

การสอบสวน อุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่

Suicide and suicide attempt
incident investigation,

new approach

นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข



ISBN (e-Book): 978-616-8340-09-7

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ (Suicide and suicide attempt incident investigation, new approach)

By Thoranin Kongsuk, MD., M.sc., M.Econ.

ผู้แต่ง: **ธรณินทร์ กองสุข / Thoranin Kongsuk**

จัดทำโดย: **โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

<http://www.krph.go.th>; <http://suicide.dmh.go.th/>

ข้อมูลทางบรรณานุกรมหอสมุดแห่งชาติ

ธรณินทร์ กองสุข

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ =
Suicide and suicide attempt incident investigation, new approach.

--ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข, 2567. 80 หน้า.

1. การฆ่าตัวตาย 2. การฆ่าตัวตาย-- สังคมวิทยา. I. ชื่อเรื่อง.

ISBN (e-Book): 978-616-8340-09-7

คำนำ

หนังสือเล่มนี้มีวัตถุประสงค์แรกเริ่มว่าจะจัดทำเป็นคู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทีมสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายถือติดตัวไปใช้ขณะปฏิบัติงาน แต่ในระหว่างเขียนแต่ละบทก็ได้เพิ่มเนื้อหาเชิงวิชาการที่คิดว่า จำเป็นเพื่อให้สามารถนำไปอ้างอิงได้ด้วย จึงมีลักษณะเป็นคู่มือกึ่งตำรา สืบเนื่องจากการสอบสวนเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายนั้น ไม่เหมือนกับการสอบสวนโรคติดเชื้อหรือโรคอื่นๆ ในทางระบาดวิทยา ที่ทีมสอบสวนโรคสามารถใช้แบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องได้โดยตรง แต่การรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมีประเด็นที่เป็นเรื่องความลับที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนใจ การได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้ผู้สอบสวนจะต้องใส่ใจเรื่องอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลที่ไปสอบถามหรือสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่า มีหลายครั้งที่ทีมสอบสวนอาจต้องหยุดการสัมภาษณ์ แล้วเปลี่ยนมาช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ถูกสัมภาษณ์ที่อาจเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่รู้สึกละเอียดอ่อนใจ ร้องไห้ เมื่อมีคำถามที่ทำให้ระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งทีมสอบสวนจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และต้องทราบเกณฑ์บ่งชี้เพื่อยืนยันว่า เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่? จึงจำเป็นต้องมีหนังสือคู่มือที่มีรายละเอียดในเรื่องดังกล่าว

หนังสือเล่มนี้แบ่งเป็น 9 บท โดยบทที่ 1 กล่าวถึงความสำคัญและปัญหาของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งปัญหาของข้อมูลสารสนเทศฆ่าตัวตายของประเทศไทย บทที่ 2 อธิบายถึงแนวคิดการพัฒนาแนวทางการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายแนวใหม่ที่เป็นการบูรณาการการให้การปรึกษา (Counseling) กับการสอบสวนทางระบาดวิทยาภาคสนาม (Field epidemiological investigation) บทที่ 3 ได้แสดงนิยามที่ชัดเจนของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการสอบสวน บทที่ 4 แสดงให้เห็นถึงปัญหาการนิยามศัพท์ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีความ

หลากหลาย ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนส่งผลด้านลบ ทั้งในด้านป้องกันแก้ไขการฆ่าตัวตาย และการพัฒนาวิชาการ และสรุปนิยามของฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่ใช้ในการสอบสวนอุบัติเหตุการณ์ในประเทศไทย รวมถึงการจำแนกพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นในบทที่ 5 กล่าวถึงธรรมชาติของการฆ่าตัวตายที่เริ่มจากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจนถึงกระทำฆ่าตัวตายจนเสียชีวิตหรือบาดเจ็บ บทที่ 6 นำเสนอสมมติฐานการฆ่าตัวตายในคนไทย ซึ่งเป็นบทที่สำคัญมีเนื้อหาเชิงวิชาการแสดงข้อมูลและหลักฐานสนับสนุนแนวคิดอย่างครอบคลุม บทที่ 7 แสดงรายละเอียดขั้นตอนการสอบสวนอุบัติเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย บทที่ 8 อธิบายกระบวนการและวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสอบสวนรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายที่เน้นการประยุกต์ใช้เทคนิคการให้การปรึกษามาช่วยในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และบทที่ 9 กล่าวถึงการบริหารจัดการที่มสอบสวนและความเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง

ด้วยจุดมุ่งหมายที่สำคัญ นั่นคือ ประเทศไทยมีข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถนำไปวิเคราะห์ให้เห็นเหตุปัจจัยในระดับบุคคล ระดับจังหวัดและระดับประเทศ นำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาอย่างได้ผลมุ่งตรงต่อเหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง การสอบสวนอุบัติเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ จะเป็นคำตอบของการรวบรวมข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ หนังสือเล่มนี้จึงมีความสำคัญต่อทีมสอบสวนที่กระจายประจำอยู่ทุกจังหวัดใช้สำหรับบทพจนให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานสอบสวนอุบัติเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตน

ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทีมสอบสวนทุกท่าน ที่จะทำให้กระดุมเม็ดแรกของวงการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายถูกต้องสมบูรณ์ นั่นคือการรวบรวมข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วนจากทุกอุบัติเหตุการณ์ ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทย

นายแพทย์ธรรณิทร์ กองสุข

17 มีนาคม 2567

สารบัญ

1. ความสำคัญและปัญหาของการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย.....	1
2. แนวคิดการพัฒนาแนวทางการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายแนวใหม่.....	9
3. นิยามและวัตถุประสงค์การสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย.....	13
4. นิยามการฆ่าตัวตายและการจำแนกพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย.....	17
5. ธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย.....	28
6. สมมติฐานการฆ่าตัวตายในคนไทย.....	32
7. ขั้นตอนการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย.....	48
8. กระบวนการและวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสอบสวนรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตาย.....	69
9. การบริหารจัดการที่สอบสวนและความเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง.....	79

ภาคผนวก

1. QR code link สไลด์ เอกสารประกอบและคลิปวิดีโอบรรยายการสอบสวน
อุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
2. แบบฝึกหัดสำหรับยืนยันการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
3. แบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Q plus
5. แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q
6. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q-2017)

บทที่ 1

ความสำคัญและปัญหาของการสอบสวนการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความสำคัญของการสอบสวนการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

การสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นวิธีหนึ่งในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ข้อมูลและสารสนเทศเป็นปัจจัยสำคัญในแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย โดยข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์จะสามารถ...

1. อธิบายรูปแบบ (pattern): เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลา กลุ่มอายุ พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ฯลฯ ซึ่งรูปแบบที่เปลี่ยนไปเหล่านี้อาจช่วยในการพิจารณาว่าควรจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมอย่างไร ในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย

2. ระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง: โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสหรือเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดของโอกาสหรืออัตราการฆ่าตัวตายถือว่าเป็นปัจจัยปกป้อง เช่น การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงของฆ่าตัวตาย ส่วนกรณีทักษะแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาที่ดีเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย

3. กำหนดมาตรการและวางแผนทรัพยากรในอนาคต: หากเรารู้ว่ากลุ่มอายุบางกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่า เราก็สามารถกำหนดมาตรการและจัดสรรทรัพยากรไปยังโครงการป้องกันสำหรับกลุ่มนั้นมากกว่า

4. เสนอแนะสมมติฐาน: การระบุความแตกต่างของอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มต่างๆ มักจะตามด้วยการเสนอแนะสมมติฐานว่าเหตุใดความแตกต่างเหล่านั้นจึงเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น จังหวัดทางภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยสูงกว่าจังหวัดในภาคอื่นๆ อาจเนื่องจากการมีกลุ่มชาติพันธุ์ชนเผ่าที่หลากหลาย มีอัตราของผู้ติดยาและ

การป่วยโรคซึมเศร้าสูง รวมถึงค่านิยมในการดำเนินชีวิตแตกต่างจากภาคอื่นๆ ซึ่งเป็นสมมติฐานอธิบายความแตกต่างดังกล่าว

5. ติดตามแนวโน้ม: เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจรวบรวมข้อมูลจากระบบคัดกรองเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของนักเรียนเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนนักเรียนมัธยมปลายที่ผ่านการคัดกรองแล้วมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ข้อมูลดังกล่าวอาจกระตุ้นให้ผู้บริหารโรงเรียนดำเนินโครงการป้องกัน

6. ตรวจหาการระบาด: ตัวอย่างเช่น ข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย อาจแสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ในช่วงเดือนที่ผ่านมา ซึ่งบ่งชี้ว่ามี suicide cluster (กลุ่มการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดทั้งในเวลาและสถานที่) เกิดขึ้น

7. ประเมินโปรแกรมและนโยบายการป้องกัน: หลังจากจังหวัดพิจารณาแนวโน้มหรือรูปแบบการฆ่าตัวตายแล้ว ผู้บริหารของจังหวัดอาจตัดสินใจใช้โปรแกรมการอบรมญาติและคนใกล้ชิดของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายให้สามารถเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและมีทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น จากนั้นจังหวัดติดตามจำนวนผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วกลับมากกระทำซ้ำ เพื่อประเมินว่าโปรแกรมดังกล่าวได้ผลในการป้องกันตามที่ต้องการหรือไม่

จากการวิเคราะห์ระบบข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตายของประเทศไทย โดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พบว่าข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีปัญหาไม่ครบถ้วนไม่สมบูรณ์และไม่ทันเวลามาโดยตลอด(ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2565) ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ที่ดำเนินการ โดยทีมสอบสวนที่ผ่านการฝึกอบรมมาดีแล้ว เมื่อร่วมกับการพัฒนาระบบแจ้งเตือนและเฝ้าระวังฆ่าตัวตายในจังหวัดจะทำให้ได้ข้อมูลการฆ่าตัวตายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ภายในเวลาไม่นานจนเกินไป

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศของประเทศไทย

Past	Present	Future
<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนมรณบัตร ของกระทรวงมหาดไทย - วิเคราะห์รายปี แยกตามจังหวัด และเขตสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลฆ่าตัวตายรวบรวมจากทะเบียนมรณบัตร และจากรง.506 ของกระทรวงสาธารณสุข - ข้อมูลพยายามฆ่าตัวตายรวบรวมจาก Health data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ข้อมูลจากการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย (Suicide incident investigation) ทุกรายที่มีการกระทำรุนแรงต่อตนเอง โดยที่ทีมสอบสวนในจังหวัด ซึ่งจะยืนยันว่าเป็น suicide หรือ suicide attempt ก่อนรวบรวมข้อมูล
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: ง่าย ไม่เสียเวลาในการรวบรวม - ข้อเสีย: ช้า มีรายละเอียดน้อยและจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: มีรายละเอียดมากขึ้น - ข้อเสีย: ช้า จำนวนยังน้อยกว่าความเป็นจริง ไม่ได้ข้อมูลเหตุปัจจัยและระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่า - ข้อเสีย: ผู้รวบรวมต้องมีทักษะต้องผ่านการอบรม และต้องมีระบบแจ้งเตือนในพื้นที่เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่สะตกรวดเร็ว

1.2 ปัญหาของการสอบสวนการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายมีความหลากหลายและซับซ้อน และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยาและสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลาหนึ่ง (Hawton & Van Heeringen, 2009; Mann & Currier, 2010; Nock et al., 2008; van Heeringen, 2014; Turecki et al., 2019) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและช่วยชีวิต (Hawton & Pirkis, 2017; Hofstra et al., 2020; Ishimo et al., 2021) ข้อมูลและสิ่งที่ได้จากการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายจะนำไปสู่การพัฒนามาตรการดังกล่าว

แม้จะมีการพัฒนาวิธีการต่างๆ ในการสอบสวน (Investigation) อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ (Hagley et al., 2019) การวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis, RCA) ยังคงเป็นแนวทางหลักที่นำมาใช้ในการสอบสวนการฆ่าตัวตาย (Gillies et al., 2015) วิธีการนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า ไม่ได้พิจารณาประเด็นสำคัญ

ของปรากฏการณ์อย่างเพียงพอ เช่น บัญชีส่วนบุคคลของผู้ป่วย เนื่องจาก RCA มุ่งเน้นหาจุดบกพร่องเชิงระบบ (Vrklevski et al., 2018) อีกทั้งความคาดหวังในการ RCA เพื่อค้นหาให้ได้ “สาเหตุที่แท้จริง หรือ root cause” เพียงหนึ่งเดียว เป็นความเข้าใจที่สรุปง่ายเกินไปสำหรับเหตุปัจจัยที่ซับซ้อนจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Neal et al., 2004; Vincent, 2003)

การชันสูตรทางจิตวิทยา (Psychological autopsy) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบด้านจิตวิทยาและบริบทสถานการณ์แวดล้อมก่อนเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย เป็นวิธีการที่จำลองการเสียชีวิตของบุคคลโดยสร้างสภาพจิตใจและสถานการณ์ในชีวิตที่นำไปสู่ความตายขึ้นใหม่ กระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น เวชระเบียน การสัมภาษณ์ครอบครัวและเพื่อนฝูง และเอกสารหรือบันทึกใดๆ ที่ผู้เสียชีวิตทิ้งไว้ เป้าหมายคือการทำความเข้าใจสภาพจิตใจ พฤติกรรม และแรงจูงใจที่เป็นไปได้สำหรับการเสียชีวิตของบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของการฆ่าตัวตายหรือการเสียชีวิตที่น่าสงสัย ซึ่งสภาพจิตใจของบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจสถานการณ์ (Hawton et al., 1998; Isometsea, 2001) แต่ psychological autopsy ขาดมิติเชิงระบบ โดยเฉพาะความบกพร่องของระบบบริการสุขภาพที่อาจเป็นเหตุปัจจัยหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการอื่นๆ ในการสอบสวนการฆ่าตัวตายยังมีไม่มากนัก

จากการศึกษาของ E. Froding และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 2022 (Froding et al., 2022) ด้วยวิธีวิจัยแบบ Narrative literature review ได้ทบทวนแนวทางการสอบสวนการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการและมีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัญหาของแนวทางการสอบสวนการฆ่าตัวตายในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร และเสนอแนวทางในการปรับปรุง

ผลการศึกษานี้เผยให้เห็นจุดอ่อนหลายประการของแนวทางการสอบสวนในปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดข้อสงสัยต่อผลการสอบสวน และผลต่อการดำเนินงานเพื่อลดการฆ่าตัวตาย โดยสรุปปัญหาได้ ดังนี้

1. วิธีการสอบสวนการฆ่าตัวตายที่มีอยู่ปัจจุบันไม่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกมุมมอง หรือประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัวต่ออุบัติการณ์

2. ไม่ได้พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (การสอบสวนมีการปรับเพื่อตอบสนองหน่วยงานกำกับดูแลมากกว่าการทำความเข้าใจสาเหตุโยงใยที่ซับซ้อนและเงื่อนงำที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายอย่างแท้จริง)

3. การสอบสวนมักเน้นรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ในช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนฆ่าตัวตาย

4. การสอบสวนมุ่งเน้นไปที่การให้บริการของผู้ให้บริการหรือสถานบริการสุขภาพ (เพื่อหา gap หรือจุดบกพร่องของระบบบริการ) เพียงรายเดียวก่อนเกิดเหตุการณ์

5. ปัญหาขาดความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของทีมสอบสวน

จึงมีข้อเสนอแนะว่า การสอบสวนการฆ่าตัวตายแนวใหม่ควรมีลักษณะดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิเคราะห์ให้เห็นเหตุปัจจัยเพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังป้องกันในอนาคต

2. สอบสวนให้ได้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทั้งเชิงลึกในเหตุปัจจัย และ Timeframe ที่ยาวพอครอบคลุมการบริการจากหลายแหล่งที่เกี่ยวข้องให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุปัจจัยอย่างเหมาะสม

3. ฝึกอบรมและพัฒนาทีมสอบสวนให้เกิดความชำนาญ โดยเฉพาะหัวหน้าผู้นำทีมสอบสวนควรมีความเชี่ยวชาญ

4. ทีมสอบสวนควรประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพที่มีความสามารถและได้รับการสนับสนุน มีการแบ่งปันข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การทำงานร่วมกัน และการประสานงานข้ามองค์กรซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น พร้อมด้วยกรอบกฎหมายที่เอื้ออำนวย

5. การรวบรวมสังฆสมข้อมูล: การสร้างการเรียนรู้ด้วยการรวมผลลัพธ์จากการวิเคราะห์การฆ่าตัวตายหลายๆ ราย ร่วมกับข้อมูลคุณภาพอื่นๆ จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงแผนปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นฐานข้อมูลฆ่าตัวตายระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศจึงมีความสำคัญ

Suicide and Suicide attempt incident investigation, new approach.

ผลการศึกษาทบทวนการสอบสวนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในสวีเดนดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การสอบสวนมีกรอบเพื่อตอบสนองต่อแม่แบบของหน่วยงานกำกับดูแลมากกว่าการวิเคราะห์ความซับซ้อนของการฆ่าตัวตายและความปลอดภัย (Froding et al., 2024) นอกจากนี้ ยังได้ระบุข้อบกพร่องและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นในการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายตลอดหลายปีที่ผ่านมา โดยชี้ให้เห็นว่าแนวทางและวิธีการสอบสวนในปัจจุบันไม่ส่งผลเพียงพอที่จะลดระดับการฆ่าตัวตาย และหากจะทำให้การสอบสวนการฆ่าตัวตายเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและช่วยพัฒนาการเรียนรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องมีการปรับปรุงวิธีการสอบสวนและแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นบริบทที่เปลี่ยนไปของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน รวมทั้งความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565).

รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี 2565.

<https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=91>

Froding, E., Vincent, C., Andersson-Gare, B., Westrin, Å., & Ros, A. (2024). Six major steps to make investigations of suicide valuable for learning and prevention. *Archives of suicide research*, 28(1), 1-19.

Gillies, D., Chicop, D., & O'Halloran, P. (2015). Root cause analyses of suicides of mental health clients. *Crisis*, 36(5), 316-324. doi:10.1027/0227-5910/a000328

Hagley, G., Mills, P. D., Watts, B. V., & Wu, A. W. (2019). Review of alternatives to root cause analysis: Developing a robust system for incident report analysis. *BMJ Open Quality*, 8(3), e000646.

Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269-276.

Hawton, K., & Pirkis, J. (2017). Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 381-383.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X

Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Ozgul, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 63, 127-140.

Ishimo, M.-C., Sampasa-Kanyinga, H., Olibris, B., Chawla, M., Berfeld, N., Prince, S. A., Lang, J. J. (2021). Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: A systematic review. *Injury Prevention*, 27(2), 184-193. doi:10.1136/injuryprev-2020-043975

Isometsea, E. (2001). Psychological autopsy studies—a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385. doi:10.1016/S0924-9338(01)00594-6

- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European psychiatry*, 25(5), 268-271.
- Neal, L. A., Watson, D., Hicks, T., Porter, M., & Hill, D. (2004). Root cause analysis applied to the investigation of serious untoward incidents in mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 28(3), 75–77. doi:10.1192/pb.28.3.75
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1),133-154.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. doi:10.1038/ s41572-019-0121-0
- van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 63–72. doi:10.1016/S2215-0366(14)70220-2
- Vrklevski, L. P., McKechnie, L., & O'Connor, N. (2018). The causes of their death appear (unto our shame perpetual): why root cause analysis is not the best model for error investigation in mental health services. *Journal of patient safety*, 14(1), 41-48.
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-1056.

บทที่ 2

แนวคิดพัฒนาการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและ พยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่เป็นการบูรณาการกระบวนการและทักษะการให้การปรึกษา (Counseling) เข้าไปในแนวทางวิธีการสอบสวนทางระบาดวิทยาภาคสนาม (Epidemiological field investigation)

ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ บุคลิกภาพและความแตกต่างระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive factors) ปัจจัยทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบหรือเหตุวิกฤติในชีวิต (O'Connor, 2014) สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตด้านลบนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์เหตุการณ์ด้านลบในวัยเด็กกับการฆ่าตัวตาย (Dube, 2001; Bruffaerts, 2010) ได้แก่ การถูกล่วงละเมิดในวัยเด็กทั้งทางเพศ ทางร่างกายและทางอารมณ์ ความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่หย่าร้างหรือตายจาก รวมถึงเหตุการณ์ด้านลบในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือร่างกายจะเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทั้งเป็นตัวกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง (Stein, 2010) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นประเด็นที่มักจะถูกปกปิด เจ้าตัวไม่ต้องการเปิดเผยเพราะรู้สึกว่าเป็นเรื่องน่าอับอายและละอายใจความรู้สึก หากถูกสอบถามหรือสัมภาษณ์ โดยคนแปลกหน้าที่ยังไม่ไว้วางใจก็มักจะไม่ได้เปิดเผยหรือปฏิเสธว่าไม่มี ไม่เคยเกิดขึ้น ดังนั้น การสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายที่ไปเก็บข้อมูลหรือรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีทั่วไป จึงมักจะไม่ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเหล่านี้ แต่หากผู้สอบสวนใช้วิธีสัมภาษณ์โดยอาศัยเทคนิคและกระบวนการให้การปรึกษา มุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดีจนเกิดความไว้วางใจก็มีโอกาสสูงที่แหล่งข้อมูล เช่น ญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะเปิดเผยข้อมูลสำคัญดังกล่าว

กระบวนการให้การปรึกษา (Counseling) จะเน้นสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สนับสนุนให้ผู้คนได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของตนเองและเรื่องต่างๆอย่างรู้สึกปลอดภัยไม่ถูกตำหนิ ไม่ถูกตัดสิน (Stewart, 2017) จึงเอื้ออำนวยต่อการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ

การฆ่าตัวตายได้มากกว่าการสอบถามหรือการสัมภาษณ์ทั่วไป การสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่จะใช้ทักษะคำถามปลายเปิดให้แหล่งข้อมูลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์ได้เล่าเรื่องโดยอิสระ และใช้คำถามปลายปิดเพียงเพื่อยืนยันบางประเด็นเท่านั้น ใช้ทักษะการทวนความ (paraphrasing) ทักษะการแกะรอย (tracking) เพื่อค้นหาสิ่งในประเด็นที่สำคัญ และใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (emotional reflection) กรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงอารมณ์ความรู้สึกในระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) รับฟังเรื่องราวโดยไม่ตัดสินถูกผิดชั่วดีเหล่านี้เป็นทักษะพื้นฐานของการให้การปรึกษาที่จะนำมาใช้ในกระบวนการสอบสวนแต่ละครั้ง

อุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานบริการสาธารณสุข เช่น ที่บ้าน หรือในชุมชน และมักจะเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ชีววิทยา สังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ การเมือง ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงกันมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน บางปัจจัยอาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานบางปัจจัยอาจเป็นตัวกระตุ้นที่เกิดก่อนหน้าเพียงไม่กี่วัน รวมทั้งอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นก่อนหน้าอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายในรายถัดไปซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดขึ้นชมครีทหาผู้ที่กระทำฆ่าตัวตายก่อนหน้า ด้วยลักษณะดังที่กล่าวมานี้ การที่จะทราบถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่อุบัติเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจึงต้องทำการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล ในพื้นที่หรือในชุมชนทั้งจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและเอกสารต่างๆ การสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ จึงได้ประยุกต์ **หลักการสอบสวนทางระบาดวิทยา (Epidemiological investigation)** โดยเฉพาะขั้นตอนการสอบสวนทางระบาดวิทยาภาคสนาม (epidemiological field investigation) ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมการทำงานในพื้นที่ การยืนยันวินิจฉัย การบ่งชี้ผู้บวย การรวบรวมข้อมูลตาม เวลา สถานที่ บุคคล การตั้งสมมุติฐานและการทดสอบ การเสนอแนะมาตรการเพื่อควบคุมป้องกัน การรายงานและการสื่อสารเผยแพร่สิ่งที่ค้นพบ (Rasmussen, 2019)

นอกจากการนำหลักการและเทคนิคการให้การปรึกษา มาบูรณาการกับการสอบสวนทางระบาดวิทยาแล้ว ยังใช้ **TK's five factors model** (ธรรณิทร์ กองสุข, 2567)

มากำหนดหมวดหมู่ของข้อมูลที่สำคัญจำเป็นต้องค้นหารวบรวม และใช้ **The IMV model** (O'Connor, 2018) เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจการเกิดขึ้นของความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) และการฆ่าตัวตายที่มีเหตุวิกฤตชีวิตเป็นตัวกระตุ้น รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการตั้งสมมุติฐานการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแต่ละราย ด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- ธรณินทร์ กองสุข. (2567). โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย. ศรีนครินทร์เวชสาร. (in press)
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., & Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry*, 197(1), 20-27.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, 286(24), 3089-3096.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Rasmussen, S. A., & Goodman, R. A. (Eds.). (2018). *The CDC field epidemiology manual*. Oxford University Press.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., & Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PloS one*, 5(5), e10574.
- Stewart, W. Sutton, J. (2017). *Learning to counsel: How to develop the skills, insight and knowledge to counsel others*. 4th ed. Robinson.

บทที่ 3

นิยามและวัตถุประสงค์ของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (suicide and suicide attempt incident investigation) ที่ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นรูปแบบใหม่ที่ยังไม่เคยปรากฏที่ใดมาก่อน ไม่ใช่ Psychological autopsy หรือ root cause analysis แต่เป็นการบูรณาการการให้การปรึกษา (counseling) กับการสอบสวนทางระบาดวิทยา ภาคสนาม (epidemiological field investigation) และการวิเคราะห์ต้นเหตุ (Root cause analysis) การนิยามจึงมีความเฉพาะดังนี้

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (suicide and suicide attempt incident investigation) คือ กระบวนการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองอย่างเป็นระบบแล้วนำมาประมวลให้เห็นเหตุปัจจัยและผลกระทบอย่างครบถ้วนเพื่อนำไปวางแผนช่วยเหลือ ป้องกันและแก้ไขในระดับบุคคลและระดับพื้นที่

อธิบายขยายความ

เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ: การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (suicide and suicide attempt incident investigation) เป็นกระบวนการปฏิบัติที่ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดำเนินการต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการยืนยันการฆ่าตัวตายจนถึงขั้นตอนสรุปเป็นรายงาน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยกิจกรรมที่เชื่อมโยงกัน

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด ข้อมูลเหล่านี้จะรวบรวมจากแหล่งข้อมูล 2 ประเภท คือ 1) **แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ** เป็นบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับ

อุบัติเหตุการณ์และสัมพันธ์กับผู้ฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เช่น คนในครอบครัว เพื่อนหรือคนใกล้ชิด ผู้เห็นเหตุการณ์ แพทย์พยาบาลผู้รักษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 2) แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการรวบรวมจากเอกสาร แฟ้มประวัติ สื่อสิ่งพิมพ์ จดหมายลาตาย หรือ สื่อออนไลน์ รวมทั้ง chat, line และโซเชียลมีเดียอื่น ๆ ที่มีข้อความหรือเรื่องราวเกี่ยวข้องกับการกระทำฆ่าตัวตายแต่ละเหตุการณ์

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุการณ์: การฆ่าตัวตายเป็นอุบัติเหตุการณ์ (incident) ที่เป็นปลายทางของหลายเหตุปัจจัยที่มากกระทบกันอย่างซับซ้อน การจะทราบเหตุปัจจัยเหล่านี้ต้องอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมการสอบสวนอุบัติเหตุการณ์ฆ่าตัวตายจะรวบรวมข้อมูล 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่

- 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของเหตุการณ์ ตาม Time, place, person รวมทั้ง วิธีและกลไกที่ทำให้ตายหรือบาดเจ็บ
- 2) ข้อมูลสาเหตุและปัจจัยเกี่ยวข้องที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งจะครอบคลุมข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง การเฝ้าระวังและด่านกั้นการเข้าถึง วัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย
- 3) ข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุการณ์

ผลกระทบ หมายถึง ผลกระทบจากอุบัติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งกิจกรรมการสอบสวนแนวทางใหม่จะรวมถึงการประเมินสุขภาพจิตผู้เกี่ยวข้องและผู้รับผลกระทบทั้งหมดให้ทราบถึงสภาวะจิตใจของกลุ่มคนดังกล่าวและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงในเหตุการณ์เพื่อวางแผนช่วยเหลือและเฝ้าระวังป้องกัน

ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำมาประมวลผล วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อวางแผนช่วยเหลือสำหรับรายบุคคลโดยเฉพาะผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และรวบรวมข้อมูลจากทุกอุบัติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่มาวิเคราะห์หาเหตุปัจจัยร่วมเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขหรือจัดการเหตุปัจจัยเหล่านั้นในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องอย่างครอบคลุม จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละรายให้ทราบเหตุปัจจัยอย่างครบถ้วน
2. เพื่อวางแผนช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ
3. เพื่อเสนอแนะมาตรการควบคุมปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดลุกลามขยายออกไป และป้องกันการเกิดซ้ำ
4. เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ที่ยังไม่เคยรู้
5. เพื่อพัฒนานโยบาย

เอกสารอ้างอิง

- Gillies, D., Chicop, D., & O'Halloran, P. (2015). *Root cause analyses of suicides of mental health clients*. Crisis.
- Goodman, R. A., Buehler, J. W., & Koplan, J. P. (1990). The epidemiologic field investigation: science and judgment in public health practice. *American journal of epidemiology*, 132(1), 9-16.
- Patterson, L. E. & Welfel, E. R. (2000). *The Counseling Practice*. 5th ed. Australia: Brooks/Cole.
- Rasmussen, S. A., & Goodman, R. A. (Eds.). (2018). *The CDC field epidemiology manual*. Oxford University Press.
- Scissons, E. H. (1993). *Counseling for Results: Principles and Practices of Helping*. California: Brooks/Cole.

บทที่ 4

นิยามการฆ่าตัวตาย (Suicide) และการจำแนกความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence)

ในการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจำเป็นต้องมีการยืนยันก่อนว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ใช่อุบัติเหตุหรือการฆาตกรรมที่มสอบสวนโรคจะต้องทราบนิยามการฆ่าตัวตายและการจำแนกรวมถึงพิจารณาข้อมูลพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องให้เห็นเจตนาฆ่าตัวตาย (Suicidal intent) ซึ่งเป็นเงื่อนไขบังคับที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย ปัญหาในการยืนยันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาคือความไม่ชัดเจนของนิยามการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่มีความหลากหลายไม่เป็นหนึ่งเดียว อีกทั้งมีคำศัพท์และภาษาที่ใช้เรียกพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันไป ก่อให้เกิดความสับสน ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนตรงกันสำหรับทีมสอบสวนในการยืนยันการฆ่าตัวตาย จะใช้คำนิยามและระบบจำแนกของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (center of disease control and prevention of USA, CDC) ซึ่งจัดให้การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในระบบการจำแนกความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence) ดังจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

4.1 ปัญหาและผลกระทบของคำศัพท์ที่หลากหลายและการจำแนกที่ไม่เป็นหนึ่งเดียว

การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์ร้ายที่สำคัญของประเทศไทย ในช่วงสามปีที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุขได้กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ (แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข) การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายถึงแม้ไม่ใช่โรคหรือความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตแต่ก็เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เป็นผลรวมสุดท้ายจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการเมือง

ปัจจัยด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยด้านขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายจึงมีความจำเป็นและท้าทาย ทั้งในมิติของการป้องกัน การดูแลรักษา การติดตามเฝ้าระวัง รวมทั้งการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายแต่ละครั้ง ซึ่งการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายจะขึ้นอยู่กับการระบุ บ่งชี้ (Identification) ที่ถูกต้องชัดเจนและการประเมินที่ครบถ้วนเพียงพอเพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย การเข้าใจลักษณะทางคลินิกและนำไปสู่การพยากรณ์ แต่อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ที่ผ่านมามีอุปสรรคที่สำคัญ คือ การขาดความชัดเจนของแนวคิด ขาดมาตรฐานการปฏิบัติ ขาดความเห็นพ้องตรงกันในระบบการตั้งชื่อ และการจำแนกประเภทของการฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากมีศัพท์ที่ใช้เรียกพฤติกรรม การฆ่าตัวตายหลากหลาย ศัพท์ที่หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น Aborted suicide attempt, Failed attempt, Failed completion, Near lethal self-harm, Near Miss Attempt, parasuicide, self-destructive behavior, self-harm behavior, self-inflicted behavior, self-injurious behavior, suicidal manipulation

ศัพท์ที่หมายถึง การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น committed suicide, completed suicide, failed attempt, fetal suicide, fatal suicide attempt, lethal suicide attempt, self-inflicted death, successful attempt, unintentional suicide ซึ่งปัญหา อุปสรรคดังกล่าวนี้ ส่งผลต่อการตีความเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อการดูแลช่วยเหลือและทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของระบบข้อมูลสารสนเทศ (Data and information system) มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง (surveillance system) และการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายทั้งระดับบุคคลและระดับพื้นที่ รวมถึงส่งผลกระทบต่อการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ถูกต้องแม่นยำต่อบุคคลและสังคม

ศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกาได้ระบุถึงความหลากหลายของศัพท์หรือคำที่ใช้เรียกพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวารสารวิชาการ เอกสารรายงานการศึกษากการฆ่าตัวตายมี

ผลกระทบในวงกว้าง ยากต่อการเปรียบเทียบความชุกระหว่างประเทศและเป็นอุปสรรคต่อการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหา (Crosby et al., 2011) สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (the Institute of medicine of the United States) ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาแห่งชาติ ยังระบุถึงความไม่สอดคล้องกันในการจำแนกประเภทและระบบการตั้งชื่อว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย “Research on suicide is plagued by many methodological problems... Definitions lack uniformity ... reporting of suicide is inaccurate...” (Goldsmith et al., 2002)

รูปแบบและการตั้งชื่อที่แตกต่างกันกระจายไปอย่างกว้างขวางเห็นได้จากการเผยแพร่ข้อมูลที่คลุมเครือไม่ชัดเจนเกี่ยวกับปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายในงานวิจัยต่างๆ ผลกระทบที่สำคัญต่อการศึกษาระดับปริญญาพบว่า อัตราของอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการบ่งชี้กรณีเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มีความไม่สอดคล้องตรงกัน ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่าความเป็นจริงนี้เป็นอุปสรรคต่อความพยายามในการทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (Brown et al., 2000) อีกทั้งมีผลกระทบต่อการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งอเมริกา โดยเฉพาะการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาเพื่อฆ่าตัวตาย จากความไม่ชัดเจนและขาดมาตรฐานในการจำแนกพฤติกรรมฆ่าตัวตายทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประเมินความปลอดภัยของยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (Meyer et al., 2010)

ข้อผิดพลาดในการจำแนก พฤติกรรมการฆ่าตัวตายส่งผลให้เกิดการระบุเหตุการณ์ฆ่าตัวตายทั้งในแบบที่มากเกินไปและน้อยเกินไป เช่นกรณีที่ผู้ป่วยตบหน้าตัวเองโดยถูกระบุว่าเป็น "ความพยายามฆ่าตัวตาย" ผู้ป่วยโรคจิตเภทเอาหัวโขกกำแพงและบอกว่าความคิดในหัวของเขา "กำลังจะระเบิด" ถูกระบุว่าเป็น "ความพยายามฆ่าตัวตาย"; ผู้ป่วยที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีความตั้งใจที่จะดำเนินการตามความคิดถูกระบุว่าเป็น "การพยายามฆ่าตัวตาย" ผู้ป่วยที่พยายามแขวนคอตัวเองด้วยเชือกหลังจากทะเลาะกับพ่อของเขาโดยถูกมองว่าเป็น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorders) ผู้ป่วยที่

ตั้งใจรับประทานยาเกินขนาดไม่ได้รับการระบุว่า เป็นการพยายามฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตายระบุว่า เป็นการพยายามฆ่าตัวตาย (Posner et al., 2007)

4.2 นิยามการฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence)

ปัญหาอุปสรรคดังกล่าวใน 4.1 เป็นแรงผลักดันสำคัญในการพัฒนาศัพท์ภาษา และนิยามที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันสำหรับบรรยายปรากฏการณ์การฆ่าตัวตาย โดยความร่วมมือของศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งอเมริกา (FDA) และหน่วยงานต่างๆ ของกองทัพสหรัฐฯ เริ่มต้นในปี ค.ศ. 2003 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ต้องการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence surveillance) จึงได้คัดเลือกคณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงานที่เป็นตัวแทนของสาขาวิชาต่างๆ (เช่น การแพทย์ จิตวิทยา ระบาดวิทยา สังคมวิทยา) สังกัดต่างๆ (เช่น รัฐบาล สถาบันการศึกษา) และสาขาต่างๆ ที่น่าสนใจ (เช่น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข การป้องกันการบาดเจ็บ) คณะทำงานนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อหารือเกี่ยวกับการหาข้อสรุปคำจำกัดความการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย สำหรับการเฝ้าระวังความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence surveillance) ในประเทศ คณะทำงานได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับคำจำกัดความของการเฝ้าระวังความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence, SDV) ข้อมูลที่รวบรวมจากการทบทวนนี้ถูกสังเคราะห์ในรายงาน จากนั้นในเดือนเมษายน ค.ศ. 2004 คณะทำงานได้จัดทำคำจำกัดความ SDV ฉบับร่าง องค์ประกอบข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการเฝ้าระวัง และรายการต่างๆ สำหรับอภิธานศัพท์ แล้วนำฉบับร่างนี้ไปหารือขอความคิดเห็นเพิ่มเติมในที่ประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และรับฟังความคิดเห็นทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติ แล้วมีการค้นคว้าเพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไข จนสรุปรายงานเป็นเอกสารนำไปสู่การปฏิบัติจริงในปี ค.ศ. 2011 (Crosby et al., 2011) นิยามของคำศัพท์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คำนิยามพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ประเภทของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	นิยาม	หมายเหตุ
ความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence, SDV)	เป็นพฤติกรรมที่มุ่งต่อตนเอง โดยจงใจให้เกิดผลบาดเจ็บหรือมีโอกาสบาดเจ็บต่อตนเอง (Behavior that is self-directed and deliberately results in injury or the potential for injury to oneself.)	เป็นคำที่มีความหมายเดียวกันและใช้แทนกันได้กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Self-injurious behavior) ความรุนแรงที่มุ่งตนเองตามนิยามนี้ไม่รวมถึงพฤติกรรม เช่น การกระโดดร่ม การพนัน การใช้สารเสพติดหรือกิจกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ขับรถด้วยความเร็วสูง แม้พฤติกรรมเหล่านี้มีความเป็นไปได้สูงที่จะได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต แต่โดยปกติแล้วจะถือว่าไม่ได้ตั้งใจที่จะทำให้เกิดผลเช่นนั้น
Suicidal-self-directed violence	พฤติกรรมที่มุ่งตนเองและจงใจให้เกิดผลบาดเจ็บหรืออาจทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ มีหลักฐานว่าเจตนาฆ่าตัวตายทั้งโดยนัยๆ หรือแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน	

ประเภทของ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย	นิยาม	หมายเหตุ
	(Behavior that is self-directed and deliberately results in injury or the potential for injury to oneself. There is evidence, whether implicit or explicit, of suicidal intent.)	
Undetermined self-directed violence	พฤติกรรมที่มุ่งตนเองและจงใจให้เกิดผลบาดเจ็บหรืออาจทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ แต่เจตนาฆ่าตัวตายไม่ชัดเจนตามหลักฐานที่มี ณ.ขณะนี้ (Behavior that is self-directed and deliberately results in injury or the potential for injury to oneself. Suicidal intent is unclear based on the available evidence.)	<u>ตัวอย่างเช่น</u> บุคคลนั้นไม่สามารถให้ข้อมูลแสดงถึงเจตนาฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากการหมดสติ ไม่สามารถพูดคุย ภาวะเป็นพิษจากสารเสพติด มีอาการโรคจิตเฉียบพลัน ภาวะสับสนวันเวลาหรือเสีย ชีวิตแล้ว หรือบุคคลนั้นไม่เต็มใจที่จะยอมรับว่ามีเจตนาฆ่าตัวตายด้วยเหตุผลอื่น (รวมถึงในระหว่างการรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงเจตนาฆ่าตัวตายยังทำได้ไม่ครบถ้วนหรือการระบุเจตนาฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจน)

ประเภทของ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย	นิยาม	หมายเหตุ
Non suicidal self-directed violence	<p>พฤติกรรมที่มุ่งตนเองและจงใจให้เกิดผลบาดเจ็บหรืออาจทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่มีเจตนาที่จะฆ่าตัวตาย</p> <p>(Behavior that is self-directed and deliberately results in injury or the potential for injury to oneself. There is no evidence, whether implicit or explicit, of suicidal intent.)</p>	<p>องค์ประกอบสำคัญของนิยาม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีหลักฐานว่ามีเจตนาฆ่าตัวตายทั้งโดยนัยๆหรือแสดงให้เห็นชัดเจน 2. พฤติกรรมดังกล่าวไม่ใช่รูปแบบของการทำให้ตนเองบาดเจ็บที่สังคมนยอมรับ เป็นการแสดงออกถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและความคิดสร้างสรรค์ เช่น การสักลายและการเจาะร่างกายฝังมุกหรือใส่ห่วงโลหะ <p><u>ศัพท์อื่นที่ใช้เรียก</u> ได้แก่ self-harm, self-mutilation, self-cutting, self-battery.</p> <p><u>ตัวอย่างพฤติกรรม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -บุคคลตัดนิ้วตนเองเพื่อหนีความสนใจจากความเจ็บปวดทางอารมณ์ • บุคคลพยายามกรีดผิวหนังเพื่อให้ได้รับความสนใจจากพ่อแม่ • เกาบาดแผลจนเลือดออกเป็น การลงโทษตัวเอง

ประเภทของ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย	นิยาม	หมายเหตุ
การฆ่าตัวตาย (Suicide)	การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น (Death caused by self-directed injurious behavior with any intent to die as a result of the behavior.)	<u>Unacceptable terms</u> คำที่ไม่ได้รับการยอมรับในการใช้ต่อไป ได้แก่ Complete suicide, fail attempt, successful suicide.
การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt)	พฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ (A non-fatal self-directed potentially injurious behavior with any intent to die as a result of the behavior. A suicide attempt may or may not result in injury.)	<u>Unacceptable terms</u> คำที่ไม่ได้รับการยอมรับในการใช้ต่อไป ได้แก่ Nonfatal suicide, parasuicide, suicide gesture, Manipulative act, and Suicide threat

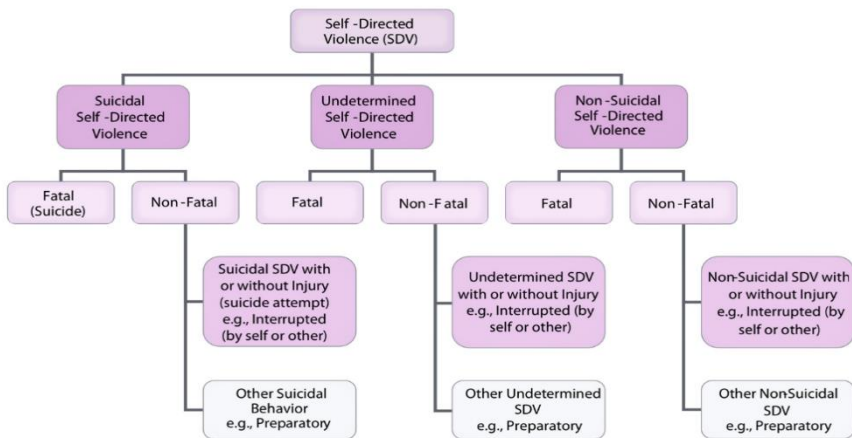
ประเภทของ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย	นิยาม	หมายเหตุ
<p>เจตนาฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)</p>	<p>มีหลักฐานในอดีตหรือปัจจุบัน (โดยเป็นนัยๆ หรืออย่างชัดเจน) ที่แสดงว่าบุคคลปรารถนาจะตาย เป็นวิธีฆ่าตนเองให้ตาย และเข้าใจผลที่อาจเกิดขึ้นตาม มาจากการกระทำ หรือจากการกระทำที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>(There is past or present evidence (implicit or explicit) that an individual wishes to die, means to kill him/herself and understands the probable consequences of his/her actions or potential actions.)</p>	

4.3 การจำแนกความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (The classification of self-directed violence)

คณะกรรมการซึ่งแต่งตั้งโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) แห่งสหรัฐอเมริกา ได้จัดให้การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence) และได้จำแนกความรุนแรงที่มุ่งตนเองออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความรุนแรงที่มุ่งตนเองที่เป็นการฆ่าตัวตาย (suicidal self-directed violence)
2. ความรุนแรงที่มุ่งตนเองที่ยังไม่แน่ใจว่าเป็นการฆ่าตัวตาย (Undetermined self-directed violence)
3. ความรุนแรงที่มุ่งตนเองที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย (Non suicidal self-directed violence)

ในแต่ละประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเองจะแบ่งออกเป็นสองลักษณะตามผลของการกระทำ คือ เสียชีวิต (Fatal) และไม่เสียชีวิต (Nonfatal) ซึ่งในกรณีที่ไม่เสียชีวิต อาจจะบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บและอาจเกิดจากการยับยั้งโดยผู้อื่นหรือยับยั้งโดยตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการเตรียมการเพื่อการกระทำรุนแรงต่อตนเองด้วย (Crosby et al., 2011) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 CDC flowchart for surveillance definitions for self-directed violence

(Crosby et al., 2011)

เอกสารอ้างอิง

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-ministryofPublicHealth.pdf>
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 371–7.
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Psychiatric and Psychological Factors. In Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academies Press (US).
- Meyer, R. E., Salzman, C., Youngstrom, E. A., Clayton, P. J., Goodwin, F. K., Mann, J. J., & Sheehan, D. V. (2010). Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *The Journal of clinical psychiatry, 71*(8), 20322.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry, 164*(7), 1035-1043

บทที่ 5

ธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ธรรมชาติของโรคใดๆ หมายถึง ลักษณะของการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการแทรกแซง (เช่น ให้การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ) ตั้งแต่สัมผัสกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแล้วมีอาการจนถึงสิ้นสุดการเจ็บป่วยซึ่งอาจจะเป็นการหายจากโรคพิการหรือเสียชีวิต (Bhopal, 2016; Gerstman, 2013; Merrill, 2016)

เราจำเป็นต้องเรียนรู้ธรรมชาติของโรคให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติของการเจ็บป่วยนั้นๆอย่างแท้จริง เพื่อสามารถนำมาปรับใช้ในกรณีวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพิ่มโอกาสรักษาให้หายขาด และลดโอกาสเสียชีวิต รวมทั้งหาวิธีหรือมาตรการจัดการกับสาเหตุและปัจจัยที่ก่อโรคเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้นๆ

ถึงแม้การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคทางจิตเวชแต่ก็เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม การเข้าใจธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ หากเราสามารถทำให้เกิดความชัดเจนถึงการเชื่อมโยงที่ดำเนินไปตั้งแต่เริ่มสัมผัสเหตุก่อโรคจนไปถึงเกิดการกระทำรุนแรงต่อตนเองจนเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจะนำไปสู่การพัฒนามาตรการและวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหามาฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566) โดยศูนย์เฝ้าระวังฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พบว่า ประชากรไทย 65 ล้านคน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน คิดเป็น 7.94 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล มบ.1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2566) และพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร (HDC, 2566) ผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตายพบมีปัจจัยเสี่ยง บางรายมีมากกว่า 1 ปัจจัย ได้แก่ 1) การป่วยโรคจิตเวช 2) การป่วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง 3) ติดสุราหรือสารเสพติด และ 4) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และมีปัจจัยกระตุ้นคือ 1) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 2) ปัญหาเศรษฐกิจ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจึงพอสรุปให้เห็นธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตายเบื้องต้นในคนไทยได้ดังนี้

1. ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (หมายถึงการคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย และ พยายามฆ่าตัวตาย) ส่วนใหญ่มักจะมีปัจจัยเสี่ยงหรือสัมผัสปัจจัยเสี่ยงทำให้บุคคลเหล่านี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความเปราะบางของร่างกายและ/หรือจิตใจ

2. กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ถึงแม้มีแนวโน้มหรือมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปแต่ก็ไม่ได้มีความคิดหรือการกระทำฆ่าตัวตายทุกราย

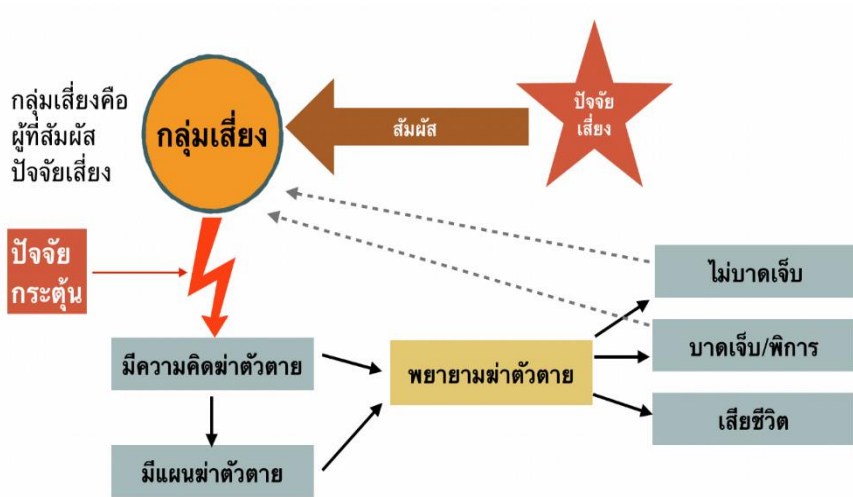
3. ความคิดฆ่าตัวตายและการตัดสินใจกระทำฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงพบว่า มีตัวกระตุ้น (Tigger) หรือมีปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ซึ่งได้แก่ วิกฤติชีวิตที่ทำให้รู้สึกอับจนหนทาง อาการของโรคจิตเวชกำเริบ ฤทธิ์ของสารเสพติด หรือเห็นตัวอย่างหรือข่าวการฆ่าตัวตายของคนใกล้ชิดหรือคนขึ้นชอบ

4. การกระทำฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นหลังจากการวางแผนหรืออาจกระทำโดยไม่มีแผน และพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะใช้วิธีการที่รุนแรงเช่น ใช้เชือกผูกคอ ใช้ปืนยิงตัวเอง กระโดดจากที่สูง หรือรับประทานสารที่มีพิษรุนแรง ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะใช้วิธีการทานยาเกินขนาด ใช้มีดกรีดที่แขน หรือทานสารพิษที่ไม่รุนแรง ซึ่งผลจากการกระทำอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ

5. ในกลุ่มที่รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายพบได้บ่อยว่า กลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำซ้ำในช่วงหนึ่งปีแรก ดังนั้นกลุ่มที่เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่ว่าช่วงใดของชีวิตจะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง

ความเชื่อมโยงของสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตายตั้งแต่มีปัจจัยเสี่ยงหรือสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจนถึงสุดท้ายของพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งอาจจะเป็นเสียชีวิต บาดเจ็บ หรือไม่บาดเจ็บ แสดงให้เห็นดังในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



จากธรรมชาติของพฤติกรรมฆ่าตัวตายดังที่ได้อธิบายมานี้จะนำไปสู่คำถามการวิจัยเพื่อหาคำตอบให้เกิดความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มากยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มหรือมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงมีอะไรบ้าง? ปัจจัยกระตุ้นหรือตัวกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายในคนไทยมีอะไรบ้าง? ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้นกระจายตามเวลา สถานที่ และบุคคลอย่างไร? รวมถึงคำถามสำคัญที่นักวิจัยด้านการฆ่าตัวตายหาคำตอบมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบันและยังไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน นั่นคือ อะไรเป็นปัจจัยหรือเป็นตัวกำหนดในการเปลี่ยนจากความคิดฆ่าตัวตายไปสู่การตัดสินใจลงมือกระทำ (suicidal ideation to action) ความพยายามในการสร้างโมเดลและทฤษฎีเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังคงมีอยู่ตลอดและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายๆ ประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- Bhopal, R. S. (2016). *Concepts of epidemiology: integrating the ideas, theories, principles, and methods of epidemiology*. Oxford University Press.
- Gerstman, B. B. (2013). *Epidemiology kept simple: an introduction to traditional and modern epidemiology*. John Wiley & Sons.
- Merrill, R. M., Frankenfeld, C. L., Freeborne, N., & Mink, M. (2016). *Behavioral epidemiology: Principles and applications*. Jones & Bartlett Publishers.

บทที่ 6

สมมติฐานการฆ่าตัวตายในคนไทย

ในบทนี้จะกล่าวถึงสมมติฐานและโมเดลที่ใช้อธิบายอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย เพื่อเป็นกรอบสำหรับทีมสอบสวนในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆให้ได้อย่างครบถ้วน และสามารถนำมาเป็นแนวทางตั้งสมมติฐานเพื่อพิสูจน์การเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในรายที่กำลังสอบสวนอยู่ และเพื่อความเข้าใจในสมมติฐานซึ่งอาศัยหลักการทางระบาดวิทยา ทีมสอบสวนจำเป็นจะต้องทราบนิยามคำศัพท์เหล่านี้

6.1 นิยามคำศัพท์ที่สำคัญ

สมมติฐาน (Hypothesis)

สมมติฐานคือ แนวคิดที่ได้รับการเสนอไว้เป็นคำอธิบายที่น่าจะเป็นไปได้สำหรับสถานการณ์หรือเงื่อนไขเฉพาะ แต่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าถูกต้อง (Definition of hypothesis from Collins English Dictionary) สมมติฐานเป็นคำอธิบายที่เสนอไว้สำหรับปรากฏการณ์หรือคำถามทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถทดสอบได้ผ่านการวิจัยและการทดลอง เป็นส่วนพื้นฐานของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยที่นักวิจัยกำหนดสมมติฐานตามความรู้และทฤษฎีที่มีอยู่ ทำการทดลองหรือรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบ จากนั้นจึงวิเคราะห์ผลลัพธ์เพื่อสนับสนุนหรือหักล้างสมมติฐาน

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง สิ่ง que เพิ่มโอกาสการเกิดโรค (National cancer institute's dictionary) หรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยง (Risk) ของการเป็นโรคและการติดเชื้อ (Vaz, 2005) ซึ่งความเสี่ยง (Risk) คือความน่าจะเป็นที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นสาเหตุ (cause) หรืออาจไม่ใช่ ปัจจัยเสี่ยงเป็นเพียงตัวพยากรณ์โรคซึ่งไม่จำเป็นว่าปัจจัยเหล่านั้นทำให้เกิดโรค (Fletcher, 2014; 2019) ดังนั้น

ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายจึงหมายถึงตัวแปรหรือสิ่งที่เพิ่มโอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การคิด การวางแผนและการกระทำ)

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factor)

ปัจจัยกระตุ้น คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นของการเจ็บป่วย การเกิดโรค การเกิดอุบัติเหตุ หรือการตอบสนองทางพฤติกรรม (medical conditions dictionary) โดยทั่วไป precipitating factors คือ สิ่งที่กระตุ้น(Trigger) ให้เริ่มเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย (onset of health issues) เป็นปัจจัยที่ทำให้เราทราบว่า ทำไมคนนี้ถึงมีอาการตอนนี้ (Bolton, 2014) ปัจจัยกระตุ้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงหมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เริ่มต้นเกิดความคิดวางแผนหรือลงมือกระทำฆ่าตัวตาย

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)

ปัจจัยปกป้องหมายถึง ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดโรค แต่ไม่รับประกันว่าบุคคลนั้นจะไม่เป็นโรค (Beale,2017) ปัจจัยปกป้องพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงเป็นปัจจัยหรือคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสน้อยที่จะคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

อุบัติการณ์ (Incident)

อุบัติการณ์หมายถึง เหตุการณ์หรือการเกิดขึ้นที่ไม่ได้คาดคิดหรือทันทีทันใด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตราย ความเสียหาย หรือการเปลี่ยนแปลงทันทีทันใดต่อบุคคล องค์กร หรือระบบ

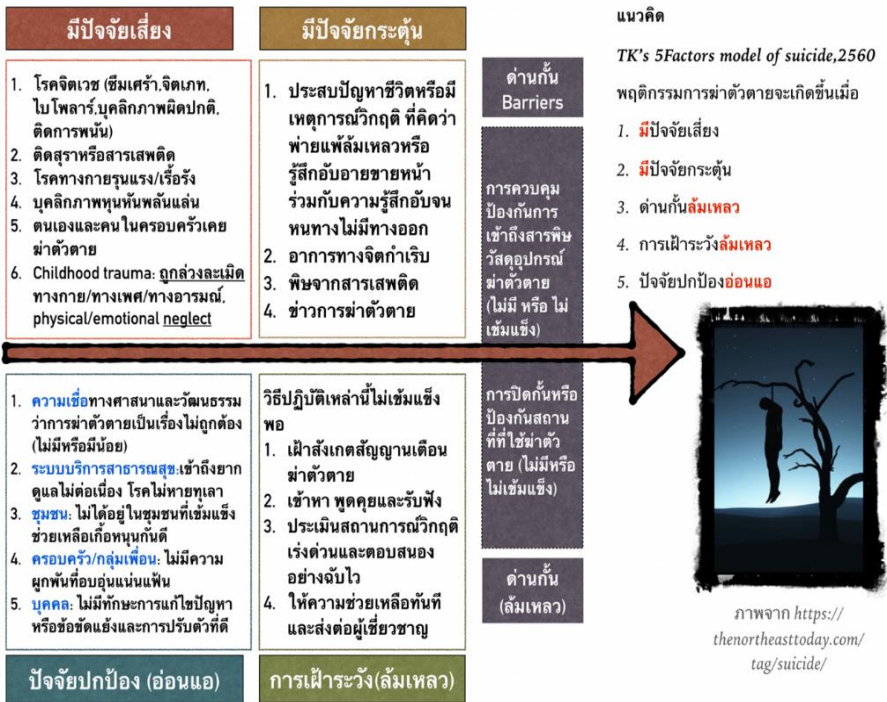
6.2 โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย

สมมุติฐานที่ใช้อธิบายการฆ่าตัวตายในคนไทย ที่เรียกว่า “โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK’s Five Factors model of suicide)” ได้เสนอเป็นกรอบความคิด โดยนายแพทย์ธรรณิษฐ์ กองสุข ในปีพ.ศ. 2560 ในช่วงที่ทำงานในเขตสาธารณสุขที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน เป็นเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย และบางจังหวัดในเขต

สุขภาพนี้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงต่อเนื่องหลายปี สมมติฐานนี้เกิดจากข้อเท็จจริงที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษาช่วยเหลือ เยียวยาญาติและผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย การประชุมหารือทางการแพทย์รายกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (suicide and suicide attempt case conference) ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองทั้งกรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตที่อยู่ในระบบรายงาน 506S ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของทีมสอบสวนที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการสอบสวนอุบัติเหตุกรณีฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง (SDV) ซึ่งกระจายประจำอยู่ในจังหวัดต่างๆ

สมมติฐานโดย โมเดล 5 ปัจจัยการฆ่าตัวตาย (TK's Five Factors model of suicide) เสนอว่า อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้เป็นการอุทิศตนต่อความเชื่อ ศาสนาหรือพิธีศพเพื่อชาติ กลุ่ม หรือเผ่าพันธุ์ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีครบ 5 เงื่อนไขปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) มีปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้บุคคลมีความไว(susceptibility) หรือมีความอ่อนแอของร่างกายและ/หรือจิตใจ 2) มีปัจจัยกระตุ้น ที่ทำให้คิดฆ่าตัวตายและตัดสินใจกระทำ 3) การเฝ้าระวังล้มเหลว (หมายถึง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย) 4) ด้านกั้นล้มเหลว (หมายถึง ด้านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย) และ 5) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือไม่ครบทั้ง 5 เงื่อนไขปัจจัย อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะไม่เกิดขึ้น ดังแสดงในภาพที่

3



ภาพที่ 3 โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย

ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีหลักฐานสนับสนุนเข้มแข็ง และหากมีหรือเกิดขึ้นกับบุคคลใดจะมีโอกาสสูงในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น 6 หมวดดังต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช (Turecki, 2019; Favril, 2022; Miola, 2023) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โรคไบโพลาร์ (bipolar disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders)

2. การติดสุราหรือสารเสพติด (Ullman, 2021; Favril, 2022) ได้แก่ สุรา (Alcohol use disorders), กัญชา (cannabis use disorders), ยานอนหลับ (sedative or hypnotic use disorders), สารเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ (Illicit Substances use disorders)

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง (อนุพงศ์ บุญมา; 2556; Turecki, 2019) ได้แก่ อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิการ์ โรคปอดคีรัระเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง และหากมีการป่วยทางกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Kavalidou, 2016)

4. บุคลิกภาพ หุนหันพลันแล่น (aggressive impulsive trait) และนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) (Turecki, 2019)

5. เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Turecki, 2019; Ullman, 2021; Favril, 2022)

6. ประสบเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Childhood trauma or early life adversity) ทั้งการถูกทอดทิ้ง (Neglect) และถูกล่วงละเมิดหรือทารุณกรรม (Abuse) ทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชีวิตต่อมาภายหลัง (Turecki, 2019; Ullman, 2021; Rogerson, 2024)

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) หรือตัวกระตุ้น (Trigger)

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีหลักฐานสนับสนุนเข้มแข็ง แบ่งได้เป็น 4 หมวด ได้ดังนี้

1. วิกฤตในชีวิต หรือ Stressful life event ได้แก่ การสูญเสียสัมพันธ์ภาพกับคนที่รักหรือคนสำคัญในชีวิต ตกงาน ถูกกีดกันทางสังคมหรือโดดเดี่ยวทางสังคม (Social isolation) (Turecki, 2019) ความขัดแย้งในครอบครัว (Family-related conflict) ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ (Relationship conflict) ปัญหาด้านกฎหมายถูกฟ้องร้องมีคดีความ ปัญหาการเงิน (Financial problems) ปัญหาการเรียนหรือที่โรงเรียน (Favril, 2022) การถูกบูลลี่รวมถึงโซเชียลมีเดีย (Korczak, 2015; Zhu, 2023) ซึ่งโดยรวม

stressful life events สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย OR 2.18 95%CI (1.63, 2.93) number of effect size =23 (Franklin, 2017) และถ้ามีเหตุวิกฤติในชีวิตที่ประเมินว่าเป็นการพ่ายแพ้ (defeated) และ/หรือ ทำให้อับอายขายหน้า อับยศอดสู (Humiliation) ร่วมกับบุคคลนั้นขาดทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาจะทำให้รู้สึกอับจนหนทาง ไม่มีทางออก และถ้ามีความรู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยก หรือ ความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อผู้อื่น รวมถึงขาดเป้าหมาย/เหตุผลที่มีชีวิตอยู่และขาดการช่วยเหลือทางสังคม บุคคลนั้นก็จะมีโอกาสสูงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย (O'Connor, 2018)

2. อาการทางจิตกำเริบ: โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาหรือขาดการรักษา อาจมีอาการอย่างหนึ่งคือคิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆหรือคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำฆ่าตัวตายได้หากมีเงื่อนไขที่เหมาะสมครบถ้วน รวมถึงโรคจิตเภทหากไม่ได้รับการรักษาหรือขาดการรักษาจนมีอาการกำเริบเกิดมีหูแว่วหรือเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

3. พิษของสารเสพติด: มีสารเสพติดหลายตัวที่ออกฤทธิ์หลอนประสาททำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้ เช่น การใช้กัญชาในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย OR 3.46 (95% CI, 1.53-7.84, I² = 61.3%) (Gobbi, 2019)

4. รับทราบข่าวการฆ่าตัวตาย: การทราบข่าวฆ่าตัวตายของคนที่รัก คนใกล้ชิด หรือคนที่ชื่นชอบ หรือแม้แต่การเสพยาหรือนำเสนองการฆ่าตัวตายจากทีวีหรือโซเชียลมีเดียซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง พบบ่อยว่าเป็นตัวกระตุ้น (Trigger) ให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีความปรารถนาที่จะตายอยู่แล้ว ตัดสินใจกระทำการฆ่าตัวตาย (O'Connor, 2018)

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)

ปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนเข้มแข็งว่าสัมพันธ์กับการลดโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งได้ 6 หมวด ดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล: ได้แก่ การมีทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่ดี (Coping and problem-solving skill) (McAuliffe, 2006)

2. ระดับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน: การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่นแน่นแฟ้น และการมีเพื่อนสนิทที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันจะลดความทุกข์ใจเมื่อเผชิญปัญหาและรู้สึกไม่อับจนหนทางได้ง่าย

3. ระดับชุมชน: การอาศัยอยู่ในชุมชนเข้มแข็งที่มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันดี (social support) และมีการเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดี (connectedness) หมายถึง ระดับที่บุคคลหรือกลุ่มคนมีความใกล้ชิดกันทางสังคม มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน หรือแบ่งปันทรัพยากรกับบุคคลหรือกลุ่มอื่นๆ รวมความถึง social support, social participation, social integration, social cohesion, and social capital. ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยป้องกันและยับยั้งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2013.)

4. ระดับระบบบริการสาธารณสุข: การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สะดวกและคุณภาพการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจนหายทุเลาหรือลดความพิการ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพจิต (Turecki, 2019) ระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของประเทศไทย ที่ทีมสอบสวนปฏิบัติการรณรงค์ฆ่าตัวตายต้องให้ความสำคัญในการหาข้อมูลที่เป็นจุดบกพร่องของระบบเพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงพัฒนาป้องกันการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย ได้แก่

- 1) ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือกรณีกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย
- 2) ระบบเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย
- 3) ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและผู้ติดสารเสพติด
- 4) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
- 5) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคจิตเภท

ซึ่งระบบทั้ง 5 นี้ ต่างมีแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติ พบบ่งชี้ว่าอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของระบบเหล่านี้ เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วย Major depressive disorder เป้าหมายสำคัญในการรักษาคือต้องให้อาการของโรคหายสนิท (เช่น คะแนนประเมินด้วย 9Q<7) และผู้ป่วย

ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 6-9 เดือนหลังจากอาการทุเลา (remission) จึงจะสามารถลดอาการกลับซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในระบบสาธารณสุขบางพื้นที่ขาดระบบติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดนัด ไม่ได้รับยาต่อเนื่องจนครบ 6-9 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนเกิดมีความคิดฆ่าตัวตายและนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด เช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคติดสุรา และโรคติดสารเสพติดต่างๆ ซึ่งต้องรักษาจนให้หายทุเลาและต้องติดตามอย่างต่อเนื่องป้องกันการกลับซ้ำ กิจกรรมดังกล่าวนี้ที่จริงแล้วก็คือการลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายนั่นเองเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายและอาการของโรคกำเริบก็เป็นตัวกระตุ้น (Triggers) ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

5. ระดับสังคม ความคิดความเชื่อและศาสนา: ในสังคมที่ปลูกฝังความคิดความเชื่อ อย่างจริงจังเข้มข้น ว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและสังคมไม่ยอมรับ จะเป็นปัจจัยปกป้องลดการฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากประเทศอิสลามซึ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่าประเทศอื่นๆ ในโลก (Lester 2006; Shah & Chandia, 2010) และข้อมูลจาก WHO (2014) ชัดเจนว่าในปี ค.ศ. 2012 ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีชาวมุสลิมปกครอง มีอัตราการฆ่าตัวตายโดยประมาณต่ำที่สุดแห่งหนึ่ง อิสลามหมายถึงการคล้อยตามต่อพระเจ้า การยอมรับคล้อยตามนี้ทำให้ท้ายที่สุดแล้วพระเจ้าคือผู้ตัดสินทุกสิ่ง ต้องดำเนินการตามคำสั่งสอนหรือข้อความแห่งเหตุผล ศาสนาอิสลามสอนให้ชาวมุสลิมเชื่อในการสถิตอยู่ของพระเจ้าและในการพิพากษาครั้งสุดท้ายของพระเจ้า การฆ่าตัวตายถือเป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลาม ตระกาะเบื้องหลังข้อห้ามนี้คือ มีการกระทำที่ควบคุมกำกับสิ่งต่างๆรวมทั้งชีวิต ซึ่งหมายถึงเป็นเพียงความสนใจของพระเจ้าเท่านั้น นอกจากนี้ การฆ่าตัวตายยังบ่งชี้ถึงการขาดความไว้วางใจในพระเจ้า ผู้ทรงสามารถทำให้สิ่งต่างๆดีขึ้นได้ (Okashar in Wasserman, 2020) ในโครงการหนึ่ง อัลกุรอานกล่าวว่า “บรรดาผู้ที่ศรัทธาและผู้ที่มีจิตใจมุ่งมั่นด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์; บัดนี้โดยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ทำให้หัวใจได้สงบลงอย่างแน่นอน” ซึ่งเป็น

ตัวอย่างหนึ่งที่อิสลามพยายามจัดการกับความทุกข์ทางจิตใจและหรือทางอารมณ์ แนวทางปฏิบัติที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในศาสนาอิสลามคือการละหมาดซึ่งปกติจะสวดมนต์ห้าครั้งต่อวัน เป็นช่วงเวลาเฉพาะที่ชาวมุสลิมใช้เวลาในการถวายเป็นเกียรติแด่พระเจ้า นอกจากนี้ ผู้นำอิสลามหรือที่รู้จักกันในชื่อ "อิหม่าม" ยังให้การช่วยเหลือสมาชิกในเรื่องต่างๆ ไม่เพียงแต่เรื่องศาสนาและจิตวิญญาณเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัญหาส่วนตัว สังคม และจิตเวชด้วย (Ali et al., 2005) แต่อย่างไรก็ตามศาสนาอิสลามดูเหมือนจะระงับยับยั้งการฆ่าตัวตายได้ แต่ไม่ใช่ความคิดฆ่าตัวตาย ข้อสังเกตนี้สนับสนุนจากการค้นพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคูเวต ร้อยละ 58 มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่กระทำฆ่าตัวตาย (Leff, 1986)

ด่านกั้น (Barriers)

ด่านกั้น หมายถึง ด่านกั้นสำหรับสกัดหรือยับยั้งการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย สำหรับอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายในคนไทยนั้นวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ เชือกหรือวัสดุที่ใช้ผูกคอ ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย มักจะทานยาเกินขนาด ซึ่งเป็นยาสามัญประจำบ้านหรือยาที่ซื้ออยู่ประจำ หรือสารพิษที่ใช้ในครัวเรือนหรือในงานเกษตรกรรม นอกจากนั้นยังมีวิธีอื่นๆ เช่น รมควันในรถยนต์ ใช้ปืน กระโดดจากที่สูง (สะพาน หรือตึกอาคาร) ซึ่งแทบทุกอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะพบวาด่านกั้นที่จะสกัด ยับยั้งหรือขัดขวางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย ไม่มี หรือหะหลวมไม่เข้มแข็งพอทำให้บุคคลที่มีความคิดและมีเจตนาจะฆ่าตัวตายเสาะหาวัสดุอุปกรณ์สารพิษได้อย่างสะดวก รวมถึงการเข้าไปยังสถานที่ที่จะใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น

ด้วยเหตุนี้จึงมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงถึงผลกระทบของการเข้าถึงวิธีการที่เป็นอันตรายถึงชีวิตในฐานะปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (Yip, 2012; Turecki, 2019)

การเฝ้าระวังป้องกัน

การเฝ้าระวังป้องกันในที่นี้จะหมายถึงการสังเกตเฝ้าระวังสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย โดยจะมีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

1. เฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย

2. เข้าหา พูดคุยและรับฟัง เมื่อพบสัญญาณเตือนเพื่อสำรวจความทุกข์ใจและความตั้งใจฆ่าตัวตาย

3. ประเมินสถานการณ์วิกฤติ เร่งด่วน (ที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) และตอบสนองอย่างฉับไว

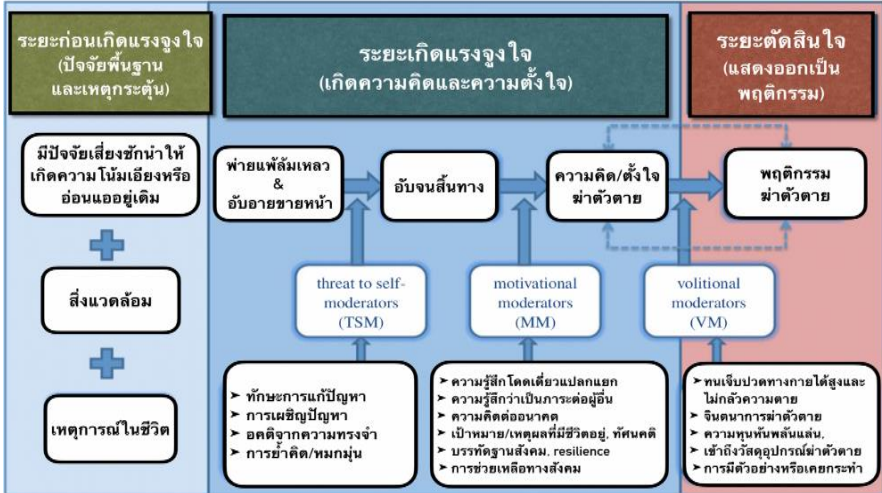
4. ให้ความช่วยเหลือทันที (รวมถึงการยับยั้งการกระทำฆ่าตัวตาย) และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

หากวิธีปฏิบัติดังกล่าวนี้ไม่เข้มแข็งพอจะนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายได้ในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ และเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย

6.3 โมเดลการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior, IMV)

Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior, IMV model พัฒนาขึ้นโดย Rory O'Connor (O'Connor, 2011; O'Connor, 2018) เป็นแบบจำลองสามระยะ ดังแสดงในภาพที่ 4 ที่กำหนดให้การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะ ไม่ใช่เป็นเพียงผลพลอยได้หรืออาการของโรคทางจิตเท่านั้น โดยจะเสมือนแผนที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและเหตุกระตุ้นให้เกิดความคิด/เจตนาฆ่าตัวตายไปจนถึงการกระทำฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นโมเดลนี้ยังให้สมมติฐานที่สามารถทดสอบได้และชี้ให้เห็นโอกาสในการแทรกแซงเพื่อช่วยเหลือแก้ไขและป้องกัน

IMV MODEL อธิบายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ของ RORY O' CONNOR



Adapt from: O'Connor RC, Kurtley CJ. 2018 The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Phil. Trans. R. Soc. B 373: 20170268. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

ภาพที่ 4 Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior, IMV model

ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (pre-motivational phase)

อธิบายบริบททางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial context) ซึ่งอาจทำให้ความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ภายใต้แนวคิด diathesis-environment- life events triad ความเสี่ยงหรือความโน้มเอียงของบุคคล(Diatheses) อยู่ในรูปแบบของปัจจัยที่ทำให้เปราะบางทางชีววิทยา พันธุกรรม หรือพุทธิปัญญา (cognitive) หรือลักษณะความแตกต่างของบุคคลที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การลดลงของสารสื่อประสาทซีโรโทนินในระบบประสาทส่วนกลาง การเป็นคนนิยมความสมบูรณ์แบบ(Perfectionism) (ซึ่งมีสมมุติฐานว่าความสมบูรณ์แบบจะเพิ่มโอกาสให้บุคคลรู้สึกพ่ายแพ้ได้ง่ายเมื่อเกิดวิกฤติปัญหาเนื่องจากจะไวต่อสัญญาณด้านลบจากสังคมรอบข้างและการเป็นคนนิยมความสมบูรณ์แบบจะไวต่อการเกิดความเจ็บปวดด้านอารมณ์ (Emotional pain)) การอยู่ในภาวะที่มีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคมสูง ช่วงเศรษฐกิจถดถอย การประสบความ

ลำบากในวัยเด็ก หรือมีเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต เหล่านี้เป็นปัจจัยทำให้บุคคลเปราะบาง มีโอกาสสูงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

ระยะเกิดแรงจูงใจ (motivational phase)

อธิบายถึงปัจจัยและตัวกำกับต่างๆที่ส่งเสริมและขัดขวางการเกิดขึ้นของความคิดฆ่าตัวตาย ระยะนี้จะมุ่งไปที่กระบวนการทางจิตวิทยาที่ทำให้เกิดความคิดและความตั้งใจฆ่าตัวตาย โดยให้ความสำคัญกับการประเมินว่า ตนเองพ่ายแพ้(defeated)และ/หรืออับอาย(humiliation) ร่วมกับความรู้สึกของการติดกับดักไม่มีทางออก(entrapment) ซึ่งความรู้สึกติดกับดักไม่มีทางออกหรืออับจนหนทางนี้สามารถจำแนกเป็น internal entrapment (เกี่ยวข้องกับ การติดอยู่กับความเจ็บปวดที่เกิดจากความความคิดและความรู้สึกภายในกายในใจ) และ external entrapment (เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในโลกภายนอก) ความคิดฆ่าตัวตาย(Suicidal ideation) จะเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการที่เริ่มจากความรู้สึกพ่ายแพ้ และ อับอาย (อาจเป็นลักษณะจากการถูกปฏิเสธทางสังคมหรือการสูญเสีย) ในระยะนี้จะมีตัวกำกับที่เรียกว่า Threat to self- modulators (TSM) ซึ่งจะมีผลทั้งทางส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดความรู้สึกติดกับดักอับจนหนทาง ได้แก่ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การย่ำคิดในด้านลบ (Rumination) การเผชิญปัญหา(Coping) และอคติจากความทรงจำ(memory biases) สำหรับการเปลี่ยนผ่านจาก entrapment จนเกิดความคิด/ความตั้งใจฆ่าตัวตาย จะมีตัวกำกับที่เรียกว่า motivational moderator (MM) ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยก ความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อผู้อื่น ความคิดต่ออนาคต เป้าหมาย/เหตุผลที่มีชีวิตอยู่, ทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (Attitude toward suicide) บรรทัดฐานสังคม(norm) ความสามารถในการฟื้นตัว (resilience) และ การช่วยเหลือทางสังคม

ระยะตัดสินใจ (volitional phase)

จาก suicidal ideation สู่ suicide attempt หรือ suicide จะมีตัวกำกับที่เรียกว่า volitional modulator (VM) จะส่งเสริมหรือยับยั้งการกระทำฆ่าตัวตาย ได้แก่ การทนเจ็บปวดทางกายได้สูงและไม่กลัวความตาย การจินตนาการฆ่าตัวตาย(mental imagery

of suicide) ความหุนหันพลันแล่น(Impulsive), การมีแผนฆ่าตัวตาย การเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ฆ่าตัวตาย และการมีตัวอย่างหรือเคยกระทำฆ่าตัวตาย

โดยสรุป IMV เสนอว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างซับซ้อนของปัจจัยต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และมีความตั้งใจ จนไปถึงกระทำฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 คือระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (pre-motivational phase) จะอธิบายบริบททางชีวจิตสังคม(Biopsychosocial context) ที่ทำให้เกิดความเปราะบางของบุคคล ระยะที่ 2 คือ ระยะเกิดแรงจูงใจ (motivational phase) อธิบายถึงปัจจัยและตัวกำกับต่างๆที่ส่งเสริมและขัดขวางการเกิดขึ้นของความคิดฆ่าตัวตาย และระยะที่ 3 คือ ระยะตัดสินใจ (volitional phase) อธิบายถึงปัจจัยและตัวกำกับที่ส่งเสริมและขัดขวางการเปลี่ยนผ่านจากความคิดฆ่าตัวตายไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย โดยความตั้งใจ(Intention)ฆ่าตัวตายถูกกำหนดโดยความรู้สึกติดกับดัก (entrapment) อับจนหนทางไม่มีทางออก การฆ่าตัวตายถูกมองเห็นว่าเป็นวิธีแก้ปัญหาที่สำคัญสำหรับสถานการณ์ขณะนั้นของชีวิต ความรู้สึกติดกับดักอับจนหนทางดังกล่าวนี้ถูกกระตุ้นจากการประเมินว่าเกิดการพ่ายแพ้ (defeated) และ/หรือเกิดความอับอาย (Humiliation) ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อความเครียด (Stressors) อย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การเปลี่ยนผ่านจากระยะมีความพ่ายแพ้/ความอับอายไปสู่การติดกับดักอับจนหนทาง และจากการติดกับดักอับจนหนทางไปสู่มีความคิด/เจตนาฆ่าตัวตาย และจากมีความคิด/เจตนาจนไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะถูกกำหนดโดยตัวกำกับ (modulators) ของแต่ละขั้นตอน ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการเปลี่ยนผ่านระหว่างขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1): 3-16
- Bolton, J. (2014). Case formulation after Engel - The 4P model. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 21(3), 179-189.
- Beale L. (2017). *Human disease and health promotion*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., p.11.
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Mental Health*, 25(4), 148-155.
- Fletcher, R. H. (2014). *Clinical Epidemiology: the Essentials*. In *Clinical Epidemiology: the Essentials*. pp. 255-255.
- Fletcher, G. S. (2019). *Clinical epidemiology: the essentials*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187-232.
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., & Mayo, N. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(4), 426-434.
- Kavalidou, K., Smith, D. J., & O'Connor, R. C. (2017). The role of physical and mental health multimorbidity in suicidal ideation. *Journal of affective disorders*, 209, 80-85.
- Korczak, D. J., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2015). Suicidal ideation and behaviour. *Paediatrics & child health*, 20(5), 257-260.
- Leff JP. (1986). *Transcultural Psychiatry: The epidemiology of mental illness across cultures*. In: JL Cox (ed.), Croom Helm, London. Routledge, pp.25-39.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., Arensman, E., Bille-Brahe, U., de Leo, D., et al. (2006). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychological Medicine*, 36(1), 45-55.

- Miola, A., Tondo, L., Pinna, M., Contu, M., & Baldessarini, R. J. (2023). Suicidal risk and protective factors in major affective disorders: a prospective cohort study of 4307 participants. *Journal of affective disorders*, 338, 189-198.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, R. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis-The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 295-298.
- Rogerson, O., O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2024). The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: an ecological momentary assessment study. *Journal of affective disorders*, 352, 479-489. doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.029
- Shah A, Chandia M (2010). The relationship between suicide and Islam: a cross-national study. *Journal of Injury and Violence Research*, 2, 93-7.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0)
- Ullman, K., Landsteiner, A., Linskens, E., MacDonald, R., McKenzie, L., Murdoch, M., & Wilt, T. J. (2021). Risk and protective factors across socioecological levels of risk for suicide: An evidence map. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC): Evidence Synthesis Program, Health Services Research and Development Service, Office of Research and Development, Department of Veterans Affairs. VA ESP Project #09-009; <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/reports.cfm>
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior: strategic direction for the prevention of suicidal behavior. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5275>
- Vaz, F., Ferreira, J., Ribeiro, E., Rebouta, L., Lanceros-Mendez, S., Mendes, J. A., & De Rijk, J. (2005). Influence of nitrogen content on the structural, mechanical and electrical properties of TiN thin films. *Surface and Coatings Technology*, 191(2-3), 317-323.

Suicide and Suicide attempt incident investigation, new approach.

- World Health Organization (WHO) (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Library Cataloguing-in-Publication Data World Health Organization, pp. 16–19.
- Wasserman, D. (Ed.). (2020). Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford University Press, pp. 53-59.
- Yip, P. S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399.
- Zhu, S., Li, X., & Wong, P. W. (2023). Risk and protective factors in suicidal behaviour among young people in Hong Kong: A comparison study between children and adolescents. *Psychiatry research*, 321, 115059.

บทที่ 7

ขั้นตอนการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์หลักของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมประเด็นสำคัญจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ทราบเหตุปัจจัยอย่างครบถ้วน ดังนั้นการกำหนดว่าข้อมูลที่สำคัญและแหล่งข้อมูลที่จะสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วนถูกต้องนั้นคืออะไรบ้างจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ข้อมูลที่สำคัญในการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

การสอบสวนอุบัติการณ์ ที่เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (self-directed violence; SDV) ซึ่งอาจเป็นทั้งการฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย หรือความรุนแรงที่มุ่งตนเองที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย เมื่อได้รับข้อมูลเบื้องต้นที่มสอบสวนต้องให้การยืนยัน คัดแยกอุบัติการณ์ความรุนแรงที่มุ่งตนเองที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตายออกไปแล้ว จึงทำการรวบรวมข้อมูลและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยข้อมูลที่สำคัญจะมีอยู่ทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

1. **ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลของเหตุการณ์:** ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด เช่น ชื่อนามสกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การศึกษา และอื่นๆตามที่ระบุไว้ในแบบรายงานการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย และ 2) ข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามเวลา สถานที่ รวมทั้งวิธีและกลไกที่ทำให้เสียชีวิตหรือบาดเจ็บ ซึ่งรายละเอียดของการบันทึกวิธีใช้ฆ่าตัวตายจะอยู่ในแบบรายงานการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย (มีแสดงในภาคผนวก)

2. **ข้อมูลสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง:** เป็นข้อมูลและหลักฐานที่เชื่อมโยงถึงสาเหตุและปัจจัยที่นำมาสู่การกระทำฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ข้อมูลในหมวดนี้ควรจะครบถ้วนชัดเจนครอบคลุมปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยง 2) ปัจจัยกระตุ้น 3) ปัจจัยปกป้อง 4) การเฝ้าระวัง และ 5) สภาพและประสิทธิภาพของด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษและสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย

3. ข้อมูลของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง: ข้อมูลที่จำเป็นในหมวดนี้จะเกี่ยวกับประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่เกิดเหตุ ได้แก่ 1) ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือกรณีกระทำรุนแรงมุ่งตนเองหรือฆ่าตัวตาย 2) ระบบเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 3) ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 4) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และ 5) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคจิตเภท

แหล่งข้อมูลในการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

แหล่งข้อมูลในการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจัดแบ่งเป็น 2 ประเภท

1. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ อาจเป็นบุคคลพยายามฆ่าตัวตายที่รอดชีวิตหรือเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น สามีภรรยา พี่น้อง ลูกหลานหรือเพื่อนสนิท หัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน แพทย์พยาบาลผู้รักษา นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ที่เคยให้การดูแลช่วยเหลือ หรือพระสงฆ์ที่ผู้กระทำฆ่าตัวตายให้ความเคารพและเคยไปปรึกษาหารือ แหล่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง (ในส่วนของความอบอุ่นในครอบครัวและความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน) การเฝ้าระวังป้องกันและรวมถึงสภาพของด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีแหล่งข้อมูลบุคคลอื่นที่สำคัญเช่น ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ครูประจำของโรงเรียนในชุมชน อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แหล่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถให้ข้อมูลด้านปัจจัยปกป้องทั้งในระดับความคิดความเชื่อเรื่องฆ่าตัวตาย ความเข้มแข็งของชุมชน ความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพของคนในชุมชน สภาพและประสิทธิภาพของด่านกั้นที่เป็นสถานที่หรือที่สาธารณะของชุมชนที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

2. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ แฟ้มประวัติผู้ป่วย บันทึกส่วนตัว จดหมายลาตาย บันทึกผลหรือประวัติการเรียนของนักเรียนนักศึกษา ข้อความหรือคำพูดในสื่อโซเชียลมีเดีย Facebook, TikTok, LINE และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ มีข้อมูลหลายส่วนที่แหล่งข้อมูลทุติยภูมิให้รายละเอียดและหลักฐานที่น่าเชื่อถืออย่างครบถ้วนสมบูรณ์

มากกว่าแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เช่น ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช ความเจ็บป่วยทางกาย ข้อมูลการดูแลรักษา รวมถึงสภาวะของโรคในช่วงเวลาหรือในขณะที่เกิดการฆ่าตัวตาย และข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพและจุดบกพร่องของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในแต่ละครั้ง

การเลือกแหล่งข้อมูลและการกำหนดจำนวนแหล่งข้อมูลมากขึ้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้กล่าวมาที่มีความอิ่มตัว (Data saturation) แล้วหรือไม่ คือ ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่มีอยู่นั้นมีความคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่เพิ่มขึ้น และได้ข้อมูลครบถ้วนส่วนสำคัญทั้ง 3 ส่วน สามารถตอบสนองมาตรฐานของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งนี้ได้ชัดเจนแล้ว

ขั้นตอนของการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ประยุกต์ใช้แนวทางของการสอบสวนทางระบาดวิทยาภาคสนาม (Field epidemiological investigation) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เตรียมปฏิบัติการ
2. ตรวจสอบยืนยันการฆ่าตัวตาย
3. รวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยา
4. รวบรวมข้อมูลระบบบริการที่เกี่ยวข้อง
5. ค้นหาผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ต้องเยียวยาจิตใจ และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวังป้องกัน
6. สร้างสมมติฐานการเกิดอุบัติการณ์
7. ทดสอบสมมติฐานจากข้อมูลที่ได้หรือศึกษาเชิงวิเคราะห์
8. วางแผนให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ และเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยง
9. สรุปรายงาน ให้ข้อเสนอแนะและเผยแพร่

7.1 ขั้นตอนเตรียมปฏิบัติการ

ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นหลังจากที่ทีมสอบสวนได้รับรายงานจากจุดรับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายว่ามีการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้น จุดรับแจ้งเหตุของจังหวัดอาจเป็น 191 หรือ 1669 ที่สามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนที่พบเห็นใน

ชุมชนได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งควรจะใช้หมายเลขเดียวทั้งจังหวัด ไม่ควรมีจุดหรือหมายเลขรับแจ้งรายอำเภอเพราะจะทำให้เกิดความสับสนและหากผู้พบเห็นเหตุการณ์เป็นผู้ที่มาจากต่างจังหวัดอาจจะลำบากในการแจ้งเหตุ ในกรณีนี้ที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายถูกส่งตัวมาที่ห้องฉุกเฉินหรือห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ผู้สอบสวนก็อาจจะได้รับการรับแจ้งหรือรายงานจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของห้องฉุกเฉินหรือหน่วยงานผู้ป่วยนอกหลังจากที่ทีมสอบสวนได้รับรายงาน ควรยืนยันการฆ่าตัวตายเบื้องต้นจากข้อมูลที่ได้รับทั้งจากการแจ้งเหตุหรือบางรายมีการเสนอเรื่องราวเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์หรือในโซเชียลมีเดียต่างๆ ทีมสอบสวนควรนำข้อมูลดังกล่าวมาทำการยืนยันเบื้องต้นว่าเป็นการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเองประเภทไหนและใช้การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะการสอบสวนควรจะดำเนินการเฉพาะการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเองที่สงสัยหรือใช้พฤติกรรมฆ่าตัวตายเท่านั้น

สิ่งที่ควรจะต้องเตรียมการก่อนลงปฏิบัติการสอบสวน ได้แก่

1. **เตรียมองค์ความรู้** ทีมสอบสวนควรจะต้องศึกษาหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ยกตัวอย่างเช่น ในรายที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการกินสารพิษ ควรจะศึกษาการออกฤทธิ์และผลของสารพิษนั้นต่อร่างกาย รวมถึงการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนอุบัติเหตุกรณีฆ่าตัวตาย หรือเทคนิคการให้การปรึกษาที่จะต้องให้

2. **เตรียมทีมสอบสวน:** การลงปฏิบัติการสอบสวนอุบัติเหตุกรณีฆ่าตัวตายในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นที่ ชุมชน สถานศึกษา โรงเรียน หรือสถานประกอบการต่างๆ ควรไปในลักษณะของทีม ควรมีผู้สอบสวน 3-5 คนในทีม ผู้สอบสวนอาจมาจากหน่วยงานเดียวกัน หรือต่างหน่วยงาน หรือต่างอำเภอก็ได้ตามความเหมาะสม โดยผู้นำทีมต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเองของกรมสุขภาพจิต และหลักสูตรการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน (Basic Counseling) หรือ ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) เมื่อได้ทีมครบแล้ว ควรมีการประชุมวางแผน (อาจเป็นการประชุมออนไลน์) เพื่อนำข้อมูลเบื้องต้นมาทำความเข้าใจ วางแผนรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีม

(ควรกำหนดหัวหน้าทีมและผู้จัดบันทึกให้ชัดเจน) และนัดวันเวลาเพื่อลงสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลในพื้นที่

3. เตรียมนัดหมายแหล่งข้อมูล: ในการประชุมเตรียมปฏิบัติการควรระบุแหล่งข้อมูลทั้งแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยกำหนดเบื้องต้นว่าข้อมูลใดจะรวบรวมจากการสัมภาษณ์บุคคลใดหรือค้นหาจากเอกสารอะไร ทีมสอบสวนท่านใดจะเป็นผู้สัมภาษณ์หรือรวบรวมจากแหล่งข้อมูลใด จะใช้วิธีโทรศัพท์หรือออนไลน์ จะสัมภาษณ์ที่บ้าน หรือ สัมภาษณ์ที่สถานพยาบาล หรือที่โรงเรียน รวมทั้งวางแผนนัดหมายแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคลให้ชัดเจนในวันเวลาและสถานที่

4. เตรียมเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์: ได้แก่ สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา ยางลบ กระดาษทิชชู คู่มือการสอบสวน ฯ แบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย แบบประเมินสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชที่สำคัญสำหรับประเมินผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ ได้แก่ 2Qplus, 9Q, 8Q หรือ ST5

5. เตรียมการเดินทาง ได้แก่ การขออนุมัติการเดินทาง การประสานเครือข่ายในพื้นที่ที่จะนำทางเราไปพบแหล่งข้อมูลที่กำหนดไว้เหล่านั้น

7.2 ขั้นตอนตรวจสอบยืนยันการฆ่าตัวตายและจำแนกประเภทของอุบัติการณ์

เนื่องจากการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ต้องสืบเปลี่ยนทรัพยากรทั้งบุคลากรในทีมสอบสวนและเวลาที่ใช้กับการสัมภาษณ์หรือรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลแต่ละราย อีกทั้งรายงานการสอบสวนแต่ละอุบัติการณ์จะต้องบันทึกรวมไว้ในฐานข้อมูลฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดและของประเทศ ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่รวบรวมไว้ในฐานข้อมูล (Database) นั้นเป็นข้อมูลที่มาจากอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายอย่างแท้จริงโดยไม่ได้ปนเปื้อนจากอุบัติการณ์ที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือฆาตกรรม จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบยืนยัน(Confirm)การฆ่าตัวตาย ก่อนทำการสอบสวนเต็มรูปแบบ

หลายครั้งที่มีข้อสงสัยว่าการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บของบุคคลเป็นการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่? และหลายกรณีเกิดข้อสรุปที่ขัดแย้งกันระหว่างตำรวจฝ่าย

ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และญาติ เช่น ญาติคิดว่า น่าจะเป็นการฆาตกรรมแต่ ตำรวจอาจลงความเห็นว่า เป็นการฆ่าตัวตาย ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลับสรุปว่าน่าจะเป็นอุบัติเหตุ หรือบางรายตำรวจลงความเห็นว่า การฆ่าตัวตายแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมองว่าเป็นการฆาตกรรม ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์และแนวทางในการบ่งชี้การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน โดยอาศัยข้อมูลและหลักฐานทั้งที่เห็นชัดเจนและเป็นนัยที่สามารถดูได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะยังไม่เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งการยืนยันการฆ่าตัวตายต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานที่มากพอและมีความชัดเจน ไม่ควรใช้ข้อมูลจากการคาดคะเนหรือสันนิษฐาน

แนวทางการพิจารณายืนยันบ่งชี้การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในการสอบสวนอุบัติเหตุจะสอดคล้องกับการนิยามคำจำกัดความฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่กำหนดไว้โดยศูนย์ควบคุมป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Crosby et al., 2011) รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3

การตรวจสอบยืนยันการฆ่าตัวตาย จะมี 4 ขั้นตอนย่อย ดังต่อไปนี้

1. การพิจารณาว่าเป็น SDV หรือไม่? ถ้าไม่ใช่ ก็ไม่ต้องพิจารณาต่อและไม่ต้องสอบสวน
2. การพิจารณา Suicidal intent ตามเกณฑ์บ่งชี้ 3 ข้อ แล้วจำแนกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ถ้าครบเกณฑ์บ่งชี้ 3 ข้อแสดงถึงมีเจตนาตั้งใจฆ่าตัวตาย ถ้ามีบางข้อให้ถือว่ายังไม่แน่ใจและหากไม่มีทั้ง 3 ข้อแสดงถึงไม่มีเจตนาตั้งใจฆ่าตัวตาย
3. การพิจารณาผลของการกระทำ โดยจำแนกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ตาย บาดเจ็บ และไม่บาดเจ็บ
4. ระบุประเภทของ SDV จากผลของการกระทำและ Suicidal intent ตาม ตารางจำแนกประเภท Self-directed violence

7.2.1 การพิจารณาว่าเป็นการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence; SDV) หรือไม่?

การพิจารณาว่าอุบัติเหตุการฉีดยาเป็นการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence) ต้องครบเกณฑ์บ่งชี้ 2 ข้อ ดังนี้

1. เป็นพฤติกรรมที่มุ่งต่อตนเอง (self-directed behavior) และกระทำโดยตนเอง เช่น ใช้เชือกผูกคอตนเองโดยไม่ได้ให้ใครช่วยผูกหรือมีใครมาผูกให้ ใช้ปืนยิงตัวเอง ไม่ใช่ยิงไปที่อื่นแล้วลูกกระสุนกระเด็นมาถูกตัวเอง ตีศีรษะด้วยตนเองไม่ได้ไหว้วานให้คนอื่นเอาให้ตี ตีกระโดดลงมาจากตึกสูงเองไม่ได้มีใครผลัก กระแทกหรือดิ่ง

2. จงใจให้เกิดการบาดเจ็บหรือมีโอกาสเกิดบาดเจ็บ (deliberately results in injury or the potential for injury) ข้อมูลและหลักฐานที่นำมาประกอบพิจารณาอาจได้มาจากการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้กระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง กรณีที่รอดชีวิต และคนใกล้ชิดที่ทราบหรือเห็นเหตุการณ์ หรือเป็นข้อมูลจากการสังเกตสถานที่วัสดุอุปกรณ์และวิธีการทำ

7.2.2 การพิจารณา Suicidal intent

การพิจารณาว่าบุคคลมีเจตนาหรือตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent or intent to die) หรือไม่? ต้องครบเกณฑ์บ่งชี้ 3 ข้อ ดังนี้

1. บุคคลนั้นปรารถนาที่จะตาย (wish to die)
2. บุคคลนั้นเจตนาฆ่าตนเองให้ตาย (means to kill him/herself) สามารถดูจากวิธีที่ใช้
3. บุคคลนั้นเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ (understand the probable consequence of his/her action) เช่น บาดเจ็บหรือตาย

Suicidal intent ให้พิจารณาจากหลักฐานทางที่เห็นชัดเจน (เช่น ข้อความในจดหมายลาตาย) และเป็นนัยๆ (เช่น สัญญาเตือนฆ่าตัวตาย) ซึ่งสามารถดูได้จากเหตุการณ์ก่อนหน้าแม้ว่าจะยังไม่เกิดการกระทำและสิ่งทีพบในระหว่างการกระทำ

การบ่งชี้ว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่? นั้นให้พิจารณาว่าเป็นการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเองและมีเจตนาฆ่าตัวตาย ดังแสดงในภาพที่ 5 หากผลของการกระทำคือเสียชีวิต ก็จะเป็นการฆ่าตัวตาย (Suicide) และถ้าบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ก็จะเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt)

โดยสรุปการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ต้องมีครบ 2 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. เป็นการกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self-directed violence)
2. มีเจตนาหรือตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent or intent to die)

7.2.3 การพิจารณาผลของการกระทำ

ผลของการกระทำ (Results) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. **ตาย** หมายถึง เสียชีวิตทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังกระทำ
2. **บาดเจ็บ** หมายถึง มีบาดแผลชัดเจน หรือมีภาพถ่ายรังสีหรือคอมพิวเตอร์แสดงการแตกหัก ฉีกขาดของกระดูกหรืออวัยวะ หรือ ผลLab พบค่าผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆ

3. ไม่บาดเจ็บ

เกณฑ์ การพิจารณาว่าเป็น SUICIDE หรือ SUICIDE ATTEMPT หรือไม่?

ต้องมีครบ 2 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1 Self-directed violence

เกณฑ์บ่งชี้ ครบ 2 ข้อ

1. เป็นพฤติกรรมที่มุ่งต่อตนเอง (self-directed behavior)
2. จงใจให้เกิดการบาดเจ็บหรือมีโอกาสดังกล่าว (deliberately results in injury or the potential for injury)

ให้พิจารณาจากหลักฐานทั้งที่เห็นชัดเจนและเป็นนัยๆ ซึ่งสามารถดูได้จากเหตุการณ์แม้ว่ายังไม่เกิดการบาดเจ็บ

2 Suicidal intent

เกณฑ์บ่งชี้ ครบ 3 ข้อ

1. ปรารถนาที่จะตาย (wish to die)
2. เจตนาฆ่าตนเองให้ตาย (means to kill him/herself) สามารถดูจากวิธีที่ใช้
3. เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ (understand the probable consequence of his/her action) เช่น บาดเจ็บหรือตาย

ให้พิจารณาจากหลักฐานทั้งที่เห็นชัดเจนและเป็นนัยๆ ซึ่งสามารถดูได้จากเหตุการณ์ก่อนหน้าแม้ว่ายังไม่เกิดการกระทำและในระหว่างกระทำ

ภาพที่ 5 องค์ประกอบและเกณฑ์บ่งชี้ suicide และ suicide attempt

7.2.4 การระบุประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเอง(Self-directed violence, SDV) แนวทางในการระบุประเภท Self-directed violence, SDV ให้นำข้อมูลและหลักฐานที่ได้มาพิจารณา 2 ประเด็น เพื่อประกอบการตัดสินใจ คือ

1. เจตนาหรือความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)
2. ผลของการกระทำ (Results)

เจตนาหรือความตั้งใจฆ่าตัวตาย (suicidal intent)

เพื่อความชัดเจนในการจำแนกประเภทของ Self-directed violence จะแบ่ง Suicidal intent ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. **ตั้งใจ:** หมายถึง แสดงเจตนาตั้งใจฆ่าตนเองให้ตาย โดยครบเกณฑ์บ่งชี้ suicidal intent ทั้ง 3 ข้อ
2. **ไม่แน่ใจ:** หมายถึง ข้อมูลและหลักฐานที่มีอยู่สอดคล้องกับเกณฑ์บ่งชี้ 1 หรือ 2 ข้อเท่านั้น
3. **ไม่มี:** หมายถึง ไม่มีหลักฐานสนับสนุน

เกณฑ์บ่งชี้ suicidal intent ทั้ง 3 ข้อ คือ จากการกระทำนั้นผู้กระทำไม่ปรารถนาที่จะตาย วิธีการที่ใช้ไม่แสดงถึงเจตนาฆ่าตัวเองให้ตาย และไม่เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

ประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self directed violence,SDV) (Crosby et al., 2011)

ความรุนแรงที่มุ่งตนเอง ดังแสดงในภาพที่ 6 จำแนกตามเจตนาหรือความตั้งใจฆ่าตัวตาย (suicidal intent) และผลของการกระทำ(Result) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม 9 ประเภท ดังนี้

1. **Suicidal SDV** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายครบทั้ง 3 ข้อบ่งชี้ มี 3 ประเภทตามผลของการกระทำ คือ

1.1 **suicidal SDV, fatal** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายและมีผลการกระทำคือเสียชีวิต

1.2 **Suicidal SDV, with injury** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายและมีผลการกระทำคือบาดเจ็บ

1.3 **Suicidal SDV, without injury** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายและมีผลการกระทำคือไม่บาดเจ็บ

2. **Undetermined SDV** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยเจตนาฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบตามเกณฑ์บ่งชี้ มี 3 ประเภทตามผลของการกระทำ คือ

2.1 **Undetermined SDV, fatal** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยเจตนาฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบตามเกณฑ์บ่งชี้ และผลการกระทำคือ เสียชีวิต

2.2 **Undetermined SDV, with injury** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยเจตนาฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบตามเกณฑ์บ่งชี้ และผลการกระทำคือ บาดเจ็บ

2.3 **Undetermined SDV, without** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยเจตนาฆ่าตัวตายยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบตามเกณฑ์บ่งชี้ และผลการกระทำคือ ไม่บาดเจ็บ

3. **Non-suicidal SDV** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย มี 3 ประเภทตามผลของการกระทำ คือ

3.1 **Non-suicidal SDV, fatal** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย ผลการกระทำคือ เสียชีวิต

3.2 **Non-suicidal SDV, with injury** เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย ผลการกระทำคือ บาดเจ็บ

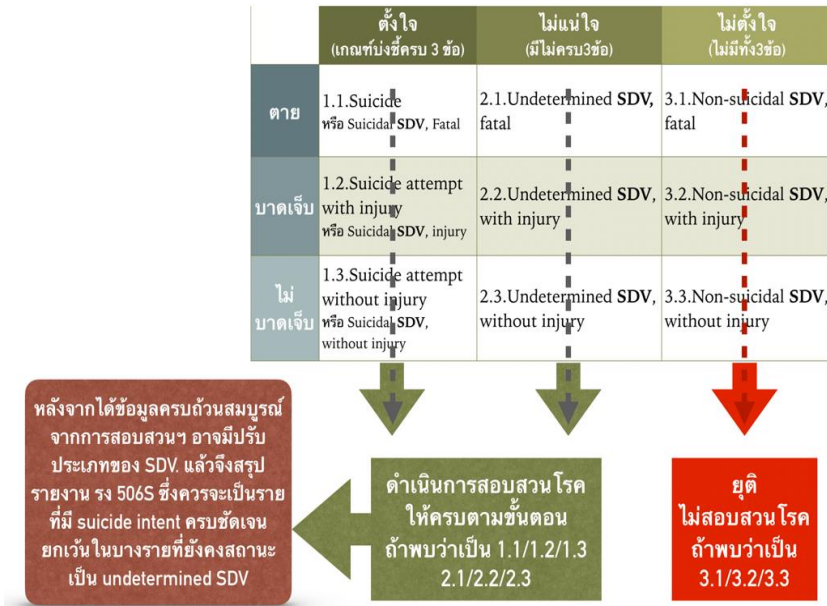
3.3 Non-suicidal SDV, without injury เป็นความรุนแรงที่มุ่งตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย ผลการกระทำคือ ไม่บาดเจ็บ

ภาพที่ 6 ตารางแสดงประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเอง

		Suicidal intent		
		ตั้งใจ (เกณฑ์บังคับครบ 3 ข้อ)	ไม่แน่ใจ (มีไม่ครบ3ข้อ)	ไม่มี (ไม่มีทั้ง3ข้อ)
Result	ตาย	1.1.Suicide หรือ Suicidal SDV, Fatal	2.1.Undetermined SDV, fatal	3.1.Non-suicidal SDV, fatal
	บาดเจ็บ	1.2.Suicide attempt with injury หรือ Suicidal SDV, injury	2.2.Undetermined SDV, with injury	3.2.Non-suicidal SDV, with injury
	ไม่ บาดเจ็บ	1.3.Suicide attempt without injury หรือ Suicidal SDV, without injury	2.3.Undetermined SDV, without injury	3.3.Non-suicidal SDV, without injury

การสอบสวนอุบัติการณ์จะดำเนินการในรายที่ได้รับการยืนยันและระบุประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (Self- directed violence) เฉพาะสองกลุ่มแรกคือ Suicidal SDV และ Undetermined SDV (ดังแสดงในภาพที่ 7) ทีมสอบสวนควรระลึกไว้เสมอว่า ประเภทของความรุนแรงที่มุ่งตนเอง (SDV) อาจมีการปรับเปลี่ยนประเภทได้หลังจากที่รวบรวมข้อมูลครบถ้วนหรือมีหลักฐานเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่ม Undetermined SDV ในท้ายที่สุดอาจเปลี่ยนเป็น Suicidal SDV หากเราได้ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า suicidal intent ชัดเจนและครบถ้วน หรือปรับเป็น Non-suicidal SDV ถ้าได้ข้อมูลชัดเจนว่าการกระทำครั้งนั้นไม่มี suicidal intent

แนวทางการปฏิบัติหลัง การยืนยัน



ภาพที่ 7 แนวทางปฏิบัติหลังการยืนยันการฆ่าตัวตาย

ตัวอย่าง กรณีศึกษาการยืนยันการฆ่าตัวตาย

ทีมสอบสวนได้รับแจ้งจากพยาบาลคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน และได้ข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

ชายอายุ 51 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารักษาไม่ต่อเนื่อง ถูกเลิกจ้างงาน มา 1 สัปดาห์ 2 วันที่แล้ว รู้สึกซึมเศร้าอย่างมาก อดอยากตาย จึงป็นไปบนหลังคาเพื่อกระโดดฆ่าตัวตาย แต่ระหว่างนั้นเกิดเปลี่ยนใจ จึงปีนกลับลงมา

ที่มสอบสวนเมื่อได้รับแจ้ง ต้องยืนยันการฆ่าตัวตายก่อนที่จะตัดสินใจจะสอบสวนอุบัติเหตุการณ์หรือไม่?

สำหรับการยืนยันการฆ่าตัวตายในรายนี้ พิจารณาจากพฤติกรรมและข้อมูลที่ให้มา โดยดำเนินการตามลำดับ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. พิจารณาว่าเป็น SDV หรือไม่? พบว่า พฤติกรรมของรายนี้ที่ปีนขึ้นไปบนหลังคาบ้านด้วยตนเอง ถือว่าเป็นการกระทำที่จึ่งใจมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บได้สูงหากกระโดดหรือพลัดตกลงมา เข้าได้กับเกณฑ์บ่งชี้ SDV ทั้ง 2 ข้อ

2. พิจารณา Suicidal intent ตามเกณฑ์บ่งชี้ว่ามีกี่ข้อ รายนี้มี wish to die จากหลักฐานพูดว่าอยากตาย และวิธีการที่ใช้คือปีนขึ้นไปบนหลังคาเพื่อกระโดด แสดงถึงความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตายไปและผู้กระทำน่าจะรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากกระโดดจากหลังคาดังนั้นรายนี้จึงมี suicidal intent. ครอบคลุมทั้ง 3 ข้อ

3. พิจารณาผลของการกระทำ: เนื่องจากเปลี่ยนใจไม่กระทำ เป็นการยับยั้งด้วยตนเอง ผลคือ ไม่บาดเจ็บ

4. ระบุประเภทของ SDV จากผลของการกระทำ(ไม่บาดเจ็บ) และSuicidal intent ครอบคลุมทั้ง3ข้อ จึงสรุปได้ว่าเป็น Suicidal SDV, without injury หรือ suicide attempt นั่นเอง รายนี้จำเป็นต้องสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ในครั้งนี้ ซึ่งมีประโยชน์สำหรับกำหนดมาตรการช่วยเหลือและป้องกันการกระทำซ้ำ

7.3 ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา

หลังจากผ่านการยืนยันการฆ่าตัวตายแล้ว ทีมสอบสวนก็จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ในขั้นตอนนี้จะมุ่งไปที่ข้อมูลทางระบาดวิทยา อาจได้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสังเกต หรือรวบรวมจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (person) ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน เพศ อายุ(วันเดือนปีเกิด) เชื้อชาติ สัญชาติ สถานะสมรส ภูมิลำเนา การศึกษา อาชีพ รายได้
2. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่เกิดเหตุ (Place) ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ (บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน พุงนา ถนน สวนสาธารณะ ศูนย์การค้า) ตำแหน่งที่อยู่ที่เกิดเหตุ (จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน)
3. ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่เกิดเหตุ (Time) ได้แก่ วันเวลาที่ได้รับบาดเจ็บหรือเกิดเหตุ
4. ข้อมูลรายละเอียดของเหตุการณ์ ได้แก่ วิธีที่ใช้/กลไกที่ทำให้บาดเจ็บ, ลักษณะการบาดเจ็บ, ความรุนแรงของการบาดเจ็บ, Suicidal intent,
5. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤติที่คิดว่าพ่ายแพ้ล้มเหลวและรู้สึกอับอายขายหน้า, อาการของโรคจิตเวชกำเริบ, พิษหรือฤทธิ์ของสารเสพติด หรือการทราบข่าวการฆ่าตัวตายของคนที่รัก คนใกล้ชิด หรือคนที่ชื่นชมศรัทธา
6. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านกัน ได้แก่ การป้องกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทำร้ายตนเองและการป้องกันอาคารสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย รวมถึงวิธีการได้มาซึ่งวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทำร้ายตนเอง
7. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง: ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทีมสอบสวนโรคต้องหาข้อมูลและหลักฐานประกอบ ได้แก่ 1)ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช 2) ประวัติการติดสุราหรือสารเสพติด 3)ประวัติการป่วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง 4) บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่นหรือนิยมความสมบูรณ์แบบ 5)ประวัติตนเองและคนในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย และ6)ข้อมูลการถูกล่วงละเมิดหรือถูกทารุณทางกาย จิตใจ ทางเพศ หรือถูกละเลยทอดทิ้งในวัยเด็ก ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความคิด

ความเชื่อทางศาสนาที่ยึดถือหรือวัฒนธรรมถิ่นที่อยู่อาศัยปลูกฝังเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ไม่ดีไม่ถูกต้องไม่ควรกระทำ 2) ความเข้มแข็งและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนและที่ทำงาน 3) สัมพันธภาพและความผูกพันในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และ 4) ทักษะการแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

7.4 ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

โดยการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลระบบและผูปฏิบัติงานในระบบ หรือสังเกตการปฏิบัติงานขั้นตอนต่างๆ ในจุดบริการของระบบบริการที่เกี่ยวข้องหรือรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิต่างๆ เพื่อประเมินจุดบกพร่องของระบบที่อาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งระบบบริการสุขภาพหรือระบบสาธารณสุขที่ควรต้องประเมิน ได้แก่

1. ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือผู้กระทำรุนแรงที่มุ่งตนเองหรือฆ่าตัวตาย
2. ระบบเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคติดสุราและสารเสพติด
4. ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

ในการรวบรวมข้อมูลและหลักฐานสำหรับประเมินหาจุดบกพร่องของระบบ เพื่อหาโอกาสพัฒนางานวางแผนปรับปรุงระบบในปีต่อไป ที่มีสอบสวนควรได้ทบทวนมาตรฐานและวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของระบบดังกล่าว และเพื่อเป็นแนวทางให้กับทีมสอบสวนในการประเมินระบบที่เกี่ยวข้องนี้ จะขอสรุปมาตรฐานการดำเนินงานของระบบดังกล่าว ดังนี้

มาตรฐานการดำเนินงานของระบบ

1. ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือกรณีกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเองหรือฆ่าตัวตาย: แต่ละจังหวัดควรมีจุดแจ้งเหตุให้ผู้พบเห็นการการกระทำรุนแรงต่อตนเองและญาติที่พบสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายสามารถติดต่อแจ้งได้ 24 ชม และมีทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน เช่น ทีมกู้ชีพ EMS หรือ hope task force ที่พร้อมช่วยชีวิตหากับแจ้ง

2. ระบบเฝ้าระวังติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย: แต่ละจังหวัดควรบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงในจังหวัดของตนแล้วประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ และอบรมญาติให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีช่องทางให้ญาติติดต่อกับทีมสุขภาพจิตที่สะดวกรวดเร็วตลอดเวลา สำหรับผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมาควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตาม ในรูปแบบเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยง

3. ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด: ผู้ที่ใช้สุรา/ยาเสพติดในพื้นที่ควรได้รับการประเมินด้วย AUDIT หรือ ASSIT เพื่อประเมินว่าถึงขั้น abuse หรือ dependence หรือไม่ แล้วนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ในรายที่รักษาหายแล้วก็ต้องมีการติดตามป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

4. ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท: จังหวัดควรมีนโยบายให้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า 7กลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ ด้วย2Q,9Q,8Qตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ตามแนวทางมาตรฐาน และหากมีแนวโน้มฆ่าตัวตายก็ควรจะได้รับ การดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสม ส่วนโรคจิตเภทต้องได้รับการวินิจฉัยรักษาจากจิตแพทย์ตามแนวทางมาตรฐานและติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการขาดยาและการกลับซ้ำ

7.5 ขั้นตอนค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบที่ต้องเฝ้าระวังจิตใจและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวังป้องกัน

กิจกรรมของทีมสอบสวนในขั้นตอนนี้ จะประกอบด้วย

1. การค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่มุ่งต่อตนเอง (Self directed violence) หรือฆ่าตัวตายย่อมจะมีผู้ได้รับผลกระทบเสมอ ได้แก่บุคคลที่กระทำและรอดชีวิต บุคคลใกล้ชิด ญาติหรือคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน ผู้บังคับบัญชา ครู ฯลฯ ซึ่งจะมีจำนวนมากหรือน้อยขึ้นกับลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น นักเรียนกระโดดตึก

ฆ่าตัวตายในโรงเรียนผู้รับผลกระทบย่อมมีมาก นอกจากพ่อแม่พี่น้องแล้วยังมีเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมชั้นเรียน นักเรียนที่เห็นเหตุการณ์ ครูประจำชั้น เป็นต้น

2. การประเมินสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยทุกรายที่ได้รับผลกระทบควรได้รับการประเมินด้านจิตใจอาจด้วยการสัมภาษณ์ประเมินสภาพจิตใจและ/หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานประเมิน ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, ST5 หรือ แบบประเมินสุขภาพจิตที่จำเป็นอื่นๆ

3. การจัดทำรายชื่อ ทีมสอบสวนควรจัดทำรายชื่อผู้ได้รับผลกระทบ พร้อมผลจากการประเมิน เช่น อาการ อาการแสดง และผลคะแนนของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เพื่อวางแผนช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจ บำบัดรักษา และป้องกันในรายที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้บ่อยในญาติและคนใกล้ชิด โดยทีมสอบสวนสามารถบันทึกรายชื่อผู้ได้รับผลกระทบในแบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายรวมถึงแผนการช่วยเหลือ

7.6 สร้างสมมุติฐานการเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อทีมสอบสวนรวบรวมข้อมูลมาได้ในระดับหนึ่งแล้ว ควรจะตั้งสมมุติฐานการเกิดอุบัติเหตุ โดยสมมุติฐานนั้นอธิบายถึงเหตุปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ นำไปสู่การเกิดการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ทีมสอบสวนควรพิจารณาให้ความเห็นร่วมกัน โดยสามารถตั้งสมมุติฐานจากคำถามเหล่านี้

1. อะไรทำให้บุคคลนี้เสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือบุคคลนี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอะไรบ้าง?

2. อะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลรายนี้คิดฆ่าตัวตายและตัดสินใจฆ่าตัวตายในครั้งนี้?

3. บุคคลรายนี้ ครอบครัวนี้ ชุมชนนี้ มีปัจจัยปกป้องอะไรบ้างที่ขาดหายไปหรือมีน้อยกว่าที่ควร?

4. การเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายในครอบครัวและในชุมชนมีหรือไม่ ถ้ามีแล้วเกิดช่องโหว่อย่างไรถึงเกิดการฆ่าตัวตายในครั้งนี้?

5. ด้านไหนอะไรที่ควรมีหรือมีแต่ไม่เข้มแข็งไม่สามารถสกัดกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายครั้งนี้ได้?

หากยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะตอบในคำถามใด ทีมสอบสวนควรวางแผนรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆที่แตกต่างกัน เพิ่มเติมจากเดิม

7.7 ขั้นตอนทดสอบสมมติฐาน

เมื่อตั้งสมมติฐานของการเกิดอุบัติเหตุแล้ว ทีมสอบสวนควรนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการรวบรวมในขั้นตอนที่3และ4 มาวิเคราะห์โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และความอึดตัวของข้อมูล แล้วพิจารณาความสอดคล้องกับโมเดลอธิบายพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่น่าเชื่อถือ เช่น กรณีที่พบว่าปัจจัยกระตุ้นหรือตัวกระตุ้นเป็นเหตุวิกฤติในชีวิต เหตุดังกล่าวควรที่จะสามารถอธิบายผลกระทบต่อบุคคลนั้นจนนำไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และ ตัดสินใจฆ่าตัวตาย ถ้าอ้างตาม IMV model (O'Connor,2018) จากเหตุการณ์วิกฤตินั้นผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะประเมินว่าเป็นความพ่ายแพ้และ/หรือเกิดความอับอายขายหน้า รู้สึกอับอายศอศุ หากร่วมกับขาดทักษะแก้ไขปัญหาที่ดี บุคคลนั้นจะรู้สึกไม่มีทางออก อับจนหนทาง และหากขาดการช่วยเหลือทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยก มองอนาคตในทางลบ ขาดเป้าหมายหรือเหตุผลที่มีชีวิตอยู่ ความคิดฆ่าตัวตายก็จะเกิดขึ้น นี่เป็นตัวอย่างของการใช้ประโยชน์จาก IMV model มาทำความเข้าใจและอธิบายการเกิดอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตามการอธิบายเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงเกิดการกระทำฆ่าตัวตาย ย่อมต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานจากแหล่งข้อมูลต่างๆที่ทีมสอบสวนทำการรวบรวมอย่างรอบคอบและครอบคลุม

7.8 ขั้นตอนวางแผนให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบและเฝ้าระวังผู้ที่เกี่ยวข้อง

โดยทั่วไปในทางปฏิบัติ ขั้นตอนนี้จะดำเนินการไปพร้อมกับขั้นตอนที่5 ซึ่งเป็นขั้นตอนการค้นหาลำดับผู้ได้รับผลกระทบและประเมินกลุ่มคนเหล่านั้นเพื่อวางแผนให้การ

ช่วยเหลือ สำหรับการวางแผนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจะมีแนวทางดังต่อไปนี้

สำหรับผู้ฆ่าตัวตาย กรณีที่รอดชีวิต:

ผู้ที่กระทำรุนแรงต่อตนเองหากไม่เสียชีวิต ควรได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บและระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย เพื่อพิจารณาให้ช่วยเหลือที่เฉพาะต่อไป สำหรับการบาดเจ็บให้พิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาล (ER, OPD, IPD, ICU, special unit)

การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที
2. ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) และรักษาหากมีการบาดเจ็บ
3. ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด่านกั้น รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน
4. ได้รับการช่วยเหลือจิตใจหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยเสี่ยง
5. ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย
6. อบรมญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดให้มีทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและจัดให้มีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่
7. ได้รับการติดตามเฝ้าระวังประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันไม่ให้กระทำซ้ำ

สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบ:

ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่พบความผิดปกติของจิตใจจากการประเมินในระดับเล็กน้อยควรได้รับ Psychosocial intervention ที่เหมาะสม เช่น psycho education หรือ counseling หรือ supportive therapy ในรายที่ระดับปานกลาง อาจต้องได้รับ pharmacotherapy ร่วมด้วย ส่วนในรายที่ระดับรุนแรงควรต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และอาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

สำหรับผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย:

ผู้ที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ควรถูกยืนยันด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น 8Q แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง รวมถึงให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคจิตเวชเพิ่มเติม และติดตามดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

7.9 ขั้นตอนการเขียนรายงานพร้อมข้อเสนอแนะ และเผยแพร่

เป็นขั้นตอนที่สำคัญเมื่อทีมสอบสวนได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว และสามารถอธิบายเหตุปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้ดีพอแล้ว จึงสรุปข้อมูลเพื่อเขียนรายงานซึ่งจะรายงานด้วยแบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ศูนย์เฝ้าระวังฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือในเว็บไซต์ suicide.dmh.go.th สำหรับ รายงานการสอบสวนฯ นอกจากจะต้องบันทึกเก็บไว้ในฐานข้อมูล รง. 506s แบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์แล้วควรมีศูนย์รวบรวมของจังหวัด เพื่อสะดวกในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลของจังหวัดและนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการแก้ไขป้องกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence: Uniform definitions and recommended data elements (Version 1.0)*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.

บทที่ 8

กระบวนการและวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสอบสวนรวบรวมข้อมูล การฆ่าตัวตาย

เนื่องจากอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์ที่มีปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องกันอย่างซับซ้อน บางปัจจัยเป็นเรื่องที่ไม่อยากเปิดเผย เช่น ปัจจัยกระตุ้นที่เป็นเหตุวิกฤติในชีวิตอาจเป็นเรื่องสะเทือนใจหรือเป็นความลับไม่อยากเปิดเผยให้เกิดความอับอาย จึงเป็นการยากที่จะได้ข้อมูลเหล่านี้ด้วยวิธีสอบถามหรือพูดคุยตามปกติ หรือหากสอบถามบุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูลอาจสะเทือนใจจนร้องไห้ ผู้ถามอาจรู้สึกผิดไม่อยากจะสอบถามต่อไป ดังนั้นในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคล ผู้สอบสวนจำเป็นต้องใช้เทคนิคการให้การปรึกษาในการสนทนาหรือสัมภาษณ์

กระบวนการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ จะประยุกต์ขั้นตอนของการให้การปรึกษา(Counseling) โดยกำหนดให้มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 8)

1. การสร้างสัมพันธภาพ
2. การตกลงบริการ
3. การรวมข้อมูล
4. การยุติบริการ

กระบวนการและทักษะที่ใช้การสอบสวนปฏิบัติการฆ่าตัวตายแต่ละครั้ง

- ประยุกต์ใช้เทคนิคและกระบวนการของ **counseling** สร้างสัมพันธภาพที่ ดีระหว่างผู้สอบสวนกับ case /ญาติ/คนใกล้ชิด/ ผู้ได้รับผลกระทบ และ แหล่งข้อมูลบุคคลอื่นๆ



ภาพที่ 8 กระบวนการและทักษะสำหรับการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลบุคคล

8.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ

เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมากจะส่งผลถึงขั้นตอนในลำดับถัดไป โดยทั่วไปทีมสอบสวนถือเป็นคนแปลกหน้าของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นแหล่งข้อมูล หรือหากมีการรู้จักกัน ก็มักไม่ได้สนิทใกล้ชิดกันมากนัก ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้สัมภาษณ์ รวมทั้งเกิดความเชื่อใจ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ยินดีที่จะให้ความร่วมมือเปิดเผยเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ตามที่ทีมสอบสวนต้องการทราบแม้ว่าจะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนใจหรือเป็นเรื่องที่น่าอาย

สัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะพฤติกรรม กิริยาท่าทาง คำพูด และการแสดงออกของทีมสอบสวน ส่งผลอย่างมากต่อสัมพันธภาพ

ทักษะที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพ

1. Greeting: การทักทายหรือการกล่าวต้อนรับ และแนะนำตัว

2. Small talk: เป็นการพูดคุยเรื่องทั่วไปโดยยังไม่มุ่งประเด็นเรื่องราวที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ เป็นการสร้างความรู้สึกคุ้นเคยลดความเครียดคลายความวิตกกังวลทั้งของทีมสอบสวนและแหล่งข้อมูล

3. Attending: คือทักษะการใส่ใจ เป็นการแสดงท่าทีที่สนใจผู้ถูกสัมภาษณ์ สามารถแสดงออกผ่านภาษาพูด ซึ่งควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และแสดงออกผ่านภาษาท่าทาง เช่น นั่งโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ประสานสายตาหรือสบตาในขณะที่พูดตลอดเวลา น้ำเสียงและจังหวะในการพูดไม่เร็วหรือช้าจนเกินไป การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดใจรับเรื่องราวโดยไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ รวมถึงการจัดสถานที่ในการพบปะพูดคุยที่เป็นสัดส่วน การนั่งควرنั่งแบบมุมฉากไม่ประจันหน้ากัน

ในการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะที่ใช้ไม่จำเป็นจะต้องเรียงจากข้อ 1-2-3 ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของแหล่งข้อมูลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์เช่นหากผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถเล่าเรื่องราวได้ในทันที โดยไม่ลังเลอาจเนื่องจากการพบกันครั้งที่ 2 ทีมสอบสวนก็ไม่จำเป็นต้อง small talk ชักชวนพูดคุยในเรื่องทั่วไปมากมายนัก

8.2 ขั้นตอนการตกลงบริการ (Structuring)

การตกลงบริการเป็นการสร้างความเข้าใจกับผู้ถูกสัมภาษณ์หรือแหล่งข้อมูลประเภทบุคคลได้รู้ถึงวัตถุประสงค์การพูดคุย วัตถุประสงค์ของทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ รวมทั้งทำให้แหล่งข้อมูลประเภทบุคคลนั้นเกิดความพร้อมที่จะร่วมมือให้รายละเอียดของเรื่องราวที่เกิดขึ้น

ประเด็นที่จะตกลงบริการ

1. วัตถุประสงค์ของการสนทนาหรือสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับ
2. บทบาทของผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์
3. การรักษาความลับ
4. ประเด็นที่ sensitive หรือ สะเพือนใจ
5. เวลาที่เหมาะสมในการสนทนาหรือสัมภาษณ์

โดยสรุป การตกลงบริการไม่จำเป็นต้องตกลงบริการโดยเรียงหัวข้อตามลำดับ ในครั้งแรกที่พบกับผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นแหล่งข้อมูลควรจะตกลงบริการให้ครบทุกหัวข้อ และอาจตกลงบริการในหัวข้อเดิมที่สำคัญซ้ำได้อีก ถ้าทีมสอบสวนพิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็น และอาจตกลงบริการได้ในทุกขั้นตอนของการสัมภาษณ์ เช่น ประเด็นการรักษาความลับ อาจพูดซ้ำได้อีกในขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ถ้าสังเกตเห็นว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีท่าที่ไม่ไว้วางใจ

ตัวอย่างของการตกลงบริการ เพื่อสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลกรณีฆ่าตัวตาย ที่มสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณป้าครับ พวกผมมาวันนี้อยากจะพูดคุยกับคุณป้าถึงเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เสียชีวิตของลูกชายคุณป้า ข้อมูลที่จะได้จากคุณป้าเกี่ยวกับเรื่องราวก่ที่เกิดขึ้นจะมีประโยชน์กับพวกผมมาก พวกผมจะนำไปวิเคราะห์พร้อมกับข้อมูลที่ได้จากรายอื่นๆ เพื่อหาสาเหตุของการฆ่าตัวตายในอำเภอและจังหวัดของเราจะได้วางแผนป้องกันแก้ไขไม่ให้เกิดเหตุการณ์เหล่านี้ขึ้นอีกกับครอบครัวหรือคนอื่นฯ” (เป็นการตกลงบริการในประเด็นวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับ)

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณป้าครับพวกผมอาจจะมีคำถามในหลายประเด็น หากคุณป้าทราบเรื่องราวนั้น และสามารถตอบได้ ขอให้คุณป้าให้ข้อมูลรายละเอียดและตอบได้อย่างเต็มที่” (การตกลงบริการบทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์)

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณป้าครับเรื่องที่เราจะคุยกัน ข้อมูลและเรื่องราวที่คุณป้าเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพวกผมจะเก็บเป็นความลับถึงแม้จะมีการนำเสนอเผยแพร่ก็จะไม่ระบุชื่อและไม่ให้เชื่อมโยงถึงคุณป้า” (เป็นการตกลงบริการประเด็นความลับ)

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณป้าครับ บางคำถามของพวกผม อาจจะเป็นเรื่องราวที่ทำให้คุณป้ารู้สึกสะเทือนใจผมต้องขออภัยล่วงหน้า หากคุณป้ารู้สึกไม่ดี ยังไม่อยากจะตอบในตอนนี ก็ไม่เป็นไรนะครับ เอาไว้เมื่อคุณป้ารู้สึกดีขึ้น ค่อยคุยกันถึงเรื่องนั้นในภายหลัง” (เป็นการตกลงบริการในประเด็นที่ sensitive)

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณป้าครับ พวกผมจะพูดคุยกับคุณป้า 30-45 นาที ถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น คุณป้าสะดวกไหมครับ” (เป็นการตกลงบริการเรื่องเวลา)

8.3 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลจะเริ่มขึ้นหลังจาก มีสัมพันธภาพที่ดี และตกลงบริการอย่างครบถ้วนจนเกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ รวมถึงประเด็นอื่นๆที่สำคัญ

ทักษะที่ใช้ในขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

1. คำถามปลายเปิด (open question)
2. การทวนความ (paraphrasing)
3. การสะท้อนความรู้สึก (feeling reflection)
4. การสรุปความ (summarizing)
5. การแกะรอย (Tracking) and Exploring
6. การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening)

วิธีการการสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมให้ได้ข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วนในเวลาที่มีจำกัด ได้แสดงไว้ในหัวข้อ “Tricks สำหรับการสัมภาษณ์ให้สามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้ในระยะเวลาอันสั้น”

8.4 ขั้นตอนยุติบริการ

เป็นการยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง หัวใจสำคัญของขั้นตอนนี้คือการตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ในสิ่งที่ได้พูดคุยกัน การขอบคุณผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือให้รายละเอียดของเรื่องราวที่เกิดขึ้น รวมทั้งการนัดหมายครั้งต่อไป (หากมี)

ทักษะที่ใช้ในขั้นตอนยุติบริการ

1. การสรุปความ
2. การขอบคุณ
3. การนัดหมายครั้งต่อไป (ถ้ามี)

การสัมภาษณ์ที่ใช้ระยะเวลา 30 ถึง 45 นาที ข้อมูลที่ได้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการใช้ทักษะของผู้สัมภาษณ์และความเกี่ยวข้องใกล้ชิดเหตุการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ การสรุปความมีความจำเป็นเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้

สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ในเนื้อหาและข้อมูลที่ผู้สัมภาษณ์ได้เล่าหรือบอกกล่าวหลายครั้งที่ทีมสอบสวนหรือผู้สัมภาษณ์จะสรุปเรื่องราวตามความคิดเห็นของตนจากประสบการณ์ที่เคยรับทราบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตายรายอื่นๆ หรือเติมประเด็นเรื่องราวจากทฤษฎีหรือความรู้เดิม ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้ผุดพื้นไปจากข้อเท็จจริง

ตัวอย่างของการยุติบริการ

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์...

“คุณบ้าครับ ถึงตอนนี้เราได้คุยกันมาครบ 45 นาทีแล้ว ผมขอขอบคุณคุณคุณบ้ามากนะครับที่เสียสละเวลาพูดคุยเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้พวกผมฟังเป็นประโยชน์กับพวกผมมากครับ ผมขออนุญาตสรุปในสิ่งที่เราคุยกันในวันนี้ หากว่าเนื้อหาที่ผมสรุปผิดไปจากสิ่งที่คุณบ้าเล่าขอรบกวนให้คุณบ้าได้บอกผมเพื่อแก้ไขให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องด้วยนะครับ ผมขออนุญาตสรุปดังนี้

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์... “ คุณบ้ามีข้อแก้ไขมั๊ยครับ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ ... “ ไม่มี สิ่งสรุปมาถูกต้องแล้ว”

ทีมสอบสวนผู้สัมภาษณ์ ...

“พวกผมขอบคุณ คุณบ้ามากครับ ผมยังมีอีกบางประเด็นที่อยากจะสอบถาม พอดีเวลาที่เรตกลงกันไว้หมดลงแล้ว คุณบ้าพอจะมีเวลาให้พวกผมได้อีกเมื่อไหร่ครับ”

Tricks สำหรับการสัมภาษณ์ให้สามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้ในระยะเวลาอันสั้น

จากประสบการณ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ประวัติและดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมถึงการสัมภาษณ์ญาติและคนใกล้ชิด สรุปเป็นแนวทางที่จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคลผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่ทราบเหตุการณ์ ดังต่อไปนี้

1. ควรเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพด้วยการ ทักทาย แล้วพูดคุยเล็กน้อยเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลายตามหลักการ counseling ก่อนแนะนำตัว จากนั้นตกลงบริการให้ครบทุกประเด็นโดยเฉพาะวัตถุประสงค์ที่มาพบในครั้งนี้อย่างชัดเจนและไม่อ้อมค้อม

2. หลังจากสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการแล้ว เริ่มสืบหาข้อมูลเหตุปัจจัยด้วยคำถามปลายเปิด (ตัวอย่างคำถาม “พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมครับในช่วงผ่านมาก่อเกิดอะไรขึ้นที่ทำให้ทุกข์ใจจนคิดทำร้ายตนเองและตัดสินใจกระทำในครั้งนี้”) ให้แหล่งข้อมูลบุคคล ซึ่งอาจเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือญาติใกล้ชิด เล่าเหตุการณ์ก่อนหน้าที่จะเกิดการฆ่าตัวตาย ที่มสอบสวนต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจเพื่อจับประเด็นให้ได้ว่าอะไรคือ trigger ที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดฆ่าตัวตายและตัดสินใจกระทำ (Trigger อาจจะเป็น เหตุวิฤติชีวิต อាកารทางจิตกำเริบ ผลของยาเสพติด หรือการรับทราบข่าวฆ่าตัวตาย) ข้อเท็จจริงที่มสอบสวนควรนึกถึงคือ เหตุวิฤติชีวิตไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตายทั้งหมดแต่เหตุวิฤติชีวิตที่เป็น Trigger มักจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดความรู้สึกว่า “ฉันพ่ายแพ้ล้มเหลวหรืออับอายขายหน้าและอับจนหนทาง” ดังนั้นการบ่งชี้ว่าวิฤติชีวิตใดเป็น Trigger ที่มสอบสวนควร confirm ว่า บุคคลเกิดความรู้สึกพ่ายแพ้หรืออับอายและคิดว่าไม่มีทางออกกับวิฤติชีวิตนี้หรือไม่

3. จากนั้นสำรวจด้านกัน โดยใช้คำถามปลายเปิดว่า ผู้ฆ่าตัวตายได้วัตถุประสงค์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตายอย่างไร ตามปกติมีการเก็บรักษาอย่างไร และหากฆ่าตัวตายโดยกระโดดตึกหรือสะพานให้รวบรวมข้อมูลการป้องกันในสถานที่นั้นๆด้วย

4. ตามด้วยหาข้อมูลของการเฝ้าระวัง เช่น ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตพบสัญญาณเตือนหรือไม่ หากพบมีสัญญาณเตือนญาติหรือคนใกล้ชิดได้ทำอย่างไรบ้าง ญาติเฝ้าระวังหรือไม่อย่างไร หากเคยฆ่าตัวตายมาก่อนให้สอบถามถึงว่ามี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเรื่องราวหรือไม่และได้ดูแลช่วยเหลืออย่างไร มีการติดตามผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

5. **ต่อด้วยการสำรวจปัจจัยเสี่ยง** โดยใช้ทักษะการถาม เคยเข้ารับการรักษาโรคจิตเวชหรือโรคทางกายใดหรือไม่ และรักษาที่โรงพยาบาลใด (เมื่อได้คำตอบที่มสอบสวนควรจะไปดูรายละเอียดในแฟ้มประวัติ) ...บุคลิกภาพอุปนิสัยเป็นอย่างไร (หุนหันพลันแล่น impulsive หรือไม่) โดยสอบถามถึงปฏิกริยาหรือพฤติกรรม ตอบสนองต่อความเครียดหรือสถานการณ์ที่เกิดความเครียดในอดีต

6. **ประเมินปัจจัยปกป้อง: ระดับบุคคล** ให้ประเมินทักษะการแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยสำรวจการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาในอดีตด้วยคำถามปลายเปิดให้ ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดเล่าเรื่องราว จากนั้นสำรวจปัจจัยปกป้องอื่นๆ ได้แก่ มีเพื่อนสนิทที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้หรือไม่ แล้วประเมินความผูกพันในครอบครัวโดยการสอบถามและสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและประเมินชุมชนโดยสอบถามผู้นำชุมชนถึงกิจกรรมช่วยเหลือกันหรือการแก้ไขปัญหาส่วนรวมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

George, R. L. & Cristiani, T. S. (1995). *Counseling: Theory and Practice*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.

Patterson, L. E. & Welfel, E. R. (2000). *The Counseling Practice*. 5th ed. Australia: Brooks/Cole.

Stewart, W. Sutton, J. (2017). *Learning to counsel: How to develop the skills, insight and knowledge to counsel others*. 4th ed. Robinson.

บทที่ 9

การบริหารจัดการทีมสอบสวนและความเชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง

การสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ควรปฏิบัติการณ์เป็นทีมอย่างน้อย 3-5คนในแต่ละทีม ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แต่ละอำเภอควรมีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย ที่สามารถดำเนินการสอบสวนรวบรวมข้อมูลตามแนวทางได้อย่างน้อย 3คน และในแต่ละจังหวัดผู้รับผิดชอบงานป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัดควรจัดทำบัญชีรายชื่อทีมสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายว่าประจำอยู่โรงพยาบาลใดบ้าง และมีเบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางที่ติดต่อได้สะดวก ในบางจังหวัดจะจัดทำ group LINE ของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย หากมีการแจ้งเหตุการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ ก็จะสามารถติดต่อทีมและผู้สอบสวนในแต่ละอำเภอได้โดยสะดวก

การลงปฏิบัติงานสอบสวนภาคสนามควรมีการเตรียมทีมและนัดหมายกันเป็นอย่างดี หากทีมในอำเภอนั้นติดภารกิจควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมของอำเภออื่น ให้ส่งผู้สอบสวนมาเพิ่มเติมให้ครบ 3 คน การปฏิบัติการณ์สอบสวนในอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย อาจลงพื้นที่ 3-5 ครั้งเพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (สัมภาษณ์บุคคล) และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (สืบค้นในเอกสารเพิ่มประวัติหรือฐานข้อมูลต่างๆ)

คุณลักษณะของผู้สอบสวน

เนื่องจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจะมีข้อมูลที่เป็นความลับหรือเป็นข้อมูลที่เปิดเผยแล้วรู้สึกเสียใจส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้เกี่ยวข้องดังนั้น ผู้ที่จะทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายและต้องมีทักษะการให้การปรึกษา โดยสรุปผู้สอบสวนควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผ่านการอบรมหลักสูตรการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายแนวใหม่ ของ ศูนย์ เฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต

2. หัวหน้าทีมสอบสวนควรเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานการให้การปรึกษา (Basic counseling) หรือจิตบำบัด (Psychotherapy) แบบใดแบบหนึ่ง

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจะดำเนินการหลังจาก การช่วยชีวิตและปฐมพยาบาลจิตใจเสร็จเรียบร้อยแล้ว การปฏิบัติการสอบสวนไม่ควร ดำเนินการเร็วเกินไปและช้าเกินไป ระยะเวลาที่ดีจะอยู่ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิด อุบัติการณ์ ยกเว้นในรายที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายแล้วเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทีมสอบสวนสามารถดำเนินการได้ภายใน 2-3 วัน หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ระบบการจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัด

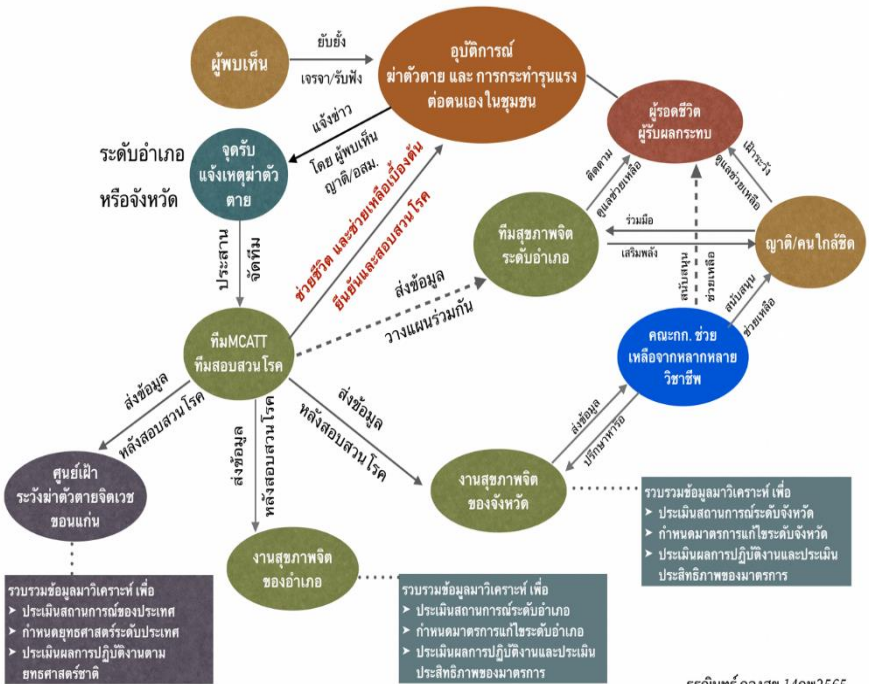
การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งในทาง การแพทย์ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการที่เชื่อมโยงกับระบบฉุกเฉินทางการแพทย์ เพื่อช่วยชีวิตและช่วยปฐมพยาบาลจิตใจ รวมถึงการประเมินและช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ จึงมีข้อเสนอ ดังต่อไปนี้ (ดังแสดงในภาพที่ 9)

1. จังหวัดควรจัดให้มีศูนย์หรือจุดรับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยแต่ละจังหวัดควรมี 1 จุด อาจเป็นโทรศัพท์สายด่วน 24 ชั่วโมง หรือใช้หมายเลข 1669 หรือ 191 หรือโทรศัพท์มือถือที่สามารถฝากข้อความในกรณีไม่ได้รับสาย ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ รับผิดชอบสามารถโทรแจ้งทีมกู้ภัยหรือทีม MCATT และทีมสอบสวนได้ทันที (พนักงาน ประจำจุดรับแจ้งเหตุต้องมีหมายเลขโทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อทีม MCATT และ ทีม สอบสวน)

2. เมื่อจังหวัดกำหนดศูนย์รับแจ้งเหตุแล้ว ควรประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนทั่วไป และสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดทราบเมื่อเกิดเหตุการณ์กระทำรุนแรงต่อ ตนเองหรือฆ่าตัวตายในชุมชนหรือในโรงพยาบาล ผู้พบเห็น อาจเป็น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม หรือญาติสามารถโทรแจ้งเหตุได้ทันที

3. เมื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ รับทราบก็ให้ประสานงานไปยังหน่วยกู้ภัย หรือ ทีม MCATT เพื่อลงพื้นที่ไปช่วยชีวิตและช่วยเหลือจิตใจในเบื้องต้น และแจ้งทีมสอบสวน อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายเพื่อลงพื้นที่รวบรวมข้อมูลสำคัญรวมถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (ซึ่งทีมสอบสวนควรเริ่มปฏิบัติการในสัปดาห์แรกหลังเกิดเหตุ)

4. เมื่อสอบสวนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ให้บันทึกลงในแบบฟอร์มรายงานการสอบสวนฯ ส่งไปยังทีมสุขภาพจิตระดับอำเภอและระดับจังหวัด(เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบ) และศูนย์เฝ้าระวังฆ่าตัวตายของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (เพื่อนำไปวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศ)



ภาพที่ 9 ระบบการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัด

ภาคผนวก

1. QR code link สไลด์ เอกสารประกอบและคลิปวิดีโอบรรยายการสอบสวนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
2. แบบฝึกหัดสำหรับยืนยันการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
3. แบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย
4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Qplus
5. แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q
6. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q-2017)

คลิปวิดีโอบรรยาย



เอกสารประกอบฝึกอบรมฯ



แบบฝึกหัดสำหรับยืนยันการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

ตัวอย่างกรณีศึกษา

เพื่อฝึกการยืนยันการฆ่าตัวตาย

ตัวอย่าง 1.

- ▶ ที่ER ชายวัยกลางคน มาด้วย drug overdose มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามา2ปี และมีchronic pain ได้ทานยาที่แพทย์ให้มาจนหมดจากประวัติก่อนเกิดเหตุการณ์ได้ค้นหาในอินเทอร์เน็ตถึงรายละเอียดของฆ่าตัวตาย และศึกษาฤทธิ์ของยาที่ท่านอยู่

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV)หรือไม่ (ครบ2ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3ข้อบ่งชี้)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

2

ตัวอย่าง 2

- ชายวัยกลางคน ดื่มสุราเป็นประจำ เสียชีวิตด้วยการผูกคอก่อน 1 วัน พุดกับญาติว่า เหนื่อยกับชีวิต บางครั้งก็อยากตายๆ ไป

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) หรือไม่ (ครบ 2 ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3 ข้อบ่งชี้?)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

3

ตัวอย่างที่ 3

- ชายอายุ 25 ปี ระหว่างตั้งวงดื่มสุรากับเพื่อน พุดคุยถึงพระเครื่องที่ตนได้มาใหม่ ได้อ้างพุทธคุณกับเพื่อนว่า หนึ่งเหนียว ยิ่งไม่ออก พันแทงไม่เข้า เพื่อนไม่เชื่อจึงทำกัน ผู้ตายเอาปืนออกมายิงที่หน้าอกตนเอง ผลบาดเจ็บและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) หรือไม่ (ครบ 2 ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3 ข้อบ่งชี้?)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

ตัวอย่างที่ 4

- ▶ ผู้หญิงอายุ 45 ปี หลังจากทะเลาะกับสามี ได้ทานยา amitriptyline ไป 20 เม็ด หลังจากหลับไป 1 วัน ลูกสาวได้พามาที่ ER รพช. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกไม่ได้ว่าขณะนั้นตนเองทำไปเพื่อฆ่าตัวตายหรือไม่ แต่รู้ว่าฤทธิ์ของยาจะส่งผลเสีย เป็นอันตรายต่อร่างกาย

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) หรือไม่ (ครบ 2 ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3 ข้อบ่งชี้)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

ตัวอย่างที่ 5

- ▶ วัยรุ่น ม.3 รู้สึกไม่มีใครสนใจ ระหว่างที่พ่อแม่และพี่สาวคุยกันอยู่ที่ห้องรับแขก ได้เข้าไปที่ห้องครัว ใช้มีดกรีดแขนตัวเอง พ่อแม่พามาที่ ER ผู้ป่วยปฏิเสธฆ่าตัวตาย อยากให้ครอบครัวสนใจตัวเองบ้าง

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) หรือไม่ (ครบ 2 ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3 ข้อบ่งชี้)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

ตัวอย่างที่ 6

- ▶ ชายไม่ทราบอายุ ไม่มีลูก-เมีย อาศัยอยู่กับแม่ที่บ้านและเป็นผู้พิการทางสายตา มองเห็นได้ระยะใกล้แค่ 1 เมตรเท่านั้น มักบ่นน้อยใจกับแม่บ่อยๆ ว่าอยากจะฆ่าตัวตาย หลังจากหาสุรามาดื่ม ได้ไปนอนพาดรางรถไฟ จนรถไฟทับร่างเสียชีวิต

โจทย์	คำตอบ
เป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) หรือไม่ (ครบ 2 ข้อบ่งชี้?)	
Suicidal intent มีข้อใดบ้าง ครบตามเกณฑ์หรือไม่ (3 ข้อบ่งชี้)	
ผลลัพธ์จากการกระทำเป็นอย่างไร	
เป็นประเภทใดของ SDV	

แบบรายงานกรณีฆ่าตัวตายสำหรับผู้บริหาร

แบบรายงานกรณีฆ่าตัวตายสำหรับผู้บริหาร

ราย.....

วันที่ที่รายงาน...เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รายงาน..... หน่วยงานสังกัด.....

เนื้อหาที่เป็นข่าว(ถ้ามี)

.....
.....
.....

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ฆ่าตัวตาย

ชื่อ-สกุล..... เพศ ... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

สถานภาพสมรส..... การศึกษา..... อาชีพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่ในวันที่เกิดเหตุ.....

การขึ้นชั้นcase

(ครอบคลุมประกอบของการฆ่าตัวตายหรือไม่ ;SDV2ข้อ และ Suicide intention 3ข้อ)

สรุปว่าเป็นประเภทใดของการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

.....

ข้อเท็จจริง

(สรุปเรื่องราวเหตุการณ์จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ให้เชื่อมโยงถึงเหตุปัจจัยที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในราย

นี้ ทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงปัจจัยปกป้อง การเฝ้าระวัง และดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์

สถานที่ใช้กระทำรุนแรงต่อตนเอง)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

สรุปเหตุปัจจัยสำหรับเหตุการณ์ครั้งนี้

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ตัดสินใจกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

.....
.....
.....

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้รายนี้มีโอกาสสูงที่จะกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

.....
.....
.....

การช่วยเหลือcase และผู้ได้รับผลกระทบในเบื้องต้น

(ผู้ได้รับผลกระทบมีกี่คน ใครบ้าง และได้ช่วยเหลืออย่างไร)

.....
.....
.....
.....

แผนการจัดการหรือการช่วยเหลือในลำดับต่อไป

.....
.....
.....
.....

แบบรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

1

แบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) edit 1/3/2566

ชื่อ-สกุล.....ID.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
เพศ ชาย หญิง สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
การศึกษา ไม่ได้เรียน ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย ปวช. ปวส.
 อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ (ระบุ).....
อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....

2. รายละเอียดของการกระทำรุนแรงต่อตนเอง

วันที่เกิดเหตุ วันที่..... เวลา.....

สถานที่ทำร้ายตนเอง

ในบริเวณบ้าน หรือ คอนโด หรือ ที่พักอาศัย (ระบุบริเวณ).....
บ้านหรืออาคารที่เกิดเหตุเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด.....

สถานที่สาธารณะ (ระบุ).....

ห้างสรรพสินค้า (ระบุ).....

อื่น ๆ (ระบุ).....

วิธีทำร้ายตนเอง

แขนงคอก ใช้ของมีคม/ของแข็ง ใช้ปืนหรือระเบิด กระโดดจากที่สูง ทำให้จมน้ำ

รั้ง/กระโดด/นอนให้รถชน รมควัน,แก๊ส,ไอน้ำ,โอระเหยร้อน, หรือ วัตถุร้อน ขับรถชน

ใช้สารพิษ (เช่น ยาฆ่าแมลง ยากำจัดวัชพืช น้ำยาล้างห้องน้ำ สารเคมี) ระบุชื่อสาร.....

กินยาเกินขนาด ระบุชื่อยา..... อื่นๆ(ระบุ).....

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ เล็กน้อย (ER) ปานกลาง(IPD)

รุนแรง (ICU หรือ special IPD) เสียชีวิต

3. การยื่นขั้ววินิจฉัย Self directed violence or suicide

3.1 ผลการกระทำ

- ตาย บาดเจ็บ ไม่บาดเจ็บ

3.2 ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)

- ตั้งใจ ไม่ตั้งใจ ไม่ตั้งใจ

3.3 สรุปการยื่นขั้ววินิจฉัยการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (วงกลม หรือ กากบาทในข้อที่เลือก)

	ตั้งใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ครบ 3 ข้อ)	ไม่ตั้งใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ไม่ครบ 3 ข้อ)	ไม่ตั้งใจ (เกณฑ์บ่งชี้ Suicide intent ไม่มีทั้ง 3 ข้อ)
ตาย	1.1 Suicide or suicidal SDV, fatal.	2.1 Undetermined SDV, fatal	3.1 Non suicidal SDV, fatal.
บาดเจ็บ	1.2 Attempt suicide with injury or suicidal SDV, injury	2.2 Undetermined SDV, with injury	3.2 Non-suicidal SDV, with injury
ไม่บาดเจ็บ	1.3 Attempt suicide without injury or suicidal SDV without injury	2.3 Undetermined SDV, without injury	3.3 Non-suicidal SDV, without injury

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้จากการสัมภาษณ์แหล่งข้อมูลบุคคล และจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งจากการสังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
สิ่งแวดล้อมและชุมชน

4.1 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อตนเองในครั้งนี้

- ประสบปัญหาชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤต (วิกฤตชีวิตที่เป็น Trigger นั้น ทีมสอบสวนโรคควร confirm ว่า ทำให้
case รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลว หรือ อับอายขายหน้าและอับจนหนทางแก้ไข จนนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย)

ให้ระบุนรายละเอียดเรื่องราวของวิกฤตและวันเวลาที่เกิด.....
.....
.....
.....

- อาการของโรคจิตเวชหรือเจ็บป่วยทางจิตกำเริบ

ระบุโรคจิตเวชที่ป่วย.....
สาเหตุที่ทำให้กำเริบ.....

เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ
 ระบุชนิดของสารเสพติด.....

รับรู้ข่าวการฆ่าตัวตาย(ระบุรายละเอียด)

อื่นๆ (ให้ระบุรายละเอียด)

4.2 ปัจจัยเสี่ยง

ป่วยด้วยโรคจิตเวช ระบุโรค

ป่วยด้วยโรคติดสุรา

ติดสารเสพติด ระบุชื่อสารเสพติด.....

โรคทางกายรุนแรงหรือโรคทางกายเรื้อรังระบุโรค.....

บุคลิกภาพทึบตันหันหลังแต่

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

ตนเองเคยฆ่าตัวตาย

รายละเอียด.....

คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย

รายละเอียด.....

มี Childhood trauma เช่น ถูกทารุณทางกาย/ทางเพศ/อารมณ์ในวันเด็ก,ถูกทอดทิ้ง หรือ ถูกละเลยไม่เอาใจใส่
 ด้านกายภาพ/ด้านอารมณ์

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

.....

ค่านิยม ความเชื่อส่วนบุคคล ที่ไม่นำให้ง่ายต่อการกระทำรุนแรงต่อตนเองและการฆ่าตัวตาย

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

อื่นๆระบุ.....

4.3 ปัจจัยปกป้อง

- ความเข้มแข็งของความเชื่อทางศาสนาที่Caseยึดถือหรือวัฒนธรรมในถิ่นที่อยู่อาศัย ปลูกฝังเรื่องการฆ่าตัวตายไม่ได้
 ไม่ถูกต้อง ไม่ควรกระทำ

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

.....

4

- ความผูกพันที่แน่นแฟ้นและอบอุ่นในครอบครัว

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....
.....

- เพื่อนสนิทที่ผูกพันกันแน่นแฟ้น ให้การช่วยเหลือ ปรึกษาหารือ ในเรื่องต่างๆได้

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความเลื่อมใส สนใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนที่พักอาศัยปัจจุบัน

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมา เช่น ความสะดวกในการไปรับการรักษา หรือการติดตามดูแลต่อเนื่อง (พิจารณาทั้งการเข้ารับบริการของ Case และสภาพการให้บริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจริง ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด/พื้นที่เขต)

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ความสามารถด้านทักษะการแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งและการปรับตัวของ case

ไม่มี น้อย มาก

ข้อมูลเพิ่มเติม.....

- ปัจจัยปกป้องอื่นๆที่ได้จากการสอบสวนในครั้งนี้

ระบุ.....

4.4 ด้านอื่น

- การควบคุมและการป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ที่สามารถใช้ฆ่าตัวตายในครอบครัวในพื้นที่ที่อาศัย

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....
.....

- การปิดกั้นหรือเฝ้าระวังป้องกันสถานที่ (สะพาน ตึกสูง หน้าผา น้ำตก ฯลฯ) ที่เคยมีคนใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่

ไม่มี มี แต่ไม่เข้มแข็ง มี และเข้มแข็ง

ข้อมูล/รายละเอียดเพิ่มเติม.....
.....

- ด้านกันอื่นๆที่สังเกตได้จากการสอบสวนโรค

ระบุ.....
.....

5. ข้อมูลระบบสุขภาพในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์และในช่วงเวลาที่เกิดเหตุ

(วิเคราะห์จุดบกพร่องหรือขั้นตอน/กิจกรรมในระบบที่ยังทำไม่ได้)

5.1 ระบบเฝ้าระวังและติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย (1.การสังเกตสัญญาณเตือน 2.การติดตามประเมิน 8Q 3.การช่วยเหลือ 4.การส่งต่อเมื่อพบภาวะฉุกเฉิน) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

.....
.....
.....

5.2 ระบบคัดกรองและติดตามดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

(1.การคัดกรอง 2Q ในกลุ่มเสี่ยง 2.การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9Q 3.การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา 4.การติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6-9 เดือน 5.การเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตาย) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

.....
.....
.....

5.3 ระบบคัดกรองและติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต (ประกอบด้วย 1.การคัดกรองโรคจิตในกลุ่มเสี่ยง 2.การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยรักษา 3.การติดตามผลการรักษาต่อเป็นอย่างน้อย 1 ปี และ 4. การเฝ้าระวังการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

.....
.....
.....

5.4 ระบบคัดกรองและดูแลรักษาโรคจิตสุราและสารเสพติด (ประกอบด้วย 1.การคัดกรองภาวะติดสุราในกลุ่มเสี่ยง 2. การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย 3.การรักษาด้วยยาและ/หรือบำบัดสังคมจิตใจ 4.การติดตามผลการรักษาต่อเป็นอย่างน้อย 1 ปี 5.การเฝ้าระวังการกลับซ้ำและฆ่าตัวตาย) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

.....
.....
.....

5.5 ระบบการแจ้งเตือนหรือแจ้งเหตุฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (1.มีจุดหรือศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย การกระทำรุนแรงต่อตนเองในพื้นที่ 2.มีการกำหนดช่องทางหรือวิธีแจ้งเหตุที่ชัดเจน) ขั้นตอน/กิจกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ (พร้อมอธิบาย)

.....
.....
.....

6. การค้นหาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ต้องเยียวยาจิตใจและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวัง (ตามรายละเอียดและสอดคล้องกับตารางแนบท้าย)

- 6.1 จำนวนผู้ได้รับผลกระทบคน
- 6.2 ผู้ได้รับผลกระทบมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจากคะแนน 8Q ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน
- 6.3 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะเครียดจากการประเมินด้วย ST5 ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน
- 6.4 ผู้ได้รับผลกระทบมีภาวะซึมเศร้าจาก9Q ปกติ.....คน
ระดับเล็กน้อย.....คนระดับปานกลาง.....คนระดับรุนแรง.....คน

7. การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต โดยทีม MCATT หรือทีมสุขภาพจิต ที่รับผิดชอบ (รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินการช่วยเหลือ)

- 7.1 การรักษาอาการบาดเจ็บทางกาย
 ไม่มี มี รายละเอียด.....
- 7.2 การตรวจประเมินตามมาตรฐานจิตเวชและการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ
 ไม่มี มี ระบุ.....
- 7.3 การแก้ไขปัญหาหรือวิกฤตชีวิตที่เป็นปัจจัยกระตุ้น
 ไม่มี มี ระบุ.....
- 7.4 การลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง
 ไม่มี มี ระบุ.....
- 7.5 การสร้างและเสริมปัจจัยปกป้อง ระดับบุคคลและระดับครอบครัว
 ไม่มี มี ระบุ.....
- 7.6 การติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องป้องกันการกระทำรุนแรงต่อตนเองซ้ำ
 ไม่มี มี ระบุ.....

8. ข้อเสนอแนะในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหา

(ควรเจาะจงให้สอดคล้องกับสิ่งที่พบจากการสอบสวนโรค) และครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ ได้แก่

1. ข้อเสนอแนะลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยง
.....
.....
2. ข้อเสนอแนะบรรเทาหรือขจัดปัจจัยกระตุ้น
.....
.....
3. ข้อเสนอแนะสร้างเสริมปัจจัยปกป้องในบุคคล ครอบครัว ชุมชน
.....
.....
4. ข้อเสนอแนะการสร้างและเสริมต้านกัน
.....
.....
5. ข้อเสนอแนะปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง)
.....
.....

ผู้บันทึก..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

แหล่งข้อมูลในการสอบสวนโรคในรายนี้

1. แหล่งข้อมูลรายบุคคล

ชื่อ - สกุล	ความเกี่ยวข้องกับ Case

2. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น เอกสาร แพ้ประวัติผู้ป่วย หนังสือ จดหมาย ฯลฯ

ชื่อ/ประเภท	แหล่งที่มา

รายชื่อทีมสอบสวนโรค

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง

edit 1/3/2566

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Qplus

2Q Plus

(ฉบับปรับปรุงข้อความ)

(2Q) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ** (ตอบ มี อย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)		
1. ไม่สบายใจ เจ็บ ทุกข์ใจ ท้อแท้ ซึม หงอย	ไม่มี	มี
2. เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไรหรือทำอะไรไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม	ไม่มี	มี
Plus 1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่		
Plus 2. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	ไม่มี	มี

*Thorarin Kongsuk et al., J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4): 321-334

การแปลผล และดำเนินการหลังคัดกรอง

ผลการคัดกรอง 2Qplus	ความหมาย	การดำเนินการหลังคัดกรอง
2Q ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ ตอบว่า "มี"	อาจจะมีโอกาสซึมเศร้า (Depressive episode)	ให้ประเมินด้วย 9Q เพื่อ Confirm และดูความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หากคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนน ควร ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา ต่อไป
Plus ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ ตอบว่า "มี"	มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตาย	ให้ประเมินด้วย 8Q เพื่อดูความรุนแรงของแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย แล้วให้การดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

แบบประเมินฆ่าตัวตาย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อแนะนำ : ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียดไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวบรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี	มี
1	ระยะเวลา (ในเดือนที่ผ่านมา หรือ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)	คิดอยากตาย หรือคิดว่า ตายไปจะดีกว่า	คิดอยากตาย หรือคิดว่า ตายไปจะดีกว่าอยู่...บ	คิดอยากตาย หรือว่าคิดว่า ตายไปเสียดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้ายตัวเอง หรือเฮ็ดไอ้เจ้าของบาดเจ็บ...บ	อยากทำร้ายตัวเอง หรือว่าทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย (ให้ถามต่อ)	คิดเกี่ยวกับสิขาโตตาย...บ ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย (ให้ถามต่อ)	คิดฆ่าตัวตายมั่งม่าย ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย (ให้ถามต่อ)	0	6
4		ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่า คงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	คุมเจ้าของบไอ้คิดได้บ หรือ บอกได้ว่า สิบเฮ็ดตามความคิดสิขาโตตายในตอนนี้	นี่กว่าบยังความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่า จะไม่ทำตามที่คิดแล้ว	0	8
5		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	มีแผนการสิขาโตตายบ	วางแผนจะฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	8
6		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของ หรือเตรียมการสิขาโตตาย โดยตั้งใจเฮ็ดเจ้าของตาย อีหลี	เตรียมจะทำร้ายตัวเอง หรือว่าเตรียมจะฆ่าตัวตายให้พันๆ	0	9
7		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	เคยเฮ็ดไอ้เจ้าของบาดเจ็บ แต่บได้ตั้งใจ ส้อยเจ้าของตาย	เคยทำให้ตัวเอง แต่บตั้งใจให้ถึงตาย	0	4
8		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง / ตั้งใจที่จะให้ตาย	พยายามฆ่าตัวตาย โดยหวังสิไอ้เจ้าของตายอีหลี	พยายามจะฆ่าตัวตาย ให้หมั้นตายตามที่ตั้งใจช่วยม่าย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	เคยพยายามฆ่าโตตาย	(สรทนาม) เคยพยายามฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	4	

คะแนนรวมทั้งหมด



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นสถานจิตแพทย์

การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย**แนวใหม่** (Suicide and suicide attempt incident investigation, new approach)
