



บทความวิชาการ Hot Issue



(กันยายน 2559)

แนวทางการป้องกันและ การแก้ปัญหาคาการฆ่าตัวตาย

สำนักวิชาการ
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://www.parliament.go.th>

แนวทางการป้องกันและการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

นายรณชัย โตสมภาค

วิทยากรปฏิบัติการ

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

ในการประชุมวิชาการสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 15 และการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 13 นายแพทย์ประภาส อcranันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เปิดเผยว่า ปัญหาสุขภาพจิตและการทำร้ายตนเองจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เพราะสังคมไทยยังไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพจิตเท่าที่ควร โดยในภาคเหนือพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าภาคอื่น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย อาทิ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาจากการทรมาณจากโรคเรื้อรัง การเป็นโรคจิตและโรคซึมเศร้า ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ทั้งนี้ การฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย และการฆ่าตัวตายสามารถรักษาและป้องกันได้ (แนวโน้มทั่วโลก ‘ฆ่าตัวตาย’ พุ่ง ‘จิตแพทย์’ อนุรักษ์ทัน ป้องกันได้, 2559)

สาเหตุที่สังคมไทยไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพจิตเท่าที่ควร อาจมาจากมุมมองของคนไทยส่วนใหญ่ที่มักคิดว่าคนที่ต้องเข้าพบจิตแพทย์นั้นต้องเป็นคนวิกลจริต หรือมีปัญหาทางจิตอยู่เสมอ ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงที่จะยุ่งเกี่ยวกับจิตแพทย์ โดยแพทย์หญิงปิวิภา แพพานิช จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กล่าวว่า คนส่วนใหญ่จะมองจิตเวชเพียงแค่มุมเดียวผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มักจะนำเสนอในเชิงลบ โดยเฉพาะผ่านทางละครและภาพยนตร์ ที่นำเสนอให้โรงพยาบาลจิตเวชเป็นแหล่งของคนเป็นบ้าหรือวิกลจริตเท่านั้น ซึ่งตามความเป็นจริง อาการป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ว่าจะป่วยโรคนอนไม่หลับ โรคเครียดวิตกกังวล หรือโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ บุคคลที่มีหน้าที่การงานที่ดี ก็มักจะไม่สะดวกใจในการเข้าพบจิตแพทย์ เพราะเกรงกลัวว่าจะมีประวัติเกี่ยวกับจิตเวช ทั้งที่ข้อมูลการเข้าพบต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับตามหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย (Patient confidentiality) ตามหลักจรรยาบรรณทางการแพทย์อยู่แล้ว ดังนั้น สังคมไทยในปัจจุบัน จึงต้องปรับมุมมองทัศนคติใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตเข้าถึงจิตแพทย์และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ทลาย “มายาคติ” สังคมไทย พบจิตแพทย์ ไม่ได้แปลว่า “บ้า”, 2559)

แพทย์หญิงสมรัก ชวานิชวงศ์ นายกสมาคมสายใยครอบครัวและจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา กล่าวในงานแถลงข่าวเรื่อง “โรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย” ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ ลาดพร้าว ว่าในปัจจุบันเกิดปัญหาการขยายตัวของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากร ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก โดยในเอเชียไทยมีสถิติรองจากเกาหลีและญี่ปุ่น ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง หรือทางการแพทย์เรียกว่า สื่อประสาทผิดปกติ สามารถรักษาด้วยการกินยาต้านเศร้าและสามารถหายได้ นอกจากการรักษาโรคซึมเศร่ายังสามารถป้องกันได้

ตั้งแต่แรกเกิด โดยการเลี้ยงดูบุตรให้ดี ให้รู้สึกมีคุณค่า และชีวิตมีความหมาย รวมถึงการสอนทักษะการอดทน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต (จิตแพทย์เตือน ระวังโรคซึมเศร้ากับปัญหาการฆ่าตัวตาย, 2559)

นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทย พ.ศ. 2558 อยู่ที่ 6.47 ต่อแสนประชากร เพิ่มจาก พ.ศ. 2557 ซึ่งอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยเดือนละ 350 คน ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ที่ไม่เกิน 7.0 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ มีเป้าหมายในการลดอัตราการฆ่าตัวตายให้ต่ำกว่า 6.0 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2564 ด้วยมาตรการ 4 ประการ คือ

1. การคัดกรอง การประเมิน การรักษา และการติดตามกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย
2. การเข้าถึงบริการ การค้นหา และการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ ผู้ที่มีประวัติการฆ่าตัวตาย ผู้ได้รับความรุนแรงในครอบครัว ผู้เสพติดสุรา ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น
3. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ เพื่อใช้กำกับติดตามประเมินสถานการณ์ และวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด
4. การยกระดับปัญหาการฆ่าตัวตาย ให้เป็นปัญหาระดับชาติ ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันป้องกัน

ทั้งนี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องใกล้ตัวของทุกเพศทุกวัย โดยสามารถป้องกันได้ ด้วยการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันสบายใจ (sabaijai) เพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ไม่ประสงค์ที่จะสนทนาหรือแสดงตนกับผู้อื่น

แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตาย จะมีการวางแผนและแสดงพฤติกรรมก่อนการลงมือ ในเวลาประมาณ 2-3 วัน โดยมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าและปัญหาด้านความรัก ซึ่งอายุต่ำสุดที่มีการฆ่าตัวตายคือ 10 ขวบ ส่วนอายุสูงสุดคือ 97 ปี โดยกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือวัยแรงงาน ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป แต่กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดคือกลุ่มผู้สูงวัยตั้งแต่อายุ 70-74 ปี เพราะความสัมพันธ์กับลูกหลานและคนใกล้ชิดเริ่มมีความห่างเหิน รวมถึงเริ่มมีความเจ็บป่วยทางกายและทางใจ ทำให้เป็นโรคซึมเศร้า จึงต้องเฝ้าระวังและมีมาตรการในการช่วยเหลือคนเหล่านี้

พันเอกหญิง แพทย์หญิงนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย มีสาเหตุมาจากความสิ้นหวัง และไม่สามารถหาทางออกได้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นกับคนปกติและผู้ป่วยจิตเวช โดยมักมีสัญญาณเตือนกับคนรอบข้างตลอด ซึ่งอย่ามองว่าเป็นการเรียกร้องความสนใจหรือไร้สาระ แต่ต้องรีบติดต่อขอความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากจิตแพทย์ หรือคนที่รักและไว้ใจเพื่อช่วยดึงสติกลับมา ('4 จว.เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง' เหตุปัญหาความรัก โรคซึมเศร้า สังเกตสัญญาณอันตราย-ป้องกันได้, 2559)

แนวทางการป้องกันและการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย จะมุ่งไปในทิศทางใด และควรนำมาตราการใดมาใช้ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด บทความนี้จะขอยกตัวอย่างบทเรียนและการศึกษาในต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในภาพรวม

Charlene Roberson ศึกษาเกี่ยวกับ “บทบาทของพยาบาลในการประเมินและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicide Assessment and Prevention)” พบว่า พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการ

ป้องกันการฆ่าตัวตาย ผ่านการสังเกตพฤติกรรมและอาการที่สามารถบ่งบอกถึงแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การปล่อยปละละเลยและการไม่รักษาความสะอาด
- 2) การแจกจ่ายสมบัติอันล้ำค่าของตนเอง
- 3) การปลีกวิเวก
- 4) อาการนอนไม่หลับ
- 5) การให้ความสนใจศาสนาหรือลัทธิศาสนาโดยเฉียบพลัน
- 6) อาการประสาทหลอน
- 7) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างเฉียบพลัน
- 8) ความท้อแท้ในชีวิต
- 9) การพบแพทย์เพื่อตรวจหาอาการที่ไม่ชัดเจน
- 10) การไปทางตรง เช่น ทุกสิ่งทุกอย่างจะต้องจบลง
- 11) การไปทางอ้อม เช่น จะอยู่ต่อไปเพื่ออะไร
- 12) การพูดถึงความตายและการฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ
- 13) มีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตาย
- 14) มีประวัติการป่วยทางจิตเวช อาทิ โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) โรคซึมเศร้า (Depression)

และโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น

- 15) ความเครียด
- 16) มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว
- 17) มีประวัติความผิดปกติทางจิตหรือการติดสารเสพติด
- 18) มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว
- 19) มีอาวุธภายในบ้าน
- 20) มีประวัติในการถูกจองจำ
- 21) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การว่างงานที่ก่อให้เกิดการเสียดสีและการหย่าร้าง

ทั้งนี้ ชีวิตสมรสมีบทบาทอย่างมากในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยผู้หย่าร้าง ผู้เป็นม่าย และผู้เป็นโสด มีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่า ผู้ที่มีสามีภรรยา หรือผู้ที่เป็นบิดามารดา นอกจากนี้ การนับถือศาสนา ก็เป็นอีกปัจจัยที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยเช่นกัน โดยประเทศที่มีการนับถือศาสนาจะมีอัตราการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าในประเทศที่ประชากรไม่ค่อยนับถือศาสนา เพราะการนับถือศาสนาทำให้มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้มีเป้าหมายในการใช้ชีวิต และไม่สนับสนุนให้ผู้นับถือศาสนาทำการหย่าร้างหรือบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย

แม้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทอย่างมากในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ยังคงขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดหลักสูตรการฝึกอบรมต่าง ๆ แก่พยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถในการเข้าแทรกแซงในเหตุการณ์ต่าง ๆ เมื่อมีความจำเป็น โดยหลักสูตรส่วนใหญ่จะมี

ความคล้ายคลึงกับวิชาต่าง ๆ ที่มีการฝึกสอนแก่ตำรวจ ไม่ว่าจะเป็นทักษะเบื้องต้นในการใช้อาวุธปืน ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการก่อเหตุฆ่าตัวตาย หรือจะเป็นทักษะในการสัมภาษณ์และการเจรจาต่อรอง (Interviewing and Negotiating skills) นอกจากนี้ ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลด้วย โดยให้มีวิชาการปฐมพยาบาลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide first aid) โดยนักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1) การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะความสามารถในการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

2) การหามาตรการป้องกันที่รวดเร็วสำหรับผู้ป่วย

3) ความสามารถในการนำทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ และการจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย

4) ความสามารถในการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการเจ็บป่วยทางร่างกายต่าง ๆ ที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้ อาจมีสาเหตุมาจากอาการป่วยทางจิตเวช อาทิ การเป็นโรคซึมเศร้า ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ (Charlene Roberson, 2015, p. 10–12)

Heather Membride วิจัยเกี่ยวกับ “การให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มและการป้องกันสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน (Mental health : early intervention and prevention in children and young people)” พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนยังมีความน่ากังวลอยู่ในปัจจุบัน โดยในงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าเกินครึ่งของผู้ป่วยทางจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งต่ำกว่าครึ่งไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ทั้งนี้ เป็นที่ยอมรับว่าการได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแรก เป็นผลดีต่อทั้งเยาวชนและสมาชิกในครอบครัว โดยหากไม่มีการเอาใจใส่หรือบรรเทาอาการต่าง ๆ อาจลงเอยด้วยการฆ่าตัวตาย ในส่วนปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสุขภาพจิตของเด็ก มีทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสภาพแวดล้อม อาทิ การเติบโตมาในครอบครัวที่บิดามารดามีปัญหาทางสุขภาพจิต การมีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง การถูกคุกคามทางร่างกายและทางเพศ ประสบความรุนแรงในครอบครัว และการหย่าร้างของบิดามารดา เป็นต้น ถึงอย่างไรก็ตาม เด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องมีพัฒนาการทางสุขภาพจิตที่เลวร้ายเสมอไป ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวส่งเสริมพัฒนาการเชิงบวก ท่ามกลางอิทธิพลเชิงลบจากสภาพแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนและพี่น้อง (peer relationships) ความมั่นใจในตนเอง (Good self-esteem) รวมถึงการสนับสนุนของผู้ปกครอง (Parental support) โดยให้ความสำคัญต่อความผูกพันระหว่างบิดามารดาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของพัฒนาการ (Early attachment) โดยเฉพาะช่วงทารกในครรภ์ถึงระยะแรกเกิดไปจนถึงอายุ 3 ขวบ ซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนาอย่างเต็มประสิทธิภาพ หากการวางรากฐานของพัฒนาการสมองเป็นไปในเชิงบวก แนวโน้มที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคตก็จะลดลงเป็นอย่างมาก ดังนั้น การป้องกันด้วยการให้บริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยสามารถนำมาตรการต่าง ๆ มาใช้ ดังนี้

1) ความร่วมมือระหว่างพยาบาลและครอบครัว (Family-Nurse Partnership) : เป็นโครงการที่จัดให้มีการออกไปช่วยเหลือ โดยการพบปะตามบ้านพักของกลุ่มเป้าหมาย (Home visiting) คือคุณพ่อและคุณแม่ มือใหม่ เพื่ออบรมและสนับสนุนให้เกิดการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี เป็นการวางรากฐานและเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสังคมอย่างถูกวิธีของเด็ก ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตลดลง

2) โครงการ The Incredible Years BASIC and ADVANCED : เป็นโครงการที่พัฒนาโดย Carolyn Webster-Stratton มีวัตถุประสงค์เพื่อ สนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรในเชิงบวก พัฒนาการความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร สนับสนุนผู้ปกครองให้สามารถบริหารจัดการพฤติกรรมตนเองได้ และพัฒนาความสัมพันธ์ของการศึกษาภายในบ้าน โดยมีเป้าหมาย เพื่อการพัฒนาทางสุขภาพจิตของทั้งผู้ปกครองและบุตร

3) โครงการ The Early Literacy and Learning Model (ELLM) : เป็นรูปแบบการเรียนรู้ด้านภาษา ที่ออกแบบมาเพื่อให้เด็กพัฒนาความสามารถในการอ่านเขียนได้เร็วขึ้น ซึ่งพบว่าเด็กที่เข้าโครงการนี้ จะสามารถอ่านออกเขียนได้ก่อนเด็กทั่วไป ความสามารถทางภาษาสามารถเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ทำให้ห่างไกลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตในอนาคต

4) การป้องกันเด็กวัยเรียน (Prevention in school-age children) : เป็นมาตรการที่ให้ความสำคัญ ต่อพัฒนาการทางสุขภาพจิตของเด็กในโรงเรียน โดยการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาความคิดเชิงบวกในการเข้าสังคม ทั้งนี้ การสอดแทรกหลักสูตรสามารถแบ่งออกเป็นสามระดับ คือ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา โดยคณะครูจะเป็นผู้มีบทบาทอย่างสูงในระดับประถมศึกษา ในขณะที่พยาบาลประจำโรงเรียนจะรับผิดชอบในระดับมัธยมศึกษา ในส่วนของเยาวชนผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต จะต้องได้รับการรักษาดูแล และอบรมโดยคณะจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเด็ก

5) กลุ่มอบรมกลุ่มเมลา (Nurture groups) : เป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สำหรับการเรียนรู้ของเด็กที่มีพฤติกรรมที่ยากแก่การเข้าใจ (Difficult behavior) และเด็กที่มีประสบการณ์ในวัยแรกเริ่มที่เป็นบาดแผลทางใจ (Early traumatic life experiences) โดยแนวทางในการอบรมกลุ่มเมลา ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของความไว้วางใจและการเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน (Trust and relationships) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของกลุ่มอบรมกลุ่มเมลาที่ผ่านมา พบว่าประสบความสำเร็จ ด้านการพัฒนาสุขภาพจิตและการจัดการอารมณ์ของเด็กที่เข้าร่วมโครงการในระดับหนึ่ง

6) โครงการ SEAL : เป็นโครงการที่นำการพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบมาใช้ (Whole-school approach) เพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านอารมณ์และการเข้าสังคมของเด็กนักเรียน โดยร้อยละ 90 ของโรงเรียนต่าง ๆ ภายในประเทศอังกฤษ ได้นำโครงการนี้มาใช้ เพื่อส่งเสริมการรู้จักตน (Self-awareness) สร้างแรงจูงใจ (Motivation) การเอาใจใส่ (Empathy) การจัดการอารมณ์ (Management of emotions) และการพัฒนาทักษะในการเข้าสังคม (Development of social skills) โดยผลลัพธ์เชิงบวกต่าง ๆ ที่ได้รับ คือ เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีอิสระทางความคิดมากขึ้นและสามารถเข้ากับสังคมภายในโรงเรียนได้เป็นอย่างดี

7) หน่วยบริการทางสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน (Child and Adolescent Mental Health Services – CAMHS) เป็นบริการสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างรุนแรง ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทั้งนี้ หน่วยบริการดังกล่าว ต้องสามารถเข้าถึงเด็กและเยาวชนในสังคม เพื่อคัดกรองอาการป่วยทางจิต และสามารถป้องกันรักษาได้อย่างทันท่วงที (Heather Membride, 2016, p. 552–556)

Robert C. Schmidt และคณะ วิจัยเกี่ยวกับ “การบูรณาการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระบบโรงเรียนเพื่อสุขภาพจิตที่ดี (Integrating a suicide prevention program into a School Mental Health System)” พบว่า โรงเรียนต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาได้นำระบบโรงเรียนเพื่อสุขภาพจิตที่ดีมาใช้ (School Mental Health System – SMH) เพื่อสนับสนุนประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ด้วยการคัดกรองและพัฒนาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียน ทั้งนี้ การนำ SMH มาใช้ ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม เพราะกลไกการคัดกรองและการอบรมที่มีอยู่ใน SMH สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้ด้วยเช่นกัน ในกรณีศึกษาของโรงเรียนในเขตการศึกษาชนบทของรัฐแมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา พบว่าการนำระบบคัดกรองรวมถึงการฝึกอบรมมาใช้นั้น มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งโรงเรียนต่าง ๆ ที่นำแนวทางนี้มาใช้ ได้เริ่มต้นด้วยการอบรมเด็กนักเรียนให้รับทราบเกี่ยวกับกลไกและวิธีการในการขอความช่วยเหลือจากบริการให้ความช่วยเหลือภาครัฐ หรือ Ask 4 Help! Suicide prevention for Youth เป็นบริการทางโทรศัพท์แบบสายด่วน (Hot line) สำหรับให้คำปรึกษาแก่เยาวชนที่มีความคิดริเริ่มฆ่าตัวตาย โดยเด็กนักเรียนสามารถช่วยเหลือกันและกันด้วยการเฝ้าระวังและติดต่อ hot line เมื่อพบว่า เพื่อนนักเรียนคนใดมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ซึ่งที่ผ่านมาจากข้อมูลสถิติพบว่า ภายหลังจากการอบรม เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงความจำเป็นและวิธีการใช้บริการ และมีการใช้บริการนี้อย่างแพร่หลาย แม้ว่าจำนวนผู้ใช้บริการจะมีไม่มากเท่าที่ควร นอกจากนี้ ยังมีการนำกลไกการคัดกรอง ผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์มาใช้ด้วย เพื่อตรวจหาเด็กนักเรียนที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเด็กนักเรียนออกเป็นสามกลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีปัญหา กลุ่มที่มีความคิดริเริ่มในการฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่มีความต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน โดยนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มนี้จะได้รับการติดต่อจากสถาบันจิตเวช เพื่อเข้ารับการรักษาทันที ในขณะที่กลุ่มที่มีความคิดริเริ่มฆ่าตัวตาย จะได้รับการติดต่อให้เข้ารับการรักษาเป็นรายบุคคลจากสถาบันจิตเวช ตามลักษณะความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่

ในส่วนของสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดริเริ่มในการฆ่าตัวตายของเด็กนักเรียน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียนหนังสือ ปัญหาด้านความรัก และปัญหาการถูกกลั่นแกล้งภายในโรงเรียน นอกจากการนำกลไกในการคัดกรองและฝึกอบรมให้เด็กนักเรียนสามารถหาทางช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ทางคณะผู้วิจัย ยังเสนอว่า ควรมีการอบรมและพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับจิตเวชให้แก่คณะครูในโรงเรียนแต่ละแห่งด้วย ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ครูหลายคนในโรงเรียนต่าง ๆ ไม่มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เพราะไม่ได้รับการอบรม ด้านนี้อย่างเพียงพอ

ดังนั้น จึงควรมีการฝึกอบรมครู ให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับจิตเวชเบื้องต้น เพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนภายในโรงเรียนด้วย (Robert C. Schmidt และคณะ, 2014, p. 18–25)

Arshya Vahabzadeh และคณะ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ “การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Digital Suicide Prevention : Can technology become a game-changer?)” พบว่า ในปัจจุบันได้มีการนำคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถืออัจฉริยะมาใช้ (Smartphone) เพื่อคัดกรองและป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมการคัดกรองการพูดและการวิเคราะห์ความเคลื่อนไหวบนใบหน้า (Computerized speech and facial emotions analysis) โดยผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่จะมีน้ำเสียงและการแสดงออกที่แตกต่างจากคนทั่วไป ซึ่งสามารถตรวจจับได้โดยการวิเคราะห์รูปแบบการพูดและความเคลื่อนไหวของใบหน้า หรือการสร้างโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ถึงอย่างไรก็ตาม โปรแกรมต่าง ๆ เหล่านี้ ไม่ได้ได้รับการพัฒนาที่เพียงพอ เพราะนอกจากจะขาดประสิทธิภาพในการช่วยบรรเทาอาการทางจิต ยังทำให้อาการป่วยของผู้ใช้งานแย่ลง ส่งผลให้แนวโน้มในการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือมากขึ้น เพื่อให้เป็นกลไกการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ทิศทางในอนาคต คณะผู้วิจัย เสนอว่า ควรมีการสร้างระบบการคัดกรองผ่านการประมวลผลแบบแบ่งปันทรัพยากรผ่านเครือข่าย (Cloud computing) ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยมีโปรแกรมบริการมากมายทำงานสอดประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน ผ่านการบริการในโลกออนไลน์ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นประชาชนผู้รับการคัดกรอง จะได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ส่งสัญญาณที่ไวต่อแสงหรืออุณหภูมิ (Sensor) เพื่อตรวจคัดกรองโดยการบันทึกความเคลื่อนไหวตามเวลาจริง (Real time) โดยข้อมูลต่าง ๆ ประกอบกับข้อมูลจากฐานข้อมูลประชาชน และประวัติทางการแพทย์ จะถูกป้อนเข้าไปในระบบ Cloud ซึ่งระบบนี้จะทำการประเมินสภาพทางจิตและรายงานความเสี่ยงจากการแปรเปลี่ยนทางอารมณ์อย่างทันท่วงที และส่งไปให้กับผู้ใช้งานซึ่งก็คือผู้รับการคัดกรอง จิตแพทย์และพยาบาล รวมถึงสถานพยาบาลและศูนย์ชุมชนด้วย ทำให้สามารถป้องกันแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที สามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้อย่างแม่นยำ และรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงอย่างไรก็ตาม การนำระบบดังกล่าวมาใช้ อาจต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของประชาชน และการรักษาความลับของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวอย่างมาก ดังนั้น จึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงกลไกต่าง ๆ ให้รัดกุมขึ้น และสามารถนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของความเป็นจริง (Arshya Vahabzadeh, 2016, p. 17–19)

Jerome Young ศึกษาเกี่ยวกับ “การฆ่าตัวตาย จริยธรรม และจิตเวช มุมมองของชาวญี่ปุ่น (Moral, Suicide and Psychiatry : A view from Japan)” พบว่า การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในประเทศญี่ปุ่น ไม่ได้เป็นผลพวงมาจากปัญหาสุขภาพจิต ดังที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในประเทศตะวันตก ทั้งนี้ การฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ได้รับการหล่อหลอมโดยประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัฒนธรรมนักรบของญี่ปุ่น (Samurai culture) ซึ่งเชื่อว่าการฆ่าตัวตายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาเกียรติยศ โดยเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมสำหรับความผิดพลาดที่บุคคล

ได้กระทำลงไป การฆ่าตัวตายในที่นี้ จึงถูกต้องตามหลักจริยธรรม แม้ว่าในปัจจุบัน แนวคิดนี้จะไม่ได้รับการยอมรับเท่าในอดีต แต่ก็ยังมีอิทธิพลอย่างมากต่อวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของคนญี่ปุ่น โดยเห็นได้จากการที่ครอบครัวของชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่ ไม่สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวช แม้ว่ารัฐบาลจะมีกฎหมายและการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพก็ตาม โดยสาเหตุหลักมาจากความอับอายต่อสังคม ที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีความกล้าหาญที่จะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ ในประเทศที่การฆ่าตัวตายฝังรากลึกอยู่ในวัฒนธรรมอย่างประเทศญี่ปุ่น จึงต้องแก้ปัญหาที่การปรับทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และมุมมองเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิด และควรเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย (Jerome Young, 1999, p. 412-424)

บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

ปัญหาสุขภาพจิตและการทำร้ายตนเองมีความรุนแรงมากขึ้น เพราะสังคมไทยยังไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพจิตเท่าที่ควร ซึ่งการฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย และการฆ่าตัวตายสามารถรักษาและป้องกันได้ สาเหตุที่สังคมไทยไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพจิต อาจมาจากมุมมองของคนไทย ที่ส่วนใหญ่มักคิดว่าคนที่ต้องเข้าพบจิตแพทย์นั้นต้องเป็นคนวิกลจริต หรือมีปัญหาทางจิตอยู่เสมอ ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่มักหลีกเลี่ยงที่จะยุ่งเกี่ยวกับจิตแพทย์ ในปัจจุบัน ปัญหาการขยายตัวของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากร ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก โดยในเอเชีย ไทยมีสถิติรองจากเกาหลีและญี่ปุ่น โดยอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทย พ.ศ. 2558 อยู่ที่ 6.47 ต่อแสนประชากร เพิ่มจาก พ.ศ. 2557 ซึ่งอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยเดือนละ 350 คน รัฐบาลจึงมีเป้าหมายใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยลดอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่า 6.0 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ แนวทางการป้องกันและการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

1. การสนับสนุนให้มีการนับถือศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยประเทศที่ประชากรนับถือศาสนา จะมีอัตราการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าในประเทศที่ประชากรไม่ค่อนับถือศาสนา เพราะการนับถือศาสนา ทำให้มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้มีเป้าหมายในการใช้ชีวิต และไม่สนับสนุนให้ผู้นับถือศาสนาทำการหย่าร้างหรือบริโศกแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย

2. การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมต่าง ๆ ให้แก่พยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถในการเข้าแทรกแซงในเหตุการณ์ต่าง ๆ เมื่อมีความจำเป็น โดยหลักสูตรส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกับวิชาต่าง ๆ ที่มีการฝึกสอนแก่ตำรวจ ไม่ว่าจะเป็นทักษะเบื้องต้นในการใช้อาวุธปืน ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการก่อเหตุฆ่าตัวตาย หรือจะเป็นทักษะในการสัมภาษณ์และการเจรจาต่อรอง (Interviewing and Negotiating skills) นอกจากนี้ ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลด้วย โดยให้มีวิชาการปฐมพยาบาลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide first aid)

3. การส่งเสริมพัฒนาการเชิงบวก อาทิ ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนและพี่น้อง (Peer relationships) ความมั่นใจในตนเอง (Good self-esteem) รวมถึงการสนับสนุนของผู้ปกครอง (Parental support) โดยให้ความสำคัญต่อความผูกพันระหว่างบิดามารดาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของพัฒนาการ (Early attachment) โดยเฉพาะช่วงทารกในครรภ์ถึงระยะแรกเกิดไปจนถึงอายุ 3 ขวบ ซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนาอย่างเต็มประสิทธิภาพ หากการวางรากฐานของพัฒนาการสมองเป็นไปในเชิงบวก แนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในอนาคตก็จะลดลงเป็นอย่างมาก

4. การนำระบบคัดกรองรวมถึงการฝึกอบรมมาใช้ เพื่อให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการเริ่มต้นด้วยการอบรมเด็กนักเรียนให้รับทราบเกี่ยวกับกลไกและวิธีการในการขอความช่วยเหลือจากบริการให้ความช่วยเหลือภาครัฐ ที่เป็นการบริการทางโทรศัพท์แบบสายด่วน (Hot line) สำหรับให้คำปรึกษาแก่เยาวชนที่มีความคิดริเริ่มฆ่าตัวตาย โดยเด็กนักเรียนสามารถช่วยเหลือกันและกันด้วยการเผื่อระวังและติดต่อ hot line เมื่อพบว่าเพื่อนนักเรียนคนใดมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และการนำกลไกการคัดกรอง ผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์มาใช้ เพื่อตรวจหาเด็กนักเรียนที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเด็กนักเรียนออกเป็นสามกลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีปัญหา กลุ่มที่มีความคิดริเริ่มในการฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่มีความต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน โดยนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มนี้จะได้รับการติดต่อจากสถาบันจิตเวช เพื่อเข้ารับการรักษาทันที ในขณะที่ กลุ่มที่มีความคิดริเริ่มฆ่าตัวตาย จะได้รับการติดต่อให้เข้ารับการรักษาเป็นรายบุคคลจากสถาบันจิตเวช ตามลักษณะความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่

5. การอบรมและพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับจิตเวชให้แก่คณะครูในโรงเรียนแต่ละแห่ง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับจิตเวชเบื้องต้น ในการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนภายในโรงเรียน

6. การสร้างระบบการคัดกรองผ่านการประมวลผลแบบแบ่งปันทรัพยากรผ่านเครือข่าย (Cloud computing) ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างอุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ โดยมีโปรแกรมบริการมากมายทำงานสอดประสานเป็นหนึ่งเดียวกัน ผ่านการบริการในโลกออนไลน์ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นประชาชนผู้รับการคัดกรอง จะได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ส่งสัญญาณที่ไวต่อแสงหรืออุณหภูมิ (Sensor) เพื่อตรวจคัดกรองโดยการบันทึกความเคลื่อนไหวตามเวลาจริง (Real time) โดยข้อมูลต่าง ๆ ประกอบกับข้อมูลจากฐานข้อมูลประชาชน และประวัติทางการแพทย์ จะถูกป้อนเข้าไปในระบบ cloud ซึ่งระบบนี้จะทำการประเมินสภาพทางจิตและรายงานความเสี่ยงจากการแปรเปลี่ยนทางอารมณ์อย่างทันท่วงที และส่งไปให้กับผู้ใช้งานซึ่งก็คือผู้รับการคัดกรอง จิตแพทย์และพยาบาล รวมถึงสถานพยาบาลและศูนย์ชุมชนด้วย ทำให้สามารถป้องกันแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที สามารถวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้อย่างแม่นยำ และรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การปรับทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และมุมมองเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิดและไม่ได้เป็นวิธีแก้ปัญหาใด ๆ และควรรหาแนวทางเปลี่ยนแปลงให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เข้ารับการปรึกษาจากจิตแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

'4 จว. เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง' เหตุปัญหาความรัก โรคซึมเศร้า สังกตัญญูอันตราย-ป้องกันได้.

(9 กันยายน 2559). สืบค้น 15 กันยายน 2559 จาก <http://www.matichon.co.th/news/279345>

จิตแพทย์เตือน ระวังโรคซึมเศร้ากับปัญหาการฆ่าตัวตาย. (6 กันยายน 2559). สืบค้น 15 กันยายน 2559 จาก <http://www.matichon.co.th/news/275970>

ทลาย “มายาคติ” สังคมไทย พบจิตแพทย์ ไม่ได้แปลว่า “บ้า.” (23 สิงหาคม 2559). สืบค้น 15 กันยายน 2559 จาก <http://www.matichon.co.th/news/259583>

แนวโน้มทั่วโลก 'ฆ่าตัวตาย' พุ่ง 'จิตแพทย์' เนารู้ทัน ป้องกันได้. (11 มิถุนายน 2559). สืบค้น 15 กันยายน 2559 จาก <http://www.matichon.co.th/news/169654>

ภาษาต่างประเทศ

Arshya Vahabzadeh, Ned Sahin and Amir Kalali. (2016). Digital Suicidal Prevention : Can Technology Become a Game-changer? Innovations in Clinical Neuroscience, 13(5-6), 16-20

Charlene Roberson. (2015-2016). Suicide Assessment and Prevention. The Alabama Nurse, 8-13

Heather Membride. (2016). Mental Health : early intervention and prevention in children and young people. British Journal of Nursing, 25(10), 552-557

Jerome Young. (2002). Morals, Suicide, and Psychiatry : a view from Japan. Bioethics, 16(3), 412-424

Robert C. Schmidt, Aidyn L. Iachini, Melissa George, James Koller and Mark Weist. (January 2015). Integrating a Suicide Prevention Program into a School Mental Health System : A Case Example from a Rural School District. Children and Schools, 37(1), 18-26