

## การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)

### สถานการณ์

๑. การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางการสาธารณสุขและสังคมของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมากกว่า ๑ ล้านคนคิดเฉลี่ยมีผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ ๑ คนในทุก ๔๐ วินาที หรือเป็นอัตราเฉลี่ย ๑๖ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ส่งผลกระทบต่อจิตใจของครอบครัวและผู้คนรอบข้างของผู้ตายอีกประมาณ ๕-๑๐ ล้านคน ส่งผลเสียหายทางเศรษฐกิจมูลค่ามหาศาล นอกจากนี้ ยังประเมินว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่เสียชีวิต อีกเป็นจำนวน ๒๐ เท่าของตัวเลขการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ<sup>๑</sup>

๒. สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด มีจำนวน ๕,๒๙๐ คน คิดเป็นอัตรา ๘.๕๙ ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ ๑๔.๕ คน ส่งผลให้ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นปีแรกที่กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายน้อยลงในระดับหนึ่ง โดยอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงปี ๒๕๔๒ - ๒๕๕๓ ได้ปรับลดจาก ๘.๕๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๒ มาอยู่ที่ ๘.๔๐, ๗.๗๔, ๗.๘๔, ๗.๑๓, ๖.๘๗, ๖.๓๔, ๕.๗๗, ๕.๙๗, ๕.๙๘, ๕.๙๗ และ ๕.๙๐ ตามลำดับ<sup>๒</sup> ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเกิดขึ้น ๓,๗๖๑ คน คิดเป็นการฆ่าตัวตายวันละประมาณ ๑๐ คน อย่างไรก็ตาม อัตราการฆ่าตัวตายในบางพื้นที่ยังคงอยู่ในอัตราที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยของโลก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของประเทศ ทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม มีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนรุนแรงมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤตในชีวิตของคนไทยเพิ่มมากขึ้น

๓. อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ จังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดที่ ๒๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่จังหวัดปัตตานี มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นต่ำสุดที่ ๐.๗๗ ต่อประชากรแสนคน<sup>๓</sup> พบว่าพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายเป็นสูง มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและชายฝั่งทะเลตะวันออก ทั้งนี้ มีข้อมูลแสดง ๑๐ อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสูงที่สุด ปี ๒๕๔๒ - ๒๕๕๓ ในภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก (สมัชชาสุขภาพ ๔/ หลัก ๖/ ผนวก ๑)

๔. ผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ เป็นชายมากกว่าหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จอยู่ระหว่าง ๙.๒๔ - ๙.๔๘ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่เพศหญิงมีอัตรา ๒.๓๘ - ๒.๗๒ ในช่วงเวลาเดียวกัน หรือประมาณสัดส่วนชายต่อหญิง ๓.๕ ต่อ ๑ กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายเป็นสูงที่สุด คือ ๓๑ - ๔๐ ปี รองลงมา คือ ๒๑ - ๓๐ ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน<sup>๔</sup> และเป็นรูปแบบที่แตกต่างจากข้อมูลต่างประเทศ ซึ่งพบการฆ่าตัวตายเป็นมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่วัยรุ่นมีการฆ่าตัวตายเป็นเพิ่มมากขึ้น

## สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

๕. การฆ่าตัวตายเป็นผลปลายทางของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน องค์การอนามัยโลกประเมินว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้าและปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในภูมิภาคยุโรปและอเมริกาเหนือ สำหรับประเทศแถบเอเชีย เชื่อว่าการกระทำอย่างรุนแรงที่รุนแรงและปัจจัยทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ

๖. การศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง ๒๕๕๓<sup>๕</sup> มีข้อสรุปถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้า มีโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคจิต ดื่มสุรา มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ทะเลาะเบาะแว้งกัน ถูกคนใกล้ชิดขูข่มขู่บั่นทอนใจให้เสียหาย ถูกทำร้ายร่างกาย พักอาศัยร่วมกับบุคคลที่ติดสุราและติดยาเสพติด ได้รับข่าวการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของคนอื่นในชุมชน แสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่า การว่างงานเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดในวัยทำงาน

## ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย

๗. ด้านเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย<sup>๖</sup> ประเมินความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจจากปัญหาการฆ่าตัวตายว่า มีมูลค่าอยู่ที่ประมาณ ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท ขณะที่ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ (๒๕๔๖)<sup>๗</sup> ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน ๑๒ แห่ง พบมูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า ๓๗,๗๙๓ บาทต่อผู้ป่วย ๑ ราย

๘. ด้านครอบครัว การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของครอบครัว จากการศึกษาสมาชิกในครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น พบว่ามีความรู้สึกผิด เสียใจ ซึมเศร้า วิตกกังวล อับอาย หลายรายหันกลับไปดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ทั้งที่หยุดไปแล้วหลายปี ไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลเสียต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะหากก่อนการฆ่าตัวตายมีปัญหาความสัมพันธ์กันอยู่เดิม กรณีที่พ่อหรือแม่ฆ่าตัวตาย เด็กจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการให้เด็กช้าลง หรือรุนแรงถึงขั้นหยุดชะงักลง หากลูกอยู่ในช่วงวัยรุ่น อาจพบปัญหาของการแสดงออกทางอารมณ์ มีแนวโน้มของการเกิดความคิดด้านลบมากขึ้น มีการให้ความหมายของเหตุการณ์ใหม่ที่เข้ามาในแง่ลบมากกว่าวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป บาดแผลทางใจที่เกิดขึ้นสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่มีชีวิตอยู่อย่างมาก

๙. ด้านสังคมและชุมชน การฆ่าตัวตายในชุมชนนอกจากจะสร้างความสะเทือนใจแก่สมาชิกแล้ว ยังเป็นการสร้างแบบอย่างการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เหลืออยู่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ นำไปสู่ปัญหาของชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เมื่อเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำๆ ในชุมชน จึงสร้างความกังวลใจว่าจะเกิดพฤติกรรมเลียนแบบขึ้น

ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย

## ๑๐. มาโนช หล่อตระกุล๘ สรุปการศึกษาด้านปัจจัยปกป้องจากรายงานต่างประเทศ ประกอบด้วย

มีลูกหลานในบ้าน	เชื่อมั่นในการจัดการชีวิตตนเอง (self efficacy)
มีความรู้สึกต้องรับผิดชอบครอบครัว	มีความเข้มแข็งทางใจ (resiliency)
มีศรัทธาในศาสนา	ทักษะการปรับตัวดี
ตั้งครรรค์	ทักษะในการแก้ไขปัญหาดี
พึงพอใจในชีวิต	มีการสนับสนุนจากสังคม
การรับรู้ความจริง ยังไม่ปิดเป็นไป	สัมพันธ์ภาพในการรักษาดี

### การฆ่าตัวตายกับความทุกข์และคุณภาพชีวิตของประชาชน <sup>๙</sup>

๑๑. ผลการสำรวจความสุขคนไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ พบปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการมีความสุขน้อย ได้แก่ การศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย งานไม่มั่นคง ครอบครัวไม่มีเวลาให้แก่นักเรียนและไม่มีกิจกรรมร่วมกัน สถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีหนี้สินนอกระบบ เกษตรกรไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ไม่ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี พักอาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีรายได้สูง

๑๒. ปัจจัยเสี่ยงของการมีความสุขน้อยและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีลักษณะร่วมที่แสดงถึงสภาพชีวิตที่ประสบปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาความมั่นคงในการดำรงชีวิตและการอยู่ร่วมกันในชุมชน การขาดแหล่งช่วยเหลือ และปัญหาสุขภาพ การฆ่าตัวตายจึงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ประสบปัญหาชีวิตด้านต่าง ๆ ซึ่งหากพิจารณาในระดับสังคมและชุมชน การฆ่าตัวตายนับเป็น สิ่งสะท้อนถึงการขาดกลไกการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชน และเมื่อพิจารณาในด้านระบบบริการของรัฐ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงแสดงถึงความจำเป็นที่รัฐ ชุมชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันจัดและให้บริการทางสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น

### กฎหมายสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ

๑๓. ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการและดูแลผู้ป่วยทางจิต ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ซึ่งมีเจตนารมณ์ในการคุ้มครอง ปรับปรุงคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของประชาชน คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม และระบบอื่นๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

๑๔. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประกอบด้วย (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ (๓) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเป็นกรรมการ (๔) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความ

ผิดปกติทางจิต ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ (๕) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในสาขาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมบำบัด และกฎหมายสาขาละหนึ่งคน เป็นกรรมการอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นกรรมการและเลขานุการ<sup>๑๐</sup>

๑๕. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ มีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบาย และมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม

(๒) วางหลักเกณฑ์และวิธีการในการให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม

(๓) ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

(๔) กำหนดแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาตามมาตรา ๒๑

(๕) กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการตามมาตรา ๔๐ (๒)

(๖) วางระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรี

มอบหมาย

๑๖. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ นับเป็นกลไกระดับชาติที่สำคัญซึ่งที่ผ่านมาได้ช่วยสนับสนุนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตจำนวน ๒๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๒ และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ขยายขอบเขตความคุ้มครองผู้ประกันตน จากเดิมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคจิตฉุกเฉิน ที่ต้องรับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน ระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ วัน เป็นการให้รักษาในทุกกรณี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๑๗. กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ\* ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ ๑๐ ล้านคนทั่วประเทศ แต่มีผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตประมาณ ๘ แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ ๘ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด<sup>๑๑</sup>

๑๘. เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต นับว่าระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอีกเป็นจำนวนมาก เพื่อให้การเจ็บป่วยทางจิตได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม เช่น ปัจจุบัน สำนักงานประกันสังคม ยังไม่ให้ความสำคัญคุ้มครองการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่ในทางวิชาการ การทำร้ายตัวเองถือเป็นสัญญาณร้องขอความช่วยเหลือรูปแบบหนึ่ง ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มองไม่เห็นทางออกของชีวิต และในด้านปัจจัยทางสังคม พบว่า สังคมโดยรวม ยังมีอคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต ก่อให้เกิดอุปสรรคในการไปใช้บริการและการอยู่ร่วมกันในสังคม

\* นิยามผู้ที่มีปัญหาทางจิตในงานวิจัย ได้แก่ ๘ โรค/ภาวะ ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป็นขอบเขตของการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก และการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

## มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายและประสบการณ์ดำเนินงานที่ผ่านมาในประเทศไทย

๑๙. องค์การอนามัยโลก ได้เสนอมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ สำหรับประเทศสมาชิก ประกอบด้วย การพัฒนาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม การป้องกันและรักษาโรคซึมเศร้าและปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การควบคุมการเข้าถึงวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น อาวุธปืน สารพิษทางการเกษตร การให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างมีคุณภาพ การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมและรับผิดชอบต่อสื่อมวลชน และการเพิ่มทักษะความสามารถในการดำเนินชีวิตให้กับเยาวชนในการจัดการอารมณ์และปัญหาต่าง ๆ โดยเสนอว่า มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ แต่จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

๒๐. ประสบการณ์ดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีตัวอย่างความสำเร็จในการดำเนินงานในระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด ตามมาตรการต่าง ๆ ข้างต้น ดังนี้

### ๒๑. การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตจัดโครงการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชนร่วมคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พร้อมกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดังตัวอย่างที่อำเภอบ้านโฮ่ง ลำพูน ได้ดำเนินการบูรณาการโดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ นำเสนอข้อมูล สร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพองค์กรต่าง ๆ ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการคัดกรองและค้นหาผู้มีอาการซึมเศร้า และผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ช่วยให้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงจาก ๖๗.๕๔ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ เป็น ๔๘.๖๙ ในปี ๒๕๕๓ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก ๒๘.๑๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ เป็น ๑๘.๕๕ ในปี ๒๕๕๓

### ๒๒. การควบคุมการดื่มสุรา

อำเภอลำพูน<sup>๑๒</sup> พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาติดสุราร้อยละ ๒๐ หลังจากการเผยแพร่ความรู้และจัดทำมติร่วมกันในชุมชน ได้จัดทำโครงการลดการเข้าถึงสุราลดปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการรณรงค์งานศพปลอดเหล้า รณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ดูแลผู้ติดสุราในชุมชน ทำข้อตกลงร่วมกับร้านจำหน่ายสุราในหมู่บ้าน พื้นที่ดำเนินการคือหมู่บ้านน้ำดิบและสบทา ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

### ๒๓. การควบคุมสารพิษทางการเกษตร

อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน<sup>๑๓</sup> เป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงของประเทศในอดีต วิธีการส่วนใหญ่เป็นการกินหรือดื่มสารพิษ โรงพยาบาลชุมชนร่วมมือกับหน่วยงานในอำเภอ ได้แก่ เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชนอำเภอ ร้านค้าและชุมชนในพื้นที่ ร่วมกันควบคุมการจำหน่ายสารพิษทางการเกษตร โดยคิดคำนวณพื้นที่ทางการเกษตรในการจำหน่าย จัดจำหน่ายเฉพาะในฤดูกาลที่ต้องใช้ ไม่มีการเก็บสต็อก รณรงค์การงดใช้สารเคมี รณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัย และบูรณาการกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง พบการฆ่าตัวตายลดลง

### ๒๔. การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนในระดับโรงเรียน

โรงเรียนจากเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศ จำนวน ๕๕๕ โรงเรียน นำสื่อการเรียนรู้ “เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ” พัฒนาโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่านักเรียนเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น รู้จักคิดจัดการปัญหา รับฟังความคิดเห็น ผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง มีปัญหาพฤติกรรม (เช่น ทะเลาะวิวาท มาโรงเรียนสาย) น้อยลง ครูสามารถประสานสัมพันธ์ระหว่าง

โรงเรียนกับผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น มีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทักษะชีวิตในโรงเรียน เขตพื้นที่การศึกษา มากกว่า ๕๐ แห่งนำไปขยายผลต่อในเครือข่ายโรงเรียนในพื้นที่ของตน

#### ๒๕. บริการแบบองค์รวมและการเกื้อกูลกันในชุมชน

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่<sup>๑๔</sup> มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๖.๖๔ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๑ จากการสัมภาษณ์ชุมชนพบว่าปัจจัยสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การติดสุรา และปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงจัดประชุมร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำองค์กรท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อช่วยเผยแพร่ความรู้ ดูแลกันในชุมชน อบรมพนักงานวด ผักสวนครัว ภูมิปัญญา และฝึกทักษะการปรึกษา กิจกรรมธรรมะสัญจร เยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัจจตามโรงเรียน ดูแลสุขภาพกายใจ พบอัตราการฆ่าตัวตายในปีต่อมาลดลง จากเดิมจำนวน ๒๐ ราย เหลือ ๑๑ ราย และ ๕ ราย ตามลำดับ

#### ๒๖. การส่งเสริมศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

ประชาคมในหมู่บ้านตำบลบ้านปวง อ.ทุ่งหัวช้าง ลำพูน<sup>๑๕</sup> นำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจัดตั้งองค์ผ้าป่าคลายทุกข์ขึ้นในวันพระ ใครมีความทุกข์ ความเครียด ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาใครไม่ได้ ให้เขียนบรรยายความทุกข์แล้วนำไปเสียบที่ต้นผ้าป่า คณะกรรมการจะเปิดอ่านและประชุมกัน เพื่อหาแนวทางในการปลดทุกข์ให้กับประชาชนที่ถวายเป็นทุกข์ต่อไป ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตัวเองในหมู่บ้านหลังดำเนินกิจกรรมทั้งในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔

#### ๒๗. การบูรณาการระดับจังหวัด

เชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ก่อให้เกิดความตื่นตัวในเวทีสมัชชาสุขภาพ ขณะเดียวกัน จากเหตุการณ์นักเรียนรายหนึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จจากการผิดหวังการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ก่อให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้รอดชีวิต ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิต ภายใต้ชื่อ “ชมรมแสงเทียนส่องใจ” นำประสบการณ์การฝ่าวิกฤตชีวิตมาให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้านและสื่อสารในชุมชน เกิดกระแสเชิงบวก ลดตราบาปต่อปัญหาทางจิตเวช ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหาและร่วมเป็นแกนนำเป็นจุดสำคัญต่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย จนนำไปสู่กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ และนำประเด็นการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๕๔<sup>๑๖</sup>

### สื่อมวลชนกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย

๒๘. องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายสำหรับสื่อมวลชน ประกอบด้วย

- หลีกเลี่ยงการนำเสนอข่าวให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องน่าสนใจ
- เลี่ยงการบรรยายวิธีการฆ่าตัวตายโดยละเอียด ไม่ลงข้อความในบันทึกลาตาย (หากมี)
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและคำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นและแหล่งช่วยเหลือ
- คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิด
- ตระหนักถึงโอกาสในการเลียนแบบ หากผู้ฆ่าตัวตายเป็นดารา หรือผู้มีชื่อเสียง

แนวทางการนำเสนอข่าวข้างต้น แตกต่างจากหลักการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน เพื่อให้ข่าว “ขาย” ได้ ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างข่าวที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และข่าวที่เป็นประโยชน์ต่อธุรกิจ กรมสุขภาพจิตเคยจัดประชุมร่วมกับบรรณาธิการข่าว ในช่วงที่มีข่าวการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาก พบว่า ช่วยให้การนำเสนอข่าวเป็นไปตามหลักการนำเสนอข่าวที่ดีมากขึ้น แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น เนื่องจากยังขาดกลไกการควบคุมการนำเสนอข่าวจากสื่อมวลชนด้วยกันเองและจากสังคมที่ยั่งยืน

๒๙. ในวิกฤติน้ำท่วมครั้งใหญ่ของประเทศไทยปลายปี ๒๕๕๔ สื่อมวลชนได้แสดงบทบาทสร้างสรรค์ต่อสังคม ทั้งในด้านการนำเสนอข่าวในแง่มุมที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา เช่น เสนอตัวอย่างความร่วมมือแรงร่วมใจของชุมชนในการแก้ปัญหาร่วมกัน รับแจ้งปัญหาและช่วยเผยแพร่ข้อมูลเพื่อระดมความช่วยเหลือประสานและระดมความช่วยเหลือให้แก่ชุมชน เปิดเวทีประชาชนสะท้อนมุมมองต่าง ๆ ต่อปัญหา ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจประชาชนและช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

๓๐. โดยสรุป การฆ่าตัวตายเป็นผลปลายทางที่ไม่พึงประสงค์ของปัจจัยที่หลากหลาย เป็นความสูญเสียที่ป้องกันได้ และเป็นภาพสะท้อนของระบบประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และกลไกการอยู่ร่วมกันในชุมชนด้วยความเกื้อกูล องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายไว้เป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกไว้อย่างชัดเจน ซึ่งในกรณีของประเทศไทย มีประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการคุ้มครองในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การควบคุมการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อมวลชน ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยทางจิต และการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือกันภายในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้มีปัจจัยเสี่ยงและผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่าง ๆ

#### ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๖

## เอกสารอ้างอิง

- ๑ World Health Organization Publication. (๒๐๑๐). Suicide Prevention. Retrieved August 1, 2010, from : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent)
- ๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๓. กรุงเทพฯ : นนทบุรี.
- ๓ กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๔). สถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. ค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๔,จาก <http://www.dmh.go.th /report/suicide>.
- ๔ อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, อรพิน ยอดกลาง, และคณะ. (๒๕๕๓). รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ ๒๕๕๓. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๕ อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, ไพลิน ปรัชคุปต์, และคณะ. (๒๕๕๓). การศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิต และไม่เสียชีวิตในประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๖ ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย. (๒๕๔๙). ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท. มองเศรษฐกิจฉบับที่ ๑๘๕๗.
- ๗ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. (๒๕๔๗). ระบาดวิทยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ๑๒ แห่ง. การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗. :โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ๘ มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๓). การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ๙ ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และเอกอนงค์ สีตลาภินันท์. (๒๕๕๔). คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด. นนทบุรี แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต.
- ๑๐ สถาบันกัลยาราชนครินทร์. (๒๕๕๔). รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. ค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๔, จาก <http://www.thaimentalhealthlaw.com/home.html>
- ๑๑ กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (๒๕๕๔). ข้อเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี. ๒๓ หน้า.
- ๑๒ โรงพยาบาลป่าซาง. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๓ โรงพยาบาลแม่ทา (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๔ โรงพยาบาลสารภี. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.



- ๑๕ โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.