



การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วีรศักดิ์ นนทารมย์, พ.บ.*

Received: 12 มิ.ย.67

Revised: 20 พ.ย.67

Accepted: 22 พ.ย.67

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายสร้างผลกระทบกว้างต่อสังคมแต่เป็นเรื่องป้องกันได้การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อศึกษาการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จและพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ เก็บข้อมูลจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด ตามแบบรายงาน 506DS 4 คน กลุ่มตัวอย่าง 51 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดย ตอบแบบวัด การสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี รองลงมา คือกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 15-29 ปี และวัยสูงอายุ คิดเป็นอัตรา 34.73, 17.24 และ 14.46 ต่อแสนประชากรตามลำดับ 2) การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ มีนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงระดับครอบครัว 3) การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ควรประกอบด้วย ความรู้ ความรัก ความสามัคคี (รู้ รัก สามัคคี) ที่มี อสม. ตามนโยบาย 3 หมอเป็นผู้ส่งมอบสู่ชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ 1) คปสอ. อินทร์บุรี ควรพัฒนาให้เกิด อสม. สุขภาพจิตประจำครอบครัวเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ 2) ควรวิจัย และพัฒนาการสร้างความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสอดส่อง มองหา พาดูแลปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน

คำสำคัญ: แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย, การฆ่าตัวตายสำเร็จ, เครือข่ายการป้องกันการฆ่าตัวตาย

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอินทร์บุรี, E-mail: vnontharom@gmail.com



Development of Completed Suicide Prevention Approaches, Chi Nam Rai Subdistrict, Inburi District, Singburi Province

Veerasak Nontharom, M.D.^{*1}

Abstract

Suicide can have long-lasting effects on individuals, but it is preventable. This mixed method research was hence conducted to investigate how to prevent it through completed suicide prevention approaches. The research collected data from four relatives or close ties who were requested to provide information according to the 506DS form. The research investigated 51 samples obtained through purposive sampling. Data were obtained through in-depth interviews and a group discussion and analyzed using percentage and content analysis.

The results revealed that 1) the majority of the samples belonged to the following age groups: 30-44 years (34.73%), 15-29 years (17.24%), and the elderly (14.46%). 2) Despite the implementation of a policy aimed at preventing completed suicide, the policy did not adequately address the needs of families. 3) An approach for completed should be designed to incorporate the three key principles including knowledge, love, and unity according to the 'Three-Doctor' policy.

The research recommended 1) Inburi's District Health Coordinating Committee recruit village health volunteers to provide mental health guidance and 2) research and develop collaboration with local administrative organizations in monitoring mental health problems in working age people to prevent completed suicide in working-age people.

Keywords: Approaches for preventing suicide, Completed suicide, Suicide prevention network

¹Corresponding E-mail: vnontharom@gmail.com

* Medical Doctor (Senior Professional Level), Head of Psychiatry and Drug Addiction Division, Inburi Hospital

**บทนำ**

การฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในแต่ละปี ประชากรโลกเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในทุก 40 วินาที¹ (World Health Organization, 2021) ส่วนในประเทศไทย พบว่าปี 2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.37 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ได้มีการปรับตัวชี้วัดปี 2564 ให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคนในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดที่ไม่สามารถรับรู้ถึงสัญญาณเตือนหรือให้การช่วยเหลือเพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวได้นำมาซึ่งความรู้สึกผิด ความอายในบางคนอาจเป็นเหมือนตราบาทที่ติดอยู่ในใจไปตลอด นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อด้านทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสีย ทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ และหากแม้การกระทำดังกล่าวจะไม่ถึงแก่ชีวิต รัฐย่อมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเมื่อมีความพิการ ทุพพลภาพ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดสิงห์บุรี ได้เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้และมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 13.97 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 86.75 ช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 20.68 รองลงมา คือ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.68 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 23.80 รองลงมาคือ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ร้อยละ 16.66 ใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุด ร้อยละ 86.20 สำหรับอำเภออินทร์บุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2556-2564 อยู่ที่ 2.1-12.8

ต่อประชากรแสนคน อยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาคือ 50-59 ปี และ 70-79 ปี พบ 20.1, 14.3 และ 13.3 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง² (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคเส้นเลือดสมอง มะเร็ง) ร้อยละ 41.9 ใช้วิธีผูกคอตายมากที่สุด ร้อยละ 83.9 พื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ มากที่สุดคือ ตำบลชีน้ำร้าย พบ 12.9 ต่อประชากรแสนคน

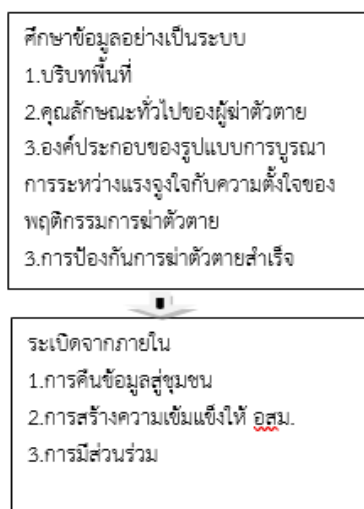
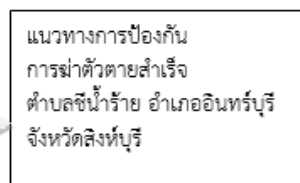
การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเรื่องสำคัญของทุกครัวเรือน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งที่จะนำสู่กระบวนการเรียนรู้และลงสู่การปฏิบัติจริงตามแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชนตำบลชีน้ำร้ายนั่นเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ประยุกต์ใช้หลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9³ และแนวคิด องค์ประกอบของรูปแบบการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ Rory C O'Connor RC และ Olivia J Kirtley OJ.⁴ ดังนี้

ตัวแปรต้น**ตัวแปรตาม**

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ญาติหรือผู้ใกล้ชิดซึ่งให้ข้อมูลตามแบบสอบถามญาติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ตำบลชื่อน้ำร้าย อำเภอบึงนาราง จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างปี พ.ศ.2556-2564 จำนวน 4 คน บุคลากรด้านสาธารณสุข 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลชื่อน้ำร้าย ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 51 คน ประชากรรวม 57 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการวัดทัศนคติได้จากการสุ่มอย่างเจาะจง คือยินดีตอบแบบวัดทัศนคติ จำนวน 51 คน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชื่อน้ำร้าย ได้จากการสุ่มอย่างเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน มีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลชื่อน้ำร้าย
2. มีประสบการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายในอดีต
3. สม่ใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตำบลชื่อน้ำร้าย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
2. แบบวัดทัศนคติต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ของหลักสูตร 3 หมอสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน⁵ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 3 ข้อความ ได้แก่ 1) ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม 2) คนที่พยายามฆ่า/ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นคนอ่อนแอ 3) การฆ่าตัวตายซ้ำเกิดขึ้นเพราะครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ
3. แบบวัดความรู้ 10 สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ให้เลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 10 ข้อ
4. ประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย 1) การฆ่าตัวตายของตำบลชื่อน้ำร้ายเป็นอย่างไร 2) การฆ่าตัวตาย

สำเร็จมีผลกระทบกับใครบ้างหรือไม่อย่างไร 3) แนวทางแก้ไข ปัญหาในการป้องกันการฆ่าตัวตายของตำบลชื่อน้ำร้าย เป็นอย่างไร

4) ควรมีการพัฒนาแนวทางดังกล่าวหรือไม่อย่างไร 5) การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของตำบลชื่อน้ำร้าย ใครควรทำอะไรบ้างอย่างไร ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร ศ.ดร.กาสัก เตชะชั้นหมาก และ ดร.เฉลิมศรี รชนาจันทร์ ซึ่งมีค่า IOC = 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสิงห์บุรี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย SEC 7/2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลจากเอกสารแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาบทความวารสารวิชาการ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากอินเทอร์เน็ต 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการแบบวัด ทัศนคติต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แบบวัดความรู้ 10 สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3) ดำเนินการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต 4) วิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลสรุปนำเสนอ 5) จัดเวทีคืนข้อมูลเพื่อตรวจสอบยืนยันข้อสรุป 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แสวงหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชื่อน้ำร้าย 7) สรุป แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชื่อน้ำร้าย อำเภอบึงนาราง จังหวัดสิงห์บุรี

ระยะเวลา ตุลาคม 2565-กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามธรรมชาติของข้อมูล คือข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ แง่เน้น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. บริบท ตำบลชื่อน้ำร้าย อำเภอบึงนาราง จังหวัดสิงห์บุรี เป็นพื้นที่ลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาน้ำท่วมถึงเป็นที่ตั้งของประตูละบายน้ำบางโฉเมศรี มีโรงงานอุตสาหกรรม โรงอิฐ ทำให้มีผู้คนจากที่อื่นมาอยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ ห่างจากตัวจังหวัดสิงห์บุรี 23 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครอง 8 หมู่บ้าน จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบว่าระหว่าง พ.ศ.2556-พ.ศ.2564 ตำบลชื่อน้ำร้าย มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 12.87 ต่อประชากรแสนคน ปรากฏดังตาราง 1



ตาราง 1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลขึ้นราย ปี พ.ศ. 2556-พ.ศ. 2564

ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)		อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสน ประชากร
	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	ประชากร	
พ.ศ. 2556	1	3,338	29.96
พ.ศ. 2557	0	3,363	0
พ.ศ. 2558	0	3,363	0
พ.ศ. 2559	0	3,412	0
พ.ศ. 2560	0	3,582	0
พ.ศ. 2561	0	3,564	0
พ.ศ. 2562	0	3,538	0
พ.ศ. 2563	1	3,482	28.72
พ.ศ. 2564	2	3,427	58.36
รวม	4	31,069	12.87

2. คุณลักษณะของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

คุณลักษณะของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า ทุกคนเพศชาย ครึ่งหนึ่งพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ช่วงวัยอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี คิดเป็นอัตรา 34.73 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 15-29 ปี และวัยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นอัตรา 17.24 และ 14.46 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

3. องค์ประกอบของรูปแบบการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3.1 ระยะก่อนมีแรงจูงใจ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในชีวิต พบว่า ทุกคนมีความวิตกกังวลตามสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์เหมือนกัน แต่แตกต่างกันไปตามบริบทของบุคคล ดังนี้ คนที่ 1 เป็นคนอารมณ์ร้อน หุนหันพลันแล่น อาชีพทำนาหาเลี้ยงครอบครัว ปีเกิดเหตุฝนตกหนักน้ำท่วมนาข้าว คนที่ 2 เป็นคนอารมณ์ปกติ อาชีพรับจ้าง มีหนี้สินถูกตามทวงหนี้ไม่มีخذใช้ คนที่ 3 เป็นคนอารมณ์ปกติ ห้างไกลครอบครัวมาจากภาคอีสานบวชมานานกว่า 5 ปี ที่น่าสนใจคือ พ่อผูกคอตาย คนที่ 4 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการทางจิตเวช ต้องอาศัยหลานดูแลและพาไปรับการรักษา

3.2 ระยะมีแรงจูงใจ พบว่า แรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นไปตามสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละคนมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึก กล่าวคือ ความรู้สึกพ่ายแพ้ ความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเป็นภาระ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ปีนั้นฝนตกหนักมาก น้ำท่วมนาข้าว เขาไปวิดน้ำ (สูบน้ำ) ออกจากนาทุกวัน พอน้ำยุบ ฝนก็เทลงมาอีก ไม่เข้าบ้านเข้ามาที่ก็บ่นกับแม่ว่าไม่รู้จะทำอย่างไรให้ชนะ (สูบน้ำให้เลิกท่วมนาข้าว)...บางวันต้องเอาข้าวไปส่งที่นา ค้างวันค้างคืนที่นั่น...น้ำฝนมันเยอะแก็กจะสูบน้ำให้แห้งให้ได้ยังไง...บอกว่าปล่อยมัน ฤไม่ได้เสียหายแต่เราทุกบ้านก็เหมือนกัน ก็ไม่ฟังจะเอาชนะให้ได้...”

“...อายุ 63 เป็นเบาหวาน เป็นจิตเวช อยู่คนเดียว หลานสาวที่อยู่บ้านข้างๆ คอยดูแล พาไปต่อยาหาหมอ หลานก็ดีนะหลานพาไป ตลอด ส่งเสียให้กินให้อยู่ไม่อดอยากหรอก...แต่แสบว่าเกิดมาเป็นภาระคนอื่น...”

ที่น่าสนใจคือการแสดงสัญญาณเตือน พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสัญญาณเตือนด้วยการบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองทุกคน โดยแสดงให้ญาติรับรู้ผ่านคำพูดโดยตรง หรือโดยอ้อม เช่น อยากตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระ เบื่อทุกอย่าง เป็นต้น ซึ่งจากการแสวงหาที่ทั้งหมด พบว่ามีคำพูดโดยตรง ร้อยละ 75 แสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ การฝากดูแลลูก

“...เมียเขาบอกว่าโทรไปหาพี่สาว บอกฝากดูแลหลานด้วย ครอบครัวเขาก็ไม่เอะใจอะไรตอนนั้น แต่พอตายจริงมาต่อเรื่องราว เลย์รู้ว่านั่นแหละที่เรียกว่าพูดเป็นกลาง...”

3.4 ระยะตั้งใจ พบว่า ทุกคนลงมือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอตาย

“...ท่านกลับไปบ้านที่บุรีรัมย์ ญาติบอกกลับไป แล้วที่บ้านทะเลาะกันแต่ไม่ได้ถามว่าทะเลาะกับใคร ก็กลับมาถึงวัด ไม่พูดไม่คุยให้ใครฟังเลยนะ เข้าไปตามเห็นไม่ลงม้าน้ำข้าว นั่นแหละถึงรู้ว่า ผูกคอ ตาย...”

“...ไม่คิดว่าเขาจะทำจริง (ฆ่าตัวตาย) เขาบอกว่า จะตายแล้วนะทำอย่างไรก็ไม่ชนะมัน (ชนะน้ำท่วมข้าวด้วยการสูบน้ำให้แห้ง)...เขาผูกคอตายอยู่ที่วัดนี้นั่นแหละ...”



4. การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

4.1 การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า มีการสอบสวนโรคตามแบบรายงาน 506 DS และรายงานไปยังโรงพยาบาลอินทร์บุรี ร่วมกับการรณรงค์ผ่านการประชาสัมพันธ์ในวันฆ่าตัวตายโลก มีการประเมิน 2Q และ 9Q เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยทีม MACCT ระดับอำเภอ/จังหวัด ตามความเร่งด่วนหรือรุนแรงของสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการค้นหา กลุ่มเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นภารกิจที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงาน

4.2 การเข้าถึงบริการ/แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสามารถเข้าถึงได้ เป็นไปตามเงื่อนไขชีวิตของพวกเขา กล่าวคือ ผู้ที่ทำงานรับจ้างจะมีเพียงการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ร้านค้าและคนในครอบครัวเป็นหลัก ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและถูก

นำส่งโรงพยาบาล หรือผู้ที่เดินเข้าไปขอรับคำปรึกษา การรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นจึงจะเข้าถึงบริการ

“...ถ้าไม่วุ่นวายทำร้ายใคร เขาก็ไม่หาหมอหรอก ไม่มีใครอยากถูกมองว่า บ้า...บางคนกินยาฆ่าตัวตาย ถ้าไม่ไปโรงพยาบาลก็ไม่มีใครรู้...”

4.3 ทศนคติของ บุคลากรด้านสาธารณสุข ต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีทศนคติเชิงลบต่อผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมากกว่าร้อยละ 60 เห็นว่า ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเพราะครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ และคนที่พยายามฆ่า/ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นคนอ่อนแอ คิดเป็นร้อยละ 74.51, 66.67 และ 60.78 ตามลำดับ ปรากฏดังตาราง 2

ตาราง 2 ทศนคติของ บุคลากรด้านสาธารณสุข ต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ข้อความ	ทศนคติ (n=51)	
	เห็นด้วย คน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย คน (ร้อยละ)
1. ผู้ทำร้ายตนเอง/ พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม	38 (74.51)	13 (25.49)
2. คนที่พยายามฆ่า/ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นคนอ่อนแอ	31 (60.78)	20 (39.22)
3. การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเพราะครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ	34 (66.67)	17 (33.33)

ประเด็นน่าสนใจ คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและนำส่งโรงพยาบาลถูกมองว่าเป็นการกระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ รวมถึงเป็นการกระทำที่เพิ่มภาระให้บุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวที่ว่า

“...กินตาย แล้วไปบอกคนให้พาไปโรงพยาบาล ถ้าอยากตายจริงเขาจะไม่บอกใคร...ถ้าไม่มีคนขัดใจก็ไม่ทำหรอกเชื่อเถอะ...พอไปโรงพยาบาลหมอเขาก็เพิ่มงานอีกเอาเวลามาช่วยคนอยากตาย...”

5. การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

5.1 การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ดำเนินการโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับกลุ่ม อสม. การสรุปข้อค้นพบพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกันนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตนายแพทย์ประยุตต์เสรีเสถียร เพื่อแสวงหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าการพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ควรประกอบด้วย ความรู้ ความรัก ความสามัคคี (รู้ รัก สามัคคี) ที่มีอสม. เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ นั่นเอง

5.2 การสร้างความเข้มแข็งให้ อสม.

การสร้างความเข้มแข็งให้ อสม. ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลขึ้นน้ำร้าย พบว่า มีการให้ความรู้ของอสม. ในพื้นที่ การอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลในขณะที่ยังอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มสูงขึ้นดังที่ปรากฏในตาราง 1 หรืออาจกล่าวได้ว่ากระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้ อสม. ด้านสุขภาพจิตของหน่วยราชการดำเนินการเมื่อมีนโยบายสั่งการลงมา แต่การอยู่ร่วมกันในชุมชนของสังคมชนบทเป็นเป้าหมายตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเองตามวิถีชีวิตและประสบการณ์ของอสม. แต่ละบุคคล

“...อสม. ไม่ได้ทำเรื่องนี้ได้ทุกคนนะ เหมือนพวกเราแหละ (จนท.สาธารณสุข) รับงานสุขภาพจิต อบรมแล้วอบรมอีกก็ใช้ว่าจะทำได้ดีเท่า ๆ กัน ของเรามันยังมีตัวชีวิตบังคับนะ ต้องทำเพราะเป็นหน้าที่ แต่ของ อสม. นี่ 1 วัน 1,000 กว่างานใครที่มีทุนเดิม (จิตใจ) ดีเขาก็จะสนใจห่วงใยคนอื่น แต่บางคนตัวเองยังเอาไม่ไหวรอดผิวมาลูกเกไม่เรียนก็ว่ากันไปตามสภาพ...”

“...ฉันเคยท้อ เบื่อไม่อยากอยู่ในหัวมันคิดวนเวียนอยู่แต่ความทุกข์ของตัวเอง ผัวมีเมียน้อย เงินไม่พอใช้ ไม่พอเลี้ยงลูก



ไม่อยากไปไหนไม่ค่อยกับใครคิดอย่างเดียว ตายไปคงหมดเวรหมดกรรม ...นั่นแหละคนมันไม่ถึงคราว (ตาย) ซื่อยามาแล้วจะกิน (ยาฆ่าตัวตาย) พอคิดไปถึงแม่ แม่จะลำบากเลี้ยงลูกเราลูกเราจะเป็นไงถ้าตายไปแล้ว เปลี่ยนใจบอกตัวเองว่า กูต้องอยู่ กูต้องสู้เพื่อคนที่กูรัก ผัวมันแค่คนอื่น...เลิกกับผัว เลยรอดมาถึงวันนี้แหละ (หัวเราะ) แต่มันทำให้เราเข้าใจคนที่เขาไม่รู้จักหันหน้าไม่หาใครนะเวลาที่มีความทุกข์ ประสบการณ์นี้แหละที่ทำให้อยากช่วยคนอื่น ถ้าสังเกตนะ เราารู้เลยว่าคนไหนเริ่มไม่ค่อยไหวแล้วแค่พูดคุยให้เขามีกำลังใจก็ไม่ตายแล้ว...”

“...ที่บ้านเป็นร้านค้าขายทุกอย่างแหละ ลูกค้าแต่ละคนก็จะบ่น ๆ เรื่องไม่สบายใจให้ฟัง ก็ไปลอบกันไปตามประสาชาวบ้าน ยกตัวอย่างบ้านโน้นบ้านนี้ ในทีวีบ้าง ว่ามีคนที่เคยคิดว่าลำบากกว่าเราอีกเยอะ (หัวเราะ) พอถึงตัวเองมันทำไม่ได้อย่างที่สอนคนอื่นเขาซะหมด ไม่รู้จะทำยังไงคิดได้ต้องไปวัดไปที่สงบ ๆ ให้พระให้เจ้าทำให้เรากลับปาบ มันก็ผ่านไปได้ ย้อนไปคิดยังสงสัยว่าทำไมเราคิดไปได้ขนาดนั้น มันไม่มีอะไรหนักหนาอย่างที่คิดเลยแค่คิดไปเอง...ฉันว่าคนส่วนใหญ่ก็เป็นอย่างนี้แหละ ฟุ้งซ่านแต่เจ็บจริงทุกขจริง...”

ดังนั้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ อสม. จึงต้องพัฒนาโดยการปรับทัศนคติ และเสริมสร้างความรู้ ร่วมกับการทดลองปฏิบัติจริงและประเมินผลให้เกิดความมั่นใจว่า “สามารถ”

5.3 การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นไปตามบริบทที่เกี่ยวข้องตามบทบาทของส่วนราชการและผู้เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลคนป่วยโรคจิตว่าอาการกำเริบหรือไม่ การประเมินสุขภาพจิตช่วงน้ำท่วม เป็นต้น แต่ถึงอย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า “คนไทยไม่ทิ้งกัน” เนื่องจากความผูกพันทางสังคมจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมตามธรรมชาติของคนชนบท ที่สืบเนื่องจากความสงสาร เห็นอกเห็นใจ นั่นเอง

“...ก็ไปตามบ้านที่เรารับผิดชอบแหละหมอ เขาให้ไปตามใครไปดูแลใครก็ไป แต่ถ้าตอนน้ำท่วม พวกหมอของจังหวัด (ทีม MCATT) มีแบบประเมินมาถามกันเอง เขาให้คอยดูว่า ใครกินไม่ได้นอนไม่หลับให้บอกด้วย...ที่จริงทุกคนก็ลำบากเหมือนกันแหละ น้ำมันไม่ได้เลือกนี่ว่าจะท่วมบ้านไหน ไม่ท่วมบ้านไหนเราช่วยกันตามประสาชาวบ้านมันก็มีกำลังใจนะว่าไม่ถุกทิ้ง แค่ช่วยยกของขนของหนีน้ำ เขาก็ชื่นใจแล้ว เขาไปเอาของแจกไม่ได้ เราเอาไปให้ เราไปไม่ได้มีคนเอามาฝาก มันก็เห็นอกเห็นใจกัน เหมือนโบราณว่าเตี้ยอ้อมค้อมอย่างไอย่างงั้นเลย (หัวเราะ)...”

“...บางคนเขายากจน คนในหมู่บ้านก็ดูแลกันไปไม่ได้มีใครรวยหรอก แต่คนเราอะไรแบ่งปันกันได้ก็หยิบยื่นกันไป...เสื้อผ้า ของกิน ของใช้ เดวก็ตายจากกันเอาอะไรไปไม่ได้ ”

ดังนั้นการสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนบ้านวัดราชการ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรเกิดขึ้นจริง แต่ด้วยข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและอาชีพตามเงื่อนไขชีวิตของแต่ละบุคคล ถือเป็นเส้นแบ่งกันความครอบคลุมในการดูแลด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่ง เพราะจังหวะของผู้มีอาชีพดูแลอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเวลา ที่กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเช่นกัน ดังนั้นคนในครอบครัวควรมีหน้าที่ “สอดส่อง มองหา พาดูแล” เพื่อเฝ้าระวังดูแลสมาชิกของครอบครัวและตัวเอง

“...ก็อาชีพของเรา (สาธารณสุข) ทำงานเวลาราชการ ไม่ตรงกับเวลาราชการ เจอบ้างไม่เจอบ้าง (หัวเราะ) เขาก็ต้องทำมาหากินเหมือนกัน คนในบ้านแหละที่จะเฝ้าระวังได้ดีที่สุด...”

แต่สภาพปัจจุบันที่น่าสนใจ คือ เมื่อได้ยินคนบ่นอยากตายไม่รู้ว่าควรสื่อสารอย่างไรให้เหมาะสม จนบางโอกาสเสียงบ่นอยากตายกลายเป็นความกดดันของคนฟังได้เช่นกัน

“...มันยากเวลาเจอของจริงในบ้านเราเอง (ครอบครัวอสม.) เขาก็บ่นอยากตาย เย็นก็บ่น อยากตาย อะไรนิด ๆ หน่อย ๆ ไม่ได้ตั้งใจ ไม่พอใจ ก็บ่นอยากตาย คนฟังฟังทุกวัน วันละหลายเวลา มันก็เครียดนะมันพูดอะไรไม่ออก เหนื่อยงานมาบ้านเจอคนอยากตายอีก เคยคิดในใจนะว่า แกตายก่อนฉันนะไม่เป็นไร ถ้าฉันตายก่อนแกนี่ชีวิตกรรมเวร...”

ถึงอย่างไรก็ตามการดูแลช่วยเหลือรับฟังหรือให้กำลังใจใครที่กำลังอ่อนล้านำมาซึ่งความสุขในการทำประโยชน์ให้ผู้อื่นที่ทุกคนหรือผู้เกี่ยวข้อง เรียกว่า “ให้” หรือการช่วยเหลือ ผู้ให้จะเกิดความรู้สึก “สุขใจ ใ้บุญ” ทันททีได้ทำหรืออาจสรุปได้ว่าการให้เป็นเครื่องยึดโยงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสมาชิกชุมชนและนำมาซึ่งความสุขในการทำประโยชน์ ให้ผู้อื่นแล้วสะท้อนกลับมาเติมพลังให้ผู้ให้ นั่นเอง

“...เวลาเราไปเยี่ยมไปพูดคุยหรือเป็นที่ระบายให้ใครสักคน มันก็เหมือนเราทำบุญนะช่วยคนที่ไม่สบายใจ เครียดหรืออยู่คนเดียว ไปไปยังคิดว่าตกลงใครช่วยใครกันแน่ มันรู้สึกสบายใจที่ได้ให้ได้ทำนะ...”



“หนูเคยท้อนะกับงานที่ทุกอย่างอย่างลงพั้งชั้นที่นอนมัยเหมือนทุกคนสั่ง ๆ จะเอาโน่นนี่นั่น ผลงานต้องได้เท่านั้นเท่านั้นทั้งที่คนทำมีคนเดียว...แต่นั้นแหละถ้าเราคิดว่างานที่ทำเป็นงานบุญการทำงาน คือการสะสมแต้มบุญมันก็รู้สึกดีเหมือนกัน ได้เงินได้งาน ได้บุญ ...”

“...คิดถึงตอนเราไม่อยากจะอยู่ (คิดฆ่าตัวตาย) มันมองไม่เห็นทางจริง ๆ นะหมกมุ่นกับตัวเอง ถ้ามีใครสักคนมาดึงออกจากความคิดคงจะดี...มันคิดวนเวียนแล้วก็ดังลงเรื่อย ๆ บุญที่รอดมาได้”

แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชินน้ำราย อำเภอนิทรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นเหตุแห่งการพัฒนางานป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของโรงพยาบาลนิทรบุรี ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติได้จริงสำหรับตำบลชินน้ำราย ดังนี้

1. การเรียนรู้ผลกระทบของการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชินน้ำราย ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อทุกส่วนที่เกี่ยวข้องหรือแวดล้อมบุคคลนั้น ๆ ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลกระทบดังกล่าว มีความรุนแรงแปรเปลี่ยนไปตามบทบาทหน้าที่ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

“...ลูกเค้าใครจะส่งเรียน ฉันทรับจ้างไปวัน ๆ แค่ว่ากับข้าวยังไม่พอ นี่ถ้าเค้าไม่ช่วยก็ไม่มีอะไรจะอยู่กันอย่างนี้...คนตายไม่รู้อะไรคนอยู่ก็สู้กันไป...”

“...มันไม่ใช่เรื่องดีที่มีคนในบ้านเป็นอย่างนี้ (ฆ่าตัวตาย) ไปไหนใครก็ถามต้องมาตอบคำถามน่าเบื่อ... เหมือนคนในบ้านไม่ดูแลกันปล่อยให้เขาฆ่าตัวตาย...”

1.2 ผลกระทบต่อชุมชนและสังคมที่เกี่ยวข้องตามบริบทของตำบลชินน้ำรายเป็นชนบทที่แผ่ขยายไปด้วยความสัมพันธ์

แบบเครือญาติแต่เป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อมีการฆ่า ตัวตายสำเร็จ “อารมณ์ ความรู้สึกทางลบ” จะขยายวงกว้างสู่ชุมชน

“...เวลามีใครถามว่า คนบ้านแกเป็นไรฆ่าตัวตายหนีน้ำกันหรือไง ตายทุกปี ความรู้สึกบอกไม่ถูก เหมือนคนบ้านเราไม่ช่วยเหลือกัน จะบอกว่าอายุก็ไม่ใช่ว่าจะว่าโกรธก็ไม่เชิง เหมือนเราเป็นแกะดำนะ...บางทีราคาญก็บอกไปว่า สงสัยดินไม่ดี ไม่มีคนอยากอยู่...”

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชินน้ำราย อำเภอนิทรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

จากข้อค้นพบของปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่กล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นหาข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อดำเนินการแสวงหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร่วมกับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมร่วมด้วย การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ควรประกอบด้วย ความรู้ ความรัก ความสามัคคี (รู้ รัก สามัคคี) ที่มี อสม. เป็นกลไกตามนโยบาย 3 หมอเป็นผู้ส่งมอบสู่ชุมชนต่อไป ซึ่งแต่ละองค์ประกอบหมายถึงการดำเนิน ดังนี้

ความรู้ คือ การทำให้ อสม. รู้วิธีการ สอดส่อง มองหา พาดูแล ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

ความรัก คือ ความรักความผูกพันต่อชุมชนเพื่อเป็นแรงกระตุ้นในการสอดส่อง มองหา พาดูแล ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร่วมกับการสร้างทัศนคติเชิงบวกของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

ความสามัคคี คือ การคำนึงเสมอว่าเราจะทำงานคนเดียวไม่ได้ต้องร่วมมือร่วมใจเป็นหมู่คณะ จึงจะมีพลังเข้าไปแก้ไขปัญหาลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดจนการให้อภัยซึ่งกันและกันในเหตุการณ์ที่ขัดใจ

ถึงอย่างไรก็ตามการนำแนวทาง “รู้ รัก สามัคคี” ที่กล่าวมานั้นสู่การปฏิบัติถือเป็นกลไกขับเคลื่อนแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลชินน้ำราย อำเภอนิทรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือสังคมอย่างแท้จริง ผู้วิจัยตระหนักรู้จึงดำเนินการติดตามหาแนวทางปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามแนวทางที่กล่าวมาแล้วนั้น โดยใช้เวลาในการพัฒนา อสม. ระหว่างวันที่ 1-28 เมษายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ปรากฏดังตาราง 3



ตาราง 3 กิจกรรมการพัฒนา ความรู้ ความรัก ความสามัคคีและตัวชี้วัดความสำเร็จ

กิจกรรม	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เกณฑ์
1. ประเมินความรู้และทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนา	1. อสม. ไม่มีทัศนคติเชิงลบกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2. อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 80
2. การให้ความรู้ในการคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบสังเกต 10 สัญญาณเตือน	1. อสม. คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q 2. อสม. สังเกต 10 สัญญาณเตือนได้	ร้อยละ 100
3. ทดลองใช้แบบคัดกรองแบบประเมินและแบบสังเกตตามข้อ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	อสม. ใช้แบบคัดกรองแบบประเมินและแบบสังเกตตามข้อ 2) พร้อมประเมินผลได้	ร้อยละ 100
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1 ครั้ง
5. สรุปการนำไปใช้	อสม. ได้ข้อสรุปการนำไปใช้	มีแนวทางการนำไปใช้

ผลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนามีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 4 ทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนาของ อสม. ต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ทัศนคติ	ไม่มีทัศนคติเชิงลบ n=12			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม	3	25.00	12	100
2. คนที่พยายามฆ่า/ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นคนอ่อนแอ	5	41.67	12	100
3. การฆ่าตัวตายซ้ำเกิดขึ้นเพราะครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ	4	33.33	12	100

ตาราง 5 เปรียบเทียบความรู้ของ อสม. เรื่อง 10 สัญญาณเตือนในการสอดส่องมองหาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความรู้ 10 สัญญาณเตือน	มีความรู้ถูกต้อง n=12			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขอบพูดว่าอยากตาย ไม่อยากอยู่ พูดสิ่งเสียเป็นนัย ๆ เช่น ขอบคุณ ขอโทษ ลาก่อน เป็นต้น	6	50.00	12	100
2. มีปัญหาชีวิต เช่น ไม่มีเงิน เสียคนรัก พิกการจากอุบัติเหตุ เป็นต้น	7	58.33	12	100
3. พูดด้วยน้ำเสียงวิตกกังวล หน้าเศร้าหมอง	4	33.33	12	100
4. ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติดอย่างหนัก	1	8.33	12	100
5. อารมณ์แปรปรวน จากซึมเศร้าหรือหงุดหงิด กลายเป็น สบายใจอย่างผิดสังเกต (ผิดหูผิดตา)	5	41.67	12	100
6. มีประวัติในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย	2	16.67	12	100
7. แยกตัวไม่พูดกับใคร	2	16.67	12	100
8. นอนไม่หลับเป็นเวลานาน	2	16.67	12	100
9. เคยพยายามฆ่าตัวตาย	5	58.33	12	100
10. วางแผนการฆ่าตัวตาย เช่น พูดฝากให้ดูแลคนที่เขารัก จัดการงานและทรัพย์สินไว้เรียบร้อยแล้ว เป็นต้น	6	50.00	12	100

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง ในวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เวลา 9.00 น.-12.00 น. ผู้เข้าร่วมเวที 19 คน

สรุปการนำแนวทาง “รู้ รัก สามัคคี” ไปใช้สำหรับ อสม. ประกอบด้วย

1. การค้นหากลุ่มเสี่ยง ในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ ด้วย 2 คำถาม 6 เดือนครั้ง หากพบว่าใครได้คะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ให้พูดคุยและแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ทราบทางกลุ่ม Line ทันที

2. ให้ความรู้แก่สมาชิกในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบเรื่อง 10 สัญญาณเตือน อย่างน้อย 1 คน เพื่อการสอดส่องมองหาผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายครอบครัว

3. ติดตามประเมินผล 10 สัญญาณเตือนจากตัวผู้ที่ตนเองให้ความรู้ อย่างน้อย 6 เดือนครั้ง

4. ห้องจัดการบริหารส่วนตำบลขึ้นน้ำร้าย ประชาสัมพันธ์ เรื่อง 10 สัญญาณเตือน เดือนละ 1 ครั้ง



สรุป

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30-44 ปี รองลงมาคือ กลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 15-29 ปี และวัยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ ไม่มีโรคประจำตัว มีนิสัย ร่าเริง ไม่ใช้สารเสพติด มีการดื่มเหล้าเบียร์บางครั้ง ทุกคนไม่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงโครงสร้างได้ ในขณะที่ทุกคนมีการแสดงสัญญาณเตือน ส่วนใหญ่เลือกวิธีการผูกคอ ส่วนใหญ่มีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดเป็นเหตุกระตุ้นและไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อน

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บริบท ตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นพื้นที่กลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาน้ำท่วมถึงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 12.87 ต่อประชากรแสนคน อธิบายได้ว่าสภาพทางภูมิศาสตร์ที่นำมาซึ่งความเดือนร้อนของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ทั้งเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ ตลอดจนการย้ายถิ่นฐานเพื่อการประกอบอาชีพ อาจนำไปสู่ความเครียดอันถือเป็นปัจจัยกระตุ้นของการฆ่าตัวตายสำเร็จ⁶ คุณลักษณะของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า ทุกคน เพศชาย ครึ่งหนึ่งพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ช่วงวัยอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน ตอนกลาง ตอนต้น และวัยสูงอายุ ตามลำดับ เช่นเดียวกับรายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาส 3 ปี 2561⁷

องค์ประกอบของรูปแบบการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ระยะก่อนมีแรงจูงใจ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกคนมีความวิตกกังวลตามสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ Kate H. Bentley และคณะ ที่พบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย⁸ สำหรับระยะมีแรงจูงใจ พบว่า แรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นไปตามสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละคนมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกพ่ายแพ้ ลึกลับ หวัง เป็นภาระ โดยทุกคนส่งสัญญาณเตือนด้วยการบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองสอดคล้องกับชีวิตที่ตายเป็น² และจิระนันท์ คำแฝง⁹ ระยะตั้งใจ พบว่า ทุกคนลงมือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอตาย การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี มีการปฏิบัติตามนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี คือการให้ความรู้ อสม.แต่ยังขาดการติดตามประเมินผลการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เป็นอยู่จึงเป็นไปตามธรรมชาติของวิถีชุมชนภายใต้เงื่อนไขชีวิตของผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล ไม่ครอบคลุมถึงระดับครอบครัว อาจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2564 เพิ่มขึ้นจาก ปี 2563

มากกว่า 1 เท่า อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรี, บุญมา สุนทรวีรัตน์ และนิตยาภรณ์ โคตรแก้ว ในขณะที่การศึกษาของอรพิน ยอดกลาง, มธุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ¹¹ ที่พบว่า กลไกการดำเนินงานที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนทำให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี ไม่สอดคล้องกับแนวทางยกระดับมาตรการดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ของกรมสุขภาพจิต¹² ซึ่งกำหนดให้มีการค้นหา คัดกรองผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจาก ญาติ/อสม./ผู้นำชุมชน/บุคลากรที่รับผิดชอบ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) เป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรอง การเข้าถึงบริการสุขภาพจะช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้¹³ และการฆ่าตัวตายสร้างผลกระทบวงกว้างต่อสังคมแต่เป็นเรื่องป้องกันได้ ทุกภาคส่วนจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ป้องกันแก้ไขปัญหามาร่วมกัน¹⁴ เพราะการป้องกันดังกล่าว ไม่ได้เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานใดเพียงหน่วยงานเดียว¹⁵

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตำบลชีน้ำร้าย อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี คือแนวทาง “รู้ รัก สามัคคี” สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติขององค์การอนามัยโลก¹⁶ เนื่องจากการทำงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายนั้นต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน ซึ่งแรงสนับสนุนจากภาคประชาชนจะเป็นหัวใจสำคัญของการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น เป็นการปรับมุมมองด้านสุขภาพจิตที่จะช่วยลดปัญหาฆ่าตัวตาย¹⁷ ทำนองเดียวกับธีรณรงค์วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก “การสร้างความหวังผ่านการกระทำ” ระหว่างปี 2564-2566 ที่เน้นความร่วมมือของคนในชุมชนเพื่อเป็นเครือข่ายการดูแลที่แข็งแกร่งขึ้น¹⁸ เนื่องจากสายใยของความสัมพันธ์ถือเป็นปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย¹⁹ อีกทั้ง ธีรรัตน์ และอำนาจ ศรีคำ พบว่าการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย²⁰ การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ทุกคนต้องช่วยกันป้องกัน²¹ ทำนองเดียวกับผลการศึกษาของอำพรทิพย์ อุดทาโทอนุกุล มะโนทน ที่พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ตำบลแม่ตึบลดลง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน²² ตามหลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 หลักที่สอง ทรงมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคน ทรงตรัสว่า “ระเบิดจากข้างใน” ต้องสร้างความเข้มแข็งให้คนในชุมชนที่เราเข้าไปพัฒนามีสภาพพร้อมที่จะรับการพัฒนาลูกก่อน แล้วจึงค่อยออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญ หรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชนหมู่บ้านที่ยังไม่ทันได้มีโอกาส



เตรียมตัวหรือตั้งตัว อีกทั้งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระราชดำรัสในเรื่อง “รู้ รัก สามัคคี” มาอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็น สามคำ ที่มีค่าและมีความหมายลึกซึ้ง พร้อมทั้งสามารถปรับใช้ได้กับทุกยุคทุกสมัย รู้ คือ การที่เราจะลงมือทำสิ่งใดนั้นจะต้องรู้เสียก่อน รู้ถึงปัจจัยทั้งหมด รู้ถึงปัญหาและรู้ถึงวิธีการแก้ปัญหา รัก คือความรัก เมื่อเรารู้ครบถ้วนกระบวนความแล้ว จะต้องมีความรักการพิจารณาที่จะเข้าไปลงมือปฏิบัติแก้ไขปัญหานั้น ๆ สามัคคี คือ การที่จะลงมือปฏิบัติกัน ควรคำนึงเสมอว่า เราจะทำงานคนเดียวไม่ได้ ต้องทำงานร่วมมือร่วมใจเป็นองค์กรเป็นหมู่คณะ จึงจะมีพลังเข้าไปแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย ได้แก่การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) และมีจำนวนน้อยอาจเป็นตัวแทนภาพรวมประชากรได้ไม่ครอบคลุมมากนัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ คือ คปสอ. อินทร์บุรี ควรพัฒนาให้เกิด อสม. สุขภาพจิตประจำครอบครัว เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการเบื้องต้นเพียงรับฟังด้วยความเข้าใจ ขวนพุดยุค ให้ระบายความรู้สึกของแต่ละครอบครัว ชุมชนควรจัดตั้ง Health station ในการติดตามดูแลคนหากกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย สำหรับครอบครัวควรรับรู้ 10 สัญญาณเตือนและการดูแลเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสอดส่อง มองหาพาดูแลปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Suicide data. [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 13]. Available From: <https://www.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
- ชีวิรัตน์ ต่ายเกิด. ระบาดวิทยาของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://inb.moph.go.th/MyPDF/9.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เรียนรู้หลักการทรงงานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2628
- Rory C O'Connor RC and Olivia J Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 13]. Available From: The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour - PMC
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, “หลักสูตร 3 หมอสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน,” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1371>
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/news/files/%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%86%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%A7%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A2v2.1.pdf>
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คนไทยคิดฆ่าตัวตายพุ่งปีละ 5 หมื่นสำเร็จ 4,000 คน ซึมเศร้ามาแรง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: http://www.cps.chula.ac.th/newcps/upload/news/416/file_1_1558.pdf
- Kate H. Bentley, Joseph C. Franklin, Jessica D. Ribeiro , Evan M. Kleiman, Kathryn R. Fox and Matthew K. Nock. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 13]. Available From: Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review - ScienceDirect
- จีระนันท์ คำแฝง. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนอำเภอเขื่อนใน จังหวัดอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/download/249982/169829>
- กยสิทธิ์ แก้วยาศรี บุญมา สุนทรวีรัตน์ และนิตยาภรณ์ โคตรแก้ว. สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: มุมมองผู้มีส่วนได้เสีย จังหวัดเลย ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/ajcph/article/view/246568>
- อรพิน ยอดกลาง มธุรส ทิพย์มงคลกุล และคณะ. โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand), [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/download/files/การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.pdf>
- กรมสุขภาพจิต “แนวทางยกระดับมาตรการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmhelibrary.org/files/original/402fd4beb8cfdc7e2c1da6239f540997.pdf>



13. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. J Prev Med Public Health. 2013;46(3):147–154.
14. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. [Internet]. 2014 Available From: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
15. พรณพิมล วิปุลากร. แพทย์และสังคมไทยต้อง รับมุมมองเรื่อง สุขภาพจิต จะช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตาย, [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://pptv36.news/Oli>
16. World Health Organization. National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators, [Internet]. 2018 [cited 2022 August 11]. Available From: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>
17. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. เราจะร่วมมือร่วมใจทำให้ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นศูนย์, [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://misn.pbri.ac.th/FONMIS/public/uploads/faculty/1673790513_ecd34983f7394f42cae0.pdf
18. World Health Organization. World Suicide Prevention Day 2023, [Internet]. 2023 [cited 2023 December 10]. Available From: <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>
19. CDC. Risk and Protective Factors for Suicide, [Internet]. 2024 [cited 2024 August 12]. Available From: <https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html>
20. ธิดารัตน์ อำนาจ ศรีคำ. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชน หมู่ 5 บ้านโป่งพาน ตำบลห้วยมุ่น อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2566, [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001264-0000001308.pdf>
21. Hfocus. 10 กันยายน วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก สปสช. แนะนำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต. 1323, [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/09/28369>
22. อัครทิพย์ อุดทาโท อนุกุล มะโนทน. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามวิถีชีวิตใหม่ ตำบลแม่ตึบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/ajcph/article/view/258974>