

1. ชื่อโครงการวิจัย

“การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย”

2. สรุปย่อโครงการวิจัย

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2551 พบผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,792 ราย [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ บัญชี นวมงคลวัฒนาและคณะ (2546) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่งพบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นมูลค่า 37,793 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย [3] และจากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยพบว่า ในปี 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ประมาณ 16,000 ล้านบาท [4] การฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น จากการศึกษาพบว่ากว่าครึ่งของผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเป็นผู้มีชีวิตปกติ แต่ทำร้ายตนเองเนื่องจากเหตุกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง โดยมีพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) เช่น พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการกินหรือการนอน แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย เป็นต้น ดังนั้นหากประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการซึ่งบ่งบอกถึงแนวโน้มของการฆ่าตัวตายเป็นเหล่านี้ ก็จะสามารถป้องกันคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดไม่ให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที

ในต่างประเทศมาตรการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน เช่น ในประเทศเยอรมนี [5] อังกฤษ [6] ออสเตรเลีย [7] และนิวซีแลนด์ [8] สำหรับประเทศไทยการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเริ่มมีการดำเนินงานที่ชัดเจนในปี 2540 โดยหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี [12] ในปีงบประมาณ 2551 มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลายกิจกรรมที่ใช้สื่อเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด เช่น หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือการ์ตูน VCD ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อยู่ในรูปภาพยนตร์สั้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีมาตรการสื่อสารในการให้ความรู้สู่ประชาชนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตัดสินใจทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่ววูบ รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่า

ตัวตาย ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบและการประเมินผลมาตรการสื่อสารสำหรับใช้ในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆในอนาคต

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาและประเมินประสิทธิผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 การศึกษาดังนี้ การศึกษาที่ 1 ทบทวนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาพัฒนามาตรการสื่อสารที่เหมาะสมต่อไป การศึกษาที่ 2 ศึกษาข้อมูลประชากรเบื้องต้นเพื่อพัฒนามาตรการสื่อสารเพื่อนำข้อมูลด้านประชากรมาพัฒนามาตรการสื่อสารที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาที่ 3 พัฒนาและประเมินความปลอดภัยของมาตรการสื่อสารก่อนดำเนินมาตรการ การศึกษาที่ 4 การประเมินผลมาตรการสื่อสารในการป้องกันและแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในประเทศไทย

สำหรับประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษานี้ นอกจากจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในประเทศไทยแล้วยังอาจสามารถนำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยลงได้ นอกจากนั้นยังสามารถสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลสำเร็จของมาตรการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อใช้สำหรับพัฒนามาตรการสื่อสารในประเด็นสุขภาพอื่นๆในอนาคต

3. บทนำ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2551 พบผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,792 ราย [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ บัญชี นวมนงควพัฒนาและคณะ (2546) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่งพบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นมูลค่า 37,793 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย [3] และจากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยพบว่า ในปี 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ประมาณ 16,000 ล้านบาท [4]

ความคิดอยากฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้มีภาวะผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น จากการศึกษพบว่ากว่าครึ่งของผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเป็นผู้มีชีวิตรปกติ แต่ทำร้ายตนเองเนื่องจากเหตุการณ์กระตุ้นใจอย่างรุนแรงทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่ววูบโดยมักมีพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) เช่น พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการกินหรือการนอน แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย เป็นต้น [1]

ในต่างประเทศมาตรการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน เช่น ในประเทศเยอรมนี [5] อังกฤษ [6] ออสเตรเลีย [7] และนิวซีแลนด์ [8] มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการดูแลรักษาผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสหรัฐอเมริกาเมืองกรีกระที่ทำหน้าที่ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะที่ชื่อว่า American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) มีหน้าที่ให้ความรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของ AFSP คือการให้ความรู้แก่สาธารณชนให้ตระหนักต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายรวมทั้งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ "Suicide Shouldn't Be A Secret" โดยรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนไปยังกลุ่มเยาวชนในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีการปฏิบัติเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และช่องทางในการให้การช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลเหล่านั้น

จากการทบทวนงานวิจัยพบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนจำนวนหนึ่งในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Anthony และ Helen [7] เกี่ยวกับผลกระทบของโครงการ Beyondblue ซึ่งเป็นโครงการรณรงค์เพื่อลดความเครียดผ่านรายการโทรทัศน์ วิทยูและสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงโครงการนี้ในระดับสูงประชาชนจะตระหนักว่าตนเอง ครอบครั

ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนที่ใกล้ชิดพวกเขาอาจมีปัญหเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่าพื้นที่ที่การเข้าถึงโครงการอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนั้น Sogaard และ Fonnebo [11] ศึกษาผลโครงการ the Norwegian Mental Health Campaign ในประเทศนอร์เวย์ ซึ่งรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจิตผ่านรายการโทรทัศน์ พบว่าหลังจากมีโครงการรณรงค์ไปแล้วกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น และร้อยละ 45 มีการพูดคุยเกี่ยวกับโครงการรณรงค์นี้กับผู้อื่น นอกจากนั้นพบว่าภายหลังมีการรณรงค์สัดส่วนของจำนวนผู้แนะนำบุคคลอื่นที่มีความผิดปกติทางจิตให้ไปพบผู้เชี่ยวชาญมีสัดส่วนที่สูงขึ้น รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ถูกให้ความสำคัญมากขึ้นและประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนความรู้และทัศนคติของประชาชน

สำหรับประเทศไทยการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเริ่มมีการดำเนินงานที่ชัดเจนในปี 2540 โดยหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี [12] ในปีงบประมาณ 2551 มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลายกิจกรรมที่ใช้สื่อเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด เช่น หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือการ์ตูน VCD ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อยู่ในรูปภาพยนตร์สั้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีมาตรการสื่อสารในการให้ความรู้สู่ประชาชนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตัดสินใจทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่ววูบ รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้จึงมีความต้องการที่จะหามาตรการสื่อสารที่มีประสิทธิผลในการป้องกันปัญหาดังกล่าว ประกอบกับประเทศไทยมีความต้องการสร้างองค์ความรู้ทางนิเทศศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในลักษณะการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) จึงควรดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาแบบและการประเมินผลมาตรการสื่อสารสำหรับใช้ในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆในอนาคต

4. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

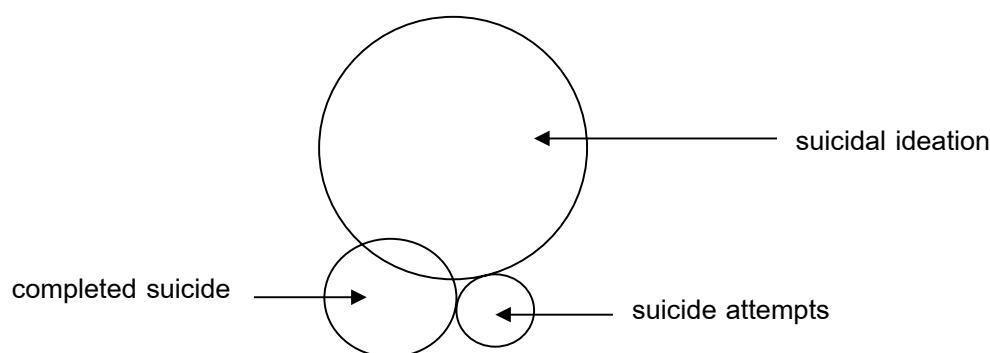
4.1 ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต จากการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน และมีศัพท์รวมเรียกว่า “พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)” (Diekstra 1993) ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึงการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
 2. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่
 3. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย
- ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้จะมีด้านที่คาบเกี่ยวกันอยู่ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) และส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน [14]



การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts, deliberate self-harm, parasuicides) จะพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต โดยพบได้ตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 โดยเฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 18:1 [15] พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายนมาก่อน และในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อติดตามไประยะยาวพบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด [15] [16] [17]

4.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

1) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

- *สถานภาพสมรส* มีหลายการศึกษาพบว่า การเป็นโสดและการหย่าร้างทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย [18] [19] [20] และในกรณีที่ถูกสมรสมีแหล่งสนับสนุนหรือความผูกพันกับสังคมรอบตัวน้อย (Pescosolido & Wright 1990) อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้เป็นเพียงแค่ส่วนประกอบปัจจัยอื่นๆ ในการประเมินเท่านั้น ยังมีปัจจัยในแง่มุมมองอื่นที่อาจมีความสำคัญมากกว่า เช่น คุณภาพของชีวิตสมรสการทุพตืทำร้ายกันในครอบครัว เป็นต้น [21] [22] [23] [24]

- *การมีบุตร* การมีบุตรเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเพศหญิง [25]

- *การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ* บุคคลที่มีสัมพันธภาพกับสังคมรอบตัวดีจะสามารถปรับตัวกับความกดดันต่างๆ ได้ค่อนข้างดี [26] มีการศึกษาพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงของอาการน้อยลง และอาการดีขึ้นเร็ว [27] การศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่า การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการที่บุคคลนั้นๆ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย [28] และการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง [29] [30]

- *ความสนใจในศาสนา* การศึกษาในทางตะวันตกพบว่าผู้ที่มีความสนใจในศาสนาและมีการปฏิบัติกิจทางศาสนา มีการฆ่าตัวตายต่ำ [31] ซึ่งอาจเป็นจากการปฏิบัติกิจทางศาสนาทำให้มีสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น มีแหล่งช่วยเหลือเมื่อประสบความกดดัน หรืออาจจากข้อห้ามต่อการฆ่าตัวตายของศาสนานั้นๆ และยังพบว่า การสนใจในศาสนาเป็นตัวปกป้องต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การดื่มสุรา ใช้สารเสพติด หรือการมีความเครียด [32] [33]

- *การตกงาน* การศึกษาจากประเทศต่างๆ พบว่าการตกงานมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย [34] [35] และเพศชายที่ตกงานมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง [36]

- *เศรษฐกิจฐานะ* การมีความกดดันทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การศึกษาในทางตะวันตกพบว่าในแหล่งที่มีรายได้ต่ำมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าแหล่งอื่นเมื่อเปรียบเทียบกัน [37] [38] หลายการศึกษาพบว่า การประสบปัญหาสุขภาพเศรษฐกิจตกต่ำมีส่วนสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น [39] [40]

- *เขตชนบทเขตเมือง* การศึกษาในจีนพบว่า การฆ่าตัวตายในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง [41] [42] การศึกษาในออสเตรเลีย กรีก พบเช่นเดียวกัน [43]

2) โรคทางจิตเวช

ความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการประเมินการฆ่าตัวตายมากที่สุด [44] โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ คือ โรคซึมเศร้า หรือการใช้แอลกอฮอล์ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ในกรณีของการพยายามฆ่าตัวตายก็เช่นกัน การป่วยทางจิตเวชยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือตัวพยากรณ์ที่สำคัญ

- **โรคซึมเศร้า** ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า [45] Angst และคณะ(1999) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอด ละเอียดไม่สนใจตนเอง อาการรุนแรงโดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation และมีอาการแพนิค

- **โรคจิตเภท** ปัจจัยสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้า หดท้อใจ และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง [46] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีลักษณะ เป็นผู้ชาย อายุน้อย ว่างาน อยู่คนเดียว มีประวัติดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีความกลัวว่าอาการจะแย่ลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาสูง จะพบการฆ่าตัวตายบ่อยในช่วงต้นๆ ของการเจ็บป่วย ช่วงแรกๆ ที่มีอาการกำเริบ หรือช่วงที่หายใหม่ๆ [47] ปัจจัยเสี่ยงในระยะฉับพลันได้แก่ การมีอาการหิวแล้วเสี่ยงสิ่งให้ทำร้ายตนเอง มีภาวะagitation หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากความหลงผิดของตน [48]

- **ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด** ประมาณว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse) และมักพบประวัติภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้สาร การศึกษาของ[45] พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงพบมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีปัจจัยกดดันในช่วงก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ [49] ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งคือการดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วหากมีการเสพยาหรือสารเสพติดความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูงมาก [50]

- **ลักษณะบุคลิกภาพ** ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), borderline personality disorder, และ antisocial personality disorder [51]

- **ผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน** ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน (comorbidity) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ากับการติดสารเสพติด หรือโรคซึมเศร้ากับบุคลิกภาพผิดปกติ [52] [53]

3) ลักษณะปัญหาทางจิตใจ

พบมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่มีลักษณะ มี psychological pain [54] ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกว้าวมดหนทางในชีวิต และมีอาการวิตกกังวลรุนแรง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเร็ว ๆ นี้ และมีอาการนอนไม่หลับรุนแรง [55]

4) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบ่งถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ [56] การศึกษาของประเวศ [45] พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 30-47 [57] [58] และในช่วงปีแรกของการพยายามฆ่าตัวตายพบว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็น 100 เท่าของประชากรทั่วไป ยังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

5) ความเจ็บป่วยทางกาย

ความเจ็บป่วยทางกายที่มักพบในผู้ฆ่าตัวตายตัว ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทุกสภาพสูง เช่น การบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง ความเจ็บปวดรุนแรงจากตัวโรค และ HIV ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย [59] [60] โดยในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ หรือมีความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดจากตัวโรคมาก ส่วนในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าตนติดเชื้อกับในระยะท้ายของโรค โดยมีอารมณ์เศร้าจากอาการของตนเองหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองทำให้การใช้ความเหตุผล การตัดสินใจเสียไป

4.2.2 ลักษณะทางประชากรของผู้ทำร้ายตนเอง (ตารางที่ 2)

จากรายงานพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. 2548 [61] ที่ศึกษาระบบรายงานการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (รง.506.DS และ มบ.1) ของปี พ.ศ. 2548 ใน 76 จังหวัด พบจำนวนผู้ทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตจำนวน 28,841 ราย จากการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรของผู้ที่ทำร้ายตนเอง โดยจำแนกตามการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีผู้ทำร้ายตนเองได้เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.0 และสถานีอนามัยกับโรงพยาบาลจิตเวชมีผู้ทำร้ายตนเองเข้ารับบริการใกล้เคียงกันคือ คิดเป็นร้อยละ 3.0 และ 2.7 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ตามลักษณะภูมิสำเนาและสัญชาติของผู้ที่ทำร้ายตนเองจะพบว่า ผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยส่วนใหญ่จะเป็นคนในพื้นที่ถึง ร้อยละ 91.3 ส่วนคนต่างจังหวัดหรือคนนอกพื้นที่มีเพียง ร้อยละ 8.7 เท่านั้น และเป็นคนไทยมากถึง ร้อยละ 98.4 นอกนั้นเป็นชาวต่างชาติ คิดเป็นร้อยละ 1.6 การทำร้ายตนเองพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.8 และ 39.2 ตามลำดับ แต่อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองของเพศชายมีมากถึงร้อยละ 68.3 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเพศหญิงที่มีเพียงร้อยละ 31.7 เท่านั้น

กลุ่มอายุของผู้ที่ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือช่วง 10 – 19 ปี และ ช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.4 และ 19.0 ตามลำดับโดยมีสถานภาพการอยู่เป็นคู่มากที่สุดถึงร้อยละ 51.8 รองลงมาคือผู้ที่ยังโสด ร้อยละ 41.3 ผู้ที่หย่า/แยก และผู้ที่เป็นม่าย คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 2.4 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณามีอัตราการเสียชีวิตพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี และมีสถานภาพเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 24.0 และ 56.6 ตามลำดับ

อัตราการทำร้ายตนเองพบมากในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือกลุ่มนักศึกษา/นักเรียนและกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีอัตราการทำร้ายตนเองใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 17.9 และ 17.0 ตามลำดับ ผู้ที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ อาชีพแม่บ้าน คำขาย และพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 9.8, 7.8, 4.8 และ 2.2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการทำร้ายตนเองน้อยที่สุดมีเพียง ร้อยละ 1.6 และเมื่อเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ทำร้ายตนเองพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม ผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ และนักศึกษา/นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 29.3, 12.2 และ 9.1 ตามลำดับ

การทำร้ายตนเองพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมคิดเป็นร้อยละ 35.9 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 13.6 และผู้ทำร้ายตนเองเพียงร้อยละ 12.0 เท่านั้นที่ถูกส่งมา (รับ refer) เพื่อ

รับการรักษาผู้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและสำหรับผู้ที่มียุติกรรมดังกล่าวมีเพียงแค่ร้อยละ 1.7 แต่เป็นผู้ป่วยซึ่งมีโรคประจำตัวถึง ร้อยละ 65.7

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากร ของผู้ทำร้ายตนเองจำแนกตามการเสียชีวิต

		เสียชีวิต		ไม่เสียชีวิต		รวม	
ตัวแปร	ตัวแปร	จำนวน ราย	ร้อยละ	จำนวน ราย	ร้อยละ	จำนวน ราย	ร้อยละ
สถาน บริการ	สอ./PCU	107	5.0	327	2.3	434	2.7
	รพศ./รพท.	440	20.4	6,339	45.3	6,779	42.0
	รพ.จิตเวช	72	3.3	365	2.6	437	2.7
	รพช.	1,529	70.9	6,878	49.1	8,407	52.0
	อื่นๆ	9	0.4	90	0.6	99	0.6
คนใน จังหวัด	ไม่ใช่	83	3.7	1,314	9.5	1,397	8.7
	ใช่	2,134	96.3	12,508	90.5	14,642	91.3
สัญชาติ	ไทย	2,003	97.1	13,865	98.6	15,868	98.4
	อื่นๆ	60	2.9	204	1.5	264	1.6
เพศ	ชาย	1,555	68.3	4,851	34.5	6,406	39.2
	หญิง	721	31.7	9,224	65.5	9,945	60.8
กลุ่มอายุ	< 10 ปี	7	0.3	6	0.0	13	0.1
	10 - 19 ปี	205	9.1	3,600	25.7	3,805	23.4
	20 - 29 ปี	540	24.0	4,946	35.3	5,486	33.7
	30 - 39 ปี	531	23.6	2,524	18.0	3,055	18.8
	40 - 49 ปี	404	18.0	1,437	10.3	1,841	11.3
	50 - 59 ปี	246	10.9	599	4.3	845	5.2
	60 - 69 ปี	162	7.2	342	2.4	504	3.1
	>= 70 ปี	154	6.9	558	4.0	712	4.4
สถาน ภาพ สมรส	โสด	423	32.6	5,819	42.2	6,242	41.3
	คู่	734	56.6	7,093	51.4	7,827	51.8
	ม้าย	55	4.2	305	2.2	360	2.4

		เสียชีวิต		ไม่เสียชีวิต		รวม	
ตัวแปร	ตัวแปร	จำนวน ราย	ร้อยละ	จำนวน ราย	ร้อยละ	จำนวน ราย	ร้อยละ
	หย่า/แยก	70	5.4	555	4.0	625	4.1
	อื่นๆ	14	1.1	31	0.2	45	0.3
อาชีพ	เกษตรกรรม	377	29.3	2,149	15.8	2,526	17.0
	รับจ้าง/ผู้ใช้ แรงงาน	482	37.5	5,321	39.1	5,803	38.9
	แม่บ้าน	69	5.4	1,097	8.1	1,166	7.8
	พนักงาน บริษัท	8	0.6	318	2.3	326	2.2
	ค้าขาย	58	4.5	660	4.9	718	4.8
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	18	1.4	223	1.6	241	1.6
	นักศึกษา/ นักเรียน	117	9.1	2,546	18.7	2,663	17.9
	อื่นๆ	157	12.2	1,303	9.6	1,460	9.8
มีภาวะ ซึมเศร้า	ไม่มี	1,748	86.4	8,175	60.8	9,923	64.1
	มี	275	13.6	5,274	39.2	5,549	35.9
ถูกส่งมา (รับ refer)	ไม่ใช่	1,833	88.3	11,808	87.9	13,641	88.0
	ใช่	242	11.7	1,621	12.1	1,863	12.0
มี พฤติกรรม การเสพยา	ไม่ใช่	2,190	96.1	13,913	98.6	16,103	98.3
	ใช่	90	4.0	194	1.4	284	1.7
มีโรค ประจำตัว	ไม่ใช่	1,841	80.8	3,786	26.8	5,627	34.3
	ใช่	439	19.3	10,321	73.2	10,760	65.7

4.2.2 การทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต (พยายามฆ่าตัวตาย) (ตารางที่ 3)

จากการ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รง.506.DS) ในปี พ.ศ. 2548 โดยเปรียบเทียบตาม โครงสร้างอายุของประชากรในแต่ละภาค พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ที่ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตที่หน่วยบริการ ต่างๆ ส่งมา มีจำนวนทั้งสิ้น 13,629 ราย โดยแบ่งออกตามภาค เรียงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ภาคกลางมากที่สุด จำนวน 5,587 ราย รองลงมาคือ ภาคเหนือ จำนวน 4,084 ราย ภาคอีสาน จำนวน 2,369 ราย และภาคใต้ จำนวน 1,589 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.99, 29.97, 17.38 และ 11.66 ของผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตทั้งหมด โดยเมื่อเปรียบเทียบตามโครงสร้างอายุ สามารถจำแนกได้ ดังนี้ กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.23 รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 10 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.67 และกลุ่มอายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.06 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณา จำแนกตามโครงสร้างอายุรายภาค พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตค่อนข้างกระจาย แต่ส่วนใหญ่มีอายุช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คล้ายกันเกือบทุกภูมิภาค มีเพียงภาคเหนือที่ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยชรา ดังนี้

ภาคกลาง กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมากที่สุด มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.78 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 10 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.48 ตามลำดับ

ภาคเหนือ กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมากที่สุด มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.55 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.52 ตามลำดับ

ภาคอีสาน กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมากที่สุด มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.23 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 10 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.95 และ กลุ่มอายุ 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.12 ตามลำดับ และ

ภาคใต้ กลุ่มผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมากที่สุด มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.25 รองลงมาคือ กลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.46 และ กลุ่มอายุ 10 – 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.26 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาคของที่ตั้งสถานบริการ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต								รวม	
	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคอีสาน		ภาคใต้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	3	50.00	2	33.33	1	16.67	0	0.00	6	0.04
10-19 ปี	1,451	41.48	1,025	29.30	628	17.95	394	11.26	3,498	25.67
20-29 ปี	2,198	45.78	1,160	24.16	759	15.81	684	14.25	4,801	35.23
30-39 ปี	932	37.86	769	31.23	498	20.23	263	10.68	2,462	18.06
40-49 ปี	506	36.07	536	38.20	240	17.11	121	8.62	1,403	10.29
50-59 ปี	181	30.99	266	45.55	100	17.12	37	6.34	584	4.29
60-69 ปี	120	35.93	132	39.52	54	16.17	28	8.38	334	2.45
>=70 ปี	196	36.23	194	35.86	89	16.45	62	11.46	541	3.97
รวม	5,587	40.99	4,084	29.97	2,369	17.38	1,589	11.66	13,629	100

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย (ร้อยละ 65.56 และ ร้อยละ 34.44) เมื่อเปรียบเทียบเพศและอายุของผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่า เพศหญิงมีอัตราการทำร้ายที่ไม่เสียชีวิตสูงในกลุ่มอายุระหว่าง 10 – 19 ปี ส่วนเพศชายมีอัตราการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตสูงในกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	2	33.33	4	66.67	6	100
10-19 ปี	785	22.00	2,783	78.00	3,568	100
20-29 ปี	1,807	37.00	3,077	63.00	4,884	100
30-39 ปี	951	37.89	1,559	62.11	2,510	100
40-49 ปี	547	38.31	881	61.69	1,428	100
50-59 ปี	250	41.95	346	58.05	596	100
60-69 ปี	190	55.88	150	44.12	340	100
>=70 ปี	247	45.49	296	54.51	543	100
รวม	4,779	34.44	9,096	65.56	13,875	100

เมื่อพิจารณาตามสถานภาพการสมรสของผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (คู่) คิดเป็นร้อยละ 51.44 รองลงมา คือ มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.15 สถานภาพหย่า / แยกทาง คิดเป็นร้อยละ 4.00 และสถานภาพม่าย คิดเป็นร้อยละ 2.19 สถานภาพสมรสดังกล่าวสอดคล้องตามวัย แต่ที่น่าสังเกต คือ สถานภาพหย่า / แยกทาง ที่พบมากในกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุสถานภาพการสมรส

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต										รวม	
	โสด		คู่		หม้าย		หย่า		ไม่ระบุ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	6	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100
10-19 ปี	2,798	79.83	668	19.06	2	0.06	34	0.97	3	0.09	3,505	100
20-29 ปี	2,227	46.46	2,344	48.90	33	0.69	178	3.71	11	0.23	4,793	100
30-39 ปี	402	16.35	1,828	74.37	50	2.03	172	7.00	6	0.24	2,458	100
40-49 ปี	119	8.51	1,118	79.97	60	4.29	95	6.80	6	0.43	1,398	100
50-59 ปี	23	3.95	497	85.25	39	6.69	22	3.77	2	0.34	583	100
60-69 ปี	10	3.00	269	80.78	41	12.31	13	3.90	0	0.00	333	100
>=70 ปี	145	28.05	268	51.84	73	14.12	30	5.80	1	0.19	517	100
รวม	5,730	42.15	6,992	51.44	298	2.19	544	4.00	29	0.21	13,593	100

ผลการวิเคราะห์ลักษณะการประกอบอาชีพของผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่า อาชีพที่ผู้ทำร้ายตนเองไม่เสียชีวิตประกอบการอยู่ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน 2) นักเรียน/นักศึกษา 3) เกษตรกรรม 4) แม่บ้าน และ 5) ว่างาน เกษียณ และอื่นๆ เป็นต้น (คิดเป็นร้อยละ 39.05, 18.76, 15.87, 8.01 และ 9.55 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกตาม อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน และอาชีพพนักงานบริษัท ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี อาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี แม่บ้าน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี อาชีพค้าขาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี อาชีพนักเรียน/นักศึกษา อายุระหว่าง 10 – 19 ปี นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 20 – 29 ปี รวมถึง กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ยังมีภาวะว่างงาน เกษียณอายุ ว่างงาน และอื่นๆ ค่อนข้างมาก ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ทำร้ายตัวเองที่ไม่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและการประกอบอาชีพ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต																รวม	
	เกษตรกร		รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน		แม่บ้าน		พนักงานบริษัท		ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล		ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ		นักเรียน/นักศึกษา		ว่างงาน/เกษียณและอื่นๆ			
	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ	รายชื้อ	หนชื้อ
< 10 ปี	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	50.00	3	50.00	6	100
10-19 ปี	168	4.86	762	22.03	178	5.15	25	0.72	64	1.85	2	0.06	1,987	57.44	273	7.89	3,459	100
20-29 ปี	556	11.74	2,373	50.12	343	7.24	189	3.99	244	5.15	74	1.56	452	9.55	504	10.64	4,735	100
30-39 ปี	557	22.97	1,174	48.41	206	8.49	66	2.72	195	8.04	70	2.89	7	0.29	150	6.19	2,425	100
40-49 ปี	407	29.73	569	41.56	139	10.15	15	1.10	99	7.23	47	3.43	5	0.37	88	6.43	1,369	100
50-59 ปี	214	37.22	185	32.17	74	12.87	0	0.00	30	5.22	13	2.26	0	0.00	59	10.26	575	100
60-69 ปี	115	35.49	48	14.81	66	20.37	2	0.62	12	3.70	1	0.31	0	0.00	80	24.69	324	100
>=70 ปี	111	21.51	125	24.22	68	13.18	10	1.9	7	1.36	9	1.74	62	12.02	124	24.03	516	100
รวม	2,128	15.87	5,236	39.05	1,074	8.01	307	2.29	651	4.85	216	1.61	2,516	18.76	1,281	9.55	13,409	100

ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 84.30 ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน และร้อยละ 15.63 เคยทำร้ายตนเองมาก่อน (ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง) ซึ่งผู้ที่ไม่เสียชีวิต ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 10 – 19 ปี และกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี ตามลำดับ และกลุ่มที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน (ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 – 29 ปี และกลุ่มอายุ 30 – 39 ปีตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและการเคยทำร้ายตนเอง มาก่อน

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน						รวม	
	ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน		เคยทำร้ายตนเองมาก่อน		ไม่ทราบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	6	100	0	0.00	0	0.00	6	100
10-19 ปี	2,883	87.15	424	12.82	1	0.03	3,308	100
20-29 ปี	3,672	82.65	768	17.29	3	0.07	4,443	100
20-29 ปี	1,917	83.75	371	16.21	1	0.04	2,289	100
30-39 ปี	1,053	81.31	239	18.46	3	0.23	1,295	100
40-49 ปี	465	86.11	74	13.70	1	0.19	540	100
50-59 ปี	267	88.12	36	11.88	0	0.00	303	100
60-69 ปี	407	86.05	66	13.95	0	0.00	473	100
>=70 ปี								
รวม	10,670	84.30	1,978	15.63	9	0.07	12,657	100

เมื่อพิจารณาลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต แยกตามเหตุการณ์กระตุ้นและกลุ่มอายุ พบลักษณะดังนี้

ความรู้สึกล้นใจคนใกล้ชิด ที่สุด พบร้อยละ 26.12 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 10 – 19 ปี ปัญหาทะเลาะคนใกล้ชิด พบร้อยละ 24.48 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 20 – 29 ปี ปัญหาผิดหวังในความรัก / หึงหวง พบร้อยละ 14.71 กลุ่มที่พบมากที่สุด คือ 20 – 29 ปี ปัญหาต้องการคนเอาใจเรียกร้องแล้วไม่ได้ พบร้อยละ 4.84 กลุ่มที่พบมากที่สุด คือ 10-19 ปี (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต แยกตามเหตุการณ์กระตุ้นและกลุ่มอายุ

เหตุการณ์กระตุ้น	กลุ่มอายุ (จำนวน)								รวม	
	< 10 ปี	10-19 ปี	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี	>=70 ปี	จำนวน	ร้อยละ
น้อยใจ คนใกล้ชิด ดุด่า	3	1,795	1,732	816	456	199	135	219	5,355	26.12
ผิดหวังในความรัก / หึงหวง	0	735	1,447	539	178	38	6	72	3,015	14.71
ทะเลาะคนใกล้ชิด	0	1,296	1,845	927	507	183	106	155	5,019	24.48
ต้องการการเอาใจ / ตามใจ / เรียกร้องขอแล้วไม่ได้	0	338	334	137	70	41	15	58	993	4.84
ปัญหาการเรียน	0	181	38	1	1	1	0	7	229	1.12
สูญเสียคนในครอบครัว	0	26	42	23	16	7	6	7	127	0.62
มีโรคเรื้อรัง / เอดส์ / พิการ	0	13	89	102	82	67	36	40	429	2.09
กลัวจะติดเชื้อ เอชไอวี	0	9	11	8	4	3	0	1	36	0.18
ปัญหาโรคจิต	0	24	202	196	101	50	19	29	621	3.03
ปัญหาโรคซึมเศร้า	0	154	363	284	183	93	68	57	1202	5.86
ชราภาพ ไม่มีคนดูแล	0	0	1	1	0	5	16	25	48	0.23
ยาเสพติด (ตนเอง)	0	13	66	41	13	2	3	7	145	0.71
ยาเสพติด (คนในครอบครัว)	0	5	19	18	19	5	1	6	73	0.36
ดื่มสุรามาก	0	33	162	153	130	52	23	23	576	2.81
ยากจน ขัดสน ตกงาน	0	82	265	227	187	69	24	36	890	4.34
ค้าขายขาดทุน / ล้มละลาย	0	4	31	58	30	11	10	4	148	0.72
หาเสียทรัพย์ / ประสบภัย	0	4	23	38	12	8	6	4	95	0.46
หนีความผิด	0	21	22	17	3	7	3	2	75	0.37
เปลี่ยนระบบงาน	0	7	52	21	9	5	0	6	100	0.49
ตกงาน	0	19	91	46	16	5	4	11	192	0.94
ปัญหาอื่น ๆ	4	258	351	219	152	72	37	39	1132	5.52
รวม	7	5,017	7,186	3,872	2,169	923	518	808	20,500	100.00

ลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตแยกตาม วิธีทำร้ายตนเอง พบลักษณะดังนี้ เมื่อพิจารณาตามวิธีการทำร้ายตนเอง พบว่า มีผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้ กินยาเกินขนาด ร้อยละ 47.74 ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 – 29 ปี กินสารเคมี ร้อยละ 40.07 ซึ่งส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20-29 ปี ใช้ของมีคม ของแข็ง ร้อยละ 5.10 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตแยกตาม วิธีทำร้ายตนเอง

เหตุการณั กระตุ้น	กลุ่มอายุ (จำนวน)								รวม	
	< 10 ปี	10-19 ปี	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี	>=70 ปี	จำนวน	ร้อยละ
กินยาเกินขนาด	3	2,101	2,389	1,094	554	186	80	225	6,632	47.74
กินสารเคมี	2	1,221	1,938	1,038	650	312	179	226	5566	40.07
ใช้ของมีคม ของแข็ง	0	124	300	167	71	14	7	25	708	5.10
ใช้ปืน	0	4	13	9	6	2	3	3	40	0.29
กระโดดที่สูง	0	6	46	27	10	5	0	5	99	0.71
แขวนคอ	0	68	189	171	86	58	43	46	661	4.76
กระโดดน้ำ	0	10	23	7	6	4	1	2	53	0.38
วิ่งให้รถชน	0	5	6	5	3	3	1	2	25	0.18
วิธีการอื่นๆ	1	55	88	42	35	11	10	14	256	1.84
รวม	6	3,594	4,992	2,560	1421	595	324	548	14,040	100.00

โดยสรุป ลักษณะของการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตแสดงให้เห็นว่า ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง พบมากช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีลักษณะคล้ายกันหมดทุกภูมิภาค สำหรับเหตุการณ์ที่ กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต แยกตามกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องปัญหาความสัมพันธ์ และเรื่องความรักความหึงหวง ได้แก่ การทะเลาะกับพ่อแม่ กับคู่ครอง มีความรู้สึกน้อยใจคนใกล้ชิด ที่ดูค่า โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

4.2.3 การทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ) (ตารางที่10)

จากรายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย) พ.ศ. 2548 [62] การศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รง.506.DS และ มบ.1) ในปี พ.ศ.2548 โดยเปรียบเทียบ ตามโครงสร้างอายุของประชากรในแต่ละภูมิภาค พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำนวน ทั้งสิ้น 2,194 ราย โดยพบว่าภาคเหนือมีอัตราการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.23 รองลงมาคือ ภาคอีสาน คิดเป็นร้อยละ 19.92 ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.60 และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 7.25 และเมื่อพิจารณาตามโครงสร้างอายุ พบว่า ช่วงอายุระหว่าง 20 - 29 ปี มีอัตราการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 30 - 39 ปี

เมื่อพิจารณารายละเอียดตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ จำแนกตามโครงสร้างอายุ พบว่า *ภาคกลาง* กลุ่มทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี และ กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี ตามลำดับ *ภาคเหนือ* กลุ่มทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปีและ กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี ตามลำดับ *ภาคอีสาน* กลุ่มทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี และ กลุ่มอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ตามลำดับ และ *ภาคใต้* กลุ่มทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี และ กลุ่มอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาคของที่ตั้งสถานบริการ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต								รวม	
	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคอีสาน		ภาคใต้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	0	0.00	6	0.51	1	0.23	0	0.00	7	0.32
10-19 ปี	25	5.81	139	11.90	30	6.86	7	4.40	201	9.16
20-29 ปี	101	23.49	270	23.12	122	27.92	34	21.38	527	24.02
30-39 ปี	103	23.95	250	21.40	118	27.00	44	27.67	515	23.47
40-49 ปี	87	20.23	195	16.70	81	18.54	29	18.24	392	17.87
50-59 ปี	40	9.30	146	12.50	39	8.92	19	11.95	244	11.12
60-69 ปี	35	8.14	81	6.93	30	6.86	14	8.81	160	7.29
>=70 ปี	39	9.07	81	6.93	16	3.66	12	7.55	148	6.75
รวม	430	19.60	1,168	53.23	437	19.92	159	7.25	2,194	100

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจาก รง.506.DS และ มบ.1

ผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.40 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุพบว่า เพศชายที่เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 30 - 39 ปี และ ช่วงอายุระหว่าง 20 - 29 ปี ส่วนเพศหญิงที่เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 - 59 ปีและช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต				รวม	
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	5	71.43	2	28.57	7	100
10-19 ปี	91	44.39	114	55.61	205	100
20-29 ปี	384	71.11	156	28.89	540	100
30-39 ปี	381	71.75	150	28.25	531	100

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
40-49 ปี	280	69.31	124	30.69	404	100
50-59 ปี	169	68.70	77	31.30	246	100
60-69 ปี	121	74.69	41	25.31	162	100
>=70 ปี	106	69.74	46	30.26	152	100
รวม	1,537	68.40	710	31.60	2,247	100

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจาก รง.506.DS และ มบ.1

เมื่อพิจารณาตามลักษณะสถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.74 รองลงมาคือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 32.47 โดยผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50 - 59 ปี สถานภาพโสด มีช่วงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี สถานภาพม่าย อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และสถานภาพหย่า/แยกทาง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและสถานภาพสมรส

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต										รวม	
	โสด		คู่		หม้าย		หย่า/แยก		ไม่ระบุ		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
< 10 ปี	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100
10-19 ปี	115	77.18	33	22.15	0	0.00	0	0.00	1	0.67	149	100
20-29 ปี	172	53.75	133	41.56	6	1.88	4	1.25	5	1.56	320	100
30-39 ปี	73	24.09	190	62.71	6	1.98	30	9.90	4	1.32	303	100
40-49 ปี	29	13.94	158	75.96	6	2.88	12	5.77	3	1.44	208	100
50-59 ปี	8	6.67	94	78.33	5	4.17	13	10.83	0	0.00	120	100
60-69 ปี	5	6.41	55	70.51	11	14.10	7	8.97	0	0.00	78	100
	9		55		21		2		1	1.14	88	100

>=70 ปี		10.23		62.50		23.86		2.27				
รวม	412	32.47	720	56.74	55	4.33	68	5.36	14	1.10	1,269	100

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจาก รง.506.DS เท่านั้น

เมื่อพิจารณาตามลักษณะการประกอบอาชีพ พบว่า ของผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตประกอบอาชีพใน 5 อันดับแรกคือ อาชีพรับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 37.28 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.06 ว่างาน เกษียณ และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 13.26 นักเรียน / นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 7.82 และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.70 ตามลำดับ

โดยผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง / ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ที่ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี อาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ว่างาน เกษียณ และอื่นๆ ส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และนักเรียน/นักศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปีเป็นต้น ตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและการประกอบอาชีพ

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต																รวม	
	เกษตรกร		รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน		แม่บ้าน		พนักงานบริษัท		ค้าขาย		ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ		นักเรียน/นักศึกษา		ว่างงานเกษียณและอื่นๆ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10	2	40.00		0.00	0	0.00		0.00		0.00		0.00	1	20.00	2	40.00	5	100
10-19	9	5.42	47	28.31	7	4.22	0	0.00	1	0.60	1	0.60	93	56.02	8	4.82	166	100
20-29	84	22.64	183	49.33	18	4.85	6	1.62	12	3.23	2	0.54	26	7.01	40	10.78	371	100
30-39	110	30.56	160	44.44	17	4.72	2	0.56	29	8.06	6	1.67	0	0.00	36	10.00	360	100
40-49	96	32.99	110	37.80	18	6.19	0	0.00	24	8.25	15	5.15		0.00	28	9.62	291	100
50-59	57	36.08	57	36.08	8	5.06	0	0.00	16	10.13	3	1.90	0	0.00	17	10.76	158	100
60-69	49	49.49	14	14.14	11	11.11	0	0.00	3	3.03	2	2.02	0	0.00	20	20.20	99	100
>=70	31	27.93	11	9.91	10	9.01	0	0.00	0	0.00	1	0.90	2	1.80	56	50.45	111	100
รวม	438	28.06	582	37.28	89	5.70	8	0.51	85	5.45	30	1.92	122	7.82	207	13.26	1,561	100

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจาก รง.506.DS เท่านั้น

ผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นการมารับบริการครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 91.94 และผู้ที่ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตร้อยละ 7.69 ที่เหลือ เป็นผู้ที่เคยทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง โดยเมื่อพิจารณาผู้ที่ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตที่เคยทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี และช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุและการเคยทำร้ายตนเองมาก่อน

กลุ่มอายุ	จำนวนผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน						รวม	
	ไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน		เคยทำร้ายตนเองมาก่อน		ไม่ทราบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 10 ปี	4	66.67	2	33.33	0	0.00	6	100
10-19 ปี	166	90.22	18	9.78	0	0.00	184	100
20-29 ปี	424	90.99	41	8.80	1	0.21	466	100
30-39 ปี	410	91.31	36	8.02	3	0.67	449	100
40-49 ปี	317	93.51	20	5.90	2	0.59	339	100
50-59 ปี	191	92.72	14	6.80	1	0.49	206	100
60-69 ปี	121	91.67	11	8.33	0	0.00	132	100
>=70 ปี	124	96.12	5	3.88	0	0.00	129	100
รวม	1,757	91.94	147	7.69	7	0.37	1,911	100

หมายเหตุ: แหล่งข้อมูลจาก รง.506.DS เท่านั้น

จากการศึกษาลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตจากข้อมูล รง.506.DS จำนวน 1,666 ราย แยกตามเหตุการณ์กระตุ้นและกลุ่มอายุ พบลักษณะดังนี้

ความรู้สึกน้อยใจคนใกล้ชิด ที่ดูว่า พบร้อยละ 13.39 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 20 – 29 ปี ปัญหาทะเลาะคนใกล้ชิด พบร้อยละ 14.65 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 20 – 29 ปี ปัญหาผิดหวังในความรัก / หึงหวง พบร้อยละ 12.67 กลุ่มที่พบมากที่สุด คือ 20 – 29 ปี การต้องการคนเอาใจ/ตามใจ/เรียกร้องขอแล้วไม่ได้ พบร้อยละ 10.08 กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ 20 – 29 ปี (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต แยกตามเหตุการณ์กระตุ้นและกลุ่มอายุ

เหตุการณ์กระตุ้น	กลุ่มอายุ (จำนวน)								รวม	
	< 10 ปี	10-19 ปี	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี	>=70 ปี	จำนวน	ร้อยละ
น้อยใจ คนใกล้ชิด ดุด่า	0	34	59	43	28	21	13	25	223	13.39
ผิดหวังในความรัก / หึงหวง	0	55	71	50	19	12	1	3	211	12.67
ทะเลาะคนใกล้ชิด	2	42	94	46	26	22	7	5	244	14.65
ต้องการการเอาใจ / ตามใจ / เรียกร้องขอแล้วไม่ได้	2	38	64	37	16	14	4	5	180	10.80
ปัญหาการเรียน	0	6	15	2	2	0	1	2	28	1.68
สูญเสียคนในครอบครัว	0	16	3	2	1	1	0	0	23	1.38
มีโรคเรื้อรัง / เอดส์ / พิการ	0	3	17	29	28	12	10	20	119	7.14
กลัวจะติดเชื้อ เอชไอวี	0	0	3	8	2	2	5	3	23	1.38
ปัญหาโรคจิต	0	0	20	31	33	2	7	6	99	5.94
ปัญหาโรคซึมเศร้า	0	5	17	28	17	8	7	4	86	5.16
ชราภาพ ไม่มีคนดูแล	0	2	10	9	3	9	7	9	49	2.94
ยาเสพติด (ตนเอง)	0	0	10	4	2	3	3	1	23	1.38
ยาเสพติด (คนในครอบครัว)	0	1	5	0	0	0	0	0	6	0.36
ดื่มสุรามาก	0	0	10	19	20	6	7	3	65	3.90
ยากจน ขัดสน ตกงาน	0	5	23	31	19	6	8	4	96	5.76
ค้าขายขาดทุน / ล้มละลาย	0	1	9	13	9	6	1	1	40	2.40
หาเสียทรัพย์ / ประสบภัย	0	1	1	5	6	5	2	0	20	1.20
หนีความผิด	0	0	5	4	5	1	0	0	15	0.90
เปลี่ยนระบบงาน	0	0	0	0	1	0	2	1	4	0.24
ตกงาน	0	1	7	5	3	0	1	0	17	1.02
ปัญหาอื่น ๆ	0	9	15	22	20	9	12	8	95	5.70
รวม	4	219	458	388	260	139	98	100	1,666	100

เมื่อพิจารณาตามวิธีการทำร้ายตนเอง พบว่า มีผู้ทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้ แขนงคอ ร้อยละ 42.15 ซึ่งผู้ทำร้ายตนเองโดยวิธีการแขวนคอบมากที่สุด มีอายุ 30-39 ปี กินสารเคมี ร้อยละ 38.14 ซึ่งส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20 - 29 ปี ใช้ปืน ร้อยละ 6.08 ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี กระโดดที่สูง ร้อยละ 4.28 ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิตแยกตาม วิธีทำร้ายตนเอง

เหตุการณ์ กระตุ้น	กลุ่มอายุ (จำนวน)								รวม	
	< 10 ปี	10-19 ปี	20-29 ปี	30-39 ปี	40-49 ปี	50-59 ปี	60-69 ปี	>=70 ปี	จำนวน	ร้อยละ
กินยาเกินขนาด	0	10	15	17	9	10	0	6	67	3.09
กินสารเคมี	3	104	204	193	134	86	54	50	828	38.14
ใช้ฆ้องมีคม ของแข็ง	0	21	32	10	5	2	4	6	80	3.68
ใช้ปืน	2	13	34	25	23	14	10	11	132	6.08
กระโดดที่สูง	0	4	23	25	19	4	14	4	93	4.28
แขวนคอ	2	47	194	238	187	110	63	74	915	42.15
กระโดดน้ำ	0	4	9	4	6	8	3	2	36	1.66
วิ่งให้รถชน	0	1	1	2	5	0	0	0	9	0.41
วิธีการอื่นๆ	0	0	3	2	2	4	0	0	11	0.51
รวม	7	204	515	516	390	238	148	153	2171	100

5. วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อทบทวนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ
- เพื่อพัฒนามาตรการสื่อสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและวิธีปฏิบัติหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
- เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการสื่อสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและวิธีปฏิบัติหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

7. การวางแผนวิจัย แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 การศึกษา ดังนี้

การศึกษาที่ 1 ทบทวนมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาที่ 2 ศึกษาข้อมูลประชากรเบื้องต้นเพื่อพัฒนามาตรการสื่อสาร

การศึกษาที่ 3 พัฒนาและประเมินความปลอดภัยของมาตรการสื่อสารก่อนดำเนินมาตรการสื่อสาร

การศึกษาที่ 4 ประเมินผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยมีรายละเอียด

ดังนี้

การศึกษาที่ 1 ทบทวนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบและการประเมินผลมาตรการการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ

รูปแบบการศึกษา

ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการประเมินผลโครงการนั้นๆ โดยศึกษาข้อมูลตามรายละเอียด ดังนี้

- กิจกรรมและประเภทสื่อที่ใช้
- การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย
- การประเมินผลโครงการ

การศึกษาที่ 2 ศึกษาข้อมูลประชากรเบื้องต้นเพื่อพัฒนามาตรการสื่อสาร (ขออนุมัติ ดำเนินการ)

1) วัตถุประสงค์ เพื่อนำข้อมูลด้านประชากรเบื้องต้นมาพัฒนามาตรการสื่อสารที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2) สถานที่ศึกษาวิจัย เนื่องจากการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงบุคคลในครอบครัวผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ถือเป็นกระบวนการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกจังหวัดที่มีความพร้อมในด้านเจ้าหน้าที่ รวมทั้งให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่าควรเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดดังต่อไปนี้

1. จังหวัดลำพูน

- เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในอัตราสูงที่สุดในเขตภาคเหนือ
- มีการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มข้น มีเจ้าหน้าที่ดูแลงานด้านสุขภาพจิต

โดยเฉพาะ

- มีความพร้อมและยินดีให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. จังหวัดขอนแก่น

- รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ
- มีการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มข้น มีเจ้าหน้าที่ดูแลงานด้านสุขภาพจิต

โดยเฉพาะ

- มีความพร้อมและยินดีให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

3) ระยะเวลาการศึกษา มิถุนายน – กรกฎาคม 2553

4) กลุ่มประชากรเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ราย แบ่งเป็น
 - จังหวัดลำพูนจำนวน 6 ราย
 - จังหวัดขอนแก่นจำนวน 6 ราย

2. บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ แบ่งเป็น

- บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ราย

จังหวัดลำพูนจำนวน 6 ราย

จังหวัดขอนแก่นจำนวน 6 ราย

- บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 12 ราย

จังหวัดลำพูนจำนวน 6 ราย

จังหวัดขอนแก่นจำนวน 6 ราย

***หมายเหตุ** จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักดีว่าอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติการฆ่าตัวตายได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามการศึกษาในส่วนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งไม่ต้องการการเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด แต่ศึกษาเพื่อที่จะทำความเข้าใจลักษณะประชากรเบื้องต้น เพื่อให้ได้คำอธิบายเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในเชิงลึก ซึ่งภายหลังได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนี้แล้ว ในขั้นพัฒนามาตรการสื่อสารผู้วิจัยจะดำเนินการสำรวจโดยคัดเลือกผู้ที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรอย่างเป็นระบบต่อไป

5) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกโดยอาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient sampling)

จากเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในจังหวัดตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

ผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ✓ เป็นผู้เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
- ✓ เป็นผู้ที่มียุระหว่าง 18-65 ปี
- ✓ เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจและยอมเปิดเผยเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ✓ ไม่สามารถพูดคุยหรือตอบคำถามโครงการวิจัยได้ด้วยตนเอง
- ✓ ไม่ยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant)

- ✓ เมื่อผู้ยินยอมตนไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยอีกต่อไป ไม่ว่าจะด้วยกรณีใดๆก็ตาม

บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ✓ เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
- ✓ เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจและยอมเปิดเผยเหตุการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ✓ ไม่สามารถพูดคุยหรือตอบคำถามโครงการวิจัยได้ด้วยตนเอง
- ✓ ไม่ยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant)

- ✓ เมื่อผู้ยินยอมตนไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยอีกต่อไป ไม่ว่าจะด้วยกรณีใดๆก็ตาม

บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติฆ่าตัวตายสำเร็จ

- ✓ เป็นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตายสำเร็จ
- ✓ เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจและยอมเปิดเผยเหตุการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคลในครอบครัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ✓ ไม่สามารถพูดคุยหรือตอบคำถามโครงการวิจัยได้ด้วยตนเอง
- ✓ ไม่ยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant)

- ✓ เมื่อผู้ยินยอมตนไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยอีกต่อไป ไม่ว่าจะด้วยกรณีใดๆก็ตาม

6) ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ก) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบไปด้วย

ประเด็นคำถามสำหรับ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มบุคคลในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

กลุ่มบุคคลในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบไปด้วยคำถามดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ (รายได้)
- ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ที่ฆ่าตัวตายอย่างไร มีความใกล้ชิดสนิทกันยาวนานมากน้อยแค่ไหน
- ใครเป็นผู้ที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จสนิทมากที่สุด
- พฤติกรรมการรับสื่อโดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ประเภทสื่อที่รับเป็นประจำ (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับประชาสัมพันธ์ บอร์ดนิทรรศการ เสียงตามสาย กิจกรรมรณรงค์) ช่วงเวลาในการรับข้อมูล สถานที่ในการรับข้อมูล (เช่น บ้าน ร้านค้า โรงพยาบาล สถานีอนามัย)
- เท่าที่ท่านทราบ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติของท่านพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จ และสิ่งนั้นมียุเป็นเวลานานมากน้อยเพียงใดก่อนที่ญาติของท่านจะพยายามฆ่าตัวตาย
- ก่อนที่ญาติของท่านจะฆ่าตัวตาย (ครั้งล่าสุด) ท่านสังเกตเห็นอาการผิดปกติที่แสดงว่าญาติของท่านอาจจะฆ่าตัวตายหรือไม่ และอาการนั้นคืออะไร เช่น แยกตัวไม่พูดกับใคร แจกจ่ายของรักของหวง จัดการงานหรือทรัพย์สินของตนเองให้เรียบร้อย เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง นอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานานๆ พูดเปรยๆว่าอยากตาย มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงจากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานานมาเป็นสบายใจอย่างผิดหูผิดตา เป็นต้น
- ญาติของท่านเคยมีความผิดปกติดังกล่าวมาก่อนที่จะตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย (ครั้งล่าสุด) หรือไม่ หากเคยมี มีมานานแค่ไหน และท่านทราบได้อย่างไรว่าเขาเคยมีความผิดปกติเช่นนั้น เช่น เห็นด้วยตนเอง ได้รับการบอกเล่าจากบุคคลอื่น และในครั้งนั้นญาติของท่านตัดสินใจฆ่าตัวตายหรือไม่
- หากญาติของท่านไม่เคยมีอาการผิดปกติใดๆมาก่อนที่จะฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด ในขณะที่ญาติของท่านแสดงอาการผิดปกตินั้น ท่านคิดว่าอาการนั้นเป็นอาการผิดปกติก่อนการฆ่าตัวตายหรือไม่ หรือท่านคิดเป็นอย่างอื่น โปรดอธิบาย เช่น เป็นธรรมดาของวัยรุ่น ไม่น่าจะมีอะไรร้ายแรง ปล่อยให้เป็นที่สัพพัตหนึ่งเดียวก็หาย

- อาการผิดปกติประเภทใดที่ญาติของท่านแสดงออกแล้วทำให้ท่านนึกคิดว่าเป็นอาการที่ไม่ปกติ ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (บางครั้งผู้พยายามฆ่าตัวตายอาจมีการแสดงอาการผิดปกติหลายอาการ แต่จะมีอาการสำคัญใดเป็นพิเศษหรือไม่ที่ทำให้ญาตินึกคิดว่าเป็นเรื่องไม่ธรรมดา)
- นอกจากอาการผิดปกติที่ท่านพบในกรณีของญาติของท่านแล้วท่านเคยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการฆ่าตัวตายอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจฆ่าตัวตายอีกหรือไม่ โปรดยกตัวอย่างและท่านได้รับข้อมูลดังกล่าวมาจากที่ใด?
- ท่านเคยได้ยินหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการผิดปกติและวิธีการช่วยเหลือผู้มีอาการผิดปกติมาก่อนที่ญาติของท่านจะฆ่าตัวตายครั้งล่าสุดหรือไม่ (ไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับการแนะนำญาติเรื่องการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6 เดือนที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่) วิธีการช่วยเหลือดังกล่าวประกอบด้วยอะไรบ้าง
- หากท่านทราบข้อมูลเหล่านี้มาก่อน ในตอนที่ญาติของท่านแสดงอาการผิดปกตินั้นท่านได้ให้การช่วยเหลือหรือไม่ เพราะอะไร และหากมีการช่วยเหลือท่านปฏิบัติตนอย่างไร
- สำหรับผู้ที่ไม่เคยทราบข้อมูลเหล่านี้มาก่อน หากท่านได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการฆ่าตัวตายในครั้งนั้น ท่านคิดว่าท่านจะช่วยญาติของท่านหรือไม่ เพราะอะไร (บางคนรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติแต่อาจไม่พาญาติไปพบแพทย์เพราะความอาย หรือคิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรมหากถึงที่ตายก็ต้องตาย หรือไม่ทราบว่ามึบริการที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ)
- หากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องจะหาวิธีให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการฆ่าตัวตาย และวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าหน่วยงานรัฐควรจะต้องทำอย่างไรที่จะทำให้ท่านให้ความสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เช่น ทำให้เห็นว่าฆ่าตัวตายไม่ใช่เรื่องบาปกรรม ทำให้เห็นว่าหากทราบอาการผิดปกติมาก่อนจะสามารถช่วยเหลือญาติได้ทันและกลับมาใช้ชีวิตปกติได้
- การให้ข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐควรจะต้องสื่อสารผ่านทางใดที่จะทำให้ท่านหรือคนในชุมชนของท่านสามารถได้รับข้อมูลมากที่สุด เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย เป็นต้น

กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วยคำถามดังนี้

- อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านพยายามฆ่าตัวตายครั้งที่ผ่านมา

- เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถอดทนหรือจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุดังกล่าวนี้ได้ด้วยตนเอง ท่านได้ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับปัญหา) ในการแก้ไขปัญหาหรือไม่ อย่างไร และคนเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือแก่ท่านหรือไม่ อย่างไร
- นับตั้งแต่ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถอดทนหรือจัดการกับปัญหาที่กล่าวมาแล้ว ท่านใช้เวลาคิดและเตรียมตัวนานแค่ไหน ก่อนที่จะลงมือฆ่าตัวตาย
- ในช่วงที่ท่านใช้เวลาคิดและเตรียมตัวนั้น ท่านได้พยายามที่จะบอกอะไรหรือทำอะไรให้กับบุคคลใกล้ชิดกับท่านเป็นครั้งสุดท้ายหรือไม่ เช่น กล่าวลา กล่าวคำขอโทษ ขออโหสิ เขียนจดหมาย เขียนพินัยกรรม ฝากฝังให้ดูแลจัดการเรื่องต่างๆ แทนตัวท่าน ฯลฯ
- คนรอบข้างท่านรับรู้และมีปฏิกิริยาต่ออาการที่ท่านแสดงออกมานั้น หรือไม่ อย่างไร
- ท่านได้รับความช่วยเหลือจากใคร อย่างไร จึงทำให้ท่านฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ
- ท่านคิดว่าอาการผิดปกติที่ท่านแสดงก่อนการฆ่าตัวตายอาการใดที่ทำให้คนใกล้ชิดตัวของท่านถูกคิดและให้การช่วยเหลือท่านได้ทัน
- หากในอนาคตท่านมีปัญหาย่างรุนแรงจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ใครจะเป็นผู้ที่มิบเทาทาในการช่วยเหลือท่านได้มากที่สุด

ข) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เตรียมการก่อนลงเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ส่งจดหมายชี้แจงรายละเอียดโครงการไปยังผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อให้ดำเนินการประสานงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัย (สอ.) จากนั้นคัดเลือกผู้ประสานงานระดับจังหวัดให้เป็นผู้คัดเลือกผู้ประสานงานในระดับพื้นที่ต่อไป

ขั้นที่ 2 ดำเนินการส่งรายละเอียดงานวิจัยและหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไปยังผู้ประสานงานพื้นที่ เพื่อให้ผู้ประสานงานในระดับพื้นที่ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสม รวมทั้งผู้ประสานงานในพื้นที่จะต้องดำเนินการประเมินสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 3 วางแผนการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ประสานงานในระดับจังหวัดและในระดับพื้นที่ เพื่อเตรียมวันและเวลารวมถึงสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 4 ผู้สัมภาษณ์ซึ่งได้แก่คณะผู้วิจัยจะต้องศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตามคู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2548

ขั้นที่ 5 ผู้สัมภาษณ์จะต้องรับการอบรมขั้นตอนและวิธีการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ซึ่งการอบรมประกอบไปด้วย 1) ความต้องการทางด้านจิตใจและการป้องกันช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตาย 2) หลักการป้องกันและการให้การช่วยเหลือ 3) รูปแบบการช่วยเหลือ 4) ปฏิกริยาของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย 5) แนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ใกล้ชิดกับผู้ฆ่าตัวตาย 6) เทคนิคและข้อควรระวังในการการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มบุคคลในครอบครัวผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานที่ในการเก็บข้อมูล

1. ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ผู้สัมภาษณ์และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่จะเดินทางไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สถานที่พักของกลุ่มตัวอย่าง
2. บุคคลในครอบครัวของผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่
 - กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเดินทางมาสัมภาษณ์ที่สถานที่ที่จัดเตรียมไว้ให้ ผู้ประสานงานในระดับพื้นที่จะเป็นผู้จัดเตรียมพื้นที่สำหรับการสัมภาษณ์
 - กรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกเดินทางมายังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ให้ ผู้สัมภาษณ์และผู้ประสานงานในพื้นที่ที่จะเดินทางไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สถานที่พักของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่เป็นผู้รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างแนะนำผู้สัมภาษณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 2 ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการโดยย่อ รวมทั้งอธิบายเอกสารใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจพร้อมเซ็นต์ชื่อกำกับใบยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์

ขั้นที่ 3 ขออนุญาตบันทึกเทปในระหว่างการสนทนา หากในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่อนุญาต จะขออนุญาตการจดบันทึกข้อมูลแทน

ขั้นที่ 3 ดำเนินการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน ในขณะที่สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่าง เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ดูแลงานสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้รับผิดชอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะเป็นผู้ดูแลในขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์อย่างใกล้ชิด

8) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive) ที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ที่จัดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร (Document Research) โดยสรุปตามกรอบแนวคิดเพื่อให้ได้ข้อมูล ดังนี้

กรอบการวิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูล
Social and Epidemiological	- ปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตาย - สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
Behavioral and Environmental	- การปฏิบัติตนหากพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
Educational and Ecological	- ความรู้ เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย - ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย - การเข้าถึงช่องทางการช่วยเหลือที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน - การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและวิธีปฏิบัติหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

9) การควบคุมคุณภาพ แนวทางการควบคุมคุณภาพข้อมูลมีดังนี้

การควบคุมคุณภาพในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ได้แก่ การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวคำถามและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

การควบคุมคุณภาพในการฝึกอบรมการสัมภาษณ์ ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ซึ่งได้แก่ คณะผู้วิจัยจะต้องศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางตามคู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่จัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2548 และต้องได้รับการอบรมเทคนิคและข้อควรระวังในการการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด

การควบคุมคุณภาพในการเก็บข้อมูลภาคสนาม แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

- ✓ *การควบคุมคุณภาพงานภาคสนาม* โดยนักวิจัยอาวุโสจาก HITAP หรือที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งจะลงพื้นที่พร้อมกับนักวิจัยผู้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
 - นิเทศและติดตามความก้าวหน้าโครงการรวมทั้งประเมินผลการทำงานโดยทั่วไป
 - รับฟังและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการทำนิงานในพื้นที่ ในกรณีที่นักวิจัยผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

- ✓ การควบคุมคุณภาพงานภาคสนามจากผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพจิต ซึ่งจะลงพื้นที่พร้อมกับนักวิจัยผู้สัมภาษณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
 - ควบคุมและประเมินการสัมภาษณ์ของผู้สัมภาษณ์
 - อบรมเพิ่มเติมในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่าผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ

การศึกษาที่ 3 พัฒนาและประเมินความปลอดภัยของมาตรการสื่อสารก่อนดำเนิน มาตรการ (ขออนุมัติดำเนินการภายหลัง)

1) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบมาตรการสื่อสารที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2) ระยะเวลาการศึกษา สิงหาคม – กันยายน 2553

3) ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อให้ทราบ

- มาตรการ นโยบาย กิจกรรมและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
- ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และผลการดำเนินมาตรการ นโยบาย กิจกรรมเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
- ข้อดี ข้อเสีย โอกาส หากนำมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีดำเนินการอยู่ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย รวมทั้งมาตรการที่เสนอแนะโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาใช้ในประเทศไทย

การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบไปด้วย

1. ผู้บริหารโครงการในระดับประเทศ
2. ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด
3. ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกโดยอาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้บริหารโครงการในระดับประเทศ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ
2. ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายภายในจังหวัด ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ผู้ให้บริการงานสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ เช่น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับได้แก่ เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ(สอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ นโยบาย กิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของมาตรการ ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นคำถามดังนี้

- หน้าที่ ความรับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบันของท่าน
- ท่านรับผิดชอบงานนี้เพียงงานเดียวหรือรับผิดชอบงานด้านอื่นร่วมด้วย
- ท่านคิดว่างานนี้สำคัญเพียงใดไหนเมื่อเทียบกับงานอื่นๆ และเพราะเหตุใด
- สาเหตุและแนวโน้มของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ
- ท่านคิดว่าความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบคืออะไร
- การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่านเป็นมาตรการที่ใครเป็นผู้กำหนด (เช่น กรมสุขภาพจิต หรือสถานพยาบาลนั้นๆ พัฒนาขึ้นมา)
- การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีภารกิจหลักในด้านใดบ้าง เช่น พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมบุคลากรในการให้คำปรึกษาเชิงลึก การสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น และในภารกิจเหล่านั้นใครเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนตัว และพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบเน้นที่ภารกิจใด เป็นหลัก
- การดำเนินงานในด้านการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใด (เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิธีจัดการความเครียด ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น) มีกิจกรรมหลักอะไรบ้าง (เช่น ให้ความรู้ผ่าน อสม. เอกสารเผยแพร่ความรู้ แผ่น

พับ ชุติธรรมการ เป็นต้น) มีกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง (กลุ่มวัยรุ่น คนทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประชาชนทั่วไป)

- ท่านคิดว่ากิจกรรมการสร้างความตระหนัก ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาด้านใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขบ้าง
- กิจกรรมดังกล่าวเคยมีการประเมินผลมาก่อนหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด
- ในกรณีที่เป็นพื้นที่ของท่านยังไม่เคยมีกิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย หรือช่องทางการช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป ถ้าหากมีการสื่อสารในเรื่องนี้ขึ้น ท่านคิดว่าท่านจะต้องจัดการหรือเตรียมตัวอย่างไร และท่านคิดว่าจะสามารถทำในพื้นที่ของท่านได้หรือไม่
- หากจะทำให้กิจกรรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไร จะปรับปรุงแก้ไขวิธีการเดิมที่มีอยู่ หรือต้องเพิ่มเติมส่วนใด อย่างไร รวมถึงท่านคิดว่าจะมีผลดีผลเสีย หรือปัญหาอุปสรรคภายในหน่วยงานของท่านอย่างไร

ขั้นที่ 2 นำข้อมูลที่ได้รับจากการทบทวนและวิเคราะห์เอกสาร (ข้อมูลจากการศึกษาที่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและบุคคลในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (ข้อมูลจากการศึกษาที่ 2) มาวิเคราะห์โดยการประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 เพื่อหามาตรการที่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย

การประชุมระดมสมองประกอบไปด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้บริหารโครงการในระดับประเทศ
2. ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด
3. ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่
4. นักวิชาการสื่อสาร

กรอบการประชุม มีรายละเอียด ดังนี้

1. *Strategy development* พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาข้อมูลประชากรเบื้องต้น (การศึกษาที่ 2) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (การศึกษาที่ 3 ขั้นที่ 1)

2. *Audience segmentation* กำหนดกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายที่จะดำเนินมาตรการ

ขั้นที่ 3 สืบหาข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากรในพื้นที่ที่จะทำการศึกษา (พื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือกจากการประชุมระดมสมองในขั้นที่ 2) ในกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้

- กลุ่มประชากรทั่วไป เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงช่องทางการให้บริการ
- กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อศึกษาสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่แสดงออกก่อนฆ่าตัวตาย

ขั้นที่ 4 การประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 เพื่อหามาตรการที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

การประชุมระดมสมองประกอบไปด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้บริหารโครงการในระดับประเทศ
2. ผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัด
3. ผู้ให้บริการในระดับพื้นที่
4. นักวิชาการสื่อสาร

กรอบการประชุม มีรายละเอียด ดังนี้

1. *Media collaboration* กำหนดประเภทสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนาวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
2. *Development of key message* พัฒนาเนื้อหาของข้อมูลที่ต้องการนำเสนอสู่ประชาชน
3. *Channel of communication* พิจารณาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม

ขั้นที่ 5 ประเมินความปลอดภัยของมาตรการสื่อสารก่อนเริ่มดำเนินมาตรการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทดสอบมาตรการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับนักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงในการรับมาตรการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้
 - กลุ่มประชาชนทั่วไป
 - กลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยในโรคจิตเภท

ขั้นที่ 6 ประชุมหารือและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ดูแลงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตัวอย่าง



การศึกษาที่ 4 ประเมินผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ขออนุมัติดำเนินการภายหลัง)

- 1) วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
- 2) สถานที่ศึกษาวิจัย การกำหนดสถานที่ศึกษาวิจัยจะดำเนินการภายหลังการศึกษาที่ 3 หลังจากทราบข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ลักษณะมาตรการ ระยะเวลาการดำเนินการ มาตรการ จากการศึกษาที่ 3
- 3) ระยะเวลาการศึกษา ตามระยะเวลาการดำเนินการ (ข้อมูลจากการศึกษาที่ 3)
- 4) กลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มประชากรทั่วไป
- 5) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรในพื้นที่ที่มีการดำเนินการ (ข้อมูลจากการศึกษาที่ 3)
- 6) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากพื้นที่ที่มีการดำเนินการ (ข้อมูลจากการศึกษาที่ 3)
- 7) ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 Process evaluation

วิธีการศึกษา

- สัมภาษณ์เชิงลึก
- การสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์

กลุ่มเป้าหมาย

- บุคลากรในหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
- กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ตัวอย่างจะระบุภายหลังศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาที่ 3 เรียบร้อยแล้ว

ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

- ความครอบคลุมของสื่อ จำนวนสื่อทั้งหมดที่ผลิต เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ เป็นต้น
- การกระจายสื่อ ได้แก่ ความถี่ ความครอบคลุมด้านพื้นที่ ความครอบคลุมด้านกลุ่มเป้าหมาย
- การเข้าถึงประชาชนของสื่อที่ผลิตในโครงการ
- ปัญหาและอุปสรรคระหว่างดำเนินมาตรการ

ระยะที่ 2 Impact evaluation

วิธีการศึกษา

- สัมภาษณ์เชิงลึก
- การสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์

กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ตัวอย่างจะระบุภายหลังศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาที่ 3 เรียบร้อยแล้ว

ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

- ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
- ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย
- พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 3 Outcome evaluation

วิธีการศึกษา

รายงานผู้ป่วยทางด้านระบาดวิทยา

ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

อัตราการฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- [2] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546-2550.
- [3] บุญชัย นวมงคลวัฒนา. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 4 สุขภาพจิตกับยาเสพติด. โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร 2546.
- [4] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ 16,000 ล้านบาท. มองเศรษฐกิจฉบับที่ 1857. 2549.
- [5] Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*. 2003 Nov;36(6):288-91.
- [6] Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173:519-22.
- [7] Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005 Apr;39(4):248-54.
- [8] Akroyd S, Wylie J. Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness:survey 4. Wellington,New Zeland: New zeland Ministry of Health;2002.
- [9] Lehfeld H, Althaus DA, Hegerl U, Ziervogel A, Niklewski G. Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. *Adv Psychosom Med*. 2004;26:137-43.
- [10] Oliver RJ, Spilsbury JC, Osiecki SS, Denihan WM, Zureick JL, Friedman S. Brief report: preliminary results of a suicide awareness mass media campaign in Cuyahoga County, Ohio. *Suicide & life-threatening behavior*. 2008 Apr;38(2):245-9.
- [11] Sogaard AJ, Fonnebo V. [Effects of a TV mental health campaign 1992]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1996 Aug 30;116(20):2467-72.
- [12] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ พ.ศ.2550: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- [13] Green LW, Kreuter MW. Health promotion [lanning: and education. Theory, research and

practice. Mountain View: Mayfield Publishing Company 1999.

- [14] Linehan MM (1986). Suicidal people: One population or two? *Am N Y Acad Sci*, 487: 16-33.
- [15] Diekstra RFW (1993). Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 371(Suppl): 9-20.
- [16] Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D et al (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93:327-38.
- [17] Tejedor MC, Diaz A, Castellón JJ, Pericay JM (1999). Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 100:205-11.
- [18] Kposowa AJ (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4): 254-261.
- [19] Pescosolido BA & Wright ER (1990). Suicide and the role of the family over the life course. *Family Perspectives*, 24: 41-58.
- [20] Stack S (1996). The effect of the media on suicide: Evidence from Japan, 1955 – 1985. *Suicide Life Threat Behav*, 26:132-42.
- [21] McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR (1995). The “battering syndrome” : Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10): 737-746.
- [22] Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA (1998). Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. *American Journal of Emergency Medicine*, 16(2): 128-131.
- [23] Roberts GL, Lawrence JM, O'Toole BI, Raphael B (1997). Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims. *General Hospital Psychiatry*, 19(1): 5-11.
- [24] World Health Organization (2001). The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
- [25] De Castro EF & Martins I (1987). The role of female autonomy in suicide among Portuguese women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(4): 337-343.
- [26] Perlman D & Rook KS (1987). Social support, social deficits, and the family: Toward the enhancement of well-being. *Applied Social Psychology Annual*, 7: 17-44.

- [27] Shen B-J & Takeuchi DT (2001). A structural model of acculturation and mental health status among Chinese Americans. *American Journal of Community Psychology*, 29(3):387-418.
- [28] De Wilde EJ, Kienhorst CW, Diekstra RF, Wolters WH (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29(113): 49-60.
- [29] Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G (1989). Suicidal behavior in “normal” adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1): 59-71.
- [30] Yang B & Clum GA (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population: A test of a model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2): 127-139.
- [31] Nisbet PA (1996). Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(4): 325-341.
- [32] Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. (1997). Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: Results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(3): 199-205.
- [33] Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(3): 233-250.
- [34] Platt S (1984). Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19(2): 93-115.
- [35] Hutchinson GA & Simeon DT (1997). Suicide in Trinidad and Tobago: Associations with measures of social distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(4): 269-275. IOM (Institute of Medicine) (2001). Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences. Washington, DC: *National Academy Press*.
- [36] Kposowa AJ (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4): 254-261.
- [37] Hasselback P, Lee KI, Mao Y, Nichol R, Wigle DT (1991). The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(9): 655-659.

- [38] Kennedy HG, Iveson RC, Hill O (1999). Violence, homicide and suicide: Strong correlation and wide variation across districts. *British Journal of Psychiatry*, 175: 462- 466.
- [39] Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal*, 319(7216): 1034-1037.
- [40] Schneidman ES (1990). Overview: Multidimensional approach to suicide. In: Jacobs D, Brown HN, eds. Suicide: Understanding and responding. *Madison: International University press*, 1-30.
- [41] Ji J, Kleinman A, Becker AE (2001). Suicide in contemporary China: A review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(1): 1-12.
- [42] Yip PS (2001). An epidemiological profile of suicides in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1): 62-70.
- [43] Wilkinson D & Gunnell D (2000). Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988 – 1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5): 822-828.
- [44] Pokorny AD (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav*, 23: 1-10.
- [45] ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2541). **ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน**. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- [46] Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC (1999). Suicide and schizophrenia. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 287-99.
- [47] Roy A (1986). Depression, attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 9:193-206.
- [48] Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG (1990). The suicidal schizophrenic. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: *International University press*, 183-200.
- [49] Weiss RD, Hufford MR (1999). Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 300-10.
- [50] Deykin EY & Buka SL (1994). Suicidal ideation and attempts among chemical dependent

adolescents. *Am J Public Health*, 84: 634-9.

[51] Cheng ATA, Mann AH, Chan KA (1997). Personality disorder and suicide: A casecontrol study. *Br J Psychiatry*, 170: 441-6.

[52] Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 94: 234-40.

[53] Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1996). Access to firearms and the risk of suicide: A case control study. *Aust NZ J Psychiatry*, 30: 741-8.

[54] Schneidman ES (1990). Overview: Multidimensional approach to suicide. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding. Madison: International University press*, 1-30.

[55] Hall RC, Platt DE, Hall RC (1999). Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, 40: 18-27.

[56] Moscicki EK (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*, 20:3 499-517.

[57] Nordentoft M, Breum L, Munck LK et al (1993). High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ*, 306: 1637-41.

[58] Nordentoft M, Breum L, Munck LK et al (1993). High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ*, 306: 1637-41.

[59] Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R (1996). Suicide and HIV infection: mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *JAMA*, 276: 1743-6.

[60] Marzuk PM (1991). Suicidal behavior and HIV illnesses. *Int Rev Psychiatry*, 3:365-71.

[60] อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ.2548. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

[62] อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน และคณะ. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (ฆ่าตัวตาย) พ.ศ.2548. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.