

วารสารสวนปรุง

BULLETIN OF SUAN PRUNG

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2548) VOL.21 NO.1 January - April 2005

บรรณาธิการเถล

บทความวิชาการ

- ◆ การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย
Prof. Dr. Chee Ng.
- ◆ การป้องกันการฆ่าตัวตายในสหราชอาณาจักรอังกฤษ
Prof. Dr. Afzal Javed
- ◆ ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา
พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์
- ◆ การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
พิเชษฐ อุดมรัตน์
- ◆ ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย
ประยุทธ์ เสรีเสถียร
- ◆ การฆ่าตัวตายในประเทศไทย
มานิช หล่อตระกูล
- ◆ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย : ประสบการณ์ของจังหวัดลำพูน
บุษบา อนุศักดิ์

บทความพิเศษ

- ◆ ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ : บทบาทของพยาบาลชั้นสูง
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ภัทราภรณ์ พุ่มปั้นคำ

ปกิณก:

- ◆ ละครโทรทัศน์ช่วยบำบัดจิตใจ
วุฒิพงศ์ ถายะพิงค์
- ◆ ภาพกิจกรรมของโรงพยาบาลสวนปรุง

วารสารสวนปรุง

Bulletin of Suan Prung

คณะกรรมการที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวัฒน์	มัทธนินทร์กุล
	นายแพทย์ปริทรรศ	ศิลป์กิจ
	นางอัญชร	พัชพันธ์
	นางผการัตน์	ถาวรวงศ์

บรรณาธิการ	แพทย์หญิงพันธุ์ภา	กิตติรัตน์ไพบูลย์
------------	-------------------	-------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสุนทรี	ศรีโกไสย
-------------------	-----------	----------

กองบรรณาธิการ	นายแพทย์จักริน	ปิงคลาศัย
	นางกรองจิตต์	วงศ์สุวรรณ
	นายวุฒิพงศ์	ถายะพิงค์
	นางสาวราณี	พรมานะจรัสกุล
	นางสาวรสสุคนธ์	ธนะแก้ว
	นางนวิยา	ภิรมย์
	นางสาวมธุริน	คำวงศ์ปิ่น
	นางสาวธิดารัตน์	ศรีสุโข
	นางรัชณี	อุดมพันธุ์
	นางชลิตา	เพชรธนู
	นางสาวลดา	คำทอง

กองบรรณาธิการเกียรติคุณ	ศ.เกียรติคุณ นพ.จำลอง	ดิษขวณิช
	ผศ. ศรีนวล	วิวัฒน์คุณูปการ

ฝ่ายจัดพิมพ์	นางอรพินท์	บุญหมื่น
	นายสุรัตน์ชัย	ลักทิน

ฝ่ายสมาชิก	นางทัศนีย์	ศรีบุญเรือง
	นางประไพ	สุภาณี

เจ้าของ : โรงพยาบาลสวนปรุง
พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ โรงพยาบาลสวนปรุง

กำหนดออกรายสี่เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

โทร. (053) 280228-47 ต่อ 504, 506

โทรสาร. (053) 271084

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่มีความสนใจ
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย และรายงานการศึกษาทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
3. พัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุง ให้มีสมรรถนะในการเขียนบทความทางวิชาการ และรายงานการวิจัย

การติดต่อ

ผู้ที่ประสงค์จะติดต่อสอบถามให้ข้อเสนอแนะหรือต้องการส่งบทความเพื่อลงพิมพ์ในวารสารสวนปรุงโปรดส่งไปยัง

นางสุนทรี ศรีโกไสย

โรงพยาบาลสวนปรุง

131 ถ. ช่างหล่อ ต. หายยา

อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50100

โทร. (053) 280228-47 ต่อ 504

bulletin@suanprung.go.th.

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

- ◆ การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย 1
Prof. Dr. Chee Ng.
- ◆ การป้องกันการฆ่าตัวตายในสหราชอาณาจักรอังกฤษ 5
Prof. Dr. Afzal Javed
- ◆ ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา 9
พินรุณภา กิตติรัตนไพบูลย์
- ◆ การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 18
พิเชษฐ อุดมรัตน์
- ◆ ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย 26
ประยุทธ์ เสรีเสถียร
- ◆ การฆ่าตัวตายในประเทศไทย 31
มานิช หล่อตระกูล
- ◆ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย: ประสบการณ์ของจังหวัดลำพูน 43
บุษบา อนุศักดิ์

บทความพิเศษ

- ◆ ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยลึนามิ: บทบาทของพยาบาลชั้นสูง 51
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ภัทราภรณ์ ทุงปันคำ

ปกิณกะ

- ละครโทรทัศน์ช่วยบำบัดจิตใจ 62
วุฒิพงศ์ ถายะพิงค์
- ภาพกิจกรรมของโรงพยาบาลสวนปรุง 67

บรรณาธิการแถลง

พบกันอีกแล้วนะค่ะท่านสมาชิกและผู้สนใจติดตามวารสารสวนปรุงทุกท่าน ขอต้อนรับเข้าสู่ พุทธศักราชใหม่นี้เป็นปีที่ 21 ของวารสารสวนปรุงแล้วนะค่ะ ฉบับแรกของต้นปี พ.ศ. 2548 นี้ เราจัดบทความวิชาการที่ถอดความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย: ประสบการณ์ของประเทศไทย และต่างประเทศ ซึ่งจัดโดยงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างวันที่ 11 - 12 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านให้เกียรติเป็นวิทยากรทั้งจาก ในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะ Dr. Chee Ng จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย และ Dr. Afzal Javed จากสหราชอาณาจักรอังกฤษ นอกจากนี้ยังมีจิตแพทย์ของประเทศไทยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องฆ่าตัวตายมาอย่างต่อเนื่อง คือ รศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และ ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ ทั้งสองท่านได้นำเสนอผลการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยไว้ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนภาวะการฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ทำให้ประชาชน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยบรรณาธิการเองได้นำเสนอแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังไว้อย่าง กระชับและเข้าใจง่าย และผลจากการวิเคราะห์ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในปี พ.ศ. 2547 โดย นพ.ประยุทธ์ เสรีเสถียร ทำให้เราทราบประเด็นที่ควรเฝ้าระวัง อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น สำหรับประสบการณ์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน ซึ่งคุณบุษบา อนุศักดิ์ ได้เรียบเรียงไว้แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จในการดำเนินงานอย่างมุ่งมั่น และเข้มแข็ง ของทีมงานจังหวัดลำพูนจริง ๆ เราจึงไม่สงสัยเลยว่าเหตุใดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนจึงได้รับ รางวัลชนะเลิศการดำเนินงานสุขภาพจิตดีเด่นจากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2547 ปิดท้ายด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผศ.ดร.ภัทราภรณ์ พงษ์บัณฑิต ท่านได้ถ่ายทอดประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติที่เรากำลังเฝ้าระวัง ทำให้พยาบาลจิตเวชมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติที่เราไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สำหรับปณิธานในฉบับนี้เป็นเรื่องประโยชน์ของละครโทรทัศน์ต่อการบำบัดด้านจิตใจในลักษณะ ต่างๆ ที่ควรใช้วิจารณญาณในการดูแล้วสะท้อนมาถึงตัวผู้ดูเองซึ่งอาจจะช่วยให้เข้าใจความแตกต่างของมนุษย์ ได้มากขึ้น

ขอขอบคุณคำแนะนำ คำชื่นชมและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ท่านได้ส่งมา ทำให้ทีมงานของเรามี กำลังใจที่จะสร้างสรรค์งานคุณภาพเพื่อทุกท่านต่อไปค่ะ

พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์

การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย

Prof. Dr. Chee Ng *

ภาวะการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของคนทั่วโลก ข้อมูลในปี 2000 WHO ได้ประมาณการว่าทั่วโลกมีการฆ่าตัวตายประมาณ 815,000 คน ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายตัวเลขจะสูงขึ้นประมาณ 20 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการเพิ่มขึ้นในประชากรที่มีอายุน้อย ในช่วงทศวรรษหลังเริ่มมีการลดลงในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยที่เป็นผู้ชาย และกลุ่มผู้หญิงอายุวัยกลางคนและกลุ่มสูงอายุแต่ตัวเลขที่เราเห็นเป็นตัวเลขที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ยังมีตัวเลขที่ยังไม่ได้รายงานอีกมาก ในช่วง 40 - 50 ปีที่ผ่านมาจะเห็นตัวเลขของประเทศออสเตรเลีย มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในปี 1960 มีอัตราค่อนข้างสูงแล้วก็ลดลงในปี 1976 แล้วสูงเพิ่มขึ้นในปี 1990 และหลังจากนั้นก็มีการลดลงเล็กน้อยจนกระทั่งถึงปี 2001 มีตัวเลขประมาณ 12.5 ต่อแสนประชากรในระหว่าง ปี 1997 - 2001 ก็มีการลดลงของอัตราการฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ตามผู้ชายก็มีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูงกว่าผู้หญิง ในปี 1998 อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ชายมีประมาณ 23 ต่อแสนประชากร อัตราการ

ฆ่าตัวตายของชายต่อหญิงในปี 1950 มีเพียง 2:1 แต่ปี 1990 เพิ่มขึ้นเป็น 4:1 ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ในขณะที่ผู้หญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายคงที่ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ประเทศออสเตรเลียก็คล้ายๆ กับประเทศทางแถบตะวันตกทั้งหลายที่อัตราการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 15 - 24 ปี อยู่ในช่วง 10 อันดับ ซึ่งระยะหลังก็เริ่มให้ความสำคัญกับประชากรที่มีอายุน้อยมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีการลดลงบ้าง แต่โดยรวมอัตราการฆ่าตัวตายก็อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุการตายกับสาเหตุอื่น พบว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 33 - 44% เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารของประเทศให้ความสำคัญในการมองว่าปัญหาเรื่องของการฆ่าตัวตายมีความสำคัญในเรื่องสุขภาพของประชากร ในเรื่องของวิธีการฆ่าตัวตายพบว่าระหว่างปี 1991 - 2001 การแขวนคอเป็นวิธีที่ใช้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นๆ ส่วนการใช้อาวุธปืนลดลง จากปี 1991 - 2001

* CIME, University of Melbourne, Australia ถอดความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย: ประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ วันที่ 11-12 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ จัดโดยโรงพยาบาลลพบุรี

ค่อนข้างชัดเจนซึ่งจะสัมพันธ์กับกฎหมายการควบคุมอาวุธปืน ในปีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 50% คือ กลุ่มที่ผู้ชายอายุน้อยที่อยู่ในชนบท เพิ่มขึ้นถึง 37.7 ต่อแสนประชากร กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่ม Aboriginal ซึ่งเป็นชาวเผ่าชนพื้นเมืองของออสเตรเลีย ก็จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 2 เท่า เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ชนพื้นเมือง จากการทำ Psychological autopsy พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายมีปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมด้วย 28 - 98% การศึกษาในเมลเบิร์นพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุน้อย และ 40% ของผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายนั้นมีประวัติของการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อนแล้ว ในผู้ป่วยจิตเวช มีอัตราการฆ่าตัวตายถึง 10 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยและประชากรทั่วไปแล้ว อย่างน้อย 30% ของคนที่ฆ่าตัวตายนั้น ได้รับการรักษาทางจิตเวชอยู่โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน ที่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และกลุ่มที่กำลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง

ตัวบ่งชี้ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ ประวัติ การพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือประวัติ การพยายามทำร้ายตัวเองมาก่อน การศึกษาในออสเตรเลียพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนี้อัตราการฆ่าตัวตาย 30 เท่า สูงกว่าประชากรทั่วไป กลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดก็คือ เด็กผู้หญิงที่อายุ 15 - 29 ปี ปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่สัมพันธ์กับการ

ฆ่าตัวตาย การศึกษาหนึ่งพบว่า ถ้ามีประวัติของคน ในครอบครัวฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย มาก่อน ก็จะสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสูงขึ้น การมี ประวัติถูก Abuse มาก่อนในวัยเด็ก ก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น การสามารถ ทหาอาวุธได้ง่าย ความสูญเสียที่เกิดขึ้น เช่น สูญเสีย จากการทำงาน เรื่องของสุขภาพ มีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส การเสียชีวิตของคนใกล้ชิดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ปัญหาเรื่องทางสังคม และเศรษฐกิจที่สำคัญ ก็ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงจาก สภาพครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัว เดี่ยวมากขึ้น ก็ทำให้ความเสี่ยงสูงขึ้น ในเรื่องของการป้องกันการฆ่าตัวตายจะต้องมองปัจจัยทางสังคม ไปด้วย ปัจจัยที่ป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การมีความสัมพันธ์กับครอบครัวและโรงเรียน ความ รับผิดชอบในการดูแลครอบครัว การมีผู้ใหญ่สำหรับเด็ก สำหรับคนในครอบครัว สำหรับคู่สมรส การที่มีความสามารถ หรือทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ดี การมี สุขภาพกาย และจิตที่ดี มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เมื่ออายุมากขึ้นแล้วก็มีเชื่อทางด้านศาสนา ที่เคร่งครัดปัจจัยเหล่านี้จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้ นอกจากนี้ถ้าสามารถวินิจฉัยและรักษาโรคทาง จิตเวชได้เร็วก็จะดียิ่งขึ้น จะเป็นปัจจัยป้องกันที่ สำคัญ

จากการศึกษาอันหนึ่งพบว่าถ้า ไม่สามารถหาอาวุธปืนได้ในบ้าน ก็เป็นปัจจัยที่ ค่อนข้างสำคัญอันหนึ่ง ที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตาย

ลดลง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยที่ค่อนข้างเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวหรือสองปัจจัยก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายได้ในแง่ของโดเมนก็จะมีเรื่องของทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเศรษฐกิจสังคม และกีดกันจิตใจ ทั้งเรื่องของด้านจิตใจ และโรคทางด้านจิตเวชด้วย ซึ่งมีความสำคัญและคาบเกี่ยวกัน สาเหตุของการฆ่าตัวตายนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุเพียงเหตุการณ์เดียว มักจะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต่อเนื่องกันจนกระทั่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย เพราะฉะนั้นเวลาพิจารณาสาเหตุการฆ่าตัวตาย เราไม่ได้พิจารณาแต่เพียงว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุ หรือ ปัจจัยทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุเท่านั้น ต้องมองปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเป็นอย่างไร social support มีไหม รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเลือกวิธีการฆ่าตัวตาย ว่ามีความเห็นอย่างไร ปัจจัยสุดท้ายที่สำคัญที่สุดก็คือ ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายว่าวิธีไหนที่จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ตรงนี้เป็นประเด็นที่ค่อนข้างสำคัญว่า ถ้าบุคคลเหล่านั้นทราบว่ามีวิธีการที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายได้ ก็มีโอกาสมากขึ้นที่จะเกิดเหตุการณ์นี้ได้ ดังนั้นกลยุทธ์เรื่องของการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศจะเป็นกลยุทธ์ที่มองทุก ๆ ด้านรวมกัน และก็มี การมองหลายๆ แง่มุมรวมๆ กัน และไม่ใช่เพียงแต่เป็นการฆ่าตัวตายเท่านั้น ต้องมองนโยบายที่กว้างขึ้นด้วย ประเทศที่เริ่มมีการนำเอา National

Suicide Prevention Strategies: (NSPS) มาเริ่มใช้ก็คือ ประเทศฟินแลนด์ ในปี 1986 ประเทศสวีเดน ในปี 1993 แล้วก็มาถึงอังกฤษและอเมริกา ในแต่ละประเทศก็มีการเน้นประเด็นที่แตกต่างกัน ในประเทศออสเตรเลียกับนิวซีแลนด์จะเน้นในเรื่องของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เรื่องของสุขภาพจิตโดยรวม ในเกือบทุกประเทศจะมีการ approach ในทุกๆ ช่วงอายุ ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการค่อนข้างแตกต่างกันแต่ประเด็นหลักๆ ก็จะคล้ายกันว่า NSPS ก็คือ การประเมินผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย การพยายามที่จะวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และการให้การรักษาแอลกอฮอล์ และสารเสพติด โปรแกรมสำหรับแอลกอฮอล์ และสารเสพติด เน้นเรื่องของ school-based programs มากขึ้น การให้ความรู้ในสื่อต่างๆ การพยายามควบคุมวิธีการเข้าถึงอาวุธปืน หรืออาวุธที่มีความร้ายแรง ประเด็นเรื่องของการจ้างงาน และการว่างงาน รวมทั้ง การที่จะให้การอบรมเรื่องของการ suicide prevention มากขึ้น และสุดท้ายเรื่องของ postvention การให้ postvention ต่อครอบครัวผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ฆ่าตัวตายไปแล้ว ในประเทศออสเตรเลีย เริ่มทำในปี 1999 โดยพัฒนาร่วมไปกับของ National Youth Suicide Prevention Strategy วัตถุประสงค์หลักคือ พยายามที่จะส่งเสริมเรื่องของการป้องกัน แล้วก็ลด ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นในชุมชน ลักษณะของโปรแกรมก็มีความหลากหลาย ตั้งแต่เรื่องของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน โรงงาน รวมทั้ง NGO ต่างๆ

เป็นการพัฒนาร่วมกัน ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือกัน ในหลายๆ หน่วยงาน โครงการ living is for life มีกิจกรรม หลักอยู่ 3 อย่างคือ

- 1) กิจกรรม area of action
- 2) การอบรม
- 3) การสร้างเครือข่าย

ได้มีความพยายามที่จะส่งเสริมเรื่อง ของปัจจัยป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย ส่วนเรื่อง support group ได้มีการพยายามสร้าง เครือข่ายกับกลุ่มชนพื้นเมือง aborigin พยายามเน้น เรื่องของ evidence base ในการป้องกัน เพื่อ พัฒนาเรื่องของ good practice มีการสนับสนุนกับ กิจกรรมหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องของกิจกรรม ในชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย เรื่องของการ เพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องของการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมทั้งกระตุ้นในชุมชนเผ่าพื้นเมืองด้วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาที่ระบุด้านข้างชัดเจนว่า มีอะไรบ้างซึ่ง NSPS จะเป็นตัวสนับสนุนเงินทุน สำหรับกิจกรรมเหล่านี้ การทำงานของ NSPS ต้องทำงานร่วมไปกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ของประเทศ ซึ่งชุดแรกในปี 1992 - 1997 ซึ่งได้ทำ ผ่านไปแล้ว 2 ชุด ตอนนี้กำลังเริ่มชุดที่ 3 ใน แผนที่ 1 จะเป็นแผนเกี่ยวกับเรื่องของ mental heal reforms งานแรกคือ พยายามที่จะให้บริการเฉพาะ ทางด้านสุขภาพจิตไปสู่ชุมชนมากขึ้น ร่วมกับบริการ สุขภาพทั่วๆ ไปมากขึ้น แผนที่ 2 คือพยายามที่จะ ปรับรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการ

รักษาในชุมชนมากขึ้น มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องของชุมชนของการดูแลแบบผู้ป่วยใน ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ส่งเสริม เรื่องสิทธิผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นมีส่วนร่วม ในการรักษามากขึ้น ส่วนแผนสุขภาพจิตแห่งชาติ ชุดที่ 2 ชุดนี้จะเน้นมากขึ้นในเรื่องของการป้องกัน กับการส่งเสริมเรื่องของการเครือข่ายในการพัฒนางาน และเรื่องของคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแล

การป้องกันการฆ่าตัวตายในสหราชอาณาจักรอังกฤษ

Prof. Dr. Afzal Javed *

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับประเทศในหลายประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายๆ เรื่อง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นภาวะ เป็นปัญหาระดับชาติ เป็นเรื่องของสังคม เป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อนมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งในเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณี สังคม สถานการณ์ต่างๆ ที่หลากหลาย ในสหราชอาณาจักรหรืออังกฤษการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาหลักที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศเขา หลายปีที่ผ่านมาภาพเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนแปลงไป อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในชายหนุ่ม และพบมากในผู้ชายที่อายุต่ำกว่า 35 ปี ในประเทศอังกฤษมีชนกลุ่มน้อย มีหลายเชื้อชาติอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญในชุมชนเหล่านี้ด้วย หลายๆ ประเทศได้มีการจัดโปรแกรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นโครงการคิดโครงการแล้วนำไปใช้ให้เกิดผลสำเร็จ ในหลายๆ ประเทศพบว่าโปรแกรมเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการป้องกัน

ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ โปรแกรมระดับชาติของประเทศอังกฤษเกิดขึ้นครั้งแรก ในปี 2002 มีข้อมูลหลายอย่างที่มีคนศึกษาหลายด้าน แต่โปรแกรมที่แท้จริงจึง เริ่มทำมาประมาณ 2 ปี จุดประสงค์หลักของโปรแกรมนี้ออกไปเสริมความแข็งแกร่งในขบวนการที่จะป้องกันปัญหาและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประเทศอังกฤษ ก็เน้นกลยุทธ์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็น คือ ต้องทำงานร่วมกันหลายๆ หน่วยงาน ในกิจกรรมที่ต้องมีการทบทวน เป็นระยะด้วยเป้าหมายหลักๆ ที่สำคัญของโปรแกรมนี้ออกไปคือการที่จะลดปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายจากอัตราการตายจากปัญหาการฆ่าตัวตายหรือการบาดเจ็บที่ไม่ทราบสาเหตุต้องลดให้ได้ 1 ใน 5 ในช่วงในปี 2010

รายละเอียดของโปรแกรมระดับชาตินี้มี 4 หลักการใหญ่ๆ คือ

1) การป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่ใช่การรับผิดชอบของส่วนใดส่วนหนึ่งของหน่วยงาน ต้องร่วมกันหลายๆ หน่วยงานของสังคม ทั้งในเรื่องของสาธารณสุขและในเรื่องของสุขภาพจิต หลายๆ

* University of worwick, UK ถอดความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย : ประสบการณ์ของประเทศไทย และต่างประเทศ วันที่ 11-12 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ จัดโดยโรงพยาบาลสวนปรุง

หน่วยงานต้องประสานงานร่วมกัน ทุกหน่วยงาน ต้องให้ความสำคัญ ต้องมีการป้องกันหลายระดับ แล้วแต่หน่วยงาน

2) การพยายามที่จะรวบรวมข้อมูลต่างๆ ในการศึกษาวิจัยให้ได้มากที่สุดที่จะนำมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุด

3) กลยุทธ์นี้จะต้องเฉพาะเจาะจงลงไป จะต้องนำไปสู่การปฏิบัติและต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม

4) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการสังเกตความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่จำเป็น หมายความว่า กระบวนการที่เรา นำไปใช้ปฏิบัติ ต้องมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ อันนี้เป็นเป้าหมาย หรือจุดประสงค์หลักๆ ของ สหราชอาณาจักร

อันแรกเพื่อลดอัตราเสี่ยงโดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดตั้ง local mental health คือการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพจิตในท้องถิ่นโดยระบบนั้นก็จะต้องมีระบบที่คอยดูแลแล้วประเมินผลว่า ใครคือกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง เมื่อหากกลุ่มเป้าหมาย แล้วก็จะมีทีมเพื่อลงไปบริหารจัดการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการต่างๆ ที่จะลงไปปฏิบัติ หรือดูแล ต้องมีทีมที่สามารถออกไปนอกพื้นที่ได้ไปให้บริการ เช่น ในเรื่องของการดูแลภาวะวิกฤตเบื้องต้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจเบื้องต้น การที่จะแก้ไขปัญหาในทีมนี้จะประกอบไปด้วยหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนด้วย นอกจากนี้จะมีการทุ่มเงินจำนวนมากที่จะฝึกอบรมให้บุคคล เหล่านี้ให้มีทักษะในการที่จะจัดการดูแลปัญหาได้ เป้าหมายประการที่สอง คือ ส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทั่วประเทศ หลายคนคิดว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นก็แค่ปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น แต่จะหมายรวมถึงคนที่มีสุขภาพจิตดีด้วย ส่วนใหญ่เราจะมองเฉพาะคนที่มีปัญหาแต่อยากจะให้มองรวมถึงคนที่มีสุขภาพจิตดีเข้าไปด้วย ต้องบอกให้ประชาชนทั่วไปทราบด้วยการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีนั้นสำคัญต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีหลายโปรแกรมที่เกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะบางกลุ่มที่เป็นกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้หญิงกลุ่มผู้ตั้งครรรภ์หรือในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดต่างๆ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตก็เป็นเรื่องที่สำคัญ ในจุดประสงค์อันที่สอง ก็เพื่อที่จะลดขบวนการต่างๆ หรืออุปสรรคการฆ่าตัวตาย พยายามที่จะลดโอกาสที่จะเข้าถึงอุปสรรคเหล่านั้น เช่น การที่เราเพิ่มคุณภาพสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ต้องโทษ ควบคุมเกี่ยวกับการใช้ยาต่างๆ ควบคุมหลายอย่าง เช่น การใช้แก๊ส ในอังกฤษมีการใช้แก๊สในการฆ่าตัวตาย หรือควบคุมเกี่ยวกับอาวุธ เช่น ปืนพก หรือ วิธีการต่างๆ ที่บุคคลใช้ เช่นกระโดดจากที่สูง อันต่อมา เกี่ยวข้องกับสื่อมวลชนการเผยแพร่ภาพเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การดูแลเรื่องการรายงานการฆ่าตัวตาย ในนโยบาย อันนี้มีสองด้านใหญ่ๆ อันแรก เพื่อลดความไวในการ

รับรู้ข่าว ให้รายงานข่าวในทางบวกมากขึ้น การเพิ่มความตระหนักถึงโอกาสที่จะติดต่อหน่วยงานเวลาเขาต้องการความช่วยเหลือ หน่วยงานที่จะช่วยเหลือนั้นก็ได้รับการฝึกฝนในทักษะในการที่จะช่วยเหลือ เป้าประสงค์หลักอีกอันหนึ่งคือ สนับสนุนการวิจัย การฆ่าตัวตายและการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีหลายหน่วยงานมีการสร้างขึ้น มาแล้วมีการนำมาใช้ อันแรกที่สำคัญและมีประโยชน์มากคือ national confidential inquiry ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและ homicide การทำร้ายผู้อื่น ก็จะมีการรายงานเข้าไปที่สถาบันนี้ ทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับว่าปัจจัยที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในอนาคตได้อันที่สองคือการสร้างเป็นหน่วยงานวิจัยระดับชาติ เป็นเครือข่ายของการวิจัย โดย national mental health ในอังกฤษ สถาบันจะทำหน้าที่เกี่ยวกับการอนุญาตในการทำวิจัย ว่าใครจะไปทำวิจัยในกลุ่มไหน ไม่ว่าจะเข้าไปทำวิจัยในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในโรงพยาบาล ในเรือนจำ คือหน่วยงานระดับชาติของอังกฤษไม่ใช่ว่าจัดตั้งตามนโยบายอย่างเดียว แต่ต้องสร้างสิ่งที่เป็น implement แล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง หน่วยงานที่ว่านี้ก็ได้นำไปใช้ปฏิบัติแล้ว เช่น กรมสุขภาพจิตของเรา ตั้งแต่ปี 1999 แล้วหน่วยงาน National Health Service (NHS) ก็นำไปเสนอในงานสุขภาพจิต โดยเน้นที่จะนำไปใช้ให้เกิดเป็นรูปธรรม การป้องกัน 7 ด้าน เช่น สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันและช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาระดับชาติมีการใช้งบประมาณ

ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผล หน่วยงานไหนสามารถนำไปใช้แล้วเกิดผลสำเร็จจะได้รับงบประมาณมากกว่าหน่วยงานอื่น 7 มาตรฐานที่เริ่มทำในปี 1999 อันแรก คือ ส่งเสริม สุขภาพจิตให้ครอบคลุมและทั่วถึง อันดับที่สอง คือ พยายามจัด primary health care ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด สนับสนุนให้เข้าถึงหน่วยงานระดับปฐมภูมิ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวกับภาวะวิกฤตต่างๆ หรือเครือข่ายที่จะช่วยเหลือ และอันที่สี่ คือ ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดูแลกลุ่มเป้าหมายเหล่านั้น กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงหรือว่ามีปัญหา การป่วยทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าและมีปัญหาการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่สำเร็จ นอกจากแพทย์จะต้องดูแลในการให้บริการที่ดีแล้วต้องเป็นกลุ่มอื่นๆ ด้วย มีพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องปลอดภัย ซึ่งหมายถึง ในแต่ละหน่วยของโรงพยาบาลก็ต้องมีมาตรการที่จะรับรองความปลอดภัยไม่ให้มีการฆ่าตัวตายนอกจากนี้การช่วยเหลือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยหรือครอบครัวก็เป็นเรื่องสำคัญ เป้าหมายที่เราต้องการบรรลุถึง เกี่ยวกับเป้าหมายการฆ่าตัวตายทั้ง 7 ข้อ รวมถึง การที่จะติดต่อกับแพทย์ทั่วไป การให้บริการทางด้านจิตเวชหรือคลินิกจิตเวช สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะในการประเมินความเสี่ยง ในการให้บริการผู้ป่วยด้วย จะต้องมีการดูแลด้วยว่า นโยบาย มีการนำไปปฏิบัติใช้จริง หน่วยงานของ

อังกฤษชื่อย่อว่า NIMHE ชื่อเต็ม national institute mental health in England เป็นหน่วยงานที่จะรับผิดชอบเรื่องนี้ เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2002 มีการทบทวนข้อมูลก็พบว่า เปรอร์เซ็นต์การฆ่าตัวตาย มีการลดลง โดยพบว่าหลังจากมีการใช้กลยุทธ์อันนี้ พบว่าลดลง 3.2% เมื่อเทียบกับ base line อัตราการฆ่าตัวตายในปี 2002 มีการลดลง เขาคาดหมายว่าจะมีการลดลง ไม่ได้หมายความว่านโยบายหรือยุทธการอันนี้มันจะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายลดลง แต่พบว่ายังคงสูงในกลุ่มอายุน้อย ส่วนใหญ่อัตราการฆ่าตัวตายที่ลดลงจะเห็นจากกลุ่มผู้ป่วยใน แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มผู้ต้องขัง ส่วนใหญ่การฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการแขวนคอ การขาดอากาศหายใจ หรือการรัดคอ ก็ยังคงสูงอยู่ ส่วนใหญ่ลดลงในวิธีการใช้ยาเกินขนาด และการใช้ปืนลดลง มีข้อสังเกตว่าการลดลงของการใช้ยาเกินขนาด มันก็น่าจะเกิดจากการควบคุมการจ่ายยาผู้ป่วย เช่น ยาแอสไพริน พาราเซตามอน ซึ่งมีการใช้บ่อย นโยบายหรือกลยุทธ์นี้ในช่วงตั้งแต่ 2002 ก็พบว่ามีการลดลงแต่จะต้องดูว่าในอนาคตต่อไปจะเป็นอย่างไร ก็จะมีการทบทวนข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับนโยบายที่ใช้ไปอีกหนึ่งวิธีการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรมนี้คือ การส่งเสริมสนับสนุนในสังคมของผู้ป่วยหรือเกี่ยวกับการงาน เกี่ยวกับเรื่องความเชื่อเรื่องศาสนาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ก็จะเพิ่มความเป็นไปได้ในการเพิ่มการเข้าถึงหน่วยบริการต่างๆ ได้ ที่สามเพื่อจะลดตราบา

(stigma) ที่จะติดตัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ที่ป่วยทางด้านจิตเวช โดยให้สื่อมวลชนรายงานในทางบวกมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปคือโครงการยุทธศาสตร์การฆ่าตัวตายของสหราชอาณาจักร กำลังก้าวหน้าดีขึ้นเรื่อยๆ มีหลายๆ สิ่ง หลากๆ อย่าง ที่พูดไว้ในนโยบายก็ได้รับการปฏิบัติ แล้วมีผลลัพธ์ที่สำคัญ ถึงแม้ว่าจะยังไม่ลดภาพรวมของการฆ่าตัวตายได้ แต่ก็มีตัวชี้วัดบางตัวที่แสดงให้เห็นว่ามีการส่งผลที่ดีสำหรับประเทศอื่นๆ ที่จะนำทริเยนของสหราชอาณาจักรไปใช้ ต้องมีนโยบายระดับชาติคือต้องมุ่งที่จะป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีแนวทางที่สำคัญที่จะนำไปปฏิบัติโดยมีวิธีการคือการรวมพลังทั้งการศึกษา การสาธารณสุข รวมทั้ง NGO อาสาสมัครต่างๆ โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว องค์กรทางศาสนาและสังคม โดยครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย สำหรับศาสนาก็เป็นเครื่องนำทางทั้งสองอย่างเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะป้องกันการฆ่าตัวตาย ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยรวม โดยใช้สถาบันครอบครัว และศาสนา เป็นหลักในการทำหรือร่างนโยบายระดับชาติต้องมีหลักการที่ชัดเจนว่าจะทำอะไร มีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน มีวิธีการปฏิบัติได้ แล้วสามารถนำไปดำเนินการได้ แล้วสิ่งสุดท้ายก็คือ ถ้าเราจะทำเรื่องการฆ่าตัวตาย คือเราจะต้องอยู่กับความเป็นจริง แล้วก็ปฏิบัติได้

ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ติดสารเสพติดและสุรา SUICIDE IN ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE

พญ. พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ *

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า บุหรี่และสุราเป็นสารเสพติดที่อันตรายที่สุดในโลก โดยสุราเป็นสารเสพติดที่ใช้ในทุกพื้นที่ทั่วโลกและพบความชุกของผู้ใหญ่ที่มีปัญหาจากสุรา (Alcohol dependence and harmful use) ประมาณร้อยละ 1.7 คิดเป็นชาย และหญิง ร้อยละ 2.8 และ 0.5 ตามลำดับ ส่วนสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น เฮโรอีน กัญชา และโคเคน พบว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 0.4-4 ขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ (WHO 2001) ⁽¹⁾

ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของคนไทย พ.ศ. 2542 (Burden of diseases and injuries due to major risk factor) โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แสดงดัชนี การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความป่วยและพิการ (Years Lived in Disabilities-YLD) พบว่าสารเสพติด (Drug dependence and harmful use) และสุรา (Alcohol dependence and harmful use) เป็นสาเหตุสำคัญ อันดับ 1 และ 2

ในเพศชาย และดัชนีปีสุขภาวะปรับด้วย ความพิการ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ซึ่งเป็นการรวมการสูญเสียด้านสุขภาพ ทั้งจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (Years of Life Lost-YLD) และการสูญเสียคุณภาพชีวิต จากความป่วยและพิการ (YLD) แล้วพบว่าภาวะฆ่าตัวตาย (Suicides) สารเสพติด (Drug dependence and harmful use) และสุรา (Alcohol dependence and harmful use) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 9, 10 และ 11 ตามลำดับ และในการศึกษาด้านภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2542 พบว่า บุหรี่ และสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 2 และ 3 ที่ก่อให้เกิดภาระโรคในเพศชาย และลำดับที่ 4 และ 11 ในเพศหญิง (เฉวตสรร นามวาท และ จิรภัทร กัลยาณพจน์พรม 2547)⁽²⁾

จากผลการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2546

* นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลสวนปรุง

โดยใช้เครื่องมือ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) พบว่าคนไทย มีความชุกของปัญหาจากสุรา (Alcohol dependence and harmful use) ร้อยละ 28.52 แยกเป็นชายร้อยละ 46.08 และหญิงร้อยละ 9.96 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ 2547)⁽³⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างสุราสารเสพติด และภาวะฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาในประชากรทั่วไปพบว่า ผู้ติดสุรามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 2.2 - 3.4 (Murphy and Wetzel, 1990)⁽⁴⁾ และจากผล meta analysis ของสาเหตุการตาย พบว่าอัตราเสี่ยงที่ ตลอดชีวิตผู้ติดสุราจะฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 7 (Inskip et al., 1998)⁽⁵⁾

นอกจากนี้ผลการศึกษาในหลาย ประเทศ พบว่า ปริมาณการดื่มสุรา การเข้าถึงสารพิษ และอาวุธปืน มีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตาย (WHO, 2001)⁽¹⁾ ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีโอกาส ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ผู้ที่ไม่มีปัญหาจากสุราถึง 7 เท่า (Rossow 1995)⁽⁶⁾ โดยผู้ติดสุราชายมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ติดสุราหญิง และผู้ติดสุราชายที่มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจะพบ พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้สูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วย จิตเวช พบว่า ปัญหาจากสุรา มีความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 3 ของโรค ทางจิตเวชรองจาก

ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตเภท ในผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย ภาวะติดสุราเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ มากกว่าผู้นั้นจะฆ่าตัวตายสำเร็จ และร้อยละ 25 ของผู้ชายที่ติดสุราเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย หนึ่งครั้งในชีวิต ส่วนในผู้ติดสารเสพติดที่พยายาม ฆ่าตัวตาย พบว่าวิธีการฆ่าตัวตายนั้นรุนแรง หุนหัน พลันแล่น มากกว่าผู้ที่ไม่ติดสารเสพติด (Bergman 1994)⁽⁷⁾

ในผู้เสพติดเฮโรอีนนั้นพบอัตราการ ฆ่าตัวตายสูงถึง 20 เท่าของอัตราการฆ่าตัวตาย ในประชากรทั่วไปโดยปัจจัยชักนำได้แก่ การมีเฮโรอีน จำนวนมากพอที่ทำให้ถึงเสียชีวิตได้ การฉีดเข้า เส้นเลือด บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ชีวิตที่ ยุ่งเหยิง มีความหุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีภาวะซึมเศร้า หรือกำลังเมายาร่วมด้วย (Roy, 2000)⁽⁸⁾

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง (relative risk) ที่จะมีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายระหว่างผู้ใช้ สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดพบว่า ผู้ที่ติดสุรามี โอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดสุรา 5.5 เท่า ผู้เสพติดสารในกลุ่ม opioid เช่น ผีน เฮโรอีน มีโอกาส ฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่เสพติด 10 เท่า ผู้ที่เสพติดสาร ที่ถูกต้องตามกฎหมาย (legal drugs) เช่น ยาคลายเครียด ยากล่อมประสาท มีโอกาสฆ่าตัวตาย สูงกว่าผู้ไม่เสพติด 30 เท่า ถ้าผู้เสพติด นั้นใช้สาร เสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายร่วมกับสุรา พบโอกาส ฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 39 เท่า ถ้าผู้เสพติดใช้ทั้ง

สารเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายและสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (illegal drugs) ร่วมกันพบว่ามีโอกาสฆ่าตัวตาย สูงขึ้นถึง 86 เท่า (Harris et al, 1998, 1997)^(9,10)

ผลการศึกษาเดิมกล่าวว่าการดื่มกาแฟ เป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากมีคาเฟอีน ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง แต่ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าว ขึ้นกับปริมาณที่ดื่มด้วย ดังกราฟรูป J shape กล่าวคือ ถ้าดื่มกาแฟในปริมาณที่สูงมาก ๆ คือ มากกว่า 8 แก้ว ต่อวัน อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 58% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ดื่มกาแฟปานกลาง (Tanskenen et al 2000)⁽¹¹⁾

ภาวะติดสุราและสารเสพติดในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากการทำ psychological autopsy พบว่ามากกว่า 90% ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาโรคทางจิตเวช และสารเสพติดร่วมด้วย โดย 15 - 56% ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นมีปัญหาการติดสุรา ดังนั้นถือได้ว่า ภาวะโรคร่วม (comorbidity) พบได้บ่อยมากในผู้ฆ่าตัวตาย⁽¹²⁾

การเมาสุราหรือสารเสพติดทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และนำไปสู่วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง ในผู้ที่ติดสารเสพติดก็เช่นกัน พบว่าการใช้สารเสพติดขณะนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย (Murphy et al., 1992, Bukstein et al 1993)^(13,14)

จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 515 ราย ถึง 35.8% จาก (Hayward et al 1992)⁽¹⁵⁾ ส่วนการศึกษาในฟินแลนด์พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จชาย 40.9% และในหญิง 19.6% (Öhberg et al., 1996)⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ที่เมาสุราและไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุพบว่ามีมากกว่า 20% เกิดจากการฆ่าตัวตาย จากข้อมูลดังกล่าว ยืนยันได้ว่าภาวะเมาสุรานั้นสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

มีการศึกษาที่น่าสนใจถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในชีวิตที่พบในผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตาย 31 ราย พบว่าร้อยละ 48 สูญเสียบุคคลซึ่งเป็นที่รัก ในช่วง 1 ปีก่อนการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 32 มีประสบการณ์ดังกล่าว ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา⁽⁸⁾ แต่เนื่องจากในความเป็นจริง มักมีหลายปัจจัยร่วมกัน จากการศึกษานี้ของเมอร์ฟีและคณะ (Murphy et al., 1992)⁽¹³⁾ ในผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตาย 67 ราย เปรียบเทียบกับผู้ติดสุราชายในชุมชน 106 ราย พบปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความถี่ของปัจจัยเสี่ยงในผู้ติดสุราชายพิพวาทที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มควบคุม
ที่ติดสุราและยังมีชีวิตอยู่

ปัจจัยเสี่ยง	ผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (67 ราย)	ผู้ติดสุราในชุมชน (106 ราย)
ดื่มสุราอย่างหนักขณะนี้	65 (97%)	44 (42%)
พูดหรือกระทำการที่บ่งบอกถึงการฆ่าตัวตาย	53 (79%)	24 (23%)
มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย	50 (75%)	28 (26%)
โรคซึมเศร้า	39 (58%)	5 (5%)
ว่างงาน	36 (54%)	19 (18%)
อยู่คนเดียว	30 (45%)	18 (17%)

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าผู้ติดสุราที่มีชีวิตอยู่ใน
ทั้ง 6 ปัจจัย นอกจากนี้ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย และโอกาสเสี่ยงฆ่าตัวตาย
สำเร็จสูงขึ้น เมื่อจำนวนปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายของปัจจัยเสี่ยงในผู้ติดสุราชายพิพวาทที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มควบคุม
ที่ติดสุราและยังมีชีวิตอยู่

จำนวนปัจจัยเสี่ยง	ผู้ติดสุราที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (67 ราย)	ผู้ติดสุราในชุมชน (106 ราย)
0	0	26
1	3	31
2	3	34
3	15	14
4	19	1
5	19	0
6	8	0

การดื่มสุราและความสัมพันธ์กับ อัตราการฆ่าตัวตาย

อัตราการฆ่าตัวตายนั้นสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มสุราของประชากร การศึกษาในประเทศฟินแลนด์ พบว่าผู้ชายในช่วงอายุ 15-34 ปี และ 35-49 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายนั้นสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคสุรา ต่อประชากรของประเทศ (Makela 1996⁽¹⁷⁾) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศรัสเซีย นอกจากนี้พบว่าหลังจากที่ประเทศรัสเซียควบคุมการบริโภคสุรา ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง

ความถี่ของรายงานการฆ่าตัวตายยังพบมากเป็นช่วง ๆ เช่น วันจันทร์เป็นวันที่มีรายงานการฆ่าตัวตายสูงสุด แต่การเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับสุรามักพบในวันหยุดสุดสัปดาห์ แต่จากผลรายงานผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบแอลกอฮอล์ในเลือดนั้นมักสัมพันธ์กับวันหยุดสุดสัปดาห์

จากรายงานการศึกษาในประเทศสวีเดน ซึ่งอากาศค่อนข้างหนาวเย็นพบว่าการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุรานี้ สัมพันธ์กับฤดูกาล โดยพบผู้ชายที่ติดสุรา ฆ่าตัวตายสูงขึ้นในฤดูใบไม้ผลิโดยไม่สัมพันธ์กับโรคอื่น โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Bradvik & Berglund 2002)⁽¹⁸⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในประเทศไทย

ภาวะฆ่าตัวตายและภาวะติดสารเสพติดในวัยรุ่น

สารเสพติดและสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดย 1 ใน 3 ของวัยรุ่นที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเมาสุรา หรือเมายาขณะกระทำการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การเพิ่มปริมาณการบริโภคสุรามีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาในต่างประเทศสหรัฐอเมริกา จากข้อมูลจำนวนวัยรุ่นอายุ 18-20 ที่ฆ่าตัวตายและกฎหมายควบคุมการดื่มสุราในเด็ก พบว่า ยิ่งกฎหมายลดช่วงอายุการควบคุมของเด็กกลง ยิ่งทำให้อัตราการฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นสูงขึ้น

ในกลุ่มที่ติดสารเสพติดพบว่าความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายเริ่มเพิ่มขึ้นในเด็กหญิงอายุ 11 ปี และเด็กชายอายุ 12 ปีครึ่ง และยิ่งถ้ามีภาวะอารมณ์แปรปรวน หรือโรคซึมเศร้าร่วมด้วย จะทำให้ความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงมากทั้งในหญิงและชาย (Kelly et al 2004)⁽¹⁹⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและ ภาวะติดสารเสพติด

ภาวะโรคร่วม (Comorbidity) มีบทบาทสำคัญมาก เนื่องจากทั้งโรคจิตเวชและภาวะติดสารเสพติดต่างเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตาย โดยผู้ติดสุราที่กำลังมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยมีความเสี่ยง

ในการฆ่าตัวตายสูงมาก^(20, 21) จากการศึกษาของ Cornelius และคณะในผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพบว่า ผู้ติดยาที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมมีโอกาสเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือติดยาเพียงอย่างเดียว โดยการมีภาวะโรคร่วมนี้เป็นปัจจัยเสริมซึ่งกันและกันทำให้เพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายอย่างมาก (Cornelius et al., 1995)⁽²²⁾

จากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกพบว่า หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาจากสารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 60 ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีประวัติปัญหาสารเสพติดมาก่อน แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันว่า มีการเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาเสพติดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างเดียว (Fowler et al 1998)⁽²³⁾ ในขณะที่การศึกษาของคามาลีและคณะ (Kamali et al., 2000) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างสารเสพติดกับผู้ป่วยจิตเภท อาการสงบแล้วพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยกำลังใช้สารเสพติดอยู่ และร้อยละ 40 เคยใช้สารเสพติดมาก่อน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชายอายุน้อย และในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยขณะนี้พบว่ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่เคยมีประวัติว่าใช้สารเสพติด⁽²⁴⁾

ภาวะติดสารเสพติดและการป้องกันการฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างครบวงจรนั้นจะต้องประกอบด้วย การวินิจฉัย การพัฒนาบริการ การฝึกอบรมและการให้ข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยเน้นประชากรที่มีความเสี่ยงสูง พื้นฐานที่สำคัญที่สุดคือ การคัดกรอง ประเมินวินิจฉัยและให้การรักษาผู้มีปัญหาจิตเวชและผู้ทำร้ายตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ การค้นหาประชากร กลุ่มเสี่ยง รูปแบบการประเมินทางคลินิกที่ครอบคลุมทุกปัจจัย เช่น การประเมินทั้งความเจ็บป่วยทางจิตเวช การประเมินภาวะติดสารเสพติด ประวัติก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง หุนหันพลันแล่น และการประเมินประสพการณ์สิ้นหวัง เป็นต้น (Mann et al 1999)⁽²⁵⁾

การรักษาในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้น นอกจากต้องประเมินภาวะโรคร่วมและให้การรักษา อย่างเหมาะสมแล้ว การให้การบำบัดทางจิตสังคมถือเป็นเรื่องสำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดเพื่อเน้นการแก้ไขปัญหาแบบระยะสั้น (brief problem solving behavioral intervention) หรือการบำบัดพฤติกรรมแบบระยะยาว (long term behavioral intervention) สามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้และการศึกษาในผู้ติดยาเสพติดที่ว่างงานหรือพิการไร้ที่อยู่อาศัย และส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยให้การรักษาด้วย Cognitive therapy จำนวน 10 ครั้งในช่วง

6 สัปดาห์ เน้นการแก้ปัญหาการเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ พบว่าสามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายได้⁽¹²⁾

เนื่องจากมีหลักฐานมากมายสนับสนุนว่า ปริมาณการบริโภคสุรากล่อมพันธุกับภาวะฆ่าตัวตาย ดังนั้นการป้องกันแบบปฐมภูมิที่สำคัญคือการลดปริมาณการบริโภคสุราซึ่งคาดว่าจะทำให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง (Makela 1996)⁽¹⁷⁾ รวมถึงการรณรงค์ให้ดื่มสุราอย่างปลอดภัย หลีกเลี่ยงการดื่มอย่างหนักหรือดื่มจนเมา โดยเฉพาะวัยรุ่นในช่วงสุดสัปดาห์

สรุป

ภาวะติดสุราและสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อภาวะฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ติดสุรา และสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมด้วย และการมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น เหตุการณ์ในชีวิต การสูญเสีย การอยู่คนเดียว ยังมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกัน ยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้นการคัดกรอง การระบุประชากรกลุ่มเสี่ยง และการให้การช่วยเหลือรักษาอย่างเหมาะสมทั้งโรคจิตเวชและสารเสพติดที่พบร่วมอย่างครบวงจรเป็นเรื่องสำคัญ การลดปริมาณการบริโภคสุราก็เป็นอีกวิธีที่จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Report. (2001) **Mental health: New understanding, New Hope**. Geneva: WHO.
2. เฉตสรร นามวาท และ จิรภัทร กัลยาณพจน์พร. (2547). ปัจจัยเสี่ยงและภาวะโรคของคนไทย. **รายงานแผ้วร้างทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**, 35(2),19 - 22.
3. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภากิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก และคณะ. (2547). **ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติปี 2546**.นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต.
4. Murphy, G., & Wetzel, R.D. (1990). The life time risk of suicide in alcoholism. **Arch Gen Psychiatry**, 47, 383-392.
5. Inskip, H.M., Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. **Br J Psychiatry**, 172, 35-37.
6. Rossow, I., & Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: A 40-year prospective study of Norwegian conscripts. **Addiction**, 90, 685-91.

7. Bergman, B., & Brismar, B. (1994). Characteristics of violent alcoholics. **Alcohol & Alcoholism**, 29(4), 451-457.
8. Roy, A. (2000). Psychiatric emergencies. In Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Eds.), **Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry**, 2nd. (2031-2040). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
9. Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. **Br J Psychiatry**, 170, 205-227.
10. Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. **Br J Psychiatry**, 173, 11-53.
11. Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamaki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2000). Heavy coffee drinking and the risk of suicide. **Eur J Epidemiol**, 16, 789-91.
12. Pirkola, S. (1999). **Alcohol and other substance misuse in suicide** [dissertation]. Finland, Helsinki Univ.
13. Murphy, G., Wetzel, R., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. **Arch Gen Psychiatry**, 49, 459-463.
14. Bukstein, O.G., Brent, D.A., Preper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C., & Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case control study. **Acta Psychiatr Scand**, 88, 403-408.
15. Hayward, L., Zubrick, S.R., & Silburn, S. (1992). Blood alcohol levels in suicide cases. **J Epidemiol Community Health**, 46, 256-260.
16. Öhberg, A., Vouri, E., Ojanpera, I., & Lonnquist, J. (1996). Alcohol and drugs in suicides. **Br J Psychiatry**, 169, 75-80.
17. Mäkelä, P. (1996). Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. **Addiction**, 91, 101-112.
18. Bradvik, L., & Berglund, M. (2002). Seasonal distribution of suicide in alcoholism. **Acta Psychiatr Scand**, 106, 299-302.

19. Kelly et al. (2004). **Co-Occurring disorders increase suicide risk**. NIDA NewsRelease.
20. Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T., & Dilling H. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. **Addiction**, 93(6), 889-94.
21. Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. **Acta Psychiatr Scand**, 94(4), 234-40.
22. Cornelius, J.R., Jarret, P., Thase, M., Fabrega, H., Haas, G., Jones-Barlock, A., Mexxich, J., & Ulrich, R. (1995). Gender effects on the clinical presentation of alcoholics at a psychiatric hospital. **Compr Psychiatry**, 37, 435-440.
23. Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N.T., & Lewin, T.J. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. **Schizophr Bull**, 24(3), 443-455.
24. Kamali, M., Kelly, L., Gervin, M., Browne, S., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000).
25. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand**, 101, 452-6.
26. Harkavy-Frideman, J.M., & Nelson, E.A. (1997). Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. **Psychiatr Q**, 68(4), 361-75.
27. Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, 156,181-189.

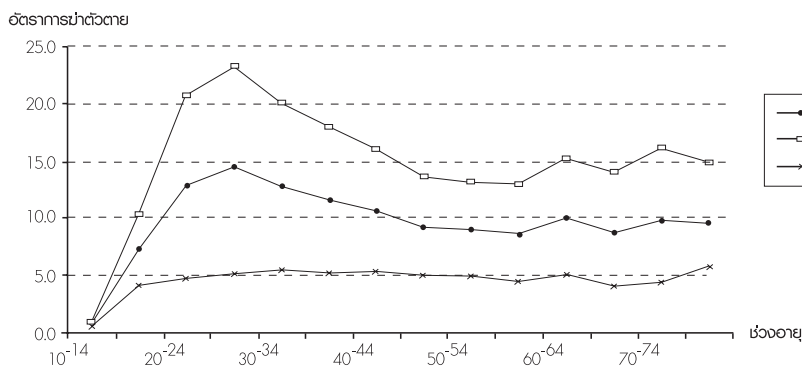
การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่และสูงอายุ*

ศ.อุว.พิชญ์ อุณรัตน์**

บทนำ

อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยรวมอยู่ประมาณ 7-8 คนต่อแสนประชากรต่อปี โดยล่าสุด ปี พ.ศ. 2545 พบ 7.8 ต่อแสนประชากร ต่อปี เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย พบสูงสุดในช่วงวัยหนุ่มสาว โดยในช่วง พ.ศ. 2535-2539 พบสูงสุดในช่วงอายุ 20-40 ปี และในช่วง พ.ศ. 2540-2544 พบสูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี และภาวะโรค จากการฆ่าตัวตายในวัยหนุ่มสาวจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ทั้งเพศชายและหญิงซึ่งถือว่าสูง

เมื่อจำแนกแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ในแต่ละช่วงวัยออกเป็น 4 ช่วง คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี, 20-24 ปี, 25-39 ปี, 40-64 ปี และมากกว่า 65 ปี พบว่าช่วงวัย 20-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอัตราสูงมาโดยตลอด แต่เริ่มลดลงใน พ.ศ. 2544 ขณะที่วัยสูงอายุ กลับพบมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2541 จนถึงปีล่าสุด คือ พ.ศ. 2545 (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)



ภาพที่ 1 แสดงการฆ่าตัวตายในแต่ละเพศ จำแนกตามช่วงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2541-2545 พบว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เพศชายมีส่วนการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นในแทบทุกช่วงวัยโดยเฉพาะช่วงวัย 20-29 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2547)

* เอกสารประกอบการบรรยายในโครงการสัมมนาเรื่อง "การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย: ประสบการณ์ของประเทศไทย และต่างประเทศ" ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ วันที่ 12 ตุลาคม 2547

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. การวินิจฉัยทางจิตเวช

พบว่าความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช ทางจิตเวช ส่วนใหญ่คือ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับการ หรือการใช้แอลกอฮอล์หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ประเมินการฆ่าตัวตายมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 90 (ตารางที่ 1) ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

ตารางที่ 1 แสดงเมทาวิเคราะห์ (meta-analysis) ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่สำคัญ*

โรค / ภาวะ	จำนวนการศึกษา	SMR **	[95% CI]
เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	9	38.4	[34.0-43.1]
ความผิดปกติของอาการกิน	15	23.1	[15.3-33.4]
โรคซึมเศร้า	23	20.4	[18.3-22.6]
ติดยานอนหลับ	3	20.3	[14.2-28.2]
ติดยาหลายอย่าง	4	19.2	[16.1-22.8]
โรคไบโพลาร์	15	15.0	[12.2-18.4]
ติดพัน	10	14.0	[10.8-17.9]
โรค dysthymia	9	12.1	[11.5-12.8]
โรคย้ำคิดย้ำทำ	3	11.5	[2.38-33.7]
โรคตื่นตระหนก	3	10.0	[4.57-19.0]
โรคจิตเภท	38	8.45	[7.98-8.95]
ความผิดปกติของบุคลิกภาพ	5	7.08	[4.77-10.1]
โรคอดส์	1	6.58	[5.77-7.63]
ติดสุรา	35	5.86	[5.41-6.33]
โรคลมชัก	12	5.11	[3.90-6.58]
โรคจิตเวชเด็ก	11	4.73	[3.97-5.60]
ติดกัญชา	1	3.85	[1.84-7.07]
บาดเจ็บที่ไขสันหลัง	1	3.82	[3.29-4.42]
โรคประสาท	8	3.72	[2.97-4.60]
บาดเจ็บที่สมอง	5	3.50	[1.14-8.18]
โรค Huntington's chorea	4	2.90	[2.24-3.68]
โรคมะเร็ง	1	1.80	[1.71-1.89]
ปัญญาอ่อน	5	0.88	[0.18-2.58]

* คัดจาก มาโนช หล่อตระกูล, การฆ่าตัวตาย. ใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, นก. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: สัมมนาต่อการศึกษา, 2547: 59-101.

**SMR (Standardized Mortality Ratio) อัตราการตายจากโรคเมื่อเทียบกับอัตราการตายที่พบในประชากรทั่วไปในกลุ่มวัยเดียวกัน SMR > 1 แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงกว่าทั่วไป

มาโนช หล่อตระกูล (2547) ได้สรุป
เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายกับโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1.1 โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี

ลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับอยู่สม่ำเสมอ ละเอียดไม่สนใจตัวเอง มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation มีอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการโรครจิตร่วมด้วย

1.2 โรครจิตเภท ผู้ป่วยโรครจิตเภทที่มี

ลักษณะดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการเศร้า หดท้อกำลังใจ และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง จะพบการฆ่าตัวตายได้บ่อยในช่วงต้นของการเจ็บป่วย หรือช่วงแรกๆ ที่มีอาการกำเริบ หรือช่วงที่หายใหม่ ๆ

1.3 ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด

ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีปัจจัยกดดันนำมาก่อนนี้ โดยเฉพาะการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ

1.4 ลักษณะของบุคลิกภาพ ได้แก่

บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), บุคลิกภาพ ผิดปกติ ชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder), และบุคลิกภาพผิดปกตินิดต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder)

1.5 ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comor-

bidity) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสองโรคร่วมกัน

โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ากับการติดสารเสพติด หรือโรคซึมเศร้ากับบุคลิกภาพผิดปกติ

2. ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย

มักจะเกิดขึ้นในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ก่อนฆ่าตัวตาย โดยมักจะเป็นปัญหาวิกฤตในชีวิต เช่น ปัญหาในเรื่องของความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ความกังวลต่อการยุติความสัมพันธ์ หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ

3. ลักษณะของจิตพยาธิสภาพ (psychopathology)

พบว่ามีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่มี psychological pain ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หดหวัง หรือรู้สึกท้อหนทางในชีวิต

4. ลักษณะพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

4.1 ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบ่งถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 17 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 30-47 ยังมี ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

4.2 ความคิดอยากตาย

4.3 ความตั้งใจ สิ่งที่ผู้ป่วยหวังผล

จากการกระทำ

4.4 แผนการที่จะฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ที่คิดตั้งใจตายมีแผนการที่ชัดเจนรุนแรง และหลีกเลี่ยงที่จะให้ผู้อื่นเข้ามาช่วย

5. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

5.1 อายุ ในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่ในประเทศไทยพบว่า จะมีการฆ่าตัวตายสูงในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น (15-25 ปี) ยกเว้นตั้งแต่ พ.ศ. 2541 จนถึงปี ล่าสุด พ.ศ. 2545 ที่เริ่มพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น

5.2 การช่วยเหลือค้ำจุนจากครอบครัว หรือความใกล้ชิดกับผู้อื่น ผู้ป่วยที่ญาติดูแลช่วยเหลือดีมักทำให้สถานการณ์ที่รุนแรงในช่วงก่อนหน้านั้น คลี่คลายลง

5.3 ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทุกสภาพสูงล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

ยาต้านการฆ่าตัวตาย (antisuicidal agents)

ดังที่ได้กล่าวมาในตอนต้นแล้วว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายปัจจัยหนึ่งก็คือ การป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้าหรือ โรคจิตเภท สำหรับโรคจิตเภทนั้นมีผู้ประเมินความเสี่ยงชั่วชีวิตทั้งโลก (global lifetime risk) ที่จะฆ่าตัวตายไว้ว่า ประมาณร้อยละ 10

โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจฆ่าตัวตายในขณะใดขณะหนึ่งก็ได้ ด้วยเหตุนี้องค์การอาหารและยา (FDA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้สนับสนุนโครงการวิจัยนานาชาติเพื่อศึกษาถึงยาที่จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทที่มีชื่อโครงการว่า International Suicide Prevention Trial Study หรือเรียกย่อ ๆ ว่า InterSepT study ซึ่งเป็นการศึกษาจากยารักษาโรคจิตเพียงขนานเดียวคือ clozapine เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้ยา clozapine ทุกรายในต่างประเทศ จะต้องขึ้นทะเบียนและมีศูนย์เก็บข้อมูลและติดตามข้อมูลระดับชาติ (national registry) ทำให้สามารถติดตามข้อมูล ผู้ป่วยเหล่านี้ได้โดยง่าย โดยบริษัทผู้ผลิตยาให้ชื่อระบบนี้ว่า Clozaril Patient Monitoring Service (CPMS) โครงการ InterSepT study ในระยะต่อมากจึงเป็นการศึกษาเปรียบเทียบ clozapine กับ olanzapine โดยผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกประเมินจากคณะกรรมการที่เรียกว่า Suicide Monitoring Board ซึ่งไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยได้ยาอะไร โดยจะติดตามผู้ป่วยไปเป็นเวลา 2 ปี และประเมินโดยดูจำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตาย, การถูกนำตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, และคะแนนที่แย่งจากแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (scale-related suicidality)

ผลการศึกษาพบว่า Standardized Mortality Ratios (SMRs) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ 1,666-6,000 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 20 เท่า แต่ในผู้ป่วยที่ได้ clozapine ในประเทศสหราชอาณาจักร 12,660 ราย พบการฆ่าตัวตายเพียง 13 ราย เมื่อแปลงเป็นตัวเลข SMR จะได้เท่ากับ 498 ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (typical หรือ conventional antipsychotics) ถึง 5 เท่า

ตารางที่ 2 แสดงค่า SMR ในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้ยา clozapine ซึ่งมีข้อมูลอยู่ในระบบ CPMS เปรียบเทียบกับสัดส่วนจากการศึกษา cohort อื่นๆ ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประเทศ	จำนวนผู้ป่วย	Observed suicides	Expected suicides	SMR(95%CI)
แคนาดา	3623	97	4.95	1960(1955-2002)
ไอซ์แลนด์	107	10	**0.50	***2000(960-3680)
เดนมาร์ก	9156	508	24.58	2067(2063-2093)
สหรัฐอเมริกา	356	16	0.69	2319(1299-3824)
สิงคโปร์	330	34	**0.57	***6000(3882-8856)
สหราชอาณาจักร*	****12188	****13	2.61	*****498(257-876)

* Clozaril Patient Monitoring Service (CPMS) sample (1990-1998).

** Calculated from the approximate SMR.

*** Approximate SMR as specified in the reference.

**** เป็นผู้ป่วยสหราชอาณาจักร 12,188 ราย แต่ถ้านับผู้ป่วยไอริชอีก 572 รายรวมด้วยจะเป็น 12,660 ราย

***** Age-gender SMR.

ผลการศึกษาพบว่า clozapine มีประสิทธิภาพมากกว่า olanzapine ถึงร้อยละ 25 ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ดูตารางที่ 3) แต่ไม่พบความแตกต่างกันในเรื่องผลต่อจิตพยาธิสภาพอื่น ๆ

ตารางที่ 3 The International Suicide Prevention Trial Study: แสดงการวัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาด้วย clozapine เปรียบเทียบกับ olanzapine

	กลุ่มที่ได้ clozapine n=490)	กลุ่มที่ได้ olanzapine (n=490)	p-value (95% CI)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รักษาจนถึง end points	102 (20.8)	141(28.8)	0.005(0.03-0.13)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้พยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัย สำคัญ*	34 (6.9)	55(11.2)	0.03(0.01-0.08)
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับตัวไว้ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย*	82 (16.7)	107(21.8)	0.05(0.00-0.10)
จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแย่ลงจาก baseline วัดด้วย CGI-SS**	120 (24.5)	161(32.9)	0.005(0.03-0.14)
จำนวนของการตายที่เป็นผลจากการฆ่าตัวตาย	5 (1.0)	3(0.6)	0.73(-0.02-0.01)
จำนวน rescue interventions ทั้งหมดเพื่อ ป้องกันการฆ่าตัวตาย	118 (24.1)	155(31.6)	0.01(0.02-0.13)

* Type I end point.

** ประเมินโดยจิตแพทย์ซึ่งไม่ทราบผู้ป่วยได้ยาอะไร ผู้ป่วยที่อาการแย่ลงรวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องเข้าอยู่โรงพยาบาลเพื่อ ป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายด้วย (Type II end point.)

*** จำนวนการตายจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดและจำนวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่นำไปสู่การตายโดยการฆ่าตัวตาย

อย่างไรก็ตาม มีรายงานอื่น ๆ อยู่ 2 รายงาน (Beasley et al, 1998 และ Gloser WM, 1998) ที่พบว่า olanzapine ช่วยลดความคิดที่ฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) และลดการพยายามฆ่าตัวตายได้ 2.3 เท่า

คำถามก็คือว่า clozapine เป็นยาป้องกัน การฆ่าตัวตายได้จริงหรือ ข้อมูลขณะนี้ น่าเชื่อว่า สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องการรักษา

(treatment resistant schizophrenia) นั้น ผู้ป่วยที่ได้ clozapine จะลดการฆ่าตัวตายลงได้ จากการใช้แบบจำลองของ Kerwin's group แล้วนำข้อมูลที่ Meltzer และคณะกับ Munro และคณะได้ศึกษาไว้ใส่เข้าไป พบว่าหากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องการรักษาได้กินยา clozapine จะสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ปีละ 53 ราย ทั้งนี้เชื่อกันว่า ฤทธิ์ที่มีผลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของยา clozapine นี้

ไม่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ในการรักษาโรคจิตในปัจจุบัน FDA ของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงได้เพิ่มข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย สำหรับยา clozapine ไปด้วย แต่คณะกรรมการของประเทศในทวีปยุโรป (European Medicines Authority) ยังไม่ได้มีข้อสรุปในเรื่องนี้ (ข้อมูลถึงกลางปี ค.ศ. 2004)

เคอร์วิน และโบลอนนา (Kerwin & Bolonna, 2004) ได้ให้มุมมองในอีก 5 ปี ข้างหน้าเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ว่ามีอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ

1. ยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง quetiapine และ risperidone น่าจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยต่อไป ถึงศักยภาพของยาในฤทธิ์ต้านการฆ่าตัวตาย

2. ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะเป็นระยะของการวิจัยเพื่อหาขบวนการอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ต้านการฆ่าตัวตายในโรคซึมเศร้า, โรคนิโปลาร์, หรือแม้กระทั่งในคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ และอาจไปสู่ความรู้ความเข้าใจถึงเรื่องกลไกของยาที่ทำให้มีฤทธิ์ดังกล่าวโดยเฉพาะอีกต่อไป

บรรณานุกรม

1. มาโนช หล่อตระกูล. (2547). การฆ่าตัวตายใน: พิเชฐ อุดมรัตน์, (บรรณาธิการ), **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. (หน้า 59 - 101). สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
2. Asnis, G.M, Friedman, T.A, Sanderson, W.C, Kaplan, M.L, van Praag, H.M, & Harkavy-Friedman, J.M. (1993). Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients. I. Description and prevalence. **Am J Psychiatry**, pp 150, 108-12.
3. Beasley, C.M, Saylor, M.E, Kiesler, GM, & et al. (1998). The influence of pharmacotherapy on self-directed and extremely directed aggression in schizophrenia. **Schizoph Res**, 29,28.
4. Brent, D.A, Perper, J.A, Allman, C.J. (1987). Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. **JAMA**, 257,3369-72.
5. Glazer, W.M. (1998). Formulary decisions and health economics. **J Clin Psychiatry**, 59 (suppl 19), 23-29.
6. Henriksson, M.M, Aro, H.M, Marttunen, M.J, & et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. **Am J Psychiatry** , 150 , 935-40.
7. Kerwin, R.W, & Bolonna, A.A. (2004). Is clozapine antisuicidal? **Expert Rev Neurotherapeutics**, 4(2) , 187-190.

8. Lesage, A.D, Boyer, R, Grunberg, F, & et al. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. **Am J Psychiatry**, 151, 1063-8.
 9. Rich, C.L, Runeson, B.S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. **Acta Psychiatr Scand**, 86, 335-9.
 10. Runeson, B.S. (1989). Mental disorder in youth suicide: DSM-III-R axes I and II. **Acta Psychiatr Scand**, 79, 490-7.
-

ระบบการแพ้ระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

uw.ประยูรต์ เสรีเสถียร

ระบบแพ้ระวังเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ระบบสุขภาพมี 3 กิจกรรมหลักๆ คือ เรื่องของการสอบสวนโรค เรื่องของการแพ้ระวังและ เรื่องของการศึกษาวิจัยเชิงระบาดวิทยา ระบบแพ้ระวังมีความจำเป็น ในการแพ้ระวังไม่ให้คนที่มีความเสี่ยงทั้งหลายลงมือฆ่าตัวตาย หรือถ้าพูดในเชิงของการเจ็บป่วยก็คือ แพ้ระวังไม่ให้เขาเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ระบบแพ้ระวังในประเทศไทยในเรื่องของสุขภาพจิต ยังไม่มีระบบแพ้ระวังที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมและเป็นทางการ ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบแพ้ระวังในเรื่องของการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นโจทย์ตัวอย่างในเรื่องเชิงปัญหาสุขภาพจิต ในระบบแพ้ระวังเราจะต้องตอบคำถาม ให้ได้ว่าคนที่พยายามฆ่าตัวตายคนไหนบ้างที่ต้องแพ้ระวัง คนไหนบ้างที่ไม่ต้องแพ้ระวัง หมายความว่าเมื่อไรก็ตามที่เขามีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้น สิ่งที่เราต้องแพ้ระวังคือ ทำอย่างไร จะไม่ให้เขาฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือไม่ให้เขาฆ่าตัวตายซ้ำอีก อันนี้เป็นกุญแจสำคัญในกิจกรรมระบบแพ้ระวัง อันที่ 2 เรื่องฐานข้อมูลในการฆ่าตัวตาย

ที่ผ่านมาเราไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหลาย ที่ไม่มาใช้บริการของโรงพยาบาลในระบบสาธารณสุข ฉะนั้นตรงนี้ก็จะเป็นระบบแพ้ระวังที่จะทำให้เรารู้จักทำความเข้าใจกลุ่มที่ยังไม่เคยมาใช้บริการของกระทรวงสาธารณสุขด้วยความพยายามอันนี้ เป็นการมาจากรวมสุขภาพจิต เรื่องของการฆ่าตัวตาย อัตราในประเทศไทย ถ้าถามว่าสูงไหมก็ ตอบว่าไม่สูงนัก แต่ที่เราทำระบบแพ้ระวัง จำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เราจึงเลือกพื้นที่ที่มีเรื่องของอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ก็คือภาคเหนือตอนบน แล้วก็ภาคตะวันออก เพื่อทำความรู้จักทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการฆ่าตัวตาย รวมทั้งเป้าหมายที่ไม่มาโรงพยาบาลว่ากลุ่มนี้ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นหรือเปล่า ที่เราเคยมีความรู้ความเข้าใจมาก่อน พื้นที่ดำเนินการที่ทำระบบแพ้ระวังตรงนี้ขึ้นมาก็มีทั้งหมด 8 จังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 10, 3 อันนี้ เป็นตัวเลขเดิม ตัวเลขใหม่ ก็จะเป็น 1, 9, 8, 5 มีการแพ้ระวังมาประมาณหลายเดือน ตั้งแต่ เมษายน-กรกฎาคม ก็มีแบบสอบสวนการพยายาม

* ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต ถอดความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย : ประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ วันที่ 11-12 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮอเทล จัดโดยโรงพยาบาลสวนปรุง

ฆ่าตัวตาย แบบสอบถามการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดที่มีการทำมาแล้วกลุ่มตัวอย่างที่เราเผื่อไว้มี 4 กลุ่มใหญ่ๆ แยกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ พวกที่มาโรงพยาบาล กับพวกที่ไม่มาโรงพยาบาล คือฆ่าตัวตายในชุมชน ทั้งฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีทั้งฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและฆ่าตัวตายสำเร็จ ก็คือสำเร็จในการเก็บข้อมูล ถ้าพยายามฆ่าตัวตาย หมายความว่าเขาไม่ตาย เราก็พยายามเก็บข้อมูลจากตัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั่นเอง แต่ถ้าเมื่อไรก็ตามที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จคือตายสำเร็จ เราก็จะถามจากบุคคล 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดของเขา ทั้งที่เป็นญาติกับไม่ใช่ญาติ แหล่งข่าวที่เราพยายามจะลงไปสอบสวน ลงไปหาข้อมูล จะมีทั้งในโรงพยาบาล รายงานจากแฟ้มประวัติ มีการสืบค้นประวัติจากหนังสือพิมพ์ สื่อมวลชนจากท้องถิ่น รวมทั้งผู้นำชุมชน สัปเหร่อที่มีการพูดคุยกันว่าบ้านโน้นบ้านนี้ฆ่าตัวตาย ก็จะลงไปสอบสวนรายละเอียด เรายรวบรวมข้อมูล 4-5 อย่างหลักๆ อันแรกก็คือข้อมูลทั่วไป เป็นเรื่องของอายุ เพศ ระดับการศึกษาต่าง ๆ ปัจจัยนำก็จะเป็นเรื่องของปัจจัยที่ติดตัวเขามาก่อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยที่ผ่านมา กรรมพันธุ์ ประวัติการฆ่าตัวตาย ประวัติอื่นๆ ของเขา ปัจจัยกระตุ้นก็หมายถึงสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการลงมือ ที่พยายามฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยทางจิตเวช ก็คือการเจ็บป่วยที่มีการรักษาทางจิต ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยการพูดคุย รักษาด้วยยาที่ใช้ทั้งสิ้น การให้ความช่วยเหลือ

ประกอบด้วย หน่วยระบบสาธารณสุข รวมทั้งระบบอื่นๆ ที่มีการช่วยเหลือกัน อันนี้เป็นโครงสร้างคร่าว ๆ ที่ประกอบด้วย 4 กลุ่มดังกล่าว ผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จกับไม่สำเร็จ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ในชุมชนนี้เราคิดถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่ระดับสถานือนามัยลงไป สำหรับผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จประมาณ 214 คน ที่รวบรวมได้ในช่วง 3-4 เดือน ที่เราทำการสอบสวนมาในโรงพยาบาล 189 คน ในชุมชน 29 คน ก็ประมาณ 1 ต่อ 7 สำหรับผู้ที่ตายสำเร็จ รวมจำนวน 90 คน เป็นผู้ที่มาตายสำเร็จในโรงพยาบาล 51 คน และตายสำเร็จในชุมชน คือไม่ได้มาโรงพยาบาลเลย 39 คน คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 5 ต่อ 4 ข้อมูลจากญาติ ก็ 38 อันนี้ ก็เป็นที่เราได้แหล่งข้อมูล เพศชายเพศหญิง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเราพบว่า เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าในทฤษฎี ในข้อมูลที่ศึกษาในต่างประเทศ หญิงต่อชาย ประมาณ 3 ต่อ 1 แต่คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในทฤษฎีหรือในข้อมูลต่างประเทศ ก็จะประมาณชายต่อหญิง 3 ต่อ 1 คือผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง อันนี้ก็จะประมาณข้อมูลของเราเอง ฆ่าตัวตายสำเร็จ ก็ประมาณ 3.5 ต่อ 1 ก็สูงกว่าทฤษฎีเล็กน้อย การพยายามฆ่าตัวตายในเพศชายต่อเพศหญิง ประมาณ 1 ต่อ 2.6 ก็ใกล้เคียงกับของต่างประเทศ ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็จะเป็นวัยรุ่น 27% รองลงมา ก็คืออายุต่อจากวัยรุ่นก็คือผู้ใหญ่ตอนต้น 20-24 ก็ประมาณ 22% ในชุมชนเองพยายามฆ่าตัวตาย

อายุ 20-24 จะมากที่สุด ใกล้เคียงกับ 50-54 ก็ประมาณวัยทอง ฉะนั้นคนที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยรุ่น ผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนที่ไม่มากก็เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยทอง คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่างอายุ 40-49 ปี ไม่ว่าจะมาโรงพยาบาล หรือ ตายสำเร็จในชุมชน ก็อายุ 40-49 ปี เป็นส่วนใหญ่ การพบภาวะซึมเศร้า เราคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้น อันนี้ก็ให้คนที่พยายามฆ่าตัวตายตอบเราพบว่า ผู้ชายฆ่าตัวตายด้วยภาวะซึมเศร้าประมาณ 30% ในขณะที่ผู้หญิงประมาณ 70% ทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ชายฆ่าตัวตายด้วยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการดื่ม จากการที่ได้ฟังบรรยายก่อนหน้านี้เรื่องการดื่มสุราเป็นการฆ่าตัวตายซึ่งข้อมูลก็เป็นของเขตจังหวัดภาคเหนือกับเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือชลบุรี เราพบตัวเลขแบบนี้ครับว่าอัตราการดื่มของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก็ที่มาโรงพยาบาลประมาณ 43 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จก็ประมาณ 42 ใกล้เคียงกัน ในชุมชนจะต่างกันนิดหน่อยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก็จะอยู่ที่ประมาณ 60 กว่าเปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ผู้ที่ตายสำเร็จ 51% น้อยกว่านิดหน่อยสำหรับคนที่พยายามฆ่าตัวตายเราก็จะมีแบบทดสอบ อีกอันหนึ่ง ก็คือ test เพื่อที่จะทดสอบว่าเขาติดสุราหรือไม่ติดสุรา ผลปรากฏว่าในกลุ่มที่มาโรงพยาบาล ติดสุราน้อยกว่าประมาณ 30% สงสัยว่าจะติด 80.4% ในขณะที่ในชุมชนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะติดสุรามากกว่า ประมาณ 60

กับ 40 ก็ 3 ต่อ 2 ประมาณนี้ การใช้สารเสพติดนี้รวมสุรไปด้วย แต่ว่าจะมีสารเสพติดประเภทอื่นด้วย ถ้าดูเฉพาะของชุมชน ทั้ง 2 กลุ่มจะเห็นได้ว่าแตกต่างกันอย่างมากเลย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนจะฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 34% ในขณะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนใช้สารเสพติดประมาณ 64 % ถ้ารวมทั้ง 2 กลุ่ม พยายามฆ่าตัวตายใช้สารเสพติด 49 คือประมาณ 50% ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จใช้ประมาณ 27 คือ ครึ่งหนึ่ง อันนี้จะเห็นชัดขึ้นว่าคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้สารเสพติดน้อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่งจากตัวเลข การป่วยทางกาย ตัวเลขการป่วยทางกาย ใกล้เคียงกันระหว่างการพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 20 กว่า% เมื่อเทียบกันจะพบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนป่วยทางกายน้อยกว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน 44% พยายามฆ่าตัวตายกับฆ่าตัวตายสำเร็จจะต่างกันประมาณ 2 เท่า แต่เมื่อเทียบสำเร็จกับไม่สำเร็จจะใกล้เคียงกัน การป่วยทางจิตนี้ชัดเจน การที่พยายามฆ่าตัวตายป่วยทางจิตประมาณ 5.6% ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยทางจิต 17.8 ต่างกันประมาณ 3 เท่า นั่นก็แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทางจิตจะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า ฆ่าตัวตายมากกว่า การฆ่าตัวตายซ้ำ มาจากคนที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำแล้วไม่ตาย 26.2 ฆ่าตัวตายซ้ำแล้วฆ่าตัวตายสำเร็จ 24.7% ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมาจากการฆ่าตัวตายซ้ำเท่าๆ กัน แต่ตัวเลขที่น่าสนใจคือคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนี้ เป็นจากการ

ฆ่าตัวตายซ้ำ 2 ครั้งขึ้นไป มีจำนวน 24.7 % ซึ่งสูงกว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จในการฆ่าตัวตายครั้งแรก ฆ่าตัวตายโดยทั่ว ๆ ไปเฉลี่ยประมาณ 10% เท่านั้น แต่ถ้าเป็นฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 ขึ้นไป ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพิ่มขึ้นเป็น 25% เพิ่มขึ้นประมาณ 2.5 เท่า การ ฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 ขึ้นไป แล้วไม่มาโรงพยาบาล อยู่ที่ 40% ซึ่งยังไม่ทราบเหตุผล คือคนที่เคยมาโรงพยาบาล ก็จะไม่มา 2 ใน 3 ก็คือ 40% คนที่ไม่มาอยู่แล้วก็ไม่มา ฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 ก็ไม่มา ประมาณ 40% ปัจจัย นำคนที่พยายามฆ่าตัวตายทะเลาะกับคนใน ครอบครัว 41% แต่ว่าคนที่ตายสำเร็จ พุดจาไม่เข้าใจ ในครอบครัว ก็หมายความว่า จริงๆ ไม่ใช่ตัวเขา คนเดียวที่มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว หมายถึงเรื่อง ระหองระแหงของสมาชิกครอบครัวทั้งหมดอยู่ที่ ประมาณ 31% ก็ต่างกัน ปัจจัยกระตุ้นก็จะเป็นเรื่อง โกรธ ทะเลาะ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก็จะเป็นเรื่อง โกรธและทะเลาะกับคนในครอบครัว ตัวเขาโกรธและ ทะเลาะ 33.3% ถูกตำหนิ พุดติ ด่าว่า 18% หึงหวง 16.9% ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่มีเงินใช้หนี้ 9.6% กลัวความผิดที่ไปทำร้ายคนอื่น รวมแล้วในผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตายกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ แตกต่าง กันค่อนข้างมาก พุดง่าย ๆ ก็คือคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีปัจจัยกระตุ้นน้อยกว่าชัดเจน จากการเฝ้าระวัง สอบสวนครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลหลายประการ ก็มาดู ประการแรกเลย กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นกลุ่ม ที่มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอันนี้ก็ชัดเจน ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีอายุประมาณ 31-49

บุคลิกภาพของคนส่วนใหญ่เหมือนกันคือ ชอบล้งคม ประมาณ 30% ทั้งคู่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีโอกาส ทำซ้ำภายใน 1-3 เดือน 23.2% แต่ว่าฆ่าตัวตายซ้ำ ครั้งที่ใกล้ที่สุด จากการฆ่าตัวตายครั้งก่อน คือ 1 สัปดาห์ ภายในเวลา 1 สัปดาห์ คือประมาณ 10% ระยะเวลาตรงนี้ยังสั้นเท่าไร การช่วยเหลือจะต้อง ยิ่งเร็ว สิ่งที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการลงมือการฆ่าตัวตายก็คือ คนในครอบครัว ตามความเป็นจริงคนในครอบครัวคือ ปัจจัยป้องกันคนใกล้ชิดจะช่วยได้มากที่สุด ฉะนั้น บุคลากรก็เป็นเส้นทางที่รองลงมา ความรู้สึกไม่มี คุณค่าในตนเองหรือไม่มีใครรักเป็นความคิดเกี่ยวกับ ตนเองที่พบสูงสุดในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ 25% คนที่พยายามฆ่าตัวตายถ้าถามถึงความต้องการจริงๆ แล้วว่าเขาพยายามฆ่าตัวตายหรือเปล่า เขาบอกว่า ไม่ใช่ อยากหลับ ไม่อยากรับรู้อะไร อยากหนีปัญหา อยากลืมกลไก ตรงนี้เป็นเรื่องสำคัญ ใช้กลไกตรงนี้ 37.4% คนรอบข้างผู้ทำร้ายตนเองสังเกตว่าผู้ตาย มีสีหน้าหม่นหมอง ซึมเศร้าก่อนตาย พบถึงจำนวน 41% นั่นก็คือคนรอบข้าง สนใจ ใส่ใจ เรียนรู้ แต่ไม่รู้ว่า เขาจะตายสำเร็จ คือ อาจจะได้ลงมือช่วยเหลือ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีเรื่องไม่สบายใจ มีเรื่องให้คนอื่น เดือดร้อน เป็นภาระ 21.4% รู้สึกว่าไม่มีใครดูแล ไม่มีใครเข้าใจ รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีใครช่วย 17.9 ไม่สมหวัง ผิดหวัง 17.9% สิ่งที่ได้จากระบบเฝ้า ระวัง การฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีความรุนแรง คือ ข้อมูล เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย ข้อมูลการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ซึ่งการฆ่าตัวตายสำเร็จ เดิมที่เราไม่มีข้อมูล

ชัดเจนมากนัก การศึกษาครั้งนี้ก็จะเป็นข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นมาก ซึ่งเราได้ข้อมูลมาถึง 90 ราย สิ่งที่ยังขาดในระบบแผ้วระวังการสอบสวนการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีความรุนแรง คือข้อมูลการติดตามการแผ้วระวังการทำซ้ำ หมายความว่า ถ้าเขาเข้ามาในครั้งแรก ข้อมูลการแผ้วระวังการทำครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ยังไม่ได้ส่งมา เราคงจะต้องรอข้อมูลนี้ต่อไป ข้อมูลการแผ้วระวังการฆ่าตัวตายในญาติของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นยังไม่มา ยังไม่มีการส่งเข้ามา ทำไมเราจึงแผ้วระวังในกลุ่มญาติ ซึ่งหมู่ญาติก็คือกลุ่มเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าประชากรทั่วไปแน่นอน เมื่อมีการฆ่าตัวตาย 1 ราย เราจะแผ้วระวังในญาติด้วยเสมอ อันนี้สำคัญ สิ่งที่ยังขาดข้อต่อไป คือข้อมูลการค้นหาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชนเพื่อติดตามการแผ้วระวังการทำซ้ำ ข้อมูลการแผ้วระวังการฆ่าตัวตายในญาติ ข้อมูลการสอบสวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อแผ้วระวังการฆ่าตัวตาย หมายความว่า มีการคัดกรองการฆ่าตัวตาย และติดตามดูความพยายามที่อาจจะมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นซึ่งยังไม่มีข้อมูล อันนี้ก็เป็นข้อสรุปจากระบบการแผ้วระวังที่ได้ทำไว้ตั้งแต่ 4 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม ได้คำตอบที่น่าสนใจ ข้อสังเกตหลาย ๆ ข้อ ประมาณ 6, 7 ข้อ ที่อยากจะสรุปตรงนี้ให้ฟังในกลุ่มที่แผ้วระวัง เมื่อใดก็ตามที่เราแผ้วระวัง คนไหนที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ มีปัจจัยที่แตกต่างจากคนที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ 4, 5 อย่างอันแรกก็คือเพศ อันนี้เรารู้มาก่อนแล้ว

ว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า เพศหญิง จากตัวเลขตรงนี้ก็ 3.5 เท่า อันที่ 2 ก็คืออายุ กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นมักจะยังอายุน้อย ในขณะที่กลุ่มที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ จะมีอายุ 40-49 อันที่ 3 ถ้าเป็นการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกจะฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ อันที่ 4 ตัวที่เราสังเกตได้จากระบบแผ้วระวังอันนี้ ก็คือ คนที่เป็นโรคทางจิตเวชจะมีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ เป็น 3 เท่า ของกลุ่มที่ไม่ได้มีโรคทางจิตเวช อันนี้จะเห็นชัดขึ้น อีกอันหนึ่งที่สำคัญมาก จากตัวเลขเราพบว่าคนที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ มักจะไม่มีเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ไม่มีเรื่องของอกหักรักकु การล้มละลาย หรืออะไรต่าง ๆ มาให้เห็นเด่นชัดว่าเขากำลังจะฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ หมายความว่า เป็นความคิดที่อยู่ในใจ เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจากความคิดอยู่ในใจไม่มีเหตุการณ์ภายนอกมาซ้ำเติมให้เขาลงมือฆ่าตัวตายจนสำเร็จ อันนี้ก็ 5-6 อย่างที่ได้จากระบบแผ้วระวัง ตรงนี้ตัวเลขคร่าว ๆ คำตอบอันนี้อาจจะยังไม่ถึงที่สุด เนื่องจากว่าระบบแผ้วระวังได้เข้ามาแค่ 3-4 เดือน แต่คำตอบที่เห็นเด่นชัด 4 5 6 ข้อนี้ ก็เป็นจุดที่ทำให้ได้ข้อคิดว่า เมื่อไรก็ตาม ที่เป็นเพศชายอายุ 40 - 49 เคยฆ่าตัวตายเป็นมาแล้ว 1 ครั้ง หรือไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง มีประวัติโรคทางจิตเวช ไม่มีเหตุการณ์ซ้ำเติมอะไรมาก่อน เราต้องแผ้วระวังแผ้วระวังเข้มข้นมากกว่ากลุ่มที่เป็นเด็กวัยรุ่น

การฆ่าตัวตายในประเทศไทย

สภ.อุว.มาโนช หล่อตระกูล *

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) คือความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ความคิดอยากตาย (suicide idea) มีได้ตั้งแต่เริ่มคิดถึงเรื่องการตายบ่อยๆ คิดว่าเราไม่อยู่จะมีใครเป็นห่วงเราไหม คิดถึงว่าเราไม่อยู่ใครจะมีปัญหาอะไรหรือเปล่า เริ่มจากความคิดทำนองนี้แล้วก็จะเริ่มคิดชัดเจนขึ้นว่าอยากตาย ไปจนถึงแผนการณ พวกนี้จะเป็นขั้นตอน แต่บางคนถ้ามีเรื่องกดดันมากๆ ก็คิดแผนการณขั้นตอนขึ้นมาโดยตรงเลยก็ได้ เรียกการพยายามฆ่าตัวตายว่า attempted suicide ซึ่งปัจจุบันนี้เราใช้เทอมว่า deloperlest self time คือการทำร้ายตัวเอง จากประสบการณ์ในทางคลินิก พบว่าหลายๆคน ไม่อยากตาย แค่ทำร้ายตัวเอง กินยาจำนวนมาก ถามว่าอยากตายไหม ไม่อยาก แต่อยากจะหลับไปหลายๆ วัน ซึ่งตรงนี้ถ้าเราจะลงรหัสว่าฆ่าตัวตายมันก็ไม่ใช่ มันไม่สอดคล้องกับความ เป็นจริง ระยะเวลาต่อมาเราจึงมีคำที่เรียกว่า deloperlest self harm หรือว่า DSH ซึ่ง เป็นคำที่ professional ที่ศึกษาเรื่องนี้ตั้งขึ้นมาเพื่อให้ใช้กัน ซึ่งมันก็สอดคล้องกับความเป็นจริง และคนไข้ที่เสียชีวิตจากการ

ฆ่าตัวตาย (commit suicide) เป็นสถิติของกระทรวง สาธารณสุขประจำปี ซึ่งได้ข้อมูลของผู้พยายาม ฆ่าตัวตายที่ไป admit ในโรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งอยู่ในโครงการการเฝ้าระวัง การบาดเจ็บของนักกระโดดวิหยา กรมควบคุมโรค เป็นข้อมูลในช่วงปี พ.ศ 2541-2545 จำนวน ร.พ 14 แห่ง เท่าเดิมในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นว่าจำนวน ผู้พยายามทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ในช่วงปี พ.ศ 2545 อัตราส่วนอย่างที่เคยเราอ่าน ในตำราต่างประเทศเขาจะบอกว่าผู้ที่ยกย้อมทำร้าย ตัวเอง อัตราส่วนระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายอยู่ระหว่าง 3:4 ต่อแสน แต่ตัวเลขของเราอยู่ 1:2 ต่อแสน ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย ในภาคเหนือผู้ชาย มากกว่าผู้หญิง 1.1-1.2 ต่อแสน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ ค่อนข้างตรงกันข้ามกับทางตะวันตก บ่งชี้ว่าจริงๆ แล้วผู้ชายทำร้ายตนเองค่อนข้างเยอะ ในจำนวนที่ ทำร้ายตนเองนี้มีจำนวนสูงที่ประสบความสำเร็จ อายุที่พบบ่อยสำหรับผู้ที่ยกย้อมทำร้ายตนเอง อยู่ระหว่าง 15-29 ปี จะมีจำนวนถึงประมาณ 60% ของช่วงวัยทั้งหมดที่ยกย้อมทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ถอดความจากการสัมมนาวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย: ประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ วันที่ 11-12 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ จัดโดยโรงพยาบาลสวนปรุง

อยู่ในอาชีพผู้ใช้แรงงาน วิธีการที่พบบ่อยคือการใช้สารเคมีในทางการเกษตรประมาณ 36% ต่อมาเริ่มลดลง และไปเพิ่มในแง่ของการใช้สารพิษในบ้าน เช่น ยาเบื่อหนู น้ำยาล้างห้องน้ำ มีเปอร์เซ็นต์เพิ่มขึ้น การกินยาเกินขนาดพบเป็นเปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้น ในบรรดาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีอยู่โรงพยาบาลแล้วก็ช่วยไม่ได้ตอนหลังเสียชีวิตประมาณ 10% คือผู้ป่วยที่มา admit ที่โรงพยาบาล 10 คน จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับต่างประเทศ โดยภาพรวมคือผู้หญิงผู้ชายมีจำนวนเท่าๆ กัน อยู่ในวัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น สถิติจากองค์การอนามัยโลกมีพูดถึงการฆ่าตัวตายจะเห็นว่าแต่ละปี พ.ศ. ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปี พ.ศ. ที่ได้รับรายงาน เมื่อก่อนเราพบว่าการฆ่าตัวตายจะพบในประเทศทางแถบสวีเดน ฟินแลนด์ ต่อๆ มาพบอยู่ในกลุ่มลัตเวีย ลิธัวเนีย เอสโตเนีย หรืออาร์เจนตินา ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมาก อย่างลิธัวเนีย อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชาย 75 คน ต่อแสนคนนี้สูงมากๆ พวกฟินแลนด์ เมื่อก่อนอยู่ในอันดับต้น ๆ เดียวนี้พบน้อยลง ตั้งแต่มีโครงการ National Senpaty Suicide Prevention ก็ลดลงมา เยอรมัน แคนาดา ออสเตรเลียก็อยู่ประมาณนี้ สำหรับในแถบโซนเอเชียนี้ ประเทศจีน ผู้ชายประมาณ 13 คนต่อแสน ค่อนข้างแปลกที่พบผู้ชายผู้หญิงใกล้เคียงกัน ปกติแล้วในทั่วโลกอัตราการฆ่าตัวตายของผู้หญิงกับผู้ชายจะประมาณ 3:1 ญี่ปุ่นสูงมากในผู้ชาย 35 คนต่อแสนคน เป็นตัวเลข

ที่สูงมากในแถบเอเชีย ประเทศศรีลังกา ข้อมูลที่ได้หลังสุด คือปี 1991 ซึ่งเป็นข้อมูลเก่า และคิดว่าน่าจะลดลง เพราะมีการรณรงค์เรื่องนี้กันมาก ในประเทศไทยเรา ข้อมูลเมื่อปี 2545 ผู้ชาย 12 คน ต่อแสนคน ผู้หญิง 8 คนต่อแสนคน ใกล้เคียงกับสิงคโปร์ ในภาพรวมของเราก็อยู่ในระดับกลางๆ ค่อนข้างต่ำ ถ้าเปรียบกับทางเอเชียด้วยกัน ถ้าเรามาดูแนวโน้มค่อนข้างน่าเป็นห่วง ภาพรวมจะเห็นว่าทั้งสองเพศมีอัตราการเสียชีวิต จากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ย ประมาณ 6-8 คนต่อแสน สูงขึ้นในช่วงปี 2540-41 คือในช่วงที่มีวิกฤตทางเศรษฐกิจตัวเลขที่สูงขึ้นจากเพศชายที่มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ทุกๆ ปี ตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นมา เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ผู้หญิงมีแนวโน้มลดลง เพศที่น่าเป็นห่วง คือเพศชาย อะไรทำให้เขามีการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ในช่วง 10 ปีหลังนี้ อันนี้เป็นอัตราส่วนการเสียชีวิตจากสัดส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ในปี 2520-24 นี้ พอๆ กัน ชายกับหญิง 1:1 เพศชายเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งประมาณ 3.4 คน ต่อผู้หญิง 1 คน ตอนนี้อะไรมาดูว่าสถิติช่วง 5 ปีหลังมานี้ว่าในช่วงตั้งแต่ปี 2541-45 ที่บอกว่าผู้ชายเสียชีวิตมาก ผู้หญิงเสียชีวิตน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในอายุอะไร อันนี้ตรงนี้ก็เป็นที่ตั้ง 10 - 24 ปี 20 - 24 ปี ไปเรื่อยๆ จนถึง 74 แล้วก็ 75 ปี ขึ้นไป นี่ก็คือ อัตราส่วนต่อแสนคน จะเห็นว่าในช่วง 10-14 ปี ในช่วงวัยรุ่นนี้ วัยรุ่นตอนต้นอัตราการฆ่าตัวตายไม่มาก จะเริ่มมากขึ้นในช่วง 15-19 ปี

แล้วเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อันนี้ผู้ชาย จนถึงสูงสุด ในช่วง 25-29 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยหนุ่มสาว คิดว่าเป็นวัยที่เริ่มมีครอบครัว แล้วก็ลดลง แล้วมาสูงขึ้นเล็กน้อยในช่วงอายุ 60 ปี ในขณะที่ผู้หญิง จะไม่เปลี่ยนแปลงตามช่วงวัย ไม่ค่อยชัดเจน โดยเฉลี่ยพอๆ กัน อยู่โดยรวมเลย ผู้ที่นำเป็นท่วง คือ เพศชาย ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น สมมติว่าเราเสียชีวิต เราควรจะตายตอน 75 เขาขาดโอกาสไป 50 ปี 50 ปีนี้ จะก่อรายได้ให้ประเทศเท่าไร ซึ่งเป็น จำนวนเงินที่ค่อนข้างมาก ในแง่ของผลกระทบ เศรษฐกิจ จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนี้ บอกอะไรเราอีกอย่างหนึ่งว่าของต่างประเทศต่างๆ ไป ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งพบว่ามี การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากขึ้น ซึ่งเฉลี่ยทั่วโลกโดยรวมก็จะเป็น อย่างนั้น ไม่ว่าจะในทางตะวันตกนี้มีคำพูดที่ว่า การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนี้ แปรผันตามอายุ ที่เพิ่มขึ้นในทางประเทศโซนเอเชียก่อนพบเหมือนกัน ญี่ปุ่น จีน ก็พบเหมือนกันที่ว่า อายุมากขึ้น มีการ เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งในเพศชายและหญิง ภาพตรงนี้บอกอะไรเราบ้าง บอกว่าจริงๆ แล้วผลกระทบจากการตายก่อนวัยอันควรของบ้านเรานั้นมี มากกว่า ถึงแม้ว่าตัวเลขเราต่ำกว่า แต่ว่าตัวเลข ของเราที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรของเราจะเห็นว่ามี ช่วงห่างค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับทางจีนทาง ตะวันตก จะพบว่าเสียชีวิต เมื่อมีอายุประมาณ 70 ปี ค่า YLL อันนี้มีผลกระทบกับทางเศรษฐกิจ ค่อนข้างมาก เป็นอัตราการเสียชีวิตในแต่ละภาค

อัตราการรวมของประเทศไทยอยู่ประมาณ 8 คน ต่อแสนคน เฉลี่ยของภาคเหนือ เพศชาย พบ 21 คน ต่อแสนคน ในขณะที่เพศหญิงต่ำลงมา ตามลำดับ เหนือ กลาง อีสาน ใต้ เมื่อสิบยี่สิบปีก่อนเป็นที่รู้กันว่าภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายต่ำสุด แต่ระยะหลังๆ พบว่าภาคอีสานกับภาคใต้มีจำนวน ที่ครองแชมป์ตลอดกาลคือ ภาคเหนือ 10 จังหวัด ที่เป็น top ten ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาระหว่าง พ.ศ 2541-2545 คือ เชียงใหม่ อัตราการเสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตายของประเทศไทยอยู่ประมาณ 8 คนต่อแสน ที่เชียงใหม่ 30, 29, 31 และ 25 คนต่อแสนตามลำดับ และเริ่มลดลง แต่ก็ยังสูงอยู่คือ 26 รองลงมาก็คือ ลำพูน ก็อยู่ติดเชียงใหม่ เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา เชียงราย ก็คือภาคเหนือตอนบนนั่นเอง น่าสนใจที่ว่า มีอะไรที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวตรงนี้หรือเปล่า แล้วก็ ทางตะวันออกคือ ระยอง ชลบุรี นครปฐม แพร่ น่าน ลำปาง นี่คือ 10 จังหวัด มีทางภาคเหนือ 7 จังหวัด ยกเว้นแม่ฮ่องสอน นอกนั้นก็เข้าไปหมดจริงๆ แล้ว ตรงนี้ก็บอกเราว่าที่เราบอกกันว่านโยบายการป้องกันการ ฆ่าตัวตายนั้นควรจะเน้นที่ภูมิภาคแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นภูมิภาคที่ควรจะเน้น น่าจะเป็นภาคเหนือ ตอนบนกับภาคตะวันออกคือ จังหวัดระยอง ชลบุรี นครปฐม ประเด็นที่น่าสนใจคือ อะไรทำให้สาม จังหวัดนี้เหมือนกัน แล้วก็แตกต่างจากทางเหนือ อย่างไรก็ตาม อันนี้น่าสนใจศึกษาต่อไป ดูการเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายของประเทศไทยของผู้ชายช่วง วัย 25-29 ปี อยู่ในช่วง 23 คนต่อแสน หรือว่า

20-23 คนต่อแสน ของภาคเหนือ 35 คนต่อแสนคน ก็ลักษณะของกราฟ ก็ออกมาคล้ายๆ กันกับของ ค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ว่าสูงมากขึ้นในช่วงวัยนี้สูง เหมือนกัน ในวัยหนุ่มสาวควรเป็นวัยที่เป็นกลุ่ม เป้าหมายเหมือนกันกับวัยหนุ่มสาวเพศชาย ที่นี้ มาพูดถึงวิธีการบ้าง อันนี้ตามปี พ.ศ. แนวโน้ม ตามปี พ.ศ. อันนี้อัตราส่วนต่อล้านคน เดิมเมื่อกี้เป็นอัตราส่วน ต่อแสนคน อันนี้ขยายให้ใหญ่ขึ้นเป็นสิบเท่าอันนี้ก็คือ หนึ่งต่อแสน สิบต่อล้าน อันนี้ก็คือในเพศชาย จากการ กินสารเคมีไม่ว่าจะเป็นสารเคมีทางการเกษตรสารเคมี ในบ้านหรือการกินยาเกินขนาด เพราะว่าเมื่อพิจารณา ในรายละเอียด พบว่าบางครั้งการลงข้อมูล การ code ตัวเลขมีปัญหาพอสมควร คือบางที บางปี การเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตรก็สูงมาก บางปีก็มีการเสียชีวิตจากสารเคมีภายในบ้านก็สูงมาก แต่โดยรวมแล้วในการเสียชีวิตจากการกินสารเคมีแล้วจะ ออกมามีแนวโน้มพอๆ กัน เพราะฉะนั้นขึ้นอยู่กับ การลงรหัส คือ ปีไหนลงรหัสกินสารเคมีในบ้านมากก็จะ ลงรหัส กินสารเคมีทางการเกษตรน้อย ตรงนี้ น่าเป็นห่วง แต่ก็เป็นที่ไปตามแนวโน้มของภาพรวม ของประเทศตั้งแต่ปี 2541 เมื่อเกิดภาวะวิกฤตทาง เศรษฐกิจมากขึ้น ก็จะมีการฆ่าตัวตายมากขึ้น การ ฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ การกินสารก็ยังเท่าเดิม การใช้ปืนก็ไม่ได้มากกว่าเดิม ในผู้หญิงการใช้ปืนนี้น้อยมาก สำหรับการเสียชีวิต จากการแขวนคอ ในปี 2535 ต่ำกว่าการกินสาร แต่ระยะหลังเริ่มมากขึ้น แต่ไม่ต่างกันชัดเจนเหมือน

กับผู้ชาย ในสหรัฐอเมริกาสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย คือ ปืน หรือในบางประเทศคือการกระโดดจากสะพาน หรือจากตึกสูง พวกนี้ก็ทำร่วมกัน แต่ว่าการป้องกันการแขวนคอก็ยังไม่มี เพราะอะไรก็ใช้แขวนคอได้ แต่แปลกอันหนึ่ง ที่ว่าการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ในเรือนจำตอนแรก คิดว่าน่าจะเป็นแขวนคอ แต่พอ ถามเขาพบว่าจะเป็นวิธีการกรีดตัวเอง อาจเนื่อง มาจากเชือกหรืออะไรที่ใช้แขวนคอหาลำบาก เพราะว่าอันนี้มีผลกระทบต่อทาง probice heal คือ ถ้าหาทางป้องกันตรงนี้ได้ ตัวเลขของประเทศจะ ลดลงมาก แต่ถ้าเราทำในแง่ของการรณรงค์ในเชิง สร้างเสริมสุขภาพจิต นี่อาจต้องใช้เวลาาน แต่ก็ยังมี ผู้ตั้งข้อสงสัยว่าการแขวนคोन้อยลงแต่ไปกินสารพิษ ใช้ปืนมากขึ้นหรือเปล่า โดยรวมแล้วอัตราการ ฆ่าตัวตายจะลดลง ในช่วงหนึ่งแล้วก็ค่อยๆ เพิ่มขึ้น กลับไปเหมือนเดิม เป็นการซื้อเวลาให้ทำการรณรงค์ ในแง่ของเรื่องสุขภาพจิต คือ วิธีการฆ่าตัวตายใน ปีพ.ศ. 2545 แบ่งตามแต่ละภาค ภาคเหนือ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ได้แก่การ กินยาเกินขนาด การใช้สารเคมีทางการเกษตร การใช้สารพิษในบ้าน การแขวนคอ การใช้ปืน ในแต่ละภาค วิธีการฆ่าตัวตายโดยการแขวนคอจะเป็นวิธีที่ใช้สูงสุด โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้วิธีการแขวนคอ 70% ภาคกลางกับภาคเหนือจะใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ส่วนการพยายาม ฆ่าตัวตาย คนที่เขาพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต แล้วมา admit ที่โรงพยาบาล จากข้อมูลของสำนัก

ระบาดวิทยาพบว่า วิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือ การใช้สารเคมีทางการเกษตร การกินยาเกินขนาด การกินสารเคมีในบ้าน ภาคเหนือพบสูงสุด ในขณะที่ภาคใต้พบการใช้สารเคมีทางการเกษตรน้อยลงมา แต่ว่าการใช้สารเป็นพิษในบ้าน คงสอดคล้องกับภูมิภาคภาคใต้ที่ใช้การกิน กรดจากยางค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวคนทางใต้คือ เวลาปลูกต้นยางก็ใช้กรดจากยาง ในขณะที่ภาคกลางกับภาคเหนือมีการเกษตรค่อนข้างสูง ก็ใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง ประเด็นนี้ ถ้ามองเฉพาะในภาคเหนือ ก็จะเห็นว่าภาคเหนือการเสียชีวิตจากการแขวนคอกี้อย่างสูงสุดอยู่ดี แนวโน้มในช่วง 5 ปี สารเคมีทางการเกษตรเพิ่มขึ้นแล้วก็ลดลง การกินยาเกินขนาด การใช้ปืนอันที่มีแนวโน้มลดลงในช่วง 5 ปี คือการใช้สารเคมีในบ้านพวกไบคอน ยาเบื่อหนูลดลง

สรุปว่าการพยายามฆ่าตัวตายของเราผู้ชายกับผู้หญิงพบพอๆ กัน ผู้หญิงอาจมากกว่าผู้ชายเล็กน้อยประมาณ 1.2 ต่อ 1 ในขณะที่เป็นการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายผู้ชายจะเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 ต่อ 1 เพศวัยที่พบก็สูง พอๆ กันก็ประมาณวัย 20 - 30 ปี และใช้วิธีการแขวนคอกว่าวิธีอื่น สำหรับวัยจะแตกต่างจากของต่างประเทศมาก ในตำราต่างประเทศเขาเน้นมาก เขา focus ไปที่ผู้สูงอายุ เพราะเป็นตัวเลขที่พบสูงมาก ซึ่งเมื่อก่อนนี้เราก็ไปเน้น ตรงนั้นเหมือนกันซึ่งผลออกมาแล้วจริงๆ ของเราไม่ใช่ อย่างนั้นในลักษณะของเราจะไปเน้นที่ผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่า มุมมอง

ต่อการฆ่าตัวตายสามารถมองได้หลายแบบมากแล้วแต่กรอบที่ใช้ในการมองการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในเด็กวัยเรียน คือ ecological model เป็นการมองในลักษณะคนเราสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นการมอง intervention คงต้องเน้นหลายระดับ ยิ่งเราเน้นหลายระดับเท่าไร intervention ในมุมใหญ่ขึ้นเท่าไร ผลกระทบก็มีมากขึ้นเท่านั้น เพราะฉะนั้นสาเหตุอาจเกิดจากบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนจากโรงเรียน หรือ เป็นผลกระทบจากค่านิยมของสังคม เป็นจากความเชื่อ ประเพณี อย่างหนึ่ง เช่น ญีปุ่นการฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกถึงศักดิ์ศรี คือฆ่าได้พยายามไม่ได้ เขาจะยอมฆ่าตัวตายดีกว่าฝ่ายตรงข้ามมาพยายามถ้าเราอ่านในนิยายซาโมไรจะเป็นอย่างนี้ คือ ถ้าถูกฝ่ายตรงข้ามบุกเขาจะทำพิธีฮาราคิริ ทุกวันนี้ก็มีคนทำแบบ suicide bom คือลักษณะความเชื่อแบบนี้ ถ้าเรามา focus จุดแคบๆ หรือในเหตุการณ์ที่มันมีมุมมองมากผมว่ามีประมาณ 10-20 model แล้วแต่ที่เรามองที่ประเด็นใด ถ้าเราโฟกัสเป็นประมาณ path way หรือตั้งแต่ผลออกมาตายไม่ตายนั้น เริ่มแรกจะต้องมีความคิดก่อนว่าคนเรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่มันกันได้ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ เขาบอกว่าไปสำรวจทุกโรงเรียนจะพบ 20-40% บางทีพบถึง 40% ซึ่งสูงเกินไป ที่กล่าวกันว่ามีจะพบในช่วงวัยรุ่นในช่วงนี้เป็นช่วงที่กำลังแสวงหาความหมายของชีวิต ก็จะสรรหาเรื่องของการอยู่ การฆ่าตัวตาย แต่เมื่ออายุมากขึ้นการคิดทำนองนี้ก็จะลดลง ที่นี้ผู้สูงอายุยิ่งขึ้นถึงตอนนี้ถ้าคิดถึงเรื่อง

นี้ก็ไม่ใช่ค่อยดีเท่าไร แต่ถ้าเป็นพวกวัยรุ่นมีตรงนี้ได้ ลำพังความคิดไม่ใช่ประเด็นสำคัญ คิดแล้วคิดบ่อยๆ หรือเปล่า คิดแล้วมีความเสี่ยงอย่างอื่นหรือเปล่า ตรงนี้เป็นปัญหาที่เรานำมาพิจารณาร่วมด้วย ถ้าเขามีความคิดฆ่าตัวตายแล้ว ช่วงนั้นเกิดกดดัน ส่วนมากคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายแล้ว ส่วนมากจะมีลักษณะ chronic state มาก่อนคือ ความกดดันเรื้อรังแล้วก็มีตัวหนึ่งที่เป็นลักษณะที่เราเรียกว่าฟางเส้นสุดท้าย ฟางเส้นสุดท้าย ก็เป็นอันที่หนังสือพิมพ์มักจะลงพาดหัวว่า ไม่ให้เงินไปซื้อหนังสือ น้อยใจเลยฆ่าตัวตาย ซึ่งจริงๆ แล้วมันไม่ใช่เขามีปัญหาอะไรมาก่อนค่อนข้างมากแล้ว ถ้าเราดู ecological model เราจะเห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องกับค่อนข้างมาก ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมด้วย ถ้าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเราก็จะไม่ทำเหมือนกัน ถ้าเราอยู่ในห้องคนเดียว อยู่ในที่ที่เป็นส่วนตัว แล้วถ้าเกิดแฟนทิ้งไปแล้วข้างบ้านเปิดวิทยุเพลงเข้ามา อันนี้ก็จะเป็ยบรรยากาศ หลายๆ อย่างส่งเสริม สภาพแวดล้อมส่วนนี้ก็ช่วยได้เหมือนกัน มีอุปกรณ์อยู่ใกล้ตัวหรือไม่ อันนี้มีความสำคัญ บ้านเราพบการเสียชีวิตจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร หรือสารพิษในบ้าน ซึ่งอยู่ใกล้ตัว เพราะฉะนั้นมันมีอะไร หลายๆ อย่างมาประจวบเหมาะกัน คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายซึ่งวางแผนเขียนจดหมายแล้ว ปิดประตู ปีนขึ้นไปบนตึกว่าจะเอาตรงไหน อันนี้ก็เป็นกลุ่มหนึ่ง อีกกลุ่มหนึ่งคือพวกที่เป็นลักษณะหุนหันพลันแล่น และมีปัจจัยหลายๆ อย่างมาประจวบเหมาะ

กันพอดี พวกนี้ก็ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งอาจจัดเป็นพวก attempted suicide หรือ committed suicide ก็ได้ก็แล้วแต่ คือ ทางด้านศาสตร์ เขาคิดว่า ในการฆ่าตัวตายนี้ คนที่พยายามฆ่าตัวตายกับคนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นสองกลุ่ม ที่แยกออกจากกัน แต่ในความเป็นจริงพบว่ามันแยกออกจากกันได้ยาก มันเป็นลักษณะของสเปกตรัมมากกว่าเหลี่ยมๆ กัน ไม่ได้แยกชัดเจน อย่างนี้มันจะซ้อนกัน ซึ่งเราก็บอกยาก แล้วก็มึหลายๆ ราย ที่เขาต้องการฆ่าตัวตายจริง แต่วิธีการที่ใช้ไม่รุนแรงก็มีซึ่งตรงนี้ก็จะเป็นอันหนึ่งที่เราจะใช้ในการศึกษาว่า คนเราที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนี้ ซึ่งในฐานะที่เราเป็นผู้ทำงานที่ประสบกับตัวผู้ที่กระทำการโดยตรงควรจะถาม ถ้าเราถามที่มีโครงอยู่ในใจก็จะสามารถ ถามได้ครอบคลุมมากขึ้นแล้วก็สามารถที่จะมีวิธีการป้องกันที่ชัดเจน

ผลการศึกษาจากนิวซีแลนด์โดย Dr. Beautrais ที่เปรียบเทียบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 3 ช่วงวัย ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 25 ปี 25 - 44 ปี และมากกว่า 45 ปี จำนวน 202 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่มี community ที่มีวัยเดียวกัน จำนวน 1,000 คน ข้อมูลได้จากกระบวนการ psychological autopsy ด้วยการสัมภาษณ์คนใกล้เคียง เก็บข้อมูลมาจากแพทย์คนที่รักษา หรือถ้าเขาเคยรักษาทางด้านจิตเวชก็เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต แล้วก็ทบทวนบันทึกเวชระเบียนทางด้านบันทึกทางการแพทย์

ข้อมูลทั้งหมดเพื่อวินิจฉัยว่าเขาเป็นอย่างไร เป็น depression หรือไม่ หรือว่ามีปัญหาที่ทำให้คิดทำร้ายตนเอง ข้อมูลที่วิเคราะห์คือข้อมูลทางด้านสังคม ประชากรศาสตร์ ด้านครอบครัว ประวัติครอบครัว ประวัติวัยเด็ก ประวัติจิตเวช และความกดดันในปัจจุบัน ใน 200 คนนี้ พบว่าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจะมีอายุน้อยกว่า 25 ปี 60 คน 25-44 ปี 80 คน และมากกว่า 44 ปี 62 คน กลุ่มควบคุมก็คือกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต พบว่ามี risk factor สำคัญหลายอันที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม controls ในเพศชาย เป็น risk factor ชัดเจน เพศชายทั้ง 3 ช่วงวัยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง แล้วก็ถ้าอายุน้อยกว่า 25 ปี พวกที่มีการศึกษาน้อย พวกที่มีการเลี้ยงดูสัมพันธ์กับพ่อแม่ไม่ค่อยดีในพวกที่อายุน้อยกว่า 25 ปี เป็น risk factor อันหนึ่ง แต่ถ้าพวกที่อายุมากกว่า 25 ปี แล้วฆ่าตัวตายอันนี้ไม่มีผลเท่าไร เรื่องความสัมพันธ์กับพ่อแม่เป็นเรื่องสำคัญต่อพวกที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี อีกอันหนึ่งที่มีความสัมพันธ์คือพวกที่มีภาวะซึมเศร้า พบได้ทุกช่วงวัย พวกที่มีประวัติเคยอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช พวกนี้ก็จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสามช่วงวัย พวกที่มีประวัติความกดดันเมื่อช่วงเร็วๆ นี้ เช่น เรื่องการทะเลาะกัน การหย่าร้าง หรืออะไรพวกนี้ พวกที่อายุน้อยกว่า 44 ปี มีความเสี่ยงแต่ถ้าพวกอายุมากไม่ค่อยมีเท่าไร เพราะฉะนั้นพวกที่อายุน้อยกว่า 44 ปี จะมีพวกที่มีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคล

พวกที่มีปัญหาเรื่องทางด้านกฎหมาย เรื่องฟ้องร้องกัน พวกนี้จะเป็นเรื่องกดดันที่ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตายได้

สรุปเป็นภาพรวมก็คือว่าพวกที่อยู่ในวัยรุ่นนี้ลักษณะเด่นก็คือพวกที่เป็นเพศชายมักจะเป็นพวกที่ด้อยโอกาสทางด้านครอบครัว สถานะภาพทางสังคม เคยมีประวัติอยู่โรงพยาบาลทางจิตเวช มาก่อน เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน มีเรื่องของ mood disorder โรคทางจิตเวชที่เราเรียกว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคซึมเศร้าร่วมด้วยแล้วก็เรื่องของความกดดัน ก่อนที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลเรื่องของทางด้านกฎหมาย ในวัยรุ่นที่มีการฆ่าตัวตาย ถ้าเป็นในวัยผู้ใหญ่ประเด็นสำคัญคือเรื่องความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะซึมเศร้า แล้วก็เรื่องที่เคย admit ในโรงพยาบาล แล้วก็ในการเรื่องของความกดดันทางด้านสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลกับเรื่องของกฎหมายพวกนี้ก็มีส่วนเหมือนกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุของนิวซีแลนด์ที่พบ ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องภาวะทางด้านจิตเวช โดยเฉพาะภาวะเรื่องของความกดดันหรือเรื่องสัมพันธ์ภาพไม่ค่อยมีผลเท่าไร ซึมเศร้าถ้าอยู่ในช่วงของวัยหนุ่มสาว เรื่องความกดดันของทางด้านกฎหมาย การฟ้องร้องเรื่องสัมพันธ์ภาพจะมีบทบาทมาก ถ้าอายุมากผลกระทบตรงนี้ก็จะน้อยลง ทำนองเดียวกันเรื่องของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและเรื่องของการเลี้ยงดู สิ่งเหล่านี้ก็จะมีผลในช่วงวัยรุ่น ที่จะทำให้เขาฆ่า

ตัวตาย แต่ถ้าในผู้สูงอายุ จะไม่มีผลเท่าไร เพราะในวัยรุ่นส่วนใหญ่ปัญหาทางครอบครัวเป็นตัวกระตุ้น โดยสรุป ผลการศึกษาที่นิวซีแลนด์คือว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยรวมแล้วเหมือนกันในทุกช่วงวัย เรื่องสัมพันธภาพ ความกดดันในชีวิตประจำวัน ความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช ในช่วงที่อยู่ในวัยต้น คือวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว เรื่องของความกดดันในชีวิตประจำวันมีผลค่อนข้างมาก รวมทั้งเรื่องในครอบครัว เรื่องของการดูแลของพ่อแม่ เรื่องของการเลี้ยงดู จะมีผลต่อวัยรุ่นหนุ่มสาว แต่เมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักในเรื่องทางด้านโรคจิตเวชจะเพิ่มมากขึ้น การศึกษาในจีนที่น่าจะมีลักษณะสภาพทางสังคมหรือมุมมองหรือวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับไทยมากกว่าทางตะวันตก เขาจะเน้นทางด้าน individualism เน้นทางด้านปัจเจกบุคคล เน้นการพัฒนาตัวเราให้ดีขึ้น พัฒนาความสามารถของตัวเอง ต้องอยู่ได้ด้วยตนเอง แต่ทางด้านตะวันออก เน้นเรื่องของ interdependence คือการพึ่งพากัน บทบาทของเราสำคัญ แต่ว่าครอบครัวของเราก็ก่อนหน้าเหมือนกัน เราอยู่ได้เพราะมีพ่อแม่พี่น้อง และเพื่อนช่วยอุปถัมภ์ค้ำชู ตรงนี้จะมีผลในแง่ของความกดดันในชีวิตประจำวันหรือมุมมองต่อปัญหาต่างๆซึ่งแตกต่างกันระหว่างตะวันตกกับตะวันออกซึ่งน่าจะมีผลกระทบในแง่ของความกดดันในชีวิตประจำวันซึ่งนำมาสู่การฆ่าตัวตายด้วยเหมือนกัน เพราะฉะนั้นการประเมิน risk factor ในจีนนี้มีส่วนสำคัญที่น่าจะศึกษาที่จะทำให้เราคิดว่า น่าจะใกล้เคียงกับของไทยเรา จากการศึกษาของ

Dr. Michael Philips อยู่ที่ปักกิ่ง ซึ่งทำ psychological autopsy เหมือนกัน โดยสัมภาษณ์ญาติ และคนใกล้ชิดในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 500 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คือ ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือจากการบาดเจ็บอย่างอื่น จำนวน 500 คน โดยสุ่มมาจาก 23 ภูมิภาคทั่วประเทศจีน พบว่ามีปัจจัยอยู่ 7-8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในประเทศจีน กล่าวคือ ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีคะแนนซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมชัดเจน รองลงมาพบว่ามีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน พวกที่มีความกดดันในช่วงก่อนกระทำการฆ่าตัวตาย แต่พวกที่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุไม่ค่อยมีเรื่อง attempt suicide เท่าไร พวกที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ พวกที่มีความกดดันเรื่องสูงอันนี้ก็คือมีความกดดันมาเรื่อยๆ พวกที่มีสัมพันธภาพไม่ดี เช่นทะเลาะกันมาก่อน 2 วัน ก่อนหน้าที่จะทำการฆ่าตัวตาย หรือพวกที่มีญาติสายเลือดเดียวกัน มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อน อันสุดท้ายคือพวกที่เพื่อนหรือคนใกล้ชิดมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน อันนี้คือว่าเขามีภาพของการฆ่าตัวตายอยู่ในจิตสำนึกหรือไม่ ถ้าเกิดความกดดันมากๆ และเคยมีประวัติการฆ่าตัวตายของคนในบ้าน ในหมู่บ้านมาก่อน มันก็จะมีภาพตรงนี้อยู่ พอมีความกดดัน ภาพตรงนี้ก็เลยเกิดขึ้นมา เพราะฉะนั้นลักษณะภาพรวมก็จะเป็นโรคซึมเศร้าเคยพยายามฆ่าตัวตาย แล้วก็มีความกดดัน สิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ มีความสำคัญมากเมื่อรวมกันทั้งกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้เสียชีวิตประมาณ 500 คน พบว่ามีปัจจัย 7 - 8

ข้อนี้แค่ 1 อัน พวกที่มี 1 อันหรือไม่มีเลย ไม่มีใครฆ่าตัวตาย ถ้ามีปัจจัย 2 - 3 อัน อันมี 30% พบว่าฆ่าตัวตาย พวกที่พบปัจจัย 4 - 5 อัน พบ 85% ฆ่าตัวตาย พบ 5 ปัจจัย ก็ 96% ภาพ ก็คือพวกที่พบการฆ่าตัวตาย คือพวก exposure risk factor อันนี้ก็เป็ผลการศึกษาอันหนึ่งที่เราก็ค้นพบกันคือว่า ถ้าไม่ใช่สอบตทุกอย่างเดียวกับฆ่าตัวตายก็จะมี ความกดดันเรื่อร้างมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว มีปัญหาต่างๆ รวมกันหลายๆ ปัจจัย จึงนำมาสู่การฆ่าตัวตาย ผู้ที่เสียชีวิต 40% จากการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า เขาพบว่ามีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย 63% ในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเขาคิดว่าเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำเมื่อเทียบกับทางตะวันตกที่เขาศึกษามามีการเจ็บป่วยทางจิตเวช 90% แต่รายงานนี้พบแค่ 63% เพราะฉะนั้น เขาคิดว่าจะเป็นไปได้ไหมอะไรเป็นข้อมูลสมมติฐานที่พบความเจ็บป่วยบ่อย ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น ซึ่งจากการวิเคราะห์ต่อไป พบว่า exquic state และ 2 วันก่อนหน้านั้นมีการทะเลาะเบาะแว้ง พบว่าปัจจัยพวกนี้เป็นเรื่องของ การกระทำแบบหุนหันพลันแล่น อีกอันหนึ่งพบว่าที่สำคัญ คือการที่พยายามฆ่าแมลงและยาเบื่อหนู ในชนบทค่อนข้างมาก การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีญาติ หรือคนรู้จักฆ่าตัวตายมาก่อน พวกนี้พบว่ามี การใช้สารที่อยู่ในบ้านฆ่าตัวตายเป็น option หนึ่ง เมื่อเขาพบกับความกดดันที่เข้ามา อันนี้เป็นอันหนึ่ง พบว่าการฆ่าตัวตายในชนบท พบมากกว่าในเขตเมือง

เมื่อก่อนเราคิดว่าคนในเมืองมีความกดดันสูง ถ้าในเชิงความคิดแบบคลาสสิก ก็คือว่า ในเมืองมีการแข่งขันสูง มีการฆ่าตัวตายสูง ในชนบทใช้ชีวิตเรียบง่ายมีการฆ่าตัวตายต่ำ แต่ในประเทศจีนการศึกษาพบว่าไม่ใช่อย่างนั้น ในเรื่องของการฆ่าตัวตายในชนบทสูง โดยเฉพาะในเพศหญิง เป็นไปได้หรือไม่ว่าเนื่องจากไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท ทำให้เมื่อมีคนกินสารพิษต่างๆ เข้าไปแล้วไม่สามารถช่วยชีวิตได้ในขณะที่คนในเมืองจะใช้สารพิษในการฆ่าตัวตายไม่ค่อยรุนแรงเท่า สารเคมีทางการเกษตรอันนี้เป็นข้อมูลจากประเทศจีนสรุปว่า เรื่องที่สำคัญน่าจะเป็นเรื่องที่มีความกดดัน เรื่องของการมีมุมมองต่อการฆ่าตัวตายมีประวัติและประสบการณ์มาก่อนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และเรื่อง การใช้สารเคมีในชนบท ในประเทศไทยการสัมภาษณ์คนที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มา admit ที่โรงพยาบาลราชานุกูล ผู้ชายกับผู้หญิงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นคำพินัย มาก เรียกว่าเป็นคำพูดที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำอันบอกได้ อย่างหนึ่งว่ามันเป็น option หนึ่งที่อยู่ในความคิดของเราอยู่แล้ว ในคนที่ศึกษาที่เชิงราย มันเป็น symbolic กับคำว่า submolling สัญลักษณ์กับคำว่า ทุกข์มากที่สุดคือฆ่าตัวตาย เป็นอันรับรู้กัน แล้วก็ อีกประการหนึ่งที่พบคือการทะเลาะกับการเกลียดพ่อ ไม่ต้องการแม่ก็จะบอกให้ไปตายซะ อันนี้ไม่แน่ใจ เพราะว่าไม่ได้ศึกษาในภาคอื่น แต่ทางเหนือจะพูดว่า

ไปตายซะ ทำไมไม่ตาย คำๆ นี้ พบว่าผู้ช่วยพูดกันบ่อย แล้วในการสัมภาษณ์ครูในโรงเรียนก็จะบอกว่ามันเป็นคำพูดที่ธรรมดาพูดกันทั่วไป แต่มันจะไม่ธรรมดาหากไปพูดกับคนที่กำลังทุกข์ใจอยู่แล้ว เพราะฉะนั้น คำที่ว่าฆ่าตัวตายมันเป็นคำที่อยู่ในจิตสำนึกอยู่แล้ว อีกประการหนึ่ง คือสารพิษหาได้ง่ายอยู่ตามมุมห้อง ยาเบื่อหนูอยู่ที่เสาข้างบ้านพอกลับมาถึงก็กิน มีอีกรายละเอียดกันเรื่องให้เสร็จแล้ว ก็ชิมอเตอร์ไซค์ออกไปซื้อยาเบื่อหนูพอกลับมาถึงก็กลับมาบ้านกินได้ ซึ่งถ้าเป็นต่างประเทศไม่มีทางทำได้แน่เลย การควบคุมตรงนี้ บ้านเรายังขาด ประเทศไทยถ้ามีกระบวนการต่างๆ ที่ลดการเข้าถึงสารพิษตรงนี้จะช่วยได้มากอันนี้เหมือนกับเมืองจีน บ้านเราเป็นเมืองเกษตรก็ต้องใช้ เพราะฉะนั้นยามาแมลง ยาเบื่อหนู เป็นคำพูดพื้นๆ มาก กินยาเบื่อหนูๆ ได้ยินเป็นประจำ เขาเรียกว่า social in base data คือคำพื้นๆ อยู่ในสังคมอยู่แล้ว ปัญหาหลักของผู้หญิงที่พบคือ คู่ครองนอกใจ อันนี้เด่นมาก หรือว่าถูกทุบตีทำร้าย คู่ครองไม่ไว้วางใจ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ด้วยกัน โดยไม่แต่งงาน คือรักชอบพอกันก็มาอยู่ด้วยกัน แต่พอแต่งงานแล้วก็มีปัญหา อีกประการหนึ่ง คือ พ่อแม่ ฝ่ายหญิงจะมายุ่งมาก ยุ่งจนทำให้ทะเลาะกันระหว่าง ฝ่ายหญิงกับฝ่ายชาย ส่วนปัญหาของฝ่ายชาย คือการไม่ได้รับการยอมรับ ซึ่งพบบ่อย จะบ่งให้เห็นถึง self ของเขา ยังไม่ค่อยได้รับการยอมรับ ต้องการความยอมรับการชื่นชม อะไรก็ตามโดยเฉพาะจากคนสำคัญในพวกที่อยู่ในวัยรุ่น ต้องการจากพ่อแม่

ต้องการค่อนข้างมาก ตรงนี้ปัญหาที่พบของฝ่ายหญิง ก็บ่งให้เห็นถึง double standard คือผู้หญิงมักจะได้รับการคาดหวังว่าให้อยู่บ้านให้เฝ้าบ้าน ห้ามอะไร ในขณะที่ผู้ชายทางเหนือจะเที่ยวกับเพื่อน ดื่มเหล้า อันนี้ เป็นปัญหาที่ได้ยินบ่อยมาก คือไปกินเหล้ากับเพื่อน แล้วกลับมาทะเลาะกันในขณะที่ผู้หญิง ทำอย่างนี้ไม่ได้ ผู้ชายมักดื่มเหล้าบ่อย ซึ่งพบในการศึกษาอันหนึ่ง ในเพศหญิงที่พบมักจะไม่ค่อยมีคนสนิทที่จะให้คำแนะนำได้ แต่ผู้ชายจะไม่ค่อยพูด เขาถือว่าเรื่องทำนองนี้ เป็นเรื่องส่วนตัวไม่น่าจะนำไปคุย ถ้าเอาไปคุยแล้วจะถือเป็นเรื่องน่าอาย มักจะไม่ปรึกษาใคร แต่ในขณะที่เดียวกันผู้หญิงอยากพูดอยากคุยแต่ไม่ค่อยมีใครฟัง ตรงนี้ก็เป็นเรื่องของการเก็บกด ผู้ชายจะเป็นเรื่องคือการใช้ชีวิตวัยรุ่น ตลอดกาลจนแต่งงานไปแล้วก็ยังเหมือนเดิม กินเหล้า เลี้ยงปัญหาตรงนี้ ซึ่งบ่งถึง life style มีการบรรยายถึงชีวิตของผู้ชายอย่างหนึ่งว่า มักจะถูกเลี้ยงดูตามสบาย พ่อแม่ไม่ค่อยคาดหวังเท่าไร อันนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เราเรียกว่า double standard หนึ่งของทางเหนือ ที่นี้ภาพอีกอันหนึ่งที่เราพบ ซึ่งไม่แน่ใจว่าภาพนี้บ่งถึงอะไรแต่ภาพนี้ออกมาแบบสะท้อนอะไรบางอย่าง จังหวัดที่เราพบว่า เป็น top ten คือ เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา ลำปาง นครปฐม ส่วนพวกที่มีผู้ช่วยติดเชื้อเอดส์ 11 จังหวัด มีอะไรบ้าง มีจังหวัดไหน ที่ไม่ตรงกันบ้าง พะเยา ระยอง เชียงราย จันทบุรี อันนี้ไม่ตรงหนึ่งละ แต่ใกล้เคียง ระนองเหมือนกัน เชียงใหม่ ราชบุรี แล้วก็นครปฐม การติดเชื้อเอดส์

หรือเปล่าที่ทำให้เขาฆ่าตัวตายหรืออีกอันหนึ่งก็คือว่า การใช้ชีวิตอย่างไม่ระมัดระวังทำให้เขาติดเอดส์ แล้วการใช้ชีวิตอย่างไม่ระมัดระวังนี้ก็ทำให้ชุมชน สังคมนั้นมีการฆ่าตัวตายสูง การศึกษาเรื่องนี้อาจได้ 2 แบบ คือต้องศึกษาลงลึกต่อไป ข้อมูลที่นายแพทย์ ประเวศ ดันดิพิพัฒนสกุล ศึกษาเมื่อพ.ศ. 2541 ผู้ป่วยเอดส์ทุกวันนี้เป็นอย่างไรบ้าง น่าจะทำให้เห็น ชัดเจนขึ้น อันหนึ่งที่เขาพบคือเรื่องซึมเศร้า เหมือนกัน เรื่องของโรคเอดส์ เรื่องของการติดสุรา ปัญหาชีวิตสมรส จะเห็นว่าเหมือนกัน ภาพคล้ายๆ กัน ภาพที่ออกมาพบผู้ติดเชื้อเอดส์มีจำนวนเท่านี้ ซึ่งตรงนี้ไม่ได้ลงลึกไปว่าผู้ติดเชื้อเอดส์นี้มีส่วนสำคัญ ที่ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตายหรือเปล่า แต่พบว่ามีการติดเชื้อเอดส์ มีพบภาวะซึมเศร้า, ในเรื่องของแอลกอฮอล์ จริงๆ แล้วภาวะซึมเศร้าทั้งไม่ได้ ในฐานะที่เราเป็น บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ตรงนี้มันเป็นตัวที่ทำให้ threshed ต่ำ อย่างเช่น การดื่มน้ำเตี๊อด 100 องศา ถ้ามีภาวะซึมเศร้าน้ำก็จะมี 60 องศา ถ้าเราจัดภาวะ ซึมเศร้าได้ ความสามารถในการต้านรับ ถึงแม้มีการ กัดต้นเหมือนกัน เขาก็มีความทุกข์เหมือนกัน ความคิด อยากฆ่าตัวตายจะน้อยกว่า ในประเทศไทยที่พบก็ สะท้อนภาพเหมือนกันคือ การบริการทางด้าน สุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไป จากการศึกษาของ นายแพทย์ชัชวาลย์ ศิลปกิจ พบว่า ในคนไข้แปดร้อย กว่าคน พบว่าจริงๆ แล้วมีโรคทางจิตเวชค่อนข้างสูง เหมือนกัน โรคที่พบบ่อยมาก เขาเรียกว่า mixed anxiety disorder ก็คือคนๆ นั้น มีทั้งภาวะซึมเศร้า

และวิตกกังวล ซึ่งต่างจากต่างประเทศ ในต่างประเทศ อาจพบ depression แต่ในประเทศไทย พบทั้งสอง อย่างคือ ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ที่สำคัญ และเป็นปัญหาคือ คนไข้ทางจิตเวช 100 คนมีปัญหา ทางด้านจิตเวช หมอตรวจพบ หรือนึกถึงโรคทาง จิตเวชไม่ถึง 30% ยังมีคนจำนวนมากที่ไม่ได้รับการ รักษาตามที่ควรจะเป็น แพทย์ทั่วไปจะรู้สึกว่าการ ดูคนไข้จิตเวชเป็นเรื่องยาก ใช้เวลานาน และยุ่งยาก ถ้าใครมีภาพอย่างนี้ก็จะ detect ได้น้อย ก็จะมองข้าม ปัญหาทางจิตเวชไป ยาที่จ่ายบ่อยที่สุดคือ benzo-diazepine เป็นยาครอบจักรวาลของจิตเวช คือ นึกถึงภาวะทางจิตเวชก็ไม่รู้อะไรก็ให้ benzodiazepine ยารักษาโรคซึมเศร้าใช้น้อยมาก เมื่อเทียบกับ benzodiazepine แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้านี้ เป็นภาวะที่แพทย์ตระหนักกันข้างน้อย การศึกษาของ อาจารย์รัตนาที่รามาริบัติ โดยการสัมภาษณ์แพทย์ ทั่วไป ถึงยาที่ใช้บ่อยในแต่ละกลุ่ม กลุ่มยาโรคซึมเศร้า พบว่าใช้ยา amitriptyline 96% และกลุ่มยารักษา diazepam 93% ถ้ากลุ่มยาโรคจิต ก็ใช้ haloperidol 77% ที่ผมศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ ภาพออกมาก็คล้ายๆ กันทั้งที่ปัจจุบันนี้การรักษาด้วยยาไปไกลค่อนข้างมาก ยา amitriptyline นี้ถ้ากินเกินขนาดก็สามารถ เสียชีวิตได้ ในขณะที่ปัจจุบันเรามีากลุ่มใหม่ เช่น fluoxetine ซึ่งมีความปลอดภัยค่อนข้างสูง และมี ประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคซึมเศร้าและราคาถูก แต่แพทย์ทั่วไปยังรู้จักและใช้ค่อนข้างน้อย ซึ่งซึ่ง ี่ว่าคนไข้โรคซึมเศร้า หรือมีปัญหาจำนวนหนึ่งที่ไม่หา

แพทย์ทั่วไป แต่ว่าได้รับการรักษาจำนวนน้อย ทุกวันนี้การรักษาทางด้านจิตเวช ความรู้ก้าวไปไกล เรารู้ว่าภาวะซึมเศร้าจะพบเซลล์สมองบริเวณ Hippocampal ซึ่งจะมีเซลล์สมองจะงอกตัวแม่อายุ ขนาดผมนี้ก็งอกตัวอยู่ แล้วก็การใช้ยาโรคซึมเศร้า หรือยาที่เพิ่มเซลล์สมองงอกงามได้ ความรู้ทุกวันนี้ ก้าวไกลมากแล้ว เรามี guide line มากมายในเรื่อง ของโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชต่างๆ มียาใหม่ 20 - 30 ตัว แต่ไปไม่ถึงแพทย์ทั่วไปที่อยู่ใน โรงพยาบาลทั่วไป ภาพที่เห็นคือว่ายามีน้อย ในโรงพยาบาลทั่วไป มียาอยู่แค่ตัวสองตัว แพทย์ก็มี เวล่าน้อย อันนี้เป็นข้อจำกัดที่เป็นปัญหาค่อนข้างมาก แพทย์ต้องตรวจคนไข้แต่ละวันนับร้อยคน คนไข้ก็มี ลักษณะที่ไม่ค่อยตรงตามตำรานัก นี่ก็เป็นปัญหา อันหนึ่งที่ทำให้การรักษาภาวะทางด้านจิตเวชทำได้ ไม่ค่อยดีเท่าไรพอสมควร ในชุมชนในอังกฤษพบว่า ถ้าสามารถช่วยแพทย์ทั่วไปให้สามารถวินิจฉัยคนไข้ ที่มาหาว่าคนไข้คนไหนต้องการรับการรักษา คนไข้ คนไหนไม่ต้องการการรักษา แคंबอกแค่นี้เราอาจ ช่วยคนได้มากกว่าช่วยในแง่ของระบบ ช่วยได้ มากกว่าที่เราจะไปทำ guide line เป็นสิ่งสำคัญที่จะ ทำให้ระบบการบริการทางด้านสุขภาพจิตครอบคลุม และเป็นสิ่งที่สำคัญในแนวทางการป้องกันปัญหาการ ฆ่าตัวตายของระบบบริการ สุขภาพจิตพื้นฐานต้องดี แล้วก็เรื่องของสารเคมีที่ใช้ ต้องควบคุมมากกว่านี้ ในแง่ของเรื่องนี้ที่ว่า การใช้ชีวิตยังค่อนข้างเป็นปัญหา จะบอกว่าทักษะชีวิตต่ำ โดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งตรงนี้

ถ้าเราปรับคุณภาพ ซึ่งตรงมาทำตรงนี้ค่อนข้างมาก ผลระยะยาว ผลที่ออกมาจะเป็น 5 ปี หรือ 10 ปี แต่จริงๆ แล้วมันเป็นผลที่เพิ่มประสิทธิภาพของ ประชากรเรามากกว่าเรื่องของ Double standard เป็นเรื่องสำคัญของผู้หญิง HIV นี่เป็นเรื่องที่เราต้อง ศึกษาต่อภาพที่ทั่วโลกให้ไปตาย เราจะทำอย่างไรให้ลบ ตรงนี้ ซึ่งคิดว่าเป็นงานที่ทำหาย สำหรับผู้ที่ทำงาน ในชุมชน effective treatment ในชนบทเป็นอันหนึ่ง ที่สำคัญ ทุกวันนี้เราก็คงพบตรงนี้ เป็นภาพที่ทำให้ คิดว่าเป็นพื้นฐานที่เราต้องทำให้ได้ก่อนในแง่ของการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย ถ้าเราทำตรงนี้ได้จึงจะขึ้นไป เป็น stage of the arch อย่างที่ออสเตรเลีย เป็น ลักษณะพื้นฐานที่เราต้องทำให้ได้

การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตัวตาย : ประสบการณ์ของจังหวัดลำพูน

บุษบา อนุศักดิ์ *

จังหวัดลำพูนหรือนครทริภุณชัย เป็นจังหวัดเล็ก ๆ จังหวัดหนึ่งของภาคเหนือตอนบนที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนานถึง 1,400 ปี จังหวัดลำพูนประกอบด้วย 7 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ ประชากรส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนลำไย และกระเทียม ซึ่งเป็นสินค้าที่ทำรายได้ให้กับเกษตรกรในจังหวัดลำพูน ประชากรส่วนใหญ่จะเป็นคนพื้นเมืองพูดภาษาคำเมือง ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของคนลำพูน และจะมีประชากรอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนน้อยที่เป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง จะอาศัยอยู่เพียง 4 อำเภอเท่านั้น นอกจากอาชีพเกษตรกรรมแล้ว จังหวัดลำพูนยังมีความเจริญทางด้านเทคโนโลยีทันสมัยล้ำหน้า นั่นก็คือ การมีนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือจังหวัดลำพูน ซึ่งตั้งอยู่นอกเหนือลำพูน ซึ่งมีความเจริญด้านพาณิชย์ที่รวดเร็วและขยายตัวสูงมาก ประชากรวัยหนุ่มสาวจำนวนมาก จากจังหวัดใกล้เคียง และภาคอีสานจะมาทำงานกันที่นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ เมื่อวัยแรงงานเข้ามาทำงานกันมากขึ้น หอพัก แหล่งบันเทิง ร้านค้า ตลาด แหล่งบริการอื่นๆ ที่อำนวยความสะดวกก็เกิดขึ้นมากมาย ทำให้วิถีชีวิตส่วนหนึ่งของคนในพื้นที่และ

ใกล้เคียงเปลี่ยนแปลงไป จากความเจริญดังกล่าว ผู้สูงอายุหรือพ่ออุ้ยแม่อุ้ย ที่เคยมีลูกหลานอยู่ด้วย บางครอบครัวลูกก็ต้องมาขายอาหารในโรงงาน ส่วนหลานก็ต้องออกบ้านแต่เช้าเพื่อให้ทันกับการไปทำงานในโรงงาน อาหารเช้าที่เคยรับประทานด้วยกัน ต่างก็รีบเร่งได้เพียงขนมปัง กาแฟ ส่วนผู้สูงอายุก็จะนั่งรับประทานอาหารคนเดียวนี้เป็นเพียงวิถีชีวิตจริงส่วนหนึ่งของผู้คนจังหวัดลำพูนที่ต้องค่อย ๆ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ สำหรับทางด้านจิตใจก็มีคนจำนวนไม่น้อยที่ต้องเผชิญกับความเครียดกับการอยู่บ้านคนเดียว การมีหนี้สิน การไม่เข้าใจกันของคนในครอบครัว การทะเลาะกัน ลังเลล่าช้าเมื่อมีมากขึ้นจนหาทางออกไม่ได้ บางคนถึงกับตัดสินใจหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายในที่สุด

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดลำพูน สืบเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขเขต 1 ได้มอบหมายให้จังหวัดลำพูน เป็นจังหวัดแกนนำในด้านการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งจะต้องประสานงานการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไปพร้อม ๆ

* นักวิชาการสาธารณสุข 7 ๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

กับอีก 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงใหม่ ลำปาง พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน) ต่อมาในปีเดียวกัน กรมสุขภาพจิตโดยมีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลสวนปรุงได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลการฆ่าตัวตาย และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบ งานป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ในเขตภาคเหนือตอนบนอย่างเร่งด่วน และต่อเนื่องมาโดยตลอด หลังจากที่มีการประชุมในระดับจังหวัดแล้วจังหวัดลำพูนได้เริ่มศึกษาข้อมูลย้อนหลัง พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับที่สูงมากคือในอัตรา 37.87, 24.52, 22.31, และ 20.40 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2541-2545 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายไว้จะต้องไม่เกินอัตรา 7.7 ต่อแสนประชากร ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด จัดให้มีผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งในปีดังกล่าวเป็นปลายปี จึงต้องรีบดำเนินการวางแผนปฏิบัติการในเชิงกลยุทธ์ และทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ

ต่อมาในปี 2546 จังหวัดลำพูนได้มีการประชุมคณะทำงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้นในระดับเขต และระดับจังหวัดได้มีการทำ SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์ถึงจุดอ่อน จุดแข็ง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา และค้นหาโอกาสสิ่งที่จะเอื้อต่อการดำเนินงาน ซึ่งการ

วิเคราะห์ในภาพของจังหวัดทำให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล ได้เปิดใจยอมรับจุดอ่อนจุดแข็งของพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ จากนั้นคณะทำงานได้รับคำแนะนำจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน คือ นายแพทย์ชูชาติ พรหมมิตร ให้พัฒนาระบบข้อมูลการเก็บตัวเลขให้เหมือนกันทุกจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบนทั้งนี้สืบเนื่องจากข้อมูลของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จของแต่ละจังหวัดได้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลคนละแหล่ง โดยบางจังหวัดจะเก็บข้อมูลจากใบมรณบัตร บางจังหวัดเก็บจากโรงพยาบาล บางจังหวัดเก็บทั้ง 2 แหล่ง จึงทำให้อัตราการฆ่าตัวตาย ได้จากฐานข้อมูลที่ต่างกัน ดังนั้นในปี 2546 จึงเริ่มพัฒนาระบบข้อมูลให้ได้มาซึ่งแหล่งเดียวกัน คือให้แต่ละจังหวัดเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์ม รง.506 DS (กรมสุขภาพจิต) ที่มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย และเก็บข้อมูลจากใบ มบ.1 (กรมสุขภาพจิต) เพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิดพลาดจึงขอเก็บข้อมูลทั้ง 2 แหล่ง สำหรับในจังหวัดลำพูน ได้มีการประชุมชี้แจงและฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์ม รง.506 DS (กรมสุขภาพจิต) และใบ มบ.1 (มรณบัตรที่ปรับปรุงเพื่อการเก็บข้อมูล เฉพาะโครงการ: กรมสุขภาพจิต) ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยได้มีส่วนร่วมในการฝึกใช้จริงเพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกการใช้ระบบ รง. 506 DS. หลังจากนั้นได้มีการนำแบบรายงานการเก็บข้อมูลไปใช้จริง และได้มีการติดตามประเมินผลการใช้แบบฟอร์ม รง.506 DS.

และใบ มบ. 1 ซึ่งร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลมีความพอใจเป็นอย่างยิ่งที่แบบฟอร์มดังกล่าวได้ช่วยเป็นแนวทางในการซักประวัติและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างมีทิศทางที่ชัดเจน สำหรับใบ มบ.1 นั้น มีประโยชน์ในการค้นหาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่ว่าจะตายบริเวณพื้นที่ไหนก็ตาม ที่เจ้าหน้าที่สถานอนามัยรับรู้มาจาก อสม. ผู้นำชุมชน หรือชาวบ้าน เจ้าหน้าที่ก็จะนำข้อมูลสาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จ พร้อมชื่อ - สกุล อายุ ที่อยู่ วิธีการใช้ฆ่าตัวตายและสาเหตุ มาลงในแบบบันทึก มบ. 1 อย่างครอบคลุม ซึ่งบางครั้งการเก็บข้อมูลโดยใช้ รง.506 DS. และ มบ. 1 สามารถเก็บได้ครอบคลุมได้มากกว่าใบมรณบัตรที่ญาติผู้ตายไปแจ้งยังที่ว่ากรอำเภอซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุผลบางประการ ที่ทางญาติของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จต้องการปกป้องไว้ ดังนั้นในปี 2546 จังหวัดลำพูนจึงได้ข้อมูลที่มาจาก แหล่งที่เดียวกันและเหมือนกันทั้งจังหวัด

ในปี 2547 คณะทำงานโครงการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดลำพูนยังได้รับการสนับสนุน ในการพัฒนาบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 เชียงใหม่ ให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานตลอดเรื่อยมาและในปีนี้อเองที่ทางคณะทำงานโดยการนำของแพทย์หญิงอัจฉรา พองคำ หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลลำพูน และ

คุณเกษร กาญจนารัตน์ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเข้มข้นขึ้นประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมตระหนักและร่วมกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1.1 โครงการอบรมผู้นำชุมชนป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : กลุ่มเป้าหมายเป็น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแม่บ้าน ดำเนินการทุกอำเภอเพื่อให้อสม. และผู้นำชุมชนสามารถคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผลการดำเนินงานพบว่า อสม. สามารถค้นหา คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากถึงร้อยละ 85 ขึ้นไป ซึ่งได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรอง ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต และ อสม. บางคนก็จะใช้การสังเกตพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม และสามารถส่งต่อมายังสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเหมาะสม

1.2 โครงการสนับสนุน Learning center เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดลำพูน: กลุ่มเป้าหมาย เป็นพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ ที่มีใจรักที่ต้องการช่วยเหลือเพื่อนๆ พนักงานด้วยกัน ได้อาสาสมัครเข้ามาร่วมอบรมด้วยการเรียนรู้ทฤษฎี

สุขภาพจิตและฝึกปฏิบัติการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า อาสาสมัครในนิคมฯ สามารถเป็นที่ปรึกษาและคัดกรองเพื่อนๆ ในโรงงานฯ ได้ร้อยละ 75 ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานบางคน จะหมั่น เวียนทำงานกะกลางคืน ทำให้มีเวลาได้พูดคุย รับฟัง ปัญหาที่เพื่อน ๆ พนักงานมีอยู่ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ จะเป็นเรื่องความรักและการเงิน ซึ่งได้แก้ไข โดยการเขียนใส่กล่องรับฟังปัญหา หรือใช้โทรศัพท์ พูดคุยปัญหาเบื้องต้น และพนักงานที่ผ่านการอบรม สามารถส่งต่อเพื่อรับการรักษามายังโรงพยาบาล ทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาเครือข่าย สุขภาพจิตให้เข้มแข็ง ประกอบด้วย

2.1 โครงการสร้างเครือข่ายผู้นำ เยาวชน ในโรงเรียนด้วยใจประสานใจกลุ่มเป้าหมาย เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกอำเภอ โดยการอบรม นักเรียนที่เป็นแกนนำ โดยการนำโครงการดังกล่าว ผสมผสานหรือบูรณาการไปกับโครงการ To be Number One for Friend Corner ซึ่งได้มีนักเรียน เยาวชนจำนวนหนึ่ง ที่สามารถรับฟังปัญหา พูดคุย ปลอบใจเพื่อน ๆ ที่มีปัญหาได้และยังสามารถใช้แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าคัดกรองเพื่อน ๆ นักเรียน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงได้

2.2 โครงการอบรมนักจัดรายการ วิทยุ เพื่อเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การป้องกัน การฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมาย เป็นนักจัดรายการวิทยุใน จังหวัดลำพูน ซึ่งมี 4 สถานี โดยได้ขอความร่วมมือ

จากจังหวัดเครือข่าย คือ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ร่วมกับ 8 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน จัดอบรมนักจัดรายการ (ดีเจ) ทุกสถานี ให้มีความรู้ ด้านสุขภาพจิต และการใช้ประโยคคำพูดในการให้คำ ปรึกษาแก่ประชาชนที่โทรศัพท์เข้ามาในรายการของ นักจัดรายการ (ดีเจ) ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า นักจัดรายการส่วนใหญ่ได้สอดแทรกความรู้เรื่อง ซึมเศร้า และการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในรายการที่จัดได้อย่างเหมาะสม และนักจัดรายการ บางคนที่จัดรายการวิทยุ ช่วงกลางคืน ก็จะมีพนักงาน ในนิคมฯ โทรศัพท์มาขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ซึ่งนักจัดรายการวิทยุ ก็สามารถพูดคุย ให้ความรู้และ คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตได้

2.3 โครงการถวายเป็นความรู้การ ป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายเป็นพระสงฆ์ทุกวัด ในจังหวัดลำพูน ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า พระสงฆ์ ได้นำเอาความรู้ด้านพุทธธรรม เป็นแสงธรรมนำ ล่องชีวิตให้แก่ประชาชน ศรัทธาที่มาทำบุญที่วัดหรือ แม้แต่การจัดค่ายเยาวชนหรือมีการนิมนต์พระสงฆ์ ไปงานบุญต่าง ๆ พระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมก็จะ เทศนาธรรมร่วมด้วยไปกับการให้ความรู้การป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การปรับเปลี่ยน พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และระดับตำบล ที่ทางทีมคณะทำงานได้ปรับระบบ

ความคิดในการทำงานด้านการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายให้ใช้กลยุทธ์รุกเข้าไปหา กลุ่มเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้น ขึ้น แทนการคัดกรองผู้ป่วยทางจิตที่สถานือนามัย นอกจากนั้นยังมีการปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นยังมีโรงพยาบาลชุมชนที่ปรับการให้บริการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน และทุกโรงพยาบาลจะมีโครงการเยี่ยมบ้านเยี่ยมใจเพื่อนยามยาก เช่น เยี่ยมเจ้าของฟาร์มไก่ที่มีปัญหาเรื่องไขหวัดนก ซึ่งมีเจ้าของฟาร์มบางคนถึงกับอยู่ในภาวะที่ซึมเศร้ามากซึ่งมีความคิดจะฆ่าตัวตาย และทางทีมวิกฤตสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสวนปรุง และทีมจังหวัดลำพูนเข้าไปช่วยเหลือ จนกระทั่งปัจจุบันเจ้าของฟาร์มดังกล่าว สามารถปรับสภาพจิตให้พ้นจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นได้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนางานวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนร่วมกับทีมงานสุขภาพจิต ดำเนินการศึกษาเรื่อง อัตตลักษณ์ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนซึ่งทางทีมได้เข้าไปสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ในอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการทางมนุษยวิทยาและสังคมวิทยา จาก รศ.มนัส ยอดคำ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ทำให้สามารถมองปัญหาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น และ

ยังสามารถนำมากำหนดเป็นกิจกรรมเฉพาะพื้นที่เฉพาะอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการปีถัดไปนี้

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการมีดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัดระยะยาว

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน

7.1 ต่อแสนประชากร

2. อัตราการพยายามฆ่าตัวตายและ

ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 33.5 ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดระยะสั้น

1. สถานบริการมีกิจกรรมที่เน้นการ

พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตอย่างน้อย 2 กิจกรรม

ต่อพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2. มีการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย

จากชุมชนได้และเหมาะสม

3. มีการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

อย่างน้อยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั่วไปที่มาใช้บริการที่

PCU

4. มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ที่บ้านของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ร้อยละ 80

5. มีการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตายอย่างมีมาตรฐานใน รพท / รพช ครอบคลุม

100%

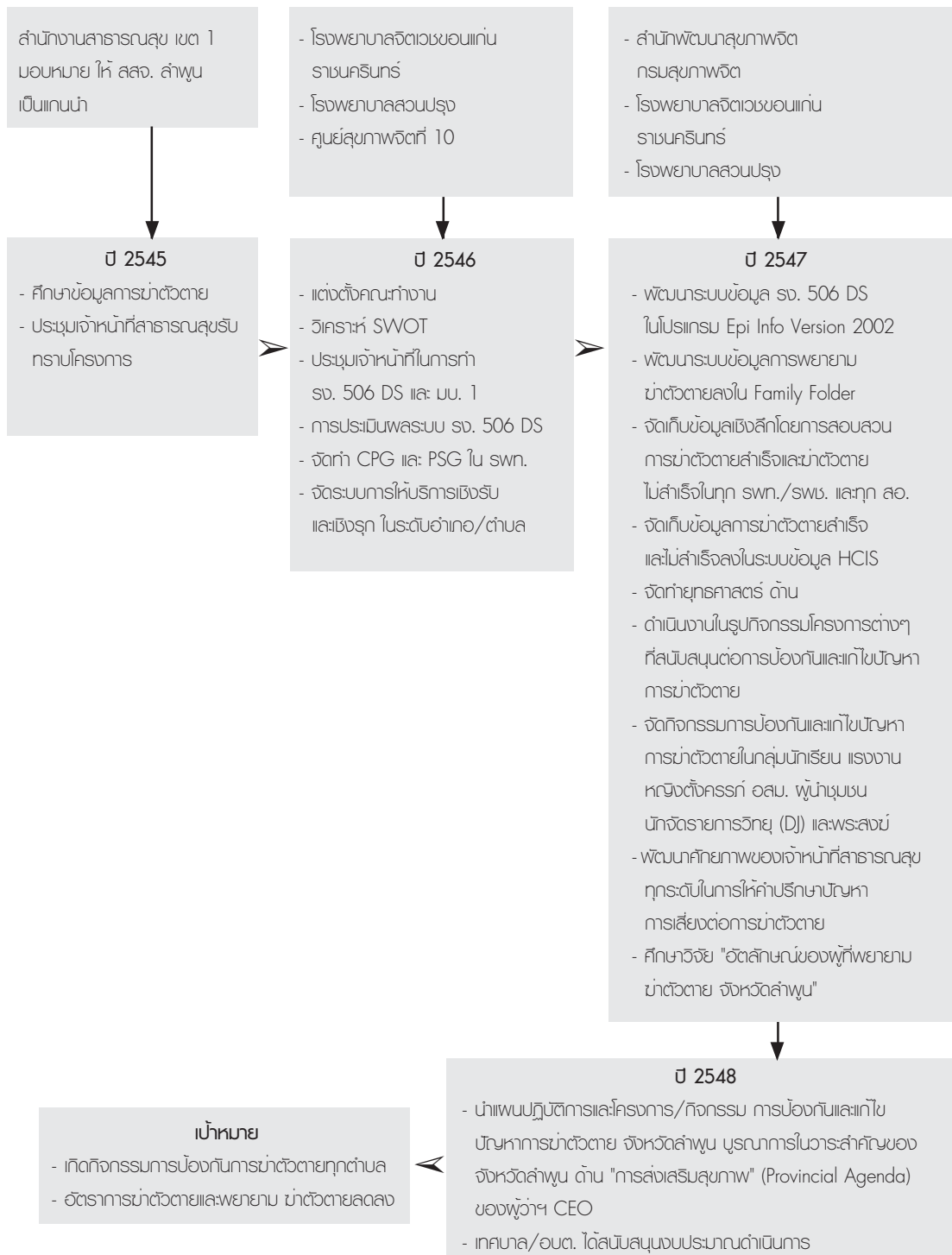
6. มีกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข ปัญหาในชุมชนโดยชุมชนในด้านการป้องกันการ ฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ชุมชน/สถานบริการ

ผลการดำเนินงานในช่วงปี 2546 - 2547 พบว่าในปี 2546 อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 23.08 ต่อแสนประชากร (94 ราย) และในปี 2547 อัตราการฆ่าตัวตายลดลงเหลือ 19.23 ต่อแสน ประชากร (79 ราย) และยังมีกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น จากผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เช่น การบิณฑบาตรความทุกข์ของพระสงฆ์ตำบลทากาศ อำเภอแม่ทา การสร้างเครือข่าย พระสงฆ์ในการ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ของวัดบ้านโห่งหลวง อำเภอบ้านโห่ง การให้คำปรึกษาโครงการเพื่อน ช่วยเพื่อน ของนักเรียนโรงเรียนส่วนบุญโญปถัมภ์ ลำพูน การเยี่ยมเพื่อนยามยากของชุมชนบ้าน สะปุ่นหลวง อำเภอป่าซาง การฝึกสมาธิจิตบำบัด ของคณะสงฆ์อำเภอบ้านธิ เป็นต้น นอกจากนี้ จังหวัดลำพูนยังสามารถพัฒนาจัดทำระบบฐานข้อมูล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายลงใน ฐานข้อมูล HCIS และ Family Folder ทุกрайครบ ทุกสถานีนอนามัย

ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดนี้ เป็น กระบวนการที่สามารถเข้าไปให้ถึงยังกลุ่มเป้าหมายได้ โดยอาศัยระบบความคิด ที่เป็นระบบนโยบายที่ ผู้บริหารเห็นความสำคัญการทำงานเป็นทีมทั้ง จังหวัดชุมชนเห็นความสำคัญและร่วมมือร่วมใจกัน ผลักดัน แก้ไขปัญหาในชุมชนโดยชุมชนเอง

ทั้งนี้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจะต้องทุ่มเทตั้งใจให้กับปัญหา ที่มีอยู่ จึงจะสามารถผลักดันแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ แม้ว่าจะใช้เวลาเป็นแรมปีก็ตาม และในปี 2548 จังหวัดลำพูนสามารถบูรณาการงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายลงในแผนปฏิบัติการของ ผู้ว่าราชการจังหวัด CEO ได้สำเร็จ โดยอาศัย ความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและ เทศบาลที่จะสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายของแต่ละอำเภอ แต่ละตำบล ซึ่งทาง จังหวัดลำพูนสามารถขยายความคิด กิจกรรม การเรียนรู้ไปสู่ภาคประชาชนและภาคีต่าง ๆ โดยมุ่ง ให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานอย่างเป็น บูรณาการดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1



สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และอาจารย์สุพิน พิมพ์เสน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งทั้ง 4 ท่านได้ให้ความกรุณาชี้แนะเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนทั้งกำลังใจ งบประมาณ และหลายสิ่งหลายอย่างที่ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทความพิเศษ

ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ:
บทบาทของพยาบาลชั้นสูง ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ กุ๋งปันคำ

ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ประสงค์ในการอภิปราย เปรียบเทียบประสบการณ์การทำหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช ที่ได้ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิกับบทบาทของพยาบาลชั้นสูง ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ทางสภาการพยาบาลไทยได้กำหนดไว้ ทั้งนี้ได้อภิปรายถึง ประวัติการพัฒนามาบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ หรือพยาบาลชั้นสูง (Advanced Practice Nurse) ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง ตลอดจนทักษะที่จำเป็นโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีความชัดเจนในบทบาท และมีทักษะในการช่วยเหลือ เพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ สึนามิ พยาบาลจิตเวชชั้นสูง บทบาทผู้ชำนาญการเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชั้นสูง

Abstract

The purpose of this article is to discuss the role of advanced psychiatric nurse when volunteer helping those survivors of Tsunami comparable to the role of advanced psychiatric nurse lay out by the Thai Nurse Council. The historical perspectives of psychiatric advanced role development, the boundaries, distinctive skills as well as role functioning are addressed. Advanced psychiatric nurse should understand clearly about their role functioning and be competent of therapeutic skills in order to help individuals who suffered from mental illness and their families effectively.

Keyword: Tsunami, advanced psychiatric nurse, role of advanced psychiatric nurse

บทนำ

กระแสคลื่นของพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) นับว่าเป็นกระแสที่มาจากแรงในวิชาชีพการพยาบาลไม่แพ้ กระแสคลื่นจากสื่อนามิ โดยกระแสคลื่น APN ครั้งนี้ได้สร้างความไม่เข้าใจความสับสน การต่อต้าน ตลอดจนความเครียดให้พี่น้องชาวพยาบาลเรา ไม่มากก็น้อย ไม่ต่างกับคลื่นสื่อนามิที่ได้ถาโถมพื้นที่ 6 จังหวัดภาคใต้ของไทย ได้แก่ จังหวัดระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง และสตูล ในวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ที่ได้สร้างความเสียหายทางทรัพย์สิน และคร่าชีวิตผู้คนเป็นจำนวนหลักพัน นำมาซึ่งปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญปัญหาทางด้านจิตใจให้แก่ ผู้รอดชีวิต และผู้ที่อยู่เบื้องหลังเป็นจำนวนมาก เป็นปัญหาที่ประเทศชาติได้ให้การช่วยเหลือมาอย่างต่อเนื่อง นับจากวันแรก ที่เกิดอุบัติภัยจนถึงปัจจุบัน การเกิดอุบัติภัยครั้งนี้ นับว่าเป็นจุดสำคัญในการที่จะสะท้อนภาพให้ประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนองค์ความรู้ต่างๆ และที่สำคัญบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ซึ่งหนึ่งในนั้นคงไม่พ้นบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งวิชาชีพพยาบาล นับว่าเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หย่อนไปกว่าวิชาชีพอื่นในการเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบอุบัติภัยครั้งนี้ แล้วพยาบาลเราพร้อมหรือไม่

คำถามข้างต้นทำให้ผู้เขียนได้ระลึกย้อนกลับไปในช่วงวันที่ 1-5 มกราคม 2548 ที่ตนและเพื่อนร่วมงานอีกหนึ่ง ท่านได้เป็นอาสาสมัครร่วมกับทีมจากศูนย์ช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติทางจิตใจ (Mental Crisis Center: MCC) ของ โรงพยาบาลสวนปรุง เดินทางไปโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางประสานงานให้กับกรมสุขภาพจิต ในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ พื้นฟูจิตใจให้กับผู้รอด ชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นสื่อนามิครั้งนี้ โดยทางทีมงานประกอบไปด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ เภสัชกร จากการประชุมใหญ่ในทีมงานหลายๆ ทีม ที่มาจากโรงพยาบาล และสถาบันการศึกษาหลายๆ ที่ ร่วมกับอธิบดี และรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้มีการแบ่งพื้นที่การปฏิบัติงานตามพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ (affected area) ดังนี้ จังหวัดกระบี่ (ลงพื้นที่โดยทีม MCC โรงพยาบาลสวนสราญรมย์) จังหวัดพังงา (ลงพื้นที่โดยทีม MCC โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น) จังหวัดภูเก็ต (ลงพื้นที่โดยทีม MCC โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์) ในส่วนพื้นที่จังหวัดระนอง รับผิดชอบโดยศูนย์สุขภาพจิต เขต 11 และพื้นที่จังหวัด สตูล รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ ซึ่งในส่วนที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นศูนย์

ประสานงานซึ่งได้แก่ พื้นที่จังหวัด กระบี่ พังงา และ ภูเก็ต แต่ละพื้นที่ต้องรายงานการทำงานไม่ว่าจะเป็น จำนวนผู้ประสบภัยที่ให้การช่วยเหลือ ปัญหาทางด้าน จิตใจที่พบ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆมาทางศูนย์ MCC ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ทุกวัน เพื่อจะ ได้รวบรวมข้อมูลได้รวดเร็ว และไม่ซ้ำซ้อน เพื่อทาง กรมสุขภาพจิต จะได้รายงานให้กับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องได้รับทราบต่อไป ทีมเรา (พื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดภูเก็ต) ได้เริ่มทำงานกันตั้งแต่เช้า จนกระทั่ง 16.00 นาฬิกาในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีทีม บุคลากรทางสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เป็นผู้ ประสานงานนำเราลงพื้นที่ หลังจากนั้นทางทีมได้มา ประชุมร่วมกันเพื่อสรุปการปฏิบัติงานการช่วยเหลือ พื้นฟูทางจิตใจ (ในแต่ละพื้นที่ได้แบ่งออกเป็นกลุ่ม ย่อยอีก เพื่อจะได้กระจายการช่วยเหลือให้ครอบคลุม ประชากรให้มากที่สุด) เพื่อให้ตัวแทนรายงานไปยัง ศูนย์ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์และนำผลการ ปฏิบัติงานไปประชุมในทุกๆเช้าร่วมกับทีมอื่นที่มาจาก หน่วยงานต่างๆ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุม โรคติดต่อโดยมีโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นศูนย์กลาง ประสานงานและเอื้อเฟื้อสถานที่ ซึ่งการประชุมย่อย จะเสร็จประมาณ 20.00 น. เกือบทุกวัน

การทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นตลอดจน วิชาชีพพยาบาลกันเอง ทำให้ผู้เขียนตระหนักมากขึ้น ถึงความสำคัญของความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะความเชี่ยวชาญทางคลินิกซึ่งแต่ละวิชาชีพ ในทีมจะต้องมี เพื่อให้การช่วยเหลือครั้งนี้มี

ประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการทำงานค่อนข้าง ที่จะอิสระ บางครั้งก็โกลาหล ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญสูง โดยเฉพาะการพยาบาลเวช ปฏิบัติซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์นี้มาก พบว่า ผู้ประสบภัยต้องการการพยาบาลทั้งทางกาย และ ทางจิต, ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษา เบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า สมาชิกทีม ส่วนใหญ่วิชาชีพพยาบาลจะเป็นวิชาชีพที่มีจำนวน มากกว่าวิชาชีพอื่นซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั่วไป (Registered Nurse: RN หรือ General Practice Nurse: GN) ทำให้ผู้เขียนได้ข้อคิด สะท้อนกลับไปถึงการพยาบาลขั้นสูงที่ทางสภา การพยาบาลไทยเราได้เล็งเห็นความสำคัญ และ กำลังอยู่ในช่วงของการดำเนินการผลิตพยาบาลผู้ที่มี ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา โดยอาศัยความ ร่วมมือจากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ทั่วประเทศ ดังนั้นเหตุการณ์คลื่นสึนามิครั้งนี้ นับว่า เป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการ ที่ประเทศไทยเราควรมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ สาขา หรือพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) เป็นอย่างยิ่ง ในบทความนี้ผู้เขียนจะ ขอมุ่งเน้นเฉพาะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยจะกล่าวถึง ประวัติความเป็นมา ขอบเขตและทักษะที่จำเป็นที่ แตกต่างออกไปจากพยาบาลจิตเวชทั่วไป ตลอดจน ประเด็นและแนวโน้มของบทบาทนี้ในประเทศไทย

โดยจะใช้สถานการณ์การปฏิบัติกรช่วยเหลือ
ผู้ประสบอุบัติเหตุจากคลื่นสึนามิเป็นกรณีตัวอย่าง

ประวัติความเป็นมาของการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

เป็นที่น่ายินดีที่พบว่าการพัฒนา
บทบาทการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชนับเป็นสาขาแรกที่มีขึ้นใน
ประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1955 หลักสูตรนี้
ได้รับการพัฒนาจาก ดร. เฟลปพลาว ผู้ที่ได้รับการ
ยอมรับว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวช
โดยในช่วงเริ่มต้นท่านได้พัฒนาหลักสูตรเพื่อผลิต
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านจิตเวช (psychi-
atric Clinical Nurse Specialist: CNS)
เพื่อให้มีความรู้ความชำนาญทางด้านการบำบัด
(therapy) เพื่อให้การพยาบาลทางคลินิกแก่ผู้ป่วย
จิตเวช ที่มีอาการซับซ้อน หลักสูตรมุ่งเน้นที่การเรียน
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ทักษะการ
สัมภาษณ์ทางจิตเวช การประมวลจิตพลวัต การทำ
กลุ่มบำบัด และการตรวจด้านร่างกาย โดยพยาบาลที่
ผลิตออกมานั้นจะให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ
ซับซ้อนในโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นที่ปรึกษา
(consultant) ให้กับพยาบาลอื่นๆ และทีมงานสุขภาพ
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามจากปัญหาการ
มีจำนวนแพทย์ที่จำกัดและความต้องการลดค่าใช้จ่าย
ในการรักษาในเวลาต่อมาจึงได้มีการพัฒนาหลักสูตร

พยาบาลเวชปฏิบัติด้านจิตเวชขั้น (Psychiatric nurse
practitioner:NP) เพื่อผลิตพยาบาลที่มีความสามารถ
ในการให้การดูแลรักษาเบื้องต้น (primary care)
โดยหลักสูตรนี้ได้เพิ่มกระบวนการวิชาจิตเภสัชวิทยา
(psychopharmacology) การตรวจร่างกาย และ
การตรวจรักษาเบื้องต้น โดยพยาบาลที่จบหลักสูตร
CNS จะทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และ
ตติยภูมิ ส่วนพยาบาลที่จบหลักสูตร NP จะทำงาน
ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ การที่มีพยาบาลจิตเวช
ขั้นสูงที่จบมาจาก 2 หลักสูตรนี้ได้สร้างความสับสน
ในบทบาทให้แก่พยาบาลกันเอง ตลอดจนความ
ขัดแย้งโดยเฉพาะค่าตอบแทนที่มีความเหลื่อมล้ำกัน
แม้ว่าจะเป็นพยาบาลขั้นสูงเหมือนกัน จึงเป็นที่มา
ในการถกเถียง อภิปรายกันอย่างกว้างขวางในการ
ที่จะรวม CNS กับ NP เข้าด้วยกันเป็นบทบาทเดียว
(blended role)^(1,2) ดังนั้น จึงมีการปรับหลักสูตร
ให้ครอบคลุมทั้งบทบาท CNS และ NP โดย
มหาบัณฑิต ที่จบมาสามารถเลือกทำงานไม่ว่าจะเป็น
ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และ
ในส่วนของปฐมภูมิได้ด้วยอย่างหลักสูตรที่พยายาม
เตรียมพยาบาลจิตเวชให้มีสมรรถนะครบทั้งสอง
บทบาท คือสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มี
อาการซับซ้อน ตลอดจนให้การดูแลรักษาเบื้องต้น
(primary care) ได้แก่หลักสูตร Psychiatric - Adult
Nurse Practitioner ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย
เมืองซานฟรานซิสโก (University of California, San
Francisco) และที่มหาวิทยาลัยวอชิงตัน

เมืองซีแอตเทิล (University of Washington at Seattle) เป็นต้น ในขณะที่มหาวิทยาลัยบางแห่ง หลักสูตรจะมุ่งเน้นเฉพาะบทบาท CNS เท่านั้น

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 สภาการพยาบาลได้มีมติกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 2 ระดับ คือ การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General Nursing Practice: G.N.) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN)⁽³⁾ หลังจากนั้นทางสภาการพยาบาลได้ออกประกาศฯ ในปี พ.ศ. 2545 เกี่ยวกับหลักสูตรฯ และการสอบวุฒิปัตถ์ของพยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา ประกอบด้วย 5 สาขาด้วยกัน ได้แก่ สาขา การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาการพยาบาลชุมชน สาขาการพยาบาล แม่และเด็ก และสาขาการพยาบาลผดุงครรภ์ โดยทางสภาการพยาบาลได้กำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครสอบขอรับวุฒิปัตถ์ และได้ดำเนินการสอบปีแรก ในปี พ.ศ. 2545 และ รุ่นที่ 2 ในปีพ.ศ. 2547 สำหรับ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง พบว่า ปัจจุบันมีพยาบาลผู้มีคุณสมบัติและผ่านการสอบเพื่อขอรับวุฒิปัตถ์ฯ ดังกล่าวทั่วประเทศทั้งหมด 17 คน รุ่นแรก 12 คน รุ่นที่ 2 มีทั้งหมด 5 คน ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีเพียง 2 คนที่เป็นอาจารย์พยาบาลจิตเวช ที่ทำงานในมหาวิทยาลัย โดยในระยะเริ่มแรก สภาการพยาบาลได้มุ่งเน้นบทบาท

การเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) มากกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) แต่ถึงเวลาแล้วหรือยังที่เมืองไทยเราควรเตรียมพยาบาลจิตเวชที่สามารถให้การพยาบาลเวชปฏิบัติ และให้การพยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการซับซ้อนได้ในขณะเดียวกัน

ประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ: ขอบเขต และทักษะที่จำเป็นในการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

จากประสบการณ์การให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ สิ่งที่ได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ คือ การให้การพยาบาลเวชปฏิบัติควบคู่ไปกับการให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา (หรือการให้การพยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก นั่นเอง) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ประสบภัยฯ ยังอยู่ในระยะของอาการเครียดอย่างเฉียบพลัน (acute stress) ดังนั้นการรักษาเบื้องต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ประสบภัยส่วนใหญ่จะมีอาการใจสั่น ตกใจง่ายหรือผวาเมื่อได้ยินเสียงคลื่น หรือเสียงลมพัดใบไม้ที่ดังมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ยังเห็นภาพการช้ดของคลื่น และความโกลาหลอยู่ในความทรงจำตลอด บางรายไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรกับชีวิตต่อไปเนื่องจากบ้านเรือนทรัพย์สิน ได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายหรือ

สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รักได้หายไป พร้อมกลับคลืนสิ้นนามิ ชุมชนบางชุมชนได้อพยพไปอยู่ในที่สูง เกือบหนึ่งอาทิตย์ แล้วจึงกลับมาอยู่ที่บ้านเดิม เช่น ชุมชน ลิเหะ (ซึ่งเป็นชุมชนที่มีภูมิปัญญาชาวบ้าน บอกเล่าสืบต่อกันมาหลายชั่วอายุคนถึงรุ่นลูกรุ่นหลาน ว่าหากทะเลเหือดให้รีบอพยพไปอยู่ในที่สูง ซึ่งปรากฏว่าชุมชนนี้ไม่มีผู้ใดเสียชีวิตเลย และเป็นชุมชนที่ชนทรัพย์สิน และข้าวของเครื่องใช้ติดตัวมายังสถานอพยพได้มากที่สุด โดยบางราย เล่าว่าถ้ายกบ้านมาได้ก็คงยกมาแล้ว) ดังนั้นทีม MCC ต้องเข้าไปเยี่ยมเยียนในสถานอพยพที่เป็นจุดที่สูงที่สุดในละแวกนั้น แต่ในบางชุมชนก็เข้าไปเยี่ยมที่บ้าน (เราได้แบ่งการปฏิบัติงานออกเป็น 3 กลุ่มย่อย โดย 2 กลุ่มแรกออกพื้นที่ในชุมชน อีกกลุ่มหนึ่งตั้งรับอยู่บริเวณศาลากลางจังหวัดภูเก็ต) การรับฟังความรู้สึก ตลอดจนการประคับประคองจิตใจ การให้ยาสามัญประจำบ้าน สำหรับอาการทางกาย และยาทางจิตเวช โดยเฉพาะในกลุ่มของยาคลายความวิตกกังวล หรือยานอนหลับ และการให้การปรึกษาเป็นการช่วยเหลือหลักที่ให้เกือบทุกรายกรณีมีบางรายเท่านั้นที่มีอาการทางกายเด่นชัด เช่น ปวดแน่นท้อง ท้องร่วง และการมีผลลอกจากการวิงหนีคลืน ซึ่งทางทีมได้ให้การช่วยเหลือและทำแผลให้ ตามปัญหาที่พบ จะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ครอบคลุมทั้งบทบาทของ CNS และ NP

ขอบเขตของการปฏิบัติงานระหว่างวิชาชีพพยาบาลด้วยกัน การปฏิบัติงานได้แบ่งเรา

ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยปริยาย โดยกลุ่มที่ค่อนข้างจะมีความรู้ความชำนาญสูงสามารถทำการประเมินปัญหา และให้การรักษาเบื้องต้น พร้อมกับการให้การบำบัดทางจิต (therapy) ไปด้วย ส่วนพยาบาลจิตเวชทั่วไปได้ให้การช่วยเหลือ หรือให้การบำบัด (therapy) ทางจิตใจ มากกว่า อย่างไรก็ตามการให้ยาทางจิตเวทยังอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์อยู่ เนื่องมาจากขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชยังไม่มีกฎหมายรองรับในการให้การรักษาเบื้องต้นซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เขียนมีข้อโต้แย้งอยู่ในใจเสมอมาเกี่ยวกับการผลิตพยาบาลจิตเวชขั้นสูงเพื่อรองรับทั้งบทบาท CNS และ NP ซึ่งโดยความคิดเห็นส่วนตัวเห็นว่า ทางสถาบันการศึกษาควรมีหลักสูตรที่สามารถเตรียมความพร้อมของพยาบาลทั้ง 2 บทบาท โดยพยาบาลที่จบไปสามารถที่จะเลือกทำงานได้ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการในระดับใด หรือไม่ว่าจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (CNS) หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ (NP) ดังนั้น สถานที่การปฏิบัติงาน (setting) ควรจะเป็นตัวกำหนดบทบาทมากกว่าหลักสูตร หลักสูตรควรเป็นหลักสูตรรวมที่เตรียมองค์ความรู้ให้ครอบคลุม เพื่อผลิตพยาบาลขั้นสูงที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในสถานที่ใดก็ได้ ซึ่งความคิดเห็นนี้ค่อนข้างที่จะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับที่สภาการพยาบาลต้องการ เนื่องมาจากสภาการพยาบาลต้องการให้แต่ละหลักสูตร มุ่งเน้นเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่าง CNS หรือ NP โดยในส่วน

ของการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชั้นสูงทาง
สภาการพยาบาลไทยต้องการให้มุ่งเน้นไปในบทบาทของ
CNS มากกว่า ซึ่งจากประสบการณ์การให้การ
ช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยจากคลื่นสึนามิครั้งนี้ ทำให้
ผู้เขียนมั่นใจมากขึ้น ต่อความคิดเห็นส่วนตัว ว่าเรา
ควรเตรียมพยาบาลจิตเวชชั้นสูงทั้ง 2 บทบาท
มากกว่ามุ่งเน้นที่บทบาทใดบทบาทหนึ่ง

จากขอบเขตการปฏิบัติงานของ APN
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชที่สภา
การพยาบาลได้ร่างไว้⁽⁴⁾ ผู้ประกอบวิชาชีพ
การพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ได้รับ
วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ
วิชาชีพพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช มีขอบเขตของการปฏิบัติ งานดังต่อไปนี้

1. บูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแล
การบำบัดรักษาโรค ประสบการณ์การตอบสนอง
ของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน เพื่อประเมิน
วินิจฉัย ให้การบำบัด และประเมินผลลัพธ์ทาง
การพยาบาลแบบองค์รวม ตลอดจนลดและป้องกัน
การเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากการเจ็บป่วยและผล
กระทบ ทางกาย จิต สังคม ของบุคคล ครอบครัว
และชุมชน

1.1 ประเมินภาวะสุขภาพ และคัด
กรองผู้ที่มีปัญหาทางจิตและจิตเวช ทั้งในสถาน
พยาบาล และชุมชนเพื่อการวางแผน และการจัดการ
ทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพทั้งใน
ระยะเริ่มต้น และระยะยาว

1.2 ตัดสินใจทางคลินิกในการจัด
ระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ
ในแต่ละกลุ่มปัญหา

1.3 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการบำบัดทางจิตใน
ปัญหาที่ซับซ้อน จนครบกระบวนการ

1.4 สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดำรง
ชีวิตประจำวัน

1.5 สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วย
ได้รับยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องและจัดการเกี่ยวกับ
อาการที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้อย่างทัน
ต่อเหตุการณ์

1.6 เลือกรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อม
เพื่อการบำบัดให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม
ปัญหา

1.7 ทำการบำบัดทางจิตด้วยเทคนิค
การให้คำปรึกษา และเทคนิคจิตบำบัดเป็นรายบุคคล
ตามรูปแบบที่ได้เลือกสรร

1.8 ทำกลุ่มจิตบำบัด และครอบครัว
บำบัดตามรูปแบบที่เลือกสรร

1.9 ประเมิน และเตรียมความพร้อม
ของผู้รับบริการ และครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิต
ในชุมชนอย่างเป็นสุข

2. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมี
ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3. ริเริ่มจัดทำกรปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ พร้อมทั้งดำเนินการและประเมินผลโดยบูรณาการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและ คุ่มค่าใช้จ่าย

4. เป็นผู้นำ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการ พยาบาล ในกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญให้ได้คุณภาพและ คุ่มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทาง สุขภาพจิต ในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำ

5. เป็นผู้นำในการพัฒนานวัตกรรม และระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในสถานพยาบาล และกับเครือข่ายใน ระดับปฐมภูมิ

จะเห็นว่าจากขอบเขตการปฏิบัติงานที่ สภากาพยาบาลร่างไว้ นั้น ในบางข้อจัดว่าเป็น ขอบเขตของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช หรือ พยาบาลทั่วไปเช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น ขอบเขตในข้อ 1.4 1.9 ย่อย และข้อ 2 ใหญ่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพยาบาลชั้นสูงต้องให้การพยาบาล ได้ครอบคลุมในทั้งระดับพื้นฐาน และระดับที่ซับซ้อน ที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น

ในส่วนของทักษะที่เฉพาะและที่สำคัญ สำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงที่ถูก มองข้าม และเห็นว่าเป็นทักษะพื้นฐาน คือทักษะ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด(thera-

peutic communication) จะเห็นว่าการให้การ บำบัดทางจิตใจ (psychotherapy)จะประสบ ผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ลีลา หรือ ทักษะการสื่อสารของผู้บำบัด ในการที่จะเอื้อให้ผู้มี ปัญหาทางด้านจิตใจได้เรียนรู้ปัญหาของตน และเห็น แนวทางในการแก้ไขด้วยตนเอง บ่อยครั้งที่พยาบาล จิตเวชจะถูกมองว่าไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากนัก ส่วนใหญ่จะนั่งพูดคุยกับ ผู้ป่วยเท่านั้นซึ่งเป็นการมองจากผู้ร่วมงานภายนอก ที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจในการบำบัด ตรงนี้ และการที่ไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดนั่นเอง นอกจากนี้ทักษะ การตรวจร่างกาย และการตรวจสุขภาพจิตเป็นอีก ทักษะหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชชั้นสูงควรมี เพื่อ ประโยชน์ในการให้การบำบัดรักษาเบื้องต้น ตลอดจน ทักษะในการทำการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด นอกจากนี้พยาบาลจิตเวช ควรมีสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะด้วยกัน ได้แก่⁽⁵⁾

1. สมรรถนะในการให้การพยาบาล อย่างเชี่ยวชาญทางคลินิก (expert clinical practice)
2. สมรรถนะในการสอนแนะนำ และ สอนกำกับ (coaching and guidance)
3. สมรรถนะในการให้การปรึกษา (consultation)

4. สมรรถนะในการทำวิจัย หรือนำผลงาน วิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก (research conduction and research utilization)

5. สมรรถนะในการบริหารจัดการผู้ป่วยรายกรณี (management)

6. สมรรถนะในการประสานงานร่วมคิด ร่วมทำ (collaboration)

7. สมรรถนะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางคลินิก (ethical-decision making)

8. สมรรถนะในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change-agent)

9. สมรรถนะในการสร้างนวัตกรรมในการดูแล (innovation)

10. สมรรถนะในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล หรือในการดูแล (quality assurance)

ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรจึงต้องใช้ทักษะที่จำเป็น และสมรรถนะหลักเหล่านี้เป็นฐานในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนเพื่อจะได้เตรียมพยาบาลให้มีคุณสมบัติตามที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ และเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ประเด็นและแนวโน้มของบทบาทพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

เนื่องจากยุคนี้เป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านทุกอย่างอยู่ในระยะเริ่มต้น ดังนั้นประเด็นสำคัญ ที่พยาบาล APN จิตเวชควรคำนึงถึงได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ ความเชี่ยวชาญที่มีมากกว่าพยาบาลทั่วไป เพื่อนำไปสู่การยอมรับไม่ว่าจะเป็นภายในวิชาชีพเดียวกัน และต่างวิชาชีพที่อยู่ในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชชั้นสูงที่สอบผ่าน และได้วุฒิปริญญา ทั้ง 17 ท่าน ต้องคำนึงถึงภารกิจในส่วนนี้ หากการปฏิบัติการกิจบรรลุเป้าหมาย การขยายขอบเขตการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมในส่วนของการรักษาเบื้องต้น ก็คงเป็นอนาคตที่อยู่ไม่ไกลเท่าไร ซึ่งจากวิวัฒนาการการพัฒนาบทบาทการพยาบาลจิตเวชชั้นสูงในประเทศอเมริกา และจากประสบการณ์ส่วนตัวที่เป็นหนึ่งในพยาบาล APN จิตเวชที่ทำงานกับทีมสุขภาพในประเทศ พบว่าแนวโน้มด้านการแสดงบทบาทอิสระของพยาบาล โดยเฉพาะการให้การบำบัด (therapy) ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะจิตแพทย์เป็นอย่างดี ดังนั้นการก้าวไปข้างหน้าของบทบาทการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช ในประเทศไทย คงราบรื่น ไม่แพ้การก้าวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้การศึกษาติดตามการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงเป็นประเด็นที่ต้องกระทำ

เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงหลักสูตร ตลอดจน
การเตรียมการเพื่อพัฒนาบทบาทพยาบาลชั้นสูง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chafetz, L., Collins-Bride, G., Lego, S. (1998).
**Merging the CNS and NP roles in
advanced practice Psychiatric
nursing: Pro and con.** in Burgess,
W. A. (editor), (1998). *Advanced
Practice Psychiatric Nursing*. Appleton
& Lange, Stamford, Connecticut.
2. Paisley, M.L. (1998). Clarity and parity:
Understanding the roles of the advanced
practice psychiatric nurse. **Online
Journal of Issues in Nursing.**
Available [http://www.nursingworld.
org/ojin/tpc1_8.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/tpc1_8.htm).
3. สมจิต หนูเจริญกุล (2547). "บทบาทและสมรรถนะ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง" สรุปร
โดย ชญานิน บุญพงษ์มณี บุษกร พันเมธาฤทธิ
อนงค์ ประธานธันวรกิจ ในการบรรยายใน
การประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์
เรื่อง บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติ
การพยาบาลชั้นสูง วันที่ 20 ธันวาคม 2546
ณ ห้องทองจันทร์ หงส์ลาดารมภ์ อาคาร
- เรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. **วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์ 24(1), 45-52.**
4. สภาการพยาบาล (2545). **ขอบเขตการปฏิบัติ
งานของ APN และมาตรฐานบริการ
พยาบาลและผดุงครรภ์.** รวบรวมโดยคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนของคณะฯ.
เชียงใหม่
5. ฝ่ายวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่ง
ประเทศไทย (2543). **สรุปการประชุมวิชาการ
สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เรื่อง
การปฏิรูประบบบริการการพยาบาล: ทิศทาง
การพยาบาลสุขภาพจิต. วารสารการ
พยาบาล จิตเวช และสุขภาพจิต 14(2),
1-11.**

ปกิณกะ

ละครโทรทัศน์ช่วยบำบัดจิตใจ

วศิวพงศ์ ภาวะพงศ์ *

มิสขาบาร่า ได้รับบทให้เล่นเป็นนางเอกละครของนายแพทย์โมริโน แห่งกรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ขาบาร่าเล่นบทบาทนางเอกที่เรียวร้อยและเก็บกดมาโดยตลอด อยู่มาวันหนึ่ง นายแพทย์โมริโนผู้กำกับละครก็เปลี่ยนให้ขาบาร่าไปเล่นบทร้าย ขาบาร่าไม่ปฏิเสธ หลังละครจบฉากลงผู้ชมทั้งโรงละครต่างพร้อมใจกันยืนขึ้นและปรบมือให้ขาบาร่าด้วยเสียงปรบมือที่กึกก้องและยาวนาน และนั่นคือความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ของทั้งผู้กำกับและตัวขาบาร่าเอง หลังจากครั้งนั้นขาบาร่าก็เริ่มเปลี่ยนบทบาทจากนางเอกมาเล่นเป็นนางร้ายซึ่งเธอสามารถเล่นได้สมจริงอย่างน่าอัศจรรย์ใจสามีของขาบาร่าเล่าให้นายแพทย์โมริโนฟังว่า ตั้งแต่ขาบาร่าเล่นละครเป็นนางร้าย พฤติกรรมในชีวิตจริงของเธอเมื่ออยู่กับครอบครัวเปลี่ยนไป ขาบาร่ากลายเป็นผู้หญิงที่สุขุมเยือกเย็น ไม่ก้าวร้าว มีเหตุผล ซึ่งตรงกันข้ามกับขาบาร่าในอดีตที่สามีแทบจะทนความแข็งกร้าวของเธอไม่ไหว นายแพทย์โมริโนเริ่มตั้งข้อสังเกตว่าบทละครที่ขาบาร่าเล่นมีความสัมพันธ์กับ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเธอจริงหรือไม่อย่างไร นั่นคือจุดเริ่มต้นของการทำละครจิตบำบัด (psychodrama) ที่นำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตครั้งแรกในโลก

เมื่อหลายปีก่อนผู้เขียนเคยทำงานเป็นหัวหน้าโครงการรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยละครจิตบำบัด (psychodrama) ใช้เวลาศึกษา 2 ปี หลังเสร็จสิ้นโครงการจึงนำหลักการของละครจิตบำบัดมาพิจารณาปรากฏการณ์ละครโทรทัศน์กับสังคมไทย ก็พบว่าปรากฏการณ์ที่สื่อสารมวลชนโดยรวม นำเสนอเกี่ยวกับละครโทรทัศน์มีการทำงานคล้ายๆ กับขั้นตอนของละครจิตบำบัดอยู่สามขั้นตอนคือ 1. warming (ขั้นเตรียมตัว) 2. acting (ขั้นการแสดงจริง) 3. sharing (ขั้นแบ่งปัน) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้⁽¹⁾

1. ขั้นเตรียมตัว (warming) ขั้นนี้เป็นการเตรียมพร้อมที่สื่อมวลชนเริ่มนำเสนอ แก่สาธารณชนทั่วประเทศว่าจะมีละครเรื่องอะไร ใครร่วมแสดงบ้าง คำโครงเรื่องจะเป็นอย่างไร

* ปรกาศนิยบัตรวิชาการศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์และการพยาบาลจิตเวช คณะ (อุษศึกษา), นศ.บ (การประชาสัมพันธ์), อร.บ (การตลาด), ศศ.บ (นิติศาสตร์), หัวหน้าฝ่ายศึกษาระดับปริญญาตรี โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย

เบื้องหลังของเรื่องมาจากไหนอย่างไรทั้งการนำเสนอ โดยสื่อวิทยุ วิทยุโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร เพื่อความบันเทิงต่างๆ นำเสนอเป็นระยะๆ ต่างแง่ ต่างมุมกัน ชั้นนี้เป็นการเตรียมผู้ชมทั้งสังคมเพื่อจะได้ เข้าร่วมชมละครด้วยกันคล้ายๆ ขั้นตอนแรกของ ละครจิตบำบัดซึ่งมีการเตรียมผู้ช่วยและทีมงาน ด้านสุขภาพจิตที่จะเข้าร่วมทั้งเป็นผู้แสดงและผู้ชม นั้นเอง

2. ชั้นแสดง (acting) ชั้นแสดงเป็น ขั้นตอนที่วิทยุโทรทัศน์เริ่มนำเสนอละครถ่ายทอด ออกอากาศเป็นตอนๆ อาจจะ อาทิตย์ละ 2 วัน หรือ 3 วัน หรือทุกวันโดยกำหนดเวลาที่แน่นอน ชั้นนี้ผู้ชม ทั่วประเทศมีส่วนร่วมทางอารมณ์และความรู้สึก เช่น เมื่อถึงบทเศร้าโศกผู้ชมอาจร้องไห้ บทตลกผู้ชมอาจ หัวเราะ เมื่อมีการตบตีกันผู้ชมอาจรู้สึกสะใจตามบท ละคร เป็นต้น ในขั้นนี้คล้ายกับว่าผู้ชมทางบ้านเข้าไปมี ส่วนร่วมในการแสดงและการชมในการทำละคร จิตบำบัด เพียงแต่เป็นละครโรงใหญ่ทั่วประเทศ เท่านั้นเอง

3. ชั้นแบ่งปัน (sharing) ชั้นแบ่งปัน ในละครจิตบำบัดเป็นขั้นตอนหลังจากละครจบลงแล้ว ทั้งผู้ชมและผู้แสดงร่วมกัน แสดงความคิดเห็น แบ่งปันความรู้สึกนึกคิดต่อบทต่างๆ ที่แสดงว่ามีความ เหมาะสมหรือไม่อย่างไร และได้เรียนรู้อะไรจาก บทละครดังกล่าว ชั้นนี้สำหรับผู้ชมโทรทัศน์จะพบว่า เมื่อละครจบตอนหรือจบ เรื่องผู้ชมที่ติดตามละคร เรื่องเดียวกันมักจะพูดคุยวิพากษ์วิจารณ์กันต่างๆ นานา

ว่าพระเอกน่าจะทำอย่างนั้น นางเอกน่าจะทำอย่างนี้ ตัวร้ายน่าจะเกลียดที่สุดเลย วิจารณ์กันไปต่างๆ ในกลุ่ม ผู้ชมด้วยกัน ซึ่งคล้ายขั้นตอนแบ่งปันในละครจิต บำบัดอาจต่างกันเพียงแต่ไม่มีผู้ชี้ให้เห็นข้อดี ข้อเสียหรือบทเรียนต่างๆ ที่อาจได้เรียนรู้จากบท ละครอย่างชัดเจนเท่านั้นเอง

ปัจจุบันละครโทรทัศน์กำลังเป็นที่นิยม ของผู้ชมทั่วประเทศทุกเพศทุกวัย อาจแตกต่างกันไป ตามความชอบของแต่ละบุคคลเท่านั้นเองบางคนชอบ ละครชีวิต บางคนชอบละครแนวตลก บางคน อาจชอบแนวต่อสู้สงครามหรืออื่นๆ อีกมากมาย สำหรับละครชีวิตบางคนบอกว่าเป็นละครน้ำเน่า แต่สิ่งหนึ่งที่จะบอกกับทุกท่านก็คือละครชีวิต ทั้งหลายที่พบในโทรทัศน์นั้นมีเค้าโครงสร้างมาจาก ชีวิตจริงของมนุษย์ทั้งสิ้น ผู้เขียนทำงานอยู่ในวงการ สุขภาพจิตมา 21 ปี พบเห็นชีวิตของผู้ที่มีปัญหาชีวิต ลำบากทุกข์ยากมากมาย เรื่องที่พบเห็นในละคร โทรทัศน์บางเรื่องยังไม่ได้ครึ่งของชีวิตจริงเลยก็มี บางคนโหมตีว่าละครโทรทัศน์ทำให้เกิดการเลียนแบบ บางคนบอกว่าทำให้เกิดการเรียนรู้ความจริงก็เกิดได้ ทั้งสองอย่างนั้นแหละ อยู่ที่ว่าจะมองในแง่มุมไหน ต่างหาก แต่การนำเสนอบทความในครั้งนี้ผู้เขียน มุ่งนำเสนอในมุมมองภาพรวมของละครโทรทัศน์ที่มี ผลดีต่อผู้ชมในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยนำเอา ประโยชน์ที่ค้นพบจากละครจิตบำบัดมาอธิบาย ปรัชญาการณกับละครโทรทัศน์พบว่าละครโทรทัศน์ น่าจะช่วยบำบัดจิตใจสาธารณชนโดยภาพรวมได้ ดังต่อไปนี้⁽²⁾

1. ละครโทรทัศน์ช่วยให้ผู้ชมได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก กล่าวคือ ขณะชมละครโทรทัศน์ บทละครบางบทช่วยกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกของผู้ชมให้มีอารมณ์ร่วมและได้ระบายความรู้สึกออกมากับบทละครทั้งความรู้สึกโศกเศร้า ร้องไห้ หัวเราะ รำเริง หรือความรู้สึกคับแค้นใจอื่นๆ ซึ่งผู้ชมแต่ละคนจะรู้สึกแตกต่างกันไปตามเหตุปัจจัยและประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน

2. ช่วยให้ผู้ชมเข้าใจตัวเองดียิ่งขึ้น กล่าวคือ บทละครบางบทอาจคล้ายคลึงกับชีวิตจริงของผู้ชมบางคนขณะชมละครการได้รู้ได้เห็นวิธีการและบทบาทในละครก็อาจช่วยให้ผู้ชมบางคนเข้าใจตัวเองดียิ่งขึ้น เช่นผู้ชมที่เป็นครูอาจได้เห็นและเรียนรู้บทบาทละครบางเรื่องที่มีครูที่ดีและทุ่มเทเพื่อลูกศิษย์ หรือผู้ชมที่เป็นวัยรุ่นอาจได้เห็นและเรียนรู้ธรรมชาติของวัยรุ่นในละครวัยรุ่นบางเรื่อง เป็นต้น

3. ทำให้ผู้ชมได้เรียนรู้ปัญหาของผู้อื่น กล่าวคือ ในบทละครแต่ละเรื่องจะพบว่าตัวละครแต่ละคนมีเรื่องราวและปัญหาต่างๆ กันไป ผู้ชมบางคนได้เห็นปัญหาของผู้อื่นในบทละครและพบวิธีแก้ไขที่อาจเหมาะสมกับตัวเองและนำวิธีการที่พบไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะละครที่ชี้ให้เห็นเกี่ยวกับการต่อสู้ชีวิตของบุคคลอาจทำให้ผู้ชมบางคนมีพลังที่จะลุกขึ้นมาต่อสู้กับชีวิตเช่นเดียวกับบทละครได้ เป็นต้น

4. ทำให้ผู้ชมเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้ดี โดยเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตัวเอง กล่าวคือ ในบทละครแต่ละเรื่องอาจมีบุคคลที่

คล้ายกับชีวิตจริงของผู้ชมแต่ละคน เช่น พ่อแม่ พี่ น้องและอื่นๆ อาทิเช่น หากในบทละครที่ชมมีบทบาทของแม่ซึ่งห่วงใยลูกมากและแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมาในบทละครอย่างชัดเจน น่าจะทำให้ผู้ชมที่ยังมีแม่ที่มีชีวิตอยู่รับรู้ถึงความรักของแม่ที่มีต่อลูกนั้นมากมายอย่างไร เพราะในชีวิตจริงของแม่ลูกบางคู่รู้แต่ว่ารักกัน แต่การแสดงออกถึงความรักกลับไม่ปรากฏชัดเจนหรือแสดงออกไม่เหมาะสม การได้ชมการแสดงบทบาทจากละครอาจทำให้เข้าใจความรู้สึกนั้นๆ มากขึ้น เป็นต้น

5. ทำให้ผู้ชมได้รับประสบการณ์ตรงจากการชมละคร กล่าวคือ ผู้ชมบางคนอาจได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติบางอย่างจากบทละครคล้ายกับได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง เช่น เรียนรู้ชีวิตการเป็นนักเรียนกินนอนประจำในสถานศึกษาซึ่งในชีวิตจริงอาจไม่เคยเป็นนักเรียนกินนอนประจำ หรือเมื่อต้องไปเป็นนักเรียนกินนอนอยู่ในหอพักของสถานศึกษา เข้าจริงก็น่าจะทำให้ปรับตัวและเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

6. ทำให้ผู้ชมได้เห็นข้อบกพร่องของผู้อื่น บทละครบางเรื่องหรือบางบท พบว่าตัวละครบางคน มีความบกพร่องในการดำรงชีวิตและการแก้ปัญหาสุดท้ายก็จะพบกับความสูญเสีย เช่น ผู้ติดยาเสพติด ติตการพนัน ฯลฯ นำมาซึ่งความหายนะ น่าจะทำให้ผู้ชมบางคนได้รู้ได้เห็นข้อบกพร่องของผู้อื่นจากบทละครแล้วย้อนมาดูตัวเองเพื่อจะไม่กระทำ เช่นนั้น

7. ทำให้ผู้ชมได้เรียนรู้และทดลองพฤติกรรมใหม่ๆ กล่าวคือในบทละครมีพฤติกรรมต่างๆ ให้พบเห็นเสมอไม่ว่าจะพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว คู่รัก ชีวิตทำงาน ฯลฯ แม้ว่าจะมีทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมก็ตาม ผู้ชมบางคนอาจนำพฤติกรรมในบทละครมาทดลองปฏิบัติในชีวิตจริงของตัวเอง ซึ่งน่าจะทำให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ต่างๆ ได้จากบทละครอีกด้วย

8. ทำให้ผู้ชมได้ใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมกว่าเดิม การใช้กลไกทางจิต คือ การที่บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดและปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมนุษย์แต่ละคนจะใช้กลไกทางจิตแตกต่างกันไป บางครั้งการใช้กลไกทางจิตด้วยวิธีการที่ซ้ำซากและไม่เหมาะสมอาจทำให้สุขภาพจิตย่ำแย่ไปกว่าเดิมได้ เช่น บางคนเมื่อมีปัญหาความเครียดอาจใช้กลไกทางจิตแบบเก็บตัว เก็บกอดอยู่คนเดียวในห้องไม่ยอมสนทนากับใคร เมื่อพบว่าตัวละครในโทรทัศน์มีปัญหาและเครียดคล้ายกับตัวเองแต่เขาหาทางออกด้วยการใช้กลไกทางจิตด้วยวิธีการระบายออกด้วยการเล่นกีฬาและปรึกษาเพื่อนสนิท ก็อาจทำให้ผู้ชมละครคนนั้นทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาเช่นเดียวกับตัวละครได้

ประโยชน์ทั้ง 8 ประการดังกล่าว แม้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ค้นพบจากการทำละครจิตบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชแต่เมื่อนำมาพิจารณาภาพรวมของละครโทรทัศน์กับสังคมไทยแล้วก็เปรียบเสมือนประเทศไทยคือ โรงละครจิตบำบัดโรงใหญ่ที่มีทั้ง

ผู้แสดงและผู้ชมร่วมกันโดยมีขั้นตอนทั้งสามขั้นตอน คล้ายละครจิตบำบัด คือ เตรียมตัว (warming) ขึ้นแสดง (acting) และแบ่งปัน (sharing) ดังที่ผู้เขียนอธิบายมาแต่แรก ดังนั้นประโยชน์ทั้ง 8 ประการที่คาดว่าผู้ชมน่าจะได้รับการชมละครโทรทัศน์นั้นเชื่อว่าเกิดประโยชน์แน่นอน แต่อาจไม่ใช่กับผู้ชมทุกคน บางคนอาจได้รับประโยชน์ครบทั้ง 8 ข้อ หรือบางคนอาจได้รับประโยชน์เป็นบางข้อ ขึ้นอยู่กับผู้ชมแต่ละคน ซึ่งมีประสบการณ์และปัจจัยแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามละครโทรทัศน์เป็นเพียงปฏิบัติการแทรกทางสังคม (social intervention) อย่างหนึ่งเท่านั้นที่ทำหน้าที่สร้างความบันเทิงและอบรอมบ่มเพาะแก่บุคคลท่ามกลางการทำหน้าที่ของสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนาและอื่นๆ อีกจำนวนมาก ดังนั้นการหยิบข้อดีของละครโทรทัศน์มาเสนอในครั้งนี้น่าจะทำให้ผู้อ่านเห็นว่านอกจากความบันเทิงที่จะได้รับและข้อจำกัดที่อาจทำให้เกิดการเลียนแบบในพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ชมบางคนที่มีแนวโน้มจะประพฤตินั้นอยู่แล้ว การชมละครโทรทัศน์ยังมีข้อดีต่อการช่วยสนับสนุนสุขภาพจิตของผู้ชมอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Blatner, H.A. (1973). **Acting - In practical applications of psychodramatic methods.** New York: Springer.
2. วุฒิพงศ์ ภาวะพิงค์, สุมาลี ลัยสิทธิพานิชย์ และ จีรวรรณ โสภาสุวพันธ์. (2530). ประโยชน์ของละครจิตบำบัดต่อผู้ป่วยจิตเวช **วารสารการประชุมวิชาการวันมหิดล ครั้งที่ 11.** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. p. 38.

ประมวลภาพกิจกรรม

Bulletin of Suan Prung



คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง ร่วมอวยพรปีใหม่แก่ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง นางธัญธร พัวพันธ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร และ นางผการัตน์ ถาวรวงศ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง ในวันที่ 4 มกราคม 2548



บุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุง จัดงานวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี 2548 ในวันที่ 8 มกราคม 2548 ณ โรงเรียนบ้านห้วยม่วง ต.แม่เจดีย์ใหม่ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย โดยมีผู้ปกครองนำเด็กๆ มาร่วมงานเป็นจำนวนมาก



กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง ต้อนรับพร้อมบรรยายสรุป แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จำนวน 128 คน ในโอกาสที่เข้าฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ โรงพยาบาลสวนปรุง ในวันที่ 6 มกราคม 2548



โรงพยาบาลสวนปรุง จัดส่งทีม วิกฤติสุขภาพจิตของโรงพยาบาล

ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภัยคลื่นยักษ์สึนามิ ในวันที่ 6-11 มกราคม 2548 ณ หาดราไวย์ ต.ราไวย์, หาดกมลา ต.กมลา, ตำบลเชิงทะเล อ.ถลาง, บ้านป่าหล่าย ต.ฉลอง และโรงเรียนบ้านกะหลิม จ.ภูเก็ต โดยมี นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานในการช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจฯ



โรงพยาบาลสวนปรุงให้การต้อนรับ นายแพทย์เสรี หงษ์หยก รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และคณะในโอกาสเข้าเยี่ยมโรงพยาบาลสวนปรุง ในวันที่ 10 มกราคม 2548

โรงพยาบาลสวนปรุง จัดสัมมนาการกำหนดตัวชี้วัดผลงานหลัก เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติงานราชการ สำหรับผู้บริหาร หัวหน้างานในหน่วยงาน สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ในวันที่ 24-27 มกราคม 2548 ณ โรงแรมริมกก จ.เชียงราย โดยมี นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธาน



ประมวลภาพกิจกรรม

Bulletin of Suan Prung



คลินิกเพิ่มรักโรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น (Friend comer) ร่วมกันจัดนิทรรศการ "ความรักคืออะไร" เนื่องในวันแห่งความรัก 14 กุมภาพันธ์ 2548 ณ ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น (Friend comer) ชั้น G ศูนย์การค้า เซ็นทรัลแอร์พอร์ตพลาซ่าเชียงใหม่



นายแพทย์อภิชาติ มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ต้นทุนกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับ บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2548 ณ ห้องประชุม ศ.นพ ฝน แสงสิงแก้ว อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง



นายธัญธร พัวพันธ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง นำบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง ศึกษาดูงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ณ โรงพยาบาลกongsirak จ.สุโขทัย และบริษัท เบียร์ไทย (1991) จำกัด (มหาชน) จ.กำแพงเพชร ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548

ประมวลภาพกิจกรรม

Bulletin of Suan Prung



วิทยากรจากกรมสุขภาพจิต และวิทยากรจาก จ.ภูเก็ต ร่วมบรรยายในการประชุมวิชาการ แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท พิบัติ: กรณีศึกษาคลื่นยักษ์สึนามิ ในวันที่ 1 และ 2 มีนาคม 2548 ณ ห้องประชุม ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น 4 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง



ชมรมสามัคคีพันธโรงพยาบาลสวนปรุง ร่วมกับสโมสรโรตารีเชียงใหม่ภู่พิงค์ สโมสรโรตารีล้านนาเชียงใหม่ และภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดโครงการเดิน เพื่อสุขภาพเพื่อผู้ป่วยจิตเวช ครั้งที่ 3 (walk rally 2005) ในวันที่ 5 มีนาคม 2548 ณ สวนสัตว์เชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบเครือข่ายบริการปรึกษาเรื่องเอ็ดล : Enneagram (นพลักษณ์) เพื่อการพัฒนาตนเอง และเข้าใจผู้อื่น สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในเขต 8, 9 และ 10 ในวันที่ 21-23 มีนาคม 2548 ณ โรงแรมอิมพีเรียลเชียงใหม่ รีสอร์ทแอนด์สปา สपोर्टคลับ โดยมี รศ.นพ.ธนา นิลชัย โกวิทย์ และคณะเป็นวิทยากร



โรงพยาบาลสวนปรุงจัดการอบรมการป้องกันและระงับ อัคคีภัย และการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย สำหรับบุคลากร ของโรงพยาบาล จำนวน 3 รุ่น รุ่นละ 80 คน ในวันที่ 23-25 มีนาคม 2548 ณ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีเจ้าหน้าที่ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเทศบาลนครเชียงใหม่ เป็นวิทยากร



โรงพยาบาลสวนปรุง จัดกิจกรรมร่วมบริจาคโลหิต ทุก 3 เดือน เพื่อมอบให้แก่เหล่ากาชาดจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อโรงพยาบาลที่ขาดแคลน ในวันที่ 29 มีนาคม ณ ชั้น G อาคารอุบลรัตนราชกัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง



โรงพยาบาลสวนปรุง จัดการสัมมนาเพื่อเตรียม ความพร้อมบุคลากรก่อนการตรวจรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA. (Hospital Accreditation) ในวันที่ 26 มีนาคม 2548 โดยมี นายแพทย์สรวิฑูร์ สุรพฤกษ์ รองผู้ช่วยผู้จัดการ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นวิทยากร



ประมวลภาพกิจกรรม

Bulletin of Suan Prung



คณะกรรมการบริหารหลักสูตร PG จัดพิธี
ปัจฉิมนิเทศผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตร
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
สุนัขและแมว รุ่นที่ 7 วันที่ 31
มีนาคม 2548 ณ โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า
จ.เชียงใหม่

นพ. เสรี หงษ์หยก รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
เป็นประธาน พิธีมอบประกาศนียบัตรแก่ผู้สำเร็จ
การอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาล สุนัขและแมว
รุ่นที่ 7 วันที่ 1 เมษายน 2548
ณ ห้องประชุม รุ่นที่ 7 วันที่ 1 เมษายน 2548



งานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช สว.สวนปรุง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาวิชาการ
จากงานประจำ วันที่ 25 เมษายน 2548 โดยมี ศ.นพ.มานิตย์ ศรีสุรกาญจน์ และ
พ.ต.ร.ภักธารักษ์ กุ้งปันคำ เป็นวิทยากร

คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารสวนปรุง ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานการวิจัยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเรื่อง
ที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์
ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาการตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. ประเภทของเรื่องที่จะส่งพิมพ์

1.1 บทความวิชาการ

เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทั้งจากในและต่างประเทศหรือ เป็นการ
สรุปจากการบรรยาย การอภิปรายทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะนำมาเขียน
บทวิเคราะห์วิจารณ์สรุปและเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

1.2 รายงานการศึกษาวิจัย

เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและ
ภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง ความยาว
ของเรื่อง ไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

1.3 รายงานผู้ป่วยในกรณีศึกษา

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่มีประเด็นน่าสนใจ สมควรแก่การเผยแพร่ความรู้และ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

2. รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับรายงานการศึกษาวิจัย

- ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
- ชื่อผู้เขียน** ภาษาไทย ตำแหน่งงาน และสถาบันที่ทำงานอยู่
- เนื้อเรื่อง** ใช้ภาษาไทยที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ย่อประเด็นสำคัญของรายงานหรือผลการวิจัยที่คัดเลือกแล้ว คัดเอามาย่อ มีสาระสำคัญของงานและข้อสรุป ต้องไม่มีการอ้างอิงหรือการยกตัวอย่างและไม่แบ่งเป็นข้อๆ มีส่วนประกอบสำคัญคือความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย (อย่างย่อ) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน (ถ้ามี) และขอบเขตของการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวม ข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา/วิจัย

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการศึกษาวิจัย พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ได้ และสรุปผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

อภิปรายผลการวิจัย

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด ระมัดระวังการเขียนรายละเอียดของข้อมูลซ้ำกับส่วนของผล ควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบตัว และให้ข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงใช้ระบบหมายเลข (Number System) โดยใส่หมายเลขก่อนหลังตามลำดับที่อ้างอิง (order system) เลขอ้างอิงในเรื่องให้ใช้เลขอารบิกด้วยยก (superscript) มีวงเล็บ เช่น (1) ,(2) , (3) , (4).....ไปตามลำดับของเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงหมายเลขใดที่ใช้ซ้ำก็ยังคงใช้หมายเลขเดิม โดยหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อความต้องให้ตรงกับหมายเลข ในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

2. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบของ The American Psychological Association (APA) การอ้างอิงเอกสารต่างๆ ในท้ายบทความมีรูปแบบการเขียนดังนี้

2.1 การอ้างอิงหนังสือ

ก. อ้างอิงเล่ม

ลำดับที่ . ชื่อผู้แต่ง (ชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ.จังหวัดที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์. (2541). **ระบาดวิทยาการแพทย์**. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพฯ : SUKSOPA PRESS.
2. ศรีเรือน แก้วกังวล. (2546). **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
3. จันทรเพ็ญ ซูประภาวรรณ. (2543). **สถานะสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

ภาษาอังกฤษ ลำดับที่.สกุลตามด้วยอักษรย่อของชื่อ.ปีที่พิมพ์. ชื่อหนังสือ.เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Peplau, H. E. (1952). **Interpersonal relation in nursing**. New York: Putman & Sons.
2. Beland, I. , & Passos, J. Y. (1975). **Clinical nursing** : Pathophysiological approach (3rd ed.). New York : Macmillan.

ข. อ้างอิงจากหนังสือที่มีบรรณานุกรมและอ้างอิงเฉพาะบทภายในเล่มหรืออ้างอิง เฉพาะบางส่วน การเขียนบรรณานุกรมจะปฏิบัติเช่นเดียวกับอ้างอิงทั้งเล่มและให้ระบุเลขหน้าหรือบทที่ใช้อ้างอิง

ตัวอย่าง

1. อุบล นิวัตชัย. (2533). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. ใน **ไพบรตันพฤษชาติคุณากร (บรรณานุกรม)**, **จิตเวชศาสตร์ เล่ม 1**.(หน้า 11-37). เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.

2.2 การอ้างอิงวารสาร

ก. วารสารภาษาไทย

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง.(ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. **ชื่อวารสาร**, ปีที่ (ฉบับที่) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. วิจิตร ศรีสุพรรณ, และประคิน สุขฉายา. (2544).การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัย. **พยาบาลสาร**, 28(2), 1-11.
2. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษนนท์ , และวรวรรณ จุทา. (2544).ระบาศติวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 46(4) , 335-343.

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้เช่นเดียวกับภาษาไทย แต่ชื่อผู้แต่งใช้เขียน สกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ

ตัวอย่าง

1. Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental healthillness: A review of research studies.**Journal of Advance Nursing**, 21, 248-255.

2.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ (Thesis) หรือการค้นคว้าอิสระ

1. ณัฐยา พรหมบุตร. (2545).**สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ไสยา ตระกูลมูล. (2545).**สุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**.การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมแผ่น diskette 1 แผ่น ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร โดยใช้ Microsoft word 95, 97 ตัวอักษร Bowallia UPC ขนาด 16 point ใช้กระดาษขนาด A4

การรับเรื่องต้นฉบับ

- 1) เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 2) เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 3) เรื่องที่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน 3 เล่มต่อ 1 เรื่อง

