้อยละ 27-90 (Chang, Gitlin & Patel, 2011; Stone et al. 2018) ประเทศในแถบเอเชีย พบอัตราความผิดปกติทางจิตต่ำกว่าในประเทศตะวันตก (WHO, 2014) ผู้ที่ได้รับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดชีวิตของพวกเขา ร้อยละ 8.6 (Chang, Gitlin & Patel, 2011) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคสองขั้ว เพิ่มความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ถึงร้อยละ 50 (Kutcher & Chehil, 2012) ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย เคยมีอาการโรคจิตมาก่อน และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2543; บัวลอย นนทะน้า, 2545; ปราชญ์ บุญวงศ์ วิโรจน์, 2547; โอรุณ ยิงเสรี และศศิธร ยิงเสรี, 2553) โรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น

(1) โรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Laursen & Munk-Olsen, 2012; Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2013) โดยสัมพันธ์กับอาการทางจิตที่กำเริบ เช่น ความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอนหูแว่ว มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ Palmer et al. (2005) ได้รายงานการศึกษาแบบ meta-analysis งานวิจัยที่ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 61 เรื่อง พบว่าความชุกชั่วชีวิตของการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 5.6 (95% CI 3.7%-8.5%) และโรคจิตเภทในระยะที่มีอาการ

ครั้งแรกมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าโรคจิตอื่น ๆ 2.7 เท่า ส่วนการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Taylor et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 66 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 49 มีการพยายามทำร้ายตนเอง และ ร้อยละ 18 มีการพยายาม ฆ่าตัวตาย และการมีโรคร่วมทางจิตเวช มีปัญหาทางอารมณ์ การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ ประเมินการว่า ประเมินครึ่งหนึ่งของคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสามารถวินิจฉัยได้ว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติกับความผิดปกติของสมองพบมากที่สุด (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) ประเมินร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Kapur, 2009) และความผิดปกติในการกินก็มีความเสี่ยงสูง (Tintinalli & Judith, 2010)

(2) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าประชากรทั่วไป 6.2 เท่า (Bruins et al., 2014; Sarris, O'Neil, Coulson, Schweitzer & Berk, 2014) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Sharifi et al., 2015) อาการที่สำคัญ คืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ อ่อน เพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือมีความรู้สึกผิด เป็นต้น โดยมีแนวคิดที่โรคซึมเศร้าเป็นผลจากสารเคมีในร่างกายผิดปกติโดยเฉพาะซีโรโตนิน (Fontaine & Fletcher, 1999) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าร้อยละ 20-35 (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2548) เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (Sadock & Sadock, 2007) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าวร่วมด้วย ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีโอกาสที่จะคิดทำร้ายตัวเองซ้ำ 4.8 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2548)

(3) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) Costa et al. (2015) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ (1) เป็นโรคอารมณ์สองขั้วในช่วง depressive episode (2) พันธุกรรม ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมีปัญหาด้านอารมณ์ (major affective disorder) พบยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ Tryptophan hydroxylase 1 (TPH 1) และ Tryptophan hydroxylase 2 (TPH 2) (3) ยาและสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยาด้านเศร้า สามารถลดความเสี่ยงได้ (4) ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า cortisol ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่พยายามฆ่าตัวตายมีค่าสูงกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ตามข้อมูลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงระยะอารมณ์สงบ พบระดับความแตกต่างของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายและไม่ฆ่าตัวตายแตกต่างกันที่ 0.05 µg/dl (5) ปัจจัยด้านจิตใจ ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากและมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย (6) ปัจจัยด้านศาสนาและความเชื่อ ประเมินจาก RFLI (Reason For Living Inventory) เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาน้อย (low Religious Involvement (LRI)) กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (High Religious Involvement (HRI)) พบว่าที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (HRI) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่า

(4) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) พบมากในกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องความต้องการหรือความสนใจจากบุคคลอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial) จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณ ร้อยละ 10-15 (Shives, 2005) และพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมร่วมกับมีอาการซึมเศร้า จะมีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) จะมีการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เมื่อได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้ความรุนแรง นอกจากนี้บุคลิกภาพชอบแสดงตัว (extroversion) บุคลิกภาพวิตกกังวล (neurotism) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Frisch & Frisch, 2002) ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial ร้อยละ 5 ตายจากการฆ่าตัวตายและเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 3.7 เท่า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2562)

(5) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าสองโรค ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและติดสารเสพติด (Rockville, 2009; Oquendo et al., 2010) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 80 เคยมาได้รับการรักษาภายใน 1 ปี ก่อนฆ่าตัวตาย (Pirkis & Burgess, 1998) และร้อยละ 45 มาได้รับการรักษาภายใน 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย (Luoma, Martin & Pearson, 2002) และประมาณร้อยละ 25-40 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยติดต่อกับหน่วยบริการสุขภาพจิตในปีก่อนหน้านี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องศึกษาทั้งสถานการณ์ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้องและแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน

1.2) การบาดเจ็บในวัยเด็ก (childhood trauma) การบาดเจ็บในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Ports et al., 2017) เด็กบางคนอาจจบชีวิตของตัวเองเพื่อหนีการกลั่นแกล้งหรือหนีความรู้สึกไม่ดีที่มีอยู่ก่อนหน้า (Cox, Abramson, Devine & Hollon, 2012) ประวัติการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก (Wegman & Stetler, 2009) และการดูแลส่งเสริมในช่วงที่มีปัจจัยเสี่ยง (Oswald, Heil & Goldbeck, 2010) การถูกล่วงละเมิดทางเพศเชื่อว่าจะนำไปสู่ความเสี่ยงโดยรวมประมาณร้อยละ 20 (Brent & Melhem, 2008)

1.3) ความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของอารมณ์ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) โดยเพิ่มความรุนแรง ความหุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Muldoon et al., 1990; Kaplan et. al., 1994 cited in Traskman-Bendz & Mann, 2000)

1.4) การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคซึมเศร้าบางชนิด (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) และ Melhem et al. (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของยีน (gene) กับการฆ่าตัวตายพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน สูงกว่าฝาแฝดที่เป็นไขคนละใบ (ร้อยละ 24.1 และ 2.8) การพยายามฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ประมาณ ร้อยละ 17-45 ในญาติที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยไม่ได้เกี่ยวกับการเกิดโรคทางจิตเวช การศึกษา prospective study พบว่าบุตรที่เกิดจากคนที่เป็นโรค ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกับบุตรที่เกิดจากคนที่เป็นโรคความผิดปกติ ทางอารมณ์แต่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า บุตรที่เกิดจากผู้ที่มีประวัติการฆ่าตัวตายมีอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตายสูง

กว่า ถึง 6.5 เท่าโดยปัจจัยทำนายที่มี นัยสำคัญของการเกิดเหตุการณ์การฆ่าตัวตายคือการ เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ มีโอกาสสูงเป็น 7 เท่า (OR=7.0; 95%CI=1.5-3.2)

1.5) การมีเงื่อนไขทางการแพทย์ (medical conditions) บุคคลที่มีโรคทางกายใน 3 กลุ่มโรคนี้ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูง คือ (1) โรคเรื้อรัง (2) การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หรือโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน และ (3) โรคที่ทำให้พิการ โรคดังกล่าวมักจะทำให้เกิดความเศร้าและเบื่อหน่ายชีวิต โดยเฉพาะถ้าคน ๆ นั้นเคยเป็นคนที่แข็งแรงและช่วยตัวเองอยู่เสมอ (Varcarolis, 2002, สมภพ เรืองตระกูล, 2524) มีความสัมพันธ์ระหว่างการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพทางกายภาพ (Tintinalli & Judith, 2010) เช่น การปวดเรื้อรัง (Manthorpe & Iliffe, 2010) การบาดเจ็บของสมอง (Simpson & Tate, 2007) มะเร็ง (Anguiano, Mayer, Piven & Rosenstein, 2012) ไตวายที่ต้องฟอกไต HIV และโรคความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน (systemic lupus erythematosus: SLE) (Tintinalli & Judith, 2010) การวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มเป็น 2 เท่า (Anguiano, Mayer, Piven & Rosenstein, 2012) ความชุกของการฆ่าตัวตายเพิ่มมากในกลุ่มคนที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค ในผู้ป่วยปัญหาสุขภาพเป็นเหตุผลหลักของการฆ่าตัวตาย (Yip, 2008) การรบกวนการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ (Ribeiro et al., 2012) และภาวะหยุดหายใจชั่วคราวช่วงนอนหลับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ในบางครั้งการรบกวนการนอนหลับอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อิสระจากภาวะซึมเศร้า (Bernert, Joiner, Cukrowicz, Schmidt & Krakow, 2005) โรคอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น hypothyroidism, Alzheimer's, brain tumors, systemic lupus erythematosus รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา (เช่น beta blockers และ steroids) (Chang, Gitlin & Patel, 2011)

1.6) เพศภาวะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย เป็น 3 เท่า ส่วนเพศชายจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Shives, 2005; Valfre, 2005) ในปี 2012 การฆ่าตัวตายทั่วโลกพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.8 เท่าบอย (Värnik, 2012; WHO, 2016) ในโลกตะวันตก เพศชายฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า (Värnik, 2012) ความแตกต่างนี้ชัดเจนในผู้ชายที่อายุตั้งแต่ 65 ปี ที่ฆ่าตัวตายมากขึ้นเป็น 10 เท่า (Sue et al., 2015) ความพยายามฆ่าตัวตายและถูกทำร้ายในเพศหญิงมากกว่าชาย 2-4 เท่า (Krug, 2002; Stern, Fava, Wilens & Rosenbaum, 2015) ส่วนในประเทศจีนมีอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิงสูงที่สุดในโลก และเป็นประเทศเดียวที่สูงกว่าเพศชาย (0.9) (Weiyuan, 2009; Värnik, 2012) ในเกาหลีใต้อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงสุดอยู่ที่ 22 ต่อ 100,000 เป็นอัตราที่สูงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกโดยทั่วไป (Värnik, 2012) จากการทบทวนพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มสาวประเภทสอง เลสเบียน เกย์ กะเทย (Haas et al., 2011, Rodgers & Herman, 2014) ในกลุ่มสาวประเภทสอง พยายามฆ่าตัวตาย ประมาณ ร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Virupaksha, Muralidhar & Ramakrishna, 2016; Williams, 2017) ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นส่วนหนึ่งเพราะอภัยศอดสูทางสังคม

ในประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศหญิง ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และ อายุ 55-59 ปี และเป็นผู้ที่แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง

(หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ, 2554) ส่วนบัวลอย นนทะน้า (2545) ใช้การวิจัยแบบพรรณนาอธิบายคุณลักษณะของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสถานภาพสมรสคู่ และพหุรัสนา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2548). ทบทวนองค์ความรู้ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา พบว่าผู้ติดสุราที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 2.2-3.4 โดยผู้ชายที่ติดสุราเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต

2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น

(1) แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Sigmund Freud กล่าวว่า คนเรามักมีทั้งความรักและความชังต่อบุคคลที่ตนรัก ซึ่งหากบุคคลนั้นได้ตายจากไป ตัวบุคคลนั้นย่อมต้องปรับตัวใหม่ โดยส่วนใหญ่จะปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลที่ตนรักผ่านกระบวนการทางพิธีกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ค่อย ๆ ยอมรับการสูญเสียได้ อย่างไรก็ตามจะมีบางคนที่ไม่สามารถผ่านพ้นการสูญเสียไปได้ เขาจะมีความทุกข์ทรมานใจ จากความโกรธเคืองร่วมกับการที่ไม่สามารถแสดงความโกรธต่อผู้ที่จากไปได้ จึงเปลี่ยนรูปแบบมาเป็นการตำหนิตนเอง ต้องการทำร้ายตนเอง จนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Mark, Williams & Leslie, 2000) และ Karl Menninger มองว่าความโกรธเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฆ่าตัวตายหรือคล้ายกับว่า “เป็นการต้องการทำร้ายที่วกกลับเข้าหาตนเอง Murder in the 180 degree” และอธิบายเพิ่มเติมว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลรวมขององค์ประกอบ 3 ส่วนคือ การแค้น (the wish to kill) ความเศร้าโศกลิ้นหวังอยากตาย (the wish to die) และท้ายที่สุดคือความรู้สึกผิด ต้องการถูกทำลาย (the wish to be killed) ขณะที่ Zilboorg (1937 cited in Williams & Pollock, 2000) ในความคิดเห็นที่แย้งว่า การฆ่าตัวตายส่วนมากมีปัจจัยภายนอกที่มากระตุ้นระดับจิตใจ (psychological triggers) ให้ฆ่าตัวตาย เช่น การแค้น ความกลัว เจตนาร้าย ความโกรธ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายแบบไม่ยั้งคิดหรือที่เรียกว่าใช้อารมณ์แก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ทั้งนี้ปัจจัยกระตุ้นความไม่ยั้งคิดจนทำให้ฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสลดหดหู่ ความอับสออดสู ความพ่ายแพ้ ไม่มีทางหลบหนี ไร้พลัง ไร้ความหวังในอนาคต และ Stillion & Mcdowell อธิบายเพิ่มเติมว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลลัพธ์ของการต่อสู้ทางจิตของบุคคล (intrapsychic struggle) คือ เมื่อบุคคลเผชิญกับความคิดหรือประสบการณ์ที่เป็นภัยคุกคามที่กดทับไปที่จิตไร้สำนึก (unconscious) จนทำให้พลังแห่งชีวิตหรือแรงขับที่ จะมีชีวิตอยู่รอดลดต่ำลง ซึ่งเป็นสัญญาณแห่งความตายหรือแรงขับที่ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ (thanatos) (Stillion & Mcdowell, 1996 cited in Williams & Pollock, 2000)

(2) แนวคิดปัญญานิยม (cognitive theory) โดย Beck มองการฆ่าตัวตายว่า สิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopeless) เมื่อความรู้สึกนี้ท่วมท้นขึ้นมามาก ๆ บุคคลนั้นอาจเลือกใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกต่อภาวะอารมณ์ที่ตนเองทนรับต่อไม่ได้แล้ว สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์

ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ ยังมีลักษณะในการคิดทางลบ (Negative Thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauentein, 1998)

(3) แนวคิดด้านจิตวิทยาแห่งตน (self-psychology) มองว่าการฆ่าตัวตายสามารถเกิดกับคนที่มีความลักษณะหลงตัวเอง (Narcissistic) ที่พบกับความผิดหวัง หรือรู้สึกล้มเหลวในชีวิตไม่ได้ เพราะความรู้สึกอายนและอิจฉาคนอื่น ซึ่งจะเห็นว่าการกลไกทางจิตใจที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายนั้นจะต่างกับการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า

(4) แนวคิดทฤษฎีโรคทางจิต (psychache theory) โดย Shneidman มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากการเจ็บปวดทางจิตใจที่รุนแรง (intense psychological pain: psychache) บางคนคลมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่จะยุติการเจ็บปวดนี้

(5) ทฤษฎีการฆ่าตัวตายของบุคคลของ Emile Durkheim การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (egoistic suicide) ตามแนวคิดของอีมิล เดอร์ไคม์ มีลักษณะดังนี้

1. ปัจเจกบุคคลขาดการเข้าร่วมกับวิถีชีวิตของกลุ่มอย่างเข้มข้น ดังนั้น ถ้าเขาจะฆ่าตัวตายก็ จะไม่ถูกยับยั้งจากความรู้สึกส่วนลึกที่มีความผูกพันหรือมีพันธะต่อผู้อื่น และเขาจะไม่คำนึงถึงผลจากการฆ่าตัวตายของเขาต่อกลุ่มหรือผู้อื่น

2. ปัจเจกบุคคลขาดความรู้สึกที่ต้องการจะทำให้ชีวิตของตนมีค่า ขณะเดียวกันก็มีลักษณะที่ บุคคลนั้นมีความผูกพันกับคนรอบข้างน้อย

3. ปัจเจกบุคคลขาดการคำนึงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกจากกลุ่ม ดังนั้น การขาดที่พึ่งทางใจ และรู้สึกว่าไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้ปัจเจกบุคคลรู้สึกโดดเดี่ยวและกลายเป็นบุคคลที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่สาเหตุการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเพื่อตนเองจึงเป็นผลจากการขาดประสิทธิภาพในการผสมผสานความเป็นปัจเจกบุคคลกับสังคม รวมไปถึงการผสมผสานความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างบุคคลและชีวิตครอบครัวด้วย

ดังนั้น การฆ่าตัวตายเพื่อตนเองตามแนวคิดของเดอร์ไคม์ ที่เชื่อว่าบุคคลนั้นมองว่าตนถูกแยก ส่วนออกมาจากสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ สังคมมองไม่เห็นตัวเขา จึงฆ่าตัวตายเพราะคิดว่าเขาไม่มีประโยชน์ที่จะอยู่ในสังคมต่อไป

2.2) ปัจจัยทำนายอื่น ๆ

(1) ประวัติพยายามฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเองก่อนหน้านี้ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตวิทยาที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ถูกต้องที่สุด (Chang, Gitlin & Patel, 2011) ในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนซึ่งส่วนใหญ่

เป็นไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ (บัลลอย นนทะน้า, 2545; โอฟาร ยิงเสรี และศศิธร ยิงเสรี, 2553) และพบว่า 1 ใน 3 มีการแสดงเจตนาว่าจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน ซึ่งอาจกระทำด้วยคำพูดหรือเขียนจดหมายลาตาย และการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดขึ้นภายในเวลา 90 วันหลังจากทำในครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสำเร็จทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำเลยประมาณ ร้อยละ 40 (WHO อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2548) ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายเคยมีความพยายามก่อนหน้านี้ และร้อยละ 1 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จภายใน 1 ปี (Chang, Gitlin & Patel, 2011) และมากกว่าร้อยละ 5 ฆ่าตัวตายสำเร็จภายใน 10 ปี (Tintinalli & Judith, 2010) ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว พบว่า ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่มีประวัติของการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว (Stuart & Laraia, 2005) ญาติลำดับแรกของผู้ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 2.8 เท่า (McGuffin cited in Boyd, 2005)

การทำร้ายตนเองมักไม่ใช่การพยายามฆ่าตัวตายและส่วนใหญ่ผู้ที่ทำร้ายตัวเองไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย (Greydanus & Shek, 2009) อย่างไรก็ตามบางคนที่ทำร้ายตนเองยังคงต้องจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงต่อการทำอันตรายตนเอง และอาจฆ่าตัวตายได้ (Greydanus & Shek, 2009) จากการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2548) พบว่าผู้ทำร้ายตนเองที่ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองลงมีจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่มักทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจ ซึ่งถือเป็นวิธีการหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือ ผู้ทำร้ายตนเองโดยไม่เสียชีวิตรวมเป็นหญิงมากกว่าชาย และส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เป็นกระทำได้อย่างหุนหันพลันแล่นโดยไม่ได้อำนาจวางแผนไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทำในเวลาและสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาช่วยเหลือ และองค์การอนามัยโลก (2013) รายงานว่าผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 10- 20 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกสูงถึง 100 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา

(2) ประวัติทางจิตวิทยาอื่น ๆ

ปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น สิ้นหวัง สูญเสียความสุขในชีวิต ภาวะซึมเศร้าและทุกข์ระทม (Kutcher & Chehil, 2012) ไร้ความสามารถในการแก้ปัญหา การสูญเสียความสามารถที่เคยใช้การได้ และควบคุมแรงกระตุ้นได้ไม่ดี (Kutcher & Chehil, 2012; Joiner, Brown & Wingate, 2005) ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ คนเหล่านี้มักกำลังเผชิญกับความเจ็บปวดทางจิตใจที่ทำให้รู้สึกทรมานไม่ได้ รู้สึกถูกบีบคั้นทำให้มองไม่เห็นทางออกจึงตัดสินใจฆ่าตัวตาย ในวัยกลางคน การรับรู้ถึงความยากลำบากเป็นสิ่งสำคัญ (Van Orden & Conwell, 2011) ในผู้ป่วยที่มีอาการสับสน วุ่นวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความเสี่ยงมากขึ้น (Bostwick & Rackley, 2007) ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน การว่างงาน หรือถูกแยกออกจากสังคม เพิ่มความเสี่ยง (Kutcher & Chehil, 2012)

Shneidman (1993) ได้อธิบายถึง “3P model” ที่ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเจ็บปวด (pain) ความทุกข์ใจ (perturbation) และความกดดัน (presses) ซึ่งความเจ็บปวดมองในด้านจิตใจ

รวมถึงการเจ็บปวดด้านร่างกายนั้นส่งผลต่อจิตใจ ส่วนความทุกข์ใจเป็นระดับของอารมณ์ที่เป็นผลตามมาจากการควบคุมแรงผลักดัน และความกดดันเป็นสิ่งเร้าให้รุนแรงขึ้น ซึ่งแรงกดดันของแต่ละบุคคลอาจจะมาจากภายในตัวเอง จากสังคม หรือหลาย ๆ สิ่งรวมกัน Shneidman (1993) อธิบายว่าการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้น เมื่อเกิดความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ จากการไม่ได้รับการตอบสนอง มีระดับอารมณ์ความทุกข์ใจและความกดดันระดับสูง เป็นความเจ็บปวดของจิตใจที่ไม่สามารถต้านทานได้ ไม่สามารถทนทานได้ และไม่สามารถยอมรับได้

3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.1) ด้านสังคม การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบในเชิงสังคม วิทยามีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปลาย ศตวรรษที่ 19 โดย ในปี 1897 Emile Durkheim นักสังคมวิทยา ชาวฝรั่งเศส เขียนหนังสือชื่อ Suicide เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และนำมาใช้อธิบาย และแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายของบุคคลในสังคมมาเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบัน โดย Emile Durkheim (1951) พัฒนาทฤษฎี “Durkheim’s theory” โดยได้สรุปว่าการ ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของอิทธิพลของสังคม (social force) 2 ประการ ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) และข้อบังคับและกรอบทางศีลธรรม (moral regulation) และเชื่อว่ากลไกการฆ่าตัวตายมีอยู่ 4 แบบ ได้แก่ egoistic suicide, altruistic suicide, anomic suicide และ fatalistic suicide

(1) egoistic suicide คือการถือเอาตนเองเป็นใหญ่ ซึ่งหมายถึงการฆ่าตัวตายที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมน้อยเกินไป หรืออีกนัยหนึ่งคือการที่ไม่ได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมักเกิดในภาวะที่ประเทศมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนขาดประสิทธิภาพในการผสมผสานความเป็นตัวตนของบุคคลกับสังคม รวมถึงการผสมผสานความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างบุคคลและชีวิตครอบครัวด้วย ดังนั้น ถ้าครอบครัวมีความผูกพันยึดมั่นกันอย่างมั่นคงมาก ยิ่งเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อการฆ่าตัวตายได้ดี เชื่อมโยงจากครอบครัวถึงชุมชนที่พบว่าในสังคมที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำเป็นผลมาจากสังคมนั้นมีความเข้มแข็งในการผสมผสานการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนสามารถดึงบุคคลในลดความเป็นตัวตนและเข้าไปในวิถีชีวิตของสังคมได้ ซึ่งจะช่วยยับยั้งความเป็นตัวตนที่สูงมากเกินไป สังคมนั้นจึงมีความรักความผูกพันได้อย่างเข้มแข็ง แต่เมื่อใดบุคคลใดบุคคลหนึ่งมองว่าตนถูกแยกออกจากสังคม ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม มีความรู้สึกที่ตนไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ คิดว่าสังคมมองไม่เห็นตัวเขา จึงแยกตัวออกจากสังคม และไม่สามารถกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อีก ไม่มีประโยชน์ที่จะอยู่ในสังคมนีต่อไป ไม่มีคุณค่าอะไรกับสังคม จึงเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายในเหตุผลที่บุคคลรู้สึกว่าไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Stein & Wilkinson, 2007) ผู้ที่ไม่เคยได้แต่งงานมีความเสี่ยงมากขึ้น (Chang, Gitlin & Patel, 2011) บุคคลที่รู้สึกสิ้นหวังและขาดที่พึ่ง ความหวังเหมือนเป็นสิ่งที่จะเป็นไปได้เป็นการให้สัญญาตัวเองสำหรับอนาคต บุคคลซึ่งมีประสบการณ์ความสิ้นหวังรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มีความเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีทางออกรวมทั้งการขาดที่พึ่งจะทำให้รู้สึกหมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Shives, 2005) การรักษาหน้าหรือปลดปล่อย (an attempt to “save face” or seek a release) บุคคลที่เคยมีความสามารถความสำเร็จและได้รับการยกย่องมาก่อน หากเกิดความล้มเหลวขึ้นอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายเพื่อรักษาหน้าหรือเพื่อบรรเทาความรับผิดชอบในความล้มเหลว เช่น นักธุรกิจที่ล้มละลายหาทางออกด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย

เพื่อหนีความล้มเหลวในชีวิต (Shives, 2005) ในประเทศไทยการศึกษาของ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ (2547) และเชมิกาญจน์ ไพฑูรย์ ฌนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธิรังสี (2551) พบว่าการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับ ปัญหาเรื่องสัมพันธ์ทางสังคม สถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับคู่สมรสไม่ราบรื่น และงานวิจัยของ โอฬาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี (2553) ที่ค้นพบว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นปัญหาความสัมพันธ์ใน ครอบครัว รองลงมาเป็นปัญหาการเงิน

(2) altruistic suicide คือการถือเอาคนอื่นเป็นใหญ่หรือเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากเกินไปโดยจะเป็นผู้ที่อุทิศตนให้แก่กลุ่มหรือสังคมมากเกินไปจน สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและเป้าหมายในการดำรงชีวิตของตนเอง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง โดยจะเป็นการฆ่าตัวตายเพื่อเป้าหมายของกลุ่มหรือสังคม อย่างไรก็ตาม Durkheim ให้ความสำคัญกับการฆ่า ตัวตายแบบ egoistic suicide มากกว่า altruistic suicide การฆ่าตัวตายในรูปแบบนี้คือ การพลีชีพ เป็นผล มาจากการที่บุคคลยอมให้คนอื่นหรือสังคม หรือสิ่งอื่นใดที่เขาศรัทธาหรือยึดมั่นมาอยู่เหนือชีวิตตนเอง เป็นการ ตายหรือพลีชีพให้กับสังคมนั้นเพื่อให้สังคมอยู่ได้ เช่น พลิชีพให้กับจักรพรรดิ หรือพลีชีพให้พระอัลเลาะห์ที่เขา ศรัทธา เนื่องจากอำนาจความเชื่อของกลุ่ม ซึ่งมีความเคร่งครัดมากในการสละชีพเพื่อแสดงความจงรักภักดีต่อ สิ่งที่น่าเชื่อถือ การฆ่าตัวตายแบบนี้มีมากในสังคมและในกองทัพสมัยโบราณ ที่มีรูปแบบบังคับให้บุคคลต้องเชื่อฟัง และยอมตาม โดยการสละชีวิตเพื่อเป้าหมายสูงสุดของกลุ่ม เช่น การสละชีวิตของทหารญี่ปุ่นในฝูงบิน Kamikaze ที่ขับเครื่องบินเข้าชนเรือของข้าศึกโดยยอมพลีชีพ และถูกยกย่องว่าเป็นการกระทำที่มีความหมาย เป็นการเสียสละเพื่อชาติ ในปัจจุบันมีผู้พลีชีพโดยใช้ระเบิดพลีชีพเพื่อปฏิบัติการทางการเมืองหรือการก่อการ ร้ายเพื่อหวังผลให้กลุ่มตนเองชนะหรือได้เปรียบมากขึ้น

(3) anomic suicide คือการสูญเสียสถานะของตนเอง การฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากการที่ บุคคลอยู่ในสังคมที่มีข้อบังคับและกรอบทางศีลธรรมน้อยเกินไป ทั้งนี้ Durkheim ได้แบ่งการฆ่าตัวตาย ลักษณะนี้ออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ ความผิดปกติทางเศรษฐกิจเฉียบพลัน (acute economic anomie) ความผิดปกติทางเศรษฐกิจเฉียบเรื้อรัง (chronic economic anomie) ความผิดปกติในครอบครัวเฉียบพลัน (acute domestic anomie) และความผิดปกติในครอบครัวเรื้อรัง (chronic domestic anomie) โดยที่ acute economic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการที่สถาบันหลักในสังคมดั้งเดิมสูญเสีย ความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางสังคม ของบุคคลในระยะสั้น chronic economic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากข้อบังคับดั้งเดิมของสังคมดั้งเดิมได้ล่มสลายลงอันเป็นผลมาจากการพัฒนาทาง เศรษฐกิจในระยะยาวเช่น การปฏิวัติอุตสาหกรรมทำให้คนขาดกรอบในการดำเนินชีวิต ขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และ acute domestic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง อย่างฉับ พลันของสังคมระดับจุลภาค เช่น ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่เผชิญไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้น ได้ ในขณะที่ chronic domestic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระยะยาวและเป็นการ ถาวรของข้อบังคับในสังคมระดับจุลภาค โดยเน้นหนักไปที่ครอบครัว โดยทั้ง 4 แบบเป็นผลมาจากความไม่ สมดุลของความต้องการ และหนทางในการตอบสนองความต้องการ กล่าวคือ เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการ เปลี่ยนแปลงบทบาทของสถาบันทางสังคมดั้งเดิมอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่

รวดเร็วเมื่อบุคคลรู้สึกถึงการสูญเสียและไม่สามารถควบคุมได้จะกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย จากเกิดการสูญเสียสถานภาพของตนในสังคม เช่น การล้มละลาย ซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นผลมาจากเศรษฐกิจ การเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต มีความต้องการหรือมีความพอใจที่ไม่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคม บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง สับสน ไม่สามารถเผชิญกับโอกาสใหม่ที่เขาเข้ามาในชีวิตของเขาได้ มีความเปลี่ยนแปลงทั้งครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เมื่อทุกอย่างเปลี่ยนไปหมดจนไม่สามารถควบคุมได้ ไม่รู้จะจัดการอย่างไร เพราะ มันเปลี่ยนเร็วจนเขาไม่สามารถเผชิญแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ จึงรู้สึกว่าทุกข์มาก จนไม่มีอะไรยึดเหนี่ยว ควบคุมไม่ได้ จึงฆ่าตัวตายดีกว่ามีชีวิตอยู่

(4) fatalistic suicide เป็นการฆ่าตัวตายแบบชะตากำหนด การฆ่าตัวตายชนิดนี้ตรงกันข้ามกับ anomic suicide เป็นผลมาจากสังคมควบคุมหรือวางระเบียบบุคคลมากเกินไป เช่น การฆ่าตัวตายของกลุ่มคนที่เป่ร็นทาส ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ ซึ่งทั้งหมด เกิดมาจาก ความบีบคั้นทางร่างกาย หรือการปกครองที่มีการกดขี่ ใช้อำนาจ มากเกินไป ถูกปิดกั้นความพยายามของ บุคคลที่จะทำตามความปรารถนา หรือเกิดกับบุคคลที่ เกือบดจากระเบียบ กฎเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่มากเกินไป ซึ่ง Durkheim ได้กล่าวว่าการฆ่าตัวตายชนิดนี้อาจพบ ได้น้อยมีความสำคัญลดลงในสังคมสมัยใหม่

นอกจากนี้ Erwin (Erwin, 1969) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย สาเหตุหนึ่งหนึ่งมาจากสภาพสังคม จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตาย พบว่า องค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือสถาบันทางสังคม ในสังคมที่สับสน มีการแก่งแย่งชิงดี ชิงเด่น ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเองในสังคม ผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้ เพราะจะประสบความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับอายอดสู คับแค้นใจในโชคชะตาและการกระทำของตนเอง ในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้เงื่อนไขทางสังคม สถาบันครอบครัวก็ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาของ Zilboorg (Zilboorg, 1969) พบว่า บุคคลที่มีประวัติฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวแตกแยก และหมายถึงลักษณะครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่บิดาหรือมารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจากหรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดาและมารดา สภาพบรรยากาศของครอบครัวแบบนี้ล้วนแต่จะสร้างประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ (traumatic experience) และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์และสังคม ไม่มั่นคง (emotional & social instability) บุคลิกภาพที่อ่อนแอจะเป็นสาเหตุจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มกระทำการฆ่าตัวตายได้ง่าย

3.2) สื่อ (media) สื่อรวมทั้งอินเทอร์เน็ต มีบทบาทสำคัญ และมีอิทธิพลอย่างมากต่อการฆ่าตัวตายในภาพยนตร์เรื่อง Goethe's The Sorrows of Young Werther เนื้อหาของเรื่องมีการฆ่าตัวตายเนื่องจากปัญหาความรักสามเส้า ที่เกี่ยวข้องกับชาร์ลอตต์ (ภาพที่หลุมฝังศพของเขา) บางตอนของเรื่องเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย ซึ่งรู้กันดีว่าในชื่อว่า “Werther effect” (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) ภาพบางตอนของการกระทำการฆ่าตัวตายเพิ่มสถานการณ์ให้ดูโดดเด่น หรือเน้นจินตนาในการฆ่าตัวตาย จะที่มีผลกระทบมากที่สุด (Bohanna & Wang, 2012) และโดยเฉพาะเมื่อมีคำอธิบายถึงรายละเอียดของวิธีการฆ่าตัวเองโดยเฉพาะการพรรณนาวิธีการฆ่าตัวตาย อาจทำให้การฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Yip et al., 2012) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบในการฆ่าตัวตายที่เรียกว่า “Werther effect” ซึ่งตั้งชื่อตามตัว

เอกในละคร เรื่อง ความระทมทุกข์ของ Werther ที่ฆ่าตัวตายแล้วถูกนำมาลอกเลียนแบบโดยผู้ที่นิยมในเนื้อหา มากมาย (Sisask & Värnik, 2012) ความเสี่ยงนี้มีมากขึ้นในวัยรุ่นที่อาจมีจินตนาการถึงความตาย (Stack, 2005) ปรากฏเป็นข่าวที่มีผลกระทบต่อ สื่อบันเทิงที่กำลังวอดวาย (Pirkis, 2009; Shrivastava, Kimbrell & Lester, 2012) ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าถ้าจะหาข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายบนอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับความ เสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mok, Jorm & Pirkis, 2015) ตรงกันข้ามผลของ Werther จะนำเสนอ “Papageno effect” ซึ่งครอบคลุมถึงประสิทธิภาพของกลไกในการแก้ไขปัญหามีผลในการป้องกัน คำนี้มาจาก ลักษณะนิสัยของตัวละครโมสาร์ท เรื่อง ขลุ่ยวิเศษ - กลัวการสูญเสียของรัก เขาวางแผนฆ่าตัวตายจนกระทั่ง เพื่อนของเขาช่วยไว้ได้ (Sisask & Värnik, 2012) เมื่อสื่อแนะนำดังนี้ การรายงานความเสี่ยงของการฆ่าตัว ตายสามารถลดลงได้ (Bohanna & Wang, 2012) "อย่างไรก็ตาม อาจเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ ยาว (Bohanna & Wang, 2012)

3.3) การเลี้ยงดู การปรับตัวเป็นผลจากการเลี้ยงดู เนื่องจากการเลี้ยงดูมีผลต่อความคิด ความรู้สึก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลซึ่งกันและกัน การเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะที่ ต่างกัน เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัยบุคคลนั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็น คนที่มองโลกตามความเป็นจริง มองมุมบวก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อย่างไรก็ตามแม้เราจะยังไม่สามารถสรุปได้ ว่าอะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่แท้จริงของการฆ่าตัวตาย แต่จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ มักพบในลักษณะ คล้าย ๆ กันว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ความแออัดของชุมชน วัฒนธรรม ศาสนา และชาติกำเนิด นอกจากนี้ยังขึ้นกับสภาพแวดล้อมในครอบครัว บุคลิกภาพและสภาพจิตใจของคน ๆ นั้นอีกด้วย (สุชาติ พหลภาคย์, 2555)

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ความยากจนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Stark, Riordan & O'Connor, 2011) ความ เสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับความยากจนสัมพัทธ์ที่เพิ่มขึ้น (Daly, 2012) ในปี 1997 เกษตรกรกว่า 200,000 คนในอินเดียเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเนื่องมาจากปัญหานี้สิน (Lerner, 2010) ใน ประเทศจีน การฆ่าตัวตายเป็นอันดับสามในภูมิภาคชนบทมีแนวโน้มเหมือนเขตเมือง บางส่วนเชื่อได้ว่า เนื่องจากปัญหาทางการเงินในพื้นที่ของประเทศ (Law & Liu, 2008) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางคนมีความหวัง ที่จะให้บุคคลใกล้ชิดหันมาสนใจตนเอง โดยการร้องขอความช่วยเหลือ และพยายามฆ่าตัวตายเพื่อจะได้รับ ความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงอายุ 49 ปี ประสบปัญหาทางการเงินมีการพยายามฆ่าตัวตาย โดยกินยา นอนหลับเกินขนาด หวังว่าคู่รักจะมาให้ความสนใจในธุรกิจของเธอจะมากู้คืนด้านการเงิน (Shives, 2005) การ ศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบในทำนองเดียวกัน โดยบัวลอย นนทะน้า (2545) ใช้การวิจัยแบบพรรณนาอธิบาย คุณลักษณะของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง เศรษฐฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และการฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากปัญหา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของโอฟาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี (2553)

5) ปัจจัยด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ

การดำรงตนในศาสนาอาจลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Koenig, 2009) ในหลายศาสนาใช้เป็นเหตุผลในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Koenig, 2009) ในคนมุสลิมที่เคร่งศาสนา ปรากฏว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสนับสนุนนี้ไม่แข็งแรงพอ (Lester, 2006) ไม่ปรากฏความแตกต่างในอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (Lester, 2006) หญิงสาวในตะวันออกกลางอาจมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูง (Rezaeian, 2010)

5.1) ความเชื่อ (belief)

ความปรารถนาหรือความนึกฝันที่จะเกิดใหม่ (a reunion wish or fantasy) มีกรณีศึกษาจากบทความในหนังสือพิมพ์ การตายของผู้ชายสูงอายุ ซึ่งภรรยาเพิ่งเสียชีวิต เขาได้เขียนบันทึกถึงบุตรของเขาว่าเขาไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยปราศจากภรรยา และเขามีความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย ว่าเขาจะได้อยู่ร่วมกับภรรยาอีกครั้ง (Shives, 2005) และความเชื่อนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Durkheim เกี่ยวกับ altruistic suicide คือการถือเอาคนอื่นเป็นใหญ่หรือเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง เป็นผู้ที่ถูกทิศตนให้แก่กลุ่มหรือสังคมมากเกินไปจนสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและเป้าหมายในการดำรงชีวิตของตนเอง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง โดยจะเป็นการฆ่าตัวตายเพื่อเป้าหมายของกลุ่มหรือสังคม หรือความศรัทธา เพื่อแสดงความจงรักภักดีต่อสิ่งที่นับถือ โดยการสละชีวิตเพื่อเป้าหมายสูงสุดของกลุ่ม

5.2) ความมีเหตุผล (rational)

เหตุผลในฆ่าตัวตายเป็นเหตุผลที่ต้องการทำต่อชีวิตของตนเองแม้บางคนจะพิจารณาว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไม่มีเหตุผล ในหลาย ๆ ประเทศมีแนวปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ว่าการกระทำการุณยฆาตและการช่วยให้ฆ่าตัวตายในกลุ่มคนที่มีความยากจน มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ความเป็นไปได้ (Conejero, Olié, Courtet & Calati, 2018; Calabrò et al., 2016) และได้รับการสนับสนุน โดยกฎหมายกล่าวอ้างถึงสิทธิที่จะตาย (Calabrò et al., 2016) และการฆ่าตัวตายเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นเรียกว่า “ฆ่าตัวตายเพราะผลประโยชน์อื่น” (altruistic suicide) (Moody, 2010) ตัวอย่าง เช่น ผู้ที่อายุมากกว่าขอจบชีวิตตนเอง เพื่อปล่อยให้มีอาหารเพียงพอสำหรับคนอายุน้อยกว่าในชุมชน (Moody, 2010) การฆ่าตัวตายในบางวัฒนธรรม เช่น ชาวเอสกิโม (inuit cultures) เห็นว่าเป็นการกระทำด้วยความเคารพ ความกล้าหาญ หรือเป็นภูมิปัญญา (Hales & Simon, 2012) ระเบิดพลีชีพ คือ การกระทำทางการเมือง หรือศาสนาที่ผู้โจมตีจะใช้ความรุนแรงกับคนอื่นซึ่งพวกเขาเข้าใจในผลลัพธ์ว่าตนเองต้องตาย (Sobh, 2010) ผู้กระทำการระเบิดพลีชีพมีความปรารถนาที่จะตายหรือมีแรงจูงใจอย่างเคร่งครัด (Rozanov & Carli, 2012) Kamikaze เป็นภารกิจที่สูงสุดจากเหตุผลหรือภาระผูกพันทางศีลธรรม (Hales & Simon, 2012) การฆาตกรรมและฆ่าตัวตายอย่างโหดร้าย คือ การฆาตกรรมและฆ่าตัวตายตามภายในสัปดาห์ (Eliason, 2009) การฆ่าตัวตายหมู่ (Mass suicides) มักจะดำเนินการภายใต้ความดันทางสังคมที่สมาชิกกระทำตามผู้นำ (Kornblum & Smith, 2011) การฆ่าตัวตายหมู่โดยมีเพียงสองคน มักเรียกว่าฆ่าตัวตายตามสัญญา (Campbell & Jean (2004) ในสถานการณ์ที่สุดจะทรมานอยู่ต่อไปได้บางคนฆ่าตัว

ตายโดยวิธีการหลบหนี (Veatch, 1997; Warburton, 2004) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่า นักโทษในค่ายกักกันนาซีฆ่าตัวเอง โดยการหนีที่จูงใจไปสัมผัสรั้วไฟฟ้า (Gutman & Berenbaum, 1998)

6) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

6.1) การใช้สุราและสารเสพติด (alcohol and substance misuse)

การติดสุรา (alcohol dependence) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียด อาจจะทำให้มีอาการมึนเมา หรือหงุดหงิดได้ง่าย ในผู้ที่คิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เพราะการเมาสุราหรือสารเสพติด ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น นำไปสู่การฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติทางจิต (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011) และการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงทั่วไปในลำดับที่สองของการฆ่าตัวตายรองจากโรคซึมเศร้าและโรคสองขั้ว (Levin, Culkun & Perrotto, 2001) ทั้งการใช้สารเสพติดเรื้อรังและภาวะเป็นพิษเฉียบพลันมีความเกี่ยวข้องกัน (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011; Fadem, 2004) เมื่อรวมกับความเศร้าโศกส่วนบุคคล เช่น การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (Fadem, 2004) ซึ่งการฆ่าตัวตายของคนส่วนใหญ่มักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดที่ถูกสะกดจิตโดยกล่อมประสาท เช่น แอลกอฮอล์ หรือยาคลายวิตกกังวล (Youssef & Rich, 2008)

6.2) ปัญหาการติดการพนัน (problem gambling)

ปัญหาจากการพนันเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย และความพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Pallanti, Rossi & Hollander, 2006) ร้อยละ 12–24 ของผู้ที่เล่นพนันจนหมดตัวพยายามฆ่าตัวตาย (Oliveira, Silveira & Silva, 2008) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ในผู้ที่ติดการพนันที่มีการเจ็บป่วยทางจิต การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Hansen & Rossow, 2008)

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาทั้งหมดนี้อาจสรุปได้เป็น 4 ปัจจัยหลัก ดังที่ Krug et al., (2002) ได้สรุปรายงานการฆ่าตัวตายด้วยตัวแบบนิเวศวิทยา (ecological model: suicide) ในหัวข้อสุขภาพและความรุนแรงโลกขององค์การอนามัยโลก ในปี 2002 ว่าการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) ดังนี้

1.ด้านบุคคล (individual)

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิต การติดสารเสพติด มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ หรือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsive behavior) มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีทักษะในการเผชิญกับปัญหา (coping skill) และทักษะในการแก้ไขปัญหา (problem solving skill) เหตุผลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ ความเชื่อและศีลธรรมที่ค้ำประกันการฆ่าตัวตาย

2.ด้านความสัมพันธ์ (relationship)

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความขัดแย้งสูงหรือใช้ความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตาย

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสถาบันทางสังคม การสนับสนุนความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ

3.ด้านชุมชน (community)

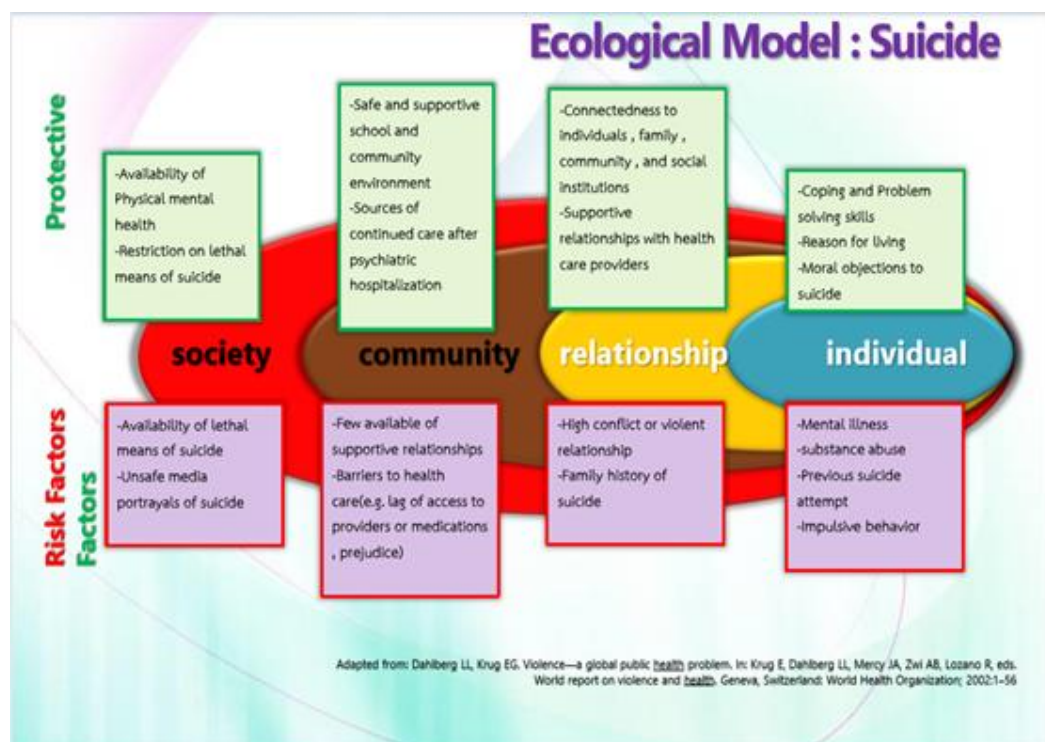
ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีสิ่งสนับสนุนในความสัมพันธ์น้อย มีอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ (เช่น การเข้าถึงบริการผู้ให้บริการหรือยาฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกที่ไม่ดีมาก่อนหน้า)

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ โรงเรียนและชุมชนแวดล้อมให้การสนับสนุนด้านความปลอดภัย มีแหล่งทรัพยากรในการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

4.ด้านสังคม (society)

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตายได้ง่าย สื่อที่ไม่ปลอดภัย เช่น ภาพการฆ่าตัวตาย การนำเสนอข่าวสารที่ไม่มีการควบคุมความเหมาะสมของเนื้อหา ไม่มีนโยบาย/กฎหมายควบคุมการเข้าถึงวัตถุอันตราย

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ มีนโยบาย/กฎหมายจำกัดการเข้าถึงวัตถุอันตราย/วิธีการฆ่าตัวตาย ดังภาพที่



ภาพที่ 5 ตัวแบบนิเวศวิทยาการฆ่าตัวตายของ Krug et al., (2002)

สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย

บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักจะทิ้งร่องรอยหรือสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ ร้อยละ 80 ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล (2548) กล่าวว่าส่วนใหญ่ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือนอะไรบางอย่างออกมาให้คนรอบข้าง เช่น พูดเปรย ๆ ว่าไม่อยากอยู่ หรือครอบครัวจะดีกว่านี้ถ้าไม่มีตัวเองอยู่ ชีวิตนี้ไม่เหลืออะไรแล้ว หรือมีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ซื้อมาเก็บไว้มาก ๆ ซื้อสารอันตรายที่ไม่จำเป็นต้องใช้มาเก็บไว้ เขียนจดหมายลาตาย หรือพูดทำนองเสี่ยงกับคนอื่น ๆ สัญญาณอันตรายของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้

- 1) แยกตัว ไม่พูดกับใคร
- 2) มีคนในครอบครัวฆ่าตัวตายมาก่อน
- 3) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว
- 4) มีแผนฆ่าตัวตายที่แน่นอน โดยดูได้จากแจกจ่ายของรักของหวง พูดจาฝากฝังคนข้างหลังจัดการงานหรือทรัพย์สินให้เรียบร้อย
- 5) เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง
- 6) ติดเหล้าหรือยาเสพติด
- 7) ทรมานจากโรคจนต้องพึ่งยารักษาประจำ และนอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานาน ๆ
- 8) ชอบพูดเปรย ๆ ว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- 9) ประสบปัญหาชีวิต เช่น ล้มละลาย สูญเสียคนรักกะทันหัน เป็นโรคเรื้อรัง พิกุลจากอุบัติเหตุ
- 10) มีอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ที่น่าระวังคือ เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้าม จากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานาน กลับดูสบายใจอย่างผิดปกติ ช่วงนี้แสดงว่าเขารวบรวมความกล้าและตัดสินใจแน่วแน่แล้วว่า จะฆ่าตัวตาย

Shives (2005) แบ่งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

- 1) สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายจากคำพูด (verbal suicidal clues) ตัวอย่างเช่น มีการพูดเกี่ยวกับความตาย การทำสัญญากับบุคคลสำคัญ “การถามเกี่ยวกับขนาดของยา”
- 2) สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายจากพฤติกรรม (behavioral suicidal clues) ตัวอย่างเช่น การเขียนบันทึกเกี่ยวกับความผิดหวังในความรัก การส่งข่าวความโกรธไปยังบุคคลสำคัญอื่น การให้สิ่งของแก่บุคคลอื่น การทำพินัยกรรม เป็นต้น

3) สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายจากสถานการณ์ (situational suicidal clues) ตัวอย่างเช่น การตายของคนรักโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน การหย่า ความล้มเหลวของงาน หรือบุคคลได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ร่องรอยของสถานการณ์ที่รุนแรงฉับพลันจะทำให้บุคคลมีความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายสูง

McClure et al. (2014) แบ่งสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายไว้ 2 แบบ คือ

1) พฤติกรรมทางตรง ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดด้านลบ ความปรารถนาที่จะตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย

2) พฤติกรรมทางอ้อม เช่น แกล้งทำประมาทเลินเล่อหรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความเสี่ยง การแยกตัวเองจากครอบครัวเพื่อนและสังคม การนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป การเสพยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

■ การฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราหรือสารเสพติด

Gelder, Mayou, & Geddes (1999) ให้ความหมายการติดสุราว่า มีลักษณะเด่น คือ มีการดื่มแบบติดเป็นระยะเวลานาน จนทำให้การทำงานของตับเสียไป มีการดื้อสุรา และผู้ที่ดื่มจนติดจะดื่มอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อวัน ในที่สุดทำให้เกิดอาการถอนพิษสุรา หลายคนที่ติดสุราต้องดื่มในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอนด้วย การติดสุราจึงเป็นลักษณะของการเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มไม่สามารถอดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ (American Psychiatric Association, 1994) ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่า มีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา จนเกิดการเสพติดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ติดสุรา (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศ (โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์, 2556) ผลกระทบจากการดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหามากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา ซึ่งสามารถทำให้เกิดโรคร่วมต่างๆ ตามมา และถ้าผู้ติดสุรามีโรคร่วมทางจิตเวชด้วยจะส่งผลกระทบมากขึ้นกลายเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน เช่น อาการโรคจิตและทำร้ายตัวเอง

Regier et al. (1990) ทำการศึกษาระบาดวิทยา epidemiologic catchment area study (ECA) ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่า ในประชากรทั่วไปพบโรคจิตเวชได้ร้อยละ 19.9 แต่ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 36.6 โอกาสที่จะพบโรคทางจิตเวชร่วมกับภาวะติดสารเสพติดจะยิ่งสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด ในสถานพยาบาลเฉพาะทาง จิตเวชหรือสถานบำบัดยาเสพติด ส่วนในประเทศไทย การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2551 (Junsirimongkol et al., 2011) กลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมดนั้น พบโรคจิตเวชร่วมในปัจจุบัน ร้อยละ 7.1 โดยพบร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 4.6 รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 2.8 และยังพบว่า ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา มีโรคจิตร่วมสูงถึง 3.8 เท่าของผู้ไม่ดื่มสุรา การศึกษาในผู้ดื่มสุราของสาวิตรี อัมณางค์กรชัยและคณะ (2552) พบภาวะโรคจิต ร้อยละ 27.5 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ร้อยละ 18.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser et al. (2000) ที่พบโรคทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภท นอกจากนี้การศึกษาความชุกของการดื่มสุราและการติดสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบมีความชุกของการใช้สุรารวมอยู่ระหว่างร้อยละ 37.7-62.3 (มณฑนา กิตติพิรชล, 2551) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น อาการโรคจิตและทำร้ายตัวเอง ซึ่งมักไม่สามารถให้การรักษารักษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิได้ สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชและภาวะโรคร่วมของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในคลินิกอดสุราโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ของกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรืองและคณะ (2550) ที่พบว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราได้รับการวินิจฉัยโรคพบมากที่สุด คือ อาการทางจิตจากสุรา ภาวะติดสุรา และภาวะขาดสุรา ร้อยละ 41.4, 38.5 และ 10.1 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ของอรัญญา แพทย์และคณะ (2554) กลับพบว่าผู้ป่วยสุรามีโรค จิตเวชถึง ร้อยละ 60 ได้แก่ กลุ่มโรคจิตร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ พฤติกรรมทำร้ายตัวเองร้อยละ 18.5

การติดสุรา (alcohol dependence) ผู้ที่ติดสุรามักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ประกอบกับฤทธิ์ของสุรามีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียด อาจจะทำให้มีอาการซึมเศร้า หรือหงุดหงิดได้ง่าย อารมณ์ควบคุมตัวเองไม่ได้ ในผู้ที่คิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เพราะการเมาสุราหรือสารเสพติด ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาพฤติกรรมผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนจะพบว่าถ้ายังคงดื่มสุรามีโอกาสที่จะมีการฆ่าตัวตายซ้ำในภายหลังได้ปัจจัยเสี่ยงในผู้ติดสุราที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายมี 6 ปัจจัย คือ ดื่มสุราอย่างหนัก พุดหรือกระทำการที่บ่งบอกถึงการฆ่าตัวตาย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย โรคซึมเศร้า ว่างงาน และอยู่คนเดียวตามลำพัง นอกจากนี้โรคพิษสุราเรื้อรังยังเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ความยากจน อาชญากรรม ปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น และในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย และมักจะมีการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เพราะอารมณ์ควบคุมตัวเองไม่ได้ (WHO อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ที่ติดสุราจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ร้อยละ 20 ต่อปี (Shives, 2005) ผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ในประเทศที่มีอัตราการใช้สุราสูงและมีร้านจำหน่ายหนาแน่นมากกว่าโดยทั่วไปจะมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูง (Sher, 2006) ประมาณ ร้อยละ 2.2-3.4 ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังจบชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย (Sher, 2006) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะเป็นชายสูงอายุ และมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011) ในวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก จะมีความผิดปกติของระบบประสาทและทางจิต อาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Sher, 2007)

การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงทั่วไปในลำดับที่สองของการฆ่าตัวตายรองจากโรคซึมเศร้าและโรคสองขั้ว (Levin, Culkin & Perrotto, 2001) ทั้งการใช้สารเสพติดเรื้อรังและภาวะเป็นพิษเฉียบพลันมีความเกี่ยวข้องกัน (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011; Fadem, 2004) เมื่อรวมกับความเศร้าโศกส่วนบุคคล เช่น การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (Fadem, 2004) ซึ่งการฆ่าตัวตายของคนส่วนใหญ่มักตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดที่ถูกสะกดจิตโดยกลุ่มประสาท เช่น แอลกอฮอล์ หรือยาคลายวิตก

กังวล (Youssef & Rich, 2008) นอกจากนี้การใช้เบนโซไดอะซีปีนมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลของเบนโซไดอะซีปีนถูกสงสัยว่าเกิดจากผลข้างเคียงที่ใช้รักษาอาการทางจิตหรืออาการถอนพิษ (Dodds, 2017) นอกจากนี้ การใช้โคเคนและยาบ้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสูง (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011; Darke, Kaye, McKetin & Dufou, 2008) ในผู้ที่ใช้โคเคน จะมีความเสี่ยงมากที่สุดในระยะถอนพิษ (Ayd, 2000) ผู้ที่ใช้สารละลาย (inhalants) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 20-65 (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011) ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Hughes, 2008) แต่มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่าทำไมความเกี่ยวข้องนี้ยังมีอยู่ อย่างไรก็ตาม มีการตั้งสมมติฐานว่า ผู้ที่ชอบสูบบุหรี่มักฆ่าตัวตาย บุหรี่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในเวลาต่อมาทำให้คนที่ต้องการจบชีวิตของตนเอง และบุหรี่ยังมีผลต่อเคมีในสมองมีความโน้มเอียงต่อการฆ่าตัวตาย (Hughes, 2008) อย่างไรก็ตามในผู้ที่ใช้กัญชาไม่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Vijayakumar, Kumar & Vijayakumar, 2011)

ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยพบว่าการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับผู้ที่ดื่มสุราและมีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน เคยมีอาการโรคจิต มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2543; ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2547) และบัวลอย นนทะน้า (2545) ใช้การวิจัยแบบพรรณนาอธิบายคุณลักษณะของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อทุกปีไข้มักแก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา นอกจากนี้ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2548) ได้ทบทวนองค์ความรู้ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา พบว่าผู้ติดสุรา มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.2-3.4 อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิตของผู้ติดสุรา ร้อยละ 7 ผู้ชายที่ติดสุราเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ร้อยละ 25 ผู้ติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดสุรา 5.5 เท่า

3. ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิด เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งทำให้สูญเสียผู้มีชีวิตอยู่กับความโศกเศร้า และรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา (มาโนช หลอดตระกูล, 2546) นอกจากนี้ผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายเอง หากรอดชีวิตมาได้ ก็อาจเกิดความรู้สึกผิดและถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สร้างปัญหาให้กับผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการกระทำจะเป็นไปในทิศทางที่รุนแรงขึ้นจนเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ หรือการเจ็บป่วยจากการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง ส่งผลกระทบตามมาอย่างมากมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ประเทศชาติจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ได้ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเสียชีวิต เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย ความพิการ ผลกระทบต่อความรู้สึกหรือต่อสภาพจิตใจของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของนิตยา เฉลิมพล, ชะลอ ขูพงษ์, และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ราย ของจังหวัดจันทบุรี พบว่าผลกระทบหลังจากการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจ รู้สึกโกรธ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความผิด ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2548) ได้รายงานอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำใน

ป 2546–2547 พบว่า มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอยู่ที่ 3.7 และ 3.9 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางจิตวิญญาณ เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง

2. ผลกระทบต่อครอบครัว อภิชัย มงคล และคณะ (2548) กล่าวถึงปฏิกิริยาของครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดจากการฆ่าตัวตายว่า สิ่งที่เกิดขึ้น คือ ความเศร้าโศกซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ สุขภาพจิต และวัฒนธรรม และความสัมพันธ์กับผู้ที่ฆ่าตัวตาย โดยระยะแรกจะเกิดความรู้สึกช็อก เศร้าโศกเสียใจ เปื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ตื่นกลางดึก ฝันถึงคนตาย ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลเหล่านี้อาจป่วยหรือไม่สบายทั้งทางดานร่างกายและจิตใจต่อไปได้ บางคนเกิดความคิดโกรธหรือโทษตนเอง รู้สึกผิด หรืออยากตายแทนคนคนนั้นได้ อาจเกิดภาวะความผิดปกติหลังเกิดเหตุสะท้อนขวัญจากเหตุการณ์ร้ายแรง (posttraumatic stress disorder) (มานิช หลอตระกูล, 2546) หรืออาจเกิดผลกระทบทางจิตใจของเด็กที่พ่อหรือแม่ฆ่าตัวตาย ทำให้เด็กและครอบครัวขาดผู้นำ ขาดผู้ดูแลหรือแบบอย่างที่ดีในการดำรงชีวิต เกิดความแตกแยกในครอบครัว ในการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คนในครอบครัวอาจจะดีใจที่ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต แต่ครอบครัวอาจเกิดความไม่สงบสุขจากการหวาดระแวงว่าจะเกิดการ ฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวอีก (มานิช หลอตระกูล, 2546)

3. ผลกระทบต่อสังคม การฆ่าตัวตายถือได้วาสามารถสร้างความสะท้อนขวัญได้ ทั้ง ต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและคนในสังคม อาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (กรณีการ เถาหมอ, และศิริมาเนาวรัตน์, 2542) เกิดอันตรายกับคนในสังคมในกรณีหาผู้อื่นและฆ่าตัวเอง ปัญหาสังคมจากผู้ที่สูญเสียจากการฆ่าตัวตายเช่น การใช้สารเสพติดมากขึ้น อาจเกิดการก่อกวนต่าง ๆ ทำให้สังคมไม่สงบสุข (มานิช หลอตระกูล, 2546)

4. ผลกระทบต่อประเทศชาติ เช่น ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือความพิการ หรือจากการที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือการขาดโอกาสในการทำงานจากความพิการหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรจากการฆ่าตัวตายที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของสาเหตุการตายทั้งหมดทั้งในเพศชายและเพศหญิง (กรมสุขภาพจิต, 2547) และนอกจากนี้ปัญหาการ ฆ่าตัวตายถือได้วาเป็นตัวชี้วัดความสุขอย่างหนึ่งของคนในประเทศ วาเป็นไปได้ทิศทางที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (มานิช หลอตระกูล, 2546)

อาจสรุปได้วาการฆ่าตัวตายนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ยากให้เกิดขึ้น แมแต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายเอง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ผลกระทบที่ตามมาย่อมก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ คือ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เกิดบาดแผลทั้งรุนแรงและเรื้อรังเกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ ผลทางดานจิตใจของผู้ที่กระทำอาจเกิดความรู้สึกผิด โกรธตัวเอง รู้สึกตัวเองไร้ค่าและทำให้ผู้อื่นลำบาก อาจเกิดการพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จได้ หรือกรณีที่กระทำสำเร็จ การฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อสภาพทางดานจิตใจของคนในครอบครัว ความรู้สึกสูญเสียความรู้สึกผิด เกิดปัญหาเศรษฐกิจ กระทบต่อความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว การฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศชาติ ทั้งในแง่ของปัญหาสังคม เช่น ยาเสพติด อาชญากรรม เกิดการเลียนแบบ ปัญหาเศรษฐกิจ การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาสังคมและ

ประเทศชาติไม่สามารถบอกได้ว่าผลกระทบเหล่านั้นจะดีขึ้นหรือหมดไปเมื่อไร ผลกระทบนั้นอาจหมดไปโดยใช่ช่วงเวลาหนึ่ง หรืออาจต้องใช้เวลาทั้งหมดชีวิตของผู้ที่สูญเสีย ดังนั้นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการ เพื่อลดการฆ่าตัวตายและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากปัญหาการฆ่าตัวตาย

4. มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลก (WHO) นำเสนอมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพที่สุดและใช้มาจนถึงปัจจุบันแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละท้องถิ่นที่ว่าจะเหมาะสมกับมาตรการใดแม้แต่ในประเทศเดียวกัน มาตรการที่ใช้ในเมืองกับที่ใช้ในชนบทก็อาจแตกต่างกันคือ

1. การควบคุมสารพิษยากำจัดศัตรูพืช (Control of Toxic Substance) หากจำเป็นต้องเลือกใช้เพียงมาตรการเดียวก็ต้องดูข้อมูลในพื้นที่เช่นในประเทศจีนมีผู้หญิงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายและส่วนใหญ่ของผู้หญิงเหล่านี้ใช้วิธีกินสารพิษหรือยาฆ่าแมลงการควบคุมสารพิษก็จะช่วยลดการฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด

2. การให้การรักษาผู้ป่วยทางจิต (Treatment of Mental Disorders)

3. การควบคุมอาวุธปืน (Handguns Control) ในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่เพิ่งผ่านสงครามมาปืนเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายและการฆ่าตัวตายด้วยการยิงหัวตัวเองนั้นโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

4. อย่าให้สื่อยกย่องคนที่ฆ่าตัวว่าเป็นวีรบุรุษ (De-glamourize Media Reports) สื่อควรมีหน้าที่ให้ความรู้และเผยแพร่เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเข้ารับการบำบัดทางจิตว่าจะขอความช่วยเหลือที่ใดบ้างจากการประชุมวิชาการนานาชาติกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 2 (2546) J.M. Bertolote ได้เสนอแนวคิดกว้างๆเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายได้แก่

1. การเฝ้าระวังข้อมูลการตายจากการฆ่าตัวตายเป็นการพยายามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บครอบคลุมที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่ตายและไม่ตายเพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแยกตามกลุ่มเพศและอายุเพราะการรู้ข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงว่าเป็นกลุ่มผู้ชายผู้หญิงเด็กหรือคนสูงอายุจะมีผลต่อการวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายให้ตรงเป้าและถ้าขาดข้อมูลก็ประเมินผลไม่ได้เพราะไม่รู้ว่าการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง

2. การผลิตและเผยแพร่ข้อมูลออกไปให้ได้มากที่สุด

3. การทำหน้าที่ให้การสนับสนุนให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงการทำวิจัยและป้องกันการฆ่าตัวตายการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ควรนำไปปรับใช้มี 3 ระดับคือ

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป (Universal Prevention) เช่นถ้าเราสร้างระบบข้อมูลสำหรับประชาชนสร้างสถานที่ที่คนสามารถไปพูดคุยปัญหาของตนได้เช่นศูนย์กลางของชุมชนหรือหน่วยงานทางศาสนาก็จะสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้หรือถ้าในโรงเรียนเราสอนเด็กให้รู้จักแสดงความรู้สึกของตนรู้จักแก้ปัญหา ก็จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้โดยบุคลากรที่มาทำหน้าที่นี้อาจเป็นพนักงานกับชุมชนหรือสื่อมวลชน

2) การวางแผนป้องกันเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง (Target Prevention) เป็นการนำข้อมูลมาศึกษาหา กลุ่มเสี่ยงแล้วจึงลงมือช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงนั้นเช่นถ้ากลุ่มเสี่ยงคือผู้หญิงในช่วงอายุ 15-25 ปีทางภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้หญิงที่แต่งงานในปีแรกเราก็ต้องพุ่งความช่วยเหลือไปที่คนกลุ่มนี้อาจเป็นหน้าที่ของ สมาคมสตรีองค์กรแม่และเด็กหรือถ้ากลุ่มเสี่ยงเป็นนักโทษก็อาจต้องเป็นหน้าที่ของพัสดิ

3) การวางแผนป้องกันเพื่อช่วยเหลือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (Specific Prevention) ได้แก่คนที่ติดเหล้า หรือผู้ป่วยทางจิตเวชคนที่เข้ามาช่วยเหลือกลุ่มนี้ต้องเป็นมืออาชีพเป็นนักบำบัดหรือจิตแพทย์

สำหรับแนวทางการดูแลและบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ใช้เป็นมาตรฐานในทุกประเทศ เช่น การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม (Zalsman et al., 2016)

1) การคัดกรอง (screening)

การประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยและบริบทที่หลากหลาย ดังนั้น ประสิทธิภาพทางด้านคลินิกจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการประเมินนี้ เพราะในท้ายที่สุดการกำหนดความ เสี่ยงก็คือการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgement) มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการคัด กรองในประชากรว่ามีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่ออัตราการฆ่าตัวตาย (Williams, O'Connor, Eder & Whitlock, 2009; LeFevre, 2014) มีข้อมูลความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรต่าง ๆ เช่น ร้อยละ 10-40 ของผู้ที่ ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Schmidtke et.al., 1996) 1 ใน 3 ของผู้ที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย จะมีการพยายามฆ่าตัวตาย ตามมา (Owens et al., 2002) ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเคย ทำมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et.al., 1996) ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด (substance related disorder) มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัว ตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 6.2 เท่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 5.6 เท่า (Arsenault-Lapieren et.al, 2004) ผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 50 มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (Owens et al., 2002) ดังนั้น ควรมีการคัดกรองผู้ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉินที่มีอาการบาดเจ็บจากการทำร้าย ตนเองที่แสดงถึงการระบุนึกคิดฆ่าตัวตายและความตั้งใจฆ่าตัวตาย ด้วยการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory) หรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ (Clinard & Meier, 2008) ซึ่งมีรายงานว่าทดสอบด้วยเครื่องมือเหล่านี้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายสามารถลดอัตราการตายได้สูงสุด แต่มีความกังวลว่า การคัดกรองอาจต้องเพิ่มการใช้บุคลากรสุขด้าน ภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ (Horowitz, Ballard & Pao, 2009) อย่างไรก็ตามแนะนำให้ทำการประเมินในผู้ที่มี ความเสี่ยงสูง (Chang, Gitlin & Patel, 2011) การสอบถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้ เพิ่มความเสี่ยงขึ้น (Chang, Gitlin & Patel, 2011) อย่างไรก็ตามมีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกออกแบบมา เพื่อช่วยในกระบวนการประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้สามารถประเมินความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในบางแง่มุมเท่านั้น ไม่สามารถแทนที่การตัดสินใจทางคลินิกได้ (Barker and Barker, 2005)

2) การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

แม้การใช้ยาจะมีรายงานว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งโดยสมัครใจหรือโดยบังคับรักษา (Chang, Gitlin & Patel, 2011) แพทย์บางรายรับผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและเพื่อให้คำสัญญาว่าพวกเขาจะไม่ทำร้ายตัวเองถ้าออกจากโรงพยาบาลไป (Chang, Gitlin & Patel, 2011) อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนผลลัพธ์จากการปฏิบัตินี้ (Chang, Gitlin & Patel, 2011) และในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ อาจทำการรักษาอาการทางจิตแบบผู้ป่วยนอก (Tintinalli & Judith, 2010) สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของสมองและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเรื้อรัง การรักษาในโรงพยาบาลด้วยระยะเวลาที่สั้นไม่พบว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Paris, 2004; Goodman, Roiff, Oakes & Paris, 2012)

3) การรักษาด้วยยา

มีหลักฐานน้อยกว่ายารักษาโรคจิตมีผลป้องกันการฆ่าตัวตาย (Fakra & Azorin 2012) แต่สำหรับการรักษาระยะยาว clozapine ซึ่งเป็นยารักษาโรคจิตรุ่นที่สอง ได้รับรายงานว่าลดความพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการฟื้นหายในโรคจิตเภทและโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (schizoaffective) (Kasckow et al. 2011; Meltzer 2006)

(1) ยาด้านโรคจิตเวชกลุ่มเก่า (first-generation antipsychotics) ประสิทธิภาพ สำเร็จในการรักษาอาการทางบวก ไม่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อัตราฆ่าตัวตายลดลงที่ชัดเจน (Mano, 2007)

(2) ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (second-generation antipsychotics)

(2.1) การใช้ยาด้านเศร้า (antidepressants) ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวนครั้งของการรักษาอาจลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ แต่ยังมีผลขัดแย้งกันในประโยชน์กับอันตรายของยาด้านเศร้า (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) ในคนวัยหนุ่มสาวยาด้านอาการซึมเศร้าบางตัว เช่น ในกลุ่ม SSRIs จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จาก 25 ต่อ 1,000 เป็น 40 ต่อ 1,000 (Hetrick, McKenzie, Cox, Simmons & Merry, 2012) อย่างไรก็ตามอาจลดความเสี่ยงในผู้สูงอายุ (Chang, Gitlin & Patel, 2011)

(2.2) ลิเทียมปรากฏว่ามีประสิทธิภาพต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สอง ขั้วและโรคซึมเศร้าจนเกือบอยู่ในระดับเดียวกันกับประชากรทั่วไป (Baldessarini, Tondo & Hennen, 2003; Cipriani et al., 2005; Cipriani, Hawton, Stockton & Geddes, 2013)

(2.3) Clozapine อาจลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Wagstaff & Perry 2003) Clozapine ถูกระบุว่าตอบสนองดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อยที่สุด หรือในผู้ป่วยที่ไม่ทนต่อยารักษาโรคจิตรุ่นเก่าหรือยารักษาโรคจิตในปริมาณปกติ หรือในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงฆ่าตัวตายเนื่องจากต้องการผลกระทบเฉพาะป้องกันการฆ่าตัวตาย (Meltzer 2012) อย่างไรก็ตาม clozapine มีข้อจำกัดในการใช้ และมีข้อควรพิจารณาด้านความปลอดภัย (agranulocytosis, metabolic side effects and myocarditis) และต้องตรวจพิเศษเกี่ยวกับจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวเพื่อตรวจหา granulocytopenia หรือ agranulocytosis (Pompili et al. 2007) ในสหรัฐอเมริกาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมายต้องดำเนินการรักษา

ด้วยยาตามสมควรเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (Caldwell & Benjamin, 2013) Clozapine ฎุรายงานครั้งแรกใน 88 การศึกษาที่ใช้นี้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรค schizoaffective ที่ดื้อยาเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายพบว่า 2 ปีหลังการรักษาด้วย clozapine อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 88 (Meltzer & Okayli, 1995) และ Walker et al., (1997) วิเคราะห์ย้อนหลังกข้อมูลการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยที่รักษาด้วย Clozaril® ของแท้ 67,000 คน พบว่าผู้ใช้ clozapine มีอัตราการตายด้วยฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 83 นอกจากนี้ Spivak et al. (1998) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อยา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วย clozapine มากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีอัตราพยายามฆ่าตัวตายน้อยลง ($p < 0.05$) และลดความรุนแรง (p < 0.05) และความรุนแรงลง ($p < 0.01$)

(2.4) มีการศึกษาเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของยากลุ่มใหม่ เช่น risperidone และ olanzapine 5 ปี ย้อนหลังก ในกลุ่มควบคุมสรุปว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีผลต่อการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย (Barak et al., 2004) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีคำแนะนำในผลกระทบต่อการป้องกัน และให้ผลโอกาสความเป็นไปได้ในอัตรา 3.54 (95% CI 2.4, 5.3) การวิเคราะห์แบบอภิปรัชญา 2 เรื่องที่ตรวจสอบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายจากการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมโดยไม่รู้ (double-blind) ด้วยยาหลอกกับ risperidone, olanzapine พบว่าไม่มีความแตกต่าง (Khan et al., 2001; Storosum et al., 2003)

(2.5) citalopram การบำบัดทางเภสัชวิทยาแสดงให้เห็นว่า citalopram ลดความคิดฆ่าตัวตายในวัยกลางคน และสูงอายุโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้า (Zisook et al. 2010) อย่างไรก็ตาม การบำบัดทางเภสัชวิทยาจะมีประสิทธิภาพสูงสุดต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (Fenton 2000) และสำหรับ clozapine อาจจำเป็นต้องใช้เวลาหลายเดือนสำหรับผลกระทบที่ชัดเจน (Kasckow et al. 2011)

ดังนั้น วิธีการบูรณาการของการบำบัดทางเภสัชวิทยาและทางจิตอาจเป็นความสำคัญที่เฉพาะเนื่องจากตามหลักฐานการบำบัดทางจิตสังคมอาจลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอื่น ๆ เช่น ความสิ้นหวัง (Power et al. 2003) และอาการซึมเศร้า (Peters et al. 2010; Turkington et al. 2002) และเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยโรคจิต (Bebbington & Kuipers 1994; Leucht & Heres 2006) อย่างไรก็ตาม การทบทวนอย่างไม่เป็นระบบได้อธิบายว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าการรักษาแบบผสมมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิต (Carlborg et al. 2010; Kasckow et al. 2011; Marshall & Rathbone 2011; Malmberg et al. 2001) และผลในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรงยังเป็นที่ต้องพิสูจน์ (Tarrier & Picken 2011)

4) การบำบัดทางจิตสังคม

การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับรักษาความผิดปกติทางจิตหรือการฆ่าตัวตายบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายต้องได้รับการสนับสนุนและติดตามดูแลอย่างเพียงพอสำหรับความผิดปกติทางจิตที่ทำให้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ยาทางจิตเวชอาจต้องหลายตัวใช้ผสมกันและมีปริมาณที่ดีที่สุดในการรักษาบุคคลต้องใช้เวลามากกว่าหนึ่งเดือนถึงจะมีผลในการรักษาและพบว่าในช่วงเวลานี้ ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาได้บ่อยเกิดความอับอายจากการผิดปกติทางจิต และการเปลี่ยนแปลงใน

สถานการณ์ชีวิตกับความผิดปกติในบางกรณี นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมยังมีเป้าหมายที่เป็นตัวแปรที่แตกต่างกันมากกว่าการใช้ยาการรักษาเพียงอย่างเดียว (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002)

ในปี 2013 Donker et al., (2013) ได้ทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมต่อการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิต พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมทั้งหมดเกี่ยวข้องกับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอาการทางจิต (Peters et al., 2010; Bateman et al., 2007; Grawe et al., 2006; Tarrier et al., 2006) ทำให้มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Turkington et al., 2002; Owens et al., 2001) ลดซึมเศร้า (Turkington et al., 2002) ลดความสิ้นหวัง (Power et al., 2003) ลดการใช้สารเสพติด (Barrowclough et al., 2010) หรืออาการวิกลจริตทั้งหมด (เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์, ความวิตกกังวล, ความผิดปกติทางกาย (Turkington et al., 2002) เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาตามปกติ (Peters et al., 2010; Power et al., 2003; Nordentoft et al., 2002) ในงานวิจัยด้านสุขภาพจิตช่วง 40 ปีหลังสุด ได้แนะนำว่า จิตบำบัดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการรักษา และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการรักษามากกว่าชนิดอื่น ๆ และเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายมากกว่าวิธีอื่น ๆ (Sexton & Whiston, 1991) การบำบัดทางจิตสังคมที่มีผลต่อการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีหลากหลายวิธีการ เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (problem solving therapy: PST) โปรแกรม BIC (brief intervention and contact: BIC) พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy: DBT) สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ครอบครัวบำบัด (Family interventions) การบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment)

การบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) เป็นการบำบัดที่ออกแบบมาเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดลดการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยจะถูกโอนการดูแลให้กับทีมรวมทั้งจิตแพทย์ พยาบาล และนักสังคม ใช้ทีมดำเนินการในกลุ่มเล็ก สามารถดูแลผู้ป่วยในบ้านของตนเองและช่วยให้บริการติดต่อและให้บริการผู้ป่วยที่ไม่เต็มใจหรือไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ ACT ยังเน้นความร่วมมือในการรับประทานยา และครอบคลุมการบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง Marshall & Lockwood (2000) ศึกษาผลของการใช้ ACT ในผู้ป่วย 2,647 คน เป็นการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมที่ใช้ "การดูแลตามมาตรฐาน" (Marshall & Lockwood, 2000) ผู้ป่วยที่ได้รับ ACT ยังคงติดต่อกับการบริการ และมีโอกาสเข้ารับการรักษาน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เวลาที่ใช้ในโรงพยาบาลลดลงเกือบ ร้อยละ 50 แต่ไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบ ACT

การบำบัดเชิงรุกในชุมชน ใช้ทีมงานสุขภาพจิตชุมชนที่มีความสำคัญต่อการผลักดันการพัฒนาการดูแลในชุมชน (Bouras et al., 1986; Bennett & Freeman, 1991) ทีมงานเหล่านี้ มักจะประกอบด้วยหลายสาขาวิชารวมทั้งพยาบาล นักอาชีวบำบัด จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และสังคมสงเคราะห์ ทีมงานสุขภาพจิตชุมชนทำงานเพื่อให้การดูแลที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่โรงพยาบาลหรือสถาบัน (Merson et al., 1992) การดูแลต่อเนื่องเป็นลักษณะของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกแต่ละช่วงเวลาจากสถิติการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนนักวิจัย ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การทบทวนกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายถูกเผยแพร่โดย Mann et al. ในปี 2005 และได้รับการทบทวนข้อมูลใหม่โดย Zalsman et al. ในปี 2016 (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016) สรุปว่าการจำกัดและควบคุมการเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายเป็นวิธีป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดและการใช้ยา clozapine และ lithium ได้ผลดีในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016) อย่างไรก็ตามการทบทวนการป้องกันการฆ่าตัวตายอื่น ๆ มีบทสรุปที่เกี่ยวกับบทบาทของยาทางจิต จิตบำบัด และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งมีข้อสังเกตว่าในหลาย ๆ ความคิดเห็นเหล่านี้อาศัยข้อมูลความคิดเห็นร่วมกัน และข้อสรุปส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงในผลลัพธ์ ซึ่งรวมทั้งความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย (Brown & Jager-Hyman, 2014; Hawton et al., 2015; Milner, Carter, Pirkis, Robinson & Spittal, 2015; Inagaki et al., 2015; Hawton et al., 2015, 2016; Harrod, Goss, Stallones & Diguiseppi, 2016; Wei, Kutcher & LeBlanc, 2015; Kutcher, Wei & Behzadi, 2016) ผลลัพธ์เหล่านี้จะไวต่อการวัดความโน้มเอียง และอาจทำนายการฆ่าตัวตาย (Glenn & Nock, 2014) โดย WHO ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญที่จะต้องระบุวิธีการแทรกแซงที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO, 2014)

5. ชุมชนเข้มแข็ง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2544, หน้า 46) ได้ให้ความหมายของชุมชนเข้มแข็งไว้ว่า ชุมชนเข้มแข็งหมายถึงการที่ประชาชนในชุมชนมีการรวมตัวกัน เป็นองค์กรชุมชน โดยมีการเรียนรู้การจัดการและการแก้ไขปัญหาของชุมชนซึ่งทำให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชน สำหรับการกระบวนกรเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน จะต้องเป็นการดำเนินงานแบบร่วมคิดร่วมทำและมีการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2524 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2524, หน้า 238) ให้ความหมายว่า ชุมชน คือ หมู่ชน กลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ใน อาณาบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

สนธยา พลศรี (2545) ให้ความหมายของชุมชนว่า “ชุมชน” หมายถึง กลุ่มทาง สังคมที่อยู่อาศัยร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกัน เช่น ครอบครัว ละแวกบ้าน หมู่บ้าน ตำบล หรือเรียก เป็นอย่างอื่นมีความเกี่ยวข้องกันสัมพันธ์กัน มีการติดต่อสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกัน มีความผูกพัน เอื้ออาทรกันภายใต้บรรทัดฐาน และวัฒนธรรมเดียวกันร่วมมือและพึ่งพาอาศัยกันเพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน ประเวศ วะสี (ออนไลน์, 2546) ได้อธิบายความเป็นชุมชนว่า ชุมชน หมายถึง การที่คน จำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารหรือรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำ มีการจัดการเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ กล่าวโดยสรุป ชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนรวมตัวกัน มีการเรียนรู้ ร่วมกันในการกระทำมีการติดต่อสื่อสาร การจัดการและการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาภายในชุมชนตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้น

ตามลำดับ การร่วมมือช่วยเหลือกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง สมณะ โพธิรักษ์ (ออนไลน์, 2555) ได้กล่าวถึงลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง ประกอบไปด้วย 14 ประการ ดังนี้ 1. เป็นสังคมที่เห็นได้ชัดถึงลักษณะของคนมีศีล มีคุณธรรม มีอารยธรรม 2. เป็นสังคมที่สามารถพึ่งตนเองได้ไม่เป็นภาระผู้อื่น 3. มีงาน มีกิจการที่มั่นคง 4. ชยัน สร้างสรรค์ ขวนขวาย กระตือรือร้น 5. อยู่กันอย่างผาสุก สุขภาพแข็งแรง จิตใจเบิกบานร่าเริง 6. ไม่ฟุ้งเฟ้อ แต่รุ่งเรือง ฟุ้งเฟื่อง ไม่ผลาญพรา สรุ่ยสุร่าย 7. มีความประณีตประหยัด แต่เอื้อเฟื้อสละแจกจ่าย 8. ไม่มีอาชญากรรม ไม่มีอบายมุข ไม่มีทุจริตกรรม 9. มีความพร้อมเพรียง ความสามัคคี อบอุ่น เป็นเอกภาพ 10. สัมผัสได้ในความเป็นปึกแผ่น แน่นหนา ของความเป็นภราดรภาพ 11. มีความแข็งแรง มั่นคง ยืนหยัด ยั่งยืน 12. เป็นสังคมที่สร้าง “ทุนทางสังคม” มีประโยชน์ คุณค่าต่อผู้อื่นและสังคม ทั่วไปใน รอบกว้าง 13. อุดมสมบูรณ์ แต่ไม่สะสม ไม่กักตุนหรือกอบโกย 14. มีน้ำใจ ไม่เอาเปรียบ เสียสละ อย่างเป็นสุข และเห็นเป็นคุณค่าของคนตาม สัจธรรม

โดยสรุปแล้ว ความเข้มแข็งของชุมชน น่าจะหมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนต่างๆ ของเมืองหรือชนบทรวมตัวกันเป็น “องค์กรชุมชน” มีการเรียนรู้การจัดการ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของชุมชน แล้วถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยเรียกชุมชนนี้ว่า กลุ่ม ชุมชน สหกรณ์บริษัท องค์กรชาวบ้าน เครือข่ายหรืออื่นๆ ที่มีความหมายแสดงถึงการร่วมมือช่วยเหลือกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน และด้วยความเอื้ออาทร ต่อชุมชนอื่นๆ ในสังคม

ดังนั้น ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง จะประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) เป็นชุมชนแห่ง การเรียนรู้ (Learning Community) กล่าวคือ การที่ชุมชน มีการเรียนรู้ และรู้เท่าทันข่าวทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งการที่ชุมชนมีการเพิ่มพูนความรู้ในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ 2) เป็นชุมชน ที่มีการจัดการตนเอง (Community Management) ด้วยระบบการบริหารจัดการในกิจกรรมที่สำคัญ 4 ประการ คือ การวางแผน การจัดกระบวนการขององค์กรภายในชุมชน การลงมือปฏิบัติตาม แผนงาน และมีการประเมินผล 3) เป็นชุมชนที่มีจิตวิญญาณ (Spirituality) กล่าวคือ ชุมชนมี จิตสำนึก มีจิตวิญญาณ ซึ่งอาจหมายถึงความรัก ความ ห่วงเห่น ความรู้สึกเป็นเจ้าของใน ชุมชน โดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวร่วมกันในชุมชน 4) เป็นชุมชนที่มีสันติภาพ (Peaceful) กล่าวคือ เป็น ชุมชนที่มีความสงบสุขและคนในชุมชนมีจิตใจที่เอื้อเอื้อน มีคุณภาพ และมีคุณธรรม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน

พิรธ บุนยรัตพันธุ์, และคณะ (2552) ได้รวบรวมและสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนไว้ในหนังสือ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน สถาบันเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้นำในชุมชน ถ้าชุมชนใดก็ตามมีผู้นำที่มีความรู้มีวิสัยทัศน์ที่ก้าวไกล มีความเสียสละ และมีความอดทน จะมีส่วนสำคัญที่พัฒนาให้ชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง

2. ระบบเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเอง หมายถึง ชุมชนที่มีระบบเศรษฐกิจชุมชนที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีการจัดการที่ดี มีกลุ่มต่าง ๆ ภายในชุมชนที่ร่วมมือกันโดยมีลักษณะการบริหารจัดการที่เน้นการพึ่งตนเอง

3. ระบบความสัมพันธ์เชิงสังคมที่แน่นแฟ้น หมายความว่าชุมชนที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่มที่มีความสามัคคี มีความปรองดองกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกัน

4. การบริหารจัดการที่ดี เป็นลักษณะภายในชุมชนที่มีหลักการบริหารจัดการที่ดีในการบริหารโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีสมาชิกภายในกลุ่มหรือภายในองค์กรมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างชุมชนเข้มแข็งคือการมีทัศนคติในการพึ่งตนเองและร่วมมือกันของชุมชน เพราะหากความเข้มแข็งของชุมชนเกิดขึ้นได้ด้วยการอาศัยการขึ้นนำและสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกตลอดเวลา ก็จะทำให้ชุมชนนั้นยังไม่ยั่งยืน เมื่อหน่วยงานภายนอกหยุดให้ความช่วยเหลือ ชุมชนก็จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อไปได้ชุมชนต้องมีการเรียนรู้และการพัฒนาผ่านการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมโยง รวมตัวกันเป็นเครือข่าย มีกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม และมีนโยบายที่เอื้ออำนวย

ครอบครัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 ให้คำจำกัดความของครอบครัวไว้ว่า ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยา และบุตร ความหมายที่กล่าวมานี้พอจะอธิบายถึงลักษณะครอบครัวได้อย่างกว้าง ๆ ตรงตามความเข้าใจของคนธรรมดา แต่ก็เป็นความหมายที่กว้างจนต้องมีคำอธิบายประกอบด้วย ถ้ากล่าวถึง ครอบครัว แล้ว เราคงจะนึกถึงภาพออกว่าหมายถึงอะไร แต่ถ้าจะให้คำจำกัดความที่รัดกุมสำหรับอธิบายว่าครอบครัวคืออะไร เราคงหาคำนิยามที่ตรงตามความเป็นจริงได้ยาก หนังสือพัฒนาการของครอบครัวได้ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2511 อธิบายคำว่าครอบครัวดังต่อไปนี้

ในเชิงชีววิทยา ครอบครัวหมายถึง กลุ่มคนที่เกี่ยวกันกันโดยทางสายโลหิต

ในเชิงเศรษฐกิจ ครอบครัวคือกลุ่มคนที่ใช้จ่ายร่วมกัน จากเงินงบประมาณ

ในเชิงสังคม ครอบครัวอาจเป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมกันภายในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวพันในทางสายโลหิต

ในเชิงกฎหมาย ครอบครัวคือบุคคลที่มีสายสัมพันธ์กันในทางกฎหมาย โดยการสมรสมีบุตร หรือบุตรบุญธรรม ครอบครัวเช่นนี้มีชื่ออีกอย่างหนึ่งว่า ครัวเรือน ครอบครัวเดียวกันอาจจะไม่อยู่ร่วมหลังคาเรือนเดียวกันได้ แต่ทุกคนในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ในบทบาทสามี ภรรยา บิดามารดากับบุตร ที่กับน้อง มีความรักกัน เอาใจใส่ต่อกัน มีจิตใจผูกพันกันเช่นนี้ เป็นต้น

ในเชิงสังคมวิทยา นักวิชาการสาขานี้ถือว่า ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่เล็กที่สุด และมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของหน่วยอย่างแน่นแฟ้นที่สุด ครอบครัวคือรูปแบบของการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ pattern หรือโครงสร้าง structure ของการอยู่ร่วมกันเป็นหน่วยของเครือญาติ ซึ่งเริ่มต้นด้วยชายหญิงคู่หนึ่งตกลงกันว่าจะตั้งหน่วยใหม่ขึ้นในสังคมชายหญิงคู่นี้จะต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามประเพณี หรือตามกฎหมายบ้านเมือง เมื่อผ่านพิธีการที่สังคมยอมรับแล้ว สังคมย่อมเคารพและสนับสนุนหน่วย

สังคมที่ตั้งขึ้นใหม่ บุคคลทั้งสองที่ประกอบกันเป็นส่วยสังคมขนาดเล็กนี้มีความหมายผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น และมีความรับผิดชอบต่อกันหลายอย่าง

ในความหมายของนักจิตวิทยา ครอบครัวคือ สถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มีมนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันสังคมภายนอกที่ปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติกับสมาชิกของสังคมที่มีชีวิตอยู่อุบัติขึ้นในครอบครัว

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ครอบครัวคือ กลุ่มบุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส โดยทางสายโลหิต หรือโดยการรับเลี้ยงดู มีการก่อตัวตั้งขึ้นเป็นครอบครัว มีปฏิกริยาตอบโต้ซึ่งกันและกันในฐานะที่เป็นสามีภรรยา เป็นพ่อและแม่ เป็นลูกชายและลูกสาว เป็นพี่เป็นน้อง โดยการรักษาวัฒนธรรมเดิม และอาจจะมีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่เพิ่มเติมได้ (สุพัตรา สุภาพ, 2522) กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตและกฎหมาย ที่อยู่ร่วมกันในบ้าน บ้านเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์นั้นอาจจะแน่นแฟ้นมั่นคงหรือไม่กระชับ สั่นคลอน หรือร้าวฉาน แต่ยังไม่ถึงแตกแยก ก็ยังนับเป็นครอบครัวอยู่ (สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2552)

หน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีหน้าที่ในการที่จะสนองความต้องการของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนก่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจอันเนื่องมาจากสุขภาพกายและใจดี ตลอดจนมีวิถีชีวิตที่อำนวยความสะดวกให้แก่สภาพแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น อันจะทำให้ครอบครัวเป็นแหล่งพื้นฐานในการสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างแท้จริง โดยทั่วไปครอบครัวมีหน้าที่ ดังนี้ (พชนี เขยจรรยาและประทุม ฤกษ์กลาง, 2531)

- 1) หน้าที่เชิงเศรษฐกิจ
- 2) หน้าที่ในการให้สถานภาพ
- 3) หน้าที่ในการสืบต่อสังคมของมนุษย์
- 4) หน้าที่ในการอบรมให้เด็กเป็นสมาชิกที่ดีในสังคม
- 5) หน้าที่ทางชีวภาพ
- 6) หน้าที่การให้ความรัก
- 7) หน้าที่การให้ความรู้และการศึกษา
- 8) หน้าที่ทางสถานะ
- 9) หน้าที่ทางสันตินาการ

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่เก่าแก่และสำคัญ เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด เป็นสังคมกลุ่มแรกที่เราต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตในครอบครัว (สุพัตรา สุภาพ, 2539) สังคมต่างๆได้สร้างสถาบันครอบครัวขึ้น เพื่อให้ทำหน้าที่สำคัญหลายประการ โดยเหตุที่ครอบครัวเป็นสถาบันเก่าแก่ สังคมจึงวางหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับครอบครัวไว้มาก ศาสนาที่สำคัญของโลกก็มีคำสอนให้คนยึดมั่นในระบบครอบครัว ศาสนาที่สำคัญของโลกก็มีคำสอนให้คนยึดมั่นในระบบครอบครัว กฎหมายของประเทศต่างๆ ทั่วโลกย่อมวางกฎหมายไว้ควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ในส่วนที่เกี่ยวกับครอบครัวไว้อย่างแน่นหนา

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตรประสงค์ สิงหนาง และณัฐิกา ราชบุตร (2548) ได้ทำการประเมินผลโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ได้ทำการประเมินสถานบริการสุขภาพทุกระดับใน 52 จังหวัดนําร่อง พบว่า อัตราการทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 90 ของสถานบริการสุขภาพมีคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีระบบการนัดหมาย การเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อที่ชัดเจน บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจต่อทักษะการให้คำปรึกษาในระดับปานกลางถึงมาก มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการฯ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีความพึงพอใจมากคือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

ประมัย ฤทธิธ (2548) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาภูมิหลังส่วนบุคคลและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่รับไว้สถานที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2547 จำนวน 14 ราย แนวคำถามเน้นที่ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีโครงสร้างครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มีรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความขัดแย้งและห่างเหินกันข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือผู้วิจัยมีความคิดเน้นที่ปัจจัยครอบครัวมีความเกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการทบทวนมีหลายปัจจัยที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

เพชร ปาสรานันท์ (2548) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางสังคมกับพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและเพื่อพิสูจน์สถานะของทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ที่ Emile Durkheim ศึกษาไว้เมื่อปี 1897 โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในสังคมต่างๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่เขาค้นพบว่าการบูรณาการทางสังคม (Social Intergration) มีผลกระทบต่อการฆ่าตัวตายของคนในสังคมและอัตราการฆ่าตัวตายจะแปรผันตามลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individualism) โดยศึกษาจากผู้พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลกับผู้พยายามฆ่าตัวตายจากผู้มีรายชื่อในทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอนระหว่างปี 2545-2547 จำนวน 564 ราย การศึกษาวิจัยพบว่า เจตนาของการฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรงเพื่อประท้วง ผู้คนรอบข้างเพื่อแสดงความโกรธ ความปรารถนาอย่างรุนแรงของตนด้วยการทำร้ายตนเอง เรียกร้องผู้ใกล้ชิดของตนเองให้รู้ เข้าใจถึงความคับแค้นข้องใจ ความโกรธ ความไม่พอใจของตนเอง ลงโทษตัวเอง ความกดดันที่มีอยู่ผนวกกับความผิดพลาด ผิดหวัง ที่ถือเป็นความล้มเหลวในจิตใจของตนเอง

สุวิมล ผู้ดี (2548) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและกำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และแบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนภาวะอารมณ์ซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นภาพรณ์ และคณะ (2550) ได้นำเสนอวิธีวิทยาในการศึกษาปรากฏการณ์ความเข้มแข็งของชุมชน ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนชนบทของไทย ได้ส่งผลกระทบต่อการสืบทอดภูมิปัญญาของชุมชนอย่างน้อย 2 ประการคือทำให้คนชนบทมีแนวโน้มมองการดำรงชีวิตภาคการเกษตรในแง่ลบ และแนวทางการพัฒนาที่ไม่ให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

เพ็ญสิริ จิระเดชากุล (2550) ได้ศึกษาการปฏิบัติการความเข้มแข็งของชุมชนในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและมีกระบวนการในการปรับตัวที่เหมือนกันบ้าง ต่างกันไปบ้าง แต่มีลักษณะร่วมกันอยู่ประการหนึ่งคือ การปรับตัวของชุมชนเหล่านี้จะมีชุมชนเป็นผู้แสดงหลัก คือ เป็นการรวมกลุ่มของคนในชุมชน สมาชิกของชุมชนร่วมกันคิด วิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจแสวงหากิจกรรม ดำเนินกิจกรรม และเกิดการเรียนรู้ของตัวของชาวบ้านเอง แสดงให้เห็นถึง “ความเข้มแข็งของชุมชน” ที่กำลังอยู่ในความสนใจของแวดวงวิชาการ

อรัญญา พรหมพลเมือง (2550) รายงานผลโครงการการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพศรีบุญเรืองอำเภอสรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น อาทิเช่นรำผีฟ้า เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หาย ยึดหลังความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ การรดน้ำมนต์ โดยให้พระสงฆ์รดน้ำมนต์ให้กับผู้เจ็บป่วยต่างๆ จะอาการดีขึ้นหรือหายเจ็บป่วย มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิต ได้แก่ ครอบครัวยึดดี เป็นรูปแบบกิจกรรมที่มีการอบรมแกนนำด้านสุขภาพจิต แล้วแกนนำเหล่านี้ต้องดูแลด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้าคร่ำเรื้อรังที่อยู่ในอยู่ใกล้เคียงตนเอง โดยการเฝ้าระวัง การให้ความรู้แก่คร่ำเรื้อรังบัดดีตนเอง

ยุทธนา ไชยจุล และ พรณี บุญประกอบ (2552) ได้ศึกษาวิจัยและพัฒนาครอบครัวเข้มแข็งโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล วัดอุประสงค์เพื่อสร้างหลักสูตรฝึกอบรมครอบครัวเข้มแข็ง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลโคกขี้หนอน โดยใช้กรอบแนวคิดครอบครัวเข้มแข็งของเดวิด ออลสัน และคณะ (Olson et al, 1982) หลังการศึกษพบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนจากแบบทดสอบความเข้มแข็งของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ($t = 18.33$, $p\text{-value} < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรฝึกอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้มีประสิทธิผลและสามารถนำไปใช้งานได้จริง

ชนิษฐา แสนใจรักษ์ (2552) ได้ศึกษาในช่วงของการฆ่าตัวตาย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิด ความรู้สึกในขณะกระทำใดๆ เพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ และการผ่านพ้นช่วงวิกฤติของผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 8 คน ที่เข้ารับการ

รักษาตัวด้วยสาเหตุการทำร้ายร่างกายตนเองโดยมีเจตนาเพื่อให้ตนเองถึงแก่ชีวิต ณ โรงพยาบาลพระยาอภัยภูเบศร ผลการวิจัยพบว่า ความคิด ความรู้สึกในขณะกระทำการใดๆ เพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การจมอยู่ในความทุกข์ใจ 2) ความรู้สึกอับจน หมดหนทาง 3) การสิ้นพลังในการมีชีวิต 4) การขาดสติและการผ่านพ้นช่วงวิกฤติของผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) กระบวนการเยียวยาจิตใจ 3) การมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์

อภิชัย มงคล และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในภาคเหนือตอนบน (จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา และลำพูน) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล คือ มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว ไม่พูดความรู้สึก คิดมาก หรือหุนหันพลันแล่น ปัจจัยครอบครัวคือการทะเลาะกันในครอบครัว ครอบครัวมีหนี้สิน ปัจจัยสภาพแวดล้อมคือ การผลิตสุราพื้นเมืองขาย และปัจจัยด้านค่านิยมวัฒนธรรม คือ ไม่ใช่เรื่องของเรา เพศชายเป็นใหญ่ การรักษาหน้า ใช้ชีวิตตามกระแสสังคมที่จมไม่ลง การนินทา และการดื่มสุราเพื่อแก้ปัญหาชีวิต ปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตายคือศาสนา

เชิญขวัญ ภูษณงค์ และคณะ (2554) ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน โดยทำการเก็บข้อมูลในระหว่าง วันที่ 11-30 ตุลาคม 2553 โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายและผู้ใกล้ชิดของผู้จะพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและสนทนากลุ่มกับชาวบ้าน ผู้นำชุมชนและอสม ได้ข้อสรุปดังนี้ คนในชุมชนมีค่านิยมในการให้ความสำคัญกับวัตถุนิยม การที่หญิงหรือชายที่มีสามีหรือภรรยาอยู่แล้วแต่ไปคบหากับบุคคลอื่นในลักษณะชู้สาวในชุมชนเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ชาย คนในชุมชนส่วนใหญ่มีหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบ ซึ่งส่วนใหญ่กู้เงินเพื่อนำมาใช้หมุนเวียนในการประกอบอาชีพ โดยมีความเชื่อว่า “สมัยนี้คนไม่มีหนี้ถือว่าเป็นคนโง่” ทำให้คนในชุมชนมีภาวะเครียด เนื่องจากการที่กู้เงินไปลงทุนแล้วไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ และการแข่งขันกันในเรื่องเงินและวัตถุสิ่งของ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่มีเทศกาลหรือกิจกรรมสำคัญที่จัดขึ้นภายในชุมชน อย่างไรก็ตามปัจจุบันเริ่มมีการรณรงค์ลดเหล้าภายในชุมชนบางชุมชนแล้ว มีการขายเหล้าในชุมชนและมีลูกค้ามาดื่มในตอนเย็นหลังจากกลับมาจากทำงาน มีร้านขายเหล้าจำนวนมาก ชุมชนมีมุมมองต่อผู้ฆ่าตัวตายว่าเป็นบาปไม่น่าคิดสั้น ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากปัญหาครอบครัว มีการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาชู้สาว ปัญหาเศรษฐกิจ มีหนี้สิน รายได้ไม่มั่นคง ทำให้คนในชุมชนไม่ได้ตระหนักว่าจะมีวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร เพราะเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ยากที่จะป้องกัน มีทัศนคติต่อการฆ่าตัวตายทั้งในมุมมองคือ เห็นใจ เพราะคิดว่าคงเครียดมากหาทางออกไม่ได้จึงคิดสั้น สำหรับผู้ที่มุมมองในทางลบคือ ไม่ควรฆ่าตัวตาย กว่าจะได้เกิดมันยาก เป็นคนโง่ ไม่รักตัวเอง

พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ (2554) ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนกรณีศึกษาบ้านเขาแดง หมู่ 9 อำเภอสอยดาวจังหวัดจันทบุรี พบว่าชุมชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมที่จะทำในชุมชน และได้รับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตชุมชนโดย

ร่วมดำเนินกิจกรรมที่บ้าน วัด และโรงเรียนพบว่า ประชาชนหมู่บ้านเขาแดง มีความเครียดลดลง และความสุขเพิ่มขึ้น และไม่พบการพยายามฆ่าตัวตาย ประชาชนร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับดีขึ้น

วรารณ ประทีปธีรานันต์ (2555) ได้ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น เพศชาย มากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 2.9:1 ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.2:1 ทั้งกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง หรือผู้ใช้แรงงานกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากตำบลที่มีเขตติดต่อกับพื้นที่เขตเทศบาลเมืองฯ ส่วนระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 33.13 สาเหตุกระตุ้นใน การทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่จากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 37.31 รองลงมาคือ ปัญหาเหนื่อยใจ ถูกดุด่า ต่ำหนิคิดเป็นร้อยละ 22.39 ส่วนกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมี ปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่ยาและสุรา

นงนุช มารินทร์ และคณะ (2557) ศึกษาการประเมินผลการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หลังได้รับการดูแลช่วยเหลือตามโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ติดตาม 2 ครั้ง 6 เดือน และ 1 ปี ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกรรมฆ่าตัวตาย ผลการศึกษามีผู้ที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 92 คน เป็นเพศชาย มากกว่า เพศหญิง ส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัวร้อยละ 54.30 ผลการรักษาทั้งการติดตามครั้งที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตาย ในการติดตามครั้งที่ 2 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคทางกาย 1 คน และผลการประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในการติดตามครั้งที่ 1 และ 2 ทั้งหมดไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและผลจากสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กระบวนการให้ คำปรึกษาสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในการที่ จะฆ่าตัวตายได้

จินตนา พลมีศักดิ์ และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง และดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านต๊อบเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า บว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในครั้งนี้ มี 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบท และการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ประชุม ถกปัญหา 3) สำรวจปัญหา 4) คั้นข้อมูลให้ชุมชนรับรู้ปัญหา 5) การอบรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) มอบหมายภารกิจให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบ 7) ชุมชนร่วมตัดสินใจ 8) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 9) ตรวจสอบ ติดตาม 10) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการคือ ประกอบด้วย 1) ร่วมกันตระหนักถึงปัญหาในชุมชน (Together awareness) 2) มีการวางแผนร่วมกัน (Action planning) 3) มีความรับผิดชอบร่วมกัน (Built a sense of responsibility) 4) การลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Take action) 5) การสังเกตตรวจสอบร่วมกัน (Observation) 6) ถอดบทเรียนร่วมกัน (After action review) หรือเรียกว่า TABTOA Model ซึ่งรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

กาญจนา บุญยัง (2559) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายของชาวนาในสังคมไทย : กรณีวิเคราะห์จากข่าวหนังสือพิมพ์ พบว่า การฆ่าตัวตายของชาวนาที่ปรากฏเป็นข่าวหนังสือพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 – 2558 เป็นการฆ่าตัวตายของชาวนาที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ พื้นที่ เวลา และวิธีการ กล่าวคือ 1) เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาชีวิตที่ชาวนาเผชิญ 2) ในบางรายที่แก้ปัญหาโดยวิธีการต่อรองหรือเรียกร้องจากรัฐ 3) การตัดสินใจฆ่าตัวตายของชาวนา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวดเร็วมากส่วนหนึ่งเกิดมาจากชาวนามีเวลาในการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทั้งเหตุการณ์และพื้นที่น้อยมาก โดยยิ่งระยะเวลาในการเผชิญปัญหาเฉพาะที่ผิดคาดจากวิถีปกติสั้นลงความเสี่ยงที่จะเกิดชนวนให้ฆ่าตัวตายจะยิ่งเร็วขึ้น 4) วิธีการฆ่าตัวตาย โดยชาวนาที่เลือกใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเอาชีวิต จะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อชาวนาไม่ได้เคลื่อนไหวเรียกร้องในทางการเมือง

สุภาพร จันทร์สาม (2559) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร เพื่อศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือเป็นผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 56 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 53 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายพัฒนาขึ้น 3) ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง แก่นนำชุมชนมีคะแนนระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สุพัตรา สุขาวท และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2560) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภทวิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก ใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปตามเพศภาวะ ทฤษฎีที่นำมาอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ ทฤษฎีอีริกสัน (Erikson's theory) ทฤษฎีเหตุและผลในการฆ่าตัวตาย (rational-suicide theory) ทฤษฎีมุมมองเชิงนิเวศวิทยาต่อการฆ่าตัวตาย (ecological perspective approach) และทฤษฎีระบบครอบครัว (family system theory)

หทัยทิพย์ เจริญศรีและ จิราพร เขียวอยู่ (2560) ศึกษา ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.4 (95% CI = 1.62-5.09) แบ่งตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้ ความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 2.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.7 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะซึมเศร้า โดยการมีความเครียดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 22.2 เท่า (95% CI = 4.57-107.93) ของการไม่มีความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 12.7 เท่า (95% CI = 2.26-70.99) ของการไม่ดื่ม

แอลกอฮอล์และการมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 5.2 เท่า (95% CI = 1.08–24.69) ของการไม่มีภาวะซึมเศร้า

หยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจริม อำเภอลำปูลา จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาได้รูปแบบการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวมีสุข แกนนำสดใส ใส่ใจชุมชน กิจกรรมดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข และกิจกรรมสุขสร้างได้ในโรงเรียน ประเมินผลหลังนำไปใช้พบว่าทุกกลุ่มมีความรู้สุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น กลุ่มแกนนำและเครือข่ายมีการร่วมจัดทำแผนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนและเกิดเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ครู สามารถสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของการทำร้ายตนเอง และให้การช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้นแก่นักเรียน หลังดำเนินกิจกรรม 3-6 เดือนไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่

ธีรพงษ์ ธงหิมะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายในตำบลวน อำเภอบัว จังหวัดน่าน ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอน มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความหวังและการเชื่อมโยงกับสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Roan, Scourfield, & McDermott (2008) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับวัยรุ่นอายุระหว่าง 16-24 ปี ในประเทศอังกฤษ จำนวน 69 คน เพื่ออธิบายความเข้าใจของวัยรุ่นต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าวัยรุ่นมีความเข้าใจต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ไม่เข้าใจว่าทำไมพวกเขาใช้วิธีการฆ่าตัวตาย 2) การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย 3) พยายามหาเหตุผลว่าทำไมคนจึงฆ่าตัวตาย 4) เห็นใจและต้องการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

Zayas, Gulbas, Fedoravicius, & Cabossa (2010) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 11-19 ปี จำนวน 27 คน ในรัฐนิวยอร์ก ซึ่งมีประวัติพยายามทำร้ายตนเอง เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นขณะทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีความเครียดสะสมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดจากครอบครัว ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง คือ การมีภาวะเครียดหรือการนึกถึงเหตุการณ์เครียด ๆ ที่ผ่านมา ความรู้สึกผิดและเศร้าโศกพบได้บ่อยหลังจากมีการทำร้ายตนเอง

Huen et al (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ความหวังสามารถทำหน้าที่คล้ายกับความเข้มแข็งทางในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความหวังมากจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่มีความหวังน้อยและอยู่ในภาวะสิ้นหวัง การเพิ่มความหวังจะช่วยป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

Schnyder, Valach, Bichsel & Michel (1999) ได้ศึกษาเปรียบเทียบมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลต่อสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย และสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 15 คน เพศหญิง 15 คน อายุเฉลี่ย 35 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยเหตุผลของการฆ่าตัวตายจำนวน 14 ข้อ และสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 8 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ในมุมมองของผู้ป่วย สาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนตัวคือ มีสภาพจิตใจหรือการประเมินสถานการณ์ของตนเองไปในทางลบ ได้แก่ จิตใจมีสภาพย่ำแย่ หนีอยู่ในสถานการณ์แบบเดิมต่อไปไม่ไหว ควบคุมตัวเองไม่ได้ ประารถที่จะตาย ต้องการหลีกเลี่ยงจากสภาพที่เป็นอยู่ ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น คือ ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกสิ้นหวัง ต้องการความช่วยเหลือและไม่ต้องการเป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งคล้ายกับมุมมองของแพทย์และพยาบาล ยกเว้นเหตุผลการควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยเลือกตอบมากกว่าแพทย์และพยาบาลเกือบสองเท่า ส่วนสภาพอารมณ์ก่อนพยายามฆ่าตัวตายนั้น ผู้ป่วยเลือกตอบว่ารู้สึกสิ้นหวัง ว่างเปล่าและหวาดกลัว ซึ่งคล้ายกับพยาบาลและแพทย์ที่มองว่าผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังจึงพยายามฆ่าตัวตาย ยกเว้นในประเด็นความรู้สึกไร้กำลังและหวาดกลัว

Kjolseth, Ekeberg, & Steihaug (2009) ในประเทศนอร์เวย์สัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ แพทย์ประจำครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พยาบาลเยี่ยมบ้านจำนวน 63 คน โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เพื่ออธิบายการรับรู้ของพวกเขาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพวกเขารู้จักฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 อย่าง คือ 1) ผู้สูงอายุเหล่านั้นมักจะมีประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่ยากลำบากรวมถึงมีความเจ็บป่วย ไม่มีญาติสนิทและฐานะยากจน 2) บุคลิกภาพเฉพาะตนคิดเป็นคนดื้อรั้น ชอบควบคุมผู้อื่น และ 3) สัมพันธภาพ คือมักเป็นบุคคลที่ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Scourfield, Jacob, Smalley, Prior, & Greenland (2002) ใช้การสนทนากลุ่มเพื่ออธิบายการรับรู้ของวัยรุ่นและบุคลากรสาธารณสุขต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบมีความแตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าผู้ชายมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองจริง ๆ มากกว่าผู้หญิง การฆ่าตัวตายของผู้หญิงเป็นไปเพื่อการร้องขอความช่วยเหลือ ผู้ชายจะมีความอายที่จะไปขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหากพวกเขาไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จึงจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายจึงเป็นการหลีกเลี่ยงความอาย ผู้ชายมีภาวะหุนหันพลันแล่นมากกว่าผู้หญิง สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นหญิงฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความรักและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือเป็นการแก้แค้น ทำให้บุคคลที่ตนรักเสียใจ รู้สึกผิด

Mann et al. (2005) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การแทรกแซงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) การจัดการรายกรณี (case

management) การติดตามโดยจดหมายหรือโทรศัพท์หลังพยายามฆ่าตัวตาย (letter/telephone contact after a suicide attempt) ในระยะเวลา 18 เดือน การดูแลในระดับสูง (higher-level care interventions) การทำให้อารมณ์มั่นคง (mood stabilizers) การรักษาทางกาย (somatic therapies) และการใช้ยาต้านเศร้าอื่น ๆ การบำบัดอื่น ๆ ไม่พบหลักฐานว่าการแทรกแซงโดยการดูแลในระดับสูง เช่น รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือการรักษาทางกาย เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive) ลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย มี การศึกษาน้อยเกินไปให้คำนวณเป็น IRR สำหรับแทรกแซงเหล่านี้ (Mann et al., 2005)

Likewise et al., (2011) ศึกษา Improving problem solving skill ร่วมกับครอบครัว มากกว่า 8 ครั้ง และรายงานถึงการลดลงของ Re-attempt ในกลุ่มที่ได้รับ PST อย่างมีนัยสำคัญใน 1 ปีถัดมา เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาแบบปกติ ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเน้นการบำบัดโดยสอนให้ผู้ช่วยจัดการและแก้ไข ปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้นในขณะนั้นให้ดียิ่งขึ้นโดยการ 1) ผู้บำบัดช่วยวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ เรียงลำดับ ความสำคัญของปัญหามองหาต้นเหตุของปัญหาให้ชัดเจน 2) ช่วยทดสอบคำตอบที่ผู้ป่วยเลือก 3) นำคำตอบที่ได้ไปปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ที่ตามมา

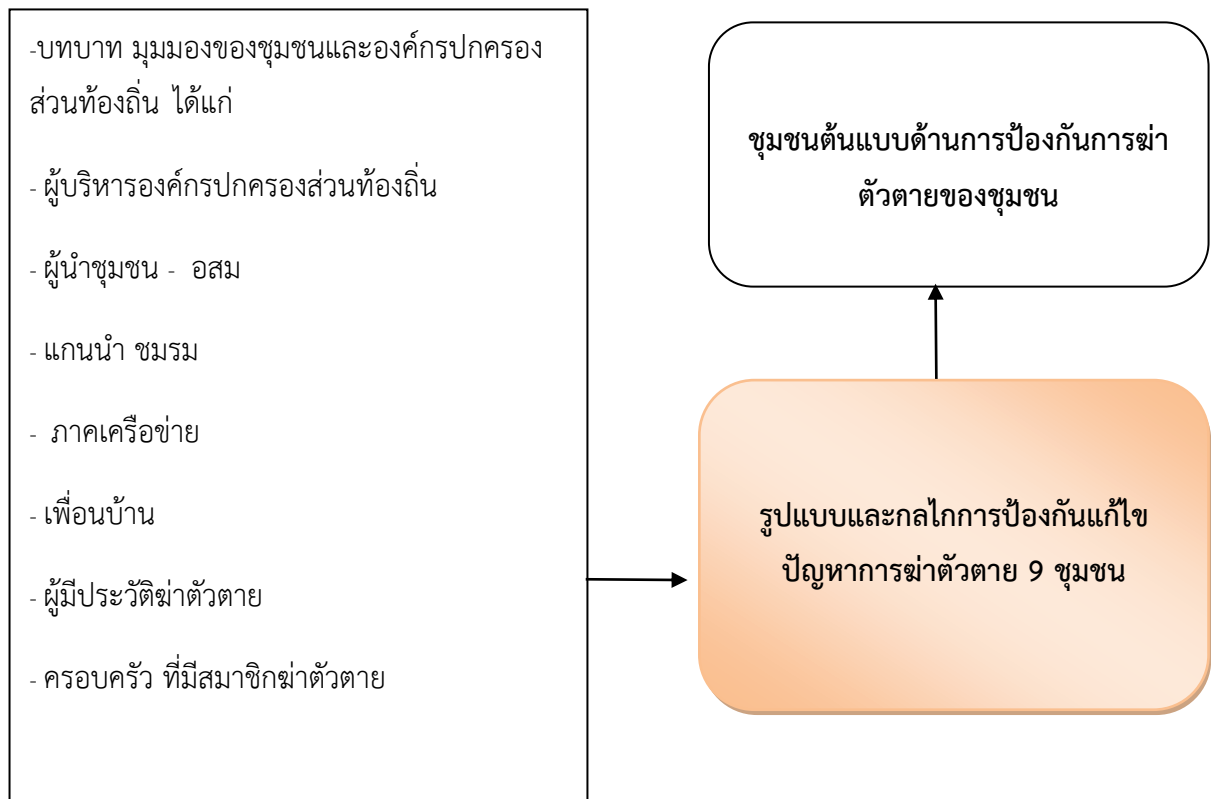
Roscoat & Beck (2013) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประสิทธิภาพการบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายพบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด 3 ประเภท ได้แก่ (1) การจำกัดการเข้าถึงวิธีการ/เครื่องมือ (limitation of access to lethal means) (2) การติดต่อกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (contact with the patients) และ (3) การดำเนินงานของศูนย์โทรศัพท์ฉุกเฉิน (emergency call centers) การบำบัดประเภทอื่น ๆ 4 ประเภทจากการตรวจสอบในการศึกษานี้ (1) การ ฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงานทั่วไป (2) การปรับโครงสร้างของการดูแล (3) โปรแกรมในโรงเรียน และ (4) ข้อมูล แคมเปญ การบำบัดเหล่านี้ ภายใต้เงื่อนไขบางประการ ยังไม่ปรากฏหลักฐานเพียงพอในประสิทธิภาพ ต้อง พัฒนาอย่างมากเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย Roscoat & Beck สรุปว่า ส่วนใหญ่การบำบัดมีประสิทธิภาพกับคน ที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต แต่โครงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ก่อนรับมือ สถานการณ์ความผิดปกติทางจิตควรจะได้รับ ความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานเพื่อแยกบริการ สำหรับผู้สูงอายุ

5. กรอบแนวความคิดของการวิจัย

ในการกำหนดกรอบแนวคิดนี้ผู้วิจัยมองว่าการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการป้องกันแก้ไขการฆ่าตัว ตายของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง ไม่เพียงแต่ เฉพาะภาครัฐหากยังรวมถึงภาคเอกชนในรูปแบบของธุรกิจเพื่อสังคม (Social enterprise)

ดังนั้น กรอบแนวคิดของการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบ (ดังแสดงในภาพที่ 6) จึงขยาย ครอบคลุมกลไกการเชื่อมโยงของหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนที่ ประกอบไปด้วยครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน ระดับท้องถิ่น และการบริหารจัดการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview – IDI) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion – FGD) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกและมีความหลากหลาย แต่ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลสำคัญ มีความอ่อนไหวต่อความเสี่ยงการเกิดผลกระทบต่อจิตใจ และไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ หรือกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มขึ้นนำความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มท่านอื่น ผู้วิจัยจะเลือกใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแทนการสนทนากลุ่ม รวมทั้ง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการถอดบทเรียนรูปแบบหรือแนวทางการขับเคลื่อนระบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชน

2. พื้นที่ในการวิจัย

นักวิจัยได้ทบทวนข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง ปี พ.ศ.2559-2561 เพื่อค้นหาชุมชนในพื้นที่ดังต่อไปนี้ 1) มีการดำเนินการดูแลป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่ประสบผลสำเร็จ (จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างต่อเนื่องหรือ ในระยะเวลาดังกล่าว ไม่ปรากฏการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายในชุมชน) 2) บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ มีความสนใจยินดีให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูล 3) บุคลากรสาธารณสุข ดำเนินการคัดเลือกหมู่บ้านที่เหมาะสมและให้ความร่วมมือในการศึกษา ทั้ง ใน 9 จังหวัดใน 4 ภูมิภาค ได้แก่

- 1) ภาคเหนือ ประกอบด้วย จังหวัดลำพูน อำเภอลี้ (1 ชุมชน) ,จังหวัดอุดรดิตถ์ อำเภอทองแสนขัน (1 ชุมชน) , จังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอหล่มสัก (1 ชุมชน) จังหวัดน่าน อำเภอเมืองน่าน (1 ชุมชน)
- 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเขื่องใน (1 ชุมชน) ,จังหวัดขอนแก่น อำเภอบ้านไผ่ (1 ชุมชน)
- 3) ภาคใต้ ประกอบด้วย จังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอปากพะนัง (1 ชุมชน)
- 4) ภาคกลาง ประกอบด้วย จังหวัด ชลบุรี อำเภอบ้านบึง (1 ชุมชน) , จังหวัด กาญจนบุรี อำเภอท่ามะกา (1 ชุมชน)

จึงเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อการควบคุมหรือ ลดอัตราการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม (ตามฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กระทรวงมหาดไทย อ้างอิงจาก แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2559 -2561)

3. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การแบ่งออก เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์การปกครองส่วนตำบล (อบต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระสงฆ์ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครู ราษฎรชาวบ้าน ฯลฯ
- 2) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพศชาย และครอบครัว ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพศหญิง และครอบครัว, เพื่อนบ้าน
- 3) กลุ่มญาติและเพื่อนบ้านของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ทั้งเพศชายและหญิง
- 4) กลุ่มภาคนโยบาย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯ
- 5) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ระดับอำเภอ (พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน) และระดับตำบล (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) และกลุ่มภาคประชาชน/ชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน, ผู้ใหญ่บ้าน, พระ, ครู เป็นต้น รวมทั้งหมด 30 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง	จำนวน (คน)
ผู้นำชุมชน	ผู้ใหญ่บ้าน , กำนัน	15
	อบต. , อปท.,เทศบาล	
	พระสงฆ์, ครู	
	ผู้นำจิตวิญญาณ , ราษฎรชาวบ้าน	
	ประธาน อสม.	
	ประธานชุมชน	
	คณะกรรมการชุมชน	
Case	เพศชาย : กรณีเสียชีวิต (ญาติ+เพื่อนบ้าน)	2
	กรณีไม่เสียชีวิต (ผู้ป่วย+ญาติ+เพื่อนบ้าน)	3
	เพศหญิง : กรณีเสียชีวิต (ญาติ+เพื่อนบ้าน)	2
	กรณีไม่เสียชีวิต (ผู้ป่วย+ญาติ+เพื่อนบ้าน)	3
สาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	5
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
	โรงพยาบาลชุมชน	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
	อาสาสมัครสาธารณสุข	
	รวม	30

ภาพที่ 7 ตารางแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 กลุ่มประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในชุมชน 9 ชุมชนที่มีพบว่ามีรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนจนประสบผลสำเร็จในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาอย่างชัดเจน ตามที่ปรากฏในระบบรายงานข้อมูลจำนวนของที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ของไพบรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ว่า สถิติดังกล่าว ไม่ปรากฏผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย หรือ จำนวนของผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีการจดจำนวนลงอย่างต่อเนื่อง และ หรือยังคงสามารถควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร (ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดให้ ปี พ.ศ. 2562 อัตราการฆ่าตัวตายคนไทยไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกจากครอบครัวที่มีประสบการณ์คนในบ้านฆ่าตัวตายสำเร็จและหรือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำสังคม ราษฎรชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของชุมชนทั้ง 9 แห่ง แห่งละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.2 เกณฑ์ในการคัดเข้า

1.3.1 เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่มีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานภายในชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ที่ชัดเจน จนส่งผลให้จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายตามที่ปรากฏในฐานข้อมูลจากไพบรณบัตร กระทรวงมหาดไทย มีจำนวนลดลงจากปีที่ผ่านมา และ หรือยังคงสามารถควบคุมอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ได้อย่างต่อเนื่อง (ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กำหนดให้ ปี พ.ศ.2562 อัตราการฆ่าตัวตาย คนไทยไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร)

1.3.2 สมารถใจและยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

1.3.3 เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย

3.3 เกณฑ์ในการคัดออก

1.4.1 เป็นผู้ที่อยู่นอกพื้นที่หรือนอกเขตภูมิภานา

1.4.2 มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร ด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนไม่สามารถตัดสินใจ หรือให้ข้อมูลที่เ็นประโยชน์ได้

1.4.3 ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่ม (focus group discussion - FGD) เน้นการศึกษาบริบทของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาในชุมชน และ อสม เป็นต้น และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview - IDI)

ในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง ผู้ดูแล และครอบครัวที่มีประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างหรือคำถามหลักแบบมีโครงสร้าง (semi-structured) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการวางแผนก่อนล่วงหน้า โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ในกรอบคำถามที่เตรียมมา การสัมภาษณ์จะเน้นความลื่นไหลในการสนทนาและให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงลึก โดยเฉพาะการอธิบาย การยกตัวอย่าง และการอธิบายความคิด ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นการ Probing จากข้อคำถามหลัก ซึ่งผู้สัมภาษณ์สามารถตั้งคำถามขึ้นเองได้ ขณะทำการสัมภาษณ์ โดยยึดสาระสำคัญของข้อคำถามที่ใด จัดเตรียมไว้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์

4.1 แบบสัมภาษณ์การสัมภาษณ์กลุ่ม

มีคำถามใน 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 คำถามนำการสนทนา จำนวน 2 ข้อ เป็นคำถามแนะนำตัว ระบุบทสนทนา และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่

ประเด็นที่ 2 คำถามหลัก จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ กลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและปฏิบัติ ความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ ปัจจัยที่ทำให้การป้องกันการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผล ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้องในชุมชนต่อการฆ่าตัวตาย คุณลักษณะสำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแนวคิดการบริหารจัดการให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดีไม่ฆ่าตัวตาย

4.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

มีคำถามใน 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 คำถามนำการสนทนา เป็นคำถาม แนะนำตัว ชื่อ อายุ อาชีพ และข้อมูลสมาชิกในครอบครัว

ประเด็นที่ 2 คำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามต่อมุมมองการฆ่าตัวตาย การเล่าประสบการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ/หรือพยายามฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว กระบวนการหรือขั้นตอนในการให้ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ประสบมา ประสบการณ์การรับรู้ปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหา ในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันธพ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และลักษณะสำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

4.3 การจดบันทึกการสังเกต/สัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้มีการจดบันทึกรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จะใช้การจดบันทึกและใช้เทปบันทึกเสียง ในแต่ละครั้งที่ลงพื้นที่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกและถอดคำพูดจากเทปบันทึกเสียง มาเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่จะทำการวิเคราะห์ โดยถอดคำพูดจากแถบบันทึกเสียงคำต่อคำเพื่อให้ได้รายละเอียดครบถ้วน

5. วิธีดำเนินการและเทคนิควิจัยเชิงคุณภาพ

5.1 ค้นคว้า เอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการตายของคนไทย ปัจจัยเสี่ยง – ปัจจัยปกป้องทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ผลกระทบต่อการฆ่าตัวตาย มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย และ ชุมชนเข้มแข็ง

5.2. พัฒนารอบแนวคิดในการถอดตัวแบบ

5.3. คัดเลือกชุมชนที่มีรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการป้องกันที่ดี จาก 4 ภาค ภาคละ 2 -3 จังหวัด รวม 9 ชุมชน

5.4 ศึกษาเชิงลึกเพื่อถอดตัวแบบของชุมชนต้นแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยชุมชน โดยผู้วิจัยได้เตรียมและให้ความสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.4.1 การเตรียมชุมชน

โดยก่อนที่ผู้วิจัยจะเดินทางเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้ประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ เพื่อประสานกับชุมชน เพื่อนัดหมายกลุ่มในการให้ข้อมูลหลักทั้งหมด รวมทั้งมีการกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดกระบวนการกลุ่มอย่างชัดเจน

5.4.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา

ก่อนดำเนินการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และก่อนการสัมภาษณ์กลุ่ม/สัมภาษณ์เชิงลึกทุกครั้ง ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาแก่ผู้เข้าร่วมทุกครั้ง เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป็นการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5.4.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การสนทนากลุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาคนโยบาย ซึ่ง ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น และ กลุ่มภาคประชาชน/ชุมชน ประกอบด้วย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ฯลฯ โดยแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้อธิบายหรือเล่าให้ผู้วิจัยฟัง ผู้ถูกสัมภาษณ์จะมีอิสระในการอธิบายความคิดของตนเองไปเรื่อยๆตามความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยจะถามตามแนวแบบสัมภาษณ์และพยายามได้ ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ออกนอกประเด็น โดยแต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที

5.4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview - IDI) ในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง ผู้ดูแล และครอบครัวที่มีประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวการ ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จรายบุคคล โดยใช้การสัมภาษณ์ด้วยการถามแบบคำถามปลายเปิด ให้อธิบายหรือเล่าให้ผู้วิจัยฟัง ผู้ถูกสัมภาษณ์

จะมีอิสระในการอธิบายความคิดของตนเองไปเรื่อยๆตามความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยจะถามตามแนวแบบสัมภาษณ์ และพยายามได้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ออกนอกประเด็น โดยแต่ละบุคคล ใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที หากพบว่า ยังมีร่องรอยของบาดแผลทางด้านจิตใจ ผู้สัมภาษณ์ จะทำการประเมิน พร้อมทั้งการทำจิตบำบัดรายบุคคล เพื่อการเยียวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งการส่งต่อข้อมูลไปยังบุคลากรผู้รับผิดชอบ งานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จนปลอดภัย

6.การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

6.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ได้ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา บทความ วารสารวิชาการ รวมถึงงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากอินเทอร์เน็ต

6.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview)

6.2.1 ผู้วิจัยได้กำหนดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทั้ง 4 กลุ่มในกลุ่มของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มญาติ/เพื่อนบ้านของผู้ป่วย

6.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสังเกต และบันทึกโดยการบันทึกเสียง

6.2.3 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยการจดบันทึกเทียบเคียงกับการถอดเทปเสียง แล้วนำมาเรียบเรียง พร้อมทั้งแยกข้อมูลสำคัญ และจับประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้ข้อมูลนั้นเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ หลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้นำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ตามแบบการสัมภาษณ์ เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ กล่าวคือหลังจากที่เก็บข้อมูลของแต่ละพื้นที่เรียบร้อยแล้ว จะนำกลับมาบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด พร้อมจัดหมวดหมู่ตามแบบสัมภาษณ์

7.การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

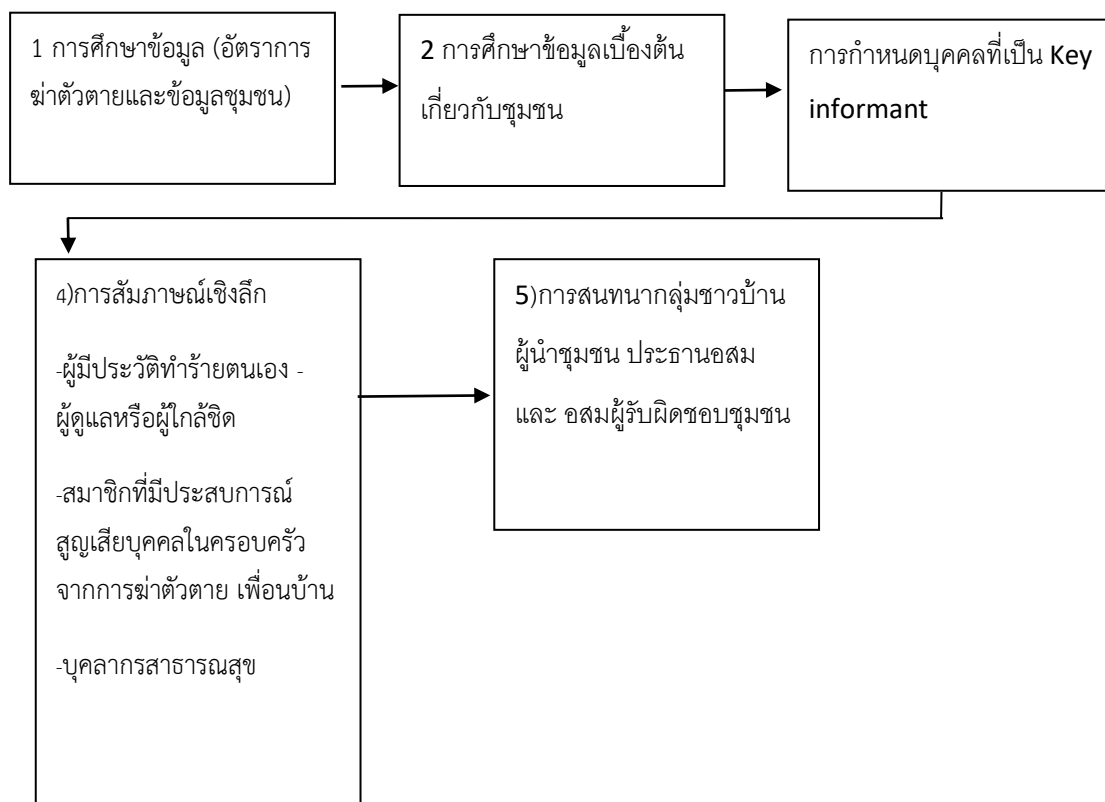
7.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกเสียง รวมถึงการบันทึกภาพรวมด้าน ท่าทาง พฤติกรรม และบรรยากาศที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลขณะให้การสัมภาษณ์ เพื่อนำมาประกอบและแปลความหมายร่วมกับการถอดเทปเสียง และการบันทึกภาคสนาม รวมถึงมีการตรวจสอบโดยการสรุปการบันทึกหลังการสัมภาษณ์จากทีมผู้วิจัยทุกครั้งหลังมีการลงพื้นที่แต่ละแห่ง เพื่อให้ได้เนื้อหาที่สอดคล้องและมีความถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด รวมถึงป้องกันการตกหล่นของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์

7.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) เป็นวิธีการสร้างเนื้อหาหรือข้อมูลใหม่มีความน่าเชื่อถือ และมีข้อสรุปที่มีความเที่ยงตรงจากเนื้อหาไปสู่บริบทของเนื้อหาที่นำมาวิเคราะห์โดยการนำข้อมูลที่ได้ออกมาทบทวนข้อมูลและนำไปสร้างเป็นข้อสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นั้น คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นั้น มาใช้ ในกระบวนการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยได้ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ อันได้แก่การวิเคราะห์ ข้อมูลโดยพิจารณาประเด็นหลัก (major themes) หรือแบบแผนหลัก (major pattern) ที่พบในข้อมูล ที่ได้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นจึงนำประเด็นหลัก (major themes) มาพิจารณาแบ่งแยก ออกเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และหัวข้อย่อย (categories) อันเป็นกระบวนการวิเคราะห์โดย การเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ภาพรวมไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นย่อยของกระบวนการวิเคราะห์ตาม แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการศึกษา ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 วิธีการศึกษา

7.3 นำเสนอรายงาน

นำเสนอผลการวิจัยโดยการบรรยายข้อมูลและการสรุปเชิงวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

8. ระยะเวลาการทำวิจัย ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562

9. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยพิจารณาตามเงื่อนไขต่างๆ ดังนี้

9.1 หลักความเคารพในตัวบุคคล คือ เคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้อิสระในการตัดสินใจสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ใช้อำนาจหรือสินจ้าง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมในการให้ข้อมูล ยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรม และการบันทึกวิดีโอ ด้วยความสมัครใจ

9.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบาย ทำความเข้าใจในรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมและบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับ

9.3 หลักของผลประโยชน์หรือไม่ก่อให้เกิดอันตรายและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และไม่ขัดต่อกฎหมายและจริยธรรม

9.4 ผู้วิจัยมีการรักษาและเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน จะใช้เพียงรหัสและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ

9.5 กรณีผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยต้องเคารพสิทธิส่วนบุคคล ไม่แสดงสีหน้าท่าทาง และคำพูด ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแก่กลุ่มตัวอย่าง

9.6 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2562 เมื่อผ่านการเห็นให้ดำเนินการวิจัยผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา และอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย” เป็นการศึกษาชุมชน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหา ถอดบทเรียนชุมชน องค์ประกอบของชุมชนที่ความสัมพันธ์ต่อการควบคุม หรือลดอัตราการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปสู่การบ่งบอกถึงรูปแบบชุมชนที่มีความเหมาะสมและเป็นโมเดลที่พื้นที่ที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันนำไปขยายผลได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากำหนดการดูแลป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในชุมชนพื้นที่ 9 จังหวัด วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและร่วมกับการสัมภาษณ์ กลุ่ม การวิเคราะห์ จึงประกอบด้วย มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ กลไกการขับเคลื่อนงาน ป้องกันการฆ่าตัวตาย กระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง คุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหา และแนวคิดที่จะช่วยยับยั้งให้มีสุขภาพจิตที่ดี โดยผู้ศึกษาใช้รูปแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ในการอภิปรายผล ซึ่งจะเป็น การอภิปรายผลของการถอดบทเรียนที่ได้จาก 9 ชุมชน แยกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 3 Model ชุมชนต้นแบบที่มีรูปแบบป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่ประสบผลสำเร็จ

4.1 ผลการศึกษาและอภิปรายผล

4.1.1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยชุมชน 9 ชุมชน จำแนกตามประเด็นที่พบ ดังต่อไปนี้

4.2.1.1 มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่

มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายแต่ละภาคส่วน ต่างได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันหรือ แก้ปัญหา ดังนี้

บุคลากรสาธารณสุข ต่างให้ความสำคัญต่อการฆ่าตัวตายโดยมีการกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายให้เป็น ตัวชี้วัดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและได้มีการจัดทำคู่มือ หรือ แนวทางการดูแลประชาชน ในการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายขององค์กร

ผู้นำชุมชนในพื้นที่ ได้สะท้อนถึงมุมมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นประเด็นสำคัญที่สังคมต้องร่วมมือ ในการแก้ไขปัญหาและไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้โดยลำพังเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งต้องได้รับความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วน เน้นไปที่มีการบูรณาการการทำงานในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเข้ากับงาน ด้านอื่น ๆ อย่างไร้รอยต่อ

ประชาชนผู้ที่อาศัยในชุมชน พบว่า มุมมองการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น เป็นเหมือนบรรทัดฐานด้านสังคม และด้วยความเชื่อที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป มีผลกระทบทางศาสนา ดังนั้น การฆ่าตัวตาย จึงไม่ควรเกิดขึ้นในสังคมและควรถือสัจจะว่าจะไม่ฆ่าตัวตาย มีชุมชนบางแห่ง ได้นำเอาความเชื่อด้านจิตวิญญาณของการที่บุคคลในชุมชน หมู่บ้านเดียวกันต่างมีผีปู่ย่าเดียวกัน ผลจากความเชื่อของการที่มีบรรพบุรุษเดียวกัน มีส่วนช่วยต่อการยึดเหนี่ยวจิตใจระหว่างกันและกัน (ชุมชนดงคำ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน) แม้ว่าชุมชนนี้ จะมีการอยู่ร่วมกันของหลายชนเผ่าแต่มีการยอมรับประเพณีของแต่ละชนเผ่าและเชื่อมโยงประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละชนเผ่าให้มาผสมกลมกลืนได้อย่างลงตัว “เราจะมี ความเชื่อ ประเพณีให้ผีปู่ย่า มีผีคุ้มที่คุ้มครองหมู่บ้าน” เมื่อใดที่คณะกรรมการต่าง ๆ ที่ได้มาจากการเลือกของคนในชุมชน ทุกคุ้ม ทุกกลุ่มปรึกษาหารือถึงการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมชีวิตความเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่พบในชุมชน จนได้ข้อสรุป คณะกรรมการแต่ละด้านกลุ่มนี้ จะนำข้อสรุปนี้ ไปสื่อสารเพื่อปฏิบัติให้เหมือนกัน และมีการสื่อสารย้อนกลับถึงความต้องการของคนในชุมชน เกิดการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดประสบการณ์ อยู่กันอย่างพี่น้อง ถ้อยทีถ้อยอาศัย นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมประเพณี ผู้นำชุมชน จ้างคนนำคนในทุกกลุ่มวัยมาร่วมกิจกรรมด้วยกันอย่างต่อเนื่อง มีการแสดงออกให้เห็นถึงการรับฟังความคิดเห็น การให้ความสำคัญของแต่ละประเด็นที่ได้มาจากแต่ละกลุ่มวัย ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้แน่นแฟ้นสามารถลดช่องว่างระหว่างวัยเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้

“ เราสร้างจิตสำนึกให้กับเด็ก ๆ ในหมู่บ้าน ผ่านกิจกรรมของประเพณี เราดึงทุกคนเข้ามาร่วมกิจกรรมประเพณีต่าง ๆ เพื่ออนุรักษ์ขนบธรรมเนียมประเพณี ”

(ผู้นำชุมชนดงคำ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

เช่นเดียวกับที่สิ่งพบในคนของชุมชนตำบลชีทวน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่เชื่อว่าถ้าคนที่ฆ่าตัวตายในชาตินี้จะต้องฆ่าตัวตายในทุกชาติ และศพของคนที่ฆ่าตัวตายศพต้องนำไปฝังในป่าช้าที่ฝังเฉพาะคนที่ฆ่าตัวตายเท่านั้นและต้องรออีก 3 ปีญาติจึงจะสามารถทำพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาได้จะไม่มีการจัดงานศพซึ่งเป็นกุศโลบายที่ทำให้สังคมตระหนักว่าการฆ่าตัวตายไม่ควรเกิดขึ้นในสังคม

“ บ้านเรา มีความเชื่อว่า คนที่ฆ่าตัวตายเกิดชาติหน้าก็จะฆ่าตัวตายเหมือนเดิม...ตามหนังสือศาสนาบอกว่าถ้าฆ่าตัวตายแล้ว ตายแล้วก่อสิปโป่ได้ไปเกิด ”

(ปราชญ์ชาวบ้าน,ตำบลชีทวน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี)

นอกจากนี้ ยังมีอีกหนึ่งมุมมองที่พบว่า ไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนตัวหรือปัญหาทางสังคม ก็ตาม ทุกปัญหาย่อมมีทางออกมีทางแก้ไข

“ รู้สึกเกิดคำถามว่าจะทำไปทำไม ชีวิตเรามีทางออกเสมอ ”

(แกนนำเยาวชน,ตำบลไชยสถาน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การมองว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่ว่าจะเป็นเรื่องยาเสพติด ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว เป็นเรื่องที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมมือแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ

“ ตำบลนี้ ไม่ค่อยมีปัญหาด้านการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ซึ่งท้องถิ่นจะดำเนินงานในภาพรวมหลายยุทธศาสตร์ ทั้งด้านนโยบายและปฏิบัติ พื้นที่จะทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน แบบบูรณาการ ทั้งในส่วนอง รพ.สต. รพ. และ อสม สิ่งสำคัญคือ เจ้าหน้าที่ต้องรักประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ”

(นายกเทศบาลตำบลดงคำ, อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

“ ปัจจัยสามส่วนที่เป็นศูนย์รวม คือ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานร่วมกัน ”

(นักพัฒนาชุมชน , อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

“ เราจะ x ray พื้นที่ตามนโยบายรัฐบาล หากพบผู้ค้าหรือผู้เสพในหมู่บ้านจะเขียนชื่อไปหย่อนลงกล่องแล้วเอากล่องไปเปิดที่อำเภอ ภาครัฐจะทำหนังสือลับส่งมาหาพ่อแม่ของคนที่มีชื่อให้พาลูกไปตรวจปัสสาวะหากพบสารเสพติดก็จะเข้ากระบวนการบำบัด เมื่อจบกระบวนการพ่อแม่ก็ต้องคอยติดตามด้วย ”

(อสม, อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

ข้อค้นพบ มุมมองที่ได้กล่าวมาข้างต้น มิได้เกิดขึ้นกับบุคคลในชุมชนทั้ง 9 แห่ง กลับพบว่า ผู้นำชุมชนบางแห่ง ครอบครัว หรือ ผู้ดูแล มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของความอ่อนแอในจิตใจแต่ละบุคคล หรือเป็นเรื่องของครอบครัว ไม่เกี่ยวกับชุมชนหรือสังคมและหากปัญหานี้เกิดขึ้นกับคนที่เป็ปัญหาหรือสร้างปัญหาให้กับสังคม เช่นผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช บางสังคมยังมองว่าเป็นทางออก หรือเป็นการยุติปัญหาที่เกิดขึ้นของสังคมด้วยซ้ำ

“ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจะโอกาสฆ่าตัวตาย เพราะไม่อยากให้เป็นภาระลูกหลาน ส่วนความคิดฆ่าตัวตายเป็นบาป ไม่ได้คิดแบบนี้กันแล้ว คิดแค่ว่า ตายไปแล้วสบาย ความคิดสมัยนี้เปลี่ยนไปแล้ว ”

(อสม ,ตำบลปากาย อำเภทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์)

“ เวลาลงเยี่ยมครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย ชาวบ้านแถวนั้นจะพูดว่า สมน้ำหน้า มันสมควรตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ไชยาเสพติดหนักๆ ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตำบลน้ำซุน อำเภอล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์)

ส่วนมุมมองของคนที่ม่ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ได้บอกเล่าถึงประสบการณ์การฆ่าตัวตายว่าตนเองทราบว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาปเพียงแต่น่าที่นั้นไม่อยากรับรู้ปัญหา อยากหลุดพ้นจากปัญหาหาทางออกไม่ได้ และหวังว่าการฆ่าตัวตายของเขา จะช่วยให้คนใกล้ชิด รู้สึกดีขึ้น

“ ถ้าตัวเองตายลูกและสามีคงสบาย ”

(ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภพานทอง จังหวัดชลบุรี)

แต่บางรายที่ผ่านประสบการณ์การลงมือฆ่าตัวตาย นั้นมา กลับได้เรียนรู้ถึงความใส่ใจหรือความเป็นห่วงของคนรอบข้าง ทำให้เกิดมุมมองใหม่ต่อการฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง

“ กลับมาคิดตอนนี้รู้ว่าความคิดที่ฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ผิด ”

(ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

4.2.1.2 กลไกการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและร่วมกับการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์และทำการสังเคราะห์ โดยการวิเคราะห์จากเนื้อหาของกลไกการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน 9 ชุมชน พบว่า กลไกการขับเคลื่อนการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย จะต้องดำเนินงานในรูปแบบของระบบ (System) ประกอบด้วย การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรองและเฝ้าระวังการส่งต่อสู่ระบบบริการ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านความร่วมมือ การสื่อสารระหว่างกัน และกันของทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข

1) การค้นหากลุ่มเสี่ยง

การค้นหาบุคคลในชุมชน ที่อาจจะกำลังประสบปัญหาวิกฤติสุขภาพจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือแม้กระทั่ง ผู้เข้าข่ายมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่อาจยังไม่แสดงอาการของโรคหรือความผิดปกตินั้น ๆ ออกมา ดังนั้น การที่ชุมชนรับรู้ได้ว่า บุคคลใด มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเข้าไปดำเนินการ ค้นหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายในระยะเริ่มแรก จะช่วยให้ชุมชนนั้นสามารถลดความสูญเสียหรืออุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายได้

“ รพ.สต. มีการประชุมทีมผู้นำ อสม ให้ลงคัดกรอง ลงเยี่ยมในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าพบใครที่มีปัญหาให้แจ้งแก่ เจ้าหน้าที่ ผู้นำ ให้ไปพูดคุยสอบถามถึงปัญหา ”

(ผู้นำชุมชน,ตำบลสีทวน อำเภอเชียงโน จังหวัดอุบลราชธานี)

2) การคัดกรองและเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังที่ได้ผลต้องเริ่มต้นที่ระดับครอบครัว โดยคนใกล้ชิดเป็นผู้สังเกต และเฝ้าระวังโดยไม่ละเลยการพฤติกรรมหรือคำพูดของคนใกล้ชิด เมื่อพบว่าคนใกล้ชิดมีคำพูดหรือพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม มีการเฝ้าระวัง ไม่ปล่อยผ่านหรือละเลยคำพูดและการกระทำนั้น โดยมีการเฝ้าระวังด้วยตนเอง และ ประสานงาน ส่งต่อแก่ ผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง

“ ถ้าเราเจอคนที่มีปัญหา เราต้องรีบเข้าหาเขา ถามเขาว่าตอนนี้มีปัญหาอะไร ให้เขาระบาย ต้องเข้าใจเขา ดู อย่าให้เขาอยู่คนเดียว ”

(ประธานอสม,อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

“ เราสร้างระบบคัดกรอง มีการคัดกรองในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การประเมินตามแบบประเมิน 2Q และ 8Q และพัฒนาให้ อสม.มีพื้นฐานในการดูแล แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่จะเข้าไปเชิงรุก คือ อสม.จะมีพื้นที่รับผิดชอบอยู่แล้ว เมื่อมีปัญหาในพื้นที่หรือใครที่เข้าข่ายก็จะประสานเจ้าหน้าที่ ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

3) การส่งต่อสู่ระบบบริการ

พื้นที่ที่มีรูปแบบการส่งต่อและติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำงานได้ตามระบบ มีการประสานงานที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้น โดยกลไกในการดูแลทุกระยะมีโครงสร้างและการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในทุกระดับ

“ กลไกสำคัญในระบบมี 2 อย่าง คือ 1) Knowledge 2) ระบบการส่งต่อ ทั้งสองอย่างนี้ต้องไปด้วยกัน เราจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ก่อน นายกจะคอยสนับสนุนในเรื่องทรัพยากรและงบประมาณ แต่เราจะเน้นด้านองค์ความรู้ เราต้องเริ่มที่การดูแลกลุ่มเสี่ยง First Aids ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง การสร้างระบบการส่งต่อ สิ่งที่ต้องทำต่อจากการสร้างองค์ความรู้ คือการประสานกับเจ้าหน้าที่ในการประเมิน โดยทุก case ต้องได้รับการ consult จากแพทย์ สิ่งสำคัญคือการสร้างระบบรองรับ จะให้ความรู้แก่ชุมชนอย่างเดียวโดยไม่ Support ไม่ได้ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

“ จากการทำงานจะมีการสรุปผลงาน ความก้าวหน้าให้ อสม.ฟังทุกเดือนจากการติดตาม Case และการกำกับติดตามการกินยาโดย อสม. ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

ซึ่งในหลายพื้นที่มีระบบการส่งต่อและติดตาม ตามโครงสร้างชุมชนและบริบทของพื้นที่ เช่น

- (1) ภาคชุมชน : หากคนใกล้ชิดพบว่า คนในครอบครัวมีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยง แจ้งยัง อสม. เพื่อทำการประเมิน คัดกรอง 2Q หากความผิดปกติในผู้ป่วยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งต่อไปยัง ผู้นำ/ผู้ใหญ่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- (2) ภาคนโยบาย :
 - มีการลงอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ
 - ลงชุมชน ขยายเครือข่ายความรู้ลงสู่ชุมชน (ครอบครัว/ญาติ/คนใกล้ชิด) และ อสม.
 - สำนวนคัดกรอง 2Q โดยผ่านผู้ที่ได้รับการอบรมของครอบครัว โดยมี อสม. และเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง
 - กรณีตรวจคัดกรองพบความเสี่ยง มีกระบวนการดังนี้
อสม./ผู้นำ/ผู้ใหญ่บ้าน ส่งต่อยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นรายที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ และโรงพยาบาลจิตเวชในเขตบริการ

- กระบวนการติดตาม โรงพยาบาลจิตเวชในเขตบริการ หรือโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ส่งข้อมูลเพื่อดูแลป้องกัน กลับคืนสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลป้องกัน

1.4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระบบการติดตาม มีการดำเนินการติดตามในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ที่มีปัญหา โดยการติดตามมีทั้งการติดตามผ่านระบบการสื่อสาร และผ่านตัวบุคคล โดยวางระบบการติดตามเป็นระยะที่ชัดเจน โดยอาศัยเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการติดตาม

“ เครือข่ายมีการติดต่อกันทางไลน์ สามารถติดต่อได้ ตลอด 24 ชั่วโมง มีสายด่วน ทีมเครือข่าย อสม. สุขภาพจิตหมู่บ้านละ 2 คน มีสายลับ อสม. จากการทำงานจะมีสรุปผลงาน ความก้าวหน้าให้ อสม. ฟังทุกเดือน จากการติดตาม case และมีการกำกับการติดตามโดย อสม. ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

ปัจจัยเสริมสร้างต่อการขับเคลื่อนระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

ระดับบุคคล

1. การสร้างองค์ความรู้ การเพิ่มพูนความรู้ที่คำนึงถึงสภาพบริบทและความต้องการของแต่ละที่ แตกต่างกันไปเพราะหากชุมชนได้รับความรู้ที่เกิดจากปัญหาที่มีในพื้นที่ก็จะส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับนำไปใช้และปฏิบัติได้จริง ก็ส่งผลให้เกิดผลที่ดีแก่ชุมชน

“ ประเมินความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ดูบริบทในพื้นที่ เพื่อให้องค์ความรู้ที่เหมาะสมแต่พื้นที่นั้นๆ เพื่อให้เหมาะกับบริบท และความต้องการของพื้นที่ เพราะแต่ละพื้นที่มีความพร้อมและความต้องการที่แตกต่างกัน ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

2. ความรัก ความรู้สึกผูกพัน/มีการสื่อสารที่ดีต่อกันของบุคคลในครอบครัว พบว่าลักษณะของความสัมพันธ์ภายในสมาชิกของแต่ละครอบครัวในชุมชน ได้สะท้อน ออกมาให้เห็นถึงภาพของ ความห่วงใย ความเข้าใจ การมีความไว้วางใจ การเปิดใจ และรับฟังระหว่างกันของคนของสมาชิกภายในครอบครัว ใช้รูปแบบการสื่อสารทั้งทางกายและวาจา เป็นไปในทางบวก เช่น การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ลดช่องว่างความสัมพันธ์ระหว่างวัยภายในครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยและมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้

“ ระดับครอบครัว ต้องใส่ใจและรับรู้ถึงสาเหตุ การสื่อสาร ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นตัวที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอน่านจังหวัดน่าน)

3. ความคิด ความเชื่อวัฒนธรรม เป็นสิ่งกำหนดความต้องการและ พฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะได้รับการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมจากสังคมรอบข้างตั้งแต่ยังเป็นเด็ก และ เป็นตัวกำหนดการกระทำบางอย่างในชุมชนว่าเหมาะสมหรือไม่ เป็นปัจจัยในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้

“อย่าไปฆ่าโตตายเด้อ มันลืบได้เกิด มันบาป”

(อาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

“เชื่อว่าถ้าฆ่าตัวตายแล้วจะไม่ได้เกิด ทำแบบนี้เป็นความชั่ว ทำชั่วแล้วตายไปจะได้กินข้าวนอกวัด”

(ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัด ขอนแก่น)

ระดับชุมชน

1.ช่องทางการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารเป็นอีกส่วนสำคัญของการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเฉพาะขั้นตอนของการเฝ้าระวัง และติดตาม การสื่อสารภายในระบบที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดช่องว่าง และมีความเข้าใจในเนื้อหาของการทำงานร่วมกันได้มากยิ่งขึ้น รูปแบบของการสื่อสารข้อมูล จะมีรูปแบบที่หลากหลายช่องทาง เช่น บุคคลบอกต่อบุคคล ประสานทางโทรศัพท์ การประกาศเสียงตามสาย และ Application line เป็นต้น พบว่า หากเป็นการสื่อสารแบบตัวต่อตัวจะเป็นการใช้รูปแบบของการจัดกิจกรรมการประชุม มีระเบียบวาระและบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลที่ชัดเจน ในขณะที่ ช่องทางที่ผ่าน Application line นั้น จะมีการจัดแบ่งย่อยออกเป็นกลุ่มเล็ก ตามกลุ่มเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่ม รพ./รพ.สต เป็นต้น

“ การสื่อสารกันภายในระบบทำให้ Case การฆ่าตัวตายลดลงได้จริงและการที่เจ้าหน้าที่รู้และตระหนักในการเฝ้าระวังและติดตามก็จะช่วยส่วนนี้ได้มาก ”

(บุคลากรสาธารณสุข , อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

“... มุ่งเน้นให้ อสม.ได้รับข่าวสารทุกเดือน จากการประชุมต่างๆ อสม.จะเข้าถึงชุมชนได้ลึกกว่า ถ้าเกิดความผิดปกติในชุมชน อสม.จะมาแจ้งเจ้าหน้าที่...”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

“ไลน์กลุ่ม จะใช้เพื่อการนัดหมายเวลามีประชุม ใช้แจ้งข้อมูลกัน...”

(อาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอนาทมจังหวัด กากยจนบุรี)

“ เราจะเปิดโทรศัพท์ไว้ 24 ชั่วโมง ถ้าใครเจ็บป่วยก็พาไปได้ตลอด โทรหาเรารวดเร็วกว่า 1669 อีกประสานเราเร็วกว่า ถ้าเราไม่ว่าไปทำ ก็ส่งต่อให้เพื่อในกลุ่ม เช่น ส่งต่อให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือเพื่อน อสม ”

(อสม, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

“ การสื่อสารก็มีทาง line ทุกครั้งที่มีการประชุม อสม.ต้องส่งข่าวกิจกรรมที่ทำลงในกลุ่ม line ว่าวันนี้ทำอะไรบ้าง ไปประชุมที่ไหน หรือถ้ามีเหตุการณ์ หรือ case ก็ส่งต่อ บอกกันทาง line ... ”

(ประธานอสม, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

การสื่อสารเป็นอีกส่วนสำคัญเป็นสิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเข้าถึงกันและสื่อสารกันไปในทิศทางเดียวกัน การสื่อสารเป็นไปได้ทั้งแบบผ่านตัวบุคคล และแบบผ่านเครื่องมือสื่อสาร เนื้อหาส่วนใหญ่ที่พบในการสื่อสารจะประกอบด้วย การส่งข่าวสารข้อมูลองค์ความรู้ การสื่อสารเพื่อนัดหมาย และการสื่อสารเพื่อส่งต่อในการทำงาน เป็นต้น

“ ... ส่วนมากติดต่อสื่อสารโดยใช้ไลน์ กำนันจะมีไลน์ปกครอง มีไลน์อสม. ไลน์สภา คนๆเดียวสามารถอยู่ได้หลายกลุ่ม มีหมวกหลายใบ ทุกกลุ่มติดตามกันตลอด ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

การสื่อสารเป็นอีกส่วนสำคัญในการสร้างระบบการเฝ้าระวัง และติดตาม ซึ่งหากมีการสื่อสารภายในระบบที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดช่องว่างในการทำงานและเกิดความเข้าใจในระบบการทำงานได้มากขึ้น

“ การสื่อสารกันภายในระบบทำให้ Case การฆ่าตัวตายลดลงได้จริงและการที่เจ้าหน้าที่รู้และตระหนักในการเฝ้าระวังและติดตามก็จะช่วยส่วนนี้ได้มาก ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

2. การคืนข้อมูล การคืนข้อมูลเป็นอีกประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากการคืนข้อมูลนี้เป็นเหมือนเพิ่มพลังชุมชน ให้แก่ชุมชนเพื่อให้ได้ร่วมกันทราบและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองได้ และยังเป็นทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การเสริมความเข้มแข็งของชุมชนได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นเหมือนการคืนความมั่นใจให้แก่ชุมชน “ ...Key Point สำคัญคือ การคืนข้อมูล ลงไปในทุกกลุ่มคน ... ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

3. ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย สังเกตพบว่า ชุมชนส่วนใหญ่ มีการทำงานของเครือข่ายร่วมกันทุกภาคส่วน มีระบบการดูแลคนในชุมชนแบบองค์รวม ไม่แยกกายและจิตออกจากกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ และการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานกันอย่างชัดเจน เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) ซึ่งประกอบด้วยนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

“ เมื่อได้ข้อมูลก็นำเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำความรู้เรื่องนี้ไปแทรกในการประชุมวาระต่างๆทั้งใน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ถือว่าเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายนี้เป็นวาระของอำเภอ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

โดยพบว่า เกือบทุกชุมชน กล่าวถึง Key Man ที่สำคัญคือ อสม. เป็นผู้ที่ช่วยในการขับเคลื่อนกลไกในการทำงานที่สำคัญการเฝ้าระวังคัดกรองผู้ที่เสี่ยงหรือผู้ที่มีปัญหาในพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อ ติดตาม รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

“ ส่วนของการเฝ้าระวัง อสม.เป็นตัวช่วยเหลือการทำงานได้มาก ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอนาบนา จังหวัดนครศรีธรรมราช)

“ มีการจัดระบบให้ อสม.คัดกรอง มีอสม.ดูแลแต่ละด้าน อสม. เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้งานประสบความสำเร็จเร็วขึ้น ”

(บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด, อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

“ อสม.เข้าถึงชุมชน อสม.ช่วยงานเราได้มาก อสม.เป็นเครื่องจักรกล เป็นกลไกสำคัญ ในการเข้าถึงประชาชน ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอพานทอง จังหวัด ชลบุรี)

รูปแบบของเครือข่ายที่มีการทำงานเข้มแข็ง ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ และผู้บริหาร จะพบว่าเป็นรูปแบบของการทำงานเชื่อมโยงประสานกัน ทำงานอย่างไร้รอยต่อ ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ พร้อมตอบสนองต่อปัญหา

“ หมอทำงานเต็มที่ พาลูกหลานเต็มที่ พร้อมตอบสนองต่อปัญหามีปัญหาสามารถโทรปรึกษาคุณหมอได้เลย ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข,อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น)

4. การมีส่วนร่วมในชุมชน ข้อค้นพบองค์ประกอบของชุมชนและเป็นปัจจัยที่สำคัญของการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

4.1 รูปแบบกิจกรรมเพื่อให้ชุมชน มีส่วนร่วม จะประกอบด้วย การระดมความคิดความเห็น ทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหา จัดลำดับปัญหาในพื้นที่ รวมถึงร่วมกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และคืนข้อมูลแก่ชุมชน เน้นย้ำความเชื่อในการทำงานที่ว่า เป็นบทบาทภาระหน้าที่ของทุกคนในชุมชน

“ มีการทำงานร่วมกันทุกกลุ่มวัย ทั้งเด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ แม่บ้าน หรือครอบครัว จึงไม่เกิดช่องว่างระหว่างวัยในชุมชน และที่สำคัญ งานหมู่บ้านคืองานของทุกคน ”

(ผู้นำท้องถิ่น,อำเภอเมืองจังหวัดน่าน)

“ในพื้นที่ที่มีการทำ CBL ด้านปัญหาสุขภาพของชุมชน มีการระดมความคิดเห็น หาปัญหา สังเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไข และคืนข้อมูลแก่ชุมชน ”

(ผู้นำท้องถิ่น, อำเภอสี, จังหวัดลำพูน)

“ ตอนนี้มีการประชุม ทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน และคืนปัญหาที่มีสู่ชุมชน เช่น อสม. รพ.สต. อบต. เวลาตัดสินใจจะมีคณะกรรมการกลางในการกลั่นกรอง และอนุมัติ มีทุกภาคส่วนในอำเภอมาช่วยกัน อย่างโครงการด้านสาธารณสุขก็ต้องอาศัย สาธารณสุขอำเภอ มาเป็นกรรมการ ... ”

(ผู้นำท้องถิ่น , อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

ด้วยแต่ละบุคคลย่อมมีบทบาทและหน้าที่ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการให้เกียรติและยอมรับในบทบาทหน้าที่ย่อมเป็นสิ่งที่ให้การขับเคลื่อนกลไกการทำงานเป็นไปอย่างเป็นระบบ

“ การทำงานต้องให้เกียรติผู้ทำงานตัดสินใจ ทำงานต้องให้เกียรติกัน และการดูแลทุกคนต้องมีความเสมอภาค ถ้าคนเรามีความสุข ปัญหาอื่นๆจะไม่ตามมา ”

(ผู้นำท้องถิ่น, อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

4.2 สัมพันธภาพในชุมชน สัมพันธภาพของคนชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนกลไกการทำงานในชุมชน ชุมชนที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันที่ดี จะเป็นไปในรูปแบบของความสัมพันธ์แบบระบบเครือข่าย มองทุกคนเป็นพี่น้อง เป็นญาติเสมือนสายเลือดเดียวกัน มีความผูกพัน รับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ แก่กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลและดูแลกันแบบพี่ แบบน้อง ยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ภาษา และวัฒนธรรม และในพื้นที่ชุมชนที่ยังคงพื้นฐานความเป็นชนบทอยู่ เป็นการทำงานร่วมกันของหน่วยทางสังคม แบบ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) มีบ้านและโรงเรียนให้การอุปถัมภ์ ค้ำชู ทำนุบำรุงพระศาสนา บ้านก็มีวัดคอยให้สติ เตือนใจ รวมทั้งจิตวิญญาณและมีโรงเรียนคอยสนับสนุนกิจกรรมในชุมชน โรงเรียน มีวัด ที่ให้การสนับสนุน อบรมสั่งสอนในศีลธรรม และมีบ้านที่คอยให้การสนับสนุน

“ ชุมชนอยู่กันแบบพี่น้อง เป็นเครือญาติกัน แบ่งปันกัน เข้าส่งแวง เมื่อแล่งส่งปัน ”

(ผู้นำท้องถิ่น, อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี)

“ สังคมบ้านเราอยู่กันแบบครอบครัว สังคมดีกว่าในเมือง เย็นมาก็มาเจอกันทุกคน ตกเย็นมาบ้าน 2-3 หลังก็มานั่งคุยกัน เหมือนเป็นชมรมมาคุยกัน จริง ๆ ทุกครอบครัวก็มีปัญหา แต่ทุกคนก็จะมาคุยกัน ปรึกษากัน ”

(อสม ,อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

“ คนในชุมชนในกว้าง ไม่มีการแยกพื้นที่ระหว่างชุมชนพื้นราบกับชุมชนเฝ้า มีการยอมรับกันภายในชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันได้ในชุมชนเดียวกัน โดยยังมีการรักษาประเพณี วัฒนธรรม กระเหรี่ยงให้คงอยู่ ”

(ผู้นำท้องถิ่น,อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

ข้อค้นพบ : จากการที่แต่ละชุมชนที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในพื้นที่จะมีสัมพันธ์ในเชิงศาสนาและวัฒนธรรมร่วมกัน เช่น การเข้าวัดทำบุญตามประเพณี หรือตามวันสำคัญต่าง ๆ หากแต่พบว่าชุมชนใด ครอบครัวใดที่มีรูปแบบการเลี้ยงดู และปลูกฝังประเพณีให้กับลูกหลานจะมีส่วนช่วยในด้านการปลูกจิตสำนึกรักบ้านเกิด ให้แก่เยาวชนตระหนักเห็นคุณค่าของชุมชนบ้านเกิดได้เป็นอย่างดี

“ ้วยรุ่นส่วนใหญ่เรียนจบแล้วทำงานใกล้บ้าน บางส่วนทำงานที่อื่น สอบบรรจุได้ที่ต่างจังหวัด ทำงานได้ประมาณ 1 ปีจะย้ายกลับมาทำงานที่บ้าน การสอนลูกของคนในชุมชนส่วนมากจะสอนให้รู้จักหน้าที่ของตนเอง รู้จักแบ่งเวลา ช่วยเหลือพ่อแม่ทำงาน ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภออี จังหวัดลำพูน)

“ เราสร้างจิตสำนึกให้เด็ก ๆ ในหมู่บ้าน ชุมชน ผ่านประเพณีดั้งเดิมทุกคนเข้ามาร่วมกิจกรรม ประเพณีต่าง ๆ เพื่ออนุรักษ์ขนบธรรมเนียมประเพณี ”

(ผู้นำชุมชน , อำเภออี จังหวัดลำพูน)

4.3 การรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่ พบว่า การรวมกลุ่มกันเพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นไปในรูปแบบกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยสมาชิกมารวมกันโดยความสมัครใจ มีกฎระเบียบที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพในชุมชนที่ดีต่อกัน สมาชิกแต่ละกลุ่ม มีความความเข้าใจและมีเป้าหมายการทำงานเดียวกันถึงความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมถึงการมีวัฒนธรรมและความเชื่อคล้ายคลึงกัน กลุ่มกิจกรรมที่พบ อาทิเช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มทอผ้า กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มรักษาศีล 5 กลุ่มทำยาหม่อง ลูกประคบ กลุ่มยุวชนตัวเล็ก เป็นต้น

“ ... ชุมชนมีความกลมกลืนกัน และร่วมขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน มีวิสาหกิจชุมชน มีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง สังคมและวัฒนธรรม เป็นสังคมแห่งการออม ”

(ผู้นำชุมชน , อำเภออี จังหวัดลำพูน)

“ ...มีกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มทอผ้า มีความเข้มแข็ง แต่ละหมู่บ้านมีกลุ่มเครือข่ายในการทำงานและการประกอบอาชีพ และในกลุ่มผู้สูงอายุมีการเยี่ยมบ้านกันเองภายในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้เกิดความอบอุ่น... ”

(ผู้นำชุมชน , อำเภออี จังหวัดลำพูน)

การที่คนในชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี กิจกรรมด้านการส่งเสริมอาชีพ เช่น การทอผ้า จักสาน ทำลูกประคบ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีการรวมตัวกันของชุมชน ทั้งในกลุ่มเด็กเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สังคมเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้คนในชุมชนมีความรู้สึกกลมเกลียว และลดช่องว่างระหว่างวัย

“ มีการทำงานร่วมกันได้ทุกกลุ่มวัย ทั้งเด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ แม่บ้าน หรือครอบครัวสนับสนุน จึงไม่เกิดช่องว่างระหว่างวัยในชุมชน... ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

“ มีงานบุญบังไฟ ไหว้ปู่ บุญเบิกบ้าน บุญข้าวสาก งานสงกรานต์ งานบุญ งานบวช งานบุญข้าวสาก งานบุญเบิกบ้านก็เป็นเหมือนการเรียกขวัญกำลังใจ ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองคนในหมู่บ้าน ... เวลาที่มีกิจกรรมก็จะมาร่วมกันทุกคน ทุกวัย ”

(ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

4.4 บทบาทของผู้นำของชุมชน การมีผู้นำหรือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานนั้น จึงถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกลไกและการดำเนินงานที่สำเร็จในพื้นที่ได้ จึงพบว่า ชุมชนที่ประสบผลสำเร็จ ส่วนสำคัญมาจากการที่ผู้บริหาร หรือ ผู้นำชุมชน ให้ความสำคัญ มีนโยบายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา ก็จะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานประสบผลสำเร็จได้เช่นกัน

“ ... เราเห็นว่า ผู้บริหารทุกคน ทุกระดับ ต้องรับรู้ปัญหาร่วมกัน ทั้ง รพ.สต. รพ. สส.จังหวัด ผู้บริหาร เล่นทุกเรื่อง ตัวชี้วัดห้ามตก และมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ทุกครั้งที่มีการประชุม การคัดกรองทุกครั้ง ข้อมูลทุกอย่างพื้นที่ต้องรู้เท่ากันหมด ”

(บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด, อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี)

“ ผู้บริหารให้ความสำคัญ การป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ใช่แค่แพทย์เท่านั้นที่พูดเรื่องการฆ่าตัวตาย การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและนำเข้าไปประชุมต่าง ๆ ของอำเภอทำให้คณะทำงานและประชาชนเข้าถึงเรื่องนี้ได้ง่าย... ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

นอกเหนือไปจากการที่ชุมชน นั้น จะมีผู้นำที่เป็นทางการแล้ว จะพบได้ว่า ในชุมชนนั้น จะมีผู้นำที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นด้วย โดยจะมีรูปแบบกลไกการทำงาน คล้ายคลึงไปกับการทำงานของผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ เช่น หัวหน้าคุ้ม หัวหน้าหมวด และ ผู้นำคนหนึ่งๆ บางราย ก็มีลักษณะของการผสมผสานอยู่ในบุคคลเดียวได้ ทำหน้าที่ช่วยด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงานในเรื่องต่าง ๆ ในชุมชน

“ ชุมชนจะมีคณะกรรมการต่าง ๆ มีกลุ่ม มีคุ้ม มีหมวด ทำให้รู้ปัญหาเวลามีปัญหาได้ปัญหาอะไรมา จะเรียกหัวหน้าคุ้ม หัวหน้าหมวดมาประชุมที่ศาลาวัด,, ”

(ผู้นำชุมชน,อำเภอสี จังหวัดลำพูน)

“ ,,ชุมชนจะประชุมกันที่วัด เชิญพระเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง พระพูดอะไรชาวบ้านก็จะเชื่อ ”

(ผู้นำชุมชน, อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

“ การขับเคลื่อนร่วมงานกับพชอำเภอในพื้นที่ในการเฝ้าระวังและสังเกตถึงสัญญาณเตือนรวมถึงขับเคลื่อนลงในพื้นที่ พชต.ช่วยทำให้เข้าถึงประชาชนทุกระดับ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

“ ตอนแรกมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไกลตัว พอมีหมอมานำพูดคุยเรื่องนี้ ทำให้เราและพื้นที่รู้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องใกล้ตัว เริ่มที่มองให้เขาเห็นปัญหา เห็นถึงความสำคัญ เอา case ในชุมชนที่เจอมาคุยกัน ทำแบบนี้จะทำให้เห็นว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มเป้าหมายของเรา พอเห็นแล้วก็จะพูดถึงสาเหตุ วิธีการให้กำลังใจ วิธีการพูดจะพูดลักษณะไหน ให้มองชุมชนแบบองค์รวม ”

(ผู้นำท้องถิ่น , อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

4.5 ร่วมแรง ร่วมใจ กันโดยไม่แบ่งส่วนหรือแยกส่วนกัน ทำงานอย่างบูรณาการไปด้วยกันและมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง

“ มีการบูรณาการร่วมกันโดยไม่แบ่งส่วนหรือแยกส่วนกันและมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ”

(ผู้นำชุมชน,อำเภอสี จังหวัดลำพูน)

“ ตอนแรกมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไกลตัว พอมีหมอมานำพูดคุยเรื่องนี้ ทำให้เราและพื้นที่รู้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องใกล้ตัว เริ่มที่มองให้เขาเห็นปัญหา เห็นถึงความสำคัญ เอา case ในชุมชนที่เจอมาคุยกัน ทำแบบนี้จะทำให้ เห็นว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มเป้าหมายของเรา พอเห็นแล้วก็จะพูดถึงสาเหตุ วิธีการให้กำลังใจ วิธีการพูดจะพูดลักษณะไหน ให้มองชุมชนแบบองค์รวม ”

“ คนที่จะช่วยได้คือคนใกล้ชิดและคนในชุมชน หมอจะช่วยคนเดียวไม่ได้ ถ้าคนในชุมชนไม่ช่วย ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

5. การที่ชุมชน มีแหล่งเงินทุนสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ

สำหรับการดูแลปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในชุมชน พบว่าได้จัดให้มีแหล่งเงินทุนสนับสนุนให้กู้ยืม เช่น กองทุนหมู่บ้าน กองทุนออมทรัพย์ ทำให้ผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจมีทางออก และทำให้รับรู้ถึงความช่วยเหลือของคนในชุมชนด้วยกัน

“ ... มีกองทุนให้กู้ยืม ไม่ต้องไปพึ่งหนี้ในระบบ มีกองทุนหมู่บ้าน เงินฝากออมทรัพย์ มีให้กู้ยืม มีการค้ำกันเองในชุมชน ไม่มีปัญหาเรื่องค้ำ ทุกคนในชุมชนมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ”

(ผู้นำท้องถิ่น, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

ปัจจัยขัดขวางต่อการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ที่ส่งให้การดำเนินงาน ไม่สามารถบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (การลดอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองรายใหม่)

ระดับบุคคล

1.)การปฏิเสธ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และผลการถูกตีตราบาปของบุคคลภายในครอบครัว/ชุมชน ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ชุมชน รวมถึงตัวบุคคล ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ทำให้ขาดความร่วมมือ หรือ ปฏิเสธการรักษา ไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา จนเกิดผลกระทบด้านลบเกิดขึ้นในชุมชน

“ที่ทำให้เข้าถึงการรักษาได้ยาก คือ บางครอบครัวเขาไม่ยอมรับว่าเขา หรือญาติเขาเป็นโรคจิตเวชเลยไม่ได้กินยา ก็เกิดปัญหาตามมา ”

(อาสาสมัครสาธารณสุข, อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น)

“ ... คนที่เขาจะฆ่าตัวตายมีหลายปัจจัย บาง case ก็ไม่อยากบอกใคร กลัวโดนสังคมตีตรา เลยไม่อยากให้ใครรู้ ... ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

2.)การเข้าใจไม่ถึง ไม่เข้าใจต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับคนในชุมชน เพื่อนบ้าน และผู้ดูแลจากการสนทนากลุ่มพบว่า ยังคงมีมุมมองปัญหาการ ฆ่าตัวตายว่า เกี่ยวข้องกับปัญหาครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาชู้สาว ปัญหาเศรษฐกิจ การมีหนี้สิน รายได้ไม่มั่นคง คิดว่าปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องส่วนตัว คนนอกไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง จึงไม่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งปัจจัย โดยเฉพาะปัญหาสุราและยาเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาหนี้สิน จึงคิดว่าปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ยาก เพราะเป็นปัญหาส่วนบุคคลที่ซับซ้อน บางรายก็รับรู้ถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบกะทันหัน ทำให้ยากที่จะเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้น และไม่ใช่น้ำที่รับผิชอบของตน เป็นน้ำที่รับผิชอบของของคนในครอบครัวหรือหน่วยงานอื่นที่ควรเข้ามาดูแลแก้ไขปัญหา

“ การฆ่าตัวตาย อสม.เข้าใจไม่ถึงหรอก ฆ่าตัวตายไม่เป็นไร แต่ถ้าใช้เลือดออกตายเราตาย เพราะเรามีส่วนร่วมด้วย เพราะพวกเขาจะฆ่าตัวตายนี้เราก็เข้าไปใกล้ไม่ได้ ”

“ เราก็ช่วยเขาไม่ได้ ที่เกิดอาจจะเกิดขึ้นจากครอบครัวเขา เช่น เป็นหนี้ ไม่มีเงินใช้ ยาเสพติด ติดสุรา ”

(อสม , อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

“ คนที่เขาฆ่าตัวตายเขาคงท้อกับชีวิต ไม่มีที่ปรึกษา สิ้นหวัง หหมดหวัง ครอบครัวไม่อบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ พี่น้องด่าทอ เรื่องผู้มีเมียน้อย มีเงินน้อย มองว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องใกล้ตัว ส่วนมากโรคทางกายเป็นเบาหวาน ความดัน ใช้เลือดออก พวกนี้สำคัญกว่า ”

(อสม , อำเภอท่ามะกา, จังหวัดกาญจนบุรี)

“ มองว่าบ้านที่ฆ่าตัวตายนี้เขาไม่ได้มีปัญหาจริง ๆ ไม่รู้เขาคิดอะไรอยู่ อสม.เข้าถึงปัญหา แต่ไม่ลึก บางอย่างเขาก็ไม่กล้าบอกกับเรา ”

(ประธาน อสม, อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

โดยเฉพาะ ความคิดที่ว่า การฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องของโรค ยุ่งยากซับซ้อนไม่ตรงไปตรงมา และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีความรู้เฉพาะด้าน เป็นผู้ แก้ไขปัญหา เมื่อการฆ่าตัวตาย ถูกมองว่าเป็นปัญหา สาธารณสุข ไม่ใช่ ปัญหาสังคม ทำให้เกิดการแยกส่วนการดำเนินงาน

“ ...การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เจ้าหน้าที่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ และยังไปเกี่ยวกับปัญหาจิตเวช และยาเสพติด เศรษฐกิจ สังคม สื่อ social ชุมชนมีปัญหา เขาจะคิดถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เราก็ไม่สามารถควบคุมปัจจัยและบริบททางสังคมได้ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

“ ปัญหาการฆ่าตัวตาย จะถูกมองว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแก้ไขไม่ได้ทั้งหมดหรอก ... ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอเมืองใน จังหวัด อุบลราชธานี)

3.) การขาดองค์ความรู้ของอสม.และประชาชน การขาดองค์ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน หรือแม้แต่องค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ ที่ยังไม่เพียงพอในการดูแลและสนับสนุนองค์ความรู้แก่ ประชาชน จึงทำให้ไม่สามารถดูแลและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้

“ เวลาส่งต่อ case ผู้ป่วยจิตเวช ให้ อสม.ไปดูแลต่อ แต่ไม่รู้วิธีการเข้าถึงว่าจะรับมือหรือมีวิธีการ ใดๆ เพราะ อสม.ยังไม่มีทักษะการดูแลผู้ป่วย แม้แต่เจ้าหน้าที่ รสต. เองก็ยังมีความรู้ไม่เพียงพอ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี)

ระดับชุมชน

1.) นโยบายและความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงาน

ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กร บางพื้นที่ ไม่ให้ความสำคัญในปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้พบว่าไม่ได้มีการมอบหมาย หรือ กำหนดนโยบายที่ชัดเจน ต่อเนื่อง หรือ ใน บางแห่ง ผลจากการปรับเปลี่ยนหน้าที่ การโยกย้าย บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน เกิดการไม่ต่อเนื่องในการทำงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการรับรู้ และความเข้าใจของ กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกัน

“... เรื่องของการฆ่าตัวตาย นายอำเภอยังไม่เห็นความสำคัญและนำเข้าสู่วาระระดับอำเภอ ส่วนใน กลุ่มเด็กและเยาวชน สร้างความเข้มแข็งโดยจัดโรงเรียนสร้างสุข และจัดอบรมเด็กในกลุ่มเสี่ยง ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอทองแสงขัน จังหวัดอุดรธานี)

2.) ขาดความเชื่อมโยง ส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเวช ยังไม่ได้รับการเปิดเผย หรือให้เข้าถึงข้อมูลได้เท่าที่ควร จึงทำให้เกิดความไม่ครอบคลุมของการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงไม่สามารถนำข้อมูลไปกำหนดนโยบายได้ตามบริบทของพื้นที่

“ ทางท้องถิ่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านจิตเวชหรืองานฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร จึงไม่สามารถจัดโครงการหรือเสนอนโยบายให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ในทุกภาคส่วน...”

(รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลไชยสถาน, เมือง, น่าน)

ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในบางชุมชน ไม่สามารถบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (การลดอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองรายใหม่)

1). การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการย้ายถิ่นของคนชุมชน ปัจจุบันสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบท เป็นสังคมกึ่งเมือง หรือสังคมเมืองมีมากขึ้น การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยตามการประกอบอาชีพก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในชุมชน ซึ่งมีการย้ายถิ่นฐานใหม่ ชุมชนจะเกิดประชากรแฝง และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของผู้ที่มาอาศัยอยู่ จึงส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน และตัวบุคคล ไม่แนบแน่น และระบบชุมชนแบบเครือญาติเริ่มหลวมตัว

“ ชุมชนมีความเอื้ออาทร มีปัญหาที่ช่วยเหลือกันแก้ปัญหา เป็นเครือญาติกัน แต่หลังๆมีคนอื่นมาอาศัย ก็ทำให้สังคมเปลี่ยน แต่ละคนก็จะเอาประเพณีมาด้วย มีแรงงานข้ามชาติเข้ามา ”

(ผู้นำท้องถิ่น,อำเภอปากพอง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

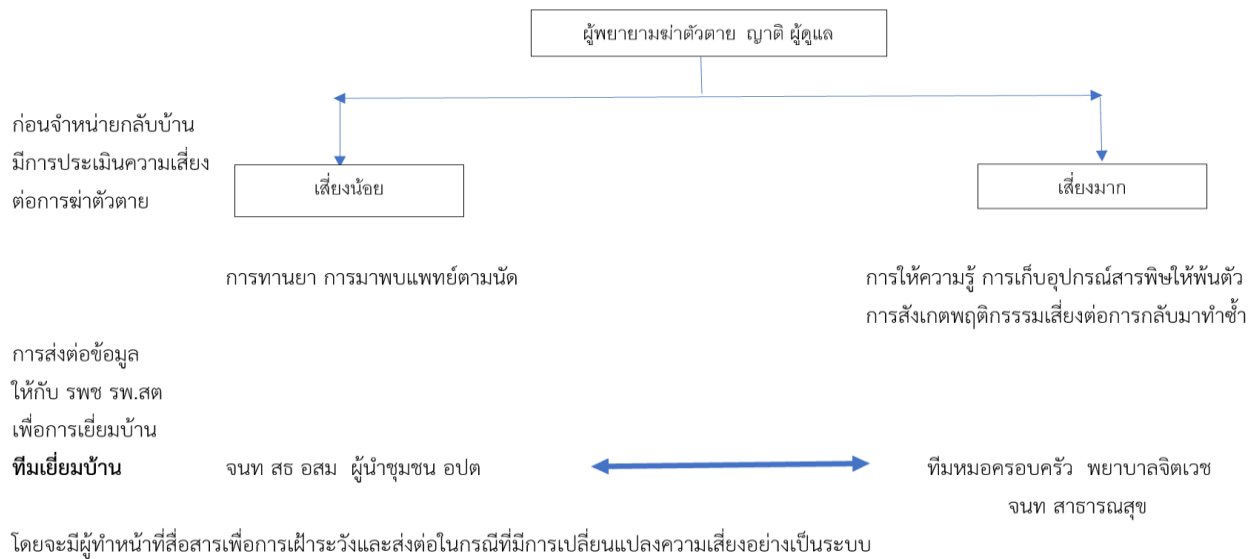
2.) ปัญหายาเสพติด ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ที่มีปัญหายาเสพติด เป็นผู้ที่ทำให้เกิดปัญหาทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาสังคม เช่น ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านเศรษฐกิจ หรือในบางรายที่ใช้สารเสพติด จะมีอาการประสาทหลอน มีการทำร้ายตนเอง หรือบางรายอาจทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย

“ ยาเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ”

(อสม., อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในแต่ละชุมชน จะเกิดกระบวนการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ระบบยังคงกลับมาสมดุลได้อีกครั้ง กระบวนการปรับตัวดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (มุมมอง ความเชื่อ) ระบบครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัว ความรักความผูกพัน) ระบบชุมชน (การให้การสนับสนุนทางสังคม) และวัฒนธรรมแวดล้อม ค่านิยม และความเชื่อทางศาสนาความตายและการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

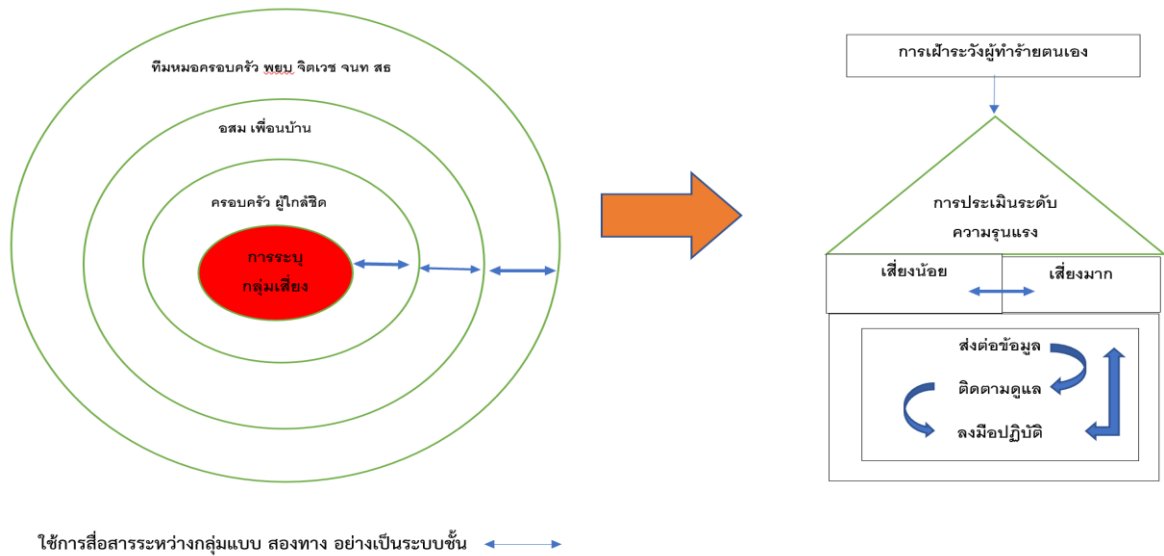


ภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ดังนั้น รูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและไม่กลับมาฆ่าตัวตายซ้ำที่พบ มีเกี่ยวข้องกันและกันอย่างเป็นระบบระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นที่น่าสังเกตว่า รูปแบบกระบวนการและ กลไกการทำงานในชุมชนมีรูปแบบคล้ายคลึงเช่นเดียวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชน นอกจากนี้ ระบบดังกล่าว เป็นระบบและกลไกการดำเนินงานเชิงรุกของชุมชน ในการติดตามสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา และอันตรายต่อสุขภาพ หรือนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนป้องกัน ออกแบบกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย กลไกการดูแลเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

สำหรับเครื่องมือ ที่อสม ใช้เพื่อในการประเมินได้แก่ แบบประเมิน 2Q ส่วน บุคลากรสาธารณสุขจะใช้แบบประเมิน 9Q 8Q กรมสุขภาพจิต

กระบวนการเฝ้าระวัง : เมื่อผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เข้าสู่ระบบบริการรักษา (การคัดกรอง ค้นหา วินิจฉัย รักษาดูแล) ตามสภาพปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ จนปลอดภัย เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ การเตรียมความพร้อมก่อนการกลับบ้าน จะประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินอาการและความเสี่ยงของการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ของผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย อีกครั้ง มีการให้ความรู้และทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (การสื่อสารอย่างเข้าใจระหว่างผู้รักษา ผู้รับการรักษา และสมาชิกในครอบครัว / ผู้ดูแล) รวมไปถึงการประเมินความต้องการให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีสิทธิในการเลือกและตัดสินใจที่จะเลือกรูปแบบการติดตามดูแล ได้แก่ มาพบแพทย์ที่หน่วยบริการ หรือ การมีทีมสุขภาพจิตลงไปเยี่ยมบ้านสิ่งที่ผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย โดยสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล จะได้รับการสื่อสาร เพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติตัว เน้นถึงความสำคัญของการใส่ใจ สังเกต ประเมินอาการ และอาการแสดง ถึง “ สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ”



ภาพที่ 10 แสดงรูปแบบการเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง

เมื่อครอบครัว ชุมชน หรือ ระบบบริการสุขภาพเอง ได้รับการสื่อสารข้อมูล ว่ามีบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในชุมชน ระบบของการเฝ้าระวังก็ จะเริ่มปฏิบัติการขึ้นในชุมชน โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การติดตามดูแลการส่งต่อข้อมูล และการลงมือปฏิบัติ

1.) การติดตามดูแลภายหลังที่เกิดเหตุการณ์ขึ้นในชุมชน และผู้พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัยและกลับมาใช้ชีวิตที่บ้าน การคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวัง จะเริ่มต้นที่ระดับครอบครัว โดยคนใกล้ชิดเป็นผู้สังเกต และเฝ้าระวัง โดยไม่ละเลยการพฤติกรรมหรือคำพูด เมื่อพบว่าคนใกล้ชิดมีคำพูดหรือพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม จะ ไม่ปล่อยผ่านหรือละเลยคำพูดและการกระทำนั้น ประเมินความเสี่ยงที่สังเกต ได้แก่ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และความเครียด และ ประสานงาน ส่งต่อแก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง

“ เราให้ อสม. สังเกต ทำ mapping และชี้ให้ชัดเจนว่าครอบครัวไหนเสี่ยงและคาดว่าจะมีโอกาสเกิดได้อีก เพราะอะไร เมื่อทราบแล้ว ให้มีการเฝ้าระวังและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะหากทราบเร็วก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้เร็ว การแก้ไขปัญหาต้องแก้ไขในระดับ Attitude และผู้รับผิดชอบงานเชิงนโยบายควรให้นโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับ ”

(บุคลากรสาธารณสุข , อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

“ เขาเคยคิดฆ่าตัวตายหลายวิธีแต่ไม่สำเร็จ ทุกวันนี้เขาอยู่เพื่อหลานสาวอีกคนที่ดูแลเขาเป็นประจำ ตอนนี้ก็มีกำลังใจดีขึ้น ไม่คิดฆ่าตัวตายแล้ว ก็ดูแลเขามีงานบุญ งานที่วัด ก็ชวนไป พยายามอย่าให้เขาอยู่คนเดียว ”

(ประธาน อสม.อำเภอ ทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี)

2.) การส่งต่อข้อมูล แต่ละชุมชน จะมีรูปแบบการส่งต่อและติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำงานได้ตามระบบ มีการประสานงานที่ไม่ซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในความดูแลระบบบริการสุขภาพและเชื่อมโยงข้อมูลกับแกนนำชุมชน โดยเป็นการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในทุกระดับ

“ กรณีตรวจคัดกรองพบว่าเสี่ยง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน จะส่งต่อรพ.สต. ประเมิน ส่งต่อ โรงพยาบาล ส่งข้อมูลเพื่อดูแลป้องกันกลับสู่ รพ.สต. และ อสม. สื่อสารไปมากันเป็นวงๆ ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์)

3.) การลงมือปฏิบัติการติดตามดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ระบบการติดตาม มีการดำเนินการติดตามในกลุ่มเสี่ยงต่อการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ โดยการติดตามมีทั้งการติดตามผ่านระบบการสื่อสาร และผ่านตัวบุคคล โดยวางระบบการติดตามเป็นระยะที่ชัดเจน โดยอาศัยเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการติดตาม ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เห็นใจ และดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว เต็มใจพร้อมที่จะช่วยเหลือ โดยไม่ละเลยหรือล่อเลียนต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

“เขาฆ่าตัวตายเพราะอาจจะมีคนไปพูดเล่น แต่ตอนนี้เราก็บอกกัน อย่า ขอร้องเถอะ อย่าไปพูดเล่น มันเหมือนคนป่วยนะ เขาไม่รู้ว่าจะเล่นหรือจริง เราต้องห้ามพูดเล่น ซ้ำเติมกันเพราะอาจเป็นเหตุในคนที่ป่วยคิดมาก”

(ผู้นำท้องถิ่น , ต.ไชยสถาน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

“ อสม.เป็นส่วนเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน เป็นตัวเชื่อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายพื้นที่ ดักจับความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว หากมีสัญญาณ เพื่อขอความช่วยเหลือได้ทัน และในพื้นที่ยังมีตำรวจบ้านคอยดูแล ”

(บุคลากรสาธารณสุข, อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา)

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยป้องกันให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ มีทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.ปัจจัยระดับบุคคล

แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

1.1 ภาวะสุขภาพกาย จากการประเมิน สังเกตภาวะสุขภาพกาย ของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 16 คน พบว่า ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง 10 ราย ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว มี 4 ราย เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิต 3 ราย ยังคงไปรับยาอย่างต่อเนื่องและ จำนวน 1 ราย มีความพิการหลงเหลืออยู่ สร้างบาดแผลทางใจ ผู้ดูแล หรือครอบครัว ต้องทำหน้าที่คอยให้การดูแลให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน

“ ทุกวันนี้ก็ยังเบลอลูอยู่ แม่และยายดูแลตลอด...”

จากข้อมูลดังกล่าว อาจจะไม่สะท้อนตรงไปตรงมาถึงความพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก แต่การมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การอยู่ในภาวะพึ่งพิง ก็ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้บุคคลมีความคิดกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำได้อีกครั้ง สิ่งสำคัญนั้นคือ “ ปัจจัยปกป้องต่อการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ” ที่จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายนี้ ยอมรับการเจ็บป่วย การกล้ำที่เผชิญปัญหาที่ยังคงอยู่และปรับตัวปรับใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปกติ

1.2 ภาวะสุขภาพทางใจ ได้แก่

1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ได้กลับมารับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง โดยเล็งเห็นว่าตนยังมีศักยภาพในการดูแลผู้อื่นได้ จากการที่ยังคงสามารถทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรที่สำคัญ และยังเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ สามารถทำงาน หรือยังคงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ของคนในครอบครัว คนใกล้ชิดและคนรอบข้างได้

“เราต้องอยู่เพื่อลูก เราต้องเข้มแข็ง เราต้องทำด้วยตัวเอง ทำงานก็เพลินไป เราคิดว่าเราเก่ง เราทำได้ ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอล่มสีก จังหวัดเพชรบูรณ์)

“ ไม่คิดกลับไปทำร้ายตัวเองอีก ...สงสารหมอ อย่างน้อยเรายังทำมาหากินได้ ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอน้ำซุน จังหวัดเพชรบูรณ์)

2) การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มองเห็นถึง การมีชีวิตอยู่ของตนเองเปรียบเสมือนความหวังและกำลังใจของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ และได้รับรู้ถึงการมีชีวิตอยู่ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นที่เป็นแรงผลักดันแก่คนรอบข้างในการดำเนินชีวิตในอนาคต

“ ลูกพูดว่า ไม่อยากเห็นเขาตอนรับปริญญาเธอ ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอล่มสีก จังหวัดเพชรบูรณ์)

“ ปัจจุบันมีหลานเป็นกำลังใจอยากให้มีชีวิตอยู่ต่อเพื่อดูแลหลาน อยากให้หลานเป็นครู ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

3) เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ เพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้พยายามฆ่าตัวต้ามองว่า การฆ่าตัวตายไม่ใช่ทางออกของปัญหาทั้งหมด ไม่มีประโยชน์จากการกระทำนี้ เนื่องจาก หากตนเองเสียชีวิตก็ยังคงเป็นภาระของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ และทำให้ผู้ที่ยังอยู่เสียใจ จึงควรรหาทางออกอื่นในการแก้ไขปัญหา เช่น การทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่สังคม และการเข้าวัด ทำบุญ ยังเป็นอีกทางที่ทำให้จิตใจสงบขึ้นด้วย

“ การฆ่าตัวตายไม่ได้ทำให้ชีวิตดีขึ้น ไม่มีประโยชน์อะไรจากการทำ สงสารหลาน คิดว่าจะไม่ทำแบบนั้นอีก ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

“ ...การฆ่าตัวตายเป็นบาป แก่บาปโดยการเข้าวัดไปช่วยทำความสะอาดวัด มันสุขสงบขึ้นเยอะ ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอสี จังหวัดลำพูน)

2. ปัจจัยระดับครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวและความผูกพันในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายและการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ พบว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น มีการพูดคุย ใสใจ รับฟัง ดูแลกันและกัน กำลังใจกัน มีความกตัญญูต่อพ่อแม่ มักจะเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญในการลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี

“ ในฐานะเราเป็นพี่ก็พยายามให้กำลังใจน้อง ”

(ผู้ดูแลผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอสี จังหวัดลำพูน)

“ ...หลังจากเกิดเหตุการณ์ ครอบครัวเขาก็ระวัง ขวดยาก็เอาไปทิ้ง เขาบอกว่าอย่าทำอีกนะ ”

(ผู้ดูแลผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น)

“ ยังมีแม่อยู่ ลูกต้องอดทน ต่อสู้ ”

(ผู้ดูแลผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์)

จากคำกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงสายใยความผูกพันทางใจของคนในครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ใกล้ชิดในชุมชนที่เป็นตัวช่วยยึดเหนี่ยวทางใจไม่ให้กลุ่มตัวอย่างทำการฆ่าตัวตายซ้ำ

3. ปัจจัยระดับชุมชน

ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในชุมชนเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนช่วยในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ซึ่งจะเห็นว่า ชุมชนที่มีรูปแบบหรือบริบทที่เป็นชุมชนชนบทอยู่ จะมีสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีการดูแลกัน เข้าอกเข้าใจแบบพี่แบบน้อง ให้กำลังใจกัน ไม่มีการแบ่งแยกทางวัฒนธรรม มีความร่วมมือร่วมใจกันทำงานในชุมชนร่วมกันในทุกกลุ่มวัย ทุกคนในชุมชนเป็นอันหนึ่งเดียวกัน มีปัญหาก็คอยสอดส่องดูแลกัน จึงทำให้คนในชุมชนดูแลกันได้อย่างทั่วถึงเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ จะรับรู้กันได้ภายในชุมชน ทำให้สามารถเข้าถึงและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

“ ในช่วงที่ไม่สบาย...มีคนมาเยี่ยมแต่ก็ไม่ได้พูดคุยอะไรที่ทำให้เราไม่สบายใจ ”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอเมือง จังหวัดน่าน)

“ มีเพื่อนบ้านมาช่วย มาคอยปลอบใจให้อดทนเพื่อลูก มีคนอย่างเราเยอะแยะ...”

(ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย, อำเภอสี จังหวัดลำพูน)

“ เราไม่ได้ทำอะไรเพิ่มเติม เพราะเราไม่ใช่คนในครอบครัว ไม่ได้รับผิดชอบโดยตรง แต่เรายังสวดส้อง หรือหาทางป้องกันกันเพื่อไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก ”

(ญาติผู้ที่เคยฆ่าตัวตาย, อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี)

“ case ไหนที่มีปัญหาที่เข้าไปติดตามเยี่ยมบ้าน ไปพูดคุยให้เขาเกิดวิธีคิดที่อยากให้เราอยู่กับเราไปนาน ๆ แต่ ถ้าเขามีปัญหามากมากหรือมีอาการก็แนะนำให้เขาไปหาหมอที่รักษาอาการทางจิต ”

(อสม, อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า ภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ จะมีคนมา ช่วยปลอบใจ ให้กำลังใจ จะยังคงมีบุคคลในชุมชนที่จะเข้ามาดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่ จะเป็นญาติพี่น้อง อสม และผู้นำชุมชน

จากการนำเสนอข้อมูลเงื่อนไขปัจจัยต่างที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงแง่มุม กลไกการทำงานที่สำคัญต่อเงื่อนไขมีผลต่อการมีชีวิตอยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่พบใน 9 ชุมชน

ส่วนที่ 3 ชุมชนต้นแบบที่มีรูปแบบป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์และรูปแบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชนทั้ง 9 แห่ง และได้ทำการสังเคราะห์ เพื่อนำมาสู่การยกร่างเป็น Model ชุมชนต้นแบบที่มีรูปแบบป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทและสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. บทบาทของภาคประชาชนต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในชุมชนต่าง มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยกลไกของชุมชน ที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทอย่างเต็มใจในการมีส่วนร่วมและกล้าแสดงบทบาทอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.1 การถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจทางด้านประเพณีวัฒนธรรมและการอยู่อย่างมีความสุข ด้วยการคิดเชิงบวก การอยู่ร่วมกันเสมือนญาติ แบบเครือขายสายสัมพันธ์เดียวกัน ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเยาวชน ประชาชน

1.2 การยอมรับให้เกียรติซึ่งกันและกัน แม้จะมีความแตกต่างความเป็นทางเชื้อชาติ ไม่มีการแยกพื้นที่ระหว่างชุมชนพื้นราบกับกลุ่มชนเผ่า มีการยอมรับกันภายในชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันได้เป็นชุมชนเดียวกัน โดยยังมีการรักษาประเพณี วัฒนธรรม กันและกันให้คงอยู่ ทำให้เป็นชุมชนและวัฒนธรรมมีความมีความกลมกลืนกัน และเข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรมประเพณี ผู้นำชุมชน จะชักนำคนในทุกกลุ่มวัยมาร่วมกิจกรรมด้วยกันอย่างต่อเนื่อง มีการแสดงออกให้เห็นถึงการรับฟังความคิดเห็น การให้ความสำคัญของแต่ละประเด็นที่ได้มาจากแต่ละกลุ่มวัย ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้แน่นแฟ้นสามารถลดช่องว่างระหว่างวัยเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้

1.3 การที่มีมุมมองของคนในชุมชนที่เชื่อว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่ว่าจะเป็นเรื่องยาเสพติด ปัญหาหนี้สิน ปัญหาครอบครัว เป็นเรื่องที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมมือแก้ไขปัญหาโดยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ

2. บทบาทภาครัฐ/นโยบาย /กลไกในการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.1 มีการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน ทั้งจาก โรงพยาบาล , รพ.สต. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำงานร่วมกันได้ดี เน้นวิธีการเชิงรุก โดยอาศัยกิจกรรมที่เสริมสร้างความสามัคคี สอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรม

2.2 การมีกลไกการทำงาน ในรูปแบบของคณะกรรมการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นกลไกหลักและทำงานบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานราชการของจังหวัด เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และในระบบย่อยของตำบล บทบาทหลักจะเป็นในส่วนของการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละเรื่อง โดยจะมีวิธีการทำงานอย่างเป็นระบบได้แก่ การค้นหาปัญหา (ใครคือกลุ่มเสี่ยง) ทำการสื่อสาร ซึ่งทุกคุ้ม ทุกกลุ่ม ปรึกษาหารือถึงการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมชีวิตความเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่พบในชุมชน จนได้ข้อสรุป คณะกรรมการแต่ละด้านกลุ่มนี้ จะนำข้อสรุปนี้ไปสื่อสารเพื่อปฏิบัติให้เหมือนกัน (ลงมือปฏิบัติ) เมื่อมีการสื่อสารย้อนกลับถึงความต้องการของคนในชุมชน เกิดการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดประสบการณ์ อยู่กันอย่างพี่น้อง ถ้อยทีถ้อยอาศัย

2.3 การสร้างองค์ความรู้ หรือการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน การคืนข้อมูลเป็นอีกประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากการคืนข้อมูลนี้เป็นเหมือนเพิ่มพลังชุมชน ให้แก่ชุมชนเพื่อให้ได้ร่วมกันทราบและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองได้ และยังเป็นทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การเสริมความเข้มแข็งของชุมชนได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นเหมือนการคืนความมั่นใจให้แก่ชุมชน ควบคู่ไปกับการเพิ่มพูนความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยควรที่จะคำนึงถึงสภาพบริบทและความต้องการของคนในชุมชน เพราะหากชุมชนได้รับความรู้ที่เกิดจากปัญหาที่มีในพื้นที่ก็จะส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับนำไปใช้และปฏิบัติได้จริง ก็ส่งผลให้เกิดผลที่ดีแก่ชุมชน

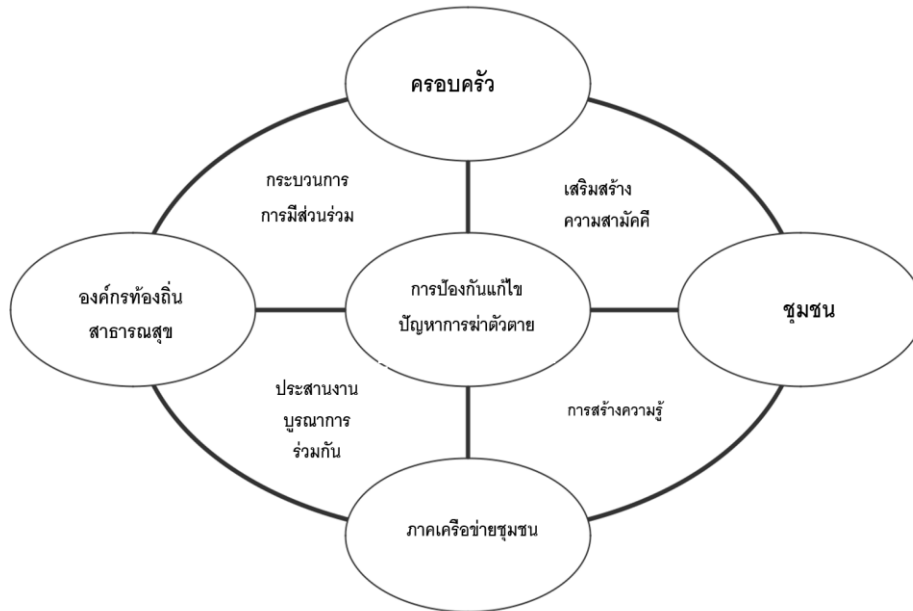
3. รูปแบบความสัมพันธ์และค่านิยมในชุมชน การที่ชุมชนนั้น จะมีเป้าหมายร่วมกันในชุมชนได้นั้น รูปแบบของการอยู่ร่วมกันจะเป็นในรูปแบบของการให้เกียรติและยอมรับในบทบาทหน้าที่ การมีพื้นที่ที่เอื้อต่อการระดมความคิดความเห็น หรือมีการทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหา จัดลำดับปัญหาในพื้นที่ รวมถึงร่วมกันคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เน้นย้ำค่านิยมที่ว่า เป็นบทบาทภาระหน้าที่ของทุกคนในชุมชน กิจกรรมชุมชน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ไม่มีช่องว่างระหว่างวัย เปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ มารวมตัวกันทำกิจกรรม เช่น ชุมชนบ้านดงดำ ต.ดงดำ อ.สี จ.ลำพูน มีกิจกรรมของการรวมกลุ่มทอผ้าลายยกดอก มีปราชญ์ชาวบ้าน (ด้านการนวด ประคบ) มีต้นแบบในการดูแลสุขภาพ มีพ่อครูสอนดนตรีพื้นเมือง และโครงการผู้สูงวัยสุข 5 มิติ และนำเอาปัจจัยสามส่วนที่เป็นศูนย์รวมชุมชน คือ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานร่วมกัน โดย บ้านและโรงเรียนให้การอุปถัมภ์ คำชู ทำนุบำรุง พระศาสนา บ้านก็มี วัดคอยให้สติ เตือนใจ รวมทั้งจิตวิญญาณและมีโรงเรียนคอยสนับสนุนกิจกรรมในชุมชน

โรงเรียน มีวัด ที่ช่วยให้การสนับสนุน อบรมสั่งสอนในศีลธรรม และมีบ้านที่คอยให้การสนับสนุน ดูแลบำรุง พุทธศาสนา ท้ายสุด สร้างความหมายค่านิยมคำว่า “ คนดีของสังคม ” คือ คนที่มีส่วนร่วมกับชุมชน คนที่ ให้ความร่วมมือ และคนที่ดูแลซึ่งกันและกัน (คนดีในตำบล ดงดำ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน)

4. การสื่อสารเพื่อการเชื่อมต่อเครือข่ายการทำงานในชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์และกลไกที่ชัดเจน ในการที่จะดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยอาศัยกลไกการทำงานใน รูปแบบของคณะกรรมการต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งคณะกรรมการ กลุ่มนี้ จะมี วิธีการสื่อสารแบบสองทาง สร้างความเข้าใจกันและสื่อสารกันไปในทิศทางเดียวกัน การสื่อสารเป็นไปได้ทั้ง แบบผ่านตัวบุคคล และแบบผ่านเครื่องมือสื่อสาร เนื้อหาส่วนใหญ่ที่พบในการสื่อสาร จะประกอบด้วย การส่ง ข่าวสารข้อมูลองค์ความรู้ การสื่อสารเพื่อนัดหมาย และการสื่อสารเพื่อส่งต่อในการทำงาน

5. ปัจจัยวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ด้วยความเชื่อที่ว่า การฆ่าตัวตาย เป็นบาป มีผลกระทบทางศาสนา ดังนั้น การฆ่าตัวตาย จึงไม่ควรเกิดขึ้นในสังคม และควรถือสัจจะว่าจะไม่ ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ มีการที่คนในชุมชนนำเอาความเชื่อด้านจิตวิญญาณของการที่บุคคลในชุมชน หมู่บ้าน เดียวกันต่างมีผีป่วนเดียวกัน ผลจากความเชื่อของการที่มีบรรพบุรุษเดียวกัน มีส่วนช่วยต่อการยึดเหนี่ยวจิตใจ ระหว่างกันและกัน

จากการวิเคราะห์รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนของทั้ง 9 ชุมชน ผู้วิจัยจึง เสนอชุมชนต้นแบบที่มีรูปแบบป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย มีควรจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบคือ ครอบครัว ชุมชน องค์การปกครองท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในชุมชน หน่วยบริการ สาธารณสุข โดยมีกลไกที่สำคัญ ได้แก่ การมีกระบวนการสร้างให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม กำหนด เป้าหมายร่วมกัน ผ่านความรู้สึกร่วมกัน อยู่ร่วมกัน ดุจเสมือนญาติใกล้ชิด มีความรักความผูกพัน มีกิจกรรม เพื่อการสร้างความสามัคคี การสร้างองค์ความรู้และการถ่ายทอด การประสานงานแบบโยงโยเครือข่ายที่มีการ สอดรับซึ่งกันและกัน อย่างทั่วถึง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย และจะต้องเป็นการทำงานบูรณาการ การทำงานร่วมกันไม่แบ่งแยกเป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

Key Word Tool ของการป้องกันได้ผลในการป้องกันปัญหาของชุมชน

- 1) วัฒนธรรมเดิมที่เป็นพื้นฐานสำคัญ และการดูแลกันแบบพี่น้องในชุมชน ไม่มีช่องว่างระหว่างวัย
- 2) สร้างความตระหนักให้ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง
- 3) มีการบูรณาการร่วมกัน โดยไม่แบ่งส่วนหรือแยกส่วนในการทำงาน
- 4) มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ครอบคลุมและสื่อสารข้อมูลอย่างทั่วถึง

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

ในการวิจัย “การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ” ภายใต้แผนงานโครงการวิจัย ทำหายไทย : สังคมไทยไร้ความรุนแรง ” มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนโดยชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีรูปแบบการป้องกันที่ดี 2) เพื่อ ศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลเฝ้าระวังระยะยาวสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย 3) จัดทำโปรแกรม ชุมชนต้นแบบด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยที่สามารถนำไปใช้ขยายผลยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึง กัน โดยผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์ สรุปผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ” ภายใต้แผนงาน โครงการวิจัยทำหายไทย : สังคมไทยไร้ความรุนแรง ” ผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

1.1 สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชน ทั้ง 9 ชุมชน พบว่า มี 2 พื้นที่ (ต. ดงคำ อ. ลี้ จังหวัดลำพูน และ ต. เชื่องโน จ. อุบลราชธานี) ในช่วงระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ไม่ปรากฏอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตายทั้งสองพื้นที่มาตลอดระยะเวลา 3 ปี สำหรับพื้นที่ที่เหลือ พบว่า ยังคงพบว่ามี การกลับมาพบอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายซ้ำ ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ลดลงอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากความเข้มแข็งและการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของ หน่วยงานท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานทางสาธารณสุข รวมถึงประชาชนเห็นความสำคัญในการ ดูแลและจัดการแก้ไขปัญา จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญาและดำเนินการร่วมกัน รวมถึงการมีปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย ในชุมชน เนื่องจาก วิถีทางวัฒนธรรมจะช่วยปลูกฝังการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ ถ้อยทีถ้อยอาศัย ดูแลกันแบบญาติพี่น้อง เอื้อเฟื้อ แบ่งปัน จึงทำให้การดูแลและจัดการปัญหาในชุมชนเป็น อันหนึ่งอันเดียวกัน และภาวะคุกคามจากปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการดำเนินที่มีความ คล้ายคลึงกันคือ ปัญหายาเสพติด ที่ยังคงมีการแพร่ระบาดในชุมชนสอดคล้องไปกับปัญหาการ แพร่ระบาดและขยายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศมากขึ้น จากข้อมูลสถิติการจับกุมยัทยาบ้า ลักลอบลำเลียงต่อครั้งในปี 2560 พบว่ามีจำนวนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านเม็ด และจำนวนกว่า 54 คดี สามารถยึดยาบ้าได้ 147.5 ล้านเม็ด ซึ่งมากกว่ายาบ้าที่จับยึดได้ในช่วงปี 2556-2559 รวมกัน (ที่มา : ส่วนข่าวกรองยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส. 25 ธันวาคม 2560) โดยมีรูปแบบการ แพร่กระจายที่หลากหลายมากขึ้นสถานการณ์ผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย (นายแพทย์ เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ,2561)ทำให้พบผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ใน 1 ปี จำนวน 1.4 ล้าน คน เป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง จำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน โดยพบว่า เป็น

ผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 577 คน ซึ่งการสังเกตเฝ้าระวังพฤติกรรมและอาการที่เข้าข่ายเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล อยากฆ่าตัวตาย

1.2 กลไกการดำเนินงาน มีการเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมเสริมสร้างผู้นำชุมชนและความเข้มแข็งชุมชนตามศักยภาพชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน ตามแนวทางของ Sthapitanon&Thirapan (2003) คือ

- 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
- 2) การร่วมเป็นเครือข่ายจะต้องมีจิตสำนึกร่วมกันโดยเห็นแก่ประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าส่วนตน
- 3) การเชื่อมโยงกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้ศูนย์ประสานงาน และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเชื่อมโยง
- 4) การสร้างความรู้สึกร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมเครือข่ายต้องมีความรู้สึกร่วมกับกระบวนการทำงานของเครือข่ายเพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันสู่เป้าหมาย
- 5) การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อทุกฝ่ายที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย และ
- 6) การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับรู้ถึงกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย

2. ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนประกอบ ได้แก่ 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ และ 3) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

2.1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การฆ่าตัวตาย ไม่ใช่ปัจจัยที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรค แต่เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวพันของปัจจัยที่หลากหลาย การแก้ไขปัญหาจึงควรมุ่งประเด็นให้มีความครอบคลุม ณ จุดเริ่มต้น คือ การป้องกัน จนถึงจุดที่มีการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ รักษาและฟื้นฟูจิตใจ ในชุมชน อีกทั้งต้องเป็นการดำเนินงานในยุทธศาสตร์และความร่วมมือของทุกภาคส่วนร่วมมือและแก้ไขปัญหาไปอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ภายใต้บริบทของสังคมไทย มาตรการการดำเนินงาน จึงควรประกอบด้วย

2.1.1). การเสริมสร้างความรอบรู้ ให้แก่ประชาชน ปรับมุมมองด้านบวก ลดอคติและการสร้างตราบาปของการฆ่าตัวตายและการป่วยโรคจิตเวช ซึ่งตราบาปที่เกิดขึ้นคือ อุปสรรคที่สำคัญของการแก้ไขช่วยเหลือ

การฆ่าตัวตาย จากมุมมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคล เป็นวิธีการเรียกร้องความสนใจ และอ่อนแอ ในขณะเดียวกัน บางชุมชน ยังคงมีมุมมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลอันตราย สร้างความเดือดร้อน น่ารังเกียจ ส่งผลให้ผู้ฆ่าตัวตายและญาติรู้สึกเป็นตราบาป ต้องปกปิด ไม่เปิดเผยตนเอง และรุนแรงถึงการปฏิเสธ ไม่อยาก รับ

2.1.2) มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต: ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ผู้มีปัญหาพฤติกรรมความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักจะพบว่ามีปัจจัยของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคจิตเวช ประกอบกับการ ได้รับปัจจัยเสริมแรงเข้ามากระตุ้นให้ฆ่าตัวตายอย่างหนึ่งคือการกำเริบของโรคจิตเวช และฤทธิ์จากการใช้ สุรา และสารเสพติด ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการค้นหา คัดกรองและนำเข้าสู่ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกจะช่วยทั้งลดปัจจัยเสี่ยง ชัดขวางปัจจัยกระตุ้น ต่อการลงมือฆ่าตัวตาย

2.1.3) มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย : การฆ่าตัวตาย สามารถพบได้ทุกกลุ่มวัย ทั่วภูมิภาค จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา จะพบปัจจัยที่มีความ เฉพาะที่มีความแตกต่างไปตามปัจเจกบุคคล ทั้งในแง่ความเจ็บป่วย รูปแบบการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว ทักษะคิด มติทางสังคม วัฒนธรรม การแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น จึงต้องหาเหตุและปัจจัยเพื่อ ป้องกัน การสอบสวนโรคตามหลักการระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือที่ช่วยรวบรวมข้อมูลและควบคุมไม่ให้ปัญหา ลูกกลาม การสนับสนุนและเข้าใจ ในพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง จะช่วยเอื้ออำนวยให้การเฝ้าระวัง และการช่วยเหลือได้ อย่างทันทั่วถึง

2.2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.2.1) มาตรการลดปัจจัยเสี่ยง : ผู้ที่มีวิกฤตชีวิตไม่ได้คิดฆ่าตัวตายทุกคน สิ่งสำคัญคือ การมีบุคคลที่ เข้าใจ มารับฟังด้วยหัวใจ ดังนั้น คนในสังคมเป็นผู้ฟังที่ดีให้มากขึ้น โดยเริ่มต้นจากการรับฟังคนใกล้ชิด คนในครอบครัว หรือคนรอบข้างทั้งในสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา ให้ได้ระบายความทุกข์ใจ ความเศร้าใจ ซึ่งจะช่วยให้คลายเครียด มีกำลังใจ และมีความสุขสบายใจมากขึ้น

2.2.2) มาตรการเสริมและสร้างปัจจัยปกป้อง: ผู้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่เสียชีวิต การป้องกันไม่ให้เกิดกลับมา ทำร้ายตนเองซ้ำ จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชน สู่ชุมชน เน้นการเสริม ปัจจัยปกป้องที่แข็งแรง จากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง จะช่วยป้องกันการคิดและกระทำฆ่าตัวตาย

2.2.3) มาตรการสร้างความร่วมมือจากญาติและชุมชน โดยมีเครือข่ายภาคสังคมเข้ามีส่วนร่วม: ปัญหา และวิกฤตชีวิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมีหลากหลายทั้งปัญหาความสัมพันธ์ เศรษฐกิจ กฎหมาย การทำงาน การ เรียนและสุขภาพ การมีส่วนร่วมของญาติและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การช่วยเหลือประสบผลสำเร็จการ เสริมสร้างปัจจัยปกป้อง จะช่วยให้ผู้ที่กำลังประสบวิกฤตในชีวิต ไม่โดดเดี่ยว กลับมามีความเข้มแข็งทางใจ และ ผ่านพ้นวิกฤตินั้นได้เป็นผลสำเร็จ

2.3) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะส่วนของชุมชน เพียง 9 ชุมชน ที่มีผลการดำเนินงานต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เป็นผลสำเร็จภาพรวม

ส่วนใหญ่ เป็นชุมชนที่เป็นบริบทของชุมชนชนบท ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีปัญหา
ยังคงมีปัญหามลพิษที่บริบทใกล้เคียงกัน หรืออาจทำการศึกษาเปรียบเทียบกับพื้นที่จังหวัดอื่น
เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและได้มาซึ่งต้นแบบที่จะนำไปขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2547). **คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพฯ:สำนักงาน
กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรรณิการ เถาว์หมอ, และศิริมา เนาวรัตน์. (2542). **ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัด
นครสวรรค์**. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
- กาญจนา บุญยัง (2559). การฆ่าตัวตายของชาวนาในสังคมไทย : กรณีวิเคราะห์จากข่าว หนังสือพิมพ์. **วารสาร
การบริหารท้องถิ่น**, 9(1), 1-17.
- ชนิษฐา แสนใจรักษ์. (2552). ในชั่ววูบของการฆ่าตัวตาย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่าน
ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการ
ปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา พลมีศักดิ์, วิรัตน์ ปานศิลา, ปริญญา ผกานนท์. (2558). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง
และดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านต๊อบเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอ
เมือง จังหวัดยโสธร. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 12(1), 31-40.
- เชิณขวัญ ภูษณงค์ และคณะ. (2554). **การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย
เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน**. โครงการ
ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ(HITAP).
- ธีรพงษ์ ธงหิมะ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าใน
ชุมชน. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**. 20(2). 105-118.
- นภาพรณ หะวานนท์, เพ็ญศิริจิระเดชากุล, สุรวุฒิ ปัดไธสง, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล และ ปานจักษ์
เหล่ารัตนวรพงษ์. (2550). **ดัชนีความเข้มแข็งของชุมชน ความกลมกลืนระหว่างทฤษฎีฐานรากกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)
- นงนุช มารินทร์, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์, ชนิษฐา สุนาคราช. (2557). การประเมินผลการป้องกันการฆ่าตัวตายใน
กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. **วารสารการพัฒนา
สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 2(1), 37-44.
- ประมัย ฤทธิธิน. (2548). ภูมิหลังส่วนบุคคลและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประชาชน
จังหวัดสุรินทร์. **การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4**, กรุงเทพมหานคร, 4(1), 199

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิทธิ์ วิศรุตรัตน์. (2541). การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการ

ป้องกัน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: นนทบุรีการพิมพ์.

พรฤดี นิธิรัตน์, กมลวรรณ ตาตะคุม, คะนิงนิตย์ พงษ์สิทธิ์ และ ปิ่นนเรศ กาดอุดม. (2554). ผลการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนกรณีบ้านเขา

แดง หมู่ 9 อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. โครงการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.

ครั้งที่ 4, 200-201.

เพชร ปาสรานันท์. (2548). การพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ

ครั้งที่ 4 เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. 4(1).200-201.

เพ็ญสิริ จิระเดชากุล. (2550). อุบัติการณ์ความเข้มแข็งของชุมชนในสังคมไทย.กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการวิจัย(สกว.).

พัชนี เขยจรรยา และ ประทุม ฤกษ์กลาง. (2531).รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและการเปิดรับสื่อมวลชน

ของเยาวชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร.รายงานการวิจัย AMIC (ASIAN MASS

COMMUNICATION RESEARCH AND INFORMATION CENTRAL).กรุงเทพฯ.คณะนิเทศศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มานิช หล่อตระกูล. (2546). การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วง พ.ศ.2541-2545. วารสารสมาคมจิตแพทย์

แห่งประเทศไทย, 60(2), 40-45.

ยุทธนา ไชยจุล และ พรณี บุญประกอบ. (2552). การวิจัยและพัฒนาครอบครัวเข้มแข็งโดยผ่าน

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้นำองค์กรบริหารส่วนตำบล.วารสารพฤติกรรมศาสตร์,

15(1).

รตพร ปัทมเจริญ. (2552). การฆ่าตัวตาย : ปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรม.วารสารวิชาการมนุษย์

ศาสตร์และสังคมศาสตร์,5(2),7-24.

วรารณ ประทีปธีรานันต์. (2555). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3).

สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2542). ครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร : วิบูลย์กิจการพิมพ์.

วัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ,62 (4), 359-378.

สุพัตรา สุภาพ. (2522). **สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม : ครอบครัว : ศาสนา : ประเพณี**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 11,125.

สุภาพร จันทรสาม. (2558). **การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย**

จังหวัดยโสธร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สุวิมล ผู้ดี. (2548). **ผลการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ. (2561). **การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม**
ตำบล จริม อำเภอลำปำ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 26(3),184-196.

หทัยทิพย์ เจริญศรีและ จิราพร เขียวอยู่. (2560). **ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก**. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**,17(3),77-93.

หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุผา
รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขาว และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2554). **ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 56(4), 413-424.

อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพเสน, อรพิน ยอดกลาง. (2548). **คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. ขอนแก่น: พระธรรมชั้นธ

อรัญญา พรหมพลเมือง. (2550). **โครงการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพศรีบุญเรือง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 เรื่อง เรียนรู้เพื่อการบำบัดโรคซึมเศร้าและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย**.4(1).177.

Huen JMY, Ip BYT, Ho SMY, Yip PSF. (2015). **Hope and Hopelessness: The Role of Hope In Buffering the impact of Hopelessness on Suicide Ideation**. Plus One, 10(6),1-18.

Kjolseth, Ekeberg, & Steihaug (2009). **Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death**. US National Library of Medicine National Institutes of Health,22(2).

Schnyder,u,Valach,L.,Bichsel, K.,&Michel, K.(1999). **Attempted suicide : Do we understand patient's reason**. General Hospital Psychiatry,21, 62-69.

Scourfield, J., Jacob, N., Smalley, N., Prior, L., & Greenland, K. (2007). Young people's gendered interpretations of suicide and attempted suicide. *Child & Family Social Work*, 12(3), 248-257.

Mann, J.J., et al. (2005). **Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review**. *JAMA*, 294, 2064-2074.

Roscoat & Beck (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Revue Epidemiologie et de Sante Publique*. 61(4).363-374.

ภาคผนวก

ประเด็นหลักในการถอดบทเรียน

คำอธิบายเครื่องมือ

การเก็บข้อมูลในโครงการนี้ใช้เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับชุมชนทั้งที่มีการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ทั้งที่สัมผัสผลลัพธ์ในปัจจุบันและเคยสัมผัสผลลัพธ์ในอดีต ประกอบด้วย

- 1.การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
- 2.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

คำอธิบายแนวคำถาม

คำถามต่อไปนี้เป็นเป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ที่จะใช้เป็นแนวทางในการนำการสนทนาเท่านั้น เนื่องจากผู้ทำการสัมภาษณ์จะเน้นความสนใจในการสนทนาและให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงลึก โดยเฉพาะการอธิบาย การยกตัวอย่าง และการอธิบายความคิด ความรู้สึก ซึ่งจะเป็นการ Probing จากข้อคำถามหลัก

การสัมภาษณ์กลุ่ม

การสัมภาษณ์กลุ่มจะแบ่งผู้ให้สัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่มได้แก่

- 1.กลุ่มภาคนโยบาย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข – Policy Member
- 2.กลุ่มภาคประชาชน/ชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน พระ ครู ฯลฯ – Community Member

แนวคำถามสัมภาษณ์กลุ่มภาคนโยบาย

คำถามนำการสนทนา:

W1 แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

W2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการส่งเสริมป้องกันที่มีอยู่

- 1.ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตายอย่างไร
- 2.จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนอะไรบ้างทั้งในส่วนนโยบายและปฏิบัติ ที่ทำให้ท่านได้เห็นปัญหาและทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
- 4.ความคิดเห็นในกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน
- 5.ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน
- 6.ในส่วนของคุณชนนั้น มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร
- 7.ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง
- 8.ท่านมีแนวคิดในการบริหารจัดการให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ

แนวคำถามสัมภาษณ์กลุ่มภาคชุมชน/ประชาชน

คำถามนำการสนทนา:

W1 แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

W2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการส่งเสริมป้องกันที่มีอยู่

- 1.ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ท่านอย่างไร
- 2.จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนอะไรบ้างทั้งในส่วนนโยบายและปฏิบัติ ที่ทำให้ท่านได้เห็นปัญหาและทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา
- 4.ความคิดเห็นในกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน
- 5.ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน
- 6.ในส่วนของชุมชนนั้น มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร
- 7.ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง
- 8.ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ

การสัมภาษณ์เชิงลึก

สมาชิกจากครอบครัวที่มีประสบการณ์คนในบ้านฆ่าตัวตายสำเร็จ และ/หรือพยายามฆ่าตัวตาย

คำถามนำการสนทนา:

W1แนะนำตัว ชื่อ อายุ อาชีพ และข้อมูลสมาชิกในครอบครัว

- 1.ท่านมีมุมมองต่อการฆ่าตัวตายอย่างไรบ้าง
- 2.อยากให้แต่ละท่านเล่าประสบการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ/หรือการพยายามฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวของท่าน เท่าที่จะรู้สึกว่าพร้อมจะแลกเปลี่ยนกับผู้สัมภาษณ์
- 3.กระบวนการหรือขั้นตอนในการให้ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ท่านประสบมาเป็นอย่างไ
- 4.จากประสบการณ์ของท่าน มีตรงไหนบ้างที่รู้สึกว่าผู้เกี่ยวข้องรับรู้ปัญหาและพยายามที่จะช่วยแก้ปัญหา ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา
- 5.ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในระดับใด เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอะไรบ้าง
- 6.ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง ฯลฯ

ตารางและพื้นที่การลงทะเบียนข้อมูล

โครงการวิจัย การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

ภาค	จังหวัด	อำเภอ	พื้นที่	วัน.เดือน.ปี
เหนือ	1.ลำพูน	ลี้	รพ.สต. บ้านดงดำ	26-27 มิ.ย.
	2.น่าน	เมืองน่าน	รพ.สต. ไชยสถาน	18-19 มิ.ย.
	3.เพชรบูรณ์	หล่มสัก	รพ.สต. น้ำซุน รพ.สต. ปากดุก	6-7 ส.ค.
	4.อุดรดิตถ์	ทองแสนขัน	รพ.สต. ป่าคาย รพ.สต. น้ำพี	13-14 ส.ค.
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.ขอนแก่น	บ้านไผ่	รพ.สต. หนองน้ำใส รพ.สต. นาโน	22-23 ส.ค.
	2.อุบลราชธานี	เขื่องใน	รพ.สต. ชีทวน รพ.สต. ท่าไผ่	27-28 ส.ค.
ใต้	1.นครศรีธรรมราช	ปากพนัง	รพ.สต. บ้านขนานนก รพ.สต. บ้านบางตะลุมพอง	9-10 ก.ค.
กลาง	1.กาญจนบุรี	ท่ามะกา	รพ.สต.บ้านเขาตะพาน รพ.สต.บ้านเขาช่อง	23-24 ก.ค.
	2.ชลบุรี	พานทอง	รพ.สต.บางหัก	25-26 ก.ค.

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form)

การวิจัยเรื่อง การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความ
เสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทาง
รักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยหากเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับ
การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไป
เพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่เข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้
คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้
ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก
การให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
 วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
 วันที่ 18-19 มิถุนายน 2562
 พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ไชยสถาน ต.ไชยสถาน อ.เมือง จ.น่าน

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาทและความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นตัวแทนหมู่บ้าน หมู่ที่ 8 ตำบลไชยสถาน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ตัวแทนเยาวชน รวมจำนวน 10 คน ซึ่งตัวแทนในแต่ละบทบาทได้ร่วมกันขับเคลื่อนงานต่างๆ ของชุมชน รวมถึงงานป้องกันและเฝ้าระวังเกี่ยวกับสถานการณ์การฆ่าตัวตายในชุมชน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ผู้นำชุมชน 2) ประธานกลุ่มผู้สูงอายุ 3) อสม.1 4) ประธาน อสม. 5) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 6) ประธานกลุ่มเยาวชน 7) ประธานกลุ่มแม่บ้าน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	8) อสม.2 9) ผู้นำท้องถิ่น 10) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	สถานการณ์การฆ่าตัวตายในหมู่ 8 พบว่า ปัจจุบันไม่มี แต่อดีตเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา เคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ ตัวอย่างกรณี ลุงวัย 78 ปี เป็นพี่ชายของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มท่านหนึ่ง ไม่มีครอบครัว (คู่ชีวิต) มีโรคประจำตัวทำให้มีอาการวิตกกังวลคิดมาก อีกทั้งถูกเพื่อนบ้านพูดเล่นบ่อยๆ (หยอกล้อ เยอะแยะ) ถึงอาการป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายสำเร็จ	กรณีนี้ทำให้คนในชุมชนเริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลกันในชุมชนมากขึ้น
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	กรณีของกลุ่มเยาวชนในชุมชน มีพื้นที่ในการแสดงความสามารถ โดยเฉพาะการแสดงศักยภาพด้านกีฬา รวมถึงผู้ใหญ่สร้างพื้นที่ให้มีส่วนร่วมต่างๆ ในชุมชน ให้ช่วยเหลือกิจกรรมชุมชน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ไม่มีช่องว่างระหว่างวัย เยาวชนคิดอย่างไรกับการฆ่าตัวตาย : “รู้สึกเกิดคำถามว่าจะทำไปทำไม ชีวิตเรามีทางออกเสมอ” (ประธานกลุ่มเยาวชน, สัมภาษณ์ 18 ตุลาคม 2562)	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย	-	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา		
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	-	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	ปัจจัยที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล การส่งต่องานในชุมชนจากฐานสู่ฐาน : ผู้นำท้องถิ่น เล่าว่า ชุมชนมีวิธีการ ให้ผู้นำหรือคณะกรรมการหมู่บ้านชุดเดิมช่วยแนะนำ ส่งมอบงาน ให้กับคนที่ขึ้นมาแทน เช่นเดียวกับ ผู้นำชุมชน กล่าวว่า“มีการเรียนรู้การทำงานก่อนรับคัดเลือก” ทำหน้าที่ผู้ใหญ่บ้าน การทำงานร่วมของคนในชุมชน :มีการทำงานร่วมกันได้ทุกกลุ่มวัย ทั้ง เด็ก เยาวชน ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ แม่บ้าน หรือครอบครัวสนับสนุน จึง “ไม่เกิดช่องว่างระหว่างวัยในชุมชน” และที่สำคัญ “งานหมู่บ้านคืองานของทุกคน” วัฒนธรรมและความเชื่อ :คนในชุมชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญทุกวันพระและวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา มีการปลูกฝังวิถีนี้ตั้งแต่เด็กๆ รวมถึง นับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มองไม่เห็น กรณีตัวอย่าง “จะสอนลูกให้เคารพและบอกกล่าวเจ้าที่ก่อนเข้าพักอาศัยที่หอพัก หรือที่ไหนก็ตามที่เข้าไปอยู่ใหม่” (อสม, สัมภาษณ์ 18 ตุลาคม 2562)	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	การสร้างจิตสำนึกของเยาวชน เพื่อให้รู้สึกรักและเห็นคุณค่าของชุมชนบ้านเกิด เช่น วัยรุ่นส่วนใหญ่เรียนจนแล้วทำงานใกล้บ้าน บางส่วนทำงานที่อื่น สอบบรรจุได้ที่ต่างจังหวัด แต่เมื่อทำงานได้ประมาณหนึ่งจะย้ายกลับมาทำงานที่บ้าน การสอนลูกของคนในชุมชนส่วนมากจะสอนให้รู้จักหน้าที่ของตนเอง รู้จักแบ่งเวลา ช่วยเหลือพ่อแม่ทำงาน	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	สถานการณ์ปัญหาในชุมชน หากพบหรือทราบปัญหาในเรื่องต่างๆ ของคนในชุมชน จะด้วยจากวงสนทนาสังสรรค์ ในวงเหล้า หรือกิจกรรมร่วมของชุมชน จะมีวิธีการเข้าช่วยแก้ปัญหา แบ่งออกเป็น 2 วิธี 1) เข้าช่วยแก้ปัญหาโดยตรง 2) เข้าหาเพื่อนหรือญาติพี่น้องของผู้ที่เผชิญปัญหาให้ช่วยแก้ปัญหา ซึ่งกรณีการเลือกวิธีการใดจะมีการประเมินถึงความเป็นไปได้และเหมาะสมเพราะคนในชุมชนด้วยกันจะรู้ว่าใครเป็นอย่างไร ตัวอย่างปัญหาที่พบ เช่น ยาเสพติด ติดเหล้า หนี้สิน ชุมชนจะมีคณะทำงานร่วมของชุมชนที่มีกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือ ตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ เช่น ครอบครัวที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จะมีข้อตกลงของหมู่บ้าน ว่าหากไม่สามารถเลิกยุ่งกับยาเสพติดได้จะมีมาตรการตัดสิทธิต่างๆ ออกจากระบบหมู่บ้าน การร่วมกันแก้ปัญหาทำให้ปัญหายาเสพติดลดลง ส่วนปัญหาติดเหล้านำมาซึ่งครอบครัวเกิดการทะเลาะวิวาท คนในชุมชนและคณะทำงานชุมชนจะแจ้งมายังผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปดูแลและร่วมแก้ปัญหา รวมถึงกรณีคนที่เป็นอย่างนี้จะหาแนวทางช่วยเหลือกับกลุ่มกองทุนสวัสดิการชุมชน ปัญหาที่แก้ยากที่สุด พบว่า ปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว กรณีตัวอย่าง การสร้างชุมชนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับทุกคนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการการดูแลป้องกัน เฝ้าระวัง ปัญหาการฆ่าตัวตายครอบครัวหนึ่ง มีสมาชิก 5 คน สามีน ภรรยา และลูก 3 คน (ลูกคนโตมีอาการสมาธิสั้น คนเล็กอีกสองคนเริ่มมีพฤติกรรม	การสร้างชุมชนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับทุกคนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการการดูแลป้องกัน เฝ้าระวัง ปัญหาการฆ่าตัวตาย

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	เลียนแบบความรุนแรง จากเหตุการณ์เหยียงแมวใส่ตู้เย็น) สามีและภรรยาติดเหล้า ทุกครั้งที่ดื่มมาจะทะเลาะกันเสียงดัง ด่าทอรุนแรงและหยาบคาย ต่อหน้าลูก เสียงดังรบกวนเพื่อนบ้านบ่อยครั้ง การแก้ปัญหาของชุมชนในกรณีนี้ พบว่า ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปพูดคุย แบบไม่เป็นทางการ และร่วมหาทางออก ซึ่งใช้วิธีการ“ชวนภรรยาเข้ามาเป็น อสม. ให้บทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือชุมชน” จึงได้เข้าอบรม ได้รับความรู้ในการดูแลครอบครัว ดูแลสุขภาพ ดูแลความสะอาดในบ้าน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บ้านสะอาดขึ้น และมีส่วนร่วมกับชุมชนมากขึ้น “เหตุการณ์นี้อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการฆ่าตัวตายเราจึงช่วยกันดูแลก่อน” (ผู้นำชุมชน, สัมภาษณ์ 18 ตุลาคม 2562) ชุมชนมีปัญหาแต่ทำไมไม่มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยสำคัญ คือ ชุมชนมีการรับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน ชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความไว้วางใจ ช่วยเหลือเกื้อกูล มีปัญหาไม่ซ้ำเติมกัน คอยให้กำลังใจกัน ทำให้ “ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว” ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือคิดฆ่าตัวตาย การสื่อสารหรือคำพูด : “เขาฆ่าตัวตายเพราะอาจจะมีคนไปพูดเล่น แต่ตอนนี้เราก็บอกกัน อย่า ขอร้องเถอะ อย่าไปพูดเล่น มันเหมือนคนป่วยนะ เขาไม่รู้ว่าเล่นหรือจริง เราต้องห้ามพูดเล่น ซ้ำเติมกันเพราะอาจเป็นเหตุในคนที่ป่วยคิดมาก” (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, สัมภาษณ์ 18 ตุลาคม 2562)	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	การสอนลูกให้เรียนรู้ภูมิปัญญาและช่วยเหลือครอบครัว : “ลูกชายก็เป็นวัยรุ่น พยายามที่จะสอนเขาให้แบ่งเวลาเรียน เวลาเล่น ถ้าแม่บอกถึงเวลานอนลูกก็ต้องนอนนะ เขาก็ ไม่ค่อยมีปัญหา” “ถึงฤดูทำนา ถึงเวลาต้องไปช่วยพ่อแม่ ตั้งแต่เด็กเลยนะ บ้านเรานี้ปล่อยให้ลูกทำเต็มที่”	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	คุณลักษณะสำคัญของชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายคือ การอยู่ร่วมกันแบบพี่น้อง เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความสำคัญกับทุกกลุ่มทุกวัย ไม่แตกแยก มีอะไรให้คุยกันและไม่ปิดกั้นความเป็นผู้นำ และผู้นำต้องทำให้ดูเป็นตัวอย่าง จึงจะทำให้เกิดสังคมที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน	ความต้องการ - อยากให้ทุกคนมีอัธยาศัยที่ดี ไม่ปล่อยให้คนอยู่คนเดียว สร้างรอยยิ้ม ต้องมีวิธีการคุยที่เป็นมิตร - ในการทำงานอยากให้มีการช่วยเหลือกัน คุยกันไป ปรึกษากันไป

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	มีเป้าหมายร่วมของชุมชน ดูแบบอย่างจากชุมชนที่ประสบความสำเร็จมาปรับปรุงแก้ไขในการทำงานในชุมชน มีการเปรียบเทียบความแตกต่างจากอดีต ถึง ปัจจุบัน เช่น การจัดงานสัปดาห์ (งานศพ) แต่ก่อนมีเฉพาะเจ้าภาพเป็นคนจัดและเตรียมงาน ปัจจุบันนี้มีการช่วยเหลือกันทุกคนทั้ง ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม.แม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และคนในชุมชนอย่างเป็นระบบมีการแบ่งหน้าที่กันชัดเจน เห็นคุณค่าและภาคภูมิใจ - เป็นหมู่บ้านปลูกผักสวนครัวปลอดสารกินเอง - มีกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหมูหลุม กลุ่มทำแหนม - มีการปลูกผักแบบพอเพียง มีผ้าป่าเมล็ดพันธุ์ มีพื้นที่แลกเปลี่ยนพูดคุย ในชุมชนมีการติดต่อผ่านทาง line group เช่น กลุ่มหมู่บ้าน กลุ่มอสม. กลุ่มสำนักสงฆ์ กลุ่มสัมาชีพ กลุ่มรพ.ทั้งตำบล กลุ่มเยาวชน เป็นต้น ในกลุ่มเยาวชน มีกลุ่มยุวชนตัวเล็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีการทำกิจกรรมการเก็บขยะในชุมชนทุกวันอาทิตย์ โดยมีทาง อบต. มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	1) ผู้นำท้องถิ่น ตำบลไชยสถาน 2) บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ไชยสถาน 3) บุคลากรสาธารณสุข อบต.ไชยสถาน 4) บุคลากรสาธารณสุข สสจ.น่าน 5) บุคลากรสาธารณสุข รพ.น่าน 6) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไชยสถาน 7) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไชยสถาน	
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.น่าน : ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องพบบุคลากรทางจิตเวช ซึ่งหาก loss ไปก็จะเป็น case ฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดในคนใช้เรื้อรังทางกาย และเกิดเป็นปัญหาทางจิตเวชตามมา การทำงานของเจ้าหน้าที่ทำได้แค่ส่วนหนึ่งเท่านั้น เพราะการจะป้องกันปัญหาจริงๆแล้วต้องทำตั้งแต่ระดับครอบครัว ซึ่งคนที่เฝ้าระวังได้ดีที่สุดคือคนในชุมชนเอง ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแต่หากทำแค่สาธารณสุข ก็จะไม่สามารถขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตายได้ อยากให้มองปัญหาเป็นแบบองค์รวม และแก้ปัญหาคือต้นเหตุ ให้ทุกคนมองปัญหาแบบแยกส่วน จัดการไปทีละปัญหา บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไชยสถาน: ปัญหาเกิดที่ครอบครัว และตระหนักให้ทุกคนทราบถึง warning sign สำคัญคือให้ความรู้กับชุมชน ใน case ที่เสี่ยงหรือมีสัญญาณ ปัจจุบันมีการให้ความรู้แต่เป็นการให้ความรู้เฉพาะ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	กลุ่ม ยังเข้าไม่ถึงคนในชุมชนหรือครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น ตำบลไชยสถาน: มีการจัดชมรมผู้สูงอายุ ป้องกันผู้สูงอายุเหงา จึงมีการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการนำกลุ่มผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามาเข้าร่วมกิจกรรม จนได้รับรางวัล อาสาปันน้ำใจ คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน มีการจัดทำธนาคารความดี จากกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม ได้มีการพบปะเพื่อนฝูง และทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ไชยสถาน: ข้อดีของพื้นที่ที่มีทีมจิตเวช มีการประเมินภาวะซึมเศร้า มีช่องทางติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ผู้ที่ให้คำปรึกษามีทักษะการให้คำปรึกษาที่ดี บุคลากรสาธารณสุข รพ.น่าน : ทาง สสจ. มีการรับข้อมูลจำพื้นที่ ทั้งอำเภอ และ รพ.สต. เมื่อมี case ช่าตัวตาย รพ.สต. จะทำการจัดส่งรายงาน 506 เข้ามา แต่เนื่องด้วย รพ.สต. มีภาระงานมาก บางรายจึงไม่ได้มีการติดตาม case ได้เท่าที่ควร	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	ปัญหาที่คนภาคเหนือมีการฆ่าตัวตายมากเนื่องจาก คนเหนือเป็นคนมักมีคำพูดติดปากว่า “จะไปตายดีไหนก็ไป” “บ๊ะบันต่าย” เป็นคำพูดที่พูดจนเคยชิน ซึ่งบางครั้งเมื่อมีภาวะทางอารมณ์ที่อ่อนแอ ส่วนใหญ่พ่อแม่มักจะพูดกับลูก ซึ่งคำพูดเหล่านี้จะทำให้ผู้ที่รับฟังเกิดความคิดและมีผลต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย อีกปัญหาคือ เรื่องของภาวะเศรษฐกิจ หนี้สิน คนเหนือเป็นคนหน้าบาง (ขี้อาย) เป็นหนี้แล้วรู้สึกอับอาย	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน	บุคลากรสาธารณสุข รพ.น่าน :ให้ อสม. สังเกต ทำ mapping และชี้ให้ชัดเจนว่าครอบครัวไหนเสี่ยงและคาดว่าจะมีโอกาสเกิดได้ เพราะอะไร เมื่อทราบแล้ว ให้มีการเฝ้าระวังและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะหากทราบเร็วก็จะสามารถแก้ไขปัญหได้เร็ว การแก้ไขปัญหต้องแก้ไขในระดับ attitude และผู้รับผิดชอบงานเชิงนโยบายควรให้	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
● มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ● สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา	นโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับ บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ไชยสถาน: ในการจัดการปัญหาต้องอาศัยประสบการณ์และมีการจัดการองค์ความรู้ที่ดี มีการสร้างความไว้วางใจ ปัญหาที่พบคือ ความต่อเนื่องในการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีการย้ายงาน และการรับรู้ของ อสม. ที่แตกต่างกัน ผู้นำท้องถิ่น ตำบลไชยสถาน: ทางท้องถิ่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านจิตเวชหรืองานฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร จึงไม่สามารถจัดโครงการหรือเสนอนโยบายให้เกิดการมีส่วนร่วมได้ในทุกภาคส่วน และการให้คำนิยามของผู้ป่วยทางจิตยังเป็นนิยามในเชิงลบ จึงอยากให้มีการเปลี่ยนคำนิยามไม่ให้เป็นไปในเชิงลบมากเกินไป และเห็นว่า การลงทุนทางด้านสังคมสำคัญกว่าการลงทุนด้านความจำเป็นพื้นฐาน	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	-	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	-	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อ	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.น่าน : ระดับครอบครัว ต้องใส่ใจและรู้ถึงสาเหตุ การสื่อสาร ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นตัวที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
กระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไชยสถาน: ปัญหาที่เกิดขึ้นเหมือนภูเขาน้ำแข็ง เห็น รู้ แต่แก้ไขปัญหาไม่ได้ ครอบคลุมเท่านั้น ที่จะคอยสังเกตและเฝ้าระวังได้มากที่สุด	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	การเชื่อมโยงกันทำตามระบบสายงาน เช่น สสจ. เป็นผู้ติดตามประมาณให้กับพื้นที่ และส่งต่อการทำงานให้กับพื้นที่ แต่โครงสร้างการทำงานเชิงรุกไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ โดยการเชื่อมโยงการทำงานในชุมชนจะมี รพ.สต. เป็นตัวเชื่อมกับทาง อบต. และชุมชน และการทำงานสุขภาพจิตใน รพ. ต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกับตำรวจ การเชื่อมโยงกันของข้อมูลที่เป็นในพื้นที่จะช่วยให้พื้นที่ดำเนินงานได้สะดวกมากขึ้นปัญหาที่เกิดขึ้นคือ มีการทำงานแบบแยกส่วน	

ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
 วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
 วันที่ 26-27 มิถุนายน 2562
 พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ดงคำ ต.ดงคำ อ.ลี้ จ.ลำพูน

กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มผู้บริหารและตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตำบลดงคำ ได้แก่ นายกเทศบาลตำบล ปลัดเทศบาลตำบล สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ นักพัฒนาชุมชน ผอ.รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.ลี้ และประธาน อสม. จำนวน 8 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ผู้นำท้องถิ่น ตำบลดงคำ 2) ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ 3) บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอดงคำ 4) นักพัฒนาชุมชน 5) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดงคำ 6) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงคำ 7) บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้ 8) แพทย์ประจำตำบล, ประธาน อสม.	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	สถานการณ์การฆ่าตัวตายในตำบลดงคำ พบว่า ตำบลดงคำ มีพื้นที่ครอบคลุมทั้งหมด 6 หมู่บ้าน เป็นคนพื้นราบ 4 หมู่ ชุมชนกระเหรี่ยง 2 หมู่ จาก 5 ปีที่ผ่านมาไม่มีสถิติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ยังพบว่า มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย(ไม่สำเร็จ) โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายตามไม่พบสถิติการฆ่าตัวตายซ้ำ ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ : ในพื้นที่ไม่ได้มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาในพื้นที่ เนื่องจากในอดีตในช่วง 7-8 ปีที่ผ่านมาไม่เคยมีปัญหาด้านนี้เลย เพราะเราเน้นเรื่อง การบริการประชาชน ซึ่งปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นด้านความต้องการพื้นฐาน เช่น ประปา ไฟฟ้า และการบริการประชาชน กลไก	จาก 3 ใน 4 คนที่แสดงความคิดเห็น สมาชิกมีการแสดงความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันกับผู้นำ

	การป้องกัน คือผทางเทศบาลมีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีการพัฒนาและสนองต่อปัญหาของชุมชนที่แท้จริงร่วมกัน ทั้งด้าน คุณภาพชีวิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย และด้านอุบัติเหตุ บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอคงคำ : ไม่ได้มองเห็นว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของพื้นที่ แพทย์ประจำตำบล : ในตำบลมี 6 หมู่บ้าน มี อสม.ดูแล ทั้งหมด 77 คน อสม.เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ใช้เลือดออก โดยได้งบประมาณสนับสนุนจาก รพ.สต. เทศบาล ที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย แต่จะมีปัญหาด้าน ติดเหล้า โดยมีพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. สสอ. และ รพ.มาดูแล จากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาคนติดสุราเกิดจากปัญหาครอบครัว เมื่อมีคนติดสุรา อสม.จะเข้าไปแนะนำ ทำความเข้าใจ รวมถึงพื้นที่มีการรณรงค์การดื่มสุรางดเหล้า โดยส่วนมากจะรับฟังและบางรายก็เลิกดื่มสุราไปเลยถาวร ซึ่งอาจจะเกิดจากการรณรงค์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.คงคำ : การทำงานร่วมกันของภาครัฐในพื้นที่ทำงานร่วมกันได้ดี หาก case ที่เกี่ยวกับฆ่าตัวตาย จะมี อสม.คอยสอดส่องดูแล หากมีปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ให้แจ้ง/ประสาน จนท. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ชุมชนสามารถดูแลกันเอง และมีทีม จนท. Support ด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	ปัญหาการฆ่าตัวตายในตำบลคงคำ ไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหาของพื้นที่ เนื่องจากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาไม่พบสถิติการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ซึ่งนายกเทศบาลได้กล่าวว่า “ตำบลคงคำ ไม่ค่อยมีปัญหาด้านการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ซึ่งท้องถิ่นจะดำเนินงานในภาพรวมหลายยุทธศาสตร์ ทั้งด้านนโยบายและปฏิบัติ พื้นที่จะทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน แบบบูรณาการทั้งในส่วน ของ รพสต. รพ. และ อสม สิ่งสำคัญคือ เจ้าหน้าที่ต้องรักประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน” (ผู้นำท้องถิ่น ตำบลคงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562)	

	บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอตงคำ: แต่ก่อนเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาที่มีปัญหาเรื่องยาเสพติด มีเหตุการณ์สามีฆ่าตัดคอภรรยา และพื้นที่มีการทำเหมือง มีการอาศัยอยู่ของชนเผ่า (กะเหรี่ยง) มีการผสมกลมกลืนกันด้านสังคมและวัฒนธรรม มีการทำ “เขยขวัญ” ซึ่งเป็นประเพณีการยอมรับของชนเผ่า ยอมรับในบุคคลภายนอกให้มาอยู่ร่วมกัน และในส่วนของการทำงานในพื้นที่ มีการยอมรับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มชนเผ่า มาเป็นคณะกรรมการ หรือ เปิดโอกาสให้มีบทบาททางสังคมมากขึ้น เปิดโอกาสให้กลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ มารวมตัวกันทำกิจกรรม เช่น กลุ่มทอผ้าลายยกดอก มีปราชญ์ชาวบ้าน (ด้านการนวด ประคบ)	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู	ผู้นำท้องถิ่น ตำบลตงคำ: ทางเทศบาลดำเนินงานให้ประชาชนมีความสุข “เราจะทำงานคนเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สร้างชีวิตความเป็นอยู่แบบพี่ แบบน้อง มีการพึ่งพาอาศัยกัน” (ผู้นำท้องถิ่น ตำบลตงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562) ในชุมชนมีการจัดทำโครงการตามประเพณีต่างให้แก่กลุ่ม เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ มาพบปะกัน มาทำงานร่วมกัน บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอตงคำ : ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม ทั้งกลุ่ม เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ โดยใช้โครงการ “ชุมชนบ้านกลาง” ซึ่งเกิดจากกองสวัสดิการของทางเทศบาล นักพัฒนาชุมชน : โครงการชุมชนบ้านกลาง เกิดจากการประชุม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในชุมชน แต่เดิมทำโครงการแบบแยกส่วนกันของแต่ละกลุ่มวัย/แต่ละกอง เมื่อมีกองทุกหลักประกันสุขภาพฯ จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการจัดลำดับปัญหาของชุมชน ตำบลตงคำจึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้สูงอายุ (ซึ่งผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว) มีต้นแบบในการดูแลสุขภาพ มีพ่อครูสอนดนตรีพื้นเมือง และมีการจัดทำโครงการ ผู้สูงวัยสุข 5 มิติ (สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ)ซึ่งทางเทศบาลได้ส่งเสริมให้เกิดรูปแบบโครงการที่ชัดเจนมากขึ้น และมีหลักสูตรที่เข้มข้นขึ้น “ปัจจัยสามส่วนที่เป็นศูนย์รวม คือ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานร่วมกัน” (นักพัฒนาชุมชน, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562)	สินชัย (นายกเทศบาล) กล่าวว่า : มีนโยบายให้ทำงานแบบพี่แบบน้อง การดำเนินการแบบนี้จะเข้าถึงประชาชนและให้การบริการประชาชนได้

	ในพื้นที่มีการทำ CBL ด้านปัญหาสุขภาพของชุมชน มีการระดมความคิดเห็น หาปัญหา วิเคราะห์ทางแก้ไข และคืนข้อมูลแก่ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้: เมื่อมี case การฆ่าตัวตายหรือปัญหาอื่นในชุมชน จะมีการร่วมรับฟังปัญหาและร่วมกันดูแลกันในชุมชน มีการเยี่ยมและเฝ้าระวังทางใจ มีประเพณี เรียกขวัญ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ข้อมูลเพิ่มเติม การทำขวัญ กล่าวโดย เบญจมาศ : มีความเชื่อทางศาสนาว่า “เฮ็ดขวัญ” เป็นพิธีกรรมที่ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และการ “ซ่อนขวัญ” เป็นพิธีเรียกขวัญให้กลับมาอยู่กับเนื้อกับตัว เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ดีดวงจิตจะล่องลอยไปอยู่ที่อื่น ในการทำพิธีกรรมมี การผูกข้อมือ ข้อมือ ผู้ทำพิธี คือ “ปู่จ่าน” หรือ “หนาน” ยกตัวอย่างเช่น กรณีมี case ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ ในชุมชนจะมีการพิธีเฮ็ดขวัญ และทำพิธีสืบต่อชะตา สะเดาะเคราะห์ ซึ่งพิธีกรรมนี้เป็นการเรียกขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการทำพิธีผูกข้อมือข้อมือ ถือเป็นการอวยพร และสร้างกำลังใจให้แก่ลูกหลานในช่วงวัน “ปีใหม่เมือง” *หนาน คือ ผู้ที่เคยบวช แล้วสึกออกมา เป็นผู้มีความรู้ และสามารถอ่านภาษาล้านนาได้ *ปู่จ่าน หรือ ปู่อาจารย์ คือ ผู้ที่มีความรู้ทางด้านพิธีกรรม เป็นผู้นำในการประกอบพิธีต่าง ๆ	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	ผู้นำท้องถิ่น ตำบลดงดำ : การทำงานในพื้นที่ต้องตามหน้าที่และบูรณาการร่วมกัน “การทำงานต้องให้เกียรติผู้ทำงานในการตัดสินใจ ทำงานต้องให้เกียรติกัน และการดูแลทุกคนต้องมีความเสมอภาค ถ้าคนเรามีความสุข ปัญหาอื่น ๆ ก็จะไม่ตามมา” (แพทย์ประจำตำบล, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562) กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มทอผ้า มีความเข้มแข็ง แต่ละหมู่บ้านมีกลุ่มเครือข่ายในการทำงานและการประกอบอาชีพ และในกลุ่มผู้สูงอายุมีการเฝ้าระวังกันเองภายในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้เกิดความอบอุ่น ซึ่งการดำเนินงานมีการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน เนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้ : มีการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน ทั้งจาก โรงพยาบาล , รพ.สต. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำงานร่วมกันได้ดี แพทย์ประจำตำบล : อสม.มีพี่เลี้ยงที่ดี ทั้งจาก รพ.สต. และ รพ. นักพัฒนาชุมชน : ทุกคน ทุกส่วน ทำหน้าที่ของตัวเองในส่วนที่ได้รับมอบหมาย	ผู้นำมีบทบาทและเป็นที่ไว้วางใจของคนในชุมชน จาก พงศกร กล่าวว่า “ช่วงที่นายกทำงาน มีชาวบ้านเข้ามาปรึกษาและขอความช่วยเหลือทุกวัน แต่ในช่วงที่ผมรักษาการนายก ไม่ค่อยมีคนเข้ามาปรึกษา ”

ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	ปัจจัยที่ทำให้การป้องกันได้ผลในการป้องกันปัญหา 1) วัฒนธรรมเดิมที่เป็นพื้นฐานสำคัญ และการดูแลกันแบบพี่น้องในชุมชน 2) ทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง 3) มีการบูรณาการร่วมกัน โดยไม่แบ่งส่วนหรือแยกส่วนในการทำงาน 4) มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ปัจจัยที่ทำให้ไม่ได้ผลในการป้องกันปัญหา บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้ : เจ้าหน้าที่ภาระงานมาก ต้องมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานหลายอย่างใน 1 วันทำงาน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอตงคำ : ขาดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยปกป้อง : ปลัดเทศบาล ตำบลตงคำ: คนในชุมชนใจกว้าง ไม่มีการแยกพื้นที่ระหว่างชุมชนพื้นราบกับกลุ่มชนเผ่า มีการยอมรับกันภายในชุมชน สามารถอยู่ร่วมกันได้เป็นชุมชนเดียวกัน โดยยังมีการรักษาประเพณี วัฒนธรรม วิถีกะเหรี่ยงให้คงอยู่ ชุมชนและวัฒนธรรมมีความมีความกลมกลืนกัน และร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน มีวิสาหกิจชุมชน มีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง สังคมและวัฒนธรรม เป็นสังคมแห่งการออม นักพัฒนาชุมชน : มีการยอมรับและเข้าใจในวัฒนธรรมและวิถีที่แตกต่างระหว่างคนพื้นราบ กับชนเผ่า (กะเหรี่ยง) มีพิธียกขันดอก เพื่อเป็นการยอมรับซึ่งกันและกัน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ตงคำ : อสม.มีความเข้มแข็งและให้ความร่วมมือในการทำงาน “ทุกคนทำงานเหมือนพี่น้องกัน เราจึงสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น” (นักพัฒนาชุมชน,สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562)	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/	ในพื้นที่มีการดำเนินงานและเชื่อมต่อการงานโดยใช้หลักการทำงาน ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอตงคำ : มีเวที พขอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต	

แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	ระดับอำเภอ) ในการดำเนินงานมีคณะกรรมการทั้งหมด 21 คน ซึ่งมีคณะกรรมการในการแก้ไข ปัญหาในแต่ละเรื่อง การทำงานมีการค้นหาปัญหา มีการดำเนินงาน ติดตามงานและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ: การสร้างนิยามของคำว่าคนดีในตำบล ดงคำ “นิยามของคนดี คือ มีส่วนร่วมกับชุมชน ให้ความร่วมมือ การดูแลซึ่งกันและกัน” (ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562) <u>สิ่งที่ต้องการสนับสนุน</u> บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้: อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ในพื้นที่ขาดอัตรากำลังในการทำงาน อยากให้มีการจัดสรรที่เพียงพอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดงคำ: เจ้าหน้าที่ 3 คน ดูแล 6 ดูแลทั้งอำเภอ จึงต้องดึงคนจากทางตำบล มาช่วยงาน บริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้ทำงานได้ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงคำ : มีการ consult เครือข่ายเป็นทอดๆ มีการดูแลถึงบ้าน ให้ชาวบ้านดูแลกัน คอยเตือนกัน “ชุมชนต้องคิดเอง ทำเอง ชุมชนจึงจะยั่งยืน” (บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562) ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ : การจัดสรรทรัพยากร เช่น ในกองสาธารณสุขมีตำแหน่ง ผอ.กอง แต่ไม่มีคนมาบรรจุ จึงเปิดโครงการจัดจ้างเพื่อจ้างเหมาพนักงานเพื่อมาทำงานในส่วนที่ขาดอัตรากำลังคน ส่วนมากเป็นคนในพื้นที่หรือ อสม. การทำงานของทุกกองในเทศบาลทำงานร่วมกัน ไม่แบ่งกอง “การทำงานของท้องถิ่น กับปกครองต้องไปด้วยกัน เพื่อประโยชน์ของพี่น้องประชาชน” (ปลัดเทศบาล ตำบลดงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562) <u>การตอบสนองของพื้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย</u> บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ดงคำ: ถ้ามีเหตุการณ์คนที่จะรู้คนแรกคือ ญาติ มีเพื่อนบ้าน ที่จะเป็น	
--	--	--

	คนสอดส่อง ว่าคนนี้จะฆ่าตัวตาย นักพัฒนาชุมชน : มีการจัดทำโครงการด้านสุขภาพจิต การป้องกันโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ครอบครัว สภาเด็กและเยาวชน กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนพิการ ทุกกลุ่มเป้าหมายมีคุณหมอเข้ามาดูแลดูแลในเรื่องการป้องกันโรคซึมเศร้า ตอนนี้ทำโครงการเรื่องสุขภาพจิตในทุกชุมชน โดยได้เงินโครงการจากกองทุนสุขภาพตำบล ให้ อสม.ดูแล ทำทุกหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข รพ.ลี้: คนแรกที่จะรู้คือญาติ เพราะเราให้ความรู้ไปแล้ว ว่ามีสัญญาณอะไรบ้าง เหตุการณ์อะไรบ้างที่จะเกิดความเสี่ยง ถ้าเป็นวัยรุ่นน่าจะออกหักมาหรือนิสัยพื้นฐานเขาเป็นยังไง ทางศูนย์พัฒนาครอบครัวจะมีการให้ข่าวถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ข่าวในชุมชนที่เกิดขึ้น จะมีการสะท้อนปัญหาของครอบครัว คนที่ดูแลใกล้ชิดที่สุดคือครอบครัว ความสัมพันธ์เข้มแข็ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอคงคำ : ถ้าไหนมีเสียศพ จะเรียกว่า “บ้านเย็น เรือนเย็น” มีคนไปนอนเป็นเพื่อนหลายวัน เป็นบริบทเป็นวิถี เด่นในเรื่องใส่ใจกัน ในชุมชนมีการแบ่งปันกัน ไม่ได้ขายกัน แบ่งปันกันกิน “ไม่ใช่ญาติกันแต่อยู่ด้วยกันเหมือนญาติ” (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอคงคำ, สัมภาษณ์ 26 มิถุนายน 2562)	
กลุ่ม อสม. ผู้ดูแล ผู้พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ/ไม่สำเร็จ		
แนะนำตัว ชื่อ อายุ อาชีพ และข้อมูลสมาชิกในครอบครัว	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นตัวแทน อสม.ประจำหมู่บ้าน หมู่ ที่ 3 และหมู่ที่ 4 ต.คงคำ จำนวน 4 คน ซึ่งตัวแทนแต่ละคนเป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและดูแลผู้ป่วย รวมถึงงานป้องกันและเฝ้าระวังเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ดังรายชื่อดังนี้ 1) อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 (เป็น อสม.มา 11 ปี) 2) อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 (เป็น อสม.มา 11 ปี) 3) อสม.คนที่ 1 หมู่ 4 4) อสม.คนที่ 2 หมู่ 4	
อยากให้แต่ละท่านเล่าประสบการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ/หรือการพยายามฆ่าตัว	อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : บทบาทหน้าที่ของ อสม. ส่วนมากจะวัดความดัน ถามทุกข์สุข ว่ากินข้าวหรือยัง ในคนป่วยโรคเบาหวาน ความดัน ถ้ามีคนเครียด ไม่สบายใจ ก็ดูแลรับฟังปัญหาสำหรับคนที่มีปัญหา	

ตายของคนในครอบครัวของท่าน เท่าที่ จะรู้สึกว่าร้อมจะแลกเปลี่ยนกับผู้ สัมภาษณ์	บางคนมีแผลกดทับก็ดูแล ยกตัวอย่าง เช่น มีผู้ป่วยไม่ยอมมีชีวิตอยู่ จึงบอกกับผู้ป่วยว่า “ยายใจ เย็นๆ ยายโชคที่มีลูก มีหลาน มีครอบครัวที่สมบูรณ์ ทุกอย่างยายมีหมดเลย โรคเป็นได้ทุกคน แต่เราจะต่อสู้ได้ขนาดไหน หมอยังบอกว่ายายดีขึ้น รักษาได้ ยายจะท้อแท้ทำไม” บางคนที่มี ปัญหาติดเตียง ก็ซื้อแอมเพสให้ ทำกับข้าวให้ ไปดูแลกันแบบพี่น้อง มีอะไรก็ช่วยแบ่งปัน แบบญาติ มิตร แบบคนบ้านนอก ไปทำกับข้าวให้เขา ไม่รังเกียจเขา เราต้องทำงานด้วยใจ เราสอนลูกเสมอว่า “ห้ามรังเกียจคน ห้ามดูถูกคน” ถึงเขาไม่ใช่ญาติ เราก็นับถือเขา (อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3, สัมภาษณ์ 27 มิถุนายน 2562) มียายคนหนึ่งไม่มีการตอบสนองแล้ว เป็นแผลกดทับ แผลดำ อสม.ไม่กล้าทำแผล เราเลยไปทำแผลให้ แล้วขอให้ยายอวยพรให้ให้มีโชคมีลาภ อยู่เย็นเป็นสุข แล้วคุณยายก็หันมาดู เลยคิดว่า คุณยายเขาให้ พรเราแล้ว เราคิดเอาเอง มันก็อยู่ที่ใจนะ อสม.คนที่ 1 หมู่ 4 : เคยดูแลครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ก็คุยกับแบบพี่น้อง ให้เห็นเขา เมื่อปี 55-56 ใช้ปืนกรอกปากตัวเอง อายุ 35 ปี เป็นเพศชาย เป็นลูกคนที่ 2 ของบ้าน เป็นผู้ป่วยจิตเวช ขาดยา เวลาอยู่คนเดียวมีอาการระแวงจะมีคนมาฆ่า ใช้ยาเสพติดร่วมด้วย เราก็คอยดูแลเขา หมั่นไป หาครอบครัว ปลอดภัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน พ่อกับแม่เขาถึงดีขึ้น คนในหมู่บ้านไม่มีใครพูด ไม่ดี ชาวบ้านเห็นใจกัน ดูแลกัน ช่วยงานศพ อยู่ดูแล ปลอดภัย ไม่ได้พูดทำให้กันเสียใจ อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : ปกติ อสม. ก็สำรวจลูกน้ำยุงลาย วัดความดัน เวลามีคนเครียดไม่สบายใจ ต้องไปอุ้มให้ใจเย็นๆ ถ้าเขาเตือนร้อนเสียงดัง เขาก็ฟังเขา เขาก็จะดีขึ้น อสม.คนที่ 2 หมู่ 4: ตอนนี้อยู่ดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เป็นผู้ป่วยจิตเวช การกินยาเกินขนาด บ้านอยู่ ห่างกัน แต่ก็เจอกันทุกวัน แต่ก็ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยทำมาหากินได้ตามปกติ ทำไร่ ทำนา กลุ่มเสี่ยงจะฆ่าตัวตายที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ อสม.คนที่ 1 หมู่ 4 : คนติดเหล้า ติดยา สมทราย : คนติดยา ติดเหล้า ส่วนมากก็อายุ 40-50 ปี วัยรุ่นก็มี อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : บางทีก็ติดทั้งเหล้าติดทั้งยา	
---	--	--

อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : ตอนนั้นก็แนะนำเด็กที่เป็นวัยรุ่น พ่อมีหนูคนเดียว ให้หนูไปหาหมด ไปรักษานะ อารักหนูเหมือนลูกเหมือนหลาน แล้วเขาก็ยอมรับ ครับๆ แล้วยอมไปรักษา ไปแจ้งหมอที่อนามัย เราต้องใจเย็นๆ บางคนคิดว่า บอกว่าเด็กคนนี้ไม่น่าคบ ไม่น่ารัก แต่เราอย่าคิดแบบนั้น เราต้องคิดบวกนะ “อาเห็นหนูมาตั้งแต่เด็กๆนะ อีกอย่างพ่อมีหนูคนเดียว พ่อต้องพึ่งพาหนู หนูไปรักษานะ ไปตอนที่หนูมีสติดี แต่ตอนที่หนูเสียสติไปแล้วหนูจะรับรู้อะไรเลย”

(อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3, สัมภาษณ์ 27 มิถุนายน 2562)

อสม.คนที่ 1 หมู่ 4 : หมู่ 4 กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นส่วนน้อย

สมทราย : มีเป็นคนจิตเวช ดูแปลกๆ เจอกันทุกวัน แต่เขาก็เครียด เรื่องหนี้สิน สร้างบ้านใช้เงินมาก เป็นซิมๆ คล้ายๆ เป็นซิมเศร้า แต่ดูก็ปกติ ถ้าขาดยาจะเป็นซิม มีหลาน เลี้ยงหลาน รายได้ไม่พอเลยเครียด

คนในชุมชนคิดกับครอบครัวครอบครัวที่ฆ่าตัวตายอย่างไร

อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : ไม่มีพูดเรื่องไม่ดี เพราะว่าตระกูลนี้พ่อแม่เคยมีอะไรบาดหมางในชุมชน เขายึดเก่ง นิสัยดี แต่ลูกชายเขาไปทำงานที่ลำปาง แล้วย้ายมาอยู่บ้านไม่นานก็เกิดเหตุ พ่อมีงานงานศพ ชาวบ้านก็ไปช่วยกัน พอตอนกลางคืนก็ไปนอนเป็นเพื่อน เห็นใจกัน ประเพณีทางนี้เป็นแบบนี้ทุกคน ทุกหลัง มาดูแลเป็นเพื่อนกัน

อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : ไม่มีไปว่ากัน ไม่มีทำแบบนั้นเลย ไปปลอบใจ “จะไปว่า จะไปซ้ำเติมกันไม่ได้ บ่ว่าไผเฮาสีไปว่าบ่ได้ ต้องไปอุ้มให้เขามีกำลังใจขึ้น เดี่ยวเขาจะเครียด มันผ่านไปแล้วก็ให้มันผ่านไป บั๊นทีนี้ก็จะมิดแต่สิ่งดีเข้ามา”

(อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3, สัมภาษณ์ 27 มิถุนายน 2562)

อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : พอตายเสร็จ จะมีพิธีผูกทำขวัญ ผูกข้อไม้ข้อมือ ทำพิธีตัดคนเป็นออกจากคนตาย ไม่ให้คิดถึงคนตาย ตัดเวรตัดกรรม ให้หนาน มาทำพิธีให้ ทำพิธี สูตรถอดบ้าน มีกระทงเล็กๆ ทำทุกหลัง เพื่อส่งให้คนตายไปดีๆ งานบุญ งานศพ ชาวบ้านจะมาช่วยกันทุกคนในหมู่บ้าน

อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : เมื่อมีเรื่องอะไรเกิดขึ้นในหมู่บ้านจะมีประกาศเสียงตามสาย ผู้ใหญ่บ้าน

	จะแจ้งพ่อหลวง พ่อหลวงจะกาศหอกระจายข่าว อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : เขามีสัญลักษณ์ว่าถ้าเป็นงานศพ ก่อนประกาศจะไม่เปิดเพลง ถ้าเป็นเรื่องอื่นจะเปิดเพลง ชาวบ้านก็จะรู้แล้วว่ามีคนตาย	
กระบวนการหรือขั้นตอนในการให้ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ท่านประสบมาเป็นอย่างไร	-	
จากประสบการณ์ของท่าน มีตรงไหนบ้างที่รู้สึกว่าคุณเกี่ยวข้องรับรู้ปัญหาและพยายามที่จะช่วยแก้ปัญหา ทั้งในมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา	อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : รพ.สต. รพ. สอนการไปเยี่ยม และถามว่า มีน้อยยกหมองใจอะไร ในสัปดาห์ที่ผ่านมา อสม.คนที่ 2 หมู่ 4: สอนวิธีให้กำลังใจ พูดปลอบใจ อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : ถ้ามี case แบบนี้มาปุ๊บให้รีบมาแจ้งหมอ แล้วหมอก็ก่อนลงพื้นที่ หรือจะมอบให้ อสม.ในพื้นที่ อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : อสม. ติดต่อสื่อสารกันทางไลน์กลุ่ม ตอนนี้มี อสม.77 คน ที่เข้ากลุ่มมี 48 คน เพราะบางคนยังใช้มือถือรุ่นเดิม แต่มี อสม.ทุกหมู่ จะเป็นคนแจ้งข่าว มีการคุยกันทุกวัน อสม.คนที่ 2 หมู่ 4 : งาน อสม. ก็ไม่หนักเท่าไร ทำได้ อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : เวลาทำงานนี้จะช่วยกัน พร้อมใจกัน การทำงานในพื้นที่ของเราแตกต่างจากที่อื่นอย่างไร เด่นเรื่องอะไร อสม.คนที่ 1 หมู่ที่ 3 : เเด่นเรื่องของการออกกำลังกาย เคยประกวดแล้วได้ที่หนึ่ง และที่ต่างคือเรื่องค่าตอบแทน ที่ไปประชุมต้องได้ค่าประชุม แต่ที่นี้คุยกันว่าจะเอามาใช้เฉพาะที่จำเป็น เวลาถึงงานศพจะเอาไปร่วมงาน บ้านละ 500 เอาเงินไปใช้ในนามของ อสม. เอาเงินไว้ในงานบุญ มีกองกลางของหมู่บ้าน อสม.คนที่ 1 หมู่ 4 : บางทีก็คิดอยู่ บางหมู่บ้านก็เดินทางเป็นชั่วโมงก็มี อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : การเก็บเงินมีการตกลงกันก่อน มีการประชุมใหญ่กันที่วัด แล้วเราคุยกันประชุมร่วมกัน มีมติประชุมว่าจะทำแบบนี้	

	สิ่งที่อยากให้ช่วยในการทำงาน อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : อยากรได้เครื่องวัดความดัน ตอนนีใช้ 5 คนต่อ 1 เครื่อง ถ้าไปวัดความดันวัดความดันในระแวก ต้องไปยืมที่อนามัย อสม.คนที่ 1หมู่ที่ 3: แต่บางทีไปวัดความดันเครื่องเสีย ไม่ดี ก็บอกว่าไปวัดที่อนามัยก็ได้ อสม.คนที่ 2 หมู่ที่ 3 : เคยบอกท่าน สสอ แต่ไม่มีงบ ตอนนี้มี 5 เครื่อง ดูแลคนประมาณ 200 คนเรือน อสม.คนที่ 1หมู่ที่ 3 : มีโครงการให้ มีเงินให้สนับสนุนค่าเดินทาง ไปประชุมก็มีค่ารถให้ บางทีก็ไปลำพูนก็ไกล ปกติก็จะมีการพัฒนาความรู้ อสม. เรื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง หญิงตั้งครรภ์ การดูแลเด็ก เราอยากรได้ความคุ้มครอง เราเป็นด่านแรกที่จะเข้าหาคนไข้คุ้มครอง เวลาไปก็นำเขาก่อน พอไปถึงคนไข้ก็เอาผ้ามาคลุมหัว เราเข้าไปก็ดูแล้วว่าบันไดมีกั้น ถ้าจะวิ่งจะวิ่งตรงไหน พยาบาลใส่สนับสูงไป แต่เขาเราข้ามรั้วไปข้างหนึ่งแล้ว “เขาบอกว่าหนูฟังไม่ได้เลย ไม่ต้องมาฟังหนูนะผีบ้าหนูก็กลัว พยาบาลก็ไม่มีอะไรมาคุ้มครอง ถ้าเขาเขวี้ยงไม้มาทำใจ เราก็เดาใจเขาไม่ถูก เขาเป็นจิตเวช” (อสม.คนที่ 1หมู่ที่ 3 ,สัมภาษณ์ 27 มิถุนายน 2562) มีอีกคน แก้วอยู่หน้าหมู่บ้าน เป็นคนไข้จิตเวช มีตำรวจมา 2 นาย แต่จับไม่ได้มาขอกำลังเพิ่ม ไม่มีผู้ชายเขาจับไม่ได้ “พี่บอกให้เราไป เราไม่ไปก็ไม่ได้ ถามว่ากลัวไหม กลัว แต่เราถึงเขาไม่ได้” (อสม.คนที่ 1หมู่ที่ 3 ,สัมภาษณ์ 27 มิถุนายน 2562)	
ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในระดับใด เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอะไรบ้าง	-	

ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 9-10 กรกฎาคม 2562

พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บางตะลุมพอง ต.บางตะลุมพอง อ.ปากพะนัง จ.นครศรีธรรมราช

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ข้อมูลทั่วไป พื้นที่ ตำบลบางตะลุมพอง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 2,261 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 884 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นหลัก บางส่วนประกอบอาชีพ รับจ้าง ประมง ค้าขาย และรับราชการ รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน 15,000 บาท/ปี ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และวัยเด็กต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ ซึ่งประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้น มี อสม.ทั้งหมด 120 คน ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มชุมชน และผู้บริหารบางส่วน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิก อบต.กรรมการหมู่บ้าน ประธาน อสม. อสม. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และปราชญ์ชาวบ้าน ในตำบลบางตะลุมพอง จำนวน 10 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1. อสม. และ กรรมการหมู่บ้าน 2. ประธานอสม. 3. อสม. หมู่ 7 4. อสม. หมู่ 3 5. กำนัน 6. ผู้นำท้องถิ่น 7. สมาชิกสภา อบต.	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	8. ปราชญ์ชาวบ้าน, เลขานายกฯ, Young Smart Farmer 9. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ม.7 10. ผู้นำชุมชน ม.3	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	จากสถิติ ในพื้นที่ไม่มีสถานการณ์การฆ่าตัวตาย มาประมาณ 20 ปี แต่เกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย ในช่วงเดือนมีนาคม ปี 2562 ที่ผ่านมา ผู้นำท้องถิ่น : สมัยก่อนเมื่อ 10-20 ปีที่ผ่านมา ที่มีข้าวปลาอาหารสมบูรณ์ แต่สมัยนี้เปลี่ยนแปลงไป สังคมเมืองเข้ามา มีคนแก่เยอะ มีปัญหาไม่ค่อยพูดกับใคร ซึ่งแต่ก่อนคุยกันได้ มีโรคซึมเศร้ามาก เดี่ยวนี้แสดงออกทาง social แทน ปราชญ์ชาวบ้าน : เด็กเขาแยกเป็นกลุ่ม เด็กที่ฆ่าตัวตายนี้เขาจะกินยาตอกกับกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นคนละวัยกัน ส่วนมากคนบ้านเราจะไปกันเป็นกลุ่ม ผู้นำท้องถิ่น : เด็กคนนี้เป็นคนดี ยิ้มแย้ม อธิบายดี รู้จักกัน เขาเป็นเพื่อนรุ่นเดียวกับลูก สาเหตุที่ทำร้ายตัวเองน่าจะมาจากการน้อยใจกับแฟน น้องเขาทำงานก่อนสร้าง ที่เกิดเหตุก็ไม่คิดว่าเขาจะคิดสั้น อสม. และ กรรมการหมู่บ้าน : แฟนโทรมาขอบอกเลิก เขาคิดมาก ทำใจไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้มีอาการอะไรแสดงเลยว่าจะฆ่าตัวตาย แต่ด้วยแม่ก็ป่วย ไปอยู่บ้านญาติใกล้ๆกัน เขาอยู่บ้านคนเดียว ดึกแล้วญาติเห็นไม่ปิดประตู ไม่ปิดไฟ เลยเข้าไปดู เห็นผูกคอตายอยู่ ช่วยปั๊มหัวใจก็ไม่ทันแล้ว กำนัน : เขาน่าจะน้อยใจเรื่องแฟนและกินเหล้า กินเหล้าไม่ได้ติดเหล้า เพื่อนๆก็ไม่คิดว่าจะทำ ช่วงนั่งกินข้าวเขาก่อนเขาจะฆ่าตัวตายเขาก็บ่นๆว่า “หนักแล้วสิทธิ์เห้อ” ก็คิดว่าเขาบ่นปกติ เหตุเกิดตอนประมาณ 3 ทุ่ม เขาก็ดื่มมา แต่ไม่เมา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ม.7 : เขาใช้ผ้าเช้าม้าไปตอสายแปล เพื่อฆ่าตัวตาย น่าจะเกิดจากความคิดชั่ววูบ และดื่มสุรด้วย ก่อนหน้านี้นี้ 1 เดือนเขาบอกว่าจะบวชให้แม่ จะบวชพร้อมกับเพื่อน โปสผ่านเฟซบุค สมาชิกสภา อบต. : เขาเล่นแชร์ รอบนี้ไม่ได้ตั้งค์ ไม่มีตั้งค์พาแม่ไปโรงพยาบาล ทุกอย่างมันเชื่อมกันหมด	จากข้อสังเกตพบว่า ผู้ชายมีการแสดงออกทางความคิดเห็นมากกว่าผู้หญิง / ผู้ชายมีบทบาทมากกว่าผู้หญิง

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	สมาชิกสภา อบต. : หลังเกิดเหตุการณ์คนในชุมชนไม่ได้มีปฏิกิริยาอะไร มองว่าสงสาร พอรู้ข่าวทุกคนก็เสียใจ ไม่มีใครคิดว่าให้กัน คิดว่า “เขามาแค่นั้น” ไม่ได้สร้างปัญหาให้ชาวบ้าน ถ้ามองด้านยาเสพติด เด็กวัยรุ่นไม่มีความเกรงกลัว ถ้าโดนจับ 5 เม็ด ก็ไปบำบัด ก็จบ นโยบายรัฐไม่ได้แก้ไขที่ต้นเหตุ เป็นการแก้ไขที่ต้นเหตุ ปัญหาเด็กที่เกี่ยวกับยาเสพติดจะมีกลุ่มยาเสพติด และกลุ่มน้ำกระท่อม เด็กกลุ่มนี้สังเกตง่าย ๆ คือ 1) ทะเลาะกับคนใกล้ชิด 2) ไม่มีดั่งค์ซื้อขาย ซึ่งก็จะเกิดปัญหาและก็ยังเกี่ยวข้องกับยาเสพติด	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติ อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	-	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	กำนัน: ในการดูแลในระดับตำบลมีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการดูแลพื้นที่ แต่ยังรับมือเรื่องยาเสพติดไม่ได้ เพราะราคาถูก ทำให้คนเสพยาเยอะ แต่ชุมชนก็มีทีมระดับตำบลดูแลทุกหมู่บ้าน ประธานอสม. : ด้านสาธารณสุขก็มอบหมายให้ อสม. แบ่งงานกันตามระบบ อสม.ก็จะส่งต่อไปกับท้องถิ่น สมาชิกสภา อบต. : ถ้าทุกคนไม่มีจิตสาธารณะจะทำงานแบบนี้ไม่ได้ ต้องช่วยเหลือกัน และเสียสละ อสม.หมู่ 7: ก่อนจะทำอย่างอื่นเราต้องทำงานของเราให้เสร็จก่อน ค่อยทำงานส่วนอื่น ผู้นำท้องถิ่น : มีการตั้งสภาชุมชน ดูแลทุกกลุ่มวัย อย่างที่เขาบอกว่า “อย่าทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ในการ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	ขับเคลื่อนอะไรที่มีอยู่แล้ว ให้ยังดำเนินการต่อ ผู้นำท้องถิ่น : ชุมชนมีความเอื้ออาทร มีปัญหาที่ช่วยเหลือกันแก้ปัญหา เป็นเครือญาติกัน แต่หลังๆ มามีคนที่ไม่มาอาศัย ก็ทำให้สังคมเปลี่ยน แต่ละคนก็จะเอาประเพณีมาด้วย มีแรงงานข้ามชาติเข้ามา อสม. และ กรรมการหมู่บ้าน: การติดต่อสื่อสารอาศัยเทคโนโลยี เช่น การโทร การ line มี line กลุ่ม เช่น line ตำบล ซึ่งมีสมาชิกประมาณ 70 คน แขนงนำชุมชนจะอยู่ในกลุ่ม ถ้าเกิดเหตุการณ์จะมีการรายงาน และทุกคนจะทราบใน 3 นาที และผู้นำกลุ่มจะนำข้อมูลไปขยายต่อ อย่างเช่น case ที่เสียชีวิต ญาตินำข่าวลง FB ทุกคนก็ทราบกันเร็ว ผู้นำท้องถิ่น : แต่ถ้ามีงานสำคัญต้องโทรหา สังคมบ้านเรา“แต่ก่อนเวลาขุดมะพร้าวก็มาช่วยกัน ใช้การลงแขก เดียวนี้ใช้การจ้างแทน เพราะเศรษฐกิจรัดตัว ยิ่งความเจริญเข้ามา สังคมยิ่งเปลี่ยน” (ผู้นำท้องถิ่น,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) ความเจริญนี้คือ การเดินทาง การสื่อสาร ปกติไปไหนต้องเดินไป ได้พักทายกัน เดียวนี้ขับรถไป ความผูกพัน ความสัมพันธ์ก็น้อยลง ความรัก ความห่วงก็เปลี่ยนเหมือนกัน และแต่ก่อนจะมีแฟน ก็ต้องมีแฟนใกล้กัน หมู่บ้านเดียวกัน ใกล้กัน เดียวนี้มีแฟนอยู่ไกล “เดี๋ยวนี้มองว่า มีแฟนบ้านอยู่ใกล้กัน เป็นเรื่องที่เชย” (ผู้นำท้องถิ่น,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562)	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ผู้นำท้องถิ่น : ศูนย์รวมด้านศาสนา ศาสนพิธี ชุมชนมีการทำบุญเดือน 10 เป็นการทำบุญให้กับครอบครัวที่ล่วงลับ มีพิธีชิงเปรต คือ การส่งตา ส่งยาย และอีกวันคือ วันสงกรานต์ เราถือว่าเป็นวันครอบครัว อสม. และ กรรมการหมู่บ้าน: ก่อนวันงานมีการทำขนมลา ขนมพอง แจกคนแก่ ปราชญ์ชาวบ้าน : เมื่อก่อนขนมลา จะทำกันเอง จะมาช่วยกันทำในหมู่บ้าน แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ซื้อกันอย่างเดียว ผู้นำชุมชน ม.3: ความเปลี่ยนของสังคม “มีการเปลี่ยนแปลงตามเมือง แต่เรายังติดกับประเพณีอยู่	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	แต่สังคมสมัยใหม่ทั้งประเพณี ตอนนี้ลักษณะการทำงานร่วมกันไม่เกิดความเสมอภาค อยากให้มีการยึดโยงการทำงานร่วมกัน” (ผู้นำชุมชน ม.3,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) เมื่อก่อนการเปลี่ยนแปลงเกิดทุก 10 ปี 5 ปี ตอนนี้ 3 ปีก็เปลี่ยนแล้ว คนเปลี่ยนปีต่อปีเลย “การนิยมที่ฉาบฉวยของคน เกิดความหายนะมากขึ้น” (ผู้นำชุมชน ม.3,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) อย่างเด็ก เราต้องบ่มเพาะมาตั้งแต่เล็กๆ วัฒนธรรมเข้ามามาก เพราะตามกระแส บางทีก็มีผลดี บางทีก็มีผลเสีย คนที่มีความบอบบางมากที่สุด คือ “รากหญ้า” เราอย่าไปเทียบเรากับคนอื่น	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	<u>แกนนำชุมชนมีการดูแลชุมชนอย่างไร(วิธีการป้องกัน)</u> ผู้นำชุมชน ม.3: คนในชุมชนมีอะไรขอให้บอก สิ่งไหนดี ไม่ดีขอให้บอก แต่ปัจจุบันไม่มีความเชื่อใจ ไม่ให้ความจริงแก่กัน ไม่ได้อยากให้เอาตัวบุคคลเป็นที่ตั้ง ให้ชุมชนมีส่วนร่วมกัน ผู้นำท้องถิ่น : ปัจจุบันมียาเสพติดเข้ามามาก เริ่มมีปัญหาทางจิตที่มากับยาเสพติดมากขึ้น เมื่อก่อนไม่มียาเสพติด ปัญหาคือ ไม่มีคนรับฟัง ไม่มีคนคอยเตือน ซึ่งก็ขึ้นกับสังคมโลกปัจจุบัน ขึ้นอยู่กับจิตใจเด็ก การสอน การปลูกฝัง การสร้างภูมิคุ้มกันต้องมาจากครอบครัวก่อน เด็กที่มีปัญหา คือ เด็กที่เก็บตัว ไม่เข้าสังคม ถ้าจะเข้าถึงเด็กกลุ่มนี้ต้องเป็นพ่อแม่ ทางชุมชนก็พยายามคุย ถ้าคนไหนคุยได้ก็จะคุย แต่บางครั้งพ่อแม่เขาก็ไม่รับฟัง ปราชญ์ชาวบ้าน : ชุมชนพยายามสร้างภูมิคุ้มกันด้วย มีกิจกรรมกีฬา พิธีกรรมทางศาสนา ให้เยาวชนมีส่วนร่วม “ตอนนี้พยายามนำวิถีชีวิตในสมัยก่อนเข้ามารื้อฟื้น เช่น การแข่งเรือ การแห่ผ้าขึ้นท่า หรือกีฬาต่างๆ” (ปราชญ์ชาวบ้าน,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) และทุกหมู่บ้านจะมีการประชุมกันทุกเดือน(ประชุมหมู่บ้าน) แต่เด็กที่มีปัญหาจะไม่ได้มา จะเป็นพ่อ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	แม่ที่มา ผู้ใหญ่กับเด็กแยกจากกัน คนที่มีปัญหาจริงๆจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม การปัญหาด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายใครควรดำเนินการ ? ประธานอสม.: ไม่เกี่ยวกับชุมชน เป็นเรื่องของครอบครัวเขา สมาชิกสภา อบต. : กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ พม. เพราะ “ปัญหาการฆ่าตัวตายไม่เกี่ยวกับชุมชน เป็นปัญหาส่วนตัว ปัญหาของครอบครัว” พุดง่าย ๆ 20 30 ปี เกิดคนเดียว จึงไม่นับเป็นสถิติ ไม่ใช่ปัญหาสังคม เป็นปัญหาส่วนบุคคล ผมมองว่าหมู่บ้านเรา สุดยอด การฆ่าตัวตายเป็นเฉพาะบุคคลไม่ได้เป็นลูกโซ่ คือปัญหาที่เกิดเรารู้ปัญหาว่าเกิดจากอะไร คิดว่า ชีวิตเขาคิดตัดสินใจแบบนี้ เขาเกิดมาแค่นี้	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	อสม.หมู่ 7: ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนส่วนมากอยู่สองคนตาย ลูกหลานไปทำงาน อสม.ก็ไปตามและดูแลว่าขาดอะไร คนไข้ติดเตียงมีไม่เยอะ “ถ้าถามว่าเป็นห่วงกลุ่มไหน เป็นห่วงกลุ่มเด็กมากกว่ากลุ่มสูงอายุ” (อสม.หมู่ 7,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) ผู้นำท้องถิ่น : สังคมทางใต้ อย่างน้อยต้องมีลูกคนสุดท้ายดูแลพ่อแม่ แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยมี นานๆลูกจะกลับมาครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุมีซึมเศร้า ในกลุ่มเด็กมีการปลูกฝัง เรื่องการป้องกันยาเสพติด ประธานอสม.: เวลามีนางบุญผู้สูงอายุจะเข้าร่วม เด็กไม่ค่อยมาเข้าร่วม	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มผู้บริหารและตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ อำเภอปากพนัง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจากสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 6 คน ตามรายชื่อต่อไปนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง 2) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บางตะลุมพอง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	3) บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ปากพนัง 4) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนก 5) บุคลากรสาธารณสุข สสจ.นครศรีธรรมราช 6) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนก	
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	ความชุกผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี 2562 มีประมาณ 80 คน ส่วนมากเป็นซึมเศร้า และจิตเภท ส่วนอื่นๆ เช่น ใช้ยาเสพติด และโรคเรื้อรังทางกาย บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ปากพนัง : ปากพนังมีทั้งหมด 25 รพ.สต. และมีเครือข่าย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 อีก 5 แห่ง รพ.สต.ขนานนก ไม่มี case พยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนก: รพ.สต.บางตะลุมพอ รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน มี case พยายามฆ่า จำนวน 1 case พยายามทำร้ายตัวเองมาแล้ว 3 ครั้ง <u>มุมมองก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์</u> บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บางตะลุมพอ: ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพราะอารมณ์ชั่ววูบของเขา เขาอยู่ในช่วงวัยรุ่น แคว่อยากหนีจากตรงนี้ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนก: ในพื้นที่มีจิตเวช/ซึมเศร้าไม่เยอะ มีแค่ประมาณ 3 ราย ในช่วงที่มีน้ำท่วม (พายุปลาบึก) มีการสำรวจ 2Q ช่วงนั้นมีคนซึมเศร้าเยอะ พอประเมิน 9Q ก็ positive แต่ก็ไม่ถึงกับทำร้ายตัวเอง แต่ถ้ามี case ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ก็จะมีการเฝ้าติดตาม ยกตัวอย่าง case คือ เป็นประธาน อสม. อายุ 36 ปี มีลูก 3 คน สามียู่ทำงานที่กรุงเทพ เคยทำร้ายตัวเองมา 3 ครั้ง สาเหตุน่าจะมาจากทางไกลสามี ตอนนั้นเข้าไปชวนคุย ไปหางานให้ ให้เขาโทรรายงานตัวกับเราทุกวัน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนก : case มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปเลย คุยกันครั้งแรกเห็นมีรอยที่มือ(สมัยสาวๆกรีดข้อมือเพราะน้อยใจครอบครัว) ครั้งที่2 ลูกเห็นว่าจะผูกคอต ลูกเลยโทรหาเจ้าหน้าที่ช่วงเย็นของวันเดียวกันจะผูกคอตอีกรอบ ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน case นี้	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ครอบครัวและผู้ป่วยไม่ยอมให้คนในชุมชนรู้ว่ามีการทำร้ายตัวเอง และรอบที่ 3 กินยาแก้ปวดหัวเกินขนาด case นี้ไม่ได้อยากตายจริงๆ จะมีอาการช่วงที่สามมีอยู่และสามมีจะกลับไปทำงาน การจัดการคือส่งต่อ case ในพื้นที่ ให้ควบคุมการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง: คนไข้มีความคิดอยากกระโดดบ้าน และแขวนคอ แต่ลูกมาเห็นก่อน / ญาติดูแลดี ระบบการดูแลของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการ คือ มีการโทรหา / โทรเชค คนไข้ทุกวัน เช้า – เย็น และ case นี้จะมีปัญหาครอบครัว เรียกร้องความสนใจจากสามี และปกติ case ที่มีอยู่ ถ้าเจ้าหน้าที่เข้าไปพบ case จะไม่มีการทำซ้ำ น้อยที่จะทำซ้ำ มี case นี้ case เดียวที่ทำซ้ำ	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	การมีส่วนร่วมของเด็ก เยาวชน บุคลากรสาธารณสุข สสจ.นครศรีธรรมราช : ส่วนมากเด็กจะอยู่กับญาติ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา: ถ้าเป็นงานศพจะพาเด็กไปวางดอกไม้ เคยทำกิจกรรมครูแดง ทำกับเด็กเยาวชนใน 10 อำเภอ มีเด็กและวัยรุ่น จำนวน 20% ที่เคยมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง: กลุ่มวัยรุ่นจะมีปัญหาเรื่องอกหัก มีการประชด ปัญหาสุขภาพจิตแต่ละปีจะมีประมาณ 10 คน อายุต่ำสุดที่เคยทำร้ายตัวเองคือ อายุ 12 ปี ใช้วิธีกรีดแขน , กินยาพารา,แขวนคอ,กินยาล้างห้องน้ำ ผู้หญิงมักทำร้ายตัวเองมากกว่าผู้ชาย บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา : ปัญหาเกิดจากเมื่อเกิดปัญหา ตัวเด็กเองไม่ยอมให้ใครรู้ว่าตัวเองมีปัญหา ไม่อยากให้ครอบครัวรู้ ทุกคนต้องช่วยเหลือตัวเองก่อน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา: ถ้ามองตามบริบทพื้นฐานของชุมชน ก็คือทุกคนต้องดูแลตัวเองก่อน ส่วนใหญ่จะรอรับ รอรับในที่นี้คือ จะไม่ทำอะไรมาก รอสิ้นเดือน รอรับเงินจากบัตรสวัสดิการ เงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ ในพื้นที่ส่วนมากจะเน้นพัฒนาด้านกายภาพมากกว่า แต่ถ้าเป็นทางสาธารณสุขจะเป็นการนำเสนอแผนโครงการ เช่น ไข่เลือดออก ขยะ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดี	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	จากทางเทศบาลอนุมัติโครงการ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก : ช่วงน้ำท่วม ทุกคนมีนา มีไร่ ก็พอกินกันได้ พอมีของมา แจกก็ร่อยอย่างเดียว เวลาที่มีของมาแจกก็เปรียบเทียบกับว่า เรากับคนอื่นได้เหมือนกันไหม ใครได้น้อยได้มาก บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บางตะลุมพอง: การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค (ทางกาย) จะน้อย ให้ความสำคัญน้อย ส่วนผู้นำชุมชนก็โอเคนะ แต่ถ้าจะขอความร่วมมือก็จะยากหน่อย บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง: ความสำคัญจะเน้นไปทำงานฝ่ายกายเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีทีมสุขภาพจิตลงควบคุมด้วย เวลาลงเยี่ยมบ้านจะมีทีมลงเยี่ยมยา เป็นทีมฝ่ายกายลงก่อนและมีทีมฝ่ายจิตลงด้วยคู่กัน มีการจัดกลุ่มความสำคัญในการเยี่ยมยา และมีการเฝ้าระวังถ้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก : ในช่วง ร.9 สวรรคต พื้นที่ที่มีการประเมิน 2Q ,9Q ลงประเมินในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน มีการประเมินการฆ่าตัวตาย และมีการเฝ้าระวังในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง: การ Flow งานระหว่าง รพ.สต. และ รพ. จะส่ง case แก่ รพ.สต. มีการแบ่งงานแยกตามตำบล และหมู่บ้าน เนื่องจากพื้นที่หมู่บ้านอยู่ใกล้กัน หากมีการรับยาต่อเนื่องที่ รพ.จะประสานให้มารับ รพ.สต.แทน ประสานทีมในพื้นที่ ลดภาระการเดินทาง “การสื่อสารกันภายในระบบทำให้ case การฆ่าตัวตายลดลงได้จริงและการที่เจ้าหน้าที่รู้และตระหนักในการเฝ้าระวังและติดตามก็จะช่วยส่วนนี้ได้มาก” (บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บางตะลุมพอง : ส่วนการเฝ้าระวัง อสม. เป็นตัวช่วยที่ช่วยเหลือการทำงานได้มาก	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.นครศรีธรรมราช : มีการจัดระบบให้ อสม.คัดกรอง มี อสม.ดูแลแต่ละด้าน “อสม.เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้งานประสบความสำเร็จเร็วขึ้น” (บุคลากรสาธารณสุข สสจ.นครศรีธรรมราช,สัมภาษณ์ วันที่ 9 กรกฎาคม 2562) เพราะ อสม.เป็นส่วนเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชน เป็นตัวเชื่อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พื้นที่เองก็พยายามพัฒนาแนวทางในการคัดกรอง เพื่อดักจับความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว หากมีสัญญาณ เพื่อขอความช่วยเหลือได้ทัน และในพื้นที่ยังมีตำรวจบ้านคอยดูแล	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	ปัญหาจากการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง : การไม่ทราบถึงที่มาของ case case ส่วนมากที่มีปัญหาไม่ได้มีอยู่ในมือ ส่วนมากประชากรที่อยู่ในพื้นที่มีชื่ออยู่ แต่ตัวไปทำงานที่อื่น แต่กลับมาทำร้ายและฆ่าตัวตายที่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา: การจัดอบรม อสม. เป็นแบบนามธรรม ไม่ได้อะไรที่ชัดเจน คนที่เก่งก็เก่ง แต่เขาจะช่วยในการเฝ้าระวังสังเกต แต่ถ้าเขาแนะนำผู้ป่วยไม่ได้ ก็ให้มารายงานเรา และอยากให้มีการปรับระบบ อสม.เรื่องอายุ อายุเกิน 60 ปีมาทำงาน ก็ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ให้คนที่กำลัง เข้ามาทำน่าจะมีผลที่ดีกว่า อยากให้มีกฎระเบียบในการดูแลและการทำงาน ของ อสม.ที่ชัดเจน ข้อดี/จุดแข็ง บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา: อสม. ให้ความร่วมมือ และคนที่เก่งก็เก่งมาก เป็น อสม.ระดับชาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สปสช.ได้ดี	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	พื้นฐานของคนปากพนัง บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ขนานนา : ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชน ทุกคนเป็นเครือญาติญาติกันหมด	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก: เป็นคนเข้มแข็ง เป็นนักสู้ ขยัน เป็นคนฉลาดสามารถปรับตัวได้ โชนทะเลจะมีความเข้มแข็งมากกว่าโชนภูเขา	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	มิติทางด้านประเพณี ศาสนา บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก: คนที่เข้าสู่วัยเข้าวัดฟังธรรม จะเข้าวัดในช่วงอายุ 60 ปี เข้าวัดช้า แต่มีประเพณีชุมชนที่เข้มแข็ง บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก : ช่วงเข้าพรรษาจะมีการทำบุญที่วัด วันพระจะมีการเวียนเทียนทำบุญเวียนทุกบ้านเลขที่ เช่น วันพระนี้ของบ้านเลขที่นี้ วันพระถัดไปเป็นของอีกบ้านเลขที่	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก: การจัดระบบ อสม.และการประเมินระดับของ อสม. บุคลากรสาธารณสุข สสจ.นครศรีธรรมราช : การตั้งตัวชี้วัดการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้เป็นภาพระเบิดวิทย์ฯ เน้นให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ระบบป้องกันการฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุข รพ.ปากพนัง: ฝึก จนท. และ อสม. ประเมินคัดกรองให้ได้ประสิทธิภาพ เน้นการคัดกรองด้านสุขภาพจิตของคนในพื้นที่ และจัดอบรม อสม.ให้มีการพัฒนา เป็น อสม.เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชนาบนาก: ดูที่ warning sign ถ้ามีให้รายงาน จนท. จนท.จะประเมินและส่งต่อให้ อสม.เฝ้าระวัง	

ข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
 โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
 วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
 วันที่ 23-24 กรกฎาคม 2562
 พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บ้านเขาตะพาน ต.บ้านเขาตะพาน อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ต.บ้านเขาตะพาน อ.ท่ามะกา มีเขตบริการทั้งหมด 8 หมู่บ้าน กลุ่มที่ 1 ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 7 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) อสม.หมู่ 6 2) อสม. หมู่ 2 3) อสม.หมู่ 6 4) อสม.หมู่ 3 5) อสม.หมู่ 7 6) อสม. หมู่ 4 7) ประธาน อสม. กลุ่มที่ 2 8) อสม. 9) อสม. หมอдин อพ.ปร. 10) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2 11) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 8 12) ประธานกลุ่มโฮมสเตย์	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	13) รองนายก อบต.โคกตะบอง 14) ผู้อำนวยการโรงเรียน 15) ประธาน อสม. หมู่ 1 16) นักพัฒนาชุมชน อบต.โคกตะบอง 17) อสม. 18) กำนันตำบลโคกตะบอง 19) ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 6	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	อสม. หมู่ 4: มี case พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้หญิง อายุ 50 ปี สามีเสียชีวิตแล้ว มีลูกสาว 2 คน มีหลาน 1 คน มีอาการซึมเศร้า คิดว่ามีปัญหาเรื่องการเงิน ทำร้ายตัวเองด้วยการกินยาล้างท้องน้ำ หลังเกิดเหตุชาวบ้านพาไปรักษาที่โรงพยาบาล อสม. หมู่ 2 : หลังเกิดเหตุเขาเป็นโรคซึมเศร้า ตอนนี้หายแล้ว แต่เสียเวลาเขาพูดไม่ค่อยโล่ง เขาแต่งงานใหม่แล้ว ใช้ชีวิตปกติ อสม.หมู่ 7 : มี case ม.7 อายุประมาณ 45 ปี ไม่มีพ่อ แม่ อยู่ตามลำพังกับพี่น้อง พี่ชาย case นี้กินยาฆ่าหญ้า ปัญหาเกิดจากพี่น้องทะเลาะกัน เมา มีปัญหายาเสพติด ตอนนี้ทำงานได้แล้ว ชุมชนดูแลญาติคอยดูแล แต่เขาไม่เลิก นอนโรงพยาบาลอยู่หลายเดือน อสม.หมู่ 3 : ในพื้นที่มี case ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมานานแล้ว ประมาณ 10 ปี case นั้นผูกคอตาย เพราะกลัวแฟนมีคนอื่น กลุ่ม 2 กำนัน : ปัญหาการฆ่าตัวตายก็เพิ่งจะทราบจากรองเมืองก็ มีด้วยเหวตรงไหน นายก อบต. : ตอนนี้ปัญหาฆ่าตัวตายผมไม่เครียด ผมเครียดปัญหาเสพติดตอนเฝ้า รองนายก อบต.โคกตะบอง: เคยมีการพยายามการฆ่าตัวตายด้วยการกินยา แต่เขาไม่ใช่โรคจิตนะ	การเล่าสถานการณ์ช่วงแรกๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าไม่มี และไม่ค่อยพบเห็น แต่เมื่อเริ่มแลกเปลี่ยน พบว่า มีการพูดถึงสถานการณ์ที่มีคนคิดจะฆ่าตัวตายในพื้นที่

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	อสม. หมู่ 4: คนที่เขฆ่าตัวตายเขาคงท้อกับชีวิต ไม่มีที่ปรึกษา สิ้นหวัง หหมดหวัง ครอบครัวไม่อบอุ่น ต่างคนต่างอยู่ พี่น้องด่าทอ เรื่องผิวมีเมียน้อย มีเงินน้อย มองว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไกลตัว ส่วนมากจะเป็นเรื่องของโรคทางกาย เป็นเบาหวาน ความดัน ใช้เลือดออก พวกนี้สำคัญกว่าโรคทางจิต ประธาน อสม.: มองว่าบ้านที่ฆ่าตัวตายนี้เขาไม่ได้มีปัญหาจริงๆ ไม่รู้เขาคิดอะไรอยู่ อสม.เข้าถึงปัญหาแต่ไม่ลึก บางอย่างเขาก็ไม่กล้าบอกกับเรา อสม. หมู่ 2 : ปัญหาไม่ยากให้เกิด ที่เราดูแล 10 ครอบครัวในระแวกเดียวกันก็ไม่มีเดือนร้อน ไม่มีปัญหาทะเลาะกัน มีใช้มีกินไปเป็นวันๆ อยู่ห่างกันบ้าง แต่ก็ไปเยี่ยมเยียนกันเรื่อยๆ อสม.หมู่ 6 : การดูแลส่วนมากก็เข้าถึง ไม่มีทะเลาะเบาะแว้ง ไม่มีปัญหา ปัญหาที่เขาไม่ถึงพื้นที่ น้ำ : เขามีปัญหาแต่เขาไม่พูดกับเรา วิวกิจ : การพูดต้องเป็นคนที่เขาไว้ใจ เข้าถึงเขาได้ อสม.หมู่ 7 : การที่เราเองก็เป็นหมอ เราจะช่วยแนะนำการดูแลสุขภาพการใช้ชีวิต ถ้าเขาเครียดมา กลับออกไปแล้วเขาต้องยิ้มได้ ยกตัวอย่างที่เคยมาหา คือ เขาเป็นลูกสะใภ้เจ้าของคลังไม้ แม่สามีไม่ชอบ เขามีอาการซึมเศร้า เคยคิดฆ่าตัวตาย หาทางออกไม่ได้ คนที่ไว้ใจได้ก็คือหมอ ชาวบ้านเลยมาหา หมอคูดีกว่า หมอคูจะเข้าถึงปัญหาของชาวบ้านได้มากขึ้น ประธาน อสม. : แถวบ้านก็มีคนทรงเจ้า มีพ่อปู่ และปัญหาบางครั้งก็เกิดจากพี่น้องไม่ถูกกัน	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของ	เมื่อมี case เกิดขึ้นมีกระบวนการอย่างไร ประธาน อสม.: ถ้ามี case ก็ต้องแจ้งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านแจ้งประสานตำรวจ และถ้าตายก็รายงานที่อำเภอ ถ้ามีเหตุการณ์ก็ปล่อยให้เป็นเรื่องของตำรวจ ถ้าเข้าไปได้ ก็ช่วยไม่ได้ ระวังเรื่องทำร้ายเรา เรื่องการลักเล็กขโมยน้อย อสม.หมู่ 7 : การฆ่าตัวตาย อสม.เข้าไม่ถึงหรอก ฆ่าตัวตายไม่เป็นไร แต่ถ้าใช้เลือดออกตายเรตาย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันธุ์	เพราะเรามีส่วนร่วมด้วย เพราะพวกเขาจะฆ่าตัวตายนี้เราก็เข้าไปไม่ได้ อสม.หมู่ 3 : เราเข้าไปใกล้เขาไม่ได้ เราก็ช่วยเขาไม่ได้ อาจจะเกิดขึ้นได้เพราะเพิ่มจากครอบครัวเขา เช่น เป็นหนี้ ไม่มีเงินใช้ ยาเสพติด ดิดสุรา	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือ ขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ ของท่าน อย่างไร	-	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับ ชุมชนของท่าน	-	
ในส่วนของคุณชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัย ปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมี กิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อ กระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็น ส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ประธาน อสม.: เชื่อเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นบาป อสม.หมู่ 7: คัดกรองซึมเศร้า ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องซึมเศร้า คัดกรองแล้วไม่มี อสม.หมู่ 6: ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องน้อยใจ ไม่มีคนดูแล ถ้ามองว่าใครจะฆ่าตัวตาย คิดว่า ผู้ชาย น่าจะฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง น่าจะอยู่ในกลุ่ม 40 กว่าปีถึง 50 ปี เพราะเคยมีผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย ผสมเหล้า อายุประมาณ 60 ปี คิดว่ามีปัญหากับเมีย ปัญหาครอบครัว อสม.หมู่ 7 : วัยรุ่นไม่น่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะเขายังเป็นวัยที่สนุกอยู่ เวลาที่เครียดมาก ๆ คำพูดติดปาก ของคนก็คือ ท้อ เหนื่อย แต่ก็ต้องต่อสู้กับตัวเอง พักผ่อนก็หาย อสม. หมู่ 4: ความเชื่อของชุมชน เวลาทำงานก็ทำบุญ เด็กๆเชื่อผู้ใหญ่ เชื่อพ่อแม่ อยากให้ลูกเรียนสูงๆ เด็กบางคนมีความรู้สูง จบ ปวส. จบสูงเพื่อจะได้มีชีวิตที่ดี ทำงานมาเห็นหน้าลูกหลานก็หาย เหนื่อยแล้ว กลุ่มที่ 2 นายก อบต. : ประเพณีหลักๆ เราก็จัดทุกปี เช่น ลอยกระทง สงกรานต์ เข้าวัดทำบุญ ปัจจัยเสี่ยง : ปัญหา ยาเสพติด , ปัญหาครอบครัว , เด็กติดมือถือติดเกมที่ใช้ความรุนแรง , การรับ ค่านิยมตามกระแสตราที่ชอบ เช่น ดาราเกาหลีที่ฆ่าตัวตาย	ผอ. เสนอแนะ ควรทำ คลิปสั้นๆที่เด็กเข้าถึงใน การดูแลป้องกันการฆ่าตัว ตาย

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	การป้องกัน : ครอบครัวควรดูแลอย่างใกล้ชิด , มีพื้นที่ในการให้เด็กเยาวชนแสดงความสามารถ เช่น เล่นกีฬา , มีกลุ่มสภาเด็กและเยาวชนที่มีการคัดเลือกเป็นลูกผู้ใหญ่บ้านบางสมาชิก อบต.บ้าง น้ำ : การประสานงานทำกันเป็นทีม ประธาน อสม.: อสม.เกือบทุกคนจะมี lineกลุ่ม อสม. อสม.มีทั้งหมด 63 คน ทุกคนจะอยู่ในกลุ่ม ข้อมูลก็จะมาแชร์กันในกลุ่ม อสม. หมู่ 4: line กลุ่ม จะใช้เพื่อการนัดหมายเวลาจะมีประชุม ใช้แจ้งข้อมูลกัน ส่วนการจัดอบรม รพ.มหารักษ์มีการอบรมการพูดคุยกับคนที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ว่าจะพูดและรับมืออย่างไร มีการแนะนำและสังเกตผู้เสี่ยงที่เกิดการฆ่าตัวตาย มี case จริงให้ลองสัมภาษณ์ ฝึกปฏิบัติ และทำกิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มเสี่ยง อสม.หมู่ 6: มองคนที่เสี่ยงเรามองยาก ไม่รู้ว่ามีปัญหาหรือไม่มีปัญหา บางคนที่เคยดูแล ดูแล้วเขาไม่น่าจะเป็น เขาแค่มีเรื่องเครียด	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้ อย่างไร ฯลฯ	อสม.หมู่ 7 : ที่ในพื้นที่ไม่มีคนตาย คนตายไม่เยอะ เพราะมีหมอดูแล อสม.หมู่ 3: ในหมู่บ้านส่วนใหญ่ทำงาน มีอาชีพ ทำงานประจำ เด็กรุ่นใหม่ ๆ จะพยายามปลูกฝังเรื่องงาน ให้เขาทำงาน เลิกงานก็มีกิจกรรม เล่นกีฬา กัน การจะป้องกันได้ต้องให้ทุกคนหันหน้ามาคุยกันในครอบครัว เน้นการพูดคุยกันในครอบครัว ถ้าเป็นปัญหาจริงๆเขาก็จะกล้าคุยกับหมอมากกว่า ประธาน อสม.: ถ้าคนไหนที่ไม่มีปัญหา เขาก็จะไม่ไปหาหมอ สิ่งที่อยากฝากถึงผู้บริหาร อสม. หมู่ 4: อยากให้มีโครงการ อบรมหรือให้ข้อมูลแก่ อสม. ผู้ดูแล ว่าครอบครัวไหนที่มีปัญหาจะสามารถเข้าไปช่วยเขาอย่างไร มีวิธีการ มีช่องทางในการให้เขาปรึกษาเขาอย่างไร ช่องทางไหนบ้าง และให้เพิ่มเงินในการดูแล care giver อสม.หมู่ 6: อยากให้ดูเรื่องเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย เพราะจะทำเกษตรก็ต้องลงทุนสูง ประธาน อสม.: ตอนนี้อย่ารับ กับรายจ่ายไม่สมดุลกัน และมีนโยบายเพิ่มภาระให้ อสม.มากเกินไปใน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	เรื่องของการดูแลรักษา ดูแลคนปลูกกล้วยาซึ่งจะปลูกได้ไม่เกิน 6 ต้น ทำให้งาน อสม.ล้น กลุ่มที่ 2 แนวโน้มของการคิดฆ่าตัวตายในอนาคตคิดว่าอาจจะมี เพราะส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นสนับสนุนกันว่า ถ้าเป็นผู้ป่วยจิตเวชคงไม่คิดฆ่าตัวตาย แต่คนรอบข้างไม่แน่เพราะไม่รู้ว่าจะทำร้ายเราเมื่อไหร่ ฝากจากกลุ่ม : แก้ปัญหาเศรษฐกิจ เพราะปัญหารวมๆ เกิดจากเศรษฐกิจ ปากท้อง	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ และผู้บริหาร ได้แก่ จำนวน 5 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา 2) บุคลากรสาธารณสุข2 สสอ.ท่ามะกา 3) บุคลากรสาธารณสุข3 สสอ.ท่ามะกา 4) บุคลากรสาธารณสุข4 สสอ.ท่ามะกา 5) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเขาตะพาน 6) บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านเขาตะพาน	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	ความชุกของ case พยายามฆ่าตัวตาย มีรายงานในระบบ ประมาณ 100 case มี 1 case ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เนื่องจากเป็นวัณโรค วิธีการส่วนมากที่ใช้คือ กินยา ผูกคอ และเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา: มีการวิเคราะห์สถานการณ์ว่าแต่ละปีมีปัญหาอะไร รพ.สต. ทั้ง 15 แห่งต้องแก้ไขปัญหาทุกเรื่องตามลำดับความสำคัญของปัญหา เรื่องการฆ่าตัวตายก็เป็นปัญหาที่สำคัญ เรามีทีมงานที่เข้มแข็ง แต่ไม่ได้มีแค่งานเดียว มีทั้งเรื่องโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ จึงต้องดำเนินการเป็น 2 ส่วน 1) การรับข้อมูลข่าวสาร 2) การใช้ข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางการทำงานร่วมกันของแต่ละฝ่าย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ทำแผนงานโครงการทุกปี ว่าแต่ละที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกี่ราย พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่สำเร็จกี่ราย นำข้อมูลมาคุยกัน ไม่ว่าจะทำอะไรก็ต้องนำเสนอนายอำเภอ ต้องมีข้อมูลเตรียมพร้อมไว้เสมอ มีการทบทวนการทำงานจากคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) คุยกันทุกงบ เอาประเด็นสำคัญมาคุยกัน มีโครงการต่างๆมารองรับทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริม อำเภอมีการประชุม CUP ในส่วนราชการ บุคลากรสาธารณสุข4 สสอ.ท่ามะกา: เวลาประชุมผู้ใหญ่บ้าน มีการคุยกันถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ได้คุยกันทุกเดือน จะคุยก็ต่อเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น ซึ่งจะนำเสนอส่วนราชการ ให้หน่วยงานในพื้นที่มาคุยกัน เรื่องหลักของการทำงานส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง วัณโรค ส่วนเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เจ้าหน้าที่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ เจ้าหน้าที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ ในการจัดการปัญหา ปัญหาจิตเวช และยาเสพติด เป็นผลต่อเนื่องทำให้สังคมเปลี่ยน มีผลต่อกันหมดทั้ง เศรษฐกิจ สังคม สื่อ social เมื่อชุมชนมีปัญหา เขาจะคิดถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เราก็ไม่สามารถควบคุมปัจจัยและบริบททางสังคมได้	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : มองว่าคนที่ฆ่าตาย เขาคิดว่า ณ ตอนนั้นไม่มีใครช่วยเหลือเขาได้จริงๆ เขาคงไม่ไหวแล้ว เราไม่ควรซ้ำเติมเขา ค้นหาปัญหาแทน ซึ่งคิดว่าปัญหาดอนนี้ที่มีมาก คือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาในครอบครัว ความไม่เสมอภาคในครอบครัว คำที่มักจะพูดเวลาเห็นผู้ป่วยจิตเวช คือคำว่า สมน้ำหน้า ,ทำไม่มาตายๆไป, สงสารเขา, ไม่เข้าใจว่าทำไมจะตามไปดูทำไม	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู	บุคลากรสาธารณสุข3 สสอ.ท่ามะกา : เมื่อมี case อสม.ทำรายงาน โดยใช้ฟอร์ม รง.506 ds. แล้วส่งให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทาง รพ.สต.ก็จะรวบรวมส่งต่อยัง สสจ. หรือบางครั้ง รพ.สต. จะส่งข้อมูลไปทาง รพ. แล้ว รพ.ก็จะส่งข้อมูลกลับมายังพื้นที่ เราเป็นฝ่ายประสานและสนับสนุน หรือเมื่อพบผู้ที่เข้าข่าย ก็ประเมิน 2Q, 8Q บุคลากรสาธารณสุข4 สสอ.ท่ามะกา : อสม.มีพื้นฐานในการดูแล แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะเข้าไปเชิงรุก คือ อสม.จะมีพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่แล้ว เมื่อมีปัญหาในพื้นที่หรือใครที่เข้าข่ายเสี่ยงก็จะประสานเจ้าหน้าที่	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : มีการคัดกรอง ค้นหา และติดตาม ประเมินซ้ำในรายที่ ผิดปกติ ทุก 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน หากเกินความสามารถก็จะส่งต่อไปที่ รพ.ท่ามะกา ส่วนใหญ่ case ที่มาจะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ยาเสพติด บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : งานจิตเวชนี้เป็นงานสำคัญงานหนึ่งเพราะว่าเป็นงานช่วยเหลือประชาชนมีปัญหาด้านความเป็นอยู่ รวมถึงปัญหาความเครียด รพ.มะการักษ์มีโครงการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนปัญหาด้านยาเสพติดมีตำรวจเข้ามาดูแลร่วมด้วย มองว่าเป็นงานที่ทำให้อีกงาน คนป่วยจะทำร้ายเราเมื่อไหร่ไม่รู้ และตอนนี้กังวลเรื่องยาเสพติดในชุมชน	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข3 สสอ.ท่ามะกา : การทำงานในพื้นที่ อสม.มีความเต็มใจและมีพื้นฐานของเขาอยู่แล้ว เขาจะทำหน้าที่ของเขาให้ดีที่สุด ถ้าเกินกำลังเขาจะประสานต่อเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา : เราควรทำงานในพื้นที่ให้เต็มความสามารถ ถ้าจะมีแนวทางนโยบายที่ชัดเจนว่า เจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ระดับไหน มึงบในการดูแล ท้องถิ่นสามารถดูแลในส่วนไหนได้บ้าง ถ้ามีข้อมูลเราจะทำเต็มทีนะ แต่องค์ความรู้ในการดูแลเรายังไม่เพียงพอ	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	บุคลากรสาธารณสุข3 สสอ.ท่ามะกา : ปัญหาที่น่าห่วงคือซึมเศร้า ซึ่งจะต้องทำโครงการในการจัดการปัญหานี้ แต่ถ้ามี case ก็มีการสรุป case และค้นหาปัญหา ข้อจำกัดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถอบรมเฉพาะทางด้านนี้ได้ จึงทำได้แค่นี้ มีข้อจำกัด มีเขตแดนเท่านี้ในการให้ข้อมูล นอกจาก case ที่มาหาเรา เราจึงจะทราบ ถ้าผู้ป่วย work in เข้ามาเราจะไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ พื้นที่เคยเกิดกรณีฟ้องร้อง เรื่องการเผยแพร่ข้อมูล เจ้าหน้าที่จึงไม่มั่นใจว่า case ไหนควรดำเนินการยังงี การจัดอบรมหน้าที่ก็ควรให้มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ จัดให้ครอบคลุมทุกส่วนของเจ้าหน้าที่ บางที่ส่วนงานของเขากับเราคนละส่วน เราเป็นส่วนแรกที่เป็นด่านหน้า เคยนำเสนอโครงการงบประมาณ รพ. เรื่องกล่องรับเรื่องด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ความช่วยเหลือแต่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ผ่านการพิจารณา เลยไม่สามารถดำเนินการได้ บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา : เวลาเกิดปัญหา คนที่เขามาตัวตายมีหลายปัจจัย บาง case ก็ไม่อยากบอกใคร กลัวโดนตีตราในสังคม เลยไม่อยากให้ใครรู้ เราก็คิดกันว่าจะช่วยเขาอย่างไรดี แต่เนื่อง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ด้วยเจ้าหน้าที่มีน้อย เมื่อโรงพยาบาลมี case เขาจะมีการเก็บข้อมูล ทาง รพ.จะดูแลรักษาเอง ไม่ได้ส่งต่อ case ต่อในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเขาตะพาน แต่ก่อนจะมีการส่ง case ผู้ป่วยจิตเวช แต่หา อสม.ไปดูแลต่อ แต่ไม่รู้วิธีการเข้าถึงว่าจะรับมือ หรือมีวิธีการอย่างไร เพราะ อสม.ยังไม่มีทักษะการดูแลผู้ป่วย แม้แต่เจ้าหน้าที่เองก็ยังไม่มีความรู้ไม่เพียงพอ บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : เทศบาลมีการรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข แต่ยังไม่ชัดเจน ถ้า ถ้าการดูแลทางกายเหมือนจะจับต้องได้ แต่ด้านสุขภาพจิตดูเหมือนจะจับต้องไปไม่ได้ ในส่วนของ อบต.ไม่มีส่วนงานสาธารณสุข มีเฉพาะในส่วนเทศบาล	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยเสี่ยง บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา : “ปัญหาพื้นฐานที่จะนำไปสู่จิตเวชหรือการคิดฆ่าตัวตาย ก็จะมีปัญหาหลายสาเหตุต่างๆ ที่มันตามเข้ามาเนี่ย มันเป็นผลต่อเนื่องที่ทำให้คนที่มีความเสี่ยงสูงถึงขั้นฆ่าตัวตาย มันทำให้ความเจริญ แต่ว่าคนรุ่นใหม่เนี่ยตัดสินใจ การดูตัวอย่าง suicide อะไรพวกนี้ ตัวอย่างเกาหลี มันมีผลหมดเลย”	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	สิ่งที่อยากฝากถึงผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข1 สสอ.ท่ามะกา : อยากให้พัฒนานโยบาย และพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน เพราะเนื่องด้วยภาระงบประมาณ และเจ้าหน้าที่ระดับล่างมีภาระงานมาก บุคลากรสาธารณสุข4 สสอ.ท่ามะกา : ให้มีการพัฒนา อสม. ให้ส่วนของ อบต.เข้าถึงงานระดับนโยบายมากขึ้น ทำภาระงานให้เห็นภาพระบบงานที่ชัดเจน บุคลากรสาธารณสุข3 สสอ.ท่ามะกา : สร้างองค์ความรู้ให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : อยากให้มีกลไก กระบวนการ มีนโยบายที่ต่อเนื่อง ให้ความสำคัญในกระบวนการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านเขาตะพาน : อยากให้ส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบงานรวมกับงานสาธารณสุข ไม่ใช่ส่งต่อมาแต่ทำงานส่วนสาธารณสุข	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 26-27 มิถุนายน 2562
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บางหัก ต.บางหัก อ.พานทอง จ.ชลบุรี

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	พื้นที่ ตำบลบางหัก มีทั้งหมด 4 หมู่ ประชากรทั้งตำบลประมาณ 900 คน ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มชุมชน และผู้บริหาร ได้แก่ จำนวน 10 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ผู้นำชุมชน หมู่ 3 2) สมาชิก อบต. หมู่ 2 3) อสม. หมู่ 3 4) อสม. หมู่ 4 5) สมาชิก อบต. 1 6) อสม. หมู่ 1 7) กำนัน 1 8) กำนัน 2 9) สมาชิก อบต. 2 10) สมาชิก อบต. 3	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	ในพื้นที่ไม่มี case พยายามฆ่าตัวตาย แต่มี case ที่เคยฆ่าตัวตายสำเร็จ เมื่อ 3-5 ปีที่ผ่านมาจำนวน 2 ครั้ง จำนวน 3 case กลไกการป้องกันที่มีอยู่ อสม. หมู่ 4: มีการสำรวจ 2Q และสำรวจโรคซึมเศร้า มี case คนแก่ตาบอด แต่เขาไม่ได้อยากตาย เพราะเขายังอยากได้ยินเสียงลูกหลาน เขามีลูกหลานเยอะ และลูกหลานเขาก็ดูแลดี	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	“สังคมบ้านเราอยู่กันแบบครอบครัว สังคมดีกว่าในเมือง เย็นมาก็มาเจอกันทุกคน ตกเย็นมาบ้าน 2-3 หลังก็นั่งคุยกัน เหมือนเป็นชมรมมาคุยกัน จริงๆทุกครอบครัวก็มีปัญหา แต่ทุกคนก็จะมาคุยกันปรึกษากัน” (อสม. หมู่ 4, สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2562) สมาชิก อบต. หมู่ 2: เวลาที่ลงพื้นที่ไปเยี่ยมบ้าน ถ้าจะฆ่าตัวตายแน่นอนทุกบ้านไม่มีท่าทีว่าจะฆ่าตัวตาย มันไม่ได้มีอาการบอกเรา เราเลยมองไม่เห็น ใน ม.2 มี 1 case ที่ลูกติดยา ซึมเศร้า อาละวาด แล้วก็คุ้มคลั่ง แต่ในพื้นที่ก็มีการประชุมกันทุกเดือน ว่าบ้านไหนมีปัญหาเรื่องอะไร ถ้าเจอ ก็จะมีเจ้าหน้าที่ลงไปดู แต่ถ้าเป็นเรื่องสุขภาพจิตก็มีน้อย กำนัน1 : ชุมชนไม่ค่อยมีเรื่องเครียด ใครมีปัญหาจะมาปรึกษากำนัน ส่วนใหญ่ชาวบ้านทำการเกษตร อย่างกำนันตำบลใกล้เคียงก็มาทำงานช่วยกัน กำนัน2 : สังคมชนบทเราดี ไม่มีความกดดันเหมือนสังคมเมือง	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	อสม.หมู่ 3: ถ้ามองคนฆ่าตัวตาย ก็คิดว่าเขาไม่น่าทำเลย ทำทำไมไม่คุยกัน มีอะไรก็ปรึกษากันได้ อสม. หมู่ 4: เขาคิดยังไงเขาถึงได้ทำ เพราะบางทีเราคิดเองเรายังไม่กล้าทำ เราคิดเฉยๆแต่ไม่คิดว่าต้องตาย อยากรู้เหมือนกันว่าทำไมเขาคิดไปถึงจุดนั้นได้ เพราะว่าบางทีปัญหาของเราก็ไม่ได้มีปัญหาอะไร สมาชิก อบต. หมู่ 2: “คิดเหมือนกันว่าบางทีจะฆ่าตัวตาย เพราะบางทีก็มีเรื่องให้คิด แต่ถ้าถึงจุดนั้นจริงๆก็ทำไม่ได้ เราคิดถึงคนข้างหลัง บางทีก็เป็นแค่ความคิดวูบเดียว แต่เรามีหวัง ก็เลยผ่านจุดตรงไปนี่ไปได้” (สมาชิก อบต. หมู่ 2, สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2562) ผู้นำชุมชน หมู่ 3 : มองว่าเขาไม่น่าทำ บางคนกลัวว่าอยู่แล้วจะเป็นภาระคนที่อยู่ แต่ยังไงเขาก็ไม่น่าทำ สมาชิก อบต.1: คิดว่าเขาไม่น่าทำ เขาน่าจะหาคนปรึกษา คนคุย อสม. หมู่1: case นี้ที่ทำน่าจะหลอนเพราะยา มีเรื่องยาเสพติดด้วย มีปัญหากัน พอทำงานแล้วไฟช็อตสติก็ไม่เต็มร้อย สมอบเบลอ ส่วนเมียก็ทำงานคนเดียว เลี้ยงลูก 3 คน ผู้ชายอยู่บ้านกับลูก มีทะเลาะกันบ้าง ก็เลยคิดว่าเงินอาจจะไม่พอใช้ เมียคงไม่ไหว เขาเลยตัดสินใจผูกคอ 2-3 ครั้ง 2 ครั้งแรกมีคนมาเห็น ผูกคอ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติ อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	อสม. หมู่ 4: เมื่อเกิดปัญหาฆ่าตัวตาย เราไม่ได้ทำอะไรเพิ่มเติม เพราะเราไม่ได้รับผิดชอบโดยตรง แต่เรายังสอดส่อง หรือหาทางป้องกันกันเพื่อไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก อสม.หมู่ 3: ที่ทำได้คือสอดส่องดูว่ามีใครที่ผิดปกติ ลองเข้าไปคุยเคียงเคียงดู ไปคุยกับพ่อแม่ พี่น้องเขา ให้ช่วยกันสังเกต สมาชิก อบต.1: คนรุ่นใหม่ๆ จะมีครอบครัวจากทางอื่นมาแต่งงานด้วย มาเจอกันตอนทำงาน ไม่เหมือนก่อนมีแต่คนบ้านเรา กำนัน2 : ถ้าวัยทำงาน คนที่มีงานทำ จะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องยาเสพติด เพราะไม่ได้มีเวลามามั่วสุม เขาต้องดูแลครอบครัว จะมีปัญหาบ้างก็ในกลุ่มเด็ก เยาวชน สมาชิก อบต. หมู่ 2: ส่วนในคนที่มีความหลากหลายใบ ก็จะมีการประชุมบ่อย ประชุมสถานศึกษาบ้าง กลุ่มผู้นำบ้าง มีประชุมอะไรก็เข้าประชุมด้วยเกือบทุกงาน ในหมู่บ้านเด็กบางคนก็ติดเกม แต่เขาจะมาเล่นที่บ้าน ไม่ได้เอาไปที่โรงเรียน เพราะครูที่โรงเรียนจะไม่ให้อาโทรศัพท์มาห้อง เขาจะมีตะกร้าหน้าห้อง ไม่ให้อาเข้าไปในห้องเรียน สมาชิก อบต.1: “เราจะเปิดโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง ถ้าใครเจ็บป่วยก็พาไปได้ตลอด โทรหาเรา รวดเร็วกว่า 1669 อีก ประสารเราเร็วกว่า ถ้าเราไม่ว่างไปทำ ก็ส่งต่อให้เพื่อนในกลุ่ม เช่น ส่งต่อให้ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือเพื่อน อสม.” (สมาชิก อบต.1, สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2562) กำนัน2 : คนในชุมชนรู้จักกันหมด ช่วยเหลือกันได้ อสม.หมู่ 3: ปัญหาสุขภาพหลักเป็นโรคเบาหวาน ความดัน สมาชิก อบต. หมู่ 2: เรานัดมาวัดความดัน หรือบางทีเราจะลงไปวัดให้เขาที่บ้าน ถ้าถามว่าเวลาไปพบหมอกว้น ฆ่ายุ่ง เขานั่งมัย ไม่เคยโดนบ่น เขาชอบให้พ่น อสม. หมู่ 4: เวลาไปใส่ทรายฆ่าลูกน้ำ เราก้ทำเป็นแบบแฉวนให้เขา มันจะอยู่ได้นาน ฆ่ายุ่งได้ดีกว่าทิ้งไว้ที่กันอ่างเฉยๆ มีนวัตกรรม คิดกันเองใน อสม.	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	<u>การทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างพื้นที่</u> สมาชิก อบต.1 : มีการเชิญมาประชุมร่วมรับรู้ รับฟังปัญหาาร่วมกัน ถ้ามีตัวที่เร่งด่วน ก็มาเร่งรัดให้ อสม. ทำอีกที ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้สูงอายุไม่มีปัญหา เพราะทำงานกันและใกล้ชิดกัน สมาชิก อบต.1: ทาง อบต. มีการจัดสรรงบประมาณ เวลาประชุมงบประมาณ ก็จะให้ทางสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมจัดสรรงบประมาณด้วย เพื่อเสนอโครงการ สมาชิก อบต. หมู่ 2: คนในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำงานอยู่บ้าน ทำงานโรงงาน หนี้สินก็มีบ้าง เวลาประชุมรวมกัน ก็จะแจ้งกันว่ามิกองทุนให้กู้ยืม ไม่ต้องไปเพ่งหนี้ในระบบ มิกองทุนหมู่บ้าน เงินฝากออมทรัพย์ มีให้กู้ยืม มีการค้ำกันเองในชุมชน ไม่มีปัญหาเรื่องค้ำ ทุกคนในชุมชนมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง อสม. หมู่ 4: เวลาที่กำนันได้รับข่าวสารมาเวลาไปประชุม จะมาแจ้งข่าวให้ชุมชนทุกระดับ สมาชิก อบต.1: การสื่อสารมีการสื่อสารในวงกว้าง ติดต่อและตามข่าวกันโดยใช้ อสม. online , อสม. ต่าบลใน FB	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ส่งผลสำหรับชุมชนของท่าน	อสม.หมู่ 3: ชลบุรีเป็นที่ที่มีงานที่ต้องมารวมตัวกันบ่อยมาก วันๆหนึ่งต้องออกมาทำงานร่วมกันทุกวัน กำนัน2 : เวลาในงานทำบุญ งานแต่ง ทุกคนต้องมาทำงานช่วยกัน ส่วนมากติดต่อสื่อสารโดยใช้ line กำนันจะมี line ปกครอง , มี line อสม., line สภา คนๆเดียวสามารถอยู่หลายกลุ่มได้ มีหมวดหลายใบ ทุกกลุ่มติดตามกันตลอด สมาชิก อบต.1 : ปัญหาเสพติดก็มีบ้างเล็กน้อย ส่วนปัญหาที่ต้องแก้ไข เป็นเรื่องของเศรษฐกิจ เรื่องน้ำเลี้ยงกุ้งไม่เพียงพอ ซึ่งแก้ปัญหาโดยการคุยและประสานกับชลประทาน อบต. ให้เปิดน้ำตามาในพื้นที่ประสานและทำงานเชื่อมโยงกัน	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้นส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วน	<u>แนวโน้ม/ปัจจัยการเกิดเหตุการณ์ในชุมชน</u> สมาชิก อบต.1: ประชาชนแฝง หรือคนต่างถิ่นที่เข้ามาอยู่ในพื้นที่มากขึ้น สมาชิก อบต.1 : เศรษฐกิจและแนวโน้มในอนาคต อสม. หมู่ 4: ตอนนี้เรากันแบบพี่น้อง ถ้าทุกคนทยอยเข้ามาในอนาคตก็ไม่แน กำนัน2 : ช่วงนี้เริ่มมีนายทุนบุกรุกมาแล้ว มาซื้อที่ เรายังมีพื้นที่สีเขียวอยู่ อาชีพดั้งเดิมเราก็กึ่งเลี้ยงปลา ทำนา	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
หนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	อาชีพอื่นก็เช่น เย็บจาก สมาชิก อบต.1 : ที่ทำได้ตอนนี้คือบอกทุกคนว่า อย่าเพิ่งขายที่กันนะ บางคนก็เริ่มขายแบบแบ่งขายแล้ว อาจารย์ลองมาหาพวกเราอีกทีว่าอีก 5 ปี เรายังจะเป็นแบบนี้ไหม	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริมสนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	<u>สิ่งที่อยากได้รับการสนับสนุน</u> สมาชิก อบต.1: อยากได้รับงบประมาณเพิ่ม เพราะตอนนี้มีงบน้อย ในตำบลเรามีแค่ 4 หมู่บ้าน งบจึงได้น้อยเนื่องจากประชากรไม่ถึง งบประมาณจึงต้องไปขึ้นกับ อบต.อีกที่ใกล้เคียงกัน โชนนี้ไม่มีอุตสาหกรรมงบจึงไม่เยอะ เราก็มียูมูมีกินอย่างมีความสุข	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตายหรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	อสม. หมู่ 4: เมื่อเกิดปัญหาฆ่าตัวตาย เราไม่ได้ทำอะไรเพิ่มเติม เพราะเราไม่ได้รับผิดชอบโดยตรง แต่เรายังสอดส่อง หรือหาทางป้องกันกันเพื่อไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก อสม.หมู่ 3: ที่ทำได้คือสอดส่องดูว่ามีใครที่ผิดปกติ ลองเข้าไปคุยเคียงเคียงดู ไปคุยกับพ่อแม่ พี่น้องเขา ให้ช่วยกันสังเกต	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ และผู้บริหาร ได้แก่ จำนวน 11 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1. บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.บางหัก 2. บุคลากรสาธารณสุข สสจ.ชลบุรี 3. บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง 4. บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.พานทอง 5. บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.บางหัก 6. ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก 7. สมาชิก อบต. / อสม.1	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	8. สมาชิก อบต. / อสม.2 9. สมาชิก อบต. / อสม.3 10. สมาชิก อบต. 11. ผู้นำชุมชน	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา การฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไก การป้องกันที่มีอยู่	ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก : ประชาชนเข้าถึงผู้นำ ผู้นำเข้าถึงประชาชน รับรู้ได้เร็ว ทันเหตุการณ์ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ก็อยู่ด้วยกันตลอด พบปัญหาก็ก่ไขกัน ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร อบต.ของเรามี 2 ที่ เวลามีปัญหา มีงบอะไรเข้ามาก็จะออกไปทำ ถ้ามีปัญหาที่ตั้งงบเข้าไปดูแล เสนอมาก็โครงการก็ให้ทำหมด ถ้าเราทำน้อยก็เข้าถึงประชาชนน้อย อสม.มีการอบรมให้ความรู้ เขามีความจริงใจและเอาสิ่งที่ได้เรียนมาลง ให้ถึงชาวบ้าน บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง: ก่อนทำโครงการ ชุมชนจะมีการทำประชามกันก่อน เพื่อหาปัญหา ของชุมชน และทำโครงการเสนอ อบต. ทาง อบต.ก็จะแบ่งงบมาให้ และจะมีการจัดการโครงการ ต่อเนื่อง ถ้าเป็นนักเรียน วัยเรียน ก็มีโครงการในโรงเรียนด้วย บุคลากรสาธารณสุข สสจ.ชลบุรี : ภาคนโยบายจะมีการให้ความรู้ และสอนเป็นวิทยากร ก ให้ความรู้เรื่อง สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การป้องกัน การประเมิน ทำในทุกกลุ่มวัย	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่า ตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่า ตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร		
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไก ในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและ <u>ปฏิบัติ</u> อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน	ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก : ตอนนี้มีการประชุม ทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน และคืนปัญหาที่มีสู่ชุมชน เช่น อสม. รพ.สต. อบต. เวลาตัดสินใจจะมีกรรมการกลางในการคัดกรอง กลั่นกรอง และอนุมัติ มีทุกภาค ส่วนในอำเภอมาช่วยกัน อย่างโครงการด้านสาธารณสุขก็ต้องอาศัย สาธารณสุขอำเภอ มาเป็นกรรมการ ว่ากฎหมายหรือข้อกำหนดที่เสนอถูกต้องไหม ต้องมาเสนอและอนุมัติทุกครั้ง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
● มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ● สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในนิติการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง: “ประชาชนในจังหวัดชลบุรีมีทั้งประชาชนในพื้นที่และประชาชนแฝง แต่มีมิติเชิงสังคมที่เข้มแข็ง มีการทำงานที่เข้มแข็ง อสม.เข้าถึงชุมชน อสม.ช่วยงานเราได้มาก อสม.เป็นจักรกล เป็นกลไกสำคัญ ในการเข้าถึงประชาชน” (บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง, สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2562) บุคลากรสาธารณสุข สสจ.ชลบุรี : เรามีการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เช่น care giver , คัดกรองมะเร็ง , Home BP บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง: เราต้องรู้จัก อสม.ทุกคนในพื้นที่ ทุกหมู่ เวลาทำงานเราต้องทำช่วยกันทุกคน ไม่ได้ทำเฉพาะกลุ่มไหนกลุ่มหนึ่ง ในการดูแลรายบุคคล และเราจะนำข้อมูลที่มีอยู่มาเทียบกับข้อมูล HDC เวลาประชุมก็ต้องเอาข้อมูล HDC มาดูว่าตัวไหนมีปัญหา ถ้ามีให้ลงติดตามทันที เวลาเกิดเหตุมีคนฆ่าตัวตาย เราแก้ปัญหาแบบ face to face ทุกสิ้นเดือนทุกงานต้องนำเสนอข้อมูลตัวชีวิตที่ตัวเองรับผิดชอบ “เราเห็นว่า ผู้บริการทุกคน ทุกระดับ ต้องรับรู้ปัญหาร่วมกัน ทั้ง รพ.สต. , รพ., สสจ. ผู้บริหารเล่นทุกเรื่อง ตัวชีวิตห้ามตก และมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ทุกครั้งที่มีการประชุม การคัดกรองทุกครั้ง ข้อมูลทุกอย่างพื้นที่ต้องรู้เท่ากันหมด” (บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง, สัมภาษณ์ 25 กรกฎาคม 2562)	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.บางหัก : การเข้าถึงประชาชน เป็นการเข้าถึงตัวต่อตัว ระบบ อสม.เข้มแข็งจากการถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ อสม. มุ่งเน้นให้ อสม.ได้รับข่าวสารทุกๆเดือน จากการประชุมต่างๆ อสม.จะเข้าถึงชุมชนได้ลึกกว่า ถ้าเกิดมีความปกติในชุมชน อสม.จะมาแจ้งเจ้าหน้าที่ มีการจัดตั้งชมรมและพัฒนา อสม.เข้าสู่ อสม 4.0 ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน มีการรวบรวมข้อมูลของ อสม.ที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง เพื่อเป็นแรงกระตุ้นและให้ อสม.ทุกคนมีพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก : กองทุนสุขภาพ เรามีกองทุนแล้วได้ทำจริง อสม. และเจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกันพอได้ความรู้มาแล้วก็มาทำจริง มีงบกองทุนสุขภาพมากอย่สนับสนุน บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.บางหัก: ท้องถิ่นมีแผนหมู่บ้าน แล้วนำแผนมาทำประชาคม ถ้าเป็นงบด้าน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	สุภาพมี อสม.เข้าร่วมประชุม ในการจัดทำแผนงานโครงการ ตอนนี้ให้ อสม. เขียนแผนโครงการเพื่อนำเสนองบประมาณจาก อบต. บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.พานทอง: เทศบาลมีการประชาสัมพันธ์ที่ดี เช่น line กลุ่ม เสียงตามสาย ทำให้ช่องทางในการประสานงานเป็นได้รวดเร็ว	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก : ปัญหาการฆ่าตัวตาย เราสามารถรู้ล่วงหน้าได้ เราจะค่อยๆซึม รู้ปัญหาแล้วค่อยซึมไปเพื่อแก้ไขปัญหา บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.บางหัก : อบต.ท้องถิ่น รู้ถึงสภาพพื้นฐานของแต่ละครอบครัว แกนนำเข้าถึงครอบครัว เราจึงสามารถรับรู้ปัญหาของแต่ละขั้นตอน อสม.เข้มแข็ง แกนนำ	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้นส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.ชลบุรี : ถ้าพบว่ามีความเสี่ยง ทีมจะแจ้งแก่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ทันที อาจแจ้งทางการโทร หรือ line ผู้นำท้องถิ่น อบต.บางหัก : กลุ่มที่เสี่ยงหรือไม่เสี่ยงดูที่บริบท กลุ่มเสี่ยงก็เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว เช่น มีรายหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ต้องมารับเงินผู้สูงอายุที่เทศบาล แต่ให้ลูกหลานมารับ แต่ไม่ถึงมือผู้สูงอายุ อบต.ก็ติดตามและจัดการให้ คือเข้าไปคุยว่าให้เปลี่ยนคนมารับเงินแทน ให้คนที่ไว้ใจได้มารับเงินแทน เพื่อไม่ให้เขาเครียด เราแก้ปัญหาส่วนที่เราแก้ได้ ปัญหาต่างๆก็ อสม.กระชับบ้าง ผู้นำกระชับบ้าง	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริมสนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.บางหัก : ถ้าอยากจะให้ทางข้างบนสนับสนุนก็อยากให้มีการเสริมทักษะด้านการ counselling ในผู้ป่วยที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย หรือญาติเขา ให้ advance มากขึ้น ถ้าเขาพูดเป็น มีทักษะในการพูดคุย ในการโน้มน้าว ก็จะดูแลประชาชนได้มากขึ้น สร้างให้มี node และสร้างเป็นแบบเครือข่าย	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 7-8 สิงหาคม 2562
รพ.สต.น้ำซุน ต.น้ำซุน อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	1. สามารถ 2. ประมวล 3. คุณดอกไม้ 4. แรมลัดดา 5. ปวีณา 6. วันเพ็ญ 7. จันทร์แรม 8. อรุณ 9. บานเย็น 10. สมจิต 11. อนุชา 12. จิราพร	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	จันทร์แรม: การฆ่าตัวตายเกิดจากความยากจน เครียด กินเหล้า เป็นหนี้ หาทางออกไม่ได้ ตัดช่องน้อยแต่พอตัว กรณี สามี่ฆ่าตัวตาย พยายามพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ นานหลายปีแล้ว ประมวล รู้สึกว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน กรณีนี้ คือ ลูกสาวทะเลาะกับแฟน พยายามฆ่าไม่สำเร็จ อยู่คน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ละที่กับเรา เราเตือนไม่ได้ ใช้วิธีการกินยา ตอนนี้อยู่ ซึมเศร้าแล้วก็พบหมอ แม่กับแฟนต้องไปอบรมกับคุณหมอด้วย ดอกไม้ เกินขึ้น 10 ปีแล้ว ซ้ำตัวตายสำเร็จ ลักษณะครอบครัวดึนนะ แต่คนที่ฆ่าตัวตายมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว เพราะเป็นชาย ใจเป็นหญิง พ่อแม่ไม่เข้าใจ	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	มุมมองต่อกรณีที่มีการฆ่าตัวตาย พี่สมจิต: ม.2 มีกรณีคนฆ่าตัวตาย 2 ปีที่ผ่านมา เป็นคนติดเหล้า ครอบครัวมีปัญหาหนี้สิน ภาระยากินเหล้า เป็นหนี้ทุกกองทุณเลย พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เผื่อจะวังอยู่ ด้วยการคัดกรอง ด้วยการถาม เป็นอย่างไรบ้าง (แบบสอบถาม รพ.สต. 2Q) ไปบ่อยนะ แต่เขายังกินเหล้า เครียดหนักพูดไม่รู้เรื่องหรือ เพื่อนบ้านก็ช่วยดูแลนะ ปลอบใจ แต่เขาไม่ออกไปไหนเลย ผญ.อนุชา: ที่หมู่บ้านไม่มีคนฆ่าตัวตาย แต่มีแต่ผู้ป่วยจิตเวช ที่ส่งผลมาจากปัญหาเสพติด ปวีณา: มีกรณีฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 2 ปีที่ผ่านมา กินน้ำยาล้างห้องน้ำ มีปัญหาการเงิน ปัญหาครอบครัวเล็กสามี ดูแล ด้วยการแนะนำ“หน้าตาก็สวายนะ อย่าไปคิดฆ่าตัวตายอีกนะ” ไม่ให้กิน ไม่ให้ทำอีก ตอนรู้ข่าวก็ไปเยี่ยมเลย ชาวบ้านรู้จักพูดให้ เช่น บ้าเหวอที่คิดฆ่าตัวตาย ตอนนี้เขาเริ่มทำอาชีพแล้ว ทำตระกร้า คือ เขามีพื้นฐานเรื่องนี้ แรมลัดดา: ม.15 มี 3 ปีที่แล้ว สำเร็จ เจ้าตัวสันโดษ น่าจะซึมเศร้าเพราะเขาไม่พูดกับใคร เวลาซื้อของที่ร้านค้าแต่งชุดทำงานตลอดปิดหน้าปิดตา เขาจะอยู่คนเดียว กินคนเดียว เขามีโลกส่วนตัวค่อนข้างสูง “บางทีคนใกล้ตัวจะพูดว่า ตายได้ก็ดี ทำไมทำตัวแบบนี้รักโลก มันเลยทำให้เขาเกิดอาการ นี่พี่คิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุให้เขาตัดสินใจ” คนที่ฆ่าตัวตายส่วนมาก เขาจะมีลักษณะอย่างนี้ การดูแลตอนนี้ คุณหมอที่ รพ.สต. ให้ประเภ็นบ่อยๆ 2Q ให้ถี่หน่อย อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เวลาลงเยี่ยมบ้านประเมินมาด้วย แต่จริงๆเวลาผ่านไปบ้านเขาก็ถามเลย อรุณ: พี่ชายฆ่าตัวตาย คิดว่าสาเหตุมาจากยาเสพติดมากกว่า เพราะว่าเป็นคนขี้บ่นบ่นส่งของที่ตลาดสี่มุมเมือง แกชอบพูดว่า “อายนะคือขี้เลี้ยงลูกบ่ใหญ่แท้ เลี้ยงขอย้ายแวนเด้อ” (พี่น้องเหมือน	กรณีพี่ชายของอรุณมีคำพูดที่เป็นสัญญาณเตือนบ่อย แต่คนรอบข้างไม่คาดคิดว่าเขาจะลงมือฆ่าตัวตายจริงๆ

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	จะเลี้ยงลูกไม่โต ช่วยเลี้ยงพี่ด้วยนะ) เลยถามไปว่า “เจ้าจิเป็นหยิ่ง เพ็งก็จะมีกร้องให้ผู้เดียว” หนูก็เลยคิดว่าไม่น่าจะเป็นปัญหาครอบครัวแต่น่าจะเป็นปัญหาจากยาเสพติด การดูแลครอบครัวพี่ชายต่อคือ เข้าไปดูแลเมียและลูกๆ พุดบอยๆว่า อย่าคิดไม่ตื่นะ มันไม่ดี	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริมป้องกัน รักษา พันฟู	กระบวนการอบรม อสม. จาก คุณหมอด้านจิตเวช มาคุยให้ความรู้ แล้วก็นัดญาติๆ ครอบครัวของผู้ที่มีอาการซึมเศร้า จิตเวช และครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย ในการดูแลป้องกัน กระบวนการทำงาน - อสม.คัดกรอง หากพบ ผู้ป่วยซึมเศร้า หรือ พยายามที่จะฆ่าตัวตาย - ส่งต่อ มาที่ รพ.สต. - จัดอบรมให้ อสม. ครอบครัวและญาติ - ดูแลต่อ กระบวนการทำงานกรณีเกิดเหตุฆ่าตัวตายสำเร็จ - ครอบครัว อสม. แจ้งผู้ใหญ่บ้าน และผู้ดูแลพิธีกรรมศพ (สัปเหร่อ) ของหมู่บ้าน - ผู้ใหญ่บ้านแจ้งตำรวจ - แจ้ง รพ.สต. รพ. การสื่อสาร - มีไลน์กลุ่ม อสม. ซึ่งมี สจ.อยู่ในกลุ่มด้วย ทำให้การสื่อสารไปได้เร็ว	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	บทบาท อสม. กรณีที่มีคนป่วย จะไปเยี่ยมถามข่าว ทั้งในบ้านและโรงพยาบาล ตอกไม้: อสม.เข้าไปพูดคุยให้กำลังใจพ่อแม่ คนที่ฆ่าตัวตาย เขาไม่ได้ฆ่าที่บ้าน แต่แอบไปที่ทุ่งนา	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	การป้องกันปัญหาได้ผล - สจ.: มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น นิมนต์พระบิณฑบาตรสิ่งของเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ยากจน ผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งในกระบวนการกิจกรรมนี้ ผู้นำชุมชน ก็ได้สำรวจว่ามีผู้สูงอายุที่ติดเตียงมัย มีผู้ป่วยอะไรบ้าง เพื่อช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมแต่ละหมู่ อสม.ประจำหมู่บ้าน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	เป็นผู้นำ ปัจจัยเสี่ยง - ปัญหาเกิดจากตัวเอง จากความคิดมาก เครียด เป็นโรคแทรกซ้อน - ปัญหาครอบครัว แตกแยก ลูกเที่ยว - ปัญหายาเสพติด ปัจจัยป้องกัน - ความสามัคคี ที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจในการทำงานเช่น การร่วมบริจาค สร้างศูนย์แพทย์แผนไทย รพ.สต. สร้างวัด เป็นต้น - ป้องกันการฆ่าตัวตายได้มั้ย สจ.: ได้ค่ะ แต่ทำได้ยาก เพราะขึ้นอยู่กับตัวบุคคล ซึ่งต้องเฝ้าระวัง ไม่มีใครคาดคิด เช่น แม่กับลูกที่ ฆ่าตัวตาย เฝ้าระวังแต่เขาก็ทำสำเร็จ - วัฒนธรรมความเป็นอยู่เอื้อต่อการดูแลกัน เพราะเราอยู่อย่างพี่น้อง เครือญาติ	ที่นี่เหมือนเป็นบ้านเดี่ยว หมายความว่า ผู้ใหญ่ ลงพื้นที่ ก็เหมือน กำนัน นายก อบต. สจ. ลง ไม่ว่าใคร จะลงพื้นที่ เราก็ รับทราบถึงกันหมด จึง เป็นเหมือนบ้านเดี่ยว *** มีข้อสังเกต พบว่า มีระบบอุปถัมภ์สูง จากการช่วยเหลือในรูปแบบ สงเคราะห์ และใช้อำนาจเบ็ดเสร็จ อยู่ที่ครอบครัว นักการเมือง ท้องถิ่น*** ***การลงพื้นที่อาจเป็นวิธีการสร้างฐานคะแนนเสียงทางการเมืองหรือไม่***
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความ	การทำงานร่วมกัน ของ ผู้ใหญ่, กำนัน, นายก อบต., สมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) อสม. ลงพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมปฏิบัติการ ซึ่งจำทำ ปีละ 2 ครั้ง	***ให้ความสำคัญกับกิจกรรมลงพื้นที่ แต่ ไม่พบว่า มีการร่วมกันคิด วางแผน ตั้งแต่ต้น ซึ่งการมีส่วนร่วม

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง		ของชุมชนตั้งแต่แรก อาจ ไม่ชัดเจน***
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมี สุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้ง ไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้ อย่างไร ฯลฯ	เราต้องช่วยกันเฝ้าระวังให้มากขึ้น ผญ.บ้าน : ป้องกันยาก แต่ต้อง มีการประชุมในหมู่บ้าน พ่อ แม่ พี่น้องต้องช่วยกันดูแลกันใน ครอบครัว อสม.ลงคัดกรอง อรุณ: อยากให้ยาเสพติดลดลงหน่อย ยาเสพติดลดลงหน่อย มันเยอะ บอกเลยยาเสพติดมันเยอะ (สังเกตน่าเสี่ยงหนักแน่น เป็นจังหวะที่ อรุณมองไปทาง สจ. แล้วก็เบาลง) จันทร์แรม: เป็นแนวเดียวกัน พูดคุยกับชาวบ้าน ถ้าพบปัญหาเราต้องรีบเข้าไปช่วย ถ้าไม่ไหวเราก็ต้อง ให้ พ่อ แม่ เขาช่วยดู แต่ถ้าหนักจริงๆ ก็จะแจ้งผู้ใหญ่บ้าน สามารถ: จะปรึกษา รพ.สต อบต. ให้เชิญผู้มีความรู้มาให้ความรู้ครับ ดอกไม้: ลงพื้นที่พูดคุย ให้กำลังใจ ถ้าไม่สบายใจเข้าวัดทำบุญบ้างนะ การฆ่าตัวตายเป็นบาปนะ อย่า คิดนะ ลัดดา: ชวนเขาทำกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น ทำบุญ หรือ ทำความสะอาดหมู่บ้าน เหมือนเขาจะมี ความสุข และรู้สึกมีคุณค่าด้วยนะ วันเพ็ญ: ทำแผ่นป้ายความรู้ เรื่อง โรคซึมเศร้าไปติดตามบ้านเรือน เพื่อให้ความรู้ แล้วก็ถ้ามีงานบุญ ชวนคนที่ป่วย มาร่วมกิจกรรมและให้การดูแลเขา สจ. การสร้างความไว้วางใจเป็นเรื่องสำคัญ เช่น เวลาลงพื้นที่เราไม่ใช่แค่ถาม แต่เรา จับ บีบนวด กับ ผู้ป่วยด้วย ทำให้เขาเปิดใจกับเราด้วย ก้านัน: ลงพื้นที่	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	1. บุคลากรสาธารณสุข สสจ.เพชรบูรณ์ 2. บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.หล่มสัก 3. บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.หล่มสัก 4. บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.น้ำซุน 5. บุคลากรสาธารณสุข สสอ.หล่มสัก 6. บุคลากรสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.น้ำซุน 7. บุคลากรสาธารณสุข อำเภอหล่มสัก	รายชื่อที่ชัดเจนรบกวนทีมธุรการช่วยดูที่ใบลงทะเบียนอีกรอบครับ
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	สถานการณ์การฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ข้อมูลจาก สสอ. พบว่า ปี 2557 พยายาม 81 ราย สำเร็จ 11 ราย ปี 2558 พยายาม 68 ราย สำเร็จ 12 ราย ปี 2559 พยายาม 91 ราย สำเร็จ 21 ราย ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยหนึ่งของปัญหา คือ ดิทยาเสพติดมาเป็นอันดับหนึ่งทำให้หนูแว่วมีคนสั่งให้ฆ่าตัวตาย รองลงมาคือซึมเศร้า รวมทั้งติดเหล้าด้วย กรณีติดเหล้าได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดเลิกเหล้าไปแล้ว แต่ด้วยบริบทแวดล้อมก็กลับมาติดเหมือนเดิม ปี 2561 พบว่า มีอัตราทำร้ายตัวเองสูงขึ้น เช่น กรีดแขน ซึ่งจะมีกลุ่มเฉพาะ	กรณี ติดเหล้า ยังไม่พบกระบวนการติดตามดูแลที่ชัดเจน
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	ในมุมมองพยาบาลควรมีความรู้ด้านจิตเวชมากน้อยแค่ไหน? ตอบ มากค่ะ..เพราะถ้าเทียบกัน คือ ในโรงพยาบาลก็ไม่ประเมิน 2Q 8Q 9Q นี่พยาบาลต้องมีอยู่ในหัวเลยคะ รวมทั้งประเมิน AWS เพื่อให้คัดกรองได้ ปัญหาอีกอย่างคือ มีเครื่องมือในการประเมินไม่ครบ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	เพื่อนบ้านคิดอย่างไร ต่อผู้ทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย เวลาลงเยี่ยมบ้าน จะเจอคำพูดจากเพื่อนบ้าน....ว่า - “สมน้ำหน้า มันสมควรตาย” โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ช้ำเสพติดหนึ่ๆ - “พ่อกับแม่มันหมดกรรมแล้ว” - “สงสารครอบครัวคนที่อยู่” (ครอบครัวที่ฆ่าตัวตายโดยไม่รู้สาเหตุ)	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติ อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันฟู	มีกลไกกระบวนการทำงาน - อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ลงชุมชน ขยายเครือข่ายความรู้สู่ชุมชน โดยเฉพาะ อสม. - ลงสู่ครัวเรือน เช่น ญาติและครอบครัว - สำรองคัดกรอง 2Q โดยผู้ที่ผ่านการอบรมของครอบครัวโดยมี อสม.เป็นพี่เลี้ยง - มีกระบวนการเยี่ยมบ้าน ครอบครัว ที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตาย กลไกกระบวนการส่งต่อเคส - กรณีคนไข้ไปหาหมอเองที่ โรงพยาบาล โรงพยาบาล---ส่งต่อ---รพ.สต.---ส่งต่อ---อสม. - กรณีตรวจคัดกรองพบ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน---ส่งต่อ---รพ.สต.---ส่งต่อ---โรงพยาบาล---ส่งข้อมูลเพื่อดูแลป้องกันกลับสู่ รพ.สต. อสม. - รพ.สต. อสม. ลงเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลป้องกัน การติดต่อสื่อสาร - กรณีเร่งด่วน จะโทรศัพท์หรือไลน์ส่วนตัวและกลุ่มไลน์งานสุขภาพจิต การสนับสนุนจาก อบต. - อบต. สนับสนุนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services, EMS) - ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวชจังหวัดเลย	กลไกหรือกระบวนการทำงานในพื้นที่ ควรใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างของครอบครัวที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบเพื่อให้เห็นข้อเท็จจริงทั้งสองส่วนการดำเนินงาน

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	-	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	ยาเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่	
ในส่วน of ชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยเสี่ยง - ปัญหายาเสพติด - ปัญหาติดเหล้า - ปัญหาครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัว - ผู้ป่วยจิตเวช และซึมเศร้า	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	คุณลักษณะที่สำคัญที่เอื้อต่อการป้องกัน - การทำงานบนฐานข้อมูลจริงจากพื้นที่ - ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ ผังเครือญาติ (Genogram) ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์เชื่อมโยง จึงเห็นแนวโน้มของตระกูลเครือญาติที่จะดูแลป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งในพื้นที่นี้ คุณเยี่ยมศิริได้นำมาใช้และจากการสังเกตการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวได้ชัดเจน	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 13-14 สิงหาคม 2562

พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ป่าคาย ต.ป่าคาย อ. ทองแสนขัน จ.อุตรดิตถ์

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มชุมชน ตำบลป่าคาย ได้แก่ ประธาน อสม. , อสม. , เจ้าหน้าที่อบต. ครู และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ประธาน อสม. หมู่ 5 2) ประธาน อสม. หมู่ 4 3) อสม. 4) ประธาน อสม. หมู่ 9 / caregiver 5) ประธาน อสม. หมู่ 3 6) ประธาน อสม.ตำบลป่าคาย/สมาชิก อบต. 7) นักสังคมสงเคราะห์ อบต.ป่าคาย 8) สมาชิก อบต. ป่าคาย 9) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10) ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 11) สมาชิก อบต. ป่าคาย 12) ผู้นำชุมชน หมู่ 5 13) ครู โรงเรียนบ้านป่าคาย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: ด้านความเข้าใจ ความอบอุ่น เป็นปัญหาที่สำคัญ ทำให้น้อยใจ เหมือนเหตุการณ์ที่ผ่านมาที่ทำงานมาเหนื่อย กลับมามีปัญหาครอบครัว ที่เขาฆ่าตัวตายก็เป็นเรื่องธรรมดา ทำให้เขาตัดสินใจด่วน เพราะเขาประสบปัญหาครอบครัวเป็นสำคัญ เขาใช้วิธีการกินยา เขาก็พูดมาตลอดว่า “อยู่ไปก็ไม่มีความสุข” เขาพูดบ่อยเกินไป เลยไม่มีใครสนใจ สมาชิก อบต. ป่าคาย : เหตุการณ์คือ ลูกของตัวเองฆ่าตัวตาย ตอนนั้นลูกอายุ 20 ปี มีเมียแล้ว เมียท้องได้ 6 เดือน ลูกฆ่าตัวตายแต่ไม่รู้ว่ามีปัญหาอะไร คิดว่าเกี่ยวกับยาเสพติด ไม่ก็ปัญหาครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ : ปัญหาฆ่าตัวตายเกิดจาก 1)ปัญหาสุขภาพ 2)การเจ็บป่วยทางจิต 3)ปัญหาครอบครัว ทะเลาะเบาะแว้งกัน ในตำบลป่าคาย ฆ่าตัวตายโดยใช้ยาฆ่าแมลง เพราะส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทำเกษตร พอกี้หรือมีปัญหาที่กินได้เลย เลยเกิดขึ้นแบบรวดเร็วฉับพลัน แต่ในพื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลง คือภาพรวมของตำบลลดลง แต่ถ้าดูภาพของหมู่บ้านการฆ่าตัวตายไม่ได้ลดลง ประธาน อสม.หมู่ 5 : ปี 60 ปีเดียวมีคนฆ่าตัวตาย 3 คน สาเหตุเกิดจาก 1) โรค 2)ยาเสพติด 3)จิตเวช มองการเฝ้าระวังเราเผลอเรา ไม่สนใจเขาเกินไป นี่ก็อาจเป็นอีกสาเหตุ ประธาน อสม. หมู่ 9 : หมู่ 9 ที่เห็นคือ เป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาเรื่องหลาน หลานชอบลักเล็กขโมยน้อยเป็นประจำ ลูกก็ติดยา ติดกัญชา เขาเคยคิดฆ่าตัวตายหลายวิธีแต่ไม่สำเร็จ ทุกวันนี้เขาอยู่เพื่อหลานสาวอีกคนที่ดูแลเขาเป็นประจำ ตอนนี้มีกำลังใจดีขึ้น ไม่คิดฆ่าตัวตายแล้ว ก็ดูแลเขามีงานบุญงานที่วัด ก็ชวนไป พยายามอย่าให้เขาอยู่คนเดียว ประธาน อสม.ตำบลป่าคาย : ตำบลป่าคาย ส่วนมากมีปัญหาหนี้สิน มีญาติเราที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จ เขามีปัญหาหนี้สิน อารมณ์ไม่คงที่	นายเทียม ตอนให้สัมภาษณ์ถึงลูกชาย ยังมีสีหน้าและแววตาเศร้า น้ำตาคลอ และยังไม่รู้สาเหตุที่แท้จริงว่าลูกฆ่าตัวตายเนื่องจากสาเหตุอะไร (ยังติดค้างในใจ)
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัว	ประธานชมรมผู้สูงอายุ : “การฆ่าตัวตายเป็นภัยเงียบ เราไม่รู้ว่าเขาคิดอะไร แบ่งเป็น 2 แบบ แบบแรกคิดแล้วลงมือทำเลย อีกแบบคือ คนที่ยับยั้งชั่งใจได้ เขาเป็นโรค โรคที่เขาเป็นรักษาไม่	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	หาย คิดว่าเป็นแล้วรักษาไม่หาย มีความเจ็บปวด ไม่ตายสักที คิดไม่ตก เลยตัดสินใจฆ่าตัวตาย” (ประธานชมรมผู้สูงอายุ, สัมภาษณ์ 13 สิงหาคม 2562) ครู: ปัญหาการฆ่าตัวตาย คิดว่าเกิดจากจิตใจภายในของเขา และ social media ทำให้คนเสพสื่อ ไม่ได้คิดแบบเป็นระบบ สื่อก็น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาตรงนี้ได้ ส่วนในช่วงเวลาเรียน ของนักเรียน ทางโรงเรียนจะไม่อนุญาตให้เด็กนำโทรศัพท์เข้ามาในห้องเรียน ปัญหาในเยาวชน ส่วนมากเป็นเรื่องของ ยาเสพติด และสุรา อสม. : “ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจะโอกาสฆ่าตัวตาย เพราะไม่อยากให้เป็นภาระลูกหลาน ส่วน ความคิดฆ่าตัวตายเป็นบาป ไม่ได้คิดแบบนี้กันแล้ว คิดแค่ว่า ตายไปแล้วสบาย ความคิดสมัยนี้ เปลี่ยนไปแล้ว” (อสม., สัมภาษณ์ 13 สิงหาคม 2562)	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกใน การขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติ อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู	ประธาน อสม.หมู่ 5 : ในการเข้าถึงปัญหาต้องหาวิธีการที่จะเข้าถึงปัญหา และเข้าถึงครอบครัว ประธาน อสม. หมู่ 9 : กลุ่มที่เสี่ยง ถ้าเรารู้เราก็ไปหาเขา เข้าไปช่วยเขาจัดการปัญหา อาจจะพูดให้ กำลังใจ พูดให้เขาเข้าใจการใช้ชีวิต ส่วน case ไหนที่มีปัญหาที่เข้าไปติดตามเยี่ยมบ้าน ไปพูดคุยให้ เขาเกิดวิธีคิดที่อยากให้เราอยู่กับเขาไปนานๆ อสม.: ถ้าเขามีปัญหาหรือมีอาการก็แนะนำให้เขาไปหาหมอที่รักษาอาการทางจิต ตัวเองก็เคยมีอาการ ตอนนี้อาการก็กินยา กินยาแล้วดีขึ้น ส่วนในหมู่บ้าน หมู่ 3 ตอนนี้อยู่ประมาณ 10 กว่าคน ตอนที่ เราเป็นครั้งแรกมีความรู้สึกท้อแท้ ทำอะไรไม่ได้ ไม่อยากทำอะไร คิดว่าตัวเองเป็นโรคทางกาย แต่ หมอที่ รพ.สต.แนะนำให้ไปหาหมอมทางจิต เราก็คิดแต่ว่า “จะตายก็ช่างมัน อย่าให้เป็นผู้ป่วยจิตเวชก็ แล้วกัน” พอไปหาหมอมหาค่ารักษาไป 40,000 เราก็อึ้ง เพราะเสียเงินเยอะ เก็บมานานใช้ครั้ง เดียวหมด หมอที่ รพ.สต. เลยแนะนำให้ไปโรงพยาบาล ตอนนี้อาการดีขึ้น คนในชุมชนก็มาถาม เยอะเวลาเขามีอาการเหมือนกัน เราก็แนะนำให้เขาไปที่ “โรงพักใจ”อยู่ที่โรงพยาบาล อย่างบางที่ผู้ป่วย ไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็นโรคจิต อยากให้ส่วนกลางเข้าไปแนะนำ อยากให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าไปพูดคุย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: ถ้าพบคนที่มีความผิดปกติ ก็แจ้ง อบต.ให้พาไปบำบัดที่ศูนย์ อย่าง case นี้	อสม.มีท่าทางและแววตาที่เป็นพลัง ความมีจิตอาสา และความภูมิใจที่ได้ทำงาน

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	หลานมีปัญหา มีการทะเลาะกันในบ้าน หลานจะติดยา เลยนแนะนำให้พาหลานไปบำบัด ตอนนี้ตาบยายก็เป็นห่วงหลานไม่อยากให้อาหลานไป เลยหายได้แล้ว จะมีการฆ่าคนอื่นแทน ผู้นำชุมชน หมู่ 5 : “การจะแก้ปัญหาดังนี้ อยากให้คนที่เขารัก เขาเชื่อใจที่สุดเข้าไปพูดคุยกับเขา ถ้าคนอื่นเข้าไปคุยเขาก็อาจจะไม่เชื่อ จะเกิดปัญหากันไปอีก น่าจะเกิดประสิทธิภาพมากกว่าให้หน่วยงานเข้าไปคุยเลย พอคุยคนที่เขาเชื่อใจคุยเสร็จค่อยให้หน่วยงานเข้าไปคุยต่อ แบบนี้น่าจะมีแนวโน้มที่เขาจะรับฟังเรามากขึ้น” (ผู้นำชุมชน หมู่ 5, สัมภาษณ์ 13 สิงหาคม 2562)	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	นักสังคมสงเคราะห์: มีการจัดกิจกรรมกันทุกปี ในการทำกิจกรรมมีสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกิจกรรม ส่วนมากที่มาไม่ค่อยตรงเป้าหมาย ครอบครัวที่มี อสม.ในการลงไปดูแล ปัญหาสุขภาพจิตของ ต.ป้าคาย ต้องยอมรับว่าปัญหาเรื่อง โรคเอดส์ และปัญหาสุขภาพจิตมีมากขึ้น แต่ก่อนกลัวว่าสังคมไม่ยอมรับ ตอนนี้ชุมชนเราไม่ได้มองว่าเขาบ้า ไม่ได้มองว่าเขาเป็นผีบ้า แต่ปัญหาที่เขาฆ่าตัวตาย คือเขาป่วยจริงๆ เอาไม่อยู่แล้ว การฆ่าตัวตายเป็นโรค เป็นปัญหาสังคม	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: ตัวเป็นปัจจัยให้ฆ่าตัวตาย เป็นไปได้ 2 อย่าง คือ 1)ปัญหาครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระสังคม 2)ปัญหาสังคม สังคมไม่ยอมรับ ไม่เข้าสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน พอเอาปัญหามารวมกัน จิตสุดท้ายทำให้เขาควบคุมตัวเองไม่ได้ ผู้นำชุมชน หมู่ 5 : “การป้องกันไม่ได้ผลเพราะปัญหาเกิดจากสังคม พอเกิดบ่อขึ้นจะเกิดเป็นโรค ปัญหาการฆ่าตัวตาย เกิดจากครอบครัว คนที่จะแก้ไขได้ดีที่สุดคือ ครอบครัว เป็นโรคอื่นรักษาหายได้ แต่การฆ่าตัวตายรักษายาก การเปลี่ยนความคิดเป็นเรื่องที่ยากมาก” (ผู้นำชุมชน หมู่ 5, สัมภาษณ์ 13 สิงหาคม 2562) เราไม่รู้ปัญหาของครอบครัวเขาได้ เขาจะฆ่าตัวตายหรือไม่ฆ่าเราไม่รู้ มันเป็นแค่ช่วงเวลาของความคิด คนที่เขารู้ตัวเองว่ามีปัญหาเขาจะไม่ฆ่าตัวตาย แต่คนที่เขาไม่รู้ว่ามีปัญหา เขามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ในส่วน of ชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: กิจกรรมในชุมชนมีการทำบุญตักบาตร มีประเพณีในวันสำคัญๆ เช่น งานเข้าพรรษา งานออกพรรษา งานบุญประเพณีทั่วไป เวลาทำกิจกรรมจะมาร่วมกันทุกหมู่บ้าน อสม. : หมู่บ้านเราส่วนใหญ่ทำงานรับจ้าง มีภาระครอบครัวค่อนข้างมาก เลยไม่ค่อยมีชมรมอะไรแต่ก็มีกิจกรรมจิตอาสาทำกันตลอด ส่วนใหญ่จะมาเจอกันตอนทำกิจกรรม	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: ในตำบลมี โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นอีกทางที่ทำให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยกัน ได้นันทนาการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เครียด และในผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงก็มีการไปเยี่ยมกัน ไปเยี่ยมที่บ้าน มี รพ.สต. , นักสังคมฯ ชมรมผู้สูงอายุ เอาของลงไปเยี่ยมด้วยกัน เราเป็นชุมชนที่ทำงานไปด้วยกันหมด เป็นชุมชนที่มองเห็นภาพทั้งหมดของตำบล ประธาน อสม.หมู่ 5 : ถ้าเกิดเหตุการณ์อะไร อสม.ก็ต้องเจอก่อน แล้วประสานรายงานต่อไปที่ประธาน อสม. แล้วค่อยมาประชุมหาทางช่วยเหลือเขา เสถียร : การสังเกตคนที่มีความเสี่ยง ก็สอบถาม สังเกต ถ้ามองผิดปกติตามถึงบ้าน ทางเจ้าหน้าที่ก็จัดอบรม อสม. ที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย อสม.: เวลาที่คนมีปัญหาสุขภาพจิต เราไม่ได้มองเขาว่าเป็นผีบ้า เพราะกินยาแล้ว “ใจดี” ใจเราดีขึ้น เราก็ให้คำปรึกษาด้านการกินยาทางจิตกัน เพราะเราเคยประสบมาแล้ว เราก็แนะนำได้	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้ อย่างไม่ ไร ฯลฯ	สิ่งที่อยากได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุน เสถียร : อยากให้ทุกส่วน(หมอ, อสม., อบต.,ผู้ใหญ่บ้าน)เข้าถึงผู้ป่วย ครู : อยากมีการอบรมให้ความรู้ในโรงเรียนโดยตรงในเรื่องของ การมองเห็นคุณค่าในตัวเอง ประธานชมรมผู้สูงอายุ : อยากให้มีนักเรียนมาเรียนที่ศูนย์เรียนรู้เพิ่มขึ้น และตอนนี้ยังมีเรื่องของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยากให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องมาร่วมในการให้องค์ความรู้ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน: อยากให้มีโครงการขับเคลื่อนปัญหาการฆ่าตัวตายมายังพื้นที่ นักสังคมสงเคราะห์ : อยากได้ข้อมูลจากชุมชน เพราะเมื่อได้ข้อมูล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน จะได้ร่วมกันดูแลและแก้ไขปัญหา เพราะการรับ-ส่ง ข้อมูลในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ และการฆ่าตัวตายเป็นการ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	เลียนแบบ เช่น การรุมควั่น ได้จากการเสพสื่อ เพราะการฆ่าตัวตายมีการรายงานข่าวทุกวัน บางทีก็เป็นผลมาจากสื่อ social และเป็นห่วงในเรื่อง การเสพสื่อของเด็กเล็ก การยื่นโทรศัพท์ให้เด็กเล่น ตั้งแต่อายุน้อยๆ ประธาน อสม. หมู่ 9 : ข้อมูลที่ได้เก็บไปขอให้มีการคืนข้อมูลแก่พื้นที่	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอป่าคาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับสาธารณสุขจังหวัด ,อำนวยการ รพ.สต. , พยาบาลวิชาชีพ , นักวิชาการสาธารณสุข และนักจิตวิทยา จำนวน 5 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ป่าคาย 2) บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุดรดิตถ์ 3) บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน 4) บุคลากรสาธารณสุข รพ.ทองแสนขัน 5) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.น้ำพี	
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุดรดิตถ์ : แนวโน้มการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา และ ต.ป่าคายมีแนวโน้มลดลง บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน : อัตราการฆ่าตัวตาย ก่อนหน้านี้นี้ไม่มีมานานแล้วประมาณ 3 ปี เพิ่งเริ่มเกิดขึ้นมาอีกในช่วง 3 ปีหลัง : เมื่อ 2 ปีก่อน ตายไป 3 ราย ถ้าพูดถึงการแก้ปัญหาที่ยาก เพราะถ้าเข้าไปยุ่งกับปัญหาครอบครัวเขามากก็ไม่ได้ แต่ถ้าพบว่ามีปัญหา ต้องหาแนวทางในการแนะนำ เช่น ให้ อสม.ดูแล ให้ญาติช่วยเฝ้าระวัง ปัญหาของพื้นที่ที่สำคัญ คือ 1)โรคมะเร็ง 2)อุบัติเหตุ 3)การฆ่าตัวตาย การจะแก้ปัญหาทุกส่วนตัวร่วมมือกัน แต่อันดับแรกต้องค้นหาสาเหตุก่อน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.น้ำพี้ : ปัญหาการฆ่าตัวตายมีปัญหา เนื่องจากคนในชุมชนมีปัญหาเรื่องเครียด ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาครอบครัว จะมีการลงคัดกรอง 2Q ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จะทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหาในชุมชน มีกลุ่มเรื้อรังและหญิงตั้งครรภ์ ถ้าพบความเสี่ยงส่งต่อเข้ารับบริการ เพราะหากในชุมชนมีการฆ่าตัวตาย คนอื่นๆในชุมชนอาจมีการทำตามกัน บุคลากรสาธารณสุข รพ.ทองแสนขัน : ตอนนี้ผู้ป่วยในกลุ่มโรค NCD และหญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต. บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน: ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาใหญ่ สาธารณสุขไม่สามารถไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้โดยลำพัง เมื่อมีประชุมระดับผู้บริหาร อยากให้มีการแจ้งในที่ประชุม เพื่อให้ทุกส่วนรับทราบถึงปัญหา ก็ตอนนี้มีแนวทางคือ การหาเครือข่าย และทำโครงการในชุมชน โดยร่วมกัน ผู้นำชุมชน ครู เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญห และต้องแก้ไขไปในทุกระดับ บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุดรดิตถ์ : ทุกวันนี้เราควรมีความพร้อมในการรับมือปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากบริบทรอบตัวเราเปลี่ยน สังคมเปลี่ยน จึงต้องมีความพร้อมในการรับมือ ไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย ทั้งในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่เอง ก็ต้องเตรียมความรู้ให้พร้อมและให้เท่าทันต่อสถานการณ์	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ปากาย : ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดในการฆ่าตัวตาย ที่ทำอยู่ให้ญาติ , อสม. ช่วยติดตามดูแล ถ้าเกิด case เจ้าหน้าที่ก็ลงให้การดูแล แนะนำญาติ และหาข้อมูลถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.น้ำพี้ : ถ้ามี case ทาง รพ.สต. จะลงสอบสวนการตาย และส่งข้อมูลการสอบสวนไปยัง สสอ. และส่งต่อ สสจ. ใน case ที่มีความเสี่ยงจะลงคัดกรอง 2Q และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการสำรวจและคัดกรอง 2Q บุคลากรสาธารณสุข รพ.ทองแสนขัน: เมื่อส่งต่อ รพ.จะทำการประเมินซ้ำ และติดตาม case ซ้ำอีกครั้ง บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน : สสอ. มีการจัดประชุมแก้ปัญหาในระดับเครือข่าย เช่น	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู มาประชุมกัน และเสนอสถานการณ์ ของ case ที่ฆ่าตัวตาย และจัดทำกลุ่ม ว่าแต่ละกลุ่มเช่น ผู้นำ อสม. และทางโรงเรียน มีวิธีการในการจัดการปัญหาอย่างไร แต่เรื่องของการฆ่าตัวตาย นายอำเภอยังไม่ได้เห็นความสำคัญและนำเข้าสู่วาระระดับอำเภอ ส่วนในกลุ่มเด็กเยาวชน สร้างความเข้มแข็ง โดยจัด โรงเรียนสร้างสุข และจัดอบรมเด็กในกลุ่มเสี่ยง	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุตรดิตถ์ : มีการวางระบบ เช่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จัดวางให้มีนักจิตวิทยาใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง และการลงคัดกรองใช้แบบคัดกรอง NCD ร่วมกับแบบคัดกรองสุขภาพจิต ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาการใช้แบบประเมิน 2Q ไม่สามารถคัดกรองหรือเข้าถึงปัญหาของผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตได้ ปัจจุบัน สสจ.ให้ความสำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก 4 กลุ่มโรค มีการ conference case ใน case ฆ่าตัวตาย และมีการติดตามประเมินผล เมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ก็มุ่งเข้าสู่ส่วนของสาธารณสุขให้รับผิดชอบ ที่จริงต้องใช้ระบบชุมชนให้ชุมชนดูแลกันเอง ต้องพัฒนาทักษะชีวิต ต้องทำในเชิงรุก เพราะมีปัจจัยหลายอย่าง ให้ชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ เราก็ให้ในความรู้ สถานการณ์ และการหาสาเหตุ ต้องไปเน้นที่การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ประเมิน : ในชุมชนมีหลายส่วนหลายงาน ถ้าเป็นความรู้ด้านการฆ่าตัวตายเขาจะไม่ค่อยมีองค์ความรู้ด้านนี้ ส่วนในเรื่องของการประสานงาน อบต.จะเข้ามาช่วยเหลือในส่วนของงบประมาณ ส่วนการทำงานในพื้นที่ก็เป็นส่วนของ อสม.	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	-	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อ	บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน : มีกิจกรรมโครงการที่มีการดึงวัดเข้ามามีส่วนร่วม เอาวัดเข้ามาเป็นเครือข่ายในการทำงาน เช่น โครงการ “พระคิรานุปฏิฐาก” เป็นโครงการที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ให้พระดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยสร้างโครงการนี้ก่อน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	เมื่อเกิดโครงการในพระสงฆ์ ก็จะนำพระสงฆ์ไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	สิ่งที่อยากได้รับความช่วยเหลือ/สนับสนุน บุคลากรสาธารณสุข สสอ.ทองแสนขัน : อยากให้พื้นที่ใส่ใจกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ไม่อยากให้งานมาเป็นภาระหลัก ให้พื้นที่ลงดูเอง ถ้าเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวยาก ก็ประสานกับ อบต. โดยตรง ให้ทาง สสอ.เป็นตัวประสานไม่ใช่เป็นตัวหลัก บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุตรดิตถ์: อยากให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ในการจัดการปัญหา	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 22 -23 สิงหาคม 2562
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.หนองน้ำใส ต.หนองน้ำใส อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาทและความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	พื้นที่ ตำบลหนองน้ำใส มีทั้งหมด 6 หมู่บ้าน เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มชุมชน เป็น อสม.จำนวน 6 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) อสม.หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส 2) อสม. ต.นาโน 3) อสม. หมู่ 6 ต.นาโน 4) อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้ 5) ประธาน อสม. ต.นาโน (เป็น อสม.มา 30 ปี) 6) อสม. หมู่ 1 ต.หนองน้ำใส (เป็น อสม.มา 30 ปี)	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	อสม.หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส : ผู้ป่วยที่ดูแลอยู่เขาจะตีพ่อแม่ เราพาตำรวจเข้ามาจัดการ ตอนนั้นก็ดีขึ้น อสม. ต.นาโน : เมื่อวานช่วงสายๆ มีคนจะฆ่าตัวตาย เขาจะโดดสะพานรถไฟ ก็มี อสม.เข้าไปเกลี้ยกล่อม ไปช่วยพูดกับเขา สุดท้ายก็ยอมลงมา แล้วพาซ้อนมอเตอร์ไซด์ (ซ้อน 3) มาที่ รพ.สต.มาฉีดยา แล้วหมอก็ประสาน หมอที่ รพ.บ้านไผ่ ส่งตัวไป สุดท้ายก็ได้เข้าไปนอนที่ รพ.จิตเวช อสม. หมู่ 6 ต.นาโน : เวลาเราไปดูคนไข้ เราก็ไปให้คำแนะนำ ให้เขากินยาต่อเนื่อง ให้ไปตามที่หมอนัด ไปให้กำลังใจเขา ไปให้กำลังใจญาติ แล้วก็สำรวจในพื้นที่ว่ามีคนจะเสี่ยงหรือจะฆ่าตัวตายมั๊ย อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้ : ถ้าเป็นเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย เคยเกิดขึ้นกับพ่อ เมื่อ 16 ปีที่แล้ว ตอนนั้นพ่อกินยา ตอนนั้นไม่รู้ว่ามีปัญหาอะไร เพราะเราทำงานอยู่ที่กรุงเทพฯ เสียใจที่ทำอะไรไม่ได้ ตอนนี้อยากเป็น อสม.รู้ว่ามีมาช่วยเรื่องนี้ ได้ความรู้เพิ่มขึ้น	อสม.หมู่ 3 ขณะฟังพูดเล่าเรื่องราว มีแววตาเศร้า น้ำตาคลอ เสียงเครือขณะเล่าเหตุการณ์

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	หลายอย่าง แล้วในพื้นที่บ้านเราก็มีจิตเวชมากขึ้น ช่วงเดือนมีนาคมที่ผ่านมาพี่สาวก็เพิ่งตกเปลตาย คิดว่าต้องเป็นปัญหาอย่างอื่น ไม่น่าตกเปลตาย เพราะเขามีปัญหาให้คิดหลายเรื่อง ประธาน อสม. ต.นาโน : ถ้าเราเจอคนที่มีปัญหา เราต้องรีบเข้าหาเขา ถามเขาว่าตอนนี้เขามีปัญหาอะไร ให้เขาระบาย ต้องเข้าใจเขา ดู อย่าให้เขาอยู่คนเดียว	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	ประธาน อสม. ต.นาโน : เกิดจากปัญหาหนี้สิน ชู้สาว เศรษฐกิจ ที่เห็นคือคนที่ปัญหาสุขภาพจิต คือคนที่ขาดยาแล้วคลุ้มคลั่ง ผู้ดูแลก็เกิดอาการหงุดหงิด รำคาญ คำที่คนบ้านเรามักจะพูดว่าคน ก็มี อย่าง “มึงสีไปตายไสมึงก็ไปโลด” “ถ้ามึงตายแผ่นดินก็สูงขึ้น” อสม. ต.นาโน : ในคนที่มีปัญหาด้านนี้ คนอื่นก็มองว่าเขามีปัญหา ไม่ไปยุ่งกับเขา บางคนก็เยาะเย้ย ถากถางก็มี แต่เรื่องนี้ อสม. เราไม่ได้มีปัญหาในการดูแล อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเราต้องให้คนที่เขาไว้วางใจเข้าไปดูแล ถ้าคนที่เขาไม่ไว้วางใจเขาก็จะไม่คุยด้วย อย่างเราเข้าไปก็ไปคุย ไปอาบน้ำ สระผม ให้เขา ช่วงแรกๆชุมชนก็ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการดูแลแต่ด้วยที่เขาเป็นคนในหมู่บ้าน ก็จะช่วยๆ ดีขึ้น แล้วเราก็ต้องมีวิธีการในการพูด อสม. หมู่ 6 ต.นาโน : ในบ้านเราผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง ผู้ชายเขาไม่ค่อยพูด จะชอบเก็บ แล้วก้อกินเหล้า ที่เคยเจอกับตัวเองคือเป็นพี่ชายตัวเอง เขาผูกคอต 2 ปีแล้ว ปัญหาก็คือ พี่ชายเขาเป็นซึมเศร้า รับประทาน รพ.ขอนแก่น หมอให้ดื่มน้ำขมิ้น แต่พอสักพัก 3 ปีหลังจากการรับยา เขาก็เสียชีวิต เขากินยาแล้วก็กินเหล้าด้วย บางทีเราก็คูณไม่ได้ คือแม่ก็กินนอนเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมงเราว่าเราเฝ้าระวังมากแต่เราก็อะไรอยู่	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติ อะไรบ้างที่ทำให้ท่าน	อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้ : รพ.สต.กับ รพ. มีการเชิญกลุ่มที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และผู้ดูแล มาให้ความรู้ในการดูแล มีการติดตามเป็นระยะ มีการรายงานผลการดูแล ประธาน อสม. ต.นาโน : การสื่อสารก็มีทาง line ทุกครั้งที่มีการประชุม อสม.ต้องส่งข่าวกิจกรรมที่ทำลงในกลุ่ม line ว่าวันนี้ทำอะไรบ้าง ไปประชุมที่ไหน หรือถ้ามีเหตุการณ์ หรือ case ก็จะส่งต่อ บอกกันทางไลน์ การมีส่วนร่วมการสอดส่อง ถ้าญาติหรือผู้ใกล้ชิดเห็นว่ามีปัญหา ก็จะส่งต่อ อสม. อสม.ก็จะรายงานคุณหมอ ส่วนใหญ่ก็เกิดจาก	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริมป้องกันรักษา ฟื้นฟู	ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ ในการเฝ้าระวังอันดับแรกต้องดูที่สัญญาณของเขาก่อน คำพูดแรกๆที่จะได้ยินคือ “ไม่อยากอยู่” หลังจากได้ยินคำพูดนี้แล้ว เราต้องติดตาม อสม.ต้องพาตัวเองเข้าไปอยู่ใกล้ๆเขา อสม. ต.นาโน: มีการเยี่ยมบ้าน การดูแล และสอบถาม ถามอาการซึมเศร้าทุกๆ 7 วัน มีการคัดกรองหาความเสี่ยง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเราก็เฝ้าระวัง ติดตาม และส่งต่อหมอ การสอดส่อง ก็ดูได้ที่พฤติกรรม ถ้าคนไหนมีปัญหาเรื่องยา อสม.ก็จะไปช่วยจัดยาให้ ไปดูแลเรื่องการกินยา	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่านอย่างไร	ประธาน อสม. ต.นาโน : ถ้าจะมองการทำงานของตัวเองเอง ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ก็จะทำให้ 10/10 อสม.หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส: เรามีความสุขที่ช่วยเหลือเขาได้ ภูมิใจที่ได้ดูแลเขา อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้ : “การทำงานเป็น อสม. ทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลคนในครอบครัวและยังเป็นประโยชน์ในการดูแลคนอื่นได้ด้วย” (อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้,สัมภาษณ์ 23 สิงหาคม 2562)	ขณะเล่าถึงการทำงานสีหน้า และท่าทาง อสม.มีความสุข ภูมิใจและมีความสุข
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	<u>ปัจจัยความสำเร็จ</u> อสม. ต.นาโน: เจ้าหน้าที่(หมอ)ทำงานเต็มที่ พาลูกหลานเต็มที่ พร้อมตอบสนองต่อปัญหา มีปัญหาสามารถโทรปรึกษาคุณหมอได้เลย ทาง อบต. หมอที่ รพ./รพ.สต. ศูนย์ 7 มาจัดอบรมให้ ทั้งที่เป็นการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อให้เขามีกำลังใจในการดำเนินชีวิต อสม.หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส: หมอช่วยผลักดันการทำงาน ทำไปด้วยกัน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	<u>ปัจจัยที่เป็นปัญหา</u> อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้: ที่ทำให้เข้าถึงการรักษาได้ยาก คือบางครอบครัวเขาไม่ยอมรับว่าเขา หรือญาติเขาเป็นโรคจิตเวช เลยไม่ได้กินยา ก็เกิดปัญหาตามมา ประธาน อสม. ต.นาโน : ปัญหาที่สำคัญคือ เขาปกปิดการกินยา ถ้ากินยาไม่ต่อเนื่องก็จะเกิดปัญหา	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้นส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	<u>ประเพณี</u> ประธาน อสม. ต.นาโน : มีงานบุญบั้งไฟ ไหว้ปู่ บุญเบิกบ้าน บุญข้าวสาก งานสงกรานต์ งานบุญ งานบวช งานตามวันสำคัญอื่นๆก็มี งานบุญข้าวสากจะช่วงเดือน พฤษภาคม เป็นการทำบุญให้ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว ฝัไม่มีญาติ ส่วนงานบุญเบิกบ้านก็เป็นเหมือนการเรียกขวัญกำลังใจให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองคนในหมู่บ้าน เรียกแต่สิ่งดีๆเข้ามา เวลาที่มีกิจกรรมก็จะมาทำร่วมกันทุกคน ทุกวัย <u>ความเชื่อ</u> อสม. หมู่ 1 ต.หนองน้ำใส : บ้านเราเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป ก็จะมีพุทธกันว่า “อย่าไปฆ่าโตตายเด้อ มันสืบได้เกิด มันบาป” ประธาน อสม. ต.นาโน : “เชื่อว่าถ้าฆ่าตัวตายแล้วจะไม่ได้เกิด ทำแบบนี้เป็นความชั่ว ทำชั่วแล้วตายไปจะได้กินข้าวนอกวัด” แต่ถ้าคนที่เขาจะฆ่าตัวตายบางทีเขาไม่ได้เชื่อแบบนี้	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม	<u>สิ่งที่อยากได้การสนับสนุน</u> ประธาน อสม. ต.นาโน : อยากให้ตำรวจเข้ามาช่วยเหลือด้านนี้มากขึ้น อสม. หมู่ 3 ต.แคนใต้: อยากให้มีสิ่งที่ป้องกันความเสี่ยงในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ในเรื่องความปลอดภัยในการทำงานมากขึ้น	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง		
ท่านมีแนวคิดในการ ช่วยให้คนในชุมชนมี สุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัว ตาย หรือยับยั้งไม่ให้ เกิดการฆ่าตัวตาย (ราย ใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	-	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของ ผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละ คนกับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่ เกี่ยวกับการป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ อำเภอบ้านไผ่ ได้แก่ นายก อบต. , สาธารณสุขอำเภอ , แพทย์ , ผู้อำนวยการ รพ.สต. , พยาบาลวิชาชีพ , นักวิชาการสาธารณสุข , คณะกรรมการกองทุน จำนวน 8 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ผู้นำท้องถิ่น อบต.หนองน้ำใส 2) บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ 3) บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.หนองน้ำใส 4) บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.หนองน้ำใส 5) บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่ 6) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.นาโน 7) บุคลากรสาธารณสุข อบต.หัวหนอง 8) ผู้ช่วย นักวิชาการศึกษา อบต.หัวหนอง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัญหาการ ฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกัน ที่มีอยู่	ผู้นำท้องถิ่น อบต.หนองน้ำใส : เป้าหมายของ อบต. “คนเราต้องอยู่อย่างเป็นคนดี และมีความสุข” ดูแลให้ครบทุกมิติ “มองว่าปัญหาในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายไม่ใช่เรื่องหรือไม่ใช่ปัญหาของหมอเพียงอย่างเดียว ปัญหานี้เป็นปัญหาสังคม” (ผู้นำท้องถิ่น อบต.หนองน้ำใส, สัมภาษณ์ วันที่ 7 กันยายน 2562) มีการดูแลผู้สูงอายุ มีกองทุนหมุนเวียน กองทุนสวัสดิการชุมชน และมีการดูแลผู้ที่ซึมเศร้า เมื่อพบก็มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยหมอเปียร์ ทำ work shop ให้ได้ข้อมูลแต่ละหมู่บ้าน เมื่อได้ข้อมูลแล้ว ก็ให้ อสม. ลงไปพูดคุย และให้กลุ่มที่เสี่ยงหรือมีปัญหา มาร่วมกิจกรรม กิจกรรมก็จะมีหมอมาให้ความรู้ ทางสาธารณสุขไม่ได้มองแค่ทางกายอย่างเดียว มองการดูแลทางจิตใจด้วย บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.หนองน้ำใส : ปัญหาการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดในผู้ชายวัยทำงาน และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ : สิ่งที่เป็นปัญหาในพื้นที่ คือ ความปลอดภัยในชีวิต ถ้าในชุมชนมีผู้ป่วย อาละวาดต้องมีการจัดการมีภาคีเครือข่ายช่วยเหลือ	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อ สถานการณ์การฆ่าตัว ตายในพื้นที่/ มุมมอง ต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ : รพ.สต.นาโน มีผู้ป่วย 7 คน การดูแลก็ใช้การลงพื้นที่คุยกับภาคีเครือข่าย และนายก ใช้ทฤษฎี 3 เหลี่ยมเขยื้อนภูเข ในชุมชนมีปัญหาเรื่องความปลอดภัย มีผู้ป่วยอาละวาด ทาง รพ.สต.จึงสร้างเครือข่าย อสม.ในการดูแล	
จากประสบการณ์ของ ท่าน มีกลไกในการ ขับเคลื่อนด้านนโยบาย และปฏิบัติ อะไรบ้างที่ ทำให้ท่าน	บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ : ในการทำงาน ทาง รพช. จะคอยเป็นที่เลี้ยง และมีช่องทางพิเศษสำหรับการส่งต่อ มียาฉุกเฉิน เครือข่ายตำรวจ สำหรับ case ที่มีปัญหาจะมี รถกู้ชีพจาก อบต. มาช่วยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาที่ รพ. และในพื้นที่ยังมี อสม.ดีเด่น สาขาสุขภาพจิตระดับประเทศ ตอนนี้คนในชุมชนเปิดใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น แต่ก่อนใครมีปัญหาจะอาย ตอนนี้ทุกคนในชุมชนเป็นเครือข่าย “อาสาสมัครสุขภาพใจ” ร่วมกัน จึงได้เครือข่ายที่เข้มแข็ง บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่ : “กลไกสำคัญในระบบมี 2 อย่าง คือ 1) Knowledge 2) ระบบการส่งต่อ ทั้งสองอย่างนี้	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
●มองเห็นปัญหา การฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในมิติการส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟู	ต้องไปด้วยกัน เราจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ก่อน นายกจะคอยสนับสนุนในเรื่องทรัพยากรและงบประมาณ แต่เราจะเน้นด้านองค์ความรู้ เราต้องเริ่มที่การดูแลกลุ่มเสี่ยง First Aids ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง การสร้างระบบการส่งต่อ สิ่งที่ต้องทำต่อจากการสร้างองค์ความรู้ คือการประสานกับเจ้าหน้าที่ในการประเมิน โดยทุก case ต้องได้รับการ consult จากแพทย์ สิ่งสำคัญคือการสร้างระบบรองรับ จะให้ความรู้แก่ชุมชนอย่างเดียวโดยไม่ Support ไม่ได้” (บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่, สัมภาษณ์ วันที่ 7 กันยายน 2562) เมื่อเกิดเหตุการณ์ อสม.จะเข้าไป comedown ผู้ป่วยแล้วส่ง consult ต่อ หมอทำหน้าที่ประเมิน ถ้าเกินศักยภาพก็ refer ต่อ เราต้องเน้นที่ระบบการส่งต่อที่ชัดเจน การหา Key Man ซึ่งต้องมองทั้งส่วนที่อยู่ในกลุ่มสาธารณสุข และไม่ใช่มูลนิธิสาธารณสุข ต้องมีผู้นำ ผู้บริหารเป็นผู้ support แล้วแพทย์ก็เข้าไปเสริมในด้านของความเชี่ยวชาญ ผู้นำท้องถิ่น อบต.หนองน้ำใส : ตอนแรกมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไกลตัว พอมีหมอมาพูดคุยเรื่องนี้ ทำให้เราและพื้นที่รู้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องใกล้ตัว เริ่มที่มองให้เขาเห็นปัญหา ทำให้เห็นถึงความสำคัญ จัดอบรมแล้วก็เอา case ในชุมชนที่เจอมาคุยกัน ทำแบบนี้ทำให้เห็นว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มเป้าหมายของเรา พอเห็นแล้วก็จะพูดถึงสาเหตุ วิธีการให้กำลังใจ วิธีการพูดจะพูดลักษณะไหน ให้มองชุมชนแบบองค์รวม เพราะสังคมทุกวันนี้เปลี่ยนเร็ว เพราะในสังคมเราก็ยังมีปัญหา จึงมองว่าเรื่องนี้จะเป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต จึงเริ่มแก้ที่องค์กรรวม ผู้สูงอายุ เยาวชน ยาเสพติด ได้พูดคุยประสานงานงานกับหมอเปียร์ เลยตัดสินใจจัดระบบประมาณลงดำเนินการให้ไปถึง รพ.สต. นี่ก็จุดเริ่มต้นของการเริ่มทำงานด้านนี้จริงจิง บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ : นำข้อมูลที่ได้เข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) นำความรู้เรื่องนี้เข้าไปแทรกในในการประชุมวาระต่างๆ ทั้งใน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ถือว่าเรื่องนี้เป็นวาระของอำเภอ บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่: การเกิดอาสาศัมครเชี่ยวชาญ มาจากต้องการให้ชุมชนเข้าถึงการดูแล “คนที่ช่วยได้คือคนใกล้ชิดและคนในชุมชน หมอจะช่วยคนเดียวไม่ได้ ถ้าคนในชุมชนไม่ช่วย” (บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่, สัมภาษณ์ วันที่ 7 กันยายน 2562) และสิ่งสำคัญที่ต้องทำ คือ “สอดส่อง support ส่งต่อ” ถึง case มากขึ้นแต่มีระบบค้นพบ suicide idea มากขึ้น	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือ	บุคลากรสาธารณสุข2 รพ.สต.หนองน้ำ: เครือข่ายมีการติดต่อกันทางไลน์ สามารถติดต่อได้ ตลอด 24 ชั่วโมง มีสายด่วน ทีมเครือข่าย อสม.สุขภาพจิตหมู่บ้านละ 2 คน มีสายลับ อสม. จากการทำงานจะมีสรุปผลงาน ความก้าวหน้าให้ อสม.ฟังทุกเดือน	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมฤทธิ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
ขั้นตอนการทำงานจาก บทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	จากการติดตาม case และมีการกำกับติดตามการกินยาโดย อสม. บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.หนองน้ำใส : ทุกส่วนทุกหน่วยงานมีการทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ การป้องกันปัญหาการ ฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ ได้ผลสำหรับชุมชนใน ความดูแลของท่าน	ปัจจัยที่ได้ผล บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่: ผู้บริหารให้ความสำคัญ การป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ใช่แค่แพทย์เท่านั้นที่พูดเรื่องการฆ่าตัวตาย การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและนำเข้าไปประชุมต่างๆในอำเภอทำให้คณะทำงานและประชาชนเข้าถึงเรื่องนี้ได้ง่าย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นกลุ่มที่มีบทบาทที่สำคัญมากในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง เมื่อเข้าถึงก็มีระบบ support ที่ดี Key Point สำคัญ คือการ คืบคลานข้อมูล ลงไปในทุกกลุ่มคน ประเมินความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ดูบริบทในพื้นที่ เพื่อให้องค์ความรู้ที่เหมาะสมแก่พื้นที่นั้นๆเพื่อให้เหมาะกับบริบท เหมาะกับทักษะ และความต้องการของพื้นที่ เพราะแต่ละพื้นที่มีความพร้อมและความต้องการแต่ละที่แตกต่างกัน บุคลากรสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ : นายกเป็นตัวหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายและคณะกรรมการ พขอ.ผลักดันให้เป็นวาระของอำเภอ บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.หนองน้ำใส : กิจกรรมของหมอเปียร์มี Key Man จากระดับผู้บริหาร(นายอำเภอ) , มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง, มีแกนนำในชุมชน, มีระบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงานของ อสม.ทุก 2 เดือน, อบต.มีการทำงานและติดตามผลงาน , รพช. รพสต. มีการติดตาม case และทุ่มเทการทำงานเต็มที่ ปัจจัยที่ไม่ได้ผล บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่: กรณีผู้ป่วยที่อยู่นอกระบบ ไม่มีอาการแสดง แต่ในพื้นที่ทราบว่ามีผู้ป่วยที่เสี่ยง พื้นที่รู้ แต่ อสม.ไม่รู้ ปัญหา คือ ครอบครัวรู้ปัญหา แต่ก็ได้ทำอะไรต่อ จบที่ตรงนั้น จึงเกิด “อาสาสมัครเชี่ยวชาญ” ให้มีการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้ empowerment	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้นส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	-	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริมสนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	ผู้ช่วย นักวิชาการศึกษา อบต.หัวหนอง: คณะกรรมการกองทุนปรึกษาหารือกันเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำหนังสือประชาสัมพันธ์ และหาสาเหตุของปัญหาในหมู่บ้าน ส่วนมากปัญหาเกิดจาก ยาเสพติด ปัญหาครอบครัว ถ้าเกิดเหตุ อสม.จะแจ้งต่อผู้นำ ผู้นำจะทำหน้าที่ประสานตำรวจต่อ ความช่วยเหลือที่ต้องการในการดำเนินงาน บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.หนองน้ำใส : ตำรวจกลัวไม่กล้าเข้าหาผู้ป่วย อยากให้มีการพัฒนา หลักสูตรอบรมตำรวจในการเข้าควบคุมเหตุการณ์ในผู้ป่วยจิตเวช คุ่มคลัง บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.นาโน : อยากให้มีระบบการรับผู้ป่วยในการเข้ารักษาใน รพ.ในกรณี que ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอน หรือเข้ารับการรักษา เพราะบางครั้งเวลาส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปที่ รพ.จิตเวช พอไปถึงไม่ได้นอน รพ. ส่งตัวคนไข้กลับ อยากให้ทาง รพ.ช่วยดูแลด้วย เพราะ “การดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 คน เหมือนเป็นการดูแลชุมชนและญาติได้ทั้งชุมชน” (บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.นาโน, สัมภาษณ์ วันที่ 7 กันยายน 2562) บุคลากรสาธารณสุข รพ.บ้านไผ่: มีนโยบาย ตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อผลักดันในการทำงาน และสร้างองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต ในการสอบแพทย์ เลือกเป็นกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่สนใจด้านสุขภาพจิต	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมฤทธิ์	ข้อสังเกต/ ข้อคิดเห็น
	ให้ความเข้าใจแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาบุคลากร อสม. ตำรวจ และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข1 รพ.สต.หนองน้ำใส : การควบคุมสื่อ ไม่ให้เจาะลึกในวิธีการฆ่าตัวตาย และเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ผ่านสื่อในรูปแบบที่น่าสนใจ	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 22-23 สิงหาคม 2562
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.คำแมด อ.คำสูง จ.ขอนแก่น

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน/ชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	สัมภาษณ์ ชุดที่ 1 1. นายก อบต.คำแมด 2. รองนายก อบต.คำแมด 3. สมาชิก ม.4 อบต.คำแมด 4. รองปลัด อบต.คำแมด 5. กำนันตำบลคำแมด 6. ผู้ใหญ่บ้าน ม.4 7. สารวัตรกำนัน 8. ผู้ช่วย ผอ.ม.4 สัมภาษณ์ ชุดที่ 2 9. ประธาน อสม. คูแลรับผิดชอบ 10-12 หลังคาเรือน (ภาวะซึมเศร้า ไข้เลือดออก) 10. คุณสุทัศน์ : กรรมการสภาวัฒนธรรมจังหวัดขอนแก่น, ปราชญ์ชุมชน ทำงานเฝ้าระวังเรื่องวัฒนธรรมในทุกมิติ ส่งเสริม บำรุงรักษา วัฒนธรรมท้องถิ่น 11. อสม. 1 ทำหน้าที่ดูแล ป้องกัน กระจายข่าว 12. คุณหนูเรียน หมู่ 4 13. คุณสงวน อสม. จนท.แพทย์ไทย	รายชื่อที่ชัดเจนรบกวนทีมธุรการช่วยดูที่ใบลงทะเบียนอีกรอบครับ

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	14. คุณขวัญ อสม. ม.4 15. คุณจันทร์นี อสม. ม.3 16. คุณคำตัน ผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ม.3	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	- ม.3 มีฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 8 ราย ส่วนใหญ่ติดยาเสพติด ดื่มเหล้า - เป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัจจัยกระตุ้นทั้งยาเสพติด เหล้า ครอบครัวแตกแยก	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	กำนัน: การฆ่าตัวตายเป็นปัญหา แล้วก็ก็เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานแล้ว ระยะหลังถึงปัจจุบันเกิดขึ้นบ่อยในระดับพื้นที่ อำเภอข้าสูงได้ประสานกับ รพ.สต. โรงพยาบาลข้าสูง และทำ MOU ในระดับอำเภอร่วมกัน นายก อบต.: การฆ่าตัวตายปัญหามาจากปัญหาครอบครัว บางครอบครัวแยกทางกัน การทำ MOU ทางฝ่ายปกครองดำเนินการและต้องทำประชาคมเพื่อหาทางป้องกัน ผู้ใหญ่บ้าน.ม.4: เป็นผู้ใหญ่บ้าน.มา 9 ปี ชุมชนเปลี่ยนแปลงมากเพราะยาเสพติดเข้ามาเยอะ ทุกวันนี้คนหนุ่มแก่ออกค้าขายยาเสพติด ติดเหล้า ทำให้เกิดภาพหลอน คิดสั้น ในชุมชนคนติดเหล้าติดยาเยอะ มีกรณีคนพยายามที่จะฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา (2561) ก็พบว่าติดยาติดเหล้า มีปัญหาครอบครัว คิดน้อยใจ ทำให้คิดสั้น แต่ “คิดว่าเขาไม่กล้าอีกแล้วแหละครับ เขาเสียตายชีวิต” กำนัน: - ในตำบลมีกรณีคนที่ฆ่าตัวตายเดือนที่แล้ว (กรกฎาคม) เป็นหญิงอายุประมาณ 50 ปี มีปัญหาครอบครัว เป็นญาติ น้อยใจแฟน แฟนทำงาน กทม. ก่อนฆ่ากินเหล้าเสพยาเปิดวิทยุฟังเสียงดัง ใช้ผ้าขาวม้าควั่นคอ “นึกว่าแกทำเล่น” เข้าไปจับหัวลง ค้ำอุทาน “อ้าวอีฮ่านี มึงตายอีหัลลัตัวนิวะ แล้วเดินไปปิดวิทยุ เราก็คิดว่าเขาทำเล่น” - อีกราย นอนผูกคอตาย เข้าไปนี่เกือบเหยียบหัวเลยครับ ใช้เชือกเส้นน้อยนิดเดียววนะครับ	ช่วงคำพูดผู้ใหญ่บ้าน.ม.4 ต่อกรณีมี case เด็กที่พยายามจะฆ่าตัวตาย “ผูกเชือกเตรียมไว้แล้ว คิดไปคิดมาไม่กล้า (หัวเราะ) คือเตรียมไว้หมดแล้วเหลือแค่เอาคอไปใส่”

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	รายนี้ดื่มเหล้า - พอมีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ผมก็จะแจ้งร้อยเวร ผมจะทราบเหตุจากญาติของคนที่ถูกคอตาย ทั้ง 2 ราย อยู่บ้านใกล้ผมเอง - ผมได้ไปคุยกับพระว่า “เอ้าคนที่ฆ่าตัวตายนี้เราไม่น่ามาปนกิจให้ณะตายแล้วไปไหนก็ไปเถอะ ป้อมปรัมหน้อย มันมากเกินไป พระไม่ต้องรับนิมนต์หรอก มันตายไม่สวยครับพูดตรงๆ มันไม่น่าที่จะตายนะ น่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำไมต้องมาตาย น่าจะเอาพระเข้ามาร่วมเทศนาใครฆ่าตัวตายไม่รับกิจนิมนต์ ตายแล้วไว้ตรงนั้นแหละ บางทีก็มาถึงจุดสูงสุด (อารมณ์โกรธ) เราสูญเสียทรัพยากรบุคคลไปทำไมน่าจะเสีย” ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน: มีกรณีวัยรุ่นในหมู่บ้านมาสารระเหย เข้ามาในบ้านทำเสียงก็อึกแก็ก ในบ้านผมเลยนำไปฝากตำรวจที่ป้อมยาม แต่ก็ฆ่าตัวตายสำเร็จเพราะเขาประสาทหลอนหนัก เฉพาะปี 62 มี 4 เคสแล้ว มาจากติดยาติดเหล้าทั้งนั้นเลย คำตัน ผู้อาวุโส: การฆ่าตัวตายเป็นปัญหา แต่ขึ้นอยู่กัยหลายสาเหตุ ไม่รู้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไร อย่างบ้านผมนั่งนับแล้ว 8 คน เจตนา (ตั้งใจจะฆ่าตัวตายห้อยคอเลย) 6 คน ไม่เจตนา (ประชดประชันแค่ทำเล่นแต่ตายจริง) 2 คน อย่างคนที่ไม่เจตนา เราก็ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าเขาจะฆ่า ยังเห็นม่วนขึ้นโฮแซว (สนุกสนาน) อยู่เลย ส่วนคนที่เจตนา ส่วนใหญ่มาจากปัญหาครอบครัว แต่พวกผมก็ 모르ส่วนใหญ่จะมารู้ทีหลังเพราะเพื่อมาเล่าให้ฟัง สุทัศน์: การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับประเทศ สาเหตุที่ทำให้พื้นที่เรามีคนฆ่าตัวตายเยอะเพราะวัฒนธรรมความเป็นคนอีสานเริ่มหายไป ความเป็นญาติพี่น้องห่างเหิน เพราะต้องทำงานต่างถิ่นเป็นเรื่องของเศรษฐกิจในครอบครัว	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย	ชุดที่ 1 ผู้นำชุมชน ยังไม่มีกลไกชัดเจน ชุดที่ 2 อสม. - มีการดูแลคัดกรอง แต่ตอนลงพื้นที่ก็ไม่พบว่ามี เวลาเราลงไปไม่พบว่าผิดปกติ แต่มีเพื่อนบ้านบอกว่าไม่ปกติ เราก็ไม่แน่ใจว่าจริงแล้วเป็นยังไง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู	- การติดต่อสื่อสาร อสม.มีกลุ่มไลน์ติดต่อสื่อสาร แจ้งข่าว แลกเปลี่ยนข้อมูล - การดูแลครอบครัวที่ฆ่าตัวตาย จะเข้าไปเยี่ยม อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เช่น ครอบครัวหนึ่ง กินยาจิตเวชทั้งครอบครัวเลย (แม่ ลูกชายคนโต ลูกชายคนเล็ก) มีพฤติกรรมลักขโมย เก็บตัว แต่เมื่อไหร่ที่มีการกินเหล้าจะอาละวาดโดยเฉพาะลูกชายคนเล็ก - มีการทำงานร่วมกัน เช่น พอพบเคส จะแจ้งผู้ใหญ่บ้าน และแจ้ง รพ.สต. ให้เข้าไปช่วยเหลือต่อไป	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	ไม่มีกระบวนการป้องกันชัดเจนเพราะผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้านจะรู้ข่าวก็ต่อเมื่อเกิดเหตุแล้ว ก็ทำหน้าที่แจ้งเหตุให้กับผู้ดูแลตามกระบวนการ	เป็นการทำงานตามบทบาทหน้าที่เมื่อเกิดเหตุแต่ยังขาดมาตรการป้องกัน และความรู้ในการทำงานป้องกันการฆ่าตัวตาย
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน.. ถ้าจะป้องกันต้องประชุมลูกบ้านครบ ประชุมประจำเดือนมาต้องคุยกับชาวบ้าน เรื่องยาเสพติด ไม่ให้เด็กติดยาเสพติด โดยเฉพาะ บ่าวแวน (วัยรุ่น) มีการรับมาขายได้เงินทีละ 100-200 บาท ได้เงินไปเรียนหนังสือ และน่าจะเข้าไปขายในโรงเรียนด้วยแหละ สารวัต กำนัน: การแก้ปัญหาถ้าเฉพาะสาธารณสุขฝ่ายเดียวจะแก้ปัญหาได้บ่หลาย (ไม่มาก) ถ้าตำรวจไม่ร่วมมือ ถ้าตำรวจร่วมมือ ยาเสพติดคงไม่แพร่ระบาดขนาดนี้ เราต้องแก้ไขช่วยกัน ถ้าปัญหายาเสพติดลดลงดีก็จะดีขึ้น กำนัน: เรื่องยาเสพติดยอมรับเลยว่าจริง บ้านไหนปลอดยาเสพติดไม่เชื่อหรอก มีทุกหมู่บ้าน นายก อบต.: ยังไม่มีกลไก กระบวนการประสานเพื่อป้องกันด้านนี้ มีเพียงการจัดกิจกรรมอบรม โดยเชิญตำรวจมาเป็นวิทยากรอบรม รองปลัด: การช่วยเหลือกรณีผู้เสียชีวิต จะมีกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือแต่ผู้เสียชีวิตจะต้องเป็นสมาชิกของกองทุน ก็ไม่ได้โดยตรงกับการแก้ปัญหาเรื่องเสพติด และฆ่าตัวตาย	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	คำตัน ผู้อาวุโส: ครอบครัวอบอุ่นช่วยได้ หรือการเข้าวัดทำบุญ **ยังไม่มีกลไกดูแลช่วยเหลือครอบครัว หรือผู้ที่พยายามคิดฆ่าตัวตาย***	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยเสี่ยง - สิ่งเสพติด (ยาบ้า, สารระเหย) ส่วนใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป - หนี้สิน ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้น - กรรมพันธุ์ คือ ครอบครัวมีคนเป็นบ้า ลูกหลานเกิดมาก็เป็นคนบ้าอีก (มูมมองผู้นำ) - ปัญหาครอบครัว - ติดเหล้า - ลอกเลียนแบบ (กำนัน มันคือสีซำบายน้ำ) - รองปลัดมองว่า มี 2 ปัจจัย ภายใน คือ สภาพจิตใจหรือมีอาการทางจิตเวช และปัจจัยภายนอก คือ สภาพแวดล้อม เช่นภาวะหนี้สิน ยาเสพติด - มีวัฒนธรรมอันดีของชุมชนเริ่มไม่มีแล้ว เช่น ความสัมพันธ์เครือญาติครอบครัวลดลงเพราะปัญหาเศรษฐกิจ ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ปัจจัยป้องกัน - ไม่มีแน่ชัด	กลุ่มอสม. เล่าว่า ปัญหา ยาเสพติดมีมากเพราะฝ่ายปกครองไม่ได้ดูแลจริงจัง อีกอย่าง ต.คำแมดเป็นชายแดนรอยต่อ 3 จังหวัด กาสินธุ์ มหาสารคาม คำแมด (ขอนแก่น) จึงทำให้มีปัญหา ยาเสพติดเข้ามาง่าย
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	- คิดว่าทุกฝ่ายต้องช่วยกัน เช่น ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ดูแลป้องกันปัญหา ยาเสพติดอย่างจริงจัง - องค์การพระพุทธศาสนาจะช่วยให้ในการขัดเกลาจิตใจ - กิจกรรมครอบครัวอบอุ่น การกินข้าวด้วยกัน คุยกัน เป็นวิถีของเราอยู่แล้ว อันนี้ขึ้นอยู่แต่ละครอบครัว - ใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ามาช่วยป้องกัน เช่น ทำบุญทุกวันพระ และ ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ - ควรมีคณะกรรมการเฉพาะกิจในการดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ โดยเฉพาะนำมิติทางวัฒนธรรมไปแก้ปัญหา	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมี	กำนัน: กำนันผู้ใหญ่บ้านปกครองท้องที่ มีหน้าที่บำบัดทุกข์บำรุงสุขให้กับประชาชนทุกเรื่อง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
สุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้ง ไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	นายก อบต.: ส่งเสริมอาชีพ เลี้ยงเป็ด ไก่ ผญ: - “เรื่องฆ่าตัวตายเราช่วยไม่ได้หรอก เป็น”เจตนา”ของเขา เขาตั้งความหวังไว้แล้ว ไม่วันใดก็วันหนึ่ง” เวลาที่มีคนฆ่าตัวตายเราก็ต้องดูแลจัดการให้ทุกอย่าง อย่างน้อยใช้เวลา 7 วัน นานะ เบื่อมัยละ แทนที่จะเอาเวลาไปใช้อย่างอื่น - คือพระท่านว่า ถึงเวลาเขาจะตาย ปีนี้ วันนี้ เขาจะตายอยู่แล้ว เราไปช่วยอย่างไรเขาก็ตายอยู่ดี เขารับกรรมมาแค่นี้ พระท่านว่า สารวัตร กำนัน: ปัญหาคือเราไม่รู้ไม่ได้ยินหรือรับรู้ว่าเขาจะฆ่าตัวตาย (สัญญาณบอก) ส่วนมากคนตายไม่เคยบอกล่วงหน้า แก้ปัญหาไม่ทัน เราก็มารู้ ถ้ารู้เราก็กองป้องกันได้ บอกญาติเขาได้ แต่คนที่เจอผู้ตกคือนี่ไม่เคยจะบอกใครก่อน ผช.ผญ.: เราคงช่วยไม่ได้แล้วเพราะเขาจะแอบไปผูก	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	1. คุณอาทิตย์ : พยาบาลวิชาชีพ รพ.ชำสูง 2. คุณจรรุวรรณ : พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.คำแมด 3. คุณหอมไกร : พนักงานบริการ 4. คุณพรธัญญา : พยาบาลวิชาชีพ รพ.ชำสูง 5. ผอ.รพ.สต.: นักวิชาการสาธารณสุข 6. คุณสุพรรณิ : จนท.บันทึกข้อมูล 7. คุณคุณสุข : รพ.สต.ห้วยเตย	รายชื่อที่ชัดเจนรบกวนทีมธุรการช่วยดูที่ใบลงทะเบียนอีกรอบครับ
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการ	ผอ.รพ.สต.: การฆ่าตัวตายในพื้นที่เยอะครับเมื่อเทียบกับที่อื่น ปีนี้ (2562) ตาย 2 ไม่ตาย 1 รับผิดชอบ 880 หลังคาเรือน 3,600 คน ต.คำแมด	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ป้องกันที่มีอยู่	ปัญหาด้านสุขภาพทั้งโรคและไม่ใชโรค... - เบาหวานอันดับ 1 - สุขภาพจิตเยอะ ประมาณ 13 คน (4 คน ติดตามใกล้ชิด และครอบครัวหนึ่ง แม่ ลูกชาย 2 เช่นกัน) - ติดเหล้า - ติดยาเสพติด - วัณโรคสูงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งอำเภอ - การฆ่าตัวตาย (รายล่าสุดเป็นโรคหัวใจ โรค เบาหวาน ติดเหล้า ติดยา ครบทุกอย่างเลย) ปัญหา ยาเสพติด - หาซื้อง่ายมากเหมือนซื้อขนม เม็ดละประมาณ 20 บาท - มีการซื้อขายที่มีจุดนัด เช่น มีสัญลักษณ์เสาธงที่กลุ่มจะเข้าใจกัน ***กรณีเคสครอบครัวที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย เช่น ครอบครัวหนึ่ง 2 ตาย ยาย ยากจน ไม่มีแม่แต่ห้องน้ำใช้ ค่อนข้างยากจนมาก ***มีเคส ยอมให้ตัดขาเพื่อจะได้บัตรผู้พิการ เพื่อมีรายได้และดำรงชีวิตอยู่ได้	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	หอมไกร : การฆ่าตัวตายในพื้นที่คำแมดเป็นเรื่องใหญ่ ถ้าจะแก้ก็ต้องช่วยกัน	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของ	รูปแบบการส่งต่อข้อมูล กรณีเกิดเหตุฆ่าตัวตาย - ผู้นำชุมชนแจ้งรายงานตำรวจ - ตำรวจแจ้งรายงานโรงพยาบาล - โรงพยาบาลเข้าชันสูตร ร่วมกับ รพ.สต. - รพ.สต. ใช้ อสม.ในการเป็นสื่อกลางในการดูแลติดตามดูแล	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พันธุ์	- อบรม อสม. ปีละ 1 ครั้ง **รพ.สต. จะไม่ทราบข้อมูล กรณีเคสเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลเอง แต่ ทางโรงพยาบาลจะแจ้ง รพ.สต. ได้ทราบในการติดตามเพื่อดูแลรักษา ป้องกัน ผ่านการโทรศัพท์ โอนไลน์ส่วนตัว ***กระบวนการทำงานกรณีส่งเรื่องต่อให้กับ อบต.หรืออำเภอ จะต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ไม่อย่างนั้น เรื่องที่เสนอไปไม่ช่วย	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือ ขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ ของท่าน อย่างไร	-	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับ ชุมชนในความดูแลของท่าน	ป้องกันปัญหาไม่ได้ผลเพราะ.... - ยาเสพติดเยอะ - อสม.ระดับพื้นที่ยังขาดองค์ความรู้ - ชุมชนยังไม่สามารถจับสัญญาณของผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายได้	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัย ปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมี กิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อ กระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็น ส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยเสี่ยง - ปัญหาครอบครัว - ติดเหล้า คือ คนที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่กินเหล้าบ่อยมาก่อน - ติดยาเสพติด - โรคเรื้อรัง (เบาหวาน วัณโรค) - ปัญหาเศรษฐกิจ	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่าย รัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็น อย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความ ร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน	แก้ปัญหา - ยาเสพติดหรือจิตเวชที่อาการดีขึ้น : ชุมชนควรเปิดโอกาสให้เขาส่งเสริมอาชีพ ให้เขารู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง - สุขภาพจิต : อยากทำคลินิกสุขภาพจิต ในระดับตำบล - ครอบครัวที่มีเคสคิดฆ่าตัวตาย : เราต้องแนะนำญาติให้เข้าใจ คุยด้วย กับคนที่คิดจะฆ่าตัว	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
อย่างไรบ้าง	ตาย - เราต้องช่วยกันเฝ้าระวังไม่ให้มีคนที่ฆ่าตัวตายในพื้นที่ ต.คำแมด พชอ.คนฆ่าสูงไม่ทอดทิ้งกัน ดูแลด้านความเป็นอยู่โดยบทบาทหลักอยู่ที่ พัฒนาชุมชน (พช) ระดับอำเภอ	

สรุปการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group)
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม
วิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
วันที่ 26-27 สิงหาคม 2562
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ซีทวน ต.ซีทวน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
กลุ่มที่ 1 ภาคประชาชน (อสม)		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคนกับการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 7 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) ประธาน อสม. หมู่ 6 2) อสม. หมู่ 3 3) ประธาน อสม. หมู่ 5 4) ประธาน อสม. หมู่ 3 5) ประธาน อสม. หมู่ 4 6) รองประธาน อสม. หมู่ 1 7) ประธาน อสม. หมู่ 1	
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	ในพื้นที่ไม่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายมานาน เกิดล่าสุดเมื่อปี 2554 ที่หมู่ 6 จำนวน 1 ราย สาเหตุคิดว่าเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบ และเป็นโรคร้ายแทรก ทำให้คิดมากฆ่าตัวตาย และปี 2555 ที่หมู่ 2 จำนวน 1 ราย	การรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณี และมีวิถีชีวิตเรียบง่าย ทั้งการเข้าวัดทำบุญเพื่อรักษาศีลตลอด 3 เดือนช่วงเข้าพรรษา ปฏิบัติตามฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ทำให้เห็นความสัมพันธ์ที่ดี

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
		จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สะท้อนให้เห็นคุณภาพชีวิตที่มีความสุขในแบบชุมชนของตนเอง
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
มุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่าน/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	ประธาน อสม.หมู่ 6: คิดไม่ถึงว่าจะเกิดขึ้น อสม.หมู่ 3 : การฆ่าตัวตายไม่น่าจะมีในพื้นที่ ถ้ามีก็น้อยที่จะมีคนคิดฆ่าตัวตาย และน้อยคนที่จะเป็นโรคซึมเศร้า คนที่เป็นโรคซึมเศร้า อยู่คนเดียว มักจะมีความคิดฆ่าตัวตาย ประธาน อสม.หมู่ 5 : ได้ยินแล้วหดหู่ใจ ไม่น่าจะเกิดขึ้น ประธาน อสม. หมู่ 3 : ไม่น่าเกิดขึ้น สงสารบางครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย เพราะไม่รู้สาเหตุ ไม่รู้ว่าเขามีปัญหาอะไร ประธาน อสม.หมู่ 4 : เป็นทางสุดท้ายของเขาแล้ว ไม่รู้จะหาทางออกยังไง ไม่มีที่ปรึกษา บ้านเย็น : มีการฆ่าตัวตายเมื่อ 20 กว่าปี เขาคงเครียด มีปัญหา เป็นผู้ป่วยจิตเวช และดื่มสุรา	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนา	ประธาน อสม.หมู่ 6: ถ้าเขายอมปรึกษาเรา เราก็จะเป็นที่ปรึกษาให้เขา เพราะคนที่เป็นโรคซึมเศร้า เขาจะไม่ไวใจใคร แม้แต่คนในครอบครัว เราก็นำมาในการดูแลเขาให้ดีขึ้น ไม่ให้เขาขาดยา ประธาน อสม.หมู่ 1 : ครอบครัวต้องดูแลเอาใจใส่ แนะนำไม่ให้ขาดยา ในพื้นที่เรามีผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็มาตามนัดทุกครั้ง การดูแลเราก็ดูแลและสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เรารู้จักกันทุกหลังคาเรือน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไปปรึกษาเอง รองประธาน อสม. หมู่ 1 : เวลาเข้าไปพูดคุยกับเขาเราต้องให้เขากินยาก่อน เพราะ ถ้าไม่กินยาเขาจะขวาง เราารู้วิธีการสังเกตจากการอบรม และเรียนรู้ได้จากพฤติกรรมเขา ประธาน อสม.หมู่ 5 : ชาวบ้านช่วยกันดูแลสอดส่อง มีอะไรก็บอกกันได้ เขาชอบให้เราเข้าไปคุยกับเขา “เขาชอบให้พูดคุยๆ พูดกับเขาเพราะๆ”	ทุกคนมีแนวทางมีความภูมิใจและมีความสุขที่ได้เล่าถึงกระบวนการดูแล

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	การทำงานของ อสม.มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลลูกบ้าน ประมาณ 10-12 หลังคาเรือนต่อ อสม 1 คน ดูแลป้องกัน ทั้งเรื่องไข้เลือดออก ผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งผู้ป่วยซึมเศร้าถ้าเรารู้	ภูมิใจในบทบาทของตนเองในการทำงานให้ชุมชน
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนของท่าน	ปัจจัยความสำเร็จ ประธาน อสม.หมู่ 1 : มีช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เช่น ทาง line เพื่อทราบถึงข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวัง เช่น การลงสำรวจเมื่อพบ ก็ดำเนินงานลงพื้นที่ทันที และแจ้งไปยังผู้นำเพื่อประกาศเสียงตามสาย คนที่ประกาศเสียงตามสายเป็นผู้ใหญ่บ้าน / ประธาน อสม. ประกาศเพื่อกระจายข่าวสาร เพื่อให้ความร่วมมือ ช่องทางนี้เข้าถึงชาวบ้าน ชาวบ้านให้ความร่วมมือ ช่วยกันทำตามกำลังที่ทำได้ วัด และ โรงเรียน อสม.ก็เข้าไปดูแลเรื่องไข้เลือดออกเป็นส่วนใหญ่ เวลาลงงานจะมี ชาวบ้านร่วมกับทีม อบต. ปัจจัยที่เป็นปัญหา ประธาน อสม. หมู่ 3 : บางครอบครัวไม่ยอมรับว่าคนในครอบครัวของตัวเองเป็นผู้ป่วยจิตเวช	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	กิจกรรม ประธาน อสม.หมู่ 6 : กิจกรรมที่ทำร่วมกันส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน และกิจกรรมชุมชนทั่วไป เช่น ตัดหญ้าในชุมชน งานกีฬา กิจกรรมรณรงค์ด้านยาเสพติด เวลาทำกิจกรรมจะมี อสม. ชาวบ้าน ผู้นำ และจิตอาสาอื่นๆมาช่วยกัน ทุกคนมาช่วยกันทำ อสม.หมู่ 3: มีกลุ่มรักษาศีล 5 ส่วนมากจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมฟังเทศน์	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน	คุณลักษณะที่สำคัญเอื้อต่อการป้องกัน อสม.หมู่ 3: มีงานประเพณีสมโภช เป็นงานประจำปี ทำในช่วงก่อนเข้าพรรษา ประธาน อสม.หมู่ 4: งานประเพณีสมโภช มีการนิมนต์พระมาเทศน์ให้ญาติโยม เป็นการฟังเทศน์สมโภช เทศน์เรื่องพุทธประวัติของพระพุทธเจ้า การแต่งกายคือ ผู้ชายใส่สไบ เสื้อขาว , ผู้หญิงใส่ผ้าถุง เสื้อขาว ไม่มีดนตรี เป็นการสืบประเพณีแบบดั้งเดิม ช่วงงานจะมีเด็กนักเรียนมาร่วมกิจกรรม เพื่อซึมซับ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
อย่างไรบ้าง	และร่วมปลูกฝังประเพณี	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้ง ไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	ประธาน อสม.หมู่ 6: คิดว่าในอนาคตจะไม่มีคนฆ่าตัวตาย เพราะมีอะไรในชุมชนก็คุยกันตลอด คนที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชก็ได้รับยา กินยาตลอด ทำให้เขาอยู่กับสังคมได้ปกติ	
กลุ่มที่ 2 ภาคนโยบาย		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุบทบาท และความเกี่ยวข้องของผู้ร่วมสัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ อำเภอเชียงใน ได้แก่ รองปลัด อบต.ซีทวน. ผอ.กองการศึกษา ,ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ , ผู้อำนวยการ รพ.สต. , พยาบาลวิชาชีพ , นักวิชาการสาธารณสุข , จำนวน 7 คน ตามรายชื่อดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี 2) บุคลากรสาธารณสุข รพ.เชียงใน 3) บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ซีทวน 4) บุคลากรสาธารณสุข สสอ.เชียงใน 5) รองปลัด อบต.ซีทวน 6) เจ้าหน้าที่กองการศึกษา อบต.ซีทวน 7) บุคลากรสาธารณสุข2 อำเภอเชียงใน	
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการป้องกันที่มีอยู่	บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ซีทวน: ใน 6 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มี case ฆ่าตัวตายในพื้นที่ รองปลัด อบต.ซีทวน : อยู่ที่นี่มา 10 ปียังไม่มีคนที่ฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี: สถานการณ์การฆ่าตัวตายของเชียงใน ไม่ค่อยมีปัญหาแต่ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจ พยายามทำเรื่องฆ่าตัวตายให้เหมือนเรื่องไข้เลือดออก มีการดำเนินงานตามมาตรการ ทั้งด้านประชาสัมพันธ์ ผลักดันเข้า พขอ. และช่วยเหลือ เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและผู้บริหาร ท่านผู้ว่า ให้ความสนใจ การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในกลุ่มของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยขาดยา และ	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ผู้ป่วยโรค NCD ซึ่งเพิ่มเข้มข้นในการเฝ้าระวัง ทุก case ที่มารับบริการต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยายามทำผู้ป่วยที่มีในมือให้สำเร็จก่อน	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	รองปลัด อบต.ซีทวน : การฆ่าตัวตายเกิดจากภาวะทางครอบครัว จิตใจ อาจผิดหวัง มีภาระหนี้ และน่าจะมาจากสาเหตุส่วนตัว เจ้าหน้าที่กองการศึกษา อบต.ซีทวน : เกิดจากปัญหาสังคม เพราะการฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อครอบครัว/สังคม ชุมชน ซึ่งมีผลต่อเนื่องกัน เกิดจากหลายสาเหตุ เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น เป็นหนี้สิน มีโรค และภาวะซึมเศร้า บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี: ถ้าพูดถึงเรื่องฆ่าตัวตายนึกถึง KPI ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ ส่วนหนึ่งเกิดจากทักษะทางจิตใจ และเกิดจากสัมพันธภาพ และช่วงหลังเกิดจากเรื่อง สุรา ยาเสพติด และโรค NCD และปัญหาเรื่องการสื่อสารในกลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแล “ถ้าทุกคนมีความสุข จะไม่เกิดการฆ่าตัวตาย” คำพูดติดปากเวลามีปัญหากัน คือ “อยากไปตายไปก็ไปโลด ไปตายโล่งๆไป” บุคลากรสาธารณสุข สสอ.เชียงใน : ถ้ามองคิดว่าเกิดจากสภาพแวดล้อม ผู้ที่เกิดปัญหาอาจขาดทักษะในการจัดการปัญหาชีวิต เนื่องจากทุกวันนี้เทคโนโลยีเกิดขึ้นเร็วมาก ทำให้เกิดการสะสมความเครียด พอสะสมมากมากขึ้นก็ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้	มองไปในทิศทางเดียวกันว่า การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสังคม แก้ไขคนเดียวไม่ได้
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน ●มองเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ●สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในมิติการส่งเสริมป้องกัน รักษา พัฒนา	บุคลากรสาธารณสุข2 อำเภอเชียงใน : ในพื้นที่มีการดำเนินป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยการดำเนินงาน พขอ. ซึ่งการขับเคลื่อน พขอ. (พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) เป็นภาพการดำเนินการของอำเภอ และขับเคลื่อนลงในพื้นที่ โดย พชต. (พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล) และเข้าถึงชุมชนโดยใช้ พชม. (พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน) ซึ่งตอนนี้ทุกพื้นที่กำลังเดินหน้าขับเคลื่อน โดยใช้รูปแบบของ CD (Copy Development) การป้องกันการฆ่าตัวตายจะทำได้คนเดียวไม่ได้ ต้องใช้ความร่วมมือกันของคน ทุกภาคีเครือข่ายที่จะช่วยผลักดัน เนื่องจากเราทำงานคนเดียวไม่ได้ จึงนำ พขอ. เข้ามาใช้ในการขับเคลื่อน ผู้บริหาร(นายอำเภอ)	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	ใช้ธรรมนูญเป็นเครื่องมือ “เมืองแห่งความสุข เชื่องใน Happy city” มีตัวชี้วัดในการขับเคลื่อนมาตรการที่ดำเนินการ คือ 1)ด้านสิ่งแวดล้อม 2)เด็กสมัย 3)อุบัติเหตุ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย ก็อยู่ในหนึ่งประเด็นเสริมของ พขอ. ที่ใช้ในการขับเคลื่อน รองปลัด อบต.ซีทวน : ตอนนี้ทำประชาคม ร่วมกับ ชุมชน ท้องถิ่น โรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมอยู่ในธรรมนูญทั้งหมด บุคลากรสาธารณสุข สสอ.เชื่องใน : ได้วิกฤตในโอกาสเลยผลักดันงานด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ประเด็นเสริมของ พขอ. เน้นในส่วนของสัญญาณเตือน และการใช้สารเสพติด ทุกครั้งที่มีการรายงาน case จะมีการสอบสวน และมีการรายงานและสื่อสารกันผ่าน Line กลุ่ม พขอ. จึงเน้นให้ทุกพื้นที่เฝ้าระวัง และดูสัญญาณเตือนในกลุ่มนี้ ซึ่งได้งบลงทำกิจกรรม เช่น การสร้างสุขในวัยทำงาน อบรมการป้องกันการฆ่าตัวตายใน 7 ตำบล และผลที่ทำให้ตัวเลขการฆ่าตัวตายลดลง แต่ยังต้องหา Key Word ในการทำงานที่เชื่อมต่อ และการกำหนดของแผนงานนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติ รองปลัด อบต.ซีทวน : ในพื้นที่จะเน้นการประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ให้มาก และในพื้นที่มีการจัดทำแผน ซึ่งเริ่มจากประชาคมในชุมชน แล้วจัดทำแผนโครงการ และติดตามงานตามแผน และพัฒนาต่อยอด เจ้าหน้าที่กองการศึกษา อบต.ซีทวน : มีกิจกรรมโครงการส่งเสริมให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี เช่น โครงการลดความรุนแรงในครอบครัว เพื่อให้สังคมรู้ถึงการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข รพ.เชื่องใน : เป็นวิทยากรร่วมกับโครงการของ อบต. และเข้าร่วมประชาคมหมู่บ้านร่วมกับชุมชนเพื่อจัดลำดับปัญหา และมอบหมายงาน เพื่อแก้ไขปัญหาและลงจัดการปัญหาให้ตรงจุดในแต่ละหมู่บ้าน หากเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของหลายส่วน หลายหน่วยงาน ก็จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ซีทวน: เคยดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายใน ตำบลท่าไห ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โรงเรียน และตำรวจ จัดเป็นคู่ Daddy ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยปัญหา เฝ้าระวังสัญญาณเตือน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
	สัญญาณเตือนดูได้จาก พฤติกรรม เช่น การแยกตัวจากสังคม และมักมีคำพูดแปลกๆ ในการติดตามใช้เวทีประชุมประจำเดือนในการติดตามและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อประสานไปยังโรงพยาบาล	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	บุคลากรสาธารณสุข2 อำเภอเชิงไ: ปัญหาทุกปัญหามีความเชื่อมโยงกัน จะแก้ไขปัญหาคณเดียวคงไม่สำเร็จ ต้องเชื่อมโยงกับทุกเรื่อง ทุกเครือข่าย ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ยาเสพติด บุคลากรสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี: เจ้าหน้าที่จะเน้นและให้ความสำคัญกับเครือข่าย แต่หากมีงานหรือนโยบายตัวไหนที่สำคัญก็ต้องเน้นเรื่องนั้นก่อน งานสุขภาพจิตก็บูรณาการกับงานอื่น เนื่องจากงานสุขภาพจิตจับต้องไม่ได้	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	ปัจจัยที่ได้ผล 1) ขับเคลื่อนร่วมกับงาน พชอ.(พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ)ในพื้นที่ ในการเฝ้าระวังและสังเกตถึงสัญญาณเตือน รวมถึงขับเคลื่อนลงในพื้นที่ โดย พชต.(พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล) และเข้าถึงชุมชนโดยใช้ พชม.(พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน) จึงทำให้เข้าถึงประชาชนในทุกระดับ 2) เน้นในเรื่องขอการประชาสัมพันธ์ในชุมชน 3) การร่วมกันทำประชาคมของชุมชนเพื่อหาปัญหาและร่วมดำเนินการในพื้นที่ร่วมกัน ปัจจัยที่ไม่ได้ผล บุคลากรสาธารณสุข รพ.เชิงไ: มองว่าปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีช่องว่าง ยังเข้าไม่ถึง จึงเกิดปัญหา ซึ่งกำลังพยายามอยู่ ด้านสาธารณสุขอย่างเดียวคงช่วยเหลือทั้งหมดตรงนี้ได้ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต.ชีทวน: ปัญหาการฆ่าตัวตาย จะถูกมองว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแก้ไขไม่ได้ทั้งหมด เราต้องหาคณะมาช่วย ต้องมีภาคีเครือข่าย เพื่อเข้าถึงช่องว่างนั้น ต้องมีการศึกษาต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหา และความตระหนักของ อสม.แต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน อีกทางคือมองว่าถ้าปัญหายังไม่เกิดเลยยังไม่เข้าใจถึงปัญหาได้ดีเท่าที่ควร	

ประเด็นคำถาม	ข้อมูล/ผลสัมภาษณ์	ข้อสังเกต/ข้อคิดเห็น
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ปัจจัยเสี่ยง - การที่ชุมชนไม่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ อาจทำให้คนในชุมชนละเลยประเด็นการฆ่าตัวตายไป ซึ่ง อสม. หรือ ส่วนที่เกี่ยวข้องอาจจะต้องให้ความรู้หรือเตรียมความพร้อมในการดูแลป้องกันอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยปกป้อง - การมีวัฒนธรรมประเพณีทำให้คนในชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างให้ทุกคนรู้สึกมีคุณค่าและเห็นคุณค่าในความงามของวัฒนธรรมของตนเองและของชุมชน - เป็นชุมชนที่ค่อนข้างให้ความสำคัญกับการศึกษา และเรียนรู้ เห็นได้จากผู้นำที่ทำงานร่วมกันจะมีทัศนคติที่ดี มีหลักการในการแสดงความคิดเห็น ทำให้มองเห็นปัญหาต่างๆในชุมชน และมีมุมมองในการแก้ปัญหาได้ตรงจุด	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหนอย่างไรบ้าง	-	

กลุ่มชุมชน		
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม/ชุมชน/พื้นที่		
แนะนำตัว ระบุ บทบาท และความ เกี่ยวข้องของผู้ร่วม สัมภาษณ์แต่ละคน กับระดับนโยบาย และ/หรือการ ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตาย	ผู้เข้าร่วมกลุ่มสัมภาษณ์เป็นกลุ่มผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ตัวแทนผู้สูงอายุ ในตำบลชีทวน อ.เชียงใน ได้แก่ เจ้าคณะตำบล ปราชญ์ชาวบ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน ดังรายชื่อ ต่อไปนี้ 1) สารวัตรกำนัน 2) ผู้นำชุมชน ม.3 3) นำชุมชน ม.8 4) นำชุมชน ม.9 5) ปราชญ์ชาวบ้าน 6) ตัวแทนผู้สูงอายุ 7) ผู้นำชุมชน ม.11 8) ไวยากรณ์ วัดท่าสวนกลาง 9) เจ้าคณะ ตำบลชีทวน 10) พระครู บ้านหนองโน 11) ผู้นำชุมชน หมู่ 6	ผู้นำชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีใน การทำงานเพื่อชุมชนของ ตนเอง และมีมุมมองเชิง บวกต่อปัญหาการฆ่าตัว ตาย การแสดงความคิดเห็น ของผู้นำที่มีหลักการ เข้าใจ ชุมชนและกระบวนการ ทำงานทำให้สะท้อนการ เป็นชุมชนของความสุขบน พื้นฐานวิถีชีวิตและ วัฒนธรรมที่ดีงามของ ตนเอง
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการ ฆ่าตัวตายในพื้นที่ รวมถึงกลไกการ ป้องกันที่มีอยู่	ผู้นำชุมชน ม.3 : ความคิดแรก ถ้าอยู่ในเหตุการณ์เราจะเป็นคนห้าม คนที่จะฆ่าตัวตาย คิดว่าหมด ทางออก ทุกปัญหามีทางออก อาจจะค่อยๆแก้ไขไปที่ละอย่าง ปัญหาที่จะหมดไปเอง ปราชญ์ชาวบ้าน : บ้านเรามีความเชื่อว่า คนที่ฆ่าตัวตายเกิดชาติหน้าก็จะฆ่าตัวตายเหมือนเดิม ปัญหา น่าจะเกิดจากมีหนี้สินมาก ปัญหาจากครอบครัว ปัญหาหลายอย่าง แต่แก้ปัญหไม่ได้ บางคนคิดแปบ เดียวว่าต้องหนีจากโรคนี้ เดือนก่อนหลานชายผูกคอตาย พอเกิดแล้วก็ให้เป็นไป ตายแล้วก็ตายไป แต่ สิ่งเหล่านี้แก้ไขได้ แต่ถ้าเป็นเราเราจะไม่ทำ ตามหนังสือศาสนาบอกว่าถ้าฆ่าตัวตายแล้ว “ตายแล้วก็สืบ ได้ไปเกิด”	

	นำชุมชน ม.9 : ตั้งแต่เกิดมายังไม่เคยมีใครฆ่าตัวตาย ถ้ามีใครซึมเศร้า หรือมีปัญหาอะไรก็มาปรึกษากัน ค่อยๆ ค่อยๆ พูดจากัน มีปัญหาอะไรก็เล่าให้กันฟัง ด้วยเราเป็นหมู่บ้าน เป็นชุมชนขนาดเล็ก เลยรู้จักกันทุกคน เจ้าคณะ ตำบลชีทวน : เหตุการณ์ที่เกิดเป็นญาติกัน เขามีปัญหาเรื่องการทำนา ไม่เคยทำ พอพ่อป่วย เขาเลยจะทำนาให้สำเร็จ เขาเครียดเรื่องทำนา ช่วงดึกไปนาเขาไปแขวนคอตายที่นา ปัญหาคือเมื่อเกิดปัญหากัน ไม่ได้ให้การเอาใจใส่ จึงเกิดเรื่องแบบนี้ พระครู บ้านหนองโน : ปัญหาเกิดจากการทะเลาะกันกับภรรยา มีปัญหาเรื่องการทำงาน พอมีปัญหา ก็เพ่งสุรา พอติดสุรา ภรรยาก็ไปมีคนอื่น เลยกินยาฆ่าตัวตาย พอรู้ข่าวก็ส่งสารเขา ทางศาสนาเรียกว่าเป็นบาป ถ้าฆ่าตัวตายจะเวียนว่ายตายเกิด เกิดแล้วตาย ตายแล้วเกิด ไม่ได้ไปผูกไปเกิด ทุกชาติ เป็นบาปใหญ่หลวง	
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์		
ท่านมีมุมมองต่อสถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่/ มุมมองต่อคนที่ฆ่าตัวตาย (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) อย่างไร	สารวัตรกำนัน : การจะฆ่าตัวตายแต่ละคนคิดไม่เหมือนกัน บางคนก็คิดมาก บางคนก็หนีมาก อยู่ไปก็มีแต่ความทุกข์ เลยตัดสินใจฆ่าตัวตาย แต่จริงๆ เป็นเรื่องไม่ถูกต้อง มองว่าทุกปัญหามีทางออก ทางออกมีเสมอ ตัวแทนผู้สูงอายุ : พอได้ยินแล้วรู้สึกเศร้า เสียใจ เสียตาย เสียตายที่เราไม่รู้ไม่ทันความคิดของเขา เราควรมีการสังเกต คนที่อยู่ใกล้ชิดก็พยายามสังเกตพฤติกรรม เพราะถ้าผู้ใกล้ชิดพยายามสังเกตก็คงไม่เกิดเหตุการณ์แบบนี้ ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : บางคนเกิดปัญหาจากครอบครัว สารเสพติด หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช แต่มองว่าการฆ่าตัวตายไม่ใช่ทางออกของปัญหา	
จากประสบการณ์ของท่าน มีกลไกในการขับเคลื่อนด้านนโยบายและปฏิบัติอะไรบ้างที่ทำให้ท่าน	ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : รพ.สต. มีการประชุมทีมผู้นำ อสม.ลงคัดกรอง ลงเยี่ยมในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าพบใครที่มีปัญหาให้แจ้งแก่ เจ้าหน้าที่ ผู้นำ ให้ไปพูดคุยสอบถามถึงปัญหา เจ้าคณะ ตำบลชีทวน: ปัญหาเกิดในชุมชน แต่พระก็ไม่ได้ให้ความรู้ทางศาสนาเท่าที่ควร แต่ชุมชนก็ให้ความร่วมมือดี มีโครงการให้พระลงไปดูชุมชน มีกลุ่มรักษาศีล 5 เมื่อชุมชนให้ความร่วมมือดี ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย มีจิตทางนี้ก็น้อยลง ตัวแทนผู้สูงอายุ : “ถ้าคนมีความสุขจะไม่ฆ่าตัวตาย คนที่ฆ่าตัวตายจะเป็นคนที่มีทุกข์” แต่ก่อนกลุ่มที่มีปัญหาซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ไม่ได้เข้ามาทำกิจกรรมกัน ตอนนี้ชักชวนกันมา กลุ่มผู้สูงอายุที่	

	ดำเนินการอยู่ เป็นการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรม ซึ่งมาจากการชักชวนกันเข้าร่วมกลุ่ม แล้วปรึกษาหาเจ้าหน้าที่ และมีการเชิญวิทยากรมาฝึกอบรมเลยเกิดกลุ่ม ทำยาหม่อง ทำลูกประคบ บางคนที่มีปัญหาทำงานได้ไม่มาก ก็ไม่ว่ากัน ทุกคนมีศักยภาพของตัวเองอยู่แล้ว อย่างมีแม่คนนึง ทำงานแต่ได้แต่ก็อยู่ในกลุ่มเดียวกัน แม่บอกว่า “ชั้นแฮปปี้ได้ อย่าลืว่าเลาเด้อ” พอทำแล้วก็ขายได้ เราก็ตีใจ เวลาทำก็ห่อข้าวมากินด้วยกัน ได้พบปะได้พูดคุยกัน แล้วก็ชวนกันไปฟังเทศน์ ช่วงเช้าพรรษาทุกวัน อย่างมีแม่คนนึงพูดว่า “ไปวัดก่่วนดี มีหยงก็ได้เวาได้คุดกัน”	
ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานจากบทบาทหน้าที่ของท่าน อย่างไร	ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : ในทุกเดือนจะมีการประชุมประจำเดือน ให้ อสม. โรงเรียน ผู้นำ มาประชุมกัน มาชี้แจง อธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหากันในแต่ละเขตรับผิดชอบ	
ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ผล และไม่ได้ผลสำหรับชุมชนในความดูแลของท่าน	ปัจจัยที่ได้ผล ปราชญ์ชาวบ้าน : อยากให้ทุกคนสวดมนต์ไหว้พระ ก่อนนอนไหว้พระ ตื่นมาไหว้พระ ไหว้พระ สวดมนต์ทุกวัน นำชุมชน ม.9 : เอาเหตุการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดจากที่อื่นมาเป็นบทเรียน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบนี้ในหมู่บ้านและในครอบครัว พูดคุยกันในที่ประชุม ปรึกษา หาทางแก้ไขในหมู่บ้าน ผู้นำก็ต้องแนะนำลูกหลานให้หาทางออกเวลาเจอปัญหา ผู้นำชุมชน ม.3: ที่พื้นที่ไม่มีปัญหาฆ่าตัวตายเกิดจาก 3 ปัจจัยคือ 1) ยังคงเป็นชุมชนชนบทอยู่ คือมีความเจริญแต่ยังคงเป็นชุมชนชนบท ซึ่งมีความผูกพัน ความอบอุ่น 2) ชุมชนอยู่กันแบบพี่น้อง เป็นเครือญาติกัน แบ่งปันกัน “เข้าส่งแกง เมื่อแลงส่งปัน” 3) ใช้ชีวิตอยู่แบบ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) มีความเกื้อหนุนเกื้อกูลกัน ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการพูดคุยสื่อสาร เข้าใจกัน ถ้ามีปัญหาแล้วครอบครัวแก้ไขปัญหไม่ได้ ก็บอกญาติ ญาติแก้ไม่ได้ ก็แจ้งผู้นำ และแจ้งพระคุณเจ้า ด้วยความที่ชุมชนยังคงเป็นชนบท มีความสัมพันธ์กันฉันท์พี่น้อง มีการอภัยซึ่งกันและกัน รวมถึง อสม.ก็มีศักยภาพมากขึ้น มีจิตอาสา มีการโครงการดูแลในชุมชน เช่น CG ก็มีผลให้เกิดผลดี	

	ปัจจัยที่ไม่ได้ผล ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : มีคนเข้าวัดน้อยลง ส่วนมากมักจะพูดว่า “กุยังไม่เข้าวัดหรอก กุยังไม่แก่” “กุเข้าวัดบ่หลม” ปัจจัยส่วนหนึ่งก็มาจากครอบครัว อายุพอจะเข้าวัดก็ไม่ได้เข้าวัด ต้องเลี้ยงหลานอยู่บ้าน ไม่มีเวลา เลยทำให้คนห่างวัด ห่างพระ ทำให้คนสมัยใหม่เข้าไม่ถึงธรรมะ	
ในส่วนของชุมชน มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้อง ต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร และมีกิจกรรม (เช่น ประเพณี พิธีกรรม) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้คนในชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือไม่ อย่างไร	ความเชื่อทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน : บ้านเรามีความเชื่อว่า คนที่ฆ่าตัวตายเกิดชาติหน้าก็จะฆ่าตัวตายเหมือนเดิม “ตายแล้วกลับได้ไปเกิด” พระครู บ้านหนองโน : ถ้าฆ่าตัวตายจะเวียนว่ายตายเกิด เกิดแล้วตาย ตายแล้วเกิด ไม่ได้ไปผูกไปเกิดทุกชาติ เป็นบาปใหญ่หลวง ประเพณี ผู้นำชุมชน หมู่ 6 : มีประเพณีตักบาตรเช้าพรรษาทุกวันพระ เป็นบุญประจำปี มีการตักบาตรหมฺนเวียนไปทุกวัดในตำบล ในวันงานทุกคนจะมาทำบุญที่เดียวกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายใน 3 เดือนช่วงเช้าพรรษาจึงมักไม่ค่อยเกิด	
ท่านคิดว่าคุณลักษณะที่สำคัญของฝ่ายรัฐ/พื้นที่/ชุมชนที่จะเอื้อต่อการป้องกัน/แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นอย่างไร ใครควรจะทำอะไร มีความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนกันตรงไหน อย่างไรบ้าง	ลักษณะสำคัญ คือ สร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนของการทำงาน เช่น การวางแผนร่วมกันในการดูแลป้องกัน ทางสาธารณสุขมีข้อมูลความรู้ ทาง อบต. ท้องถิ่นมีงบประมาณ และ คนในชุมชนมีทุนต่างๆ ทั้งความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และเข้าถึงปัญหาได้เร็ว ถ้าสามารถประสานการร่วมมือร่วมใจได้ จะทำให้การทำงานเพื่อชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	
ท่านมีแนวคิดในการช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่ฆ่าตัวตาย หรือยับยั้งไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย (รายใหม่) ได้อย่างไร ฯลฯ	นำชุมชน ม.9 : เอาเหตุการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดจากที่อื่นมาเป็นบทเรียน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบนี้ในหมู่บ้านและในครอบครัว พูดคุยกันในที่ประชุม ปรีกษา หาทางแก้ไขในหมู่บ้าน ผู้นำก็ต้องแนะนำลูกหลานให้หาทางออกเวลาเจอปัญหา ผู้นำชุมชน หมู่ 11 : เวลาคนมีปัญหา คนใกล้ชิดต้องพยายามพูดจาโน้มน้าว และหาทางแก้ไขร่วมกัน คนจะช่วยเหลือได้คือคนใกล้และการนำเสนอข่าวของสื่อไม่ควรนำเสนอให้เชิญชวนต่อการทำตาม	

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ไชยสถาน อำเภอมือฉ่าง จังหวัดน่าน



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ดงดำ อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บ้านขนานนกและรพ.สต.บ้านบางตะลุมพอ อำเภopakพนัง
จังหวัดนครศรีธรรมราช



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”

พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บ้านเขาตะพันธ์และรพ.สต.บ้านเขาช่อง อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.บางหัก อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.น้ำซุนและรพ.สต.ปากดุก อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.น้ำพี้ อำเภอดงแสนดิน จังหวัดอุดรธานี



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.หนองน้ำใสและรพ.สต.นาโน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น



โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดเก็บข้อมูลภาคสนามวิจัยการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัว
ตายในประเทศไทย ภายใต้ “แผนงานวิจัยท้าทายไทย”
พื้นที่เขตบริการ รพ.สต.ซีทวนและรพ.สต.ท่าไผ่ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี



รายนามคณะผู้วิจัย

ที่ปรึกษา

- | | |
|--|---|
| 1. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธิดา แสงสิงแก้ว | คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา ดวงภูมิเมศ | สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นายสุพัตรชัย อมชารัมย์ | สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย
มหาวิทยาลัยมหิดล |

คณะทำงาน

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล | รองชนะเลิศฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และพัฒนาเครือข่าย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. นางอรพิน ยอดกลาง | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 3. นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 4. แพทย์หญิงกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการสุขภาพจิตและ
จิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 5. นางสาวลิ ปาโรหิตย์ | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 6. นางสาวพนิดา ขาปัญญา | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 7. นางสาวอมรรัตน์ เม็ดไธสง | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 8. นายวิรัช สุตจันทร์ฮาม | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 9. นางสาววิไลลักษณ์ ชินโน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 10. นายโตม ธรรมสัต์ | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 11. นางสาวสุกัญญา เรืองสุวรรณ | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 12. นายอริวัฒน์ พัฒนจักร์ | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |

ผู้ประสานงานระดับจังหวัด

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 1. นางสาว ศิริพร อุปแปง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน |
| 2. นางปิยดา ขุนชุ่ม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน |
| 3. นางวิภาดา อัฐพร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 4. นางสาวสุทธิรัตน์ อุทัย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี |
| 5. นางสาวจุฑามาส มีกุล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี |

- 6.นายจิโรจน์ ใจยอง
- 7.น.ส.ปราณี มาท่ามา
- 8.นางทองสุข ดาราษฎร์
9. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

