

การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย



นางสาววัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ

# ศูนย์วิทยพัทยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMMUNICATING WITH SUICIDE – PRONE GROUP

Miss Watchareeya Jaroenchookiatkij



ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts (Communication Arts) Program in Development Communication

Department of Public Relations

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

โดย

นางสาววัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ

สาขาวิชา

นิเทศศาสตร์พัฒนาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ พัทธนี เขยจรรยา

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะนิเทศศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ อวยพร พานิช)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ พัทธนี เขยจรรยา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ศรัณย์ธร ศศิธรณกรแก้ว)

ศูนย์วิจัยสหวิทยาการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ : การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย.  
(COMMUNICATING WITH SUICIDE – PRONE GROUP) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก : รศ. พัทธนี เชนยจรรยา, 165 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด และการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย โดยการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และการสังเกตการณ์

ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายมีการถ่ายทอดและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาโดยทำการสื่อสารไปยังผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในลักษณะบนลงล่าง ซึ่งมีการใช้รูปแบบในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 3 ลักษณะ คือ การให้การปรึกษาในลักษณะการสนทนาพูดคุย การประชุมและการอบรม และการใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์ พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนมีหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้มีบทบาทโดยตรงในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในลักษณะการสนทนาพูดคุยและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนในชุมชน เนื่องจากเป็นสมาชิกในชุมชนเช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีการสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคลใกล้ชิดโดยใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุย รวมทั้งการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้กระทำก่อนที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ วัจนภาษาทางตรง วัจนภาษาทางอ้อม อวัจนภาษาทางตรง และอวัจนภาษาทางอ้อม

ภาควิชา การประชาสัมพันธ์.....ลายมือชื่อนิสิต วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ.....  
สาขาวิชา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
ปีการศึกษา 2553.....

# # 5284713228 : MAJOR DEVELOPMENT COMMUNICATION

KEYWORDS : SUICIDE PREVENTION/ INTERPERSONEL COMMUNICATION/  
COUNSELING / THERAPEUTIC RELATIONSHIP

WATCHAREEYA JAROENCHOOKIATKIJ : COMMUNICATING WITH  
SUICIDE – PRONE GROUP. ADVISOR : ASSOC. PROF. PATCHANEE  
CHEYJUNYA, 165 pp.

The purpose of this study was to investigate the communication to prevent suicide of the mentors who provide advice to those who want to commit suicide and those who have Depression Disorders. Another aim was to find out how people who try to commit suicide and who have Depression Disorders communicate to the people closed to them, and the warning sign of suicide. This research applied qualitative methodologies including documentary research, participant observation and in-depth interview with nurse practitioner, official of Village Health Volunteer, the people who failed to commit suicide, the person closed to people who failed to commit suicide and the people who have Depression Disorders and have tendency to commit suicide.

The result of the study showed that way of communication to prevent suicide has been communicated and inform from psychiatric nurses or mentors to people who risk suicide as downward communication. It was found that there are three different ways of communication, which are by direct talk, by meeting and training and by using public relation media. Psychiatric nurses and official of Village Health Volunteer can provide only first aid, they don't have direct role in the communication. Official of Village Health Volunteer communicate with the suicides by a direct talk and have close relationship because they live in the same community.

The results revealed that the suicides have two informal ways of communication by talking to their relatives and people closed to them, as well as the people who have Depression Disorders. The warning sign of suicide was divided into four ways which are direct verbal, indirect verbal, direct nonverbal and indirect nonverbal.

Department : Public Relations..... Student's Signature Watchareeya J.  
Field of Study : Development Communication..... Advisor's Signature Patchanee  
Academic Year : 2010.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความอนุเคราะห์ และการสนับสนุน จาก รองศาสตราจารย์พัชนี เขยจรรยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เปรียบเสมือนแสงสว่างนำทางในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่มาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อวยพร พานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ศรัณย์ธร ศศิธนากรแก้ว กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณา ดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งกรุณาให้คำชี้แนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ และเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ จาก HITAP สำหรับกำลังใจที่มีให้มาเสมอ

งานวิจัยนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เพื่อนๆ นิเทศศาสตร์พัฒนาการรุ่น 32 ทุกคน ดีใจที่ได้รู้จักกัน เป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จ รวมทั้งเพื่อนที่รักทุกคนในชีวิต ขอขอบคุณจากใจจริงที่มีให้กันมาโดยตลอด ในความช่วยเหลือและรับฟังปัญหาและอุปสรรค

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความเข้าใจ คอยช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนในทุกๆ อย่าง ตั้งแต่ผู้วิจัยลืมตาดูโลก

ท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศคุณประโยชน์อันจะเกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องชีวิตจากการอัครวินิบาตกรรมทุกท่าน และคิดว่าจะเป็นคุณประโยชน์ต่อสังคมไทยต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ปัญหาคำถามการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดทฤษฎีด้านการสื่อสารและการสื่อสารระหว่างบุคคล.....	11
แนวคิดจิตวิทยาการสื่อสาร.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ให้การศึกษาในฐานะผู้ส่งสารและการให้การศึกษา.....	37
แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	60
รูปแบบการวิจัย.....	60
ขอบเขตการวิจัย.....	61
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	64
ข้อมูลทั่วไปของชุมชน.....	64
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	128
สรุปผลการวิจัย.....	128
อภิปรายผล.....	137
ข้อเสนอแนะ.....	143
รายการอ้างอิง.....	146
ภาคผนวก.....	150
ภาคผนวก ก.....	151
ภาคผนวก ข.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	165

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและวัตถุประสงค์ของผู้รับสารในการทำการสื่อสาร....	14
ตารางที่ 2 แบบจำลอง SMCR ของเดวิด เค. เบอริโอ.....	16
ตารางที่ 3 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มพยาบาลจิตเวช.....	68
ตารางที่ 4 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน.....	68
ตารางที่ 5 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	69
ตารางที่ 6 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ.....	70
ตารางที่ 7 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ สำเร็จ.....	70
ตารางที่ 8 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ.....	71
ตารางที่ 9 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตาย.....	71
ตารางที่ 10 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย.....	72
ตารางที่ 11 ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ.....	115
ตารางที่ 12 ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ.....	123

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพสังคมในปัจจุบันมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อชีวิตต้องเผชิญกับปัญหาที่มีความยุ่งยากและทำให้ชีวิตของมนุษย์เกิดความสับสนวุ่นวาย จนบางครั้งก็เป็นการยากที่จะหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งอาจก่อตัวเป็นความเครียดขึ้นภายในจิตใจได้ทั้งสิ้น ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวแล้ว มนุษย์ก็ต้องพยายามค้นหาทางออกให้กับตนเองด้วยวิธีการต่างๆ โดยบางวิธีที่นำมาใช้นั้นเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม ขาดสติพิจารณาไตร่ตรองก่อนลงมือปฏิบัติ ซึ่งการพยายามฆ่าตัวตายหรือการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมเป็นวิธีการหาทางออกให้กับชีวิตที่รุนแรงที่สุด ดังนั้นทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญ และพบมากในปัจจุบัน (นिरา พรเดชวงศ์, 2539: 1)

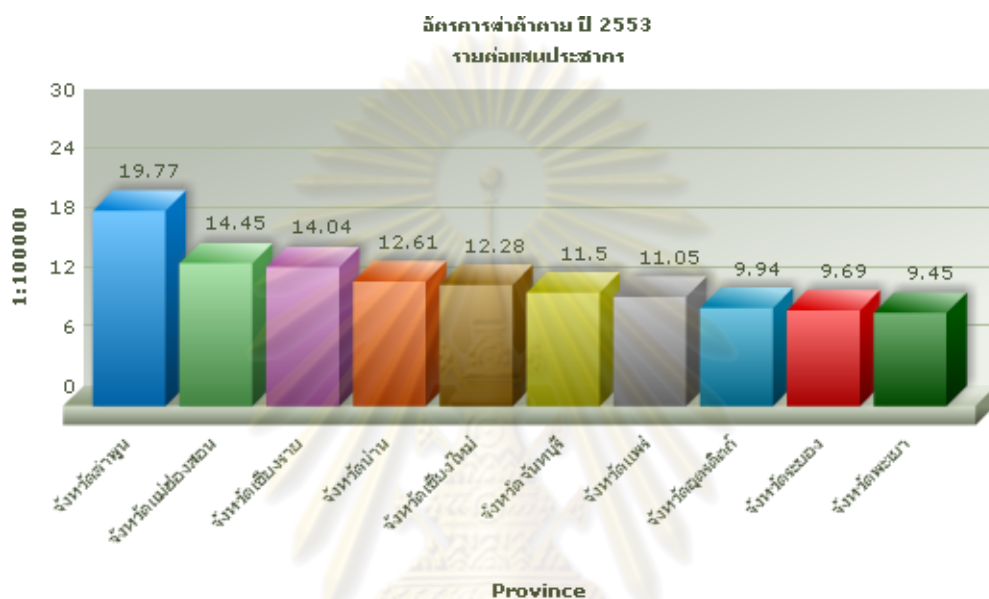
การพยายามฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา แม้ว่าจะเป็นการกระทำที่ถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ปัจเจกบุคคลสามารถทำได้และกลายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่น่าจับตามอง ซึ่งในปัจจุบันจัดว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่มีความรุนแรงที่สุด เพราะแสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้าเสียใจและสิ้นหวัง ไม่มีใครช่วยเหลือ ซึ่งผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือผลเสียแก่ตนเอง แต่ยังเป็น การส่งผลเสียกระทบถึงปัจจัยด้านอื่นๆ อีกเช่น ด้านจิตใจของตัวเองและครอบครัว ผลกระทบต่อภาวะทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของญาติมิตร ครอบครัวของบุคคลแวดล้อมและสังคมของเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลผู้นั้นต้องได้รับบาดเจ็บ หรือพิการจากการกระทำของตนเอง การพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจจากบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งแม้ขณะนี้จะได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องของการพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น และแม้สถิติหลายประเทศต่างแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมหรือการพยายามฆ่าตัวตายลดน้อยลง (Termansen and Jakhani, 1973) นอกจากนั้นพบว่าผู้ที่กระทำการพยายามฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่อยู่ในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งถือว่าเป็นวัยแห่งการสร้างสรรค์และพลังของสังคม การสิ้นสุดชีวิตของมนุษย์ก่อนวัยอันสมควร จึงเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ไปโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งที่ยังมีโอกาสทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นและสังคมในโอกาสต่อไป (นिरา พรเดชวงศ์, 2539: 1)

ทางองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปีหนึ่งจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน เมื่อคิดเฉลี่ยต่อเวลาจะพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 40 วินาที และการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของพ่อแม่พี่น้องสามีภรรยาและเพื่อนๆ ของผู้ตายอีกประมาณ 5-10 ล้านคน ตลอดจนมีผลมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทางองค์การอนามัยโลกพบว่า การฆ่าตัวตายติด 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรโลก และติดอันดับที่ 3 ของสาเหตุการตายสำหรับประชากรวัย 15-35 ปี ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า (ยกเว้นในประเทศจีน) ผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10-20 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการทำร้ายตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และร้อยละ 10 ของผู้ทำร้ายตนเอง จะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา (guru.sanook, 2010 : online)

จากความสำคัญดังกล่าวทุกวันที่ 10 กันยายน ของทุกปี องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้วันดังกล่าวเป็นวันสำคัญคือ วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก (World Suicide Prevention Day) โดยประกาศเป็นครั้งแรกเมื่อ ปี ค.ศ. 2003 (ซึ่งก็ตรงกับปี พ.ศ. 2546 ของไทย) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้หัวข้อในการรณรงค์ในวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2553 นี้ว่า "Many Faces Many Places; Suicide Prevention Across The World" มีความหมายว่า ทั้งโลกจะต้องรวมพลังกัน เพื่อไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายขึ้น

ในประเทศไทยปัญหาการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2552 พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 ราย หรือโดยเฉลี่ยวันละประมาณ 10 ราย โดยแต่ละปีที่ผ่านมาจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,000 คน ซึ่งมากกว่าการฆ่ากันตาย ที่มีประมาณ ปีละ 3,000-3,800 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546) และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตจะพบว่ามีจำนวนรวมสูงถึง 25,000-27,000 รายต่อปี (อภิรัช มงคล และคณะ, 2546) ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ (2546) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่งพบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า 37,793 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย และจากการศึกษาโดยศุนยวิจัยกสิกรไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ประมาณ 16,000 ล้านบาท (ศุนยวิจัยกสิกรไทย, 2549)

จากสถิติการฆ่าตัวตายล่าสุดในปี 2553 พบว่า 10 จังหวัดในประเทศไทยที่มีการฆ่าตัวตายล่าสุดเทียบจากจำนวนประชากร 1 แสนคน พบว่า สูงสุดคือจังหวัดลำพูน 19.77 ราย รองลงมาคือแม่ฮ่องสอน 14.45 ราย เชียงราย 14.04 ราย น่าน 12.61 ราย เชียงใหม่ 12.28 ราย จันทบุรี 11.5 ราย แพร่ 11.05 ราย อุตรดิตถ์ 9.94 ราย ระยอง 9.69 ราย และพะเยา 9.45 ราย



ซึ่งจากสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จังหวัดในเขตภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การฆ่าตัวตายในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย : ปัจจัยด้านวัฒนธรรม” พบว่า ลักษณะทางวัฒนธรรมและค่านิยมบางอย่างของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตร่วมกับเครือข่ายป้องกันและการฆ่าตัวตายในภาคเหนือ

สำหรับการพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษาหลายเรื่องต่างแสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านต่างๆ หลายด้านที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะสรุปสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายดังนี้ (วิณา อัสสรธรณินทร์, 2525: 4)

1.สาเหตุจากสภาพสังคม (Social Factors) สภาพสังคมที่สับสนแก่งแย่งชิงดี สภาพครอบครัวที่แตกแยก การหย่าร้าง บิดามารดาทะเลาะกันอยู่เสมอ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ประกอบกับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมแต่้วยเด็ก จึงไม่สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดปัญหาทางจิต อาจจะออกมาในรูปของการแยกตัว ซึมเศร้า เมื่อเกิด

ปัญหาซ้ำๆ ก็จะทำให้พัฒนาความรุนแรงขึ้น จนเป็นการทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว จะมีภาวะอันตรายเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูง

2.สาเหตุจากสภาพร่างกาย (Physical Factors) ผู้มีร่างกายไม่สมประกอบ พิการเป็นโรค ร้ายที่ไม่มีการรักษาให้หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอ ท้อแท้หมดอาลัยในชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ จึงทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเองโดยการพยายามฆ่าตัวตาย

3.สาเหตุจากสุขภาพจิต (Psycho Factors) บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เป็นโรคจิต (Psychosis) โรคประสาท (Neurosis) หรือมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (Personality Disorder)

และจากการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2545) พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายคือปัญหาความน้อยใจ ถูกคนใกล้ชิดดูต่ำ ผิดหวังในความรัก หึงหวง ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโรคเรื้อรังและพิการ พฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงเป็นลักษณะของอารมณ์ชั่ววูบ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ที่มีภาวะผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่สามารถเกิดกับบุคคลทั่วไปที่มีชีวิตปกติ แต่ทำร้ายตนเองเนื่องจากเหตุกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง โดยในการพยายามฆ่าตัวตายมีหลายอย่าง ตั้งแต่การทำได้สำเร็จ (Completed suicide) ซึ่งเป็นการสิ้นสุดชีวิตตนเองลงอย่างสิ้นเชิง การมีความคิดหรือมีท่าทีที่จะดับชีวิตตนเอง (Suicidal gesture) รวมทั้งการดับชีวิตตนเองที่ไม่สามารถทำได้สำเร็จ มีชีวิตรอดหรือที่เรียกว่า การพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม หรือการพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide) ซึ่งในประการหลังเป็นสิ่งที่น่าสนใจมาก เพราะเป็นอาการนำหรืออาการสำคัญที่เป็นแนวทางไปสู่ความตายที่แท้จริงของผู้คิดฆ่าตัวตายถึงกับมีคำกล่าวว่าการพยายามฆ่าตัวตายเป็นสัญญาณของความต้องการความช่วยเหลือ (A cry for help) ของการทำลายชีวิตตนเอง ดังที่ได้มีผู้ศึกษา และพบว่ามีความถี่มากกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จถึงสิบเท่าตัว (J.B. Imboden and J.C. Urbaitis, 1978) ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจมีพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Sign) เช่น พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการกินหรือการนอน แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับกระบวนการฆ่าตัวตาย การสื่อสารการฆ่าตัวตาย (Suicidal Communication) และจิตวิทยาสังคม ในกลุ่มเยาวชนที่พยายามฆ่าตัวตาย ในเขตชนบทของประเทศเวียดนาม (Danuta Wasserman และคณะ, 2008) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีความรู้สึกสิ้นหวังกับชีวิตอย่างน้อยหกเดือนก่อนที่จะพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้

พยายามฆ่าตัวตายเหล่านั้นจะไม่สามารถแสดงออกเป็นคำพูดให้ครอบครัวได้ทราบถึงการต้องการความช่วยเหลือ แต่ยังมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านเข้ามาชั่วระยะเวลาหนึ่ง และส่วนใหญ่วัยรุ่นจะแสดงออกทางอวัจนภาษา โดยเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การทะเลาะเบาะแว้งกับครอบครัว ไม่กล้าปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดถึงความผิดหวังในชีวิตของตน อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการสื่อสารในทางอ้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นยากที่จะสามารถตีความจากการแสดงออกภายนอก และการสื่อสารการฆ่าตัวตายในทางตรงนั้นจะเป็นประโยชน์มากในการให้ความช่วยเหลือ แต่บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่ค่อยแสดงออกมาให้บุคคลรอบข้างเห็น

ในต่างประเทศมีมาตรการหนึ่งในการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายคือ การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน เช่น ในประเทศเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการดูแลรักษาผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสหรัฐอเมริกาเมืองคักริสระที่ทำหน้าป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะ ที่มีชื่อเรียกว่า American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) มีหน้าที่ให้ความรู้เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายและให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของ AFSP คือการให้ความรู้แก่สาธารณชน ให้ตระหนักต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมทั้งสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ Suicide shouldn't be a secret โดยรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนไปยังกลุ่มเยาวชนในเรื่องสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีการปฏิบัติเมื่อพบผู้มีสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และช่องทางในการให้การช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลเหล่านั้น

สำหรับประเทศไทยการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเริ่มมีการดำเนินงานที่ชัดเจนในปีพ.ศ.2540 โดยหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพจิตในด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี (ทวี ตั้งเสรี, 2551) นอกจากนี้ทางกรมสุขภาพจิตให้บริการเข้าถึงโดยประชาชนที่มีปัญหาสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1327 และบริการคลินิกทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลศรีธัญญา และมีโครงการคลายทุกข์สร้างสุขที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ โดยให้อาสาสมัครคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อหาแนวทางป้องกันและรักษาต่อไป สำหรับจังหวัดที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศไทย ที่มีอัตราการ

ฆ่าตัวตายสูง คือ จังหวัดลำพูน ตั้งแต่ปีพ.ศ.2545 – 2551 เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อจำนวนประชากรหนึ่งแสนคน สูงที่สุดในประเทศไทย ติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี โดยมีอัตราดังนี้ 2545 : 21.61, 2546: 24.99, 2547: 21.74, 2548: 18.04, 2549: 17.76, 2550: 16.26, 2551:16.75 (suicidethai, 2010 : online)

ส่วนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในเขตจังหวัดลำพูนที่ดำเนินการอยู่ ได้มีการประชุมคณะทำงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้นในระดับเขตและระดับจังหวัด ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ถึงจุดอ่อน จุดแข็งในการดำเนินงานที่ผ่านมา และค้นหาโอกาสการพัฒนาในพื้นที่ที่จะเอื้อต่อการดำเนินงาน จึงได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมดังนี้ (บุษบา อนุศักดิ์, 2552)

-โครงการอบรมผู้นำชุมชนป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายเป็น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแม่บ้าน เพื่อให้สามารถคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

-โครงการลด-เลิกสุรา เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมายเป็น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มแม่บ้าน ซึ่งทุกอำเภอได้จัดทำโครงการดังกล่าวขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงนำไปสู่นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนของทุกอำเภอ คือ งานศพปลอดเหล้า และงานบุญปลอดเหล้า

-โครงการสร้างเครือข่ายผู้นำเยาวชนในโรงเรียนด้วยใจประสานใจ กลุ่มเป้าหมายเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกอำเภอ โดยการอบรมนักเรียนที่เป็นแกนนำที่สามารถรับฟังปัญหา พูดคุย ปลอบใจเพื่อนๆ ที่มีปัญหาได้ และยังสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเพื่อนๆ นักเรียน เพื่อลดความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตายลงได้

นอกจากนี้ทางกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลายกิจกรรมที่ใช้สื่อเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด เช่น หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือการ์ตูน VCD ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อยู่ในรูปภาพยนตร์สั้น เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีมาตรการสื่อสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายแก่ประชาชน รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิด หลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่จะสามารถเป็นมาตรการเสริมมาตรการหลักที่กรมสุขภาพจิตดำเนินการอยู่

ทางโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยเริ่มศึกษาทบทวน

มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยและต่างประเทศ ข้อมูลประชากรเบื้องต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับ มาพัฒนามาตรการสื่อสารที่เหมาะสมต่อไป และอาจสามารถนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบและการประเมินผลมาตรการสื่อสารสำหรับใช้ในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ ในอนาคต

ดังนั้นการศึกษาศาสนาสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้มาซึ่งจุดเริ่มต้นของการสื่อสารที่ผู้ให้การศึกษาเริ่มทำการสื่อสารกับผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Sign) รวมถึงค่านิยม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งอาจเป็นบริบททางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก็มีผลสำคัญในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วย ทั้งนี้ ในการเลือกศึกษาพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง คือ จังหวัดลำพูน เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดติดต่อกันหลายปี ดังนั้นเพื่อจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น จะเป็นประโยชน์สำคัญที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนมาตรการของภาครัฐในการช่วยเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่กำลังดำเนินอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้คำปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด
3. เพื่อศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

## ปัญหานำวิจัย

1. การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้คำปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไ
2. การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดเป็นอย่างไ
3. บุคคลใกล้ชิดและผู้ให้คำปรึกษา มีการรับรู้และการสื่อสารต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายอย่างไร

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเริ่มตั้งแต่วิธีการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กับบุคคลใกล้ชิดผู้ที่ยยายามจะฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้คำปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะสงวนชื่อนามสกุลของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นการปกป้องอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากจังหวัดนี้เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดต่อกันหลายปีตามรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และเลือกอำเภอป่าซางเนื่องจากโรงพยาบาลประจำอำเภอที่มีสถานที่ตั้งอยู่ใกล้กับหมู่บ้าน ซึ่งหมู่บ้านที่เลือกศึกษาได้แก่ หมู่บ้าน 1 และหมู่บ้าน 2 ซึ่งทั้งสองหมู่บ้านนี้อยู่ในเขตอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งผู้วิจัยขอสงวนชื่อหมู่บ้านไว้

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การสื่อสารระหว่างบุคคล** หมายถึง การเริ่มต้นการให้การปรึกษาซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลวิธีหนึ่ง เป็นกระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พูดคุยกันเฉพาะบุคคล โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ เห็นคุณค่าการมีชีวิตอยู่ต่อไป เพื่อไม่ให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาทำร้ายตนเองอีก

**การสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสารจากผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ส่งสาร ไปยังผู้รับสาร ซึ่งได้แก่ บุคคลรอบข้างผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคคลที่มีบทบาทหรือบุคคลที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายให้ความสำคัญ เช่น พระ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งผู้ให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น

**กลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**ผู้พยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมหรือท่าทางที่จะทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพื่อต้องการให้ตนเองถึงแก่ความตาย จนเป็นเหตุให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ถึงแก่ความตายเนื่องจากมีผู้ขัดขวางก่อนลงมือหรือมีผู้เกลี้ยกล่อมจนล้มเลิกความตั้งใจ

**ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต บัวยด้วยโรคซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้า หดหู่ ไม่แจ่มใส

**บุคคลใกล้ชิด** หมายถึง พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง ของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**ผู้ให้การปรึกษา** หมายถึง พยาบาลจิตเวช

**สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย** หมายถึง คำพูดสิ่งลา พฤติกรรมหรือการแสดงออกที่เป็นเหมือนการกระทำครั้งสุดท้ายก่อนจะฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

-การสื่อสารทางตรงโดยใช้วัจนภาษา เช่น การบอกกล่าว พูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด ว่าตั้งใจหรือมุ่งมั่นที่ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป รวมทั้งการเขียนจดหมายลาตาย

-การสื่อสารอ้อมโดยใช้วัจนภาษา เช่น การเขียนพินัยกรรม การบอกกล่าว พูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดแบบมีนัยว่าอยากห่างหายไปจากโลกนี้

-การสื่อสารทางตรงโดยใช้วัจนภาษา เช่น เตรียมการพยายามฆ่าตัวตาย โดย  
การไปหาซื้อยา ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช เป็นต้น

-การสื่อสารทางอ้อมโดยใช้วัจนภาษา เช่น พยายามแยกตัวออกจากสังคม เป็น  
ต้น

**การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย** หมายถึง การแปลความ หรือตีความหมาย  
ข้อมูลที่ได้จากสัมผัส ซึ่งข้อมูลที่สัมผัสได้นั้นเกิดความหมายเข้าใจว่าเป็นสัญญาณเตือนก่อนการ  
ฆ่าตัวตาย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งศึกษาการสื่อสาร  
ระหว่างบุคคล เนื่องจากสื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพที่สามารถนำไปพัฒนา  
กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้
2. เพื่อทำความเข้าใจการสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง  
ต่อการฆ่าตัวตาย ที่บุคคลใกล้ชิดสามารถรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย  
(Suicide Warning Sign) ได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง “การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย” เป็นการศึกษาวิธีการสื่อสารเพื่อหาแนวทางเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ

- 1.แนวคิดทฤษฎีด้านการสื่อสารและการสื่อสารระหว่างบุคคล
- 2.แนวคิดจิตวิทยาการสื่อสาร
- 3.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ให้การปรึกษาในฐานะผู้ส่งสารและการให้การปรึกษา
- 4.แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย
- 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดทฤษฎีด้านการสื่อสารและการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารนั้นจัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในชีวิตมนุษย์ นอกเหนือจากปัจจัยสี่ที่เป็นความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ มนุษย์อาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใดๆ ของตน และเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อของมนุษย์ และเป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการสังคม ยิ่งสังคมมีความสลับซับซ้อนมากเพียงใด การสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และสังคมที่นำมาซึ่งความสับสน ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและความไม่แน่นอนใจแก่สมาชิกของสังคม ย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ปรมะ สตะเวทิน, 2540)

#### ความหมายของการสื่อสาร

คำว่า Communication หรือในภาษาไทยเรียกว่า การสื่อสาร นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายต่างๆ กัน ดังนี้

แชรรมม์ (Schramm, 1974) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ การมีความเข้าใจร่วมกันต่อ เครื่องหมายที่แสดงข่าวสาร (Informational signs)

เกิร์บเนอร์ (Gerbner, 1966) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ การแสดงกิริยาสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) โดยใช้สัญลักษณ์และระบบสาร (Message systems)

ออสกู๊ด (Osgood, 1974) กล่าวว่า ในความหมายโดยทั่วไปแล้ว การสื่อสารเกิดขึ้นเมื่อ ฝ่ายหนึ่งคือผู้ส่งสาร มีอิทธิพลต่ออีกฝ่ายหนึ่งคือผู้รับสาร โดยใช้สัญญาณต่างๆ ซึ่งถูกส่งผ่านสื่อที่ เชื่อมระหว่างสองฝ่าย

อันกูเรต (Ungurait, 1975) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวและความต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เช่น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อถ่ายทอด ค่านิยมทางสังคม เป็นต้น

วอเรน ดับบลิว วีเวอร์ (Warren W. Weaver, 1978) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการทุกอย่างที่จิตใจของคนๆ หนึ่ง อาจมีผลต่อจิตใจของคนอีกคนหนึ่ง การสื่อสารจึงไม่ หมายความว่าแต่เพียงการเขียนและพูดเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึง ดนตรี ภาพ การแสดง และ พฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์อีกด้วย

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Roger and Shoemaker) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการ ซึ่งสารถูกส่งจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร

นิวคอมบ์ (Newcomb, 1965) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ รูปแบบหนึ่งของการแลกเปลี่ยนซึ่ง กันและกันระหว่างบุคคล ซึ่งหากจะกล่าวในเชิงไวยากรณ์แล้ว การแลกเปลี่ยนนั้นอาจทำให้บุคคล สามารถเข้าถึงจิตใจของผู้อื่นได้

ทับบ์ และ มอส (Tubbs and Moss, 1983) กล่าวว่า การสื่อสาร เป็นกระบวนการของการ ร่วมกันสร้างสรรค์ความหมายระหว่างคนสองคนหรือมากกว่านั้น

จุมพล รอดคำดี (2529) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง พฤติกรรมการติดต่อสัมพันธ์กัน ระหว่างมนุษย์ โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ตลอดจนประสบการณ์ระหว่างกันและกัน เพื่อให้เกิดผลตอบสนองบางประการที่ตรงกับเป้าหมาย ที่วางไว้ คือ การเข้าใจร่วมกัน ความร่วมมือ ความตกลงเห็นพ้องต้องกัน ความผสมผสาน ประนีประนอม เป็นต้น อันนำมาซึ่งความคงอยู่และการพัฒนาสังคมของมนุษย์

ปรมะ สตะเวทิน (2540) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ กระบวนการของการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้ส่งสาร (Source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

เกศินี จุฑาวิจิตร (2542) กล่าวว่า การสื่อสาร เป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนไหวและเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในการส่งและรับสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร โดยผ่านสื่อต่างๆ อย่างมีวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน

จากนิยามสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสื่อสารคือกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวและเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องในการส่งและรับสารของผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยผ่านสื่อหรือช่องทางทางการสื่อสารต่างๆ อย่างมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

### องค์ประกอบของการสื่อสาร

หากพิจารณาจากความหมายของ “การสื่อสาร” แล้ว จะเห็นว่า ในการทำการสื่อสารนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบพื้นฐานในการสื่อสารอย่างน้อย 4 ประการ อันได้แก่ (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2542:13)

1. ผู้ส่งสาร (Source) คือ บุคคล กลุ่มคน หรือหน่วยงาน องค์กร ที่เป็นผู้ผลิต เป็นแหล่งต้นตอของสาร และมีเจตนาที่เผยแพร่หรือถ่ายทอดสารนั้นออกไปสู่บุคคลกลุ่มอื่น
2. สาร (Message) คือ เนื้อหา ข้อมูล ข่าว ข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ฯลฯ ที่แสดงออกในรูปแบบของ คำพูด หรือ ข้อเขียน เป็นต้น
3. สื่อ หรือช่องทางทางการสื่อสาร (Channel) คือ ช่องทางที่นำสารผ่านจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร อันได้แก่ อากาศ น้ำ คลื่นแสง คลื่นเสียง คลื่นไฟฟ้า โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอ สไลด์ ฯลฯ
4. ผู้รับสาร (Receiver) คือ บุคคล กลุ่มคน หน่วยงาน องค์กร ที่อยู่ปลายทางของการสื่อสาร เป็นส่วนที่ผู้รับสารมุ่งหวังให้ได้รับสารที่ส่งผ่านสื่อมา โดยผู้รับสารจะกลายเป็นผู้ส่งสารทันทีเมื่อมีการป้อนกลับ (Feedback) ต่อสารที่ได้รับกลับไปยังผู้ที่ส่งสารมาในทีแรก ซึ่งเช่นเดียวกัน ผู้ส่งสารนั้นก็จะเป็นผู้รับสารแทนในสภาพการณ์ดังกล่าว ซึ่งในการสื่อสารโดยทั่วไปมักจะปรากฏเช่นนี้ ดังจะได้นำเสนอให้ชัดเจนต่อไปในเรื่องกระบวนการสื่อสาร

## วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร

ชแรมม์ (Schramm, 1974) กล่าวว่า โดยทั่วไปแล้วเราพอจะสรุปถึงวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและวัตถุประสงค์ของผู้รับสารในการทำการสื่อสารได้ดังนี้

### ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารและวัตถุประสงค์ของผู้รับสารในการทำการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร	วัตถุประสงค์ของผู้รับสาร
1. เพื่อแจ้งให้ทราบ (Inform)	1. เพื่อทราบ (Understand)
2. เพื่อสอนหรือให้การศึกษ (Teach or Educate)	2. เพื่อศึกษา (Learn)
3. เพื่อสร้างความพอใจหรือให้ความบันเทิง (Please or Entertain)	3. เพื่อหาความพอใจ (Enjoy)
4. เพื่อเสนอหรือชักจูงใจ (Propose or Persuade)	4. เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ (Dispose or Decide)

ในการสื่อสารแต่ละครั้ง ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างก็มีวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร โดยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร มีดังนี้

1. เพื่อแจ้งให้ทราบ (Inform) และเพื่อทราบ (Understand) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการเผยแพร่ หรือบอกกล่าวเรื่องราวเหตุการณ์ต่างๆ ให้ผู้รับสารได้ทราบ ผู้รับสารก็มีความประสงค์ที่จะรับรู้สารนั้น เพื่อนำไปใช้หรือเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

2. เพื่อสอนหรือให้การศึกษ (Teach or Educate) และเพื่อศึกษา (Learn) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารได้เรียนรู้ เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากกว่าการรับทราบ ผู้รับสารก็มีความประสงค์ที่จะเรียนรู้ศึกษา

3. เพื่อสร้างความพอใจหรือให้ความบันเทิง (Please or Entertain) และเพื่อหาความพอใจ (Enjoy) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารเกิดความพึงพอใจ สนุกสนาน ในส่วนตัว ผู้รับสารเองก็ได้ความพอใจ เพลิดเพลิน สนุกสนาน

4. เพื่อเสนอหรือชักจูงใจ (Propose or Persuade) และเพื่อกระทำหรือตัดสินใจ (Dispose or Decide) เป็นวัตถุประสงค์ที่ผู้ส่งสารต้องการให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกชอบใจ สนใจ คล้อยตาม และปฏิบัติตาม ส่วนผู้รับสารสื่อสารเพื่อต้องการข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารแต่ละครั้งนั้น ผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน แต่ไม่ได้หมายความว่า ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ในการสื่อสารเพื่อแจ้งให้ทราบ ผู้ส่งสารอาจต้องการสร้างสารเพื่อบอกกล่าวเรื่องราวต่างๆ ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการให้ผู้รับสารนำข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้วยก็ได้

### ประเภทของการสื่อสาร

การจำแนกประเภทของการสื่อสารสามารถจำแนกได้หลายเกณฑ์ แต่โดยทั่วไปสามารถแยกประเภทการสื่อสารออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ดังต่อไปนี้ (ยุพา สุภากุล, 2540:29-30)

1. การสื่อสารภายในตนเอง (Intrapersonel Communication) เป็นการสื่อสารกับตนเอง เช่น การคิด การไตร่ตรองหาเหตุผล การวิเคราะห์ การทบทวนเรื่องที่พูดหรือเขียน เป็นต้น การสื่อสารที่มีผู้รับสารเพียงคนเดียวเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารในตัวเอง

2. การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonel Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลสองหรือสามคน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน

3. การสื่อสารกลุ่มย่อย (Small Group Communication) เป็นการสื่อสารภายในกลุ่มคนจำนวนหนึ่ง ซึ่งผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถที่จะพูดคุยโต้ตอบกันโดยตรงและทั่วถึง เช่น การประชุม เป็นต้น

4. การสื่อสารกลุ่มใหญ่ (Large Group Commication) เป็นการสื่อสารระหว่างคนจำนวนมาก ซึ่งอยู่ในสถานที่เดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน โดยอาจจะใช้สื่อโสตทัศนศึกษาช่วย เช่น โทรทัศน์วงจรปิด รูปแบบการสื่อสาร เช่น การอบรม การสัมมนา เป็นต้น

5. การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้ส่งสาร ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คน ส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารที่มีเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาศัยอยู่ในสถานที่ต่างๆ ห่างไกลกัน ได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน โดยผ่านสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น



## แบบจำลองกระบวนการสื่อสาร

เดวิด เค. เบอริโล (David K. Berlo, 1960) ได้พัฒนาแบบจำลอง S M C R ขึ้นมาเพื่ออธิบายให้เห็นถึงความซับซ้อนของกระบวนการสื่อสาร ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการสื่อสาร และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดผลของการสื่อสาร ซึ่งเบอริโลได้อธิบายแนวคิดด้วยแบบจำลอง S M C R โดยรวมผู้เข้ารหัสสารเข้ากับแหล่งสาร (S) และผู้ถอดรหัสสาร (R) เนื่องจากเขาใช้แบบจำลองนี้ อธิบายการสื่อสารระหว่างบุคคลที่การเข้ารหัสสาร และการถอดรหัสสาร เป็นหน้าที่ของผู้ส่งสาร และผู้รับสารโดยตรง

### ตารางที่ 2 แบบจำลอง S M C R ของเดวิด เค. เบอริโล

Source	Message	Channel	Receiver
ผู้ส่งสาร	สาร	ช่องทาง	ผู้รับสาร
ทักษะในการสื่อสาร	ส่วนประกอบ	การเห็น	ทักษะในการสื่อสาร
ทัศนคติ	โครงสร้าง	การได้ยิน	ทัศนคติ
ความรู้	การจัดเสนอ	การสัมผัส	ความรู้
ระบบสังคม	เนื้อหา	การได้กลิ่น	ระบบสังคม
วัฒนธรรม	รหัส	การลิ้มรส	วัฒนธรรม

แบบจำลอง S M C R ได้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลักทั้ง 4 โดยมุ่งเน้นไปในเรื่องคุณลักษณะต่างๆ อันเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ประสิทธิภาพของการสื่อสาร โดยองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญและสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง ส่งผลกระทบบซึ่งกันและกันตลอดทั้งกระบวนการ ดังนั้นในการสื่อสารแต่ละครั้งต้องมีการพิจารณาองค์ประกอบทั้งหมดในประเด็นต่อไปนี้ ในที่นี้พิจารณาองค์ประกอบตามแบบจำลอง SMCR ของเบอริโลเป็นหลัก

### ผู้ส่งสารหรือแหล่งสาร

หมายถึง ผู้ที่เลือกสรรข่าวสารหรือแหล่งกำเนิดสารเกี่ยวกับความคิด เหตุการณ์ต่างๆ สิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ ส่งต่อไปยังผู้รับสาร ผู้ส่งสารนี้เป็นบุคคลเดียวหรือหลายคน เช่น หน่วยงาน

องค์การ สถาบัน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยสำคัญของผู้ส่งสารประกอบด้วยดังนี้ (ระวีวรรณ ประกอบผล, 2529:271-277)

1.ทักษะในการสื่อสาร (Communication Skills) หมายถึง ความสามารถ ความชำนาญ ในการสื่อสาร มีทักษะที่เกี่ยวข้องคือ การพูด การเขียน ซึ่งเป็นทักษะในการเข้ารหัส การฟัง การอ่าน ซึ่งเป็นทักษะในการถอดรหัส การใช้เหตุผลหรือความคิด ซึ่งเป็นทักษะทั้งการเข้าและถอดรหัส รวมทั้งทักษะทางอวัจนภาษาต่างๆ เช่น ภาษาท่าทาง เป็นต้น ซึ่งทักษะต่างๆ นี้มีผลต่อความคิดที่จะสื่อสารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และความตั้งใจของผู้ส่งสาร รวมทั้งมีผลต่อความสามารถในการเข้ารหัส

2.ทัศนคติ (Attitude) นักจิตวิทยาให้นิยามว่า ทัศนคติ คือ ความมีใจโอนเอียงไปตอบสนองต่อสภาพการณ์ใดๆ ในการสื่อสารหากผู้ส่งสารมีทัศนคติที่ไม่พึงพอใจผู้รับสาร เราอาจคาดการณ์ได้ว่า การสื่อสารของเขาจะแตกต่างไปจากที่เขารู้สึกพึงพอใจผู้รับสาร หรือถ้าผู้ส่งไม่เชื่อใจตัวเอง การสื่อสารที่เกิดขึ้นจะตรงกันข้ามกับที่เขามีความมั่นใจในตนเองในการสื่อสาร หรือหากผู้ส่งสารรู้สึกไม่ประทับใจสถานที่ทำการสื่อสาร รวมถึงไม่พอใจในสิ่งที่เขาใช้สื่อสาร เขาก็อาจคาดเดาได้ว่าการสื่อสารนั้นอาจล้มเหลวได้ เพื่อให้เข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นๆ ทัศนคติของผู้ส่งสารมีหลายประการ ได้แก่

-ทัศนคติต่อตนเอง คือ การประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่ามีความสามารถในการสื่อสารมากน้อยเพียงใด ถ้าผู้ส่งสารยังมีความเชื่อมั่นมาก การสื่อสารนั้นก็ยังมีประสิทธิภาพ

-ทัศนคติต่อเนื้อหา คือ การประเมินความมีคุณค่าในเนื้อหาของสารนั้น ถ้าผู้ส่งสารยังเชื่อว่าเนื้อหาของนั้นมีคุณค่ามาก การสื่อสารนั้นก็ยังมีประสิทธิภาพ

-ทัศนคติต่อผู้รับสาร คือ การประเมินผู้รับสาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมในการสื่อสารของผู้ส่งสาร ต่อตัวสาร และต่อปฏิกิริยาของผู้รับสาร โดยเฉพาะการชักจูงใจ

3.ความรู้ (Knowledge) นอกจากความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่กำลังเป็นหัวข้อของการสื่อสาร และเนื้อหาสารแล้ว ผู้ส่งสารและผู้รับสารจำเป็นต้องตระหนักรู้ (aware) ในท่าทีหรือทัศนคติของผู้ร่วมกระทำการสื่อสาร ความสามารถในการสร้างสาร และการเลือกใช้ช่องทางในการสื่อสารให้มีความสอดคล้องกับสารที่ส่งไป

4.ระบบสังคม (Social System) สังคมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการสื่อสาร เพราะบุคคลขึ้นอยู่กับกลุ่มทางสังคม มีตำแหน่ง บทบาท หน้าที่ ตามกลุ่มที่สังกัดอยู่ และเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

5.วัฒนธรรม (Culture) หมายถึง ขนบธรรมเนียม ค่านิยม ความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรม ในแต่ละสังคม ซึ่งส่งผลต่อความคิด และพฤติกรรมการสื่อสาร วัฒนธรรมที่ต่างกันก็มีการสื่อสาร ต่างกันด้วย

ในการทำการสื่อสารให้เกิดสัมฤทธิ์ผล นอกจากผู้ส่งสารจะต้องมีปัจจัยข้างต้นแล้ว สิ่งจำเป็นอีกอย่างหนึ่งที่ขาดเสียมิได้คือ ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร (Source Credibility) เพราะ การที่บุคคลมีความน่าเชื่อถือนั้น จะคิดจะทำอะไรก็ย่อมทำให้เกิดผลในทางบวกตามที่ต้องการได้ง่าย อีกทั้งสามารถที่จะโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นมีความคิด และอาจรวมถึงมีพฤติกรรมคล้ายตาม บุคคลผู้นั้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ดูแล้วไม่มีความน่าเชื่อถือ ดังผลงานวิจัยของ เคลแมนและฮอฟแลนด์ (Kelman and Hovland, 1953:142) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมฤทธิ์ผลของการสื่อสาร ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้รับสารจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อเมื่อผู้ส่งสารมีความน่าเชื่อถือ ความละม้าย คล้ายคลึงกับผู้รับสาร ตลอดจนการที่ผู้ส่งสารมีอำนาจในการสั่งการ

### ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร

การสื่อสารเริ่มต้นจากบรรยากาศแห่งความน่าเชื่อถือ ซึ่งขึ้นอยู่กับการกระทำของผู้ส่งสาร การกระทำซึ่งแสดงออกถึงความปรารถนาดี จริงใจต่อผู้รับสาร จะต้องทำให้ผู้รับสารมีความมั่นใจ ในตัวผู้ส่งสาร ต้องมีความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของข่าวสารที่ส่งออกมา (กรรณิการ์ อัสวทรเด ชา, 2536:6) ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสาร ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารในสายตาของผู้รับสารจึงเป็น คุณลักษณะที่สำคัญที่ผู้ส่งสารควรมี จึงจะทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ

แมคครอสกี ลาร์สัน และ แนปปี (McCroskey, Larson and Knap, 1971:81-82) ได้แบ่ง องค์ประกอบของความน่าเชื่อถือไว้ 5 ประการ คือ

- 1.ความเป็นผู้รู้ (Competence) ประกอบด้วย ความรู้ (Informed) ประสบการณ์ (Experience) ไหวพริบ (Intelligent) และความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert)
- 2.คุณลักษณะ (Character) ประกอบด้วย ความซื่อสัตย์ (Honest) ไว้วางใจได้ (Trustworthy) กิริยามารยาทดี (Decent)
- 3.ความตั้งใจ (Intention) ประกอบด้วย ความตั้งใจจริงในการทำงานและน่าคบหา
- 4.บุคลิกลักษณะ (Personality) ประกอบด้วย ความเป็นมิตร (Friendly) และน่าคบหา สماعม (Pleasant)

5.ความคล่องตัว (Dynamism) ประกอบด้วย ความชิงชัง (Aggressive) ความมีอำนาจ (Forceful) และหนักแน่น (Emphatic)

ลักษณะของผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือดังที่ แมคครอสกี ลาร์สัน และแนปป์ (McCroskey, Larson and Knap) ได้ระบุไว้ข้างต้น มีความสอดคล้องกันที่ เจอร์รี เอ เฮนดิกซ์ (Jerry A. Heandix, 1997:36-37) นักวิชาการด้านวิชาการประชาสัมพันธ์จาก American University ได้ระบุถึงความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารไว้ว่า ความน่าเชื่อถือเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มของการรับรู้ (Set of Perceptions) เกี่ยวกับผู้ส่งสารในความรู้สึกนึกคิดของผู้รับสาร โดยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ส่งสารที่พิจารณาแล้วว่าสามารถเชื่อถือได้นั้น ในงานวิจัยด้านการสื่อสาร สรุปได้ว่าควรมีลักษณะดังนี้

- 1.มีความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Trustworthiness)
- 2.มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ (Expertise)
- 3.มีความคล่องตัว กระตือรือร้นอยู่เสมอ (Dynamism)
- 4.มีบุคลิกที่น่าดึงดูดใจ (Physical Attractiveness)
- 5.มีการรับรู้ที่คล้ายคลึงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (Perceived Similarities between the Source and Receivers)

อรวรรณ ปิลาธนนโอบาท (2537:120) กล่าวว่า ปราชญ์ทางการสื่อสารได้สรุปว่า ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ 1.ความสามารถหรือความเป็นผู้ชำนาญ (Competence of Expertness) และ 2.ความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) ปัจจัยทั้งสองประการนี้ ผู้รับสารต้องมองเห็นว่ามีอยู่ในตัวผู้ส่งสาร ความน่าเชื่อถือในตัวผู้ส่งสารนี้ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ส่งสารจะประกาศให้ทุกคนทราบและได้รับการยอมรับ ความน่าเชื่อถือนี้ไม่ได้มีลักษณะโดดๆ เหมือนอย่างอายุ เพศ แต่ต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับสารมองเห็น รับรู้ และเชื่อเช่นนั้น ความสามารถหรือความเป็นผู้ชำนาญเป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ส่วนความน่าไว้วางใจเป็นลักษณะทั่วไป หรืออาจกล่าวได้ว่า ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารจะแตกต่างกันไปตามหัวข้อ (Topic) ของสารแต่ละเรื่องไป และแตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์

เบอริโล และคณะ (David K. Berlo, 1960 อ้างถึงใน อรวรรณ ปิลาธนนโอบาท, 2537:120) ได้วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร พบข้อสรุปว่ามีปัจจัย 3 ประการ ที่ผู้รับสารมักจะใช้ในการตัดสินใจความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร ได้แก่

1. ปัจจัยที่สร้างความอบอุ่นใจ (Safety Factor) ผู้ส่งสารที่จะมีคุณลักษณะด้านนี้ได้ต้องมีคุณสมบัติต่อไปนี้ คือ

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| -ใจดี (Kind)               | -เข้ากับคนอื่นได้ง่าย (Congenial) |
| -ไม่ขัดคอใคร (Agreeable)   | -สุภาพ (Gentle)                   |
| -น่ารัก (Pleasant)         | -ยุติธรรม (Just)                  |
| -ไม่เห็นแก่ตัว (Unselfish) | -เอื้อเฟื้อ (Hospitable)          |
| -รู้จักให้อภัย (Forgiving) | -มีศีลธรรม (Ethical)              |
| -ร่าเริง (Cheerful)        | -สงบเยือกเย็น (Calm)              |
| -อดทน (Patient)            | มีความเป็นเพื่อน (Friendly)       |

2. ปัจจัยที่เป็นคุณสมบัติของผู้ส่งสาร (Qualification Factor) ส่วนใหญ่ปัจจัยนี้จะเน้นความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ของผู้ส่งสาร คุณสมบัติเหล่านี้ เช่น

- มีประสบการณ์ด้านใดด้านหนึ่ง (Experienced)
- ได้รับการฝึกฝน (Trained)
- มีความชำนาญ (Skilled)
- มีอำนาจในหน้าที่ (Authoritative)
- มีความสามารถ (Able)
- มีไหวพริบปัญญา (Intelligent)

3. ปัจจัยด้านพลวัตของผู้ส่งสาร (Dynamism Factor) ปัจจัยนี้คือ ปัจจัยที่แสดงความคล่องแคล่ว กระตือรือร้น ความเฉื่อยชาของผู้ส่งสาร ลักษณะเหล่านี้ ได้แก่

- มุทะลุ (Aggressive)
- รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathic)
- ตรงไปตรงมา (Frank)
- กระตือรือร้น (Active)
- กล้า (Bold)
- รวดเร็ว (Fast)
- คล่องแคล่ว (Energetic)

## สารหรือข่าวสาร

ตามแนวคิดของเบอร์โล (David K. Berlo) ในเรื่องข่าวสาร (Message) นั้น สิ่งที่มีส่วนกำหนดประสิทธิภาพของสาร ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารมี 3 ประการ คือ รหัสสาร เนื้อหาสาร และการจัดสาร โดยทั้ง 3 ส่วนนี้เกิดขึ้นได้เนื่องจากมีส่วนประกอบ (Element) และโครงสร้าง (Structure) เป็นส่วนประกอบได้ รหัสสาร เนื้อหาสาร และการจัดสารเกิดความสมบูรณ์ โดย วิรุฬห์ ลีลาพฤทธิ (2531:35-36) ได้อธิบายถึงปัจจัยทั้ง 3 ของข่าวสารไว้ดังนี้

1. รหัสสาร (Message Codes) รหัสของสาร ก็คือ ภาษา (Language) หรือสัญลักษณ์ (Symbolic) หรือสัญญาณ (Signal) ที่มนุษย์คิดขึ้นเพื่อใช้แสดงออกแทนความคิดเกี่ยวกับบุคคลและสรรพสิ่งต่างๆ เราสามารถแบ่งรหัสของสารออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1.1 รหัสของสารที่ใช้คำ (Verbal Message Codes) ได้แก่ ภาษาอันเป็นระบบสัญลักษณ์ที่มนุษย์พัฒนาขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ภาษาทุกภาษาของมนุษย์มีการสร้างขึ้นและพัฒนาสืบทอดมาโดยลำดับเป็นระบบสัญลักษณ์ ซึ่งทำให้สารปรากฏขึ้นได้

1.2 รหัสของสารที่ไม่ใช้คำ (Non-verbal Message Codes) ได้แก่ ระบบสัญลักษณ์ สัญญาณ หรือเครื่องหมายใดๆ ก็ตามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ถ้อยคำ เช่น อากัปกริยา ธง ไฟ ฯลฯ ซึ่งมนุษย์ในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรมพัฒนาขึ้น และรับรู้ความหมายร่วมกัน อาทิ เช่น การพยักหน้า การแสดงอาการตอบรับ หรือแสดงความเข้าใจ เห็นด้วย ธง หรือไฟสัญญาณต่างๆ ล้วนแล้วแต่เป็นรหัสของสารที่ไม่ใช้คำ ทำหน้าที่เป็นสารบอกเรื่องราวที่มนุษย์ตกลงรับรู้ความหมายร่วมกัน

2. เนื้อหาสาร (Message Content) เนื้อหาประกอบด้วยข้อคิด และประเด็นต่างๆ ในข่าวสารสำหรับสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่กำหนดขึ้น รหัสสารและเนื้อหาสารจะถูกเชื่อมโยงเข้าด้วยกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในกระบวนการสื่อสาร ในการเข้ารหัสข่าวสารบางข่าวสารผู้ส่งสารจะต้องเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับสาร เราอาจแบ่งเนื้อหาของสารได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 สารประเภทข้อเท็จจริง ได้แก่ สารที่รายงานให้ทราบถึงความจริงต่างๆ ที่มีอยู่ในโลกทางกายภาพ อันอยู่ในวิสัยที่มนุษย์จะตรวจสอบได้ถึงความแน่นอนถูกต้องของสารนั้น ถ้าพิสูจน์ตรวจสอบแล้ว สารนั้นเป็นจริง สารนั้นก็จัดได้ว่าเป็นสารที่มีคุณภาพ ควรแก่การเชื่อถือ

2.2 สารประเภทข้อคิดเห็น ได้แก่ สารซึ่งเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในจิตใจจากการประเมินของผู้ส่งสาร อาจเป็นความรู้สึก แนวคิด ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น ต่อวัตถุ หรือต่อเหตุการณ์ใดๆ ก็ตาม สารประเภทนี้เป็นสารที่ไม่อยู่ในวิสัยที่จะถูกตรวจสอบได้ว่าเป็น

จริงหรือไม่ อาจทำได้เพียงแค่การประเมินความน่าเชื่อถือ ความสมเหตุสมผล ตลอดจนความเป็นไปได้ของสารนั้นเท่านั้น สารประเภทนี้ยังสามารถแบ่งได้เป็น

2.2.1 ข้อคิดเห็นเชิงประเมินค่า ได้แก่ สารที่บ่งชี้ลงไปว่าอะไรดีหรือไม่ดี ควรหรือไม่ควร ถูกหรือผิด มีประโยชน์หรือโทษ ฯลฯ

2.2.2 ข้อคิดเห็นเชิงแนะนำ ได้แก่ สารที่บอกกล่าวให้ผู้รับสารทราบว่าจะทำอะไร ด้วยขั้นตอนอย่างไร จึงจะได้ผลสมความมุ่งหมาย

2.2.3 ข้อคิดเห็นเชิงตั้งข้อสังเกต ได้แก่ สารที่ชี้ให้เห็นในลักษณะที่แอบแฝงอยู่ของบุคคล วัตถุ เหตุการณ์ และพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้รับสารเกิดการพิจารณาอย่างถ่องแท้ นำระมัดระวัง

2.2.4 ข้อคิดเห็นเชิงตัดสินใจ หมายถึง สารที่เป็นข้อเสนอ หลักการ ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ

2.2.5 ข้อคิดเห็นเชิงแสดงอารมณ์ ได้แก่ สารซึ่งแสดงสภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกใจ คอทัศนคติ ความกระตือรือร้นของผู้ส่งสาร สารประเภทนี้อาจกินความกว้างขวางมาก ตั้งแต่คำทักทายไปจนถึงภาพเขียนกวีนิพนธ์ที่เขียนแสดงบรรยายความรู้สึกและอารมณ์อันลึกซึ้งต่อสิ่งต่างๆ

3.การจัดสาร (Message Treatment) ผู้ส่งสารจะต้องหาวิธีจัดรหัสและเนื้อหาสารที่เขาเลือกและต้องทดสอบข้อคิดหรือประเด็นเหล่านั้นกับผู้รับที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุด โดยประเด็นสำคัญที่จะช่วยในการจัดสาร คือ การจัดเรียงเรียงข้อความ

### การจัดเรียงเรียงข้อความ (Message Organization)

การจัดเรียงเรียงข้อความที่ได้ผลในการสื่อสาร ปกติมักใช้แบบแผนที่ผู้รับสารคุ้นเคย แต่ก็มิได้หมายความว่า แบบแผนที่แปลกใหม่จะไม่สามารถทำให้การสื่อสารนั้นมีสัมฤทธิ์ผล เออร์วิน เบททิงเฮาส์ (อ้างถึงใน อรวรรณ บิลันธนโอบาท, 2537:121) ได้แนะนำถึงการจัดเรียงเรียงข้อความด้วยแบบแผนที่เรียบง่ายขึ้น ดังนี้ คือ

1.จัดโดยตำแหน่งพื้นที่ (Spatial or Geographical Organization) หมายถึง การจัดองค์ประกอบของข่าวสาร โดยอาศัยหลักทางภูมิศาสตร์หรือพื้นที่ของสิ่งนั้น

2.จัดโดยลำดับเวลา (Chronological/historical Organization) คือ การจัดลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วนำไปสู่ปัญหาและการเสนอข้อยุติ การจัดลำดับเวลาจะช่วยชี้ให้เห็นประวัติความเป็นมาของเราเองนั้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเรียบเรียงข้อความมาก

3.จัดโดยแบ่งเป็นหัวข้อ (Topical) คือ การหยิบยกประเด็นที่สำคัญขึ้นมาแล้วเขียนในรูปวลี หรือคำถาม วิธีนี้ทำหัวข้อนั้นเด่นชัดและชวนติดตามยิ่งขึ้น

4. จัดโดยอาศัยวิธีการนิรนัย (Deductive) หมายถึง การที่ผู้ส่งสารจะสรุปสถานการณ์เฉพาะจากสถานการณ์ทั่วไป ในทางปฏิบัติผู้ส่งสารต้องเสนอหลักการทั่วไปก่อน จากนั้นก็เสนอสารของตนในฐานะเป็นสถานการณ์ย่อยอันหนึ่งภายใต้สถานการณ์ทั่วไปดังกล่าวด้วยเหตุผลทางตรรกวิทยา ก็จะสรุปได้ว่า ตัวอย่างนั้นเข้าตามหลักเกณฑ์ของสถานการณ์ทั่วไปด้วยเช่นกัน

5. จัดโดยวิธีการอุปนัย (Inductive) วิธีนี้เป็นความตั้งใจที่จะให้ผู้รับสารใช้เหตุผลร่วมกับผู้ส่งสาร คือ ยกตัวอย่างเฉพาะเรื่องหลายๆ ตัวอย่างจนผู้รับสารเข้าใจและเห็นเค้าโครงของข้อสรุปได้

6. จัดโดยอาศัยหลักจิตวิทยาของ อลัน มอนโร (Alan Monroe) ซึ่ง อลัน มอนโร ได้เสนอแนะไว้ในปี 1930 ว่า การจัดองค์ประกอบของสารควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “ลำดับขั้นแห่งการจูงใจ” ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนความสำเร็จ ของแต่ละขั้นจะนำไปสู่สภาพจิตใจในระดับขั้นต่อไป

6.1 ขั้นความสนใจ (Attention) คือ การจัดเรียบเรียงสารเพื่อเรียกร้องให้ผู้รับสารสนใจ

6.2 ขั้นความต้องการ (Need) คือ การกระตุ้นให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ผู้รับสารเผชิญชนหรือโน้มน้าวใจเป็นสิ่งที่เขาต้องการหรืออยากกระทำ

6.3 ขั้นตอบสนองของความต้องการ (Satisfaction) คือ ขั้นที่ผู้รับสารเกิดความรู้สึกว่าจะต้องทำตามที่ผู้ส่งสารเชิญชวนเพื่อโน้มน้าวใจเพื่อตอบสนองของความต้องการ

6.4 ขั้นการบรรยายให้เห็นภาพชัดเจน (Visualization) คือ ขั้นที่ผู้ส่งสารใช้สารหรือสัญลักษณ์ในการสร้างจินตนาการให้ผู้รับสารเห็น เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับสารตัดสินใจลงมือปฏิบัติ

6.5 ขั้นการกระทำ (Action) เป็นขั้นที่ผู้รับสารปฏิบัติตามที่ถูกโน้มน้าวใจ

### สื่อหรือช่องทางในการสื่อสาร

ในกระบวนการสื่อสาร สามารถแบ่งช่องทางการสื่อสารได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ช่องทางการสื่อสารมวลชน ที่รู้จักกันโดยทั่วไปได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และภาพยนตร์ เป็นต้น ช่องทางการสื่อสารอีกประเภทหนึ่งคือ ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งได้แก่ การใช้คำพูด การเขียนหนังสือ ฯลฯ ซึ่งเรียกว่า วจนสาร และการใช้ออกกับกิริยา ท่าทาง การสบตา การสัมผัส ฯลฯ ซึ่งเรียกว่า อวจนสาร

การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม จะทำให้การสื่อสารบรรลุประสิทธิภาพ เพราะช่องทางการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับผู้รับสารในการเลือกจดจำ เช่น เมื่อผู้ส่งสารเปลี่ยนความเร็วในการพูด ระดับเสียง และคุณภาพเสียง ผู้รับสารก็จะเลือกจดจำเนื้อหาสารได้มาก แต่ถ้าผู้ส่งสารเฉยเมยต่อการใช้ช่องทางการสื่อสาร ย่อมทำให้ผู้รับสารไม่อาจจดจำสารนั้นได้ ความคล่องตัว



ในการใช้ช่องทางการสื่อสารกับผลสัมฤทธิ์ในการสื่อสารมักไปด้วยกัน และวิธีการสื่อสารที่ดีมักจะชักจูงใจผู้รับสารได้ดีด้วย (พรสิทธิ์ พัฒนานนุรักษ์, 2531:34)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาประเภทการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นหลัก เนื่องจากวิธีการสื่อสารที่ผู้ให้การศึกษาใช้ในการให้การปรึกษาผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายนั้น จะใช้วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลมากที่สุด จึงเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคลเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

### การสื่อสารระหว่างบุคคล

ปรมะ สตะเวทิน (2533:35) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) คือ การสื่อสารที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำการสื่อสารกันในลักษณะตัวต่อตัว (Person to Person) กล่าวคือ ผู้สื่อสารสามารถที่จะติดต่อและเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง (Direct) ในขณะที่คนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร คนอื่นๆ จะทำหน้าที่เป็นผู้รับสาร ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคลจึงเกิดขึ้นได้ในกรณีคน 2 คน เช่น การพูดคุยกันระหว่าง 2 คน การเขียนจดหมายถึงกัน และการใช้โทรศัพท์ เป็นต้น ในทำนองเดียวกันการสื่อสารระหว่างบุคคลก็เกิดขึ้นได้ในกรณีของกลุ่มย่อย (Small Group) ซึ่งมีมากกว่า 2 คนขึ้นไปรวมตัวกันในลักษณะที่สามารถติดต่อแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การเรียนในชั้นเรียน เป็นต้น

ในการสื่อสารนั้นจะต้องอาศัยสื่อ (Channel) ในการส่งสารเราสามารถใช้อุปกรณ์ในการสื่อสารได้พร้อมๆ กันหลายสื่อในเวลาเดียวกัน สารแต่ละสารที่ถูกถ่ายทอดผ่านสื่อแต่ละสื่อในเวลาเดียวกัน สามารถให้ความหมายแก่ผู้รับสารได้ทั้งนั้น เช่น ในขณะที่เราพูด (คลื่นเสียงและอากาศเป็นสื่อ) เราแสดงกิริยาอาการ (แสงเป็นสื่อ) ประกอบการพูด สารที่ส่งผ่านสื่อทั้ง 2 ชนิดนี้ มีความหมายสำหรับผู้ฟังทั้งสิ้น

โดยปกติแล้ว การสื่อสารของมนุษย์นั้นมักจะมีลักษณะเป็นการโต้ตอบกัน กล่าวคือ เมื่อมีผู้พูดก็มีผู้ฟัง ผู้ฟังรู้สึกอย่างไร ก็มีปฏิกิริยาตอบกลับมา ซึ่งก็คือการสื่อสารกลับ ซึ่ง ปรมะ สตะเวทิน (2533:49) ได้ให้คำนิยามของ การสื่อสารกลับ ไว้ว่า คือ ปฏิกิริยา (Reaction) ของผู้รับสารที่แสดงตอบสนองต่อสารของผู้ส่งสาร ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ 2 ประการ ดังนี้

1. ทำให้ผู้ส่งสารทราบผลของการสื่อสารว่า บรรลุวัตถุประสงค์ของตนหรือไม่เพียงใด ผู้รับสารตีความหมายตรงกับความหมายที่ผู้ส่งสารตั้งใจหรือไม่

2.การควบคุมพฤติกรรมสื่อสารในเวลาต่อมาของผู้ส่งสาร กล่าวคือ ผู้ส่งสารสามารถใช้การสื่อสารกลับ เพื่อปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไข หรือคงไว้ซึ่งเนื้อหาสาระ และวิธีการในการสื่อสารของตน

เบอร์โล (Berlo, 1960) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านนิเทศศาสตร์ ได้ชี้ให้เห็นว่า ปฏิกริยาของผู้รับสารที่มีต่อสารของผู้ส่งสารนั้น แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของผลที่เกิดจากการสื่อสารดังนี้

1.การสื่อสารกลับเชิงบวก (Positive Feedback) คือ การสื่อสารกลับที่ทำให้ผู้ส่งสารพอใจในผลของการสื่อสาร เช่น พนักงานโรงแรมให้บริการที่ดีกับผู้มาพัก และลูกค้ามีความพึงพอใจและใช้บริการโรงแรมของเราตลอดมา

2.การสื่อสารกลับเชิงลบ (Negative Feedback) คือ การสื่อสารกลับที่ทำให้ผู้ส่งสารไม่พอใจในผลของการสื่อสาร เช่น ลูกค้าเขียนข้อความต่อว่าการบริการของโรงแรมว่าได้รับการบริการที่ไม่ดีในเรื่องความสะดวกของห้องน้ำ เป็นต้น

### คุณลักษณะของสื่อบุคคล

สื่อบุคคล หมายถึง ตัวบุคคลที่นำพาข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) ที่มีปฏิกริยาโต้ตอบระหว่างกัน

สื่อบุคคลนับว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการสื่อสารเพื่อจูงใจ และการตัดสินใจของบุคคล สื่อบุคคลมีลักษณะ ดังต่อไปนี้ (กนกรัตน์ สุขวัญพัฒนา, 2534: 17-28)

1.การไหลของข่าวสารเป็นแบบยยุควิถี (Two-Way Communication) ทำให้ง่ายต่อการได้ตอบปัญหาต่างๆ ได้ทันถ่วงที สามารถที่จะอธิบายปัญหาต่างๆ ได้ชัดเจนกว่าสื่ออื่น

2.การสื่อสารเป็นแบบลักษณะตัวต่อตัว หากผู้รับสารมีความเชื่อในตัวผู้ส่งสารก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.ปริมาณของปฏิกริยาตอบสนองในขณะที่ทำการสื่อสารเกิดขึ้นในระดับสูง

4.ช่วยลดกระบวนการเลือกทางจิตวิทยา (Selective Process) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกสาร (Selective Exposure)

### ประสิทธิภาพของสื่อบุคคล

การสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสื่อสารแบบสองทาง ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถซักถาม ทำความเข้าใจ และมีปฏิกริยาโต้ตอบกันได้โดยทันที จัดเป็นลักษณะที่เป็นประโยชน์มาก

ในการชักจูงใจ และโน้มน้าวใจผู้รับสาร ประสิทธิภาพของสื่อบุคคลมีดังนี้ (เสถียร เขยประทับ, 2525:18)

1.สามารถทำให้แลกเปลี่ยนข่าวสารโดยบุคคลวิถี ถ้าผู้รับสารไม่เข้าใจ ก็สามารถไต่ถามหรือขอข่าวสารเพิ่มเติมจากผู้ส่งสารได้ ในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ส่งสารก็สามารถปรับปรุงแก้ไขสารที่ออกไปให้เข้ากับความต้องการ และความเข้าใจของผู้รับสารได้ในเวลาอันรวดเร็วเช่นกัน การที่ช่องทางที่เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลมีระดับปฏิภานในการตอบสนองสูง สามารถทำให้ลดอุปสรรคของการสื่อสารที่เกิดจากการเลือกสรร ตีความสาร และการเลือกจดจำสารได้

2.สามารถจูงใจบุคคลให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังรากลึกได้ การสื่อสารระหว่างบุคคลนี้แบ่งออกเป็น การสื่อสารโดยตรง และการติดต่อสื่อสารโดยกลุ่ม

นอกจากนี้ ลาซาร์สเฟลด์ และเมนเชล (Larzarsfeld and Manzel, 1986: อ้างใน พชณี มะลิขาว, 2529:23) ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของสื่อบุคคลไว้ว่า การพูดคุยกันเองเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้พูดและผู้ฟังเกิดความเป็นกันเองทำให้ผู้ฟังยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้พูดได้ง่ายขึ้น และกล่าวว่าปัจจัยที่การติดต่อสื่อสารโดยผ่านสื่อบุคคลสามารถจัดการเลือกรับสารของผู้ฟังได้ และสามารถมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้มากกว่าสื่อชนิดอื่นๆ มีดังนี้

1.การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล สามารถจัดการเลือกรับสารของผู้ฟังได้ เนื่องจากการหลีกเลี่ยงการสนทนา หรือรับฟังเป็นไปได้อย่างยากกว่าการรับสารจากสื่อชนิดอื่น ซึ่งผู้รับสารอาจหลีกเลี่ยงไม่รับฟังเนื้อหาที่ขัดแย้งกับทัศนคติ และความเชื่อของตน หรือเรื่องที่ตนไม่สนใจได้ง่าย

2.การติดต่อสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to Face) เปิดโอกาสให้ผู้ส่งสารสามารถปรับปรุงดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงเรื่องราว เนื้อหาต่างๆ ที่ใช้ในการสนทนาการันให้ตรงกับความต้องการของผู้ฟังได้อย่างเหมาะสม ในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าหากเนื้อหาที่สนทนานั้นได้รับการปฏิเสธจากผู้สนทนาด้วย

3.การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ให้ผู้ฟังรู้สึกว่าได้รางวัล ทั้งนี้มีส่วนร่วมในเรื่องที่สามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้พูดได้ อีกทั้งยังมีลักษณะง่ายเป็นกันเอง จึงง่ายต่อการชักจูงใจโน้มน้าวใจให้คล้อยตาม

4.ผู้รับสารส่วนใหญ่มักจะเชื่อถือในข้อตัดสินใจ หรือข้อคิดเห็นของผู้ที่เขารู้จักและนับถือมากกว่าบุคคลที่เขาไม่เคยรู้จักมาก่อนการติดต่อสื่อสาร

## รูปแบบของการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล

รูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นหากจำแนกตามลักษณะของการใช้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ในโครงสร้างที่มีแบบแผนกำหนดไว้อย่างแน่นอน (Prescribed Communication) สารจะถูกส่งออกไปตามลำดับขั้น หรือตามลักษณะหน้าที่ของภารกิจ โดยจะไหลผ่านสายใยความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงบทบาทหน้าที่ และตำแหน่งระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีการกำหนดระเบียบแบบแผนไว้ชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นการสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บันทึกรายงาน หรืออาจจะเป็นการสื่อสารที่ไม่มีลายลักษณ์อักษรก็ได้ เช่น การสั่งงานโดยตรงผ่านการพูดกันทางวาจา

2. การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นเองและเกิดขึ้นจากการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นโดยไม่เป็นไปตามระเบียบแบบแผนขององค์การ มีลักษณะการสื่อสารที่เป็นส่วนตัวมากกว่าทางตำแหน่งหน้าที่ ส่วนใหญ่จะใช้คำพูด การสื่อสารแบบนี้จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างอิสระในอัตราความถี่และความเข้มข้นของการสื่อสารต่างกัน ลักษณะสำคัญของการสื่อสารแบบนี้ คือ ความรวดเร็วของการสื่อสารจะมีมาก แต่มีข้อเสียตรงที่ข่าวสารข้อมูลต่างๆ อาจจะถูกบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ง่าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ และวิธีการของผู้บริหารที่จะนำประโยชน์ของการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการมาใช้ให้เกิดผลดีกับบรรยากาศในการทำงาน เช่น การสื่อสารกับประชาชนในชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้เรายังสามารถจำแนกการสื่อสารได้ตามทิศทางของการสื่อสาร แบ่งออกได้เป็น 3 แบบ คือ

1. การสื่อสารจากบนลงล่าง (Downward Communication) หมายถึง การสื่อสารจากผู้ที่อยู่ในตำแหน่งสูงลงมาตามผู้ปฏิบัติงานในสายบังคับบัญชา รูปแบบของการสื่อสารมักจะออกมาในรูปแบบของ คำสั่งด้วยวาจา หรือคำสั่งด้วยลายลักษณ์อักษร การสื่อสารในลักษณะนี้ทำให้ตัวสารมีน้ำหนักมีความน่าเชื่อถือ แต่การสื่อสารเช่นนี้อาจมีปัญหากับการรับรู้ข่าวสารและการตีความหมายของข่าวสาร

2. การสื่อสารจากล่างขึ้นบน (Upward Communication) หมายถึง การส่งข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าไปยังบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งหรือระดับสูงกว่า การสื่อสารในรูปแบบนี้จะทำให้ฝ่ายบริหาร หรือผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่ารับรู้ข้อมูลต่างๆ ในระดับการปฏิบัติ และสามารถนำข้อมูลส่วนนี้มาใช้ประโยชน์ได้ เช่น ความเห็น คำร้องทุกข์ รายงานการปฏิบัติงาน การสื่อสารประเภทนี้

จะมีผลถึงการเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานและทัศนคติของบุคลากร ช่วยให้เห็นว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในสารที่เขาได้รับจากผู้บังคับบัญชาเพียงใด

3. การสื่อสารตามแนวนอน (Horizontal Communication) หมายถึง การสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างผู้มีตำแหน่งในระดับเดียวกัน โดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว การสื่อสารแบบนี้จึงเป็นการสื่อสารที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพราะพื้นฐานทางแนวนอนมักจะเน้นการสื่อสารทางวาจาเป็นหลัก และจะมีลักษณะไม่เป็นทางการ

## ผู้รับสาร

เช่นเดียวกับผู้ส่งสาร ผู้รับสาร จะต้องมีความเข้าใจต่อไปนี้อยู่ด้วย จึงจะทำให้การสื่อสารบรรลุเป้าหมายของการสื่อสาร (พรทิพย์ วรกิจโกคาทร, 2529:308-311)

1. ทักษะในการสื่อสาร (Communication Skill) ประกอบด้วย ความสามารถในการฟัง การอ่านและการคิด ถ้าผู้รับสารขาดทักษะดังกล่าว จะไม่สามารถรับหรือถอดรหัสสารได้

2. ทัศนคติ (Attitude) ผู้รับสารที่ถอดรหัสสารได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องไม่ดูถูกตนเอง ไม่มีอคติต่อข่าวสารที่ได้รับ และไม่มีความรู้สึกในทางลบกับผู้ส่งสาร นั่นหมายถึงการรับสารจะเป็นไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับว่าผู้รับสารมีทัศนคติต่อตนเอง ทัศนคติต่อเนื้อหา และทัศนคติต่อผู้ส่งสารอย่างไรนั่นเอง

3. ระดับความรู้ (Knowledge) การสื่อสารที่จะได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผู้รับสารว่าจะมีความเข้าใจสัญลักษณ์ เนื้อหาสาร ธรรมชาติของการสื่อสารเพียงไร

4. ระบบสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural System) บุคคลที่มีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมต่างกัน ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้การรับและแปลความหมายของสารระหว่างผู้ส่งกับผู้รับผิดไปจากความตั้งใจของแต่ละฝ่าย

## ลักษณะสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคล มี 2 ประการ

1. การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการสื่อสารระหว่างคนสองคนที่เกิดขึ้นในเวลาพร้อมกัน (Simultaneous Interact) หมายถึง คู่สื่อสารใช้การส่งสารในเวลาใกล้เคียงกัน เช่น เวลาเรามองเห็นคนรู้จัก เขายิ้มให้ เราก็ยิ้มตอบไปพร้อมๆ กัน

2. การสื่อสารที่ทั้งสองฝ่ายต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Mutual influence) การสื่อสารระหว่าง 2 ฝ่าย จะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก ผ่านการตีความข้อมูลข่าวสารที่แลกเปลี่ยนกัน

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างบุคคล

1. ปัจจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ในการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้สื่อสารนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งคุณลักษณะที่เอื้ออำนวยให้การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1.1 คุณลักษณะความเปิดใจของคู่สื่อสาร คือ ความตั้งใจจริงที่จะเปิดเผยตนเองกับคู่สื่อสาร ความตั้งใจจริงที่จะแสดงปฏิกิริยาป้อนกลับที่ตรงไปตรงมาระหว่างการสื่อสาร และการแสดงความรับผิดชอบต่อการสื่อสารและยอมรับผลอันเกิดจากการสื่อสารครั้งนั้นๆ

1.2 ความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา หมายถึง ความสามารถรับรู้ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้อื่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้ราวกับเป็นคนๆ นั้น

1.3 การมีทัศนคติที่เป็นบวก ทั้งต่อตัวเองและคู่สื่อสาร ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อเนื้อหาที่สื่อสาร

1.4 การให้การสนับสนุนคล้อยตามและให้แรงเสริม ในการสื่อสารระหว่างบุคคล การพยักหน้า การสบตา การแสดงความเอาใจใส่และสนใจในสิ่งที่คู่สื่อสารกำลังนำเสนอจัดเป็นแรงเสริมที่สำคัญ ทำให้คู่สื่อสารมีกำลังใจในการถ่ายทอดเนื้อหา นำเสนอสารต่อคู่สื่อสารของตนได้อย่างดียิ่งขึ้น

1.5 ความเสมอภาคระหว่างคู่สื่อสาร หมายถึง คู่สื่อสารต่างได้รับประโยชน์จากการสื่อสารตามที่ตนคาดหวังอย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้ทำหน้าที่เป็นทั้งผู้พูดและ/หรือผู้ฟังที่ดีในระหว่างการสื่อสาร

1.6 ความรู้ในเรื่องราวที่ต้องการสื่อสารและความสามารถด้านกาสื่อสาร เพื่อการสื่อความหมายให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน

## 2. ปัจจัยเกี่ยวกับเนื้อหาสารและการนำเสนอสาร

เป้าหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคล คือ การทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างคู่สื่อสาร สารในการสื่อสารระหว่างบุคคลประกอบด้วยสารสองประเภท คือ วัจนสาร หมายถึง สารที่ใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียน และอวัจนภาษา คือ สารที่ไม่ใช้ภาษาพูด เนื้อหาสารและการนำเสนอสารทั้งในส่วนที่เป็นวัจนภาษาและอวัจนภาษาจึงต้องผ่านกระบวนการเข้ารหัส การถอดรหัสและการตีความ เพื่อการรับรู้ความหมายที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ดังนั้นจึงควรตระหนักเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในการถ่ายทอดวัจนสารดังนี้

2.1 ความหมายของภาษาขึ้นอยู่กับคนแต่ละคนผู้ให้ความหมาย ประโยคเดียวกัน หรือคำเดียวกันไม่ได้แปลว่าคนสองคนที่ใช้ประโยคหรือคำนั้นจะเกิดความเข้าใจร่วมในความหมายเดียวกัน

2.2 ความหมายของภาษาขึ้นอยู่กับบริบท เราสามารถแปลความหมายของภาษาได้จากการพิจารณาบริบทที่อยู่ประกอบ

2.3 การใช้ภาษาของแต่ละชาติ หรือแต่ละกลุ่มคนมีโครงสร้างและกฎเกณฑ์การใช้ที่แตกต่างกัน

2.4 ภาษามีระดับการใช้ทั้งที่ให้ความหมายทั่วไปจนถึงความหมายเฉพาะ

### 3. ปัจจัยเกี่ยวกับช่องทางการสื่อสาร

การสื่อสารระหว่างบุคคลอาศัยการรับรู้ของผู้สื่อสารผ่านทางประสาทสัมผัส ซึ่งเอื้อให้ผู้สื่อสารสามารถมองเห็นกันและกัน ได้ยินได้ฟัง หรือแม้แต่สามารถสัมผัสกันและกัน และสามารถแสดงปฏิกริยาป้อนกลับต่อกันได้ในทันที ดังนั้นการสื่อสารที่เกิดขึ้นจึงมักใช้ช่องทางการสื่อสารแบบเห็นหน้ากัน หรือหากเป็นการสื่อสารผ่านสื่อ ก็มักเป็นสื่อซึ่งเอื้ออำนวยให้ผู้สื่อสารสามารถแสดงตัวตนอันแท้จริงผ่านวัจนภาษาหรืออวัจนภาษาแก่กันและกันได้โดยที่ผู้สื่อสารสามารถสังเกตและแสดงปฏิกริยาป้อนกลับไปยังกันและกันได้ทันที เช่น การใช้โทรศัพท์ เป็นต้น

ความสามารถในการรับสารและส่งสารของผู้สื่อสารผ่านประสาทสัมผัสอันได้แก่ ปาก ตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย จึงนับเป็นปัจจัยเกี่ยวกับช่องทางการสื่อสารที่มีอิทธิพลกำหนดความสำเร็จในการสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมาก ผู้สื่อสารที่ฝ่ายใดมีความพิการหรือความบกพร่องของประสาทสัมผัสในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมส่งผลให้ประสิทธิภาพการสื่อสารลดน้อยลงกว่าปกติ

### 4. ปัจจัยเกี่ยวกับบริบทการสื่อสาร

บริบท หมายถึง สภาพแวดล้อมในขณะที่ทำการสื่อสาร บริบทจึงรวมความหมายทั้งบริบททางกายภาพ เช่น สถานที่ อุณหภูมิ ความเงียบ ความร้อน ความเย็น ฯลฯ และบริบททางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความดีใจ ความเศร้า ฯลฯ ภาพฝังใจก็จัดเป็นส่วนหนึ่งของบริบทการสื่อสาร ภาพฝังใจเป็นภาพลักษณะของคนหรือสิ่งต่างๆ ที่แต่ละคนตัดสินใจเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ จากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ตนเผชิญในอดีต ผู้สื่อสารต้องตระหนักในข้อเท็จจริงที่ว่าบริบทในการสื่อสารและภาพฝังใจที่แต่ละคนมีต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆ เป็นตัวแปรที่กำหนดความหมายของสารทั้งวัจนสารและอวัจนสาร สารอย่างเดียวกันกลับให้ความหมายที่แตกต่างกันเมื่ออยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน หรือขึ้นอยู่กับภาพฝังใจที่แต่ละคนมีต่อเรื่องนั้นๆ อีกด้วย

การสื่อสารที่จำแนกตามสัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำ หรือแบบวจนะ (Verbal Communication) หมายถึง การสื่อสารที่อาศัยคำพูด (Words) หรือตัวเลข (Number) เป็นสัญลักษณ์ของข่าวสาร สัญลักษณ์นี้อาจเป็นรูปของภาษาพูด ภาษาเขียน หรือภาษาทางคณิตศาสตร์ก็ได้ เพื่อใช้ในการสื่อความหมายให้ผู้รับสารเข้าใจความหมายได้อย่างชัดเจนและตรงตามกับผู้ส่งสารต้องการ

ลักษณะการสื่อสารแบบวจนะนี้ ได้แก่ การสนทนา การสัมภาษณ์ การเขียนบันทึก การเขียนรายงาน การประกาศข่าวสาร การประชุม เป็นต้น

2. การสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำ หรือแบบอวจนะ (Non-verbal Communication) หมายถึง การสื่อสารโดยปราศจากคำพูด แต่แสดงออกทางท่าทางสีหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งแต่ละบุคคลก็สื่อสารกับบุคคลอื่นโดยมีความหมายเฉพาะตัวเอง ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าเราอยู่ในสภาพใด เช่น การสันนิษฐานแสดงถึงการปฏิเสธ การพยักหน้าแสดงถึงการตอบรับหรือเห็นด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การตีความหมายของแต่ละคนที่ได้รับข่าวสารว่าจะสอดคล้องและตรงตามกับผู้ส่งสารต้องการหรือไม่

การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีความสำคัญและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิธีการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เพราะสื่อบุคคลจัดได้ว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการใช้เป็นเครื่องมือโน้มน้าวจิตใจ หรือเปลี่ยนทัศนคติได้ดีที่สุด นอกจากนี้ภาษาที่ใช้เป็นสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสาร ผู้ส่งสารและผู้รับสารต้องมีความเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งรูปแบบการสื่อสารแบบวจนะและแบบอวจนะ ที่อาจดำเนินควบคู่กันไปหรือไม่ก็ตาม ถ้าผู้รับสารมีความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตาย การรับรู้ในสัญญาณดังกล่าวจะทำให้สามารถนำไปใช้พัฒนาเป็นแนวทางเพื่อหาวิธีการสื่อสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในอนาคตต่อไป

## แนวคิดจิตวิทยาการสื่อสาร

### จิตวิทยา

จิตวิทยา (Psychology) เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งที่มองเห็นได้เป็นรูปธรรม และพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดอยู่ภายในใจยากแก่การสังเกตได้ ขอบเขตของจิตวิทยาค่อนข้างกว้างขวาง เป็นองค์ความรู้เชิงศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ที่ครอบคลุมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความคิด และสติปัญญาของมนุษย์ในสังคม การศึกษาวิชา



จิตวิทยาก็เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นปกติสุขทั้งส่วนเอกัตบุคคล และสังคมได้ ซึ่งการศึกษาจิตวิทยาในปัจจุบันเป็นการศึกษาพฤติกรรมของอินทรีย์ (Organism) สิ่งเร้า (Stimulus) และการตอบสนอง (Response) เพราะองค์ประกอบจากอินทรีย์ สิ่งเร้า และการตอบสนอง ทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ จิตวิทยาเป็นศาสตร์ที่มีแนวร่วมกันกับศาสตร์ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ความรู้ ความคิด จนกล่าวได้ว่าจิตวิทยาเป็นส่วนที่ผสมผสานกับศาสตร์สาขาต่างๆ แทบทุกสาขา

การศึกษจิตวิทยาจะต้องศึกษาความรู้เกี่ยวกับการทำงานของร่างกายประกอบด้วยทุกครั้ง เนื่องจากจิตใจของมนุษย์จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เสมอ มนุษย์จะมีพฤติกรรมทั้งที่มองเห็นและที่มองไม่เห็นในเวลาเดียวกันได้ พฤติกรรมเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สลับซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ พฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ด้วยอวัยวะรับความรู้สึก (Sense Organ) ได้แก่ เวลาที่มนุษย์ยืน เดิน นั่ง พุด คอย ตีใจ โกรธ เสียใจ เป็นพฤติกรรมที่มองเห็นได้ และการสื่อสารของมนุษย์ก็เป็นพฤติกรรมที่มองเห็นได้

### พฤติกรรมการสื่อสาร

มัลลิกา คณานุกรักษ์ (2547:51-54) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ที่กระทำหรือแสดงออกด้วยสัญลักษณ์อันเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ และพฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์ในทุกรูปแบบมีความเกี่ยวข้องกับจิตวิทยา มุมมองของนักจิตวิทยาจัดว่าการสื่อสารอยู่ในกลุ่มความรู้-ความคิด (Cognitive Science) กระบวนการสื่อสารของมนุษย์เกิดจากองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ คือ ผู้ส่งสาร (Sender) ผู้รับสาร (Receiver หรือ Audience) สาร (Message) ช่องทางการติดต่อ (Channel) หรือสื่อ (Media) ปฏิกริยาตอบสนอง (Response) และสิ่งรบกวน (Noise) ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ จิตวิทยาส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เกิดจากพฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์ ซึ่งอาจจะเป็นผลบวกหรือผลลบตามลักษณะแตกต่างของมนุษย์ กิจกรรมการติดต่อสื่อสารของมนุษย์เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเหมือนกับการหายใจ โดยมนุษย์เองก็แทบจะ 모르ตัวว่าได้มีการสื่อสารเกิดขึ้นแล้ว มนุษย์ใช้สัญลักษณ์สื่อความหมาย ซึ่งมีทั้งวัจนภาษา (ภาษาที่ใช้ถ้อยคำ) และอวัจนภาษา (ภาษาที่ไม่ใช้ถ้อยคำ)

ภาษาแบบวัจนะ หรือวัจนภาษา (Verbal Language) เป็นการใช้อถ้อยคำไม่ว่าจะเป็นถ้อยคำที่พูด หรือใช้เขียน ส่วนภาษาแบบอวัจนะ หรืออวัจนภาษา (Non-Verbal Language) เป็นการใชภาษากายเกี่ยวกับกิริยาท่าทาง การใช้น้ำเสียง ท่วงทีลีลาของการพูด การใช้ภาษาทั้งวัจนะและอวัจนะนี้ จะทำให้การสื่อสารเป็นไปได้ดี จะต้องมียัจฉัยของผู้ส่งสาร ผู้รับสาร และสารที่ใช้

ส่งถึงกัน รวมทั้งเนื้อหาของสารและวิธีการส่งสารที่ดีจึงจะทำให้ผู้รับสารได้รับสารนั้นอย่างชัดเจน ถูกต้อง พึงพอใจ ซึ่งถือว่าเป็นความสำเร็จตามความมุ่งหวังของผู้ส่งสาร

สิ่งที่คู่มือสื่อสารต้องคำนึงอย่างมากที่สุดก็คืออิทธิพลของจิตใจ ความคิดต่างๆ ของผู้รับสารและผู้ส่งสาร มีบทบาทสูงในการกำหนดพฤติกรรมการสื่อสาร

นักจิตวิทยาพัฒนาการกล่าวไว้ว่า มนุษย์มีการสื่อสารกันครั้งแรกโดยใช้อวัจนภาษา คือ การสัมผัส เป็นภาษาสื่อสารให้ทราบถึงความรู้สึก ซึ่งถือว่าเป็นอาการภาษา ในด้านจิตวิทยาต้องคำนึงว่าอาการทางภาษานั้น ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะต้องสนใจเรื่องวัฒนธรรมของคู่มือสื่อสารด้วย โดยคู่มือสื่อสารจำเป็นต้องเรียนรู้วัฒนธรรมของกันและกันให้กระจ่าง เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสารที่เกิดจากการใช้อวัจนภาษา เน้นว่า “พฤติกรรมสังคมของมนุษย์นั้นย่อมมีความหมายให้ปฏิบัติต่อกันได้ตามที่วัฒนธรรมกำหนดไว้เสมอ คือจะทำได้ก็ต้องอาศัยการเรียนรู้และร่วมใช้ตามความหมายที่มนุษย์ในสังคมนั้นกำหนดไว้ในวัฒนธรรมของกลุ่มตน ไม่ใช่ทำได้เองด้วยสัญชาตญาณอย่างสัตว์...” (พทยา สายหู, 2541) ดังนั้นคู่มือสื่อสารจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วัฒนธรรมของกันและกันก่อนการสื่อสาร จึงจะทำให้การสื่อสารสัมฤทธิ์ผลตามที่ตั้งมุ่งหวัง

วัฒนธรรมกับภาษาเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กันเสมอ คู่มือสื่อสารจะต้องเรียนรู้วัฒนธรรมการใช้ภาษาของมนุษย์ในแต่ละสังคมให้ดีก่อนที่จะมีการสื่อสาร การสื่อสารจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ที่มุ่งหวัง กล่าวคือภาษาเป็นวัฒนธรรมสำคัญที่คู่มือสื่อสารต้องเรียนรู้ทั้งก่อนการสื่อสาร และระหว่างที่มีการสื่อสาร ไม่ว่าจะใช้อวัจนภาษาหรืออวัจนภาษา

การใช้อวัจนภาษาสื่อความหมายให้ได้สัมฤทธิ์ผลในการสื่อสารจะต้องเลือกคำและผูกประโยคอย่างถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือ ต้องเหมาะกับบุคคล เหมาะกับกาลเทศะ เหมาะกับบริบท (Context) เหมาะกับความรู้สึกและเหมาะกับวัฒนธรรมของผู้ที่เราไปสื่อสารด้วย นอกจากนี้การใช้อวัจนภาษาของคนยังแตกต่างกันไปตามอายุ ประสบการณ์ ความใกล้ชิด เพศ โอกาส อาชีพ การอบรมเลี้ยงดู การศึกษา ตำแหน่งฐานะทางสังคม และแตกต่างกันตามสภาพภูมิศาสตร์ด้วย

ประสิทธิ์ กาพย์กลอน กล่าวถึงการใช้อวัจนภาษาที่แตกต่างกัน (อ้างถึงใน อวยพร พานิช และคณะ. 2539) ดังนี้

1. อายุและประสบการณ์ ผู้มีอายุต่างกันย่อมใช้ภาษาไม่เหมือนกัน เช่น ภาษาของเด็กย่อมต่างจากภาษาของผู้ใหญ่ เด็กรู้จักศัพท์น้อยกว่า และพูดตรงๆ มากกว่าผู้ใหญ่ อีกทั้งสังคมไทยให้ความสำคัญกับผู้อาวุโส ทำให้เราต้องใช้ภาษาที่สุภาพกับผู้ใหญ่มากกว่ากับเด็กวัยเดียวกัน

2. ความใกล้ชิด ผู้ที่ใกล้ชิดกันย่อมใช้ภาษาเป็นกันเองมากกว่าผู้ที่ใกล้ชิดน้อย เช่น สรรพนาม กู มึง อี๊ ลื้อ เอ็ง ข้า ย่อมใช้ในหมู่เพื่อนสนิทและเป็นการส่วนตัว ส่วนผู้ที่ไม่สนิทสนมจะใช้ ผม คุณ กระผม ดิฉัน ท่าน เป็นต้น

3. เพศ เพศหญิงและเพศชาย จะมีสรรพนามและคำที่ลงท้ายที่ต่างกัน สำหรับเพศชายใช้ ผม กระผม-ครับ ขอรับ ขอรับกระผม ฯลฯ เพศหญิงใช้ดิฉัน เตียน-คะ ขา เจ้าคะ ฯลฯ คำบางคำใช้ประกอบเฉพาะเพศ เช่น สวยงาม อ่อนช้อย ใช้กับเพศหญิง และหล่อ บึกบึน ล่ำ ใช้กับเพศชาย เป็นต้น

4. โอกาส ในโอกาสที่ต่างกันย่อมทำให้ภาษาผันแปรต่างกันไป เช่น การพูดในห้องประชุม ต้องใช้ภาษาพิธีการ แต่เมื่ออยู่ในที่ส่วนตัว อาจใช้ภาษากันเองได้

5. อาชีพ บุคคลในวงอาชีพต่างๆ มักมีศัพท์เฉพาะในวงการนั้นๆ เช่น ศัพท์ทางการแพทย์ ศัพท์วงการสื่อสารมวลชน ศัพท์ของนักคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

6. การอบรมเลี้ยงดูและการศึกษา ผู้ที่ได้รับการอบรมและการศึกษาไม่เหมือนกัน ย่อมใช้ภาษาได้ไม่เหมือนกันทั้งในแง่ความกว้างของวงศัพท์ ความเหมาะสมในการเลือกใช้ศัพท์

7. ตำแหน่งและฐานะทางสังคม ตำแหน่งหน้าที่การงาน การปกครอง ย่อมทำให้การใช้ภาษาผิดระดับไป เช่น ผู้บังคับบัญชาพูดกับผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาย่อมต่างจากผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาพูดกับผู้บังคับบัญชา ครูพูดกับศิษย์ย่อมต่างจากศิษย์พูดกับครู เป็นต้น

ปัจจุบันช่องว่างด้านภาษาในประเด็นนี้มีน้อยลง ผู้ส่งสาร ผู้รับสารมักอาศัยความเข้าใจ เจตนาในการสื่อสารและความจริงใจเป็นหลักมากกว่าระดับชนชั้นดังเช่นสมัยก่อน

8. สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์เป็นตัวกำหนดภาษา ทำให้ภาษาไทยจำแนกประเภทเป็นภาษาถิ่นต่างๆ เช่น ภาษาเหนือ ภาษาอีสาน ภาษาใต้ ภาษากลาง เป็นต้น นอกจากนั้นยังแยกย่อยตามเชื้อชาติของชนถิ่นในภาคต่างๆ อีก แต่ในปัจจุบันภาษากลางหรือภาษากรุงเทพฯ ก็เป็นภาษาที่ยอมรับและเป็นที่เข้าใจได้โดยทั่วไป สำหรับประชาชนในแต่ละภาคที่มีการศึกษาพอสมควร

### พื้นฐานทางจิตวิทยา

**การรับรู้** (Perception) เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ เพราะในชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคนจะมีกระบวนการรับรู้เกิดขึ้นตลอดเวลา การรับรู้เป็นกระบวนการเลือก (Selection) การรวบรวมจัดระเบียบข้อมูล (Organization) การตีความ การ

แปลความ (Interpretation) จากการสัมผัสของมนุษย์ และการกำหนดภาพลักษณ์ของสิ่งเร้าจะ ช่วยสร้างการรับรู้ที่สำคัญของมนุษย์

รัจวี นพเกตุ (2543) กล่าวว่า พลังงานที่อยู่รอบตัวเรา เราไม่สามารถรับรู้ได้ทั้งหมด จะรับรู้ เฉพาะพลังงานที่อยู่เหนือระดับเทรซโฮลด์ (สิ่งเร้า) เท่านั้น และเฉพาะพลังงานที่อยู่เหนือระดับ เทรซโฮลด์นี้ก็มีมากมายเกินกว่าที่เราจะรับรู้ได้ในเวลาเดียวกัน อวัยวะรับความรู้สึกจึงต้องเลือก รับรู้ (Selective Perception) การเลือกรับรู้ขึ้นอยู่กับ

1. ตัวอวัยวะรับความรู้สึก คือ เกิดความคาดหวัง (Expectation) ว่าจะมีสิ่งเร้าเกิดขึ้น จึง เตรียมอวัยวะพร้อมที่จะรับรู้ (Perceptual Set) เช่น ตั้งใจมอง ตั้งใจฟังเสียง ตั้งใจดมกลิ่น ฯลฯ นัก กีฬาที่อยู่จุดเริ่มวิ่ง จะตั้งใจฟังสัญญาณปืนอย่างเดียว คนที่ทำแหวนเพชรหล่นหาย ก็จะสอดสาย สายตาหาเฉพาะสิ่งที่แวววาวคล้ายเพชร เป็นต้น

2. สิ่งเร้า สิ่งเร้าบางตัวเรียกร้องความสนใจและทำให้เกิดการรับรู้ได้ง่ายกว่าสิ่งเร้าอื่น คุณสมบัติที่ทำให้สิ่งเร้าบางตัวถูกเลือกรับรู้มีดังต่อไปนี้

-ความเปลี่ยนแปลงกะทันหัน เช่น คนคนหนึ่งเดินมาเรื่อยๆ บนถนน เราคงไม่สนใจเท่าไร แต่ถ้าคนนั้นเดินอยู่แล้วเกิดกระโดดหลบอะไรบางอย่าง เราจะเกิดความสนใจขึ้นมาทันที

-ความขัดแย้งหรือความแปลก ป้ายโฆษณาที่ใช้แสงไฟในเวลากลางวัน จะเรียกร้องความ สนใจได้ดีกว่าป้ายเดียวกันนี้ในเวลากลางวัน ผนังห้องเรียนที่เราเข้าไปนั่งเรียนทุกวันไม่มีใครสนใจ แต่ถ้าวันหนึ่งผนังห้องเรียนนั้นเกิดมีรูโหว่ขึ้นมา รูโหว่นั้นก็จะเรียกร้องความสนใจทันที

-ความแรงหรือความเข้ม สิ่งเร้าที่แรงกว่า เข้มกว่า จะเรียกร้องความสนใจได้ดีกว่า โฆษณาด้วยแสงนีออนย่อมเรียกร้องความสนใจได้ดีกว่าหลอดไฟธรรมดา และโฆษณาด้วย สปอร์ตไลต์ย่อมเรียกร้องความสนใจได้ดีกว่าแสงนีออน ด้วยเหตุนี้เมื่อถึงช่วงโฆษณา จะเป็นวิทยุ หรือโทรทัศน์ก็ตาม เสียงจะดังขึ้นกว่าปกติ

-ความซ้ำ ความซ้ำหลายๆ ครั้งจะเรียกร้องความสนใจได้เป็นอย่างดี เช่น คนที่ต้องการ ความช่วยเหลือจะตะโกนว่าช่วยด้วย เพียงคำเดียว ย่อมเรียกร้องความสนใจได้ไม่ดีเท่าตะโกนว่า ช่วยด้วยๆๆๆ ซ้ำหลายๆ ครั้ง

-ความซับซ้อน สิ่งเร้าที่ยุ่งยากซับซ้อนจะเรียกร้องความสนใจได้ดีกว่า เพราะเราต้องใช้ ความเอาใจใส่ ใช้สมาธิมาก ทำให้ความสนใจของเราพุ่งไปที่สิ่งเร้านั้นทั้งหมด ไม่เหลือไปยังสิ่งเร้า อื่นๆ ส่วนสิ่งเร้าที่ง่าย ธรรมดา ไม่ต้องการความสนใจมาก ก็จะทำให้ความสนใจที่เหลือเบนไปสู่สิ่ง เร้าอื่นได้

**การเรียนรู้ (Learning)** เป็นเรื่องที่น่าสนใจนักจิตวิทยาให้ความสำคัญเนื่องจากการเรียนรู้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์พฤติกรรมของมนุษย์ การเรียนรู้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะการเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวร อยู่ยาวนานโดยอาศัยประสบการณ์และการฝึกหัดอย่างต่อเนื่อง

มนุษย์เริ่มมีการเรียนรู้ตั้งแต่แรกเกิดจนตาย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เริ่มจากการสัมผัส การรับรู้ แล้วเกิดเป็นการเรียนรู้

วรลักษณ์ ธีราโมกษ์ (2541) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่มีผลคงอยู่ยาวนาน โดยที่การเปลี่ยนแปลงนั้นมิได้เกิดจากปัจจัยบางอย่าง เช่น ความเหนื่อยล้าหรือเป็นการเจริญพัฒนาตามวัย

**การเสริมแรง (Reinforcement)** คือ การให้รางวัลหรือการทำโทษ ตัวเสริมแรงช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพฤติกรรมคงอยู่ไว้ ตัวเสริมแรงทางบวกก็คือการให้รางวัล (Reward) ส่วนตัวเสริมแรงทางลบคือการลงโทษ นักจิตวิทยาศึกษา กล่าวว่า ตัวเสริมแรงทางลบ สามารถหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ทันที แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะไม่คงอยู่ยาวนาน กล่าวคือ ไม่เกิดการเรียนรู้ที่ดีเท่ากับตัวเสริมแรงทางบวก คือ การให้รางวัล (วรลักษณ์ ธีราโมกษ์, 2541)

มนุษย์เรียนรู้โดยสัญชาตญาณการอยู่รอดและเรียนรู้โดยการรับการอบรมสั่งสอนจากผู้อื่น การเรียนรู้ของมนุษย์มี 2 แหล่ง คือ การเรียนรู้จากตัวบุคคลและเรียนรู้จากสถาบัน การเรียนรู้จากตัวบุคคลส่วนใหญ่จะเกิดจากบุคคลที่มนุษย์ไปมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกันด้วย และมนุษย์มักเรียนรู้จากบุคคลทั้งที่มีอำนาจเหนือกว่า เท่าเทียมกัน และต่ำกว่า บุคคลที่เหนือกว่า ได้แก่ พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ ครูอาจารย์ผู้บังคับบัญชา ผู้มีพระคุณ บุคคลที่เท่าเทียมกัน ได้แก่ เพื่อน อาจเป็นเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมสถาบันต่างๆ ฯลฯ โดยการทำตามอย่างกัน ส่วนบุคคลที่ต่ำกว่า ได้แก่ บุตร ธิดา น้อง ญาติผู้น้อย ลูกศิษย์ ผู้ใต้บังคับบัญชา ฯลฯ เมื่อใดก็ตามที่มนุษย์มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป นั้นแสดงว่ามนุษย์เกิดการเรียนรู้แล้ว ส่วนการเรียนรู้จากสถาบัน ซึ่งประกอบด้วย บุคคล กฎระเบียบ ข้อบังคับ วินัย ความเชื่อ ศรัทธา เริ่มจากสถาบันครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันที่เล็กที่สุด แต่กลับเป็นสถาบันที่เป็นจุดก่อให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด นอกจากนี้ยังมีสถาบันอื่นๆ อีก เช่น โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย กลุ่มวิชาชีพ สมาคม สโมสร วัด ศาสนา ชาติ สถาบันเหล่านี้เป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) สิ่งที่ได้จากระบบคือ ขนบธรรมเนียมประเพณี และอีกสถาบันที่สำคัญมากในปัจจุบัน คือ สื่อมวลชนที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ เช่น สิ่งพิมพ์ต่างๆ โทรทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ เป็นการเรียนรู้ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) สิ่งเหล่านี้เกิดจากการสังเกต (Observational) และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากการ

รับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง แล้วยังเกิดแรงผลักดันภายใน ความต้องการ แรงจูงใจ และความพร้อมในขณะนั้น รวมถึงสภาพแวดล้อม เช่น ภูมิอากาศ บรรยากาศ ความสะดวกสบายขณะนั้นด้วย

ทั้งนี้จากการศึกษาแนวคิดจิตวิทยาเกี่ยวกับการสื่อสาร เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์ ซึ่งสามารถนำมาใช้ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ว่า ก่อนที่เขาจะลงมือทำร้ายตัวเองนั้น ได้มีการสื่อสารเป็นอย่างไร เพราะมนุษย์ทุกคนมีพฤติกรรมสื่อสารที่แตกต่างกันตามแต่ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละคน ดังนั้นการแสดงออกทุกอย่างมีเหตุและมีความหมาย ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมสื่อสารจึงเป็นแนวทางที่จะสามารถช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์วิธีการสื่อสารเพื่อช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ให้การปรึกษาในฐานะผู้ส่งสารและการให้การปรึกษา

Shives (1990) ได้อธิบายถึงตัวแปรในด้านตัวบุคคลที่จะทำให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จ ได้แก่ เจตคติต่อบุคคล การรับรู้ตนเองและบุคคลอื่น พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม ชนชั้นทางสังคม การศึกษา จริยธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะพูดคุย ตลอดจนความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วน Murray และ Huelskoetter (1991) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ ความรู้และความต้องการของบุคคล ความสนใจ แรงจูงใจและเงื่อนไขต่างๆ ทางสังคม รวมทั้งแบบแผนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งบุคคลใช้ในการติดต่อสื่อสารเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ทำงานในสาขาการบำบัดทางจิต ทั้งในฐานะผู้รับและส่งข้อมูลข่าวสารกับผู้ให้บริการควรมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ

1.1 รู้จักตนเอง ผู้บำบัด (ในที่นี้คือ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา) ต้องทำความเข้าใจกับความรู้สึก อารมณ์ ความต้องการของตนเอง ความรู้ ความสามารถ ความตั้งใจ การเปิดใจ ตลอดจนจุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดต่างๆ ของตนเอง เพื่อการตระหนักรู้และยอมรับตนเอง ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาตนเองในการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดหรือให้คำปรึกษาต่อไป โดยอาจวิเคราะห์ตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการเป็นระยะๆ และรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมงานหรือผู้อื่น

1.2 ยอมรับผู้ส่งสาร พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาต้องเข้าใจและยอมรับทั้งตัวผู้รับบริการและปัญหาของผู้รับบริการด้วยความจริงใจ โดยตระหนักถึงท่าทีที่ขัดแย้งต่างๆ เช่น การ

แสดงน้ำเสียงหรือคำพูดที่แสดงถึงความขัดแย้ง คับข้องใจต่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาและผู้ใช้บริการ

1.3 สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อบำบัด พฤติกรรมทุกชนิดมีความหมาย ต้องถามตัวเองเสมอว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ใช้บริการพยายามบอก ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาคำพูด หรือไม่ใช่คำพูด การเข้าใจความหมายของสิ่งที่ผู้รับบริการสื่อให้ทราบมีความสำคัญยิ่งต่อการติดต่อสื่อสารเพื่อการให้คำปรึกษาหรือบำบัด

1.4 วัตถุประสงค์การรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยการฟังอย่างตั้งใจ ในระหว่างการให้การปรึกษานั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องมีการใช้เสียงตอบรับเป็นระยะๆ และในขณะที่ฟังต้องจับประเด็นสำคัญและใช้สติปัญญาในการพิจารณาถึงความต้องการและปัญหาของผู้ใช้บริการด้วย

1.5 สม่ำเสมอทั้งคำพูดและการกระทำ ซึ่งนำไปสู่ความไว้วางใจต่อกัน ทำให้ผู้รับบริการมีความเชื่อถือและสามารถเปิดเผยตนเองในที่สุด

1.6 ตระหนักในภาวะวิตกกังวลของตนเอง ต้องระลึกอยู่เสมอว่า ความวิตกกังวลของผู้ให้การบำบัด สามารถเชื่อมโยงไปยังผู้รับบริการได้เสมอ นอกจากนั้นความวิตกกังวลของผู้รับบริการบำบัดยังสามารถทำให้ผู้ให้การบำบัดมีสมาธิในการติดต่อสื่อสารน้อยลงได้ด้วย

### การให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งดำเนินไปเพื่อช่วยเหลือฝ่ายหนึ่งที่กำลังประสบปัญหา ให้สามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ในการให้การปรึกษา บทบาทของผู้ให้การศึกษา ใช้ศักยภาพและความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการของการให้การปรึกษาสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ขั้นตอนที่สอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เขาได้เห็นสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนที่สาม ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความชัดเจนในตนเองและเข้าใจถึงปัญหานานาประการที่กำลังเผชิญอยู่ เห็นสิ่งที่เป็นสาเหตุ และความต้องการต่างๆ ซึ่งจะต้องพัฒนาต่อไป ขั้นตอนที่สี่ เป็นการวางแผนแก้ปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาหาทางออก หรือวิธีแก้ไขปัญหของตนเองและตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะต้องปฏิบัติต่อไป ในขั้นตอนสุดท้าย เป็นการสรุปและยุติการปรึกษา เพื่อย้ำถึงความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษา และให้ผู้รับการปรึกษาได้มีแรงจูงใจและกำลังใจที่จะพัฒนาตนเองต่อไป

## ขั้นตอนของกระบวนการให้การปรึกษา

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

ผู้ที่มารับการปรึกษาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่า จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการ มีความพร้อมในด้านจิตใจ มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง ผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถบังคับผู้รับการปรึกษาให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่สมัครใจที่จะรับความช่วยเหลือ บทบาทของผู้ให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้จึงเป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่มาพบบอกรู้สึกสมัครใจอย่างเต็มที่และเกิดความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการ ผู้ให้การปรึกษาควรจะเจียบแสดงความเป็นมิตร ให้ความอบอุ่น ใส่ใจด้วยท่าทางกิริยาและใช้คำพูดที่ทำให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา

ในเวลาเดียวกัน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตั้งใจอยู่ในบทบาทของตนเอง แสดงความสนใจและใส่ใจต่อความต้องการของผู้รับการปรึกษา และพยายามส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ

1. การต้อนรับอย่างจริงใจและอบอุ่น
2. การแสดงท่าทางเป็นมิตร
3. สื่อความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ
4. รับฟังสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเล่า
5. สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง
6. สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมที่จะเล่า
7. ยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข
8. ถามคำถามที่เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเล่าเรื่องตนเอง

### ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา

การที่คนเราจะแก้ปัญหาของตนเองได้ ก็ต้องเข้าใจในสิ่งที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจน บทบาทของผู้ให้การปรึกษาคือช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในปัญหา โดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องปฏิบัติตนเหมือนเป็นผู้ร่วมการเดินทางของผู้รับการปรึกษาในช่วงระยะหนึ่ง เพื่อช่วยให้เขาสามารถพิจารณาตนเอง มองประสบการณ์ที่ผ่านมาและความรู้สึกต่างๆ ทำให้เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นเหตุหรือเป็นผล บทบาทของผู้ให้การปรึกษาไม่ได้อยู่ที่การวินิจฉัยปัญหามานานชนิดของผู้รับการปรึกษา หรือวิเคราะห์สติปัญญา บุคลิก และนิสัยของเขา แต่อยู่ที่การเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ความพยายาม ในการพิจารณาชีวิตและปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรีบให้คำแนะนำ



หรือแก้ปัญหาแทน จะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้ที่มาปรึกษา และสามารถรับรู้ได้ในระดับที่ลึกกว่าที่เขาเล่าออกมา โดยการสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของเขา บางครั้งผู้รับการปรึกษาอาจจะมองไม่เห็นสิ่งที่เป็นสาเหตุของปัญหา หรืออาจจะสับสน เนื่องจากเขาอยู่ใกล้กับสิ่งที่เป็นปัญหา มากเกินไป จึงจำเป็นที่จะต้องมีคนที่สามารถไต่ถามใจ ช่วยสะท้อนถึงความรู้สึกของเขาและอธิบายให้เขาเข้าใจอย่างกระจ่างมากขึ้น ในขั้นตอนนี้มีประเด็นสำคัญๆ ที่ผู้ให้การศึกษาควรคำนึงถึงดังนี้

การระบายถึงสิ่งที่เป็นปัญหาเป็นการบำบัด ผู้ที่แสวงหาความช่วยเหลือนั้น เขามีความต้องการลึกๆ ที่จะบอกเล่าถึงสิ่งที่ทำให้เขาวิตกกังวล ยิ่งให้โอกาสเขาได้พูดในระหว่างการปรึกษา เขาก็จะยิ่งรู้สึกดีขึ้น เขาต้องการใช้เวลาเพื่อระบายสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในใจของเขา การให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น บางครั้งคนเราก็มีบางสิ่งบางอย่างอยู่ในใจ แต่ถ้าได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้อื่นก็จะได้เห็นแง่มุมต่างๆ อย่างชัดเจนขึ้น การเล่านั้นช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ (Insight) ในสิ่งที่เราไม่สามารถเข้าใจได้จากการคิดวิเคราะห์โดยลำพัง การเล่าเรื่องของตนเองจะช่วยให้ค่อยๆ เห็นและเข้าใจถึงปัญหานั้นๆ

การโทษผู้อื่น บางครั้งผู้ที่มารับปรึกษาอาจจะโทษผู้อื่นที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในชีวิตของตนเอง และใช้เวลาพูดในทำนองกล่าวหาผู้อื่นมากกว่าจะเข้าใจว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหานั้นบ่อยครั้งที่จำเป็นต้องให้เขาได้ผ่านความคิดเช่นนี้มาจนกระทั่งสุดท้ายได้เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

ปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องสัมพันธ์ภาพ การขัดแย้งระหว่างมนุษย์ เป็นปัญหาที่แก้ไขยากที่สุด สิ่งสำคัญในการรับฟังปัญหา คือ การที่จะไม่เข้าข้างฝ่ายใด แม้ว่าผู้รับการปรึกษาจะเป็นฝ่ายที่มีความผิดบ้าง (ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว เมื่อมีความขัดแย้งก็ต้องเกี่ยวข้องกับทั้งสองฝ่าย) เขาจะต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งจนกระทั่งมองเห็นและยอมรับตนเอง โดยเฉพาะในส่วนที่เขาต้องรับผิดชอบ ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การศึกษาควรปฏิบัติ ดังนี้

1. รับฟังและอดทน
2. ยอมรับและไม่ตัดสิน
3. ตั้งคำถามที่เหมาะสมและเลือกใช้ในเวลาอันสมควร
4. เน้นที่ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา
5. วางตนเป็นกลาง พยายามมองสภาพความเป็นจริง

### ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดปัญหา

ในระหว่างที่ผู้รับการปรึกษาพิจารณาปัญหาและความรู้สึกของตนเอง เขาจะค่อยๆ เข้าใจว่าสาเหตุของปัญหาอยู่ที่ไหน และเริ่มมองเห็นว่าตนเองต้องการเป็นคนแบบไหน สามารถยอมรับในส่วนที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบ มองเห็นพฤติกรรมที่เป็นต้นเหตุของปัญหา และเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตัวเขาเอง และเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหา

โดยปกติแล้วการที่จะเข้าใจถึงปัญหาของตนเองนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะเกิดขึ้นโดยทันที แต่เป็นกระบวนการที่อาศัยระยะเวลา มักจะเริ่มต้นในขั้นที่ 2 ของกระบวนการให้การปรึกษา และพัฒนาขึ้นจนกระทั่งเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนในสิ่งที่เป็นปัญหา แม้ว่าในบางครั้งก็อาจเป็นไปได้ที่จะเกิดความเข้าใจขึ้นมาในทันทีเหมือนแสงสว่างวูบขึ้นในใจ แต่โดยทั่วไปแล้ว ก็มักจะเป็นเรื่องอาศัยเวลาและค่อยๆ เกิดขึ้นตามลำดับ ในบางกรณีก็อาจจะต้องมีการปรึกษาหลายๆ ครั้ง จึงจะเกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างเต็มที่ และก็มีหลายกรณีที่อาจเกิดความเข้าใจขึ้นมาในจังหวะหรือสถานการณ์ที่คาดไม่ถึงนอกช่วงเวลาของการปรึกษา

การสรุปสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจจะช่วยให้เกิดพลังขึ้นในใจเขา เป็นการส่งเสริมและช่วยให้เขาสามารถเข้าสู่ขั้นตอนที่ 4 เพื่อวางแผนแก้ปัญหา และการสรุปความเข้าใจในปัญหา ทั้งยังเป็นการแสดงการร่วมรับรู้และเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาที่ได้ผล

บทบาทของผู้ให้การปรึกษา มีดังนี้

1. สรุปสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้เล่าและได้เข้าใจสิ่งที่เป็นปัญหา
2. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า การแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตัวเขาเอง
3. ให้กำลังใจที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างที่อาจทำให้เขารู้สึกเจ็บปวดหรือเสียใจ
4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้

### ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนและกำหนดวิธีแก้ไขปัญหา

ในขั้นตอนนี้ ผู้รับการปรึกษาจะต้องกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ต้องการกำหนดทางเลือกและกลวิธีต่างๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกและตัดสินใจ บทบาทของผู้ให้การปรึกษา คือ ให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเพื่อพิจารณาข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการ และเลือก (กำหนด) วิธีการที่จะทำให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้ให้การปรึกษาอาจจะให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ แต่จะต้องมั่นใจว่าการตัดสินใจและการเลือกวิธีการต่างๆ นั้น เป็นทางเลือกของผู้รับการปรึกษาเอง ในขั้นตอนนี้มีประเด็นที่ควรคำนึงถึงดังต่อไปนี้

หาทางเลือกไว้หลายๆ ทาง บ่อยครั้งที่ผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษาอาจจะนึกไม่ถึง เพราะในการแก้ปัญหาอาจจะมีวิธีการมากมายเกินกว่าที่ผู้รับการปรึกษาจะนึกได้ทั้งหมด

พิจารณาเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของทางเลือก การพิจารณาข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่างๆ นั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยาก และใช้เวลานานพอสมควร ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เริ่มคิดและพิจารณาดูว่า เขามีปฏิกิริยาต่อทางเลือกต่างๆ อย่างไรบ้าง ผู้รับการปรึกษาบางคนอาจจะคิดเองได้ แต่บางคนก็อาจจะต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้น

การคัดเลือกวิธีแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องระมัดระวังที่จะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาค้นตัดสินใจทิ้งทางเลือกใดไป แต่ถ้าทางเลือกใดพิจารณาแล้วไม่เหมาะสมก็ควรตัดออกไปโดยไม่ต้องเสียเวลา โดยทั่วไปแล้วถ้าทางเลือกนี้มีน้อยก็อาจทำให้การพิจารณาและการเลือกเป็นไปได้ง่ายขึ้น

การตัดสินใจ ในระหว่างที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังและสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาคงจะได้เห็นบางสิ่งบางอย่างที่ช่วยให้รู้ว่าวิธีการ หรือทางเลือกใดที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา อาศัยการสังเกตเหล่านี้และความเข้าใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษา คงสามารถช่วยให้มีการตัดสินใจที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้นๆ แต่ควรจะคำนึงอยู่เสมอว่า การตัดสินใจควรเป็นเรื่องของผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ผู้ให้การปรึกษา และไม่ควรรีบร้อนให้มีการตัดสินใจ

ทักษะต่างๆ ที่ผู้ให้การปรึกษาควรใช้ มีดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูล
2. การเสนอ
3. การสรุป
4. การให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการให้การปรึกษา

ในการให้การปรึกษา ซึ่งอาจเป็นการปรึกษาเพียงครั้งเดียวหรือการปรึกษาหลายๆ ครั้งอย่างต่อเนื่อง และผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาความมั่นใจที่จะเลือกวิธีที่ดีที่สุด และตัดสินใจปฏิบัติ ปัญหาของผู้รับการปรึกษาก็คลี่คลาย และมักจะมองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ถึงจุดที่ผู้รับการปรึกษามีความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติ ตามที่ได้ตัดสินใจ

ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจยุติการปรึกษาแต่ละครั้ง หรือในครั้งสุดท้าย โดยมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ให้สัญญาแก่ผู้รับการปรึกษาว่าใกล้หมดเวลาของการปรึกษาแล้ว
2. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนการตัดสินใจของตนเอง และสรุปสิ่งที่ได้เข้าใจในระหว่างการปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษารับไปปฏิบัติต่อไป บางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจจะช่วยสรุปให้ ทักษะที่ใช้คือ การทวนซ้ำและการสรุป
3. ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ว่าผู้รับการปรึกษาจะสามารถแก้ไขปัญหาได้เรียบร้อยหรือไม่ก็ตาม หรือบางครั้งอาจจะใช้เวลาไปหลายชั่วโมง หรือการปรึกษายังไม่ถึงจุดที่จะตัดสินใจ แต่ถึงเวลาที่ต้องยุติการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้การยุติการปรึกษาเป็นไปด้วยความสบายใจทั้งสองฝ่าย และช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกดีขึ้น การชมเชยผู้รับการปรึกษาเมื่อเขาพยายามสำรวจตนเองและทำความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหา จะทำให้เขารู้สึกดี ๆ กับตัวเอง ทักษะที่ใช้คือ การให้กำลังใจและการมองโลกในแง่ดี
4. พิจารณาวិธีนำไปปฏิบัติ บางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอวิธีต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานำไปปฏิบัติ ซึ่งควรจะเสนอสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ไม่ควรเสนอสิ่งที่หนักเกินไป ทักษะที่ใช้คือ การให้กำลังใจ และเสริมความมั่นใจในตนเอง
5. การนัดหมายครั้งต่อไป ผู้ให้การปรึกษาควรให้โอกาสผู้รับการปรึกษาเลือกว่าจะมาพบครั้งต่อไปหรือไม่ บางครั้งการพูดคุยกันเพียงครั้งเดียวก็ช่วยแก้ปัญหาได้ บางครั้งอาจจะต้องมีการนัดต่อ ในกรณีนี้จะต้องมีการตกลงกันอย่างชัดเจนถึงวันและเวลาที่จะพบ ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการพบต่อ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เขารู้ว่ายินดีเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือถ้าต้องการการปรึกษา ทักษะที่ใช้คือการยอมรับ และการให้กำลังใจ

การให้การปรึกษาเป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา เพื่อช่วยลดความเครียดภายในจิตใจเมื่อเกิดสภาวะความเป็นทุกข์ที่ไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาได้ เพราะการให้การปรึกษาเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วยให้การพูดคุยกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารนั้นจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อการพูดคุยให้การปรึกษาสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ หรือช่วยแก้ปัญหาชีวิตของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้การให้การปรึกษาก็จะเป็นวิธีการสื่อสารที่สามารถนำไปสู่การพัฒนามาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้ในอนาคต

## แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย

### แนวคิดการพยายามฆ่าตัวตาย

#### ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

ได้มีผู้ให้คำนิยามการพยายามฆ่าตัวตายไว้หลายท่าน อาจให้คำนิยามการพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำเพียงครั้งเดียวเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต หรือถ้าจะให้ความหมายกว้างมากขึ้น การฆ่าตัวตาย คือรูปแบบของพฤติกรรม เช่น การใช้โดยไม่จำเป็น (Drug abuse) ซึ่งมักจะลงเอยด้วยการเสียชีวิต ในการให้คำนิยามข้างต้น เราเห็นอยู่เป็นประจำในข่าวสารจากสื่อมวลชน เช่น การยิงตัวตาย ผูกคอตาย เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้วิธีการรุนแรง หรือการได้รับยาเกินขนาด เช่น กินยาหรือสารพิษเพื่อฆ่าตัวตายซึ่งพบบ่อยมาก และยาที่ใช้ในการกินเพื่อฆ่าตัวตายที่พบบ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ก็คือยาที่ใช้ทางจิตเวช โดยเฉพาะยาต้านอารมณ์เศร้า Tricyclics (TCAs)

“การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อจงใจในการฆ่าตัวตายเอง เป็นการเบี่ยงเบนพฤติกรรม เป็นความผิดปกติหรือเป็นโรคที่ผันแปรไปได้ตามกาลเวลา” จากคำนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป เป็นความผิดปกติหรือเป็นโรคที่ผันแปรไปได้เสมอๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่ารูปแบบหรือวิธีการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด เช่น ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ในประเทศไทยนิยมกินน้ำมันระกำเพื่อฆ่าตัวตาย พอๆ กับการผูกคอตาย หรือกระโดดน้ำตาย ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 นิยมกินยานอนหลับ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Barbiturates ที่นิยมกันมากที่สุดคือ Medinal หลังจากนั้นนิยมฆ่าตัวตายโดยการกินยาฆ่าแมลงและสารพิษอื่นๆ ส่วนการกระโดดน้ำตาย ผูกคอตาย ยิงตัวตาย ฯลฯ ก็ยังคงรูปอยู่เช่นเดิม และในปัจจุบันเริ่มเข้ายุคการฆ่าตัวตายโดยการกินยาทางจิตเวชเกินขนาด โดยเฉพาะยาต้านอารมณ์เศร้า (Tricyclic antidepressants)

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นประวัติและหลักฐานตั้งแต่สมัย Ancient papyrus ในคัมภีร์ของชาว Hebrews ในสมัยโบราณก็ได้มีการบันทึกการฆ่าตัวตายไว้ถึง 5 ราย ซึ่งการฆ่าตัวตายทั้งหมดเกี่ยวข้องกับอาการแพ้สงคราม ในระยะแรกๆ ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเป็น “Social Disease” ต่อมาชาวคริสเตียนให้ความเห็นว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป แนวคิดต่อๆ มาคือ การฆ่าตัวตายเป็นความผิดปกติส่วนตัว หรือเกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม

การพยายามฆ่าตัวต้ามิใช่เป็นการฆ่าตัวตายชนิดหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการกระทำของมนุษย์ในการทำลายตนเองด้วยความเต็มใจ จะเห็นได้ว่าการให้คำนิยามของแต่ละท่านคล้ายๆ กัน ส่วนใหญ่น่าจะถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุมทั้งหมด เพราะในการฆ่าตัวตายบางรายก็ไม่สู้เต็มใจนัก แต่

เกิดจากความบีบคั้นจากสาเหตุต่างๆ บุคคลที่คิดจะฆ่าตัวตายจึงมีลักษณะลังเลเป็นส่วนใหญ่ คือมีความคิดทั้งสองอย่าง คือทั้งอยากตายและไม่อยากตาย ถ้ามีทางเลือกหรือได้รับความช่วยเหลือทันทีที่จะช่วยลดปริมาณการฆ่าตัวตายลงได้มาก ส่วนพจนานุกรมได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายตนเอง หรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่มีเจตนาที่จะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

มีคำต่างๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอยู่หลายคำ เช่น

“Suicidal ideation” คือแนวคิดที่จะฆ่าตัวตาย

“Suicidal trends” คือความคิดที่บ่งชี้ว่าผู้นั้นมีแนวคิดที่จะฆ่าตัวตาย

“Suicidal risk” คือการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

“Suicidal behavior” คือความคิดและ/ หรือการกระทำ ถ้าปล่อยให้ดำเนินเรื่อยไป อาจทำให้ร่างกายได้รับอันตรายหรือเสียชีวิตได้ มีความหมายเช่นเดียวกับ suicidal gesture แต่ suicidal gesture เป็นลักษณะเรียกร่องความสนใจ

“Suicidal attempt” หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย

“Completed suicidal or committed suicidal” หมายถึง การฆ่าตัวตายสำเร็จ

“Parasuicide” เป็นคำที่ใช้กันอยู่บ้าง หมายถึง ภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เป็นที่มีความหมายรวมๆ มักจะเป็นลักษณะเรียกร่องความสนใจ

นอกจากนี้ มีผู้ให้ความหมายไว้อีกหลายท่าน เช่น นายแพทย์ฉลอง ภิรมย์รัตน์ กล่าวว่า ความพยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม (Attempted Suicidal) หรือการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตัวเองโดยวิธีต่างๆ เพื่อจุดประสงค์ที่จะให้ตนเองได้ตายไปอย่างใจคิด ส่วนวิธีการเท่าที่พบมีหลายวิธี ส่วนมากผู้ชายมักใช้ปืน ผู้หญิงมักกินยานอนหลับเกินขนาด ส่วนที่พบได้ไม่น้อยได้แก่ การแขวนคอตัวเอง กระโดดน้ำตาย กระโดดตึกตาย ปรากฏว่าในสหรัฐอเมริกา ผู้ชายฆ่าตัวตายมีจำนวนมากกว่าผู้หญิงถึงสามเท่า คนฆ่าตัวตายมักไม่จำกัดอายุ มีได้ตั้งแต่เด็ก ไปถึงอายุ 90 ปี ไม่กำหนดว่าฐานะร่ำรวยหรือยากจน ย่อมมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้พอๆ กัน หรือการฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม เป็นวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มหนึ่งประกอบกิจกรรมบางอย่างอันจะทำให้ชีวิตของตนสิ้นสุดลง กิจกรรมนั้นๆ อาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมา เช่น การใช้อาวุธ ยา สารเคมี หรืออื่นๆ ทำร้ายตนเองจนสิ้นชีวิตลง หรือกิจกรรมที่มี

ผลทางอ้อมให้ชีวิตสั้นที่สุดลง เช่น การที่ผู้ป่วยติดเตียงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือ ้วยรุ่นที่โกรธพ่อแม่แล้วออกไปหาเรื่องวิวาทกับผู้อื่นนอกบ้านจนตนเองถูกทำร้ายจนถึงแก่ความ ตาย เป็นต้น

ดังนั้นคำว่า “การพยายามฆ่าตัวตาย” มักจะถูกนำไปใช้ผิดอยู่เสมอ เป็นเพราะผลกระททำ นั้น ไม่จำเป็นจะต้องได้ผลลัพธ์เป็นความตายเสมอไป มีคำบางคำที่อาจจะใช้แทนกันได้ เช่น การ ฆ่าตัวตายเพื่อเรียกร้องความสนใจ (Parasuicidal) และการทำร้ายตนเอง (Deliberate self-harm) เป็นต้น

#### วิธีการและประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย

ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มัก เป็นผู้ป่วยที่พยายามกินยาฆ่าตัวตาย นอกนั้นเป็นพวกที่ทำร้ายร่างกายตัวเอง และบางรายที่ใช้ทั้ง การกินยาและการทำร้ายตัวเอง มีหลายราย ที่มาด้วยการดื่มสุรามากเกินไปจนเป็นอันตรายต่อ ร่างกาย

การกินยาฆ่าตัวตาย (Self-poisoning) มักเป็นประเภทของการใช้ยาเกินขนาด โดยเฉพาะ การใช้ยาที่รักษาอาการทางจิตเวช ที่พบบ่อยเป็นยาที่ใช้แก้ปวด เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มผู้ใช้ยาเกินขนาดนี้มักจะเป็นกลุ่มวัยรุ่น ในช่วงปีที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยา พาราเซตามอลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งยานี้จะเป็นต้นเหตุให้เกิดการเสื่อมและทำลายตับ นอกจากนี้ใน กลุ่มที่ใช้ยากล่อมประสาทและยานอนหลับมักจะถูกนำมาใช้เพื่อเป็นการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

การทำร้ายตัวเอง (Self-injury) พบว่าส่วนใหญ่เป็นการขีดตัวเอง โดยเฉพาะที่บริเวณ ข้อมือและปลายแขน รูปแบบการทำร้ายตนเองที่พบ เช่น การยิงตัวเอง การแขวนคอ การกระโดด จากที่สูง แต่จะพบน้อยในกลุ่มพวกชอบทำร้ายตัวเองแบบแปลกๆ มักจะพบในผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติทางจิตเสมอ

แต่ในแง่สถิติ ตัวเลขการพยายามฆ่าตัวตายมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าการตายสำเร็จ เช่น ผู้ที่กินยาเกินขนาด แต่ไม่ตายและมีได้มาพบแพทย์ ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช จึงไม่น่า แปลกใจเลยว่าทำไมปัจจุบันจึงมีผู้นิยมกินยาทางจิตเวชเพื่อฆ่าตัวตายมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้ ที่มีอารมณ์เศร้าและมีการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การให้ยาต้านอารมณ์เศร้าซึ่งเป็น lethal agent ในปริมาณที่มากพอก็เท่ากับหยิบยื่นสารพิษให้กับผู้ป่วยนั่นเอง การส่งจ่ายยาทางจิตเวช ให้กับผู้ป่วย จึงต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้นึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยอาจ นำไปกินเพื่อฆ่าตัวตาย ฉะนั้นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายควรจะได้

ระมัดระวังหรือในบางครั้งบางคราวทั้งๆ ที่รู้ว่าผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตายก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เพราะมีปัจจัยอื่นๆ มาแทรกแซง ในระยะหลังๆ มีผู้คาดหมายว่ามีผู้ป่วยฆ่าตัวตายประมาณ 50 ราย ต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย

### วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการพยายามฆ่าตัวตายย่อมผันแปรไปตามกาลเวลา ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ โดยทั่วไปการฆ่าตัวตายจะเป็นลักษณะลอกเลียนแบบกันเป็นสำคัญ เพราะผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้ย่อมค้นคิดวิธีการฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดการเจ็บปวดน้อยที่สุดเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีส่วนน้อยที่ฆ่าตัวตาย เช่นการเผาตัวตายซึ่งน่าจะเป็นลักษณะ Sadistic ซึ่งกระทำต่อตนเองด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น พิธีฮินดูส์ตี (Hindu Suttee) ของหญิงที่สามีตายในประเทศอินเดียในสมัยโบราณ การเผาตัวตายในเวียดนามและเกาหลี และการฆ่าตัวตายโดยการเผาตัวเองที่พบได้โดยทั่วไป ซึ่งส่วนมากจะเป็นพวกวิกลจริต

โดยทั่วไปการพยายามฆ่าตัวตายมี 2 วิธี คือ การพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีที่ไม่รุนแรง และการพยายามฆ่าตัวตายที่ใช้วิธีรุนแรง

1. การพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีไม่ใช้ความรุนแรง โดยทั่วไปเป็นพวกที่กินสารพิษ ส่วนสารพิษที่นำมาใช้เพื่อฆ่าตัวตายจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคตามสมัย และความสะดวกในการที่จะหาสารพิษเหล่านั้น ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าในประเทศไทยสมัยก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง นิยมกินน้ำมันระกำเพื่อฆ่าตัวตาย เพราะสารพิษในระยะนั้นหายากประการหนึ่ง และเป็นการลอกเลียนแบบอีกประการหนึ่ง ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง สารพิษหาได้ง่ายมากขึ้น จึงนิยมกินยานอนหลับเพื่อฆ่าตัวตาย ต่อมายาที่นิยมใช้กันมาก นอกจากจะเป็นยานอนหลับในกลุ่ม Barbiturate แล้ว ได้แก่ ยาฆ่าแมลงชนิดต่างๆ ตั้งแต่ดีดีที เรื่อยไปจนถึงยาฆ่าแมลงที่มีฤทธิ์ก่อให้เกิดอันตรายสูงอย่างที่ใช้กันในปัจจุบัน สารพิษที่ตกค้างอยู่ในผักผลไม้ ในประเทศไทยขณะนี้ เป็นอันตรายที่ยังไม่มีใครแก้ปัญหาแน่ชัด ในคนยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังว่าได้รับสารพิษดังกล่าวมากน้อยเพียงไร แต่ที่น่าห่วงใยมากคือ เด็ก เพราะ blood-brain barrier ในเด็กก็ยังเจริญเติบโตไม่ดีเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขก็ได้แต่เพียงแนะนำวิธีการต่างๆ ในการลดสารพิษ แต่ยังไม่มีการตรวจในการลงโทษผู้ผลิตและจำหน่ายแต่อย่างใด ชีวิตคนไทยจึงมีค่าน้อยกว่าชีวิตคนในประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากยาฆ่าแมลงแล้วที่ก็นิยมใช้ยาฆ่าหญ้า ซึ่งได้ผลแน่นอนแทบทุกราย แต่ต้องตายอย่างทุรมานมาก ส่วนใหญ่จะตายภายใน 3-5 วันหลังจากกินยา ส่วนยาฆ่าหนูนิยมใช้กันพอสมควร ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานมากเช่นกัน แต่ในปัจจุบันการใช้ยาทางจิตเวชเพื่อฆ่าตัวตายได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็ยานอนหลับ ยาคลายกังวล ยาต้านโรคจิตหรือยา



ด้านอารมณ์เศร้า ส่วนยาต้านโรคจิตมักจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้ป่วยมักจะนำยาหลายๆ ขนานที่ได้รับกินเข้าไปพร้อมๆ กัน

2. การฆ่าตัวตายโดยวิธีใช้ความรุนแรง ได้แก่ การยิงตัวตาย แขนงคอตาย กระโดดจากที่สูง กระโดดน้ำตาย เผาตัวตาย

สคูลีและฮัทเชอร์สัน (Sculy and Hutcherson: 1983) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายโดยการเผาตัวเอง และให้ความเห็นว่ามีอุบัติการณ์สูงในทวีปอาฟริกาและเอเชีย ได้ทำการศึกษาไฟลวก 164 ราย พบว่า 15 ราย (9%) เป็นการพยายามฆ่าตัวตายและเสียชีวิต สำหรับการฆ่าตัวตายโดยการเผาตัวตายหรือเผาบ้านพบอยู่ประปราย แต่ส่วนใหญ่จะไม่ประสบความสำเร็จ

วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้วิธีรุนแรงชนิดอื่นๆ พบได้เสมอในหน้าหนังสือพิมพ์ เช่น ยิงตัวตาย กระโดดน้ำตาย กระโดดจากที่สูง ฯลฯ เมินส์และคณะ (Moens et al., 1988) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศเบลเยียม พบว่าทางตอนใต้นิยมใช้สารพิษทั้งหญิงและชาย นอกจากนั้นยังใช้วิธียิงตัวตายด้วย ส่วนทางด้านตะวันตกของประเทศนิวยอร์กฆ่าตัวตายโดยกระโดดน้ำ ส่วนในกรุง Brussels นิยมการฆ่าตัวตายโดยการกระโดดจากที่สูง

#### ประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายแบ่งได้เป็น 3 พวกคือ Gestures เป็นท่าที่เรียกร้องความสนใจในการพยายามฆ่าตัวตาย Ambivalent Attempts เป็นพวกสองจิตสองใจ ดังเล มีทั้งความคิดอยากตายและไม่อยากตาย Serious Attempts เป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและมักจะใช้ความรุนแรง เช่น ผูกคอ ยิงตัวเอง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูงแต่ไม่เสียชีวิต

ฮันคอฟฟ์ (Hankoff, 19882) กล่าวว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมี 3 ลักษณะ พวกแรกเป็นพวกที่หุนหันพลันแล่นแสดงอาการโกรธอย่างรุนแรงเมื่อเกิดความเครียด พวกที่สองเป็นพวกที่ไม่สามารถแก้ปัญหาวิกฤตได้ ใช้การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการแก้ปัญหาและกลุ่มสุดท้ายเป็นพวกที่พยายามฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากจิตพยาธิสภาพอย่างรุนแรง หรือมีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรง ส่วนจอห์น เคอร์รา (John Curra, 1993: 166-171) ได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ประเภท โดยดูจากเจตนาของผู้กระทำ คือ

1. การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (Premeditated Suicide) จะมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ต่างๆ ไว้พร้อม เพื่อกระทำการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression) วิธีการที่เลือกใช้จะต้องมั่นใจว่าได้ผล เช่น การยิงตัวตาย ใช้ระเบิด ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น และ

มักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตายในครั้งแรก เพื่อหนีปัญหาจากโลกนี้ไปสู่โลกใหม่ที่คิดว่าดีกว่า

2. การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent Suicide) ความคิดแบบไม่แน่ใจอยากตายและไม่อยากตาย มีการวางแผนเล็กน้อย ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ส่วนใหญ่ผู้กระทำจะเป็นวัยรุ่น วิธีการที่ใช้ เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด เหตุผลใหญ่คือ ซึมเศร้า (depression) ลึ้นหวัง (loss of hope) หรือมีการขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการกระทำการฆ่าตัวตาย โดยที่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นทางเลือกที่ดี วิธีนี้เป็นการกระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ถ้าการฆ่าตัวตายนั้นได้รับการช่วยเหลือ ก็แสดงว่าบุคคลนั้นรักและยังต้องการตน แต่อย่างไรก็ตามการฆ่าตัวตายก็เป็นทางหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงการจบชีวิตเพื่อให้หมดภาระ

3. การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง (Coercive Suicide) เพื่อให้ผลของการฆ่าตัวตายนั้นไปทำร้ายจิตใจผู้อื่น ให้บุคคลอื่นต้องรับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของเขา จะมีการเขียนจดหมาย (Suicide Note) เพื่อบอกให้บุคคลใกล้ชิดรับผิดชอบและเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาต้องฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำเพื่อให้ผู้อื่นรู้สึกละอายและเกิดความทุกข์ และเป็นการให้บทเรียนที่ได้ผล เพศหญิงจะกระทำด้วยวิธีนี้มากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 20-30 ปี เป็นโสด หม้าย หรือผิดหวังจากคนรัก จะฆ่าตัวตายเพียงเหตุผลที่จะทำร้ายบุคคลเหล่านั้นที่ทอดทิ้งเธอไป วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่จะกินยาเกินขนาดเป็นจำนวนมาก ใช้ก๊าซพิษ หรือยิงตัวเอง และจะกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จในครั้งแรก

4. การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริงๆ เพียงทำให้เข้าไปอยู่ในสภาพการณ์ที่อันตราย จึงต้องควรระวัง เพราะอาจจะกลายเป็นจริงขึ้นมาได้เพราะอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่จะเป็นหญิงวัยรุ่นที่รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีใครสนใจมานัดหมาย (Dating) หรือขอแต่งงานและรวมทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้งแล้ว วิธีการที่ใช้จะเป็นวิธีธรรมดาไม่รุนแรง เช่น กินยาเกินขนาดในจำนวนไม่มาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยานอนหลับ (Barbiturates) เชือดข้อมือ การพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำโดยทันทีที่เลือกทางของเธอ หรือพบว่ามีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งในความเป็นจริง ถ้าพวกเขาตายก็จะเป็นการตายเนื่องจากอุบัติเหตุ เพราะไม่ได้อยากตายจริง และจากการศึกษาพบถึง 75 % ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นการพยายามเพียงครั้งแรกเท่านั้น ตัวอย่างเช่น เด็กชายอายุ 15 ปี ถูกบิดามารดาตำหนิเรื่องการคบเพื่อนและถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว เมื่อบิดามารดาออกไปทำงานแล้ว เขากะเวลาที่ทั้งสองใกล้จะกลับบ้านแล้ว จึงกินยานอนหลับเกินขนาดเข้าไป คิดว่าบิดามารดาต้องกลับมาช่วยทัน แต่

วันนั้นทั้งสองกลับบ้านช้า ฉะนั้นเมื่อทั้งสองกลับมาถึงบ้านจึงพบว่าบุตรชายได้ตายไปเสียแล้ว ซึ่งที่จริงเขาไม่ต้องการที่จะตายและไม่มีเจตนาที่จะตายด้วย เจตนาเพียงให้บิดามารดาตกใจเท่านั้นที่ปล่อยให้เขาอยู่บ้านคนเดียว ในที่สุดเขาก็ตายจริงๆ ด้วยฝีมือของเขาเอง พร้อมกับจดหมายลาตายเป็นต้น ฉะนั้นในการจัดประเภทของการตายบางครั้งก็เป็นการยากที่จะระบุว่าเป็นการฆ่าตัวตายหรืออุบัติเหตุ เช่น การตายบนท้องถนน ซึ่งจัดว่าเป็นการตายโดยอุบัติเหตุ แต่ถ้าเป็นการตายเพราะก๊ากซพิษ แขนงคอก ก็จัดว่าเป็นการฆ่าตัวตาย เพราะบ่งบอกถึงเจตนาความตั้งใจ ฉะนั้นในการจะวินิจฉัยชัดเจนลงไปว่าเป็นการฆ่าตัวตายหรืออุบัติเหตุ จึงขึ้นอยู่กับสถานที่และกรณีแวดล้อมของการตายนั้นๆ ถ้าหากพิจารณาแล้วว่าไม่ใช่อุบัติเหตุหรือฆาตกรรม การตายนั้นก็จะถูกจัดให้เป็นการฆ่าตัวตาย

สไนด์แมนและเฟร์เบอร์ว (Shneidman and Farberow) ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายเมืองลอสแอนเจลิส (Los Angeles Suicide Prevention Center) เมื่อปีค.ศ.1958 เพื่อช่วยเหลือผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายในเมืองลอสแอนเจลิส ต่อมาศูนย์ดังกล่าวได้ขยายไปทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ในปัจจุบันมีมากกว่า 200 แห่ง เรียกว่า ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention Centers) ให้บริการโดยมีโทรศัพท์สายตรงเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่พยายามจะฆ่าตัวตาย โดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการในการฟื้นฟูจิตใจของตนเอง

สไนด์แมนและเฟร์เบอร์ว เชื่อว่าคนที่กระทำการฆ่าตัวตาย เกิดจากแรงขับ (Motive) ที่ซับซ้อนซึ่งแยกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

-ฆ่าตัวตายเพราะความเชื่อที่ว่า จะได้ไปเริ่มชีวิตใหม่ที่ดีกว่า เช่น เชื่อว่าชาติหน้ามีจริง ถ้าตายไปแล้วคงจะได้พบคนรักที่จากไป หรือถ้าตายไปแล้วจะได้ขึ้นสวรรค์ หรือถ้าตายไปแล้วจะเป็นผู้มีเกียรติ เช่น การทำฮาราคิริ (Hara-kiri) ของชาวญี่ปุ่น

-ฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ หรือคนชราที่มองไม่เห็นคุณค่าของชีวิตที่อยู่ต่อไป

-ฆ่าตัวตายเพราะอาการกำเริบทางโรคจิต ซึ่งเกิดอาการทางประสาทหลอน หรือหลงผิดได้ยินเสียงชักชวนให้ฆ่าตัวตาย

-ฆ่าตัวตายเพื่อประชด แก่แค้นคนที่ตนรัก เป็นความต้องการที่จะให้คนที่ตนทั้งรักทั้งแค้นได้สำนึกผิด และคร่ำครวญคิดถึงตนที่ต้องตายจากไป

## แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

มีทฤษฎีอยู่หลายทฤษฎีที่กล่าวถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ตามก็ยังไม่สามารถอธิบายหรือหาคำตอบที่จะตอบคำถามได้ ทฤษฎีต่างๆ มีดังนี้

1.ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Freud ได้ให้ทัศนะของการฆ่าตัวตายไว้ 2 ประการคือ

-คนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนที่ต้องสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักมาก และแค้นมากในเวลาเดียวกัน เป็นความรู้สึกแบบสองฝักสองฝ่าย ความแค้นแค้นก่อให้เกิดความคิดก้าวร้าวที่จะทำร้าย แต่ขณะเดียวกันความรักที่มีอยู่จะบิดเบนความก้าวร้าวให้มุ่งเข้าหาตนเอง กลับกลายเป็นการลงโทษตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี สมควรได้รับการลงโทษ ถ้าความคิดดังกล่าวนี้รุนแรงถึงขนาดมาก ก็อาจจะทำให้บุคคลนั้นฆ่าตัวตายได้

-คนที่ฆ่าตัวตายก็เพราะสัญชาตญาณการทำลาย (Death instinct) หรือที่เรียกว่า Thanatos เกิดพลิกกลับมาทำลายชีวิตตนเอง

2.ทฤษฎี Meninger เชื่อว่าคนที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีสาเหตุมาจาก

-ความต้องการฆ่า (The wish to kill) เป็นแรงกระตุ้นที่ขับมาจากความก้าวร้าวโดยที่บุคคลกระทำตนเป็นสิ่งที่ภายนอก ซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่า และแรงกระตุ้นที่ขับออกมานั้นทำให้เกิดความต้องการที่จะฆ่าตัวตนเอง

-ความต้องการถูกฆ่า (The wish to be kill) เป็นการยอมจำนนต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงที่สุดคือความตาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข เกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึกและความสำนึกผิด การที่ตนได้รับความเจ็บปวดไปจนถึงความตาย ทำให้จิตไร้สำนึกได้รับความพอใจ

-ความต้องการตาย (The wish to be die) สาเหตุข้อนี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องการที่จะเปลี่ยนจิตใจเสียใหม่ โดยมีความเข้าใจว่าความตายเป็นการหนีไปเสียเพื่อจะได้กลับมาใหม่ และความแตกต่างระหว่างจิตสำนึก และจิตไร้สำนึกในความต้องการตาย และไม่ต้องการตาย เป็นผลให้เกิดความขัดแย้ง (Conflict) อันนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

3.ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamics) มักมีประวัติเกี่ยวกับการสูญเสีย (Losses) ซึ่งได้แก่

-การสูญเสียคนรักหรือของรัก อวัยวะบางส่วนถูกตัดออกไป สุขภาพเสื่อมโทรม เป็นโรคเรื้อรัง และไม่มีทางรักษาให้หาย พวกลูกๆ แยกออกไปอยู่ต่างหากเมื่อโตแล้ว (Emptiness syndrome)

-การสูญเสียสถานะทางสังคม เป็นการเสียชื่อหรือเกียรติยศ ก่อให้เกิดความอับอายขายหน้า

-การสูญเสียทรัพย์สินหรือเงินทอง

4.ทฤษฎีสังคม (Sociological theories) ทฤษฎีสังคมวิทยาชี้ให้เห็นว่าอัตวินิบาตกรรมนั้น เกิดเมื่อคนเราไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคคลที่ได้เสนอแนะแนวคิดในเรื่องนี้ ได้แก่ อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim, 1951) เป็นนักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศสที่เชื่อเรื่องความสัมพันธ์และความเข้ากันได้กับสังคม (Social integration) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญและได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้ ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดต่อไปในสาเหตุจากสภาพสังคมที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย

### ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

#### 1. ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

1.1 สถานภาพสมรส มีหลายการศึกษาพบว่า การเป็นโสดและการหย่าร้างทำให้ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย (Kposowa 2000; Pescosolido and Wright 1990; Stack 1996) และในกรณีที่คู่สมรสมีแหล่งสนับสนุนหรือความผูกพันกับสังคมรอบตัวน้อย (Pescosolido and Wright 1990) อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้เป็นเพียงแค่ส่วนประกอบ ปัจจัยอื่นๆ ในการประเมินเท่านั้น ยังมีปัจจัยในแง่มุมอื่นที่อาจมีความสำคัญมากกว่า เช่น คุณภาพของชีวิตสมรส การทุบตีทำร้ายกันในครอบครัว เป็นต้น (McCauley et al. 1995; Muelleman et al. 1998; Roberts et al. 1997; WHO 2001)

1.2 การมีบุตร การมีบุตรเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเพศหญิง (De Castro and Martins 1987; Qin et al. 2000)

1.3 การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ บุคคลที่มีสัมพันธภาพกับสังคมรอบตัวดีจะสามารถปรับตัวกับความกดดันต่างๆ ได้ค่อนข้างดี (Perlman and Rook 1987; IOM 2001) มีการศึกษาพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงของอาการน้อยลงและอาการดีขึ้นเร็ว (Shen and Takeuchi 2001) การศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่า การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการที่บุคคลนั้นๆ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย (De Wilde et al. 1994; Eskin 1995; Hovey 1999; Ponizovsky

and Ritsner 1999) และการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง (Rubenstein et al. 1989; Thompson et al. 2000; Yang and Clum 1994)

1.4 ความสนใจในศาสนา การศึกษาในทางตะวันตกพบว่าผู้ที่มีความสนใจในทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจทางศาสนามีการฆ่าตัวตายต่ำ (Nisbet et al. 1996; Varnik and Wasserman 1992) ซึ่งอาจเป็นจากการปฏิบัติกิจทางศาสนาทำให้มีสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้น มีแหล่งช่วยเหลือเมื่อประสบความกดดัน หรืออาจจากข้อห้ามต่อการฆ่าตัวตายของศาสนา นั้นๆ และยังพบว่าความสนใจในศาสนาเป็นตัวปกป้องต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การดื่มสุรา ใช้สารเสพติดหรือการมีความเครียด (Braam et al. 1997; Koenig et al. 1992; Koenig et al. 1997; Pressman et al. 1990)

1.5 การตกงาน การศึกษาจากประเทศต่างๆ พบว่าการตกงานมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Platt 1984; Chuang and Huang 1996; Hutchinson and Simeon 1997; Saunderson and Langford 1996; Weyerer and Wiedenmann 1995) และเพศชายมีความเสี่ยงสูง (Kposowa 2000)

1.6 เศรษฐฐานะ การมีความกดดันทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายการศึกษาในทางตะวันตกพบว่าในแหล่งที่มีรายได้ต่ำมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าแหล่งอื่นเมื่อเปรียบเทียบกัน (Hasselback et al. 1991; Cantor et al. 1995; Kennedy et al. 1999) หลายการศึกษาพบว่าการประสบปัญหาสุขภาพเศรษฐกิจตกต่ำมีส่วนสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น (Whitley et al. 1999; Schmidtke et al. 1999)

1.7 เขตชนบทเขตเมือง การศึกษาในจีนพบว่ามีการฆ่าตัวตายในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง (Ji et al. 2001; Phillips et al. 1999; Yip 2001) การศึกษาในออสเตรเลีย กรีซ พบเช่นเดียวกัน (Wilkinson and Gunnell 2000)

## 2. โรคทางจิตเวช

ความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับการประเมินการฆ่าตัวตายมากที่สุด (Pokorny 1993) มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ คือ โรคซึมเศร้า หรือการใช้แอลกอฮอล์หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ในกรณีของการพยายามฆ่าตัวตายก็เช่นกัน การป่วยทางจิตเวชายังคงเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือตัวพยากรณ์ที่สำคัญ

2.1 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า(Dilsaver et al. 1994; ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ 2541) Angst และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น : มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอด ละเลยไม่สนใจตนเอง อากาจรุนแรงโดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ Agitation และมีอาการแพนิค

2.2 โรคจิตเภท ปัจจัยสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้า หมดกำลังใจ และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง (Tsuang et al. 1999) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีลักษณะ เป็นผู้ชาย อายุน้อย ว่างงาน อยู่คนเดียว มีประวัติดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีความกลัวว่าอาการจะแย่ลงโดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาสูง จะพบการฆ่าตัวตายบ่อยในช่วงต้นๆ ของการเจ็บป่วย ช่วงแรกๆ ที่มีอาการกำเริบ หรือช่วงที่หายใหม่ๆ (Roy 1986) ปัจจัยเสี่ยงในระยะฉับพลันได้แก่ การมีอาการหูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง มีภาวะ agitation หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากความหลงผิดของตน (Drake 1990)

2.3 ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด ประมาณว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse) และมักพบประวัติภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้สาร การศึกษาของประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2541) พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงพบมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีปัจจัยกดดันในช่วงก่อนหน้านั้น โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ (Weiss & Hufford 1999) ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งคือการดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วหากมีการเสพยาหรือสารเสพติดความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูงมาก (Deykin and Buka 1994)

2.4 ลักษณะบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), borderline personality disorder, และ antisocial personality disorder (Fawcett et al. 1993; Isometsa et al. 1996; Cheng et al. 1997)

2.5 ผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน (comorbidity) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ากับการติดสารเสพติด หรือโรคซึมเศร้ากับบุคลิกภาพผิดปกติ (Suominen et al. 1996; Beautrais et al. 1996)

3. ลักษณะปัญหาทางจิตใจ พบมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่มีลักษณะ มี psychological pain (Schneidman 1990) ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกท้อแท้หมดหนทางในชีวิต และมีอาการวิตกกังวลรุนแรง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเรื้อรัง นี้ และมีอาการนอนไม่หลับรุนแรง (Hall et al. 1999)

4. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบ่งชี้การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Moscicki 1997; Foster et al. 1999) การศึกษาของประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2541) พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 30-47 (Nordentoft et al. 1993; Harris & Barraclough 1997) และในช่วงปีแรกของการพยายามฆ่าตัวตายพบว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็น 100 เท่าของประชากรทั่วไป ยังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

5. ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทูพลภาพสูง เช่น การขาดเลือดบริเวณไขสันหลัง ความเจ็บปวดรุนแรงจากตัวโรค และ HIV ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Dannenberg et al. 1996; Marzuk 1991; Barraclough et al. 1987) โดยในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบ หรือมีความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจากตัวโรคมาก ส่วนในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าตนติดเชื้อ กับในระยะท้ายของโรค โดยมีอารมณ์เศร้าจากอาการของตนเองหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองทำให้การใช้ความเหตุผล การตัดสินใจเสียไป

จากการวิจัยครั้งนี้ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายจะเป็นส่วนสำคัญในการรู้ถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นผลจากการวิเคราะห์ตามแนวคิดและทฤษฎีนี้จะช่วยให้ผู้ที่อยู่รอบข้างบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตายได้ทราบถึงสาเหตุของปัญหา และนำไปสู่การหาวิธีการในการเฝ้าระวังและช่วยกันแก้ปัญหาดังกล่าวนี้ให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยวิธีการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการช่วยพัฒนามาตรการสื่อสารที่ดีวิธีหนึ่ง



## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**จรัสพร กิรติเสวี (2544)** ได้ศึกษา กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชทั้งในโรงพยาบาลและในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชมีความคาดหวังของต่อครอบครัวและสังคม คือความต้องการการยอมรับว่าตนเป็นบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่าสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ เพื่อจะได้มีความความอบอุ่นในครอบครัว และได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นกำลังใจในการปรับตัว แต่ญาติยังมีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่ขัดแย้งไม่ดีพอ ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในตัวผู้ป่วยและอาการ โดยปัญหาการสื่อสารที่พบคือ การวิพากษ์วิจารณ์ การบ่น การแสดงความไม่ไว้วางใจ การหลีกเลี่ยงการสื่อสารและรวมถึงไม่สามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ และพบว่าผู้ป่วยทางจิตเวชนั้นจะยินดีสื่อสารได้ตอบกับแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่จิตบำบัด หากบุคคลเหล่านี้มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือและสามารถทำให้เขาเชื่อมั่นหรือวางใจได้ว่า หากพูดคุยด้วยจะเกิดผลดีกับตน

**ชาคริต สุตสายเนตร (2539)** ได้ศึกษา วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า การให้การปรึกษาซึ่งใช้เป็นแนวทางวิธีการสื่อสารโดยผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อติดตามผู้ป่วยไประยะหนึ่งหลังจากให้คำปรึกษา พบว่าผู้ป่วยสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยเงื่อนไขบุคลิกภาพของผู้ป่วย การเปิดเผยสภาพ การได้รับการยอมรับ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว ก็เป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล

**ธัญพร ศรีคช (2552)** ได้ศึกษา กระบวนการสื่อสารให้คำปรึกษาขององค์กรภาครัฐและเอกชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครมีกลยุทธ์การสื่อสารด้วยความเป็นมิตร มีการจัดการอารมณ์ของผู้ใช้บริการและรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ของตน สะท้อนปัญหาของผู้ใช้บริการ มีการรับรู้ตนเองของทั้งสองฝ่าย และดำเนินการสนทนาในเงื่อนไขของความลับและความเป็นส่วนตัว ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และผู้ใช้บริการ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคจากผู้ใช้บริการ ปัญหาและอุปสรรคจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร และอุปสรรคจากสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครมีการนำความรู้และแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมในบริบทของสังคมไทย ได้แก่ การเน้นความเป็นกลุ่ม และการอ้างอิงความเชื่อและที่พึ่งทางใจ มาประยุกต์ใช้เพื่อสื่อสารกับผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

**นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร** (2541) ได้ศึกษา กลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช โดยใช้หลักการของ Tannen (1986) และ Yule (1996) วิเคราะห์กลไกการสนทนาที่พยาบาลจิตเวชเลือกใช้เพื่อบำบัด ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด 7 ประเภท เรียงลำดับการใช้จากมากไปสู่น้อย คือ 1) การชี้นำการสนทนา 2) การทวน 3) การทำให้กระจ่าง 4) การสะท้อนความรู้สึกนึกคิด 5) การสรุป 6) การตีความ และ 7) การฟัง ส่วนกลไกการสนทนาที่พยาบาลจิตเวชเลือกใช้เพื่อบำบัดนั้น มี 7 ประเภท เรียงลำดับการใช้จากมากไปหาน้อย คือ 1) การถาม 2) การกล่าวยืนยัน 3) การกล่าวชี้นำ 4) การกล่าวแสดงออก 5) การกล่าวผูกพัน 6) การนิ่งเงียบ และ 7) การขอโทษหรือการออกตัว

**นิตรา พรเดชวงศ์** (2539) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในด้านปัจจัยทางสังคมนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 15-19 ปี การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมต้น มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร อาชีพรับจ้างรายวัน รับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรในครอบครัว ไม่มีภาระรับผิดชอบในครอบครัว ยังอาศัยอยู่กับบิดามารดา ซึ่งลำดับที่การเป็นบุตรพบว่า เป็นบุตรคนสุดท้องมากที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในวัยเด็กไม่ดี ไม่มีภาระหนี้สิน และส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ในปัจจัยด้านร่างกายพบว่า ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ไม่มีภาวะโรคทางพันธุกรรมหรือความพิการทางด้านร่างกาย แต่พบว่าเป็นโรคของความเครียดและโรคติดเชื้อ HIV ไม่มีโรคจากการใช้สารเสพติด ส่วนปัจจัยทางจิตใจพบว่า มีภาวะของโรคจิตโรคประสาท และจะมีภาวะของความคิด ความรู้สึกน้อยใจ เกรงใจต่อสังคมรอบข้างและมีวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษากับผู้ใด มีทัศนคติในทางบวกต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

**ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์** (2549) ได้ศึกษา ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาวะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่นระดับชาติ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การจัดการข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นแบบมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดผลดีกับการพัฒนาในชุมชน แหล่งข้อมูลที่ อสม. แสวงหาเพื่อทำบทบาทหน้าที่สื่อบุคคลนั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มบุคคลได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชาวบ้าน 2) กลุ่มสถาบัน ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขชุมชน 3) สื่อ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือ เอกสาร วารสาร

**พิงพรรณ สัจจา** (2549) ได้ศึกษา การสื่อสารเพื่อการสร้างความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้มาใช้บริการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่ โรงพยาบาล

ระนอง พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรที่สามารถอธิบายการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารและความรู้ ตามลำดับ

**มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543)** ได้ศึกษา เรื่องความเครียด-วิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลสันทราย จ.เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม 2540 ถึงเมษายน 2542 จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะช่วยเหลือตนเองด้วยการปรับอารมณ์และเผชิญหน้ากับปัญหาแล้ว สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ดี ก็คือการทำมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในลำดับต้นๆ รองลงมาคือ คู่สมรส บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต และพระหรือนักบวช ตามลำดับ

**มานิตา สิงห์ขจรูต และคณะ (2543)** ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตายมีความพร้อมด้านองค์ประกอบทางด้านกายภาพมากกว่าชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย เช่น โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคม และการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนคุณภาพทางการศึกษา สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ ความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียน การผิดหวังจากความรัก และปัญหาความวิตกกังวลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด ส่วนปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย คือ การมีบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และที่ผ่านมาประชาชนทั้ง 2 ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย เพราะเข้าใจว่าเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้าหากทราบชัดเจนว่ามีใครคิดจะฆ่าตัวตาย ก็อยากให้ความช่วยเหลือ เช่น พุดคุยให้กำลังใจ และจะพยายามหยุดพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น

**สุวิมล ผู้ดี (2548)** ได้ศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและกำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี การวิจัยนี้มีการกำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นบุคคลเป็นศูนย์กลางให้มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยวิธีปกติของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

Danuta Wasserman, et al (2008) ได้ศึกษา กระบวนการพยายามฆ่าตัวตาย การสื่อสารการฆ่าตัวตายและสภาพจิตสังคมของเยาวชนที่พยายามฆ่าตัวตายในเขตชนบทของประเทศเวียดนาม พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดภาวะกดดันมากกว่า 6 เดือน จึงจะลงมือกระทำการทำร้ายตนเอง ซึ่งการสื่อสารก่อนการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการยากที่จะสามารถตีความได้จากภายนอก ส่วนวิธีการทำร้ายตนเองที่ใช้มาก คือ การกินยาฆ่าหญ้าหรือแมลง โดยส่วนใหญ่ปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากปัญหาทางสภาพจิตใจ



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย” ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) อาศัยการเก็บข้อมูลแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) โดยมุ่งศึกษากระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะทำให้การศึกษาระบบการสื่อสารของผู้ให้การรักษากับผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Sign) พฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอสงวนชื่อ-นามสกุลผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการปกปิดอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการศึกษาวิจัยมีรายละเอียดสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ขอบเขตการวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### รูปแบบการวิจัย

1. การใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1. พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 5. บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 6. บุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 7. ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 8. บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยวิธีการพูดคุยแบบเจาะลึก เข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการใช้กระบวนการสัมภาษณ์นี้เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลตามที่

ต้องการได้อย่างหลากหลายประเด็นจากหลายกลุ่มบุคคล ในขณะที่เดียวกันวิธีการดังกล่าวจะเป็น การได้มาซึ่งเนื้อหาที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์มากที่สุด

2. ศึกษาจากข้อมูลเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับกรให้กรปรึกษาของผู้ให้กรปรึกษา เช่น แบบทดสอบสภาวะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยทางจิตเวช

3. การใช้วิธีการสังเกตการณ์ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการเข้าไปในชุมชน โดยการสังเกตการ ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง และการสื่อสารด้วยคำพูดของสมาชิกในชุมชน โดยผู้วิจัยจะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่อย่างเด่นชัดในชุมชน รวมทั้งพฤติกรรมกรพูดและ การแสดงออกอย่างเป็นนัยประกอบกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นเพียงแค่ผู้สังเกตการณ์ การดำเนินของสมาชิกในชุมชน

### ขอบเขตกรวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากจังหวัดนี้เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่า ตัวตายสูงติดต่อกันหลายปีตามรายงานสถิติกรฆ่าตัวตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และเลือกอำเภอป่าซาง เนื่องจากโรงพยาบาลประจำอำเภอป่าซางนั้น มี สถานที่ตั้งอยู่ใกล้กับหมู่บ้านที่สามารถเดินทางเข้าไปศึกษาได้อย่างสะดวก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือก ศึกษาหมู่บ้านตามคำแนะนำของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้กรปรึกษา ประจำฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลป่าซาง ซึ่งได้แก่ หมู่บ้าน 1 และหมู่บ้าน 2 ซึ่งทั้งสองหมู่บ้านนี้ตั้งอยู่ไม่ห่างจากเขต โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอสงวนชื่อหมู่บ้านไว้ตามหลักการวิจัย สากล

### กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 48 คน แบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้กรปรึกษา จำนวน 3 คน
2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) จำนวน 4 คน
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 8 คน
4. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 คน
5. บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 5 คน
6. บุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 13 คน
7. ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน
8. บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน

โดยการเก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยต้องทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จึงใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างโดยไม่อาศัยหลักความน่าจะเป็น (Non-probability random Sampling) ด้วยหลักการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenient Sampling)

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเริ่มจากการขอสัมภาษณ์ผู้ให้บริการปรึกษาของฝ่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลประจำอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และขอสัมภาษณ์พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดูแลด้านสุขภาพจิต จากนั้นจึงขอสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ และผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenient Sampling) คือ ขอให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการปรึกษาได้คัดเลือก ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคคลผู้ใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสื่อสาร การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและกรณีตัวอย่างที่มีประโยชน์ในการศึกษาวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบสัมภาษณ์** ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการปรึกษาจากฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหลังจากออกแบบแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และแก้ไขต่อไป

ส่วนแบบสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลใกล้ชิด โดยหลังจากออกแบบแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปปรึกษาฝ่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลก่อน จากนั้นนำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อแก้ไขต่อไป

2. **การรวบรวมข้อมูลเอกสาร** ได้แก่ ข้อมูลสถิติ สื่อประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า และข้อมูลจากการสังเกตการณ์

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน – 25 ธันวาคม 2553 โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้การรักษาจากฝ่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชน เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานและขอให้แนะนำเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

2. รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Source) เพื่อหาแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ให้บริการ

3. เก็บข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพแบบสหวิธีการ คือ การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Source) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตการณ์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปโดยละเอียด เพื่อวิเคราะห์กระบวนการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การรักษา รวมทั้งการสื่อสารก่อนการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลใกล้ชิด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

2. สรุปประเด็นที่ศึกษาตามสาระสำคัญของการวิจัย นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์

3. นำผลที่ได้มาวิเคราะห์เป็นข้อสรุปแต่ละประเด็น ผนวกเข้ากับความรู้ในเชิงนิเทศศาสตร์ และนำเสนอข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย” นี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ให้การรักษาและบุคคลใกล้ชิดที่มีการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การศึกษาครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และการสังเกตการณ์ในชุมชนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยผลการวิจัยที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอแยกออกเป็น ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของชุมชนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

ผู้วิจัยได้เลือกชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายสูง คือ หมู่บ้าน 1 และหมู่บ้าน 2 ในเขตอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เนื่องจากหมู่บ้านทั้งสองนี้ เคยเป็นหมู่บ้านเดียวกันมาก่อน แต่จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น และยังมีพื้นที่มากเกินไป อาจทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ดังนั้นในปี พ.ศ.2541 หมู่บ้าน 2 จึงได้แยกออกมาจากหมู่บ้าน 1 และตั้งเป็นหมู่บ้าน 2 ขึ้น ซึ่งสามารถเดินทางเข้าไปศึกษาวิจัยได้อย่างสะดวก และอยู่ไม่ห่างจากโรงพยาบาลชุมชนมากนัก

#### ระบบเศรษฐกิจของชุมชน

ข้อมูลจากเอกสารของผู้นำหมู่บ้านพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือการทำกรเกษตรและค้าขาย จากการสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะอาชีพภายในชุมชนว่า อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพหลักของคนในหมู่บ้าน ซึ่งการรับจ้างแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การรับจ้างในภาคการเกษตร และการรับจ้างทั่วไป การรับจ้างในภาคการเกษตรส่วนใหญ่จะมีนายทุนจากนอกพื้นที่มาลงทุนทำการเกษตรภายในชุมชน เช่น ทำสวนลำไย ทำไร่พริก ไร่แตงโม ฯลฯ โดยให้คนในชุมชนเป็นผู้ดูแลสวนหรือไร่ให้และรับจ้างเก็บเกี่ยวผลผลิตไปด้วย เช่น เก็บลำไย เก็บพริก เป็นต้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง จะมีที่ดินเฉพาะปลูกที่อยู่อาศัยเท่านั้น เนื่องจากได้ขายที่ดินให้กับนายทุนที่มาจากต่างจังหวัดซึ่งได้แก่ กรุงเทพฯ และเชียงใหม่ไปแล้ว สำหรับการรับจ้างทั่วไปนั้นจะทำภายหลังจาก

ว่างเว้นจากการรับจ้างทำการเกษตร อาชีพรับจ้างที่เป็นที่นิยมในหมู่บ้าน ได้แก่ การรับจ้างเย็บผ้า ซึ่งงานเย็บผ้าจะมีคนนำผ้ามาส่งให้ทำตลอดทั้งปี โดยไม่ต้องไปรับเอง

นอกจากอาชีพข้างต้นแล้ว ยังมีอาชีพค้าของเก่าที่ได้รับความนิยมในหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นอาชีพที่สามารถสร้างรายได้เป็นอย่างดี บางรายทำในลักษณะอาชีพเสริมจากการทำการเกษตร นอกจากนี้ยังพบว่าคนในวัยหนุ่มสาวส่วนใหญ่จะเข้าไปทำงานในนิคมอุตสาหกรรมลำพูน โดยจะมีรถตู้มารับตามจุดต่างๆ ในชุมชน

ข้อมูลจากพระผู้ใหญ่ในชุมชนพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่มีหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบ ซึ่งแหล่งเงินกู้ในระบบของชาวบ้านส่วนใหญ่มาจากธนาคารเพื่อการเกษตร หรือกองทุนประจำหมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่จะนำที่ดินของตนเองไปค้ำประกัน ส่วนแหล่งเงินกู้นอกระบบนั้นจะเป็นการยืมแบบรายวัน ซึ่งดอกเบี้ยจะเป็นแบบรายวันด้วยเช่นเดียวกัน โดยแหล่งเงินกู้จะเป็นบุคคลใกล้ชิดมากกว่าไปกู้เงินจากบุคคลอื่น ซึ่งลักษณะการกู้เงินจะมีลักษณะเป็นการกู้ที่เรียกว่า “หนี้ต่อหนี้” คือการกู้เพื่อไปคืนหนี้เดิมที่ได้ยืมไว้ ผู้ให้ข้อมูลท่านนี้ยังได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการกู้เงินของชาวบ้านว่า “สมัยนี้คนไม่มีหนี้ถือว่าเป็นคนโง่” เพราะคนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านก็มีหนี้สินด้วยกันทั้งนั้น

ข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ จังหวัดลำพูน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนพบว่า ในปี พ.ศ. 2531 หลังจากทีนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือถูกสร้างขึ้นที่จังหวัดลำพูน ได้สร้างความเจริญด้านพาณิชยกรรมอย่างรวดเร็ว และขยายตัวสูงมากในปี 2540 จนถึงปัจจุบัน ทำให้มีประชากรวัยแรงงานจำนวนมากทั้งในจังหวัดลำพูน จากจังหวัดใกล้เคียงและจากภาคอื่นๆ เดินทางเข้ามาทำงานที่นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการมีนิคมอุตสาหกรรม พบว่า เมื่อวัยแรงงานเข้ามาทำงานกันมากขึ้น ทำให้ธุรกิจหอพัก แหล่งบันเทิง ตลาด ร้านค้า และแหล่งบริการอื่นๆ ที่อำนวยความสะดวกก็เกิดขึ้นตามมา ทำให้วิถีชีวิตส่วนหนึ่งของคนในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียงเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้สูงวัยที่เคยมีลูกหลานอาศัยอยู่ในบ้าน ก็มีการเปลี่ยนไปเนื่องจากลูกก็ต้องมาประกอบอาชีพค้าขายภายในบริเวณนิคมอุตสาหกรรม ส่วนหลานก็ต้องรีบออกจากบ้านเพื่อให้ทันไปทำงานที่นิคมอุตสาหกรรมที่มีการทำงานเป็นกะ แล้วแต่ว่าแต่ละคนจะได้เข้าทำงานเวลาใด หรือบางคนอาจอาศัยอยู่ในหอพักบริเวณนิคมอุตสาหกรรมเพื่อสะดวกในการไปทำงาน ซึ่งต่อมาก็อาจมีครอบครัวตั้งรกรากอยู่ที่นั่นเลย ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้

สูงวัยต้องเผชิญกับความเครียดในการอยู่บ้านคนเดียวไม่มีการสร้างปฏิสัมพันธ์พูดคุยกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงเกิดความไม่เข้าใจกันของคนในครอบครัว ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทได้ง่าย สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาสะสมเมื่อมีมากขึ้นจนหาทางออกไม่ได้ บางคนถึงกับตัดสินใจหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายในที่สุด

### สิ่งยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางใจ

#### การเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา

ข้อมูลจากพระครูวิรุฬหสุตการซึ่งเป็นพระผู้ใหญ่ในชุมชนเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของสมาชิกในชุมชน พบว่า การเข้าวัดของคนหนุ่มสาวในชุมชน ปัจจุบันลดลงจากเมื่อก่อน เพราะประชากรวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว จึงส่งผลทำให้ต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ไม่ค่อยมีเวลาอยู่บ้าน แม้ว่าจะไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านก็ยังต้องหางานที่สามารถทำที่บ้านได้ เช่น เปิดร้านขายของ ซ้อจักรอุตสาหกรรมมาเย็บผ้า เป็นต้น จึงทำให้ไม่เวลาในการไปเข้าวัด ฟังธรรม

#### ความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์

การทรงเจ้า หามอดดู หมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเป่าของคนในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรค ซึ่งคนในชุมชนส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถรักษาโรคให้หายได้ โรคที่นิยมมารักษา ได้แก่ โรคถุงสวัด โรคตาแดง เป็นแผลถลอกจากอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคแล้วประชาชนส่วนใหญ่ยังไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องฤกษ์ยามต่างๆ เช่น ฤกษ์การเปิดกิจการ ฤกษ์การทำบุญขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเพื่อการหาสาเหตุความเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุมาจากเรื่องใด หรือการหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ปัญหาเรื่องความรัก การหาของที่หายไป อีกทั้งยังมีเรื่องการขอให้ช่วยเรื่องการค้าขายให้เจริญรุ่งเรืองด้วย

อย่างไรก็ตามคนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าไปปรึกษาปัญหาที่ตนเองประสบอยู่จากร่างทรงภายในชุมชนเท่าใดนัก เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยความลับของตนเองและคนในครอบครัวให้คนในชุมชนเดียวกันรับรู้ เพราะกลัวว่าจะนำเรื่องของตนเองไปพูดต่อหรือนินทา มีเพียงบางเรื่อง ได้แก่ ฤกษ์ยามในการประกอบพิธีต่างๆ การปิดเป่ารักษา เป็นต้น ที่สามารถปรึกษาร่างทรงในชุมชนเดียวกันได้

### ภาวะความเครียดของคนในชุมชน

จากการสังเกตการณ์และการสอบถามข้อมูลจากประชาชนในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่คนในชุมชนมีความเครียดมาจากเรื่องของเศรษฐกิจ เนื่องจากมีการแข่งขันสูงในเรื่องเงินและวัสดุสิ่งของ และความเครียดจากปัญหาการติดหนี้สิน นอกจากนี้จากการพูดคุยกับพระครูวิรุฬหสูตรการซึ่งเป็นพระผู้ใหญ่ในชุมชนก็ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายของคนในชุมชนว่า ส่วนใหญ่ความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาการโดนทวงหนี้ ดังนั้นจึงทำให้ดื่มสุราและขาดสติในการยับยั้งความคิด และได้เล่าถึงกรณีตัวอย่างการฆ่าตัวตายของคนในหมู่บ้านรายหนึ่งว่าเป็นผู้ติดสุราและยาเสพติด วันหนึ่งได้ทะเลาะกับภรรยา จนกระทั่งภรรยาได้พาลูกออกไปจากบ้านทิ้งให้ตนเองต้องอยู่บ้านคนเดียวทำให้ผู้ตายคิดมาก แล้วเกิดอาการเครียดจึงฆ่าตัวตาย และอีกกรณีหนึ่งเป็นการคิดฆ่าตัวตายของพระรูปหนึ่งที่คิดจะฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ เนื่องจากความเครียดจากการถูกตักเตือนเรื่องการผิดพลาดในการทำงาน

### พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

จากการสังเกตการณ์และพูดคุยกับคนในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติของคนในชุมชน เพราะในช่วงหลังเลิกงานตอนเย็น จะพบว่ามีการตั้งวงสุรากันเป็นประจำ นอกจากนี้เวลาที่มีเทศกาลหรือกิจกรรมสำคัญที่จัดในชุมชนก็มีการดื่มสุรากัน เช่น งานบุญ งานเลี้ยงพื่อหลวงคนใหม่ ซึ่งจะมีการเลี้ยงสุราให้กับผู้มาร่วมงาน อย่างไรก็ตามพบว่าก็ยังมีการรณรงค์ลดเหล้าภายในชุมชนทั้ง 2 หมู่บ้าน ได้แก่ รณรงค์งานศพปลอดเหล้า ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ให้การยอมรับเนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องดีเปลี่ยนแปลง จะมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่ยังต้องการให้มีการเลี้ยงสุราในงานศพ แต่ก็ไม่ได้เรียกร้องจนเกิดความขัดแย้ง ทั้งนี้การเลี้ยงสุราก็ถือเป็น การเลี้ยงตอบแทนให้กับพวกผู้มาช่วยงานหรือหัวเรี่ยวหัวแรงในการจัดงานและสับปะหระอในงานศพเท่านั้น

### 2. ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ขอสงวนชื่อจริงของบุคลากร เจ้าหน้าที่ และบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง ตามมารยาทสากลในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการสัมภาษณ์นั้นแบ่งออกเป็นกลุ่มดังนี้

**กลุ่มที่ 1** คือ กลุ่มพยาบาลจิตเวช ที่ทำหน้าที่ในการให้บริการคำปรึกษากับผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขต

จังหวัดภาคเหนือ จากการวิจัยพบว่า ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ไม่มีจิตแพทย์ในการให้การปรึกษาประจำอยู่ ซึ่งพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ให้การปรึกษา พร้อมทั้งให้ยารักษาด้วย โดยพยาบาลจิตเวชเหล่านี้จะต้องเข้าไปฝึกอบรมเรื่องสุขภาพจิตและหลักในการให้การปรึกษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายโรคเฉพาะทางสุขภาพจิตในเขตจังหวัดภาคเหนือ หรือพยาบาลจิตเวชอาจไปปรึกษาเรื่องการให้การรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตจากจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดในกรณีที่ไม่สามารถให้การรักษาในเบื้องต้นได้

### ตารางที่ 3 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มพยาบาลจิตเวช

ลำดับ	ตำแหน่ง	เพศ	หน้าที่
A1	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หญิง	หัวหน้างานจิตเวช / ให้บริการการปรึกษา
A2	พยาบาลวิชาชีพ	หญิง	ให้บริการการปรึกษา
A3	พยาบาลวิชาชีพ	หญิง	ให้บริการการปรึกษา

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน โดยปกติแล้วพยาบาลเวชปฏิบัติจะทำหน้าที่ตรวจรักษาโรคทั่วไปเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยที่มารักษากับศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และรายงานข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อต่างๆ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์พบว่าการลงชุมชนเพื่อไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาได้ ทั้งยังทำหน้าที่ให้การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. อีกด้วย

ตารางที่ 4 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

ลำดับ	ตำแหน่ง	เพศ	หน้าที่
B1	พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ	หญิง	ตรวจรักษา, งานบริหาร
B2	พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ	หญิง	ตรวจรักษา
B3	พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ	หญิง	ตรวจรักษา, งานส่งเสริมสุขภาพ
B4	เจ้าหน้าที่	ชาย	ดูแลงานควบคุมโรคติดต่อ

**กลุ่มที่ 3** คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในหมู่บ้านของตนเอง โดยปกติ อสม. 1 คนจะดูแล 8 – 10 หลังคาเรือน จากการสัมภาษณ์พบว่า อสม. ยังได้รับการฝึกฝนให้เจาะเลือดตรวจวัดความดัน ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานในหมู่บ้านของตน อีกทั้งยังดูแลป้องกันการแพร่พันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่เห็นพาหะโรคไข้เลือดออกด้วย การเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่เข้ามาทำเพราะความเต็มใจ สมัครใจ จากนั้นต้องเข้าร่วมอบรมว่า อสม. มีหน้าที่ต้องทำอะไรบ้าง พร้อมได้รับบัตรประจำตัว อสม. จึงจะสามารถเริ่มปฏิบัติงานได้

#### ตารางที่ 5 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ลำดับ	ตำแหน่ง / หน้าที่	เพศ	อาชีพ
C1	หัวหน้า อสม. หมู่ 1	หญิง	ค้าขาย
C2	หัวหน้า อสม. หมู่ 2	ชาย	เย็บผ้า
C3	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 1	หญิง	เย็บผ้า
C4	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 1	หญิง	เย็บผ้า
C5	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 1	หญิง	ค้าของเก่า
C6	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 2	หญิง	เย็บผ้า
C7	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 2	หญิง	เย็บผ้า
C8	อสม. ฝ่ายสุขภาพจิต หมู่ 2	ชาย	ทำสวนลำไย

**กลุ่มที่ 4** คือ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ หมายถึง ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 1 และหมู่บ้าน 2 ที่เคยพยายามทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เช่น การแขวนคอ กลืนสารเคมี เป็นต้น แต่ไม่ถึงแก่ชีวิต

**ตารางที่ 6** แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

ลำดับ	อายุ	เพศ	อาชีพ
D1	31	หญิง	รับจ้างทั่วไป
D2	50	ชาย	รับจ้างทั่วไป
D3	33	ชาย	ทำสวน

**กลุ่มที่ 5** คือ กลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ หมายถึง บุคคลที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดกับผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ และเวลาที่ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีปัญหาคับข้องใจมักจะไปปรึกษาหรือเล่าปัญหาให้ฟัง เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง แฟน เป็นต้น โดยผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 1 ท่าน ได้สัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิด 2 ท่าน

**ตารางที่ 7** แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

ลำดับ	อายุ	เพศ	อาชีพ
D1.1	44	หญิง	รับจ้างทั่วไป
D1.2	39	หญิง	รับจ้างทั่วไป
D2.1	48	หญิง	เย็บผ้า
D3.1	55	ชาย	ทำสวน
D3.2	44	หญิง	รับจ้างทั่วไป

**กลุ่มที่ 6** คือ กลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง บุคคลที่มีความสนิทสนมกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เมื่อเวลาผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาอะไรก็จะมาปรึกษาหรือบอกเล่าปัญหาเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้บุคคลนี้ฟัง เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง แฟน เป็นต้น โดยผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ท่าน ได้สัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิด 2 ท่าน

ตารางที่ 8 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ขีดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ลำดับ	อายุ	เพศ	อาชีพ
E1.1	32	หญิง	รับจ้างทั่วไป
E1.2	55	ชาย	รับจ้างทั่วไป
E2.1	37	หญิง	พนักงานโรงงาน
E3.1	28	ชาย	รับจ้างทั่วไป
E4.1	64	ชาย	รับจ้างทั่วไป
E4.2	45	หญิง	เย็บผ้า
E5.1	29	หญิง	พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล
E6.1	63	ชาย	รับจ้างทั่วไป
E7.1	44	หญิง	เย็บผ้า
E7.2	43	หญิง	ค้าขาย
E8.1	49	ชาย	รับจ้างทั่วไป
E8.2	46	หญิง	เย็บผ้า
E8.3	24	ชาย	รับจ้างทั่วไป

กลุ่มที่ 7 คือ กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 1 และหมู่บ้าน 2 ซึ่งเคยไปรับการปรึกษาและคำแนะนำจากศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดภาคเหนือ เนื่องจากผู้ที่มีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 9 แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ลำดับ	อายุ	เพศ	อาชีพ
F1	55	ชาย	รับจ้างทั่วไป
F2	70	ชาย	พ่อบ้าน
F3	65	หญิง	ทำสวน



F4	60	หญิง	แม่บ้าน
F5	64	ชาย	รับจ้างทั่วไป
F6	41	หญิง	พนักงานโรงงาน

**กลุ่มที่ 8** คือ กลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลผู้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง แฟน เป็นต้น ซึ่งรู้ว่าคนใกล้ชิดนั้นป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต้องไปรับยาจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ

**ตารางที่ 10** แจกแจงลักษณะประชากรของกลุ่มบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ลำดับ	อายุ	เพศ	อาชีพ
F1.1	49	หญิง	แม่บ้าน
F1.2	55	ชาย	รับจ้างทั่วไป
F2.1	67	หญิง	รับจ้างทั่วไป
F3.1	66	ชาย	ทำสวน
F4.1	35	ชาย	รับจ้างทั่วไป
F5.1	22	หญิง	รับจ้างทั่วไป

### 3. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับระบบการรักษาและการติดตามการรักษาผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

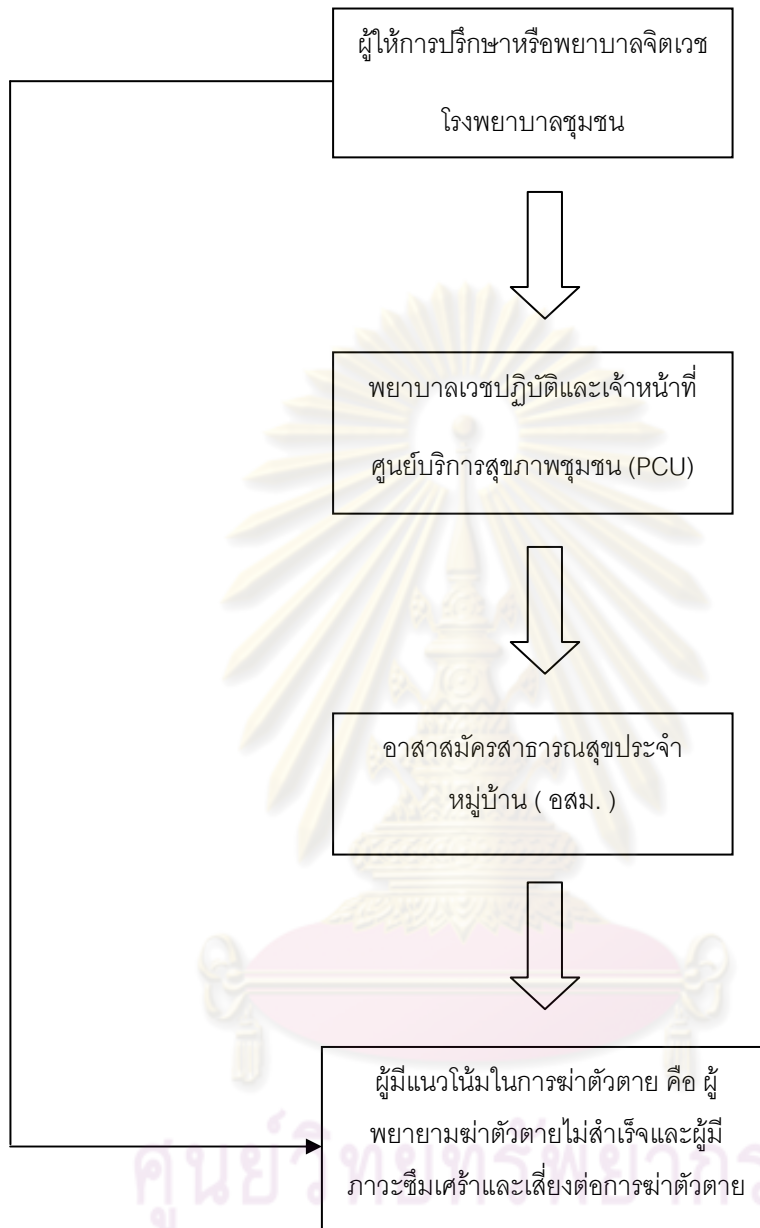
จากการวิจัยพบว่า ระบบการรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการกำหนดไว้ในคู่มือการปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต และทางฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจะต้องมีการเก็บข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งข้อมูลที่เก็บไว้ เช่น ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ สาเหตุการฆ่าตัวตาย วิธีการใช้ในการฆ่าตัวตาย วันเดือนปีที่เกิดเหตุ เป็นต้น เพื่อเป็นรายงานทางสถิติและส่งข้อมูลนี้ไปยังสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดต่อไป

การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายนั้นเริ่มต้นขึ้นเมื่อมีผู้พยายามฆ่าตัวตายถูกนำตัวส่งมารักษาที่โรงพยาบาล ทางแผนกผู้ป่วยในจะแจ้งให้ฝ่ายสุขภาพจิตทราบ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชเข้าไปให้บริการให้การปรึกษากับผู้พยายามฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งพูดคุยกับญาติของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการไปพบปะพูดคุยนี้ พยาบาลจิตเวชในฐานะผู้ให้การปรึกษาจะสามารถเก็บข้อมูลได้ว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายครั้งนี้เป็นอย่างไร มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้แล้วนั้น ทางฝ่ายสุขภาพจิตก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับยาหรือให้บริการคำปรึกษาต่อเนื่องไปอีก ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการติดตามการรักษาก็เป็นได้ เพราะการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพจิตนั้นต้องใช้เวลาในการรักษาพอสมควร

ซึ่งระบบการติดตามการรักษานี้จะมีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่ลงชุมชนไปเยี่ยมบ้าน เป็นประจำประมาณเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและยังต้องมารับยาเป็นประจำแต่ไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ในเดือนนั้น หรืออาจมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุข อสม. คอยดูแลบ้านที่เคยมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจาก อสม. เป็นคนที่อยู่ในชุมชน ทำให้สามารถใกล้ชิดกับผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่ภายนอกชุมชน

นอกจากนี้การติดตามการรักษามีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจากที่ได้มารับบริการให้คำปรึกษาพร้อมทั้งรับยารักษาภาวะซึมเศร้าจากศูนย์สุขภาพจิต ก็จะติดตามรักษาแบบเดียวกับผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ซึ่งในบางกรณี อสม. ที่อยู่ในชุมชนก็จะเป็นผู้สังเกตประชาชนในชุมชนของตนด้วยว่าใครที่กำลังมีอาการเครียด ซึมเศร้า จากนั้นจึงแนะนำให้มารับบริการให้การปรึกษาและรักษาภาวะนี้ที่ศูนย์สุขภาพจิตของโรงพยาบาล ซึ่งระบบการติดตามการรักษาของฝ่ายสุขภาพจิตนั้นมีกระบวนการดังนี้

ศูนย์สุขภาพจิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### หน้าที่ความรับผิดชอบในการรักษาและติดตามการรักษาผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

#### 1. พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา

ประจำอยู่ที่ฝ่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่หลักในการให้บริการการปรึกษาและให้การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี และความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชแก่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( อสม. ) อีกด้วย เพื่อให้ อสม. สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้สังเกตประชาชนในหมู่บ้านของตน หรือใช้ในการดูแลผู้ที่เป็โรคทางจิตเวช โดยทั่วไปแล้วทางโรงพยาบาลจะใช้แบบฟอร์มอย่างง่ายหรือที่เรียกว่า แบบคัดกรอง 2Q ในการคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้านี้ทางกรมสุขภาพจิตได้แนะนำให้ใช้เป็นเพียงแบบคัดกรองอย่างง่ายที่ใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น

“ถ้าช่วงแรกนี้ เราก็เน้นไปที่เชิงรุก คือ ออกไปให้ความรู้กับ อสม. พระสงฆ์ โดยคือเอา อสม. เข้ามาอบรมโดยดูว่าให้เขามีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วยังไม่พอนะ ยังต้องสามารถคัดกรองให้เราเบื้องต้นได้โดย อสม. หลังจากคัดกรองแล้ว ให้ไปหาเจ้าหน้าที่ PCU เจ้าหน้าที่ PCU ส่งต่อคือมันเริ่มวางระบบตั้งแต่ อสม. มา อสม. มีการเฝ้าระวัง มีการคัดกรองแล้วเจ้าหน้าที่ PCU ก็มีการพัฒนา มา เป็นการแลกเปลี่ยน”

(A2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2553)

ถ้าพบว่าผู้มารับบริการมีอาการตามแบบคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า 2Q แล้ว ผู้ให้การปรึกษาหรือพยาบาลจิตเวชจะมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 8 คำถาม ซึ่งเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ประเมินผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการให้การปรึกษาที่มารับการรักษาที่ฝ่ายสุขภาพจิตเวชของโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยท่านใดมีคะแนนเกินระดับเกณฑ์มาตรฐาน ถือว่าผู้ป่วยท่านนั้นมีภาวะเป็นโรคซึมเศร้า ต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาและให้การปรึกษาคอบคู่กันไป นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษายังได้ทำการส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด รวมทั้งสาเหตุและปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้อ่านเวลาเดินผ่านบอร์ดประชาสัมพันธ์

## 2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU)

มีหน้าที่หลักในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และตรวจสุขภาพพื้นฐานในเบื้องต้นแก่ประชาชนเพื่อคัดกรองโรคได้ โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการรุนแรงก่อนส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนั้นจะทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยแบบคัดกรองอย่างง่าย 2Q แล้วถ้าพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า ก็จะเริ่มต้นพูดคุยถามอาการก่อนว่ามีปัญหาอะไร รู้สึกเครียดอย่างไร หลังจากนั้นจะประสานงานกับฝ่ายสุขภาพจิตเวชของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มี

ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีอาการค่อนข้างเสี่ยง ให้ไปรับการรักษาต่อที่ฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลต่อไป ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน อาจเรียกได้ว่าเป็นผู้คัดกรองโรคในเบื้องต้นด้วย

“หน้าที่รับผิดชอบหลักเลย คือ รักษาคนไข้ คนที่ walk in เข้ามาตรวจรักษา มันก็เหมือนสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่มีอยู่ 3 – 4 คน มี 20 กว้างาน ก็เฉลี่ยๆ กันไป”

(B2, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

นอกจากนี้ทางเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังทำหน้าที่ช่วยฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลติดตามผู้ป่วยที่เป็นผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า โรคเครียด โรควิตกกังวล เป็นต้น ที่ไม่ได้มารับยาอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่รับยาไปแล้วมีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ โดยการลงชุมชนไปเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ทางเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนยังมีการประสานงานกับ อสม. ประจำหมู่บ้านให้ไปช่วยติดตามผู้ป่วยดังกล่าวแล้วมารายงาน หรือถ้า อสม.พบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แปลกไป ไม่ปกติ ทางเจ้าหน้าที่ก็จะลงไปเยี่ยมและติดตามการรักษาของผู้ป่วยต่อไป

“ถ้าสมมติว่าโรงพยาบาลมี case เขาก็จะส่งมาว่าในหมู่บ้านของเราหมู่ 2 3 มีภาวะความเครียดเยอะหน่อยนะ และก็รับยาไปแล้วไม่แน่ใจว่าจะกินยาถูกหรือเปล่า หรือญาติจะดูแลให้กินยาครบตามคอร์ส หรือเปล่าอย่างนี้ เขาก็จะประสานมาที่เรา เราก็จะประสาน อสม. ที่รับผิดชอบ 10 หลังคาเรือน ว่าให้ไปช่วยดูหน่อยนะ ว่าทานยาไหม หรือมีพฤติกรรมที่เพี้ยนไป ไม่ปกติยังไงก็แจ้งมาก่อนแล้วเราจะลงไปติดตามอีกที”

(B1, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

### 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

มีหน้าที่ ดูแลรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของสมาชิกในชุมชน โดยอสม. แต่ละคนจะมีความรับผิดชอบจำนวน 8 - 10 หลังคาเรือนในหมู่บ้านของตน ซึ่งปัจจุบันนี้ อสม. ยังสามารถช่วยเจาะเลือด วัดความดัน ให้ประชาชนในหมู่บ้านที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย นอกจากนี้ อสม. ทุกคนจะมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบอยู่ฝ่ายละ 3 คน ทั้งหมด 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายสุขภาพจิต ฝ่ายดูแลเรื่องโรคไข้เลือดออกหรือกำจัดลูกน้ำยุงลาย ฝ่ายสายใยรักครอบครัว และฝ่ายโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต เนื่องจากเมื่อมีการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ

สุขภาพชุมชนในแต่ละครั้ง อสม. ที่เป็นผู้รับผิดชอบในฝ่ายนั้นๆ ก็จะไปร่วมอบรมตามเรื่องที่ได้รับ  
 ขอรับผิดชอบ

“ก็จะมีสุขภาพจิต ยุงลาย สายใยรัก ความดัน-เบาหวาน มี 4 ฝ่าย ฝ่ายละ 3 คน ก็ถ้าหมอ  
 ให้ไปอบรมเรื่องสายใยรักก็ให้ 3 คนที่รับผิดชอบไป ถ้าหมอให้ไปอบรมเรื่องความดัน-เบาหวาน ก็  
 ให้ 3 คนนั้นไป อย่างนี้แหละ”

(C2, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

อสม. จะได้รับหน้าที่ในการติดตามการรักษาผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพ  
 ชุมชน เนื่องจาก อสม. ก็เป็นประชาชนคนหนึ่งในชุมชน ดังนั้นการเข้าไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่ได้รับ  
 ยามารับประทาน จึงสามารถทำได้โดยง่าย รวมทั้งผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายที่ต้องมีการติดตาม  
 การรักษาอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เขาคิดที่จะทำร้ายตนเองอีก นอกจากนี้การได้รับความรู้ต่างๆ  
 เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตหลังจากที่ อสม. ได้รับการอบรมแล้ว อสม. ยังทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง  
 และช่วยคัดกรองเบื้องต้น ก็สามารถใช้ความรู้ที่นั่นมาช่วยเฝ้าสังเกตประชาชนในหมู่บ้านของตนว่า  
 ใครมีภาวะซึมเศร้า เครียดบ้างหรือไม่ จากนั้นก็สามารถไปแนะนำให้ไปรับการปรึกษาที่ศูนย์บริการ  
 สุขภาพชุมชนหรือที่ฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลด้วย

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มี  
 ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. การสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. ผู้ให้การรักษาและบุคคลใกล้ชิดมีการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

### ปัญหานำวิจัยข้อ 1

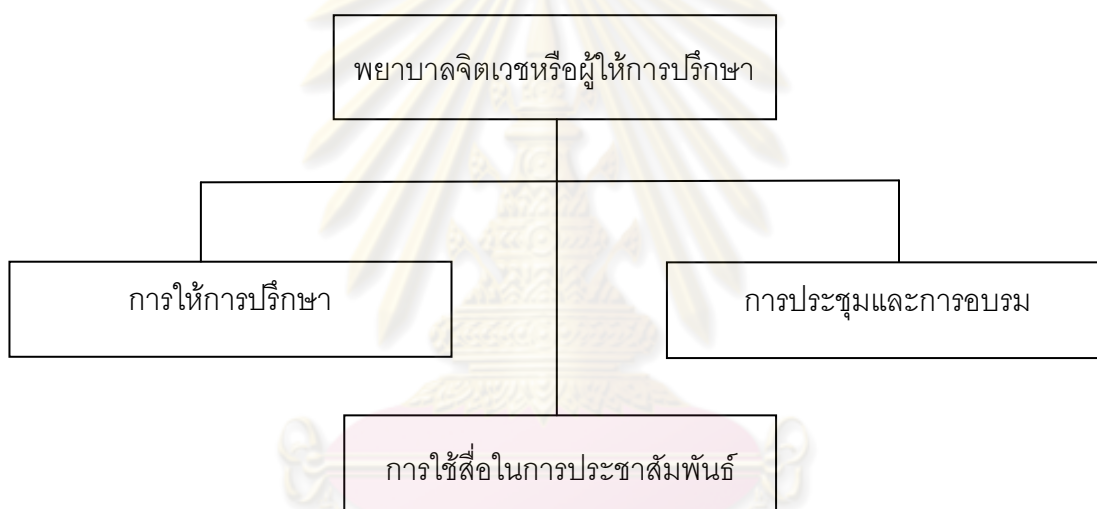
การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มี  
 ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

## บทบาททางการสื่อสารของผู้ที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายนั้นมีการถ่ายทอดและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาโดยทำการสื่อสารไปยังผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในลักษณะบนลงล่าง (Downward Communication) ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้

### 1. พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษามีการใช้รูปแบบในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 3 ลักษณะดังนี้



#### 1. การให้การปรึกษา

จากการวิจัยพบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางที่เป็นกึ่งทางการนั้นเป็นลักษณะการสื่อสารในการให้การปรึกษาและติดตามการรักษาผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการสื่อสารในรูปแบบการสนทนาพูดคุยเพื่อใช้เป็นวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด แต่ที่มีลักษณะเป็นกึ่งทางการเนื่องจากผู้ให้บริการการปรึกษาต้องให้ความใกล้ชิดกับผู้มาใช้บริการ สร้างความเป็นกันเองให้ผู้มาใช้บริการ

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษามีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการรักษาและให้ยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการให้บริการการปรึกษาเมื่อพบว่าผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น โรค

เครียด นอนไม่หลับ วิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งการสนทนาเป็นวิธีการสื่อสารที่สำคัญที่สุดในการให้บริการการปรึกษาของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้นการสื่อสารระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษากับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

#### การสนทนาพูดคุย

จากการวิจัยพบว่า การสนทนาพูดคุยเป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษากับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย หรืออาจเรียกได้ว่าการสนทนาพูดคุยก็คือการ Counseling เนื่องจากการสนทนาพูดคุยเป็นวิธีการสื่อสารที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษาสามารถเข้าถึงผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี เพราะการให้บริการการปรึกษานั้นเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเอง ก็เหมือนเป็นการเริ่มต้นแก้ปัญหาบุคคลที่ตัวบุคคลก่อนเป็นอันดับแรก

“กิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดคือ Counseling เพราะต้องที่ตัวบุคคล มันเกิดจากในบุคคล”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

ซึ่งการใช้การสนทนาเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่ทำให้ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายยอมรับว่าการป่วยทางสุขภาพจิตเป็นเรื่องธรรมดา ใครๆ ก็เป็นได้ เนื่องจากการเริ่มต้นการให้การปรึกษานั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษาต้องพยายามใช้วิธีการพูดคุยให้ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายพยายามเปิดใจ เชื่อใจในตัวผู้ให้บริการการปรึกษา

“มันเป็นเรื่องธรรมดาธรรมชาติ คนนั้นก็ยังเป็น คนนี้ก็ยังเป็น อย่างเมื่อก่อนหมอบระกิดเผ่า ก็โรคจิตมีอาการ ตอนนั้นก็มียุหลายคนในชุมชน แต่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

#### กลวิธีในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษาผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษานั้น ผู้วิจัยพบว่า มีวิธีการที่ใช้เป็นแนวทางในทางสนทนาเพื่อให้การปรึกษาผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้



### 1. กลวิธีในการวิเคราะห์และประเมินผู้รับสาร

จากการวิจัยพบว่า ผู้รับสารคือผู้มาใช้บริการหรือผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ผู้ส่งสารคือพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ ซึ่งก่อนที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะเริ่มต้นการสนทนาพูดคุยนั้น ได้มีการวิเคราะห์ผู้รับสารโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ในภาพรวมในตัวบุคคลที่มาใช้บริการ ซึ่งใช้วิธีการสังเกตจากลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ และลักษณะต่างๆ ที่แสดงออกมาขณะสนทนา รวมทั้งการคุยเพื่อสอบถามเรื่องต่างๆ ที่ผู้ให้บริการกำลังเผชิญปัญหาอยู่ด้วย

“ใช้ sense มันเรียนไม่ได้ ต้องใช้ประสบการณ์ ใช้ทักษะหลายอย่าง ก็เหมือนจำได้ว่าคนนี้มีลักษณะแบบพิเศษยังไงที่เราจะต้องทักเขา”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

“คือ small talk ไปก่อน จะเป็นในเรื่องท่าทาง ความไว้วางใจ เรื่องการช่วยเหลือ”

(A2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2553)

ซึ่งการวิเคราะห์และประเมินผู้ใช้นั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการได้ใช้วิธีการทดสอบอารมณ์ของผู้มาใช้บริการด้วยการใช้การสนทนาพูดคุย เพื่อให้ทราบว่าในขณะนั้นผู้ใช้บริการมีอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างไร ควรเริ่มต้นการให้การปรึกษาในลักษณะอย่างไร จึงจะทำให้ผู้บริกาารู้สึกอยากสนทนาเล่าปัญหา เล่าอาการให้ฟัง

“พี่ก็จะสอบถามลักษณะนี้ ก็คือทดสอบอารมณ์ใจของแต่ละคนว่าเป็นยังไงบ้าง เช่น ดิ๊งวันนี้เป็นไฉ่ผ่อง ออกจากบ้านมาผู้สีกจะไฉ่ผ่อง”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ผู้รับสารหรือผู้ให้บริการ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการวิเคราะห์และประเมินในด้านสังคมและบริบทภายนอกของผู้ใช้บริการด้วย เพื่อให้ทราบลักษณะพื้นฐานเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรคอะไร ซึ่งหลังจากที่วิเคราะห์แล้วนั้น จึงจะได้ทราบว่าควรให้การปรึกษาด้วยให้บริการการปรึกษาหรือวิธีการอื่น

“คุยเรื่องประเมินปัญหา ทางด้านสังคมเค้าเป็นอย่างไร อยู่บ้านเป็นอย่างไร การดูแลให้เข้าใจโรคที่เป็น ตอนนี้เป็นยังไงเนาะ บางทีโรคซึมเศร้านี้ก็เกี่ยวข้องกันคนในครอบครัว”

(A3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

## 2. กลวิธีในการเข้าถึงและแสดงความเป็นมิตร

จากการวิจัยพบว่า การสร้างความเป็นมิตรเป็นการเริ่มต้นการเข้าถึงผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย จะได้อธิบายถึงความเป็นกันเอง เชื่อมั่นและเข้าใจพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการปรึกษา หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ทั้งยังเป็นการเริ่มต้นการเรียนรู้และเข้าถึงความเป็นตัวตนของผู้มารับบริการ ซึ่งการสื่อสารที่แสดงออกถึงความ เป็นมิตรนั้นเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่สำคัญในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจะมีบุคลิกภาพ พฤติกรรม ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลรอบข้างค่อนข้างน้อย จึงทำให้เกิดการน้อยใจในชีวิต คิดหาทางออกไม่ถูก มีภาวะกดดันภายในจิตใจ เครียด คิดมาก เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตจึงไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจึงต้องแสดงออกถึงความ เป็นมิตรและยินดีให้การปรึกษาหรือรับฟัง ปัญหาเรื่องราวชีวิตของผู้มาใช้บริการอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการมีความสบายใจที่จะพูดถึง ปัญหาชีวิตที่กำลังเผชิญอยู่ให้ฟัง ซึ่งในการเข้าถึงและแสดงความเป็นมิตรมีลักษณะดังนี้

### 2.1 การเริ่มต้นทักทายแสดงความเป็นมิตร

จากการวิจัยพบว่า เมื่อมีการเริ่มต้นสนทนาทักทายผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างความคุ้นเคยกันและเพื่อให้เกิดความสนิทสนมรู้สึกเป็นกันเองระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งการทักทายนั้นจะเริ่มด้วยการกล่าวสวัสดิทักทายถามว่าวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง หรือมีอาการไม่สบายใจอะไรหรือไม่ นอกจากนี้ยังอาจมีการเตือนความจำว่าได้เคยพบปะสนทนาพูดคุยกันมาก่อนแล้ว เช่น

“หวัดดีเจ้า จำเขาได้กั ครั้งที่แล้วเราเคยปะกัน อารีจำได้กั วันนี้เป็นจะได้อ๋อง”

“หวัดดีเจ้า จำหมอแหววได้กั วันนี้รู้สึกได้อ๋อง สบายใจกั”

## 2.2 การใช้คำถามเพื่อเปิดใจ

จากการวิจัยพบว่า หลังจากที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการเริ่มต้นกล่าวคำทักทายแล้ว จากนั้นจะเป็นการถามเพื่อเป็นการเปิดใจผู้มารับบริการ จะารู้สึกถึงความเป็นกันเองมากขึ้น ทำให้รู้สึกไว้วางใจและเปิดใจยินดีรับบริการการปรึกษา ทั้งยังพร้อมที่จะเล่าความทุกข์หรือปัญหาในใจให้ฟัง ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการเป็นคนไข้ที่เคยมารับบริการเป็นประจำตามที่ได้นัดหมาย ทั้งนี้ผู้มารับบริการใช้การสื่อสารตอบกลับเป็นการเล่าเรื่องราวที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจออกมา เช่น

พยาบาลจิตเวช : มีอะไรเล่าให้หมอฟัง

ผู้ให้บริการ : รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ

พยาบาลจิตเวช : เรื่องอะหยั่งเจ้า พอจะเล่าให้หมอฟังได้

ผู้ให้บริการ : เป็นห่วงลูกชายเจ้า มันโดนจับอยู่ที่เฮือนจำ เขาก็ไปเยี่ยมบ่ได้

พยาบาลจิตเวช : แล้วมีเรื่องอื่นที่บ่สบายใจอีก

นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้คำถามเริ่มต้นถามผู้มารับบริการ เพื่อเป็นการประเมินว่าผู้ให้บริการแต่ละคนมีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ โดยคำถามที่ใช้ นั้น ก็จะอ้างอิงมาจากคำถามที่กรมสุขภาพจิตให้ใช้เป็นคำถามในการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจเริ่มเป็นโรคซึมเศร้า โดยพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้คำถามกับผู้มารับบริการ เช่น

“ในช่วงที่ผ่านมา ลุงนอนหลับดีก็ รู้สึกงอแงบ้าง”

“หนึ่งเดือนมานี้ อาริรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้บ้าง”

“เป็นจะได...แม่อยู่บ้าน มีเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้”

ในการทักทายของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการกับผู้มารับบริการเพื่อแสดงสัมพันธภาพ สร้างความเป็นมิตรให้ผู้รับบริการนั้นจะใช้ในการเริ่มต้นสนทนา ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการให้การปรึกษา

### 2.3 ความเข้าใจ ความเห็นใจซึ่งกันและกัน

สิ่งที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการพยายามสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในขณะที่ทำ ดำเนินการสนทนากับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เพื่อให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ ทั้งยัง ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่ายังมีคนที่เข้าใจตน เห็นใจซึ่งกันและกัน สามารถรับฟังปัญหาที่ผู้ใช้บริการ จะเล่าต่อไปได้ ต้องให้ความสนใจ ใส่ใจในตัวผู้มาใช้บริการ เช่น

“เป็นไฉน นอนหลับยากๆ เอยากๆ เอยาไปกิน”

ในกรณีผู้มาใช้บริการเป็นบุคคลที่เป็นโรคความจำเสื่อม พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ ต้องเข้าใจในสภาวะของผู้ใช้บริการด้วยการค่อยๆ พูดหรือสนทนากับเขาอย่างช้าๆ เพราะเขา อาจจะใช้เวลาคิดนานกว่าคนปกติ ตัวอย่างเช่น

พยาบาลจิตเวช : วันนี้รู้สึกเป็นไฉนบ้าง... (เว้นจังหวะให้ผู้ใช้บริการค่อยๆ คิด หรือระลึกเหตุการณ์)

ผู้ใช้บริการ : (เงิบช่วงขณะในการใช้ความคิด)...ก็มีเครียดบ้างเจ้า

พยาบาลจิตเวช : เครียดมาเมินยังเจ้า

ผู้ใช้บริการ : เพิ่งเป็นมาสองสามวันเนี่ย

ส่วนน้ำเสียงที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการทำการสนทนานั้น เป็นน้ำเสียงที่ฟังแล้ว สบายใจ ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกถึงความเข้าใจที่จะรับฟังปัญหา ซึ่งจะมีคำกล่าวตอบรับเวลาที่ ผู้ใช้บริการกำลังเล่าถึงปัญหา หรืออธิบายอาการความเครียดที่ตนเองเป็น เช่น “เจ้า” หรืออาจเป็น การแสดงออกทางน้ำเสียงที่สุภาพอ่อนโยน และการใช้ถ้อยคำ เช่น การพยักหน้ารับฟังด้วย

ความตั้งใจและเข้าใจ การแสดงออกทางแววตา “อืม” “อ้อ” เพื่อแสดงให้ผู้ให้บริการรู้สึกที่กำลังฟัง คิดตาม และเข้าใจเรื่องของผู้ใช้บริการกำลังเล่าอยู่

#### 2.4 ความอ่อนโยนและโอบอ้อมอารี

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพจิต คือ เป็นโรคเครียด โรคซึมเศร้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล หรือบางรายอาจเป็นโรคจิตเภท เป็นต้น ดังนั้นผู้ให้บริการจึงคาดหวังที่จะได้พูดคุยกับผู้ที่มีจิตใจอ่อนโยน มีมนุษยสัมพันธ์ดีงาม โอบอ้อมอารี มีความรู้สึกอยากช่วยเหลือตนอย่างจริงใจ ซึ่งพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจึงต้องให้การสื่อสารในลักษณะการสนทนาแสดงออกมาให้ผู้ให้บริการเห็นว่ามีความต้องการจะช่วยเหลืออย่างเต็มใจ

“แม้ว่าร่างกายเขายังบ่ค่อยดี บ่ค่อยแข็งแรง แต่เขาก็ต้องสู้เนะเจ้า จะได้หาย จะได้บ่เครียด”

#### 3. กลวิธีในการเลือกใช้ภาษาและคำสรรพนาม

จากการวิจัยพบว่า ในระหว่างการสนทนานั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ จะใช้คำสรรพนามเรียกแทนผู้มาใช้บริการให้เป็นภาษาในระดับเดียวกัน ต้องมีการเลือกใช้ภาษาเดียวกัน คือ ภาษาถิ่น เพื่อสร้างความเป็นกันเอง เนื่องจากวัฒนธรรมไทยที่มีลักษณะของความเป็นครอบครัว เป็นเครือญาติ เป็นพี่เป็นน้อง จึงมีส่วนช่วยทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกสบายใจที่จะสนทนาด้วยมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ควรใช้สรรพนามที่จะทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่าตนอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ดังนั้นสรรพนามที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการส่วนใหญ่ใช้ ได้แก่ อู๋ย ลุง ป้า อ้าย น้อง เป็นต้น

##### 3.1 การเลือกใช้ภาษา

จากการวิจัยนี้มีการเลือกพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยเป็นเขตจังหวัดภาคเหนือ ดังนั้นลักษณะภาษาที่ใช้ในการสื่อสารของพื้นที่นั้นจะเป็นภาษาเมือง และภาษายอง ซึ่งเป็นภาษาที่ท้องถิ่น ซึ่งพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดภาคเหนือ จึงสามารถสื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่นได้ ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี เพราะถ้าหากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการไม่สามารถพูดภาษาถิ่นได้ อาจทำให้ผู้ให้บริการเกิดอาการเกร็ง ไม่กล้าเปิดใจสนทนาได้อย่างเปิดเผย ดังนั้นลักษณะภาษาถิ่นมีตัวอย่าง เช่น

“มีอะหยังจะถามหมอก”

“วันนี้ม่วงใจ ะการะงานได้กั”

“เป็นจะได้ออง นอนบ่หลับ เม้าหัว มีกั”

### 3.2 การเลือกใช้คำสรรพนาม

จากการวิจัยพบว่า ในขณะที่กำลังดำเนินการสนทนานั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้คำสรรพนามในการเรียกผู้มาใช้บริการให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมคุ้นเคย เช่น อู๊ย ลุง ป้า อ้าย น้อง เป็นต้น และพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการทุกท่านใช้คำสรรพนามแทนตัวเองว่า หมอ เนื่องจากมีหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาล ดังนั้นคนในท้องถิ่นจึงใช้คำสรรพนามเรียกแทนว่า หมอ เช่น

พยาบาลจิตเวช : บอกหมอได้กั อารมณ์เป็นได้ออง นอนหลับกั เบื่ออะไรกั

ผู้ให้บริการ : บ่เครียดเน้อ

พยาบาลจิตเวช : มีหยังจะอู้กับหมอบ้างกั

### 4. กลวิธีในการจัดการกับอารมณ์

การจัดการอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งขณะที่ทำการให้การรักษา และให้ความสำคัญกับการจัดการอารมณ์ว่าเป็นสิ่งที่ต้องมาคู่กับการจัดการปัญหาของผู้ใช้บริการ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการก็จำเป็นต้องจัดการอารมณ์ของตนเองก่อนเพื่อให้พร้อมในการให้การรักษาอยู่เสมอ

#### 4.1 การผ่อนคลายอารมณ์ของผู้ให้บริการ

ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความคิดอารมณ์ไปในทางลบหรืออาจมีหลายอารมณ์ในคราวเดียวกัน เช่น อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียคนรักหรือของรัก เศร้าซึมจากโรคซึมเศร้าหรือความทุกข์ใจมาเป็นระยะเวลาานาน ท้อแท้สิ้นหวัง เจ็บใจ แค้นใจ โกรธเคือง

หงุดหงิด หวาดกลัว ประสาทหลอน อยากทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น รู้สึกผิดในการกระทำของตน เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดความสับสนในความคิดอารมณ์ความรู้สึก รวมทั้งในการตัดสินใจ

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีลักษณะการสนทนาเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ของผู้ใช้บริการในแนวทางเดียวกัน คือ การถาม หรือสะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่ตนสัมผัสได้ กลับไปให้ผู้บริการรู้ว่ามีคนที่กำลังเข้าใจความรู้สึกของตนอยู่ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการควรหลีกเลี่ยงคำพูดสะท้อนอารมณ์ของผู้ใช้บริการที่มีการแสดงความหวังใยเกินกว่าความเป็นจริง หรือเสริมความรู้สึกส่วนตัวของตนเข้าไปด้วย ซึ่งจากการเข้าไปสังเกตการณ์การให้การตรวจรักษาหรือการให้บริการคำปรึกษานั้น ส่วนใหญ่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะทำหน้าที่ในการรับฟังปัญหาเป็นส่วนใหญ่ โดยปล่อยให้ผู้มาใช้บริการเล่าเรื่องหรือเล่าปัญหาของตนเองออกมาเอง

“ในเรื่องของอารมณ์คนไข้ เราต้องเข้าใจว่าที่เราคุยเราต้องใช้ทักษะในการสังเกต การสอบถาม ว่าตรงกับความเป็นจริงที่เขานำเสนอออกมามั้ย ต้องค่อยๆ หาข้อมูลเพิ่มเติม แต่ก็คงแก้ไม่ได้ในเวลาเดียว”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

ดังเช่นตัวอย่างที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการได้เล่าให้ฟังว่า มีกรณีที่พ่อเป็นผู้ป่วยแต่ไม่สามารถมารับยาได้เอง ให้ลูกสาวมารับยาแทน แต่ลูกสาวก็ไม่สบายใจที่พ่อชอบดื่มสุรา จึงมาปรึกษาผู้ให้บริการ แล้วผู้ให้บริการก็ได้ใช้การสนทนาเพื่อผ่อนคลายอารมณ์วิตกกังวลเรื่องพ่อที่ชอบดื่มสุรา

“แล้วลูกว่าพ่อเป็นไฉน ลูกต้องการหยั่ง พอลองฟังลูกหกรอก เวลาพอกินเหล้าเนี่ย ลูกรู้สึกอย่างไร พอลองถามลูกผ่องก คือจะทำยังไงให้ดูปฏิสัมพันธ์เขาเป็นยังไง เพื่อเราจะได้ใส่ Intervention ได้ถูก เราพอรู้ background บ้างแล้วไม่ว่าครอบครัวนี้เป็นยังไง ตรงนี้ลูกก็บอกให้พ่อเลิกนะ”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

#### 4.2 ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ

จากการวิจัยพบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นคุณสมบัติที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษาควรมีเป็นคุณสมบัติพื้นฐานในการให้บริการ เนื่องจากการสื่อสารกับกลุ่มคนที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายนั้น มีความละเอียดอ่อนมากทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ฉะนั้นก่อนให้บริการในแต่ละวัน พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการต้องเตรียมตัวเองให้พร้อม ต้องเข้าใจในอารมณ์ของผู้ใช้บริการ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการต้องไม่โอนเอียงไปตามอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ต้องพยายามไม่มีอารมณ์ร่วมไปกับผู้ให้บริการ

“พยายามว่า บางครั้งเราต้องมองตามความเป็นจริงของชีวิต แต่ทุกคนมันไม่เหมือนกันเราก็พยายามทำให้เขาฝึกเข้าใจรับรู้จากตรงนั้น ถ้าเราทำได้แค่นี้ ก็แค่นี้ ที่เหลือจากนั้นมาเขาก็ต้องช่วยเหลือตัวเอง ที่ทำไปเราก็ต้องสร้างความรู้สึกดีกับตรงนั้น พี่จะขอบคุณกับคนไข้ คุณแล้วรู้สึกดี”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

#### 4.3 วิธีผ่อนคลายอารมณ์ของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ

จากการวิจัยพบว่า ในการให้การปรึกษานั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการอาจเกิดความเครียดในขณะที่ทำการสนทนาพูดคุย รับฟังปัญหาต่างๆ ที่ผู้บริคนนำมาปรึกษาหรือสนทนาด้วย ซึ่งพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการแต่ละท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเองที่แตกต่างกันออกไป และส่วนใหญ่ก็ใช้การสื่อสารในการผ่อนคลายอารมณ์ของตนเองจากการให้การปรึกษา

“ได้ไปพูดคุยกับคนที่เราคุยแล้วสบายใจ คุยกับสามีบ้าง แต่ไม่ใช่ว่าคุยแต่เรื่องปัญหาอะไรให้เพื่อนฟังบ้าง แต่บางทีเราก็ต้องเลือก บางทีเขาก็ไม่เข้าใจเราว่าคุยแต่ปัญหาทั้งนั้น... ใช่มั้ย เหมือนเราก็ไม่อยากฟังปัญหาใคร น้อยคนนักที่จะรับฟังพี่ อาจจะคิดไปเอง แต่คือเรารู้ว่าเพื่อนเราจะฟัง คือได้พูดหน่อยเราก็สบาย พี่เป็นค่อยไม่คอยเก็บนะ ไม่ใช่ไม่คอยเก็บความลับนะ ไม่เก็บเรื่องที่ไม่ค่อยสบายใจ จะเก็บในสิ่งที่ดีดี เป็นคนชอบเขียน”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)



### 5. กลวิธีในการประเมินความพึงพอใจ

หลังจากที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการได้ให้บริการการปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการไปแล้วนั้น จากการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้วิธีการสังเกตเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยสังเกตจากลักษณะพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความพอใจ การซักถามความรู้สึกหลังจากได้รับบริการแล้ว ซึ่งจะมีการใช้แบบประเมินมาตรฐานในการวัดระดับความเครียด และผู้ใช้บริการสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้มากน้อยอย่างไร แล้วมีความพึงพอใจกับการจัดการกับปัญหาในระดับไหน โดยที่ผลการประเมินนี้จะถูกเก็บไว้เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการใช้การให้การปรึกษาในครั้งต่อไป

“แต่ละคน สังเกตว่าหลังจากที่คุยไปแล้วเขาเป็นยังไง รู้สึกยังไงบ้าง รู้สึกดีขึ้นเยอะมั้ย ถามว่าต้องวัดระดับ 5 4 3 2 1 มั้ย คือการ counseling จะต้องมีแบบการประเมินมาตรฐานวิธีการจัดการกับความเครียดของเขา แล้วเขาพึงพอใจหรือว่าแก้ไขปัญหามาได้ระดับไหน ซึ่งตรงนี้นั้นยังไม่ใช่เรื่องแก้ปัญหามา แต่อารมณ์ความรู้สึกคุณเปลี่ยนไปยังไง คุณได้ระบายปัญหา ถ้าคุณรู้วิธีการจัดการปัญหา คุณรู้จะ...ได้แค่รู้เฉยๆ ยังไม่ได้ลองทำ เพราะฉะนั้นการประเมินผลน่าจะมีครั้งต่อไปว่าที่ผ่านมาราวที่แล้วมีซึมเศร้าแค่ไหน”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

ในผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดความเครียดจากปัญหาต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ ดังนั้นหลังจากที่ได้บริการการปรึกษาแล้วนั้น ระดับความเครียดต้องมีการจัดการให้ดีขึ้น

### กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ในการสื่อสารของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษา เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้รับบริการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และมีประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

#### 1. กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้หลักจิตวิทยา

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการแต่ละท่านมีการใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายหรือผู้ใช้บริการที่แตกต่างกัน

ขึ้นอยู่กับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะพิจารณาเลือกวิธีการในการสื่อสารใดให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายนั้น ดังนั้นกลยุทธ์ที่ใช้ในการให้การปรึกษาของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือ การเป็นผู้รับฟังที่ดีในการรับฟังปัญหาของผู้มาใช้บริการ ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ใช้บริการ พยายามให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง สามารถอดทนต่อปัญหาและสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้กับผู้ให้บริการ

“ก็พูดในสิ่งที่ดี เช่น เนี่ยเห็นมัย ครูอะไรเนี่ย ยังมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต ของประกันชีวิตอะ ลูกที่เหลื่ออยู่คุณยังต้องดูแล ไม่ใช่เศร้าโศกเสียใจจะเป็นจะตายกับเรื่องนั้น เรื่องว่าไอ้น้องคนนั้นที่ว่า ผมสามารถทำอะไรได้ ผมเป็นครูสอนดนตรี ผมทำหน้าที่ของผมตรงนี้ ไม่ต้องไปคิดเรื่องอะไรมาก”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

“เทคนิคในเรื่องของการพูดมันจะต่างกัน ถ้าในส่วนของที่ จะพยายามให้เค้ามองเห็นว่าตัวเอง ว่าตัวเองทำอะไรได้บ้าง ทำไม่เราทำได้ คือแล้วแต่เราจะดึงว่าที่ผ่านมาเค้ามทำได้ แล้วแต่เราจะดึงอันไหนออกมาได้”

(A2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2553)

“มีหลากหลาย เอาแงๆ ก็ต้องเป็นผู้ฟังที่ดีก่อน ให้เขาระบาย จับประเด็นให้ได้ น้ำเสียงต้องอ่อนโยน ไม่คุกคาม สีหน้าท่าทางต้องเข้าใจเห็นใจ อบอุ่นพร้อมที่ให้ความดูแลช่วยเหลือ ที่สำคัญต้องให้เขามองเห็นปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหาถ้าหาไม่เจอก็จะอยู่กับปัญหาอย่างไร ถ้ายังไม่ได้จะจัดการอารมณ์ตัวเองให้เหมาะสมอย่างไร ถ้าสมมติอยู่กับสามีมันยังดีมีสุรา เสียงดังโวยวายจะอยู่อย่างไรจะจัดการกับอารมณ์อย่างไรเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม”

(A3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

จากการวิจัยพบว่า นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการก็มีการใช้อวัจนภาษา มาใช้เป็นกลยุทธ์การสื่อสารตามหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการรู้สึกผ่อนคลาย ความเครียด เช่น ค่อยๆ หลับตา หายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อช่วยคลายอารมณ์ให้ผู้ใช้บริการรู้สึกดีขึ้นสบายใจขึ้น ระดับความเครียดก็จะลดลง หลังจากที่เล่าปัญหาหรือความทุกข์ออกมาแล้วเกิดภาวะเครียดโดยการรู้สึกร่วมไปกับปัญหานั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะแนะนำให้ผู้ใช้บริการลงปฏิบัติตาม

“อย่างที่พี่ทำ เวลาเครียดคิดหนัก ก็บอกว่าลองฝึกหายใจมึ้ย หลับตา ถ้าเกิดเราสอนเขาให้ทำ เราจะประเมินได้เลย ทำแล้วรู้สึกยังไง”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

## 2. กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการใช้หลักธรรมคำสอนทางศาสนามาประยุกต์ในการช่วยผ่อนคลายอารมณ์และจัดการกับความเครียดในใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารที่น่าสนใจอย่างหนึ่งที่ใช้ในการแนะนำให้ผู้ใช้บริการใช้การสื่อสารภายในตนเองนำเอาหลักธรรมทางศาสนาเอง โดยให้ผู้ใช้บริการคิดถึงบทสวดมนต์ บทแผ่เมตตา มาลองสวดในขณะที่มีภาวะเครียด เพื่อช่วยทำให้จิตใจเย็นขึ้น สงบขึ้น เพราะเรื่องสุขภาพจิตนั้นก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสภาพจิตใจ ดังนั้นผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายก็จะมีวิธีในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเองได้ในสถานการณ์นั้นๆ ได้

“แล้วจะสอนไป วิธีการจัดการความเครียดคุณทำยังไง ไหนลองดูสิ คราวที่แล้วมาตรงนี้ get idea เรื่องของสวดมนต์ เรื่องของแผ่เมตตา ก็เอาตรงนี้เข้ามา พอตีวันนั้นเป็นวันพระด้วย”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

## ปัญหาและอุปสรรคในขณะให้การปรึกษา

ในการสนทนาพูดคุยเพื่อให้การปรึกษานั้น บางครั้งก็มีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นในระหว่างที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการกำลังให้บริการการปรึกษาอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมักจะประสบปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในระหว่างการให้การปรึกษาของแต่ละกรณี ดังนั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะส่วนตัวในการจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าเหล่านั้นตามสถานการณ์ให้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งปัญหาและอุปสรรคออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

### 1. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ส่งสาร

จากการวิจัยพบว่า อุปสรรคในการให้การปรึกษาประการหนึ่งคือ อุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ส่งสาร ซึ่งเป็นการมองปัญหาในตัวพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ มักเป็นปัญหาเรื่องข้อจำกัดในเรื่องของความพร้อมที่จะให้บริการให้การปรึกษา พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการต้องเตรียมพร้อม

และมีความอดทนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนา ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวผู้ส่งสารนั้น ผู้ส่งสารต้องพยายามหาทางแก้ไขให้เร็วที่สุด เพื่อให้การสื่อสารสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น เพราะถ้าเกิดปัญหาเช่นนี้แล้วก็จะทำให้การสื่อสารในการให้การปรึกษาไม่เกิดประสิทธิผลได้

“ถ้ามองในเรื่องของปัญหาจะอยู่ในตัวของผู้ใช้ คือมันอาจจะเป็นข้อจำกัด คือเราแย่นะ ไม่พร้อม ให้ไม่ได้ ก็ไม่ต้องไปฝัน คือต้องเข้าใจว่าการให้คำปรึกษา ไม่ใช่การชี้ให้เค้าแต่ในเรื่องของการแนะนำเรื่องไม่รู้ เราต้องช่วยเค้า ในเรื่องของผู้ป่วย คือไม่รู้ว่าข้อมูลที่ให้มันยังงัย แต่เราก็ต้องยอมรับ คือเค้าไม่ค่อยพูด คือบางคนพูดยากเหมือนกัน คือเราต้องอดทน”

(A2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2553)

## 2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้รับสาร

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้รับสารหรือผู้ใช้บริการ จากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระหว่างการสื่อสารเพื่อให้บริการการปรึกษา เนื่องจาก ผู้รับสารหรือผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ต้องการหาที่พึ่งทางใจ ต้องการหาที่ปรึกษา หรือต้องการบอกเล่าถึงปัญหาในใจของตนเองออกมา ทำให้อารมณ์ของผู้ใช้บริการอาจอยู่ในภาวะที่แปรปรวน ทำให้ผู้ส่งสารไม่สามารถตีความและเข้าใจได้ถูกต้อง ซึ่งจากการสังเกตการณ์ ในกรณีนี้เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาให้การปรึกษาผู้มาใช้บริการกำลังมีปัญหาวิตกกังวลเรื่องลูกชาย และในขณะที่สนทนากับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการนั้นก็มีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง พร้อมกับแสดงอาการร้องไห้

“ในเรื่องของอารมณ์คนไข้ เราต้องเข้าใจว่าที่เราคุยเราต้องใช้ทักษะในการสังเกต การสอบถาม ว่าตรงกับความเป็นจริงที่เขานำเสนอออกมามั้ย เพราะลึกๆ เขาก็จะมองว่าไม่รู้อะ บ่นน้อยใจก็มีเหมือนกัน แต่ในความเป็นจริงมันไม่ใช่อย่างนี้ ก็ต้องใจเย็นๆ ฟังก่อน ที่มาที่ไป อย่าใช้อารมณ์ อย่าใช้ความรู้สึกไปตัดสิน ค่อยๆ หาข้อมูลเพิ่มเติม”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการท่านหนึ่งก็ประสบปัญหาในการให้การปรึกษาเมื่อผู้ใช้บริการไม่ยอมเปิดใจหรือเปิดเผยความเป็นตัวตนออกมา แม้กระทั่งเปิดเผยความในใจที่แท้จริงให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการทราบ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะไม่สามารถประเมินได้ว่าปัญหาที่ผู้ใช้บริการประสบอยู่นั้นปัญหาที่แท้จริงคืออะไร ซึ่งอุปสรรคเช่นนี้

เกิดขึ้นในตัวของผู้รับสารที่ไม่ยอมให้มีการโต้ตอบกลับ (Feedback) ไปยังผู้ส่งสารที่กำลังสนทนาอยู่ด้วย ทำให้การสื่อสารในการให้การปรึกษาไม่ประสบผลสำเร็จได้

“บางรายก็ยังไม่เปิดใจเจอกันครั้งแรกนี่นะ บางรายก็เปิดเผยแต่เราก็ไม่สามารถไปบอกได้เลยนะว่ามันทั้งหมดหรือเปล่า มันจริงหรือเปล่า แต่เราก็เอามาประกอบกันหลายๆ เรื่อง”

(A3, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

### 3. ปัญหาและอุปสรรคจากปัจจัยภายนอก

สิ่งแวดล้อมในขณะที่มีการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษาผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เป็นบริบทแวดล้อมภายนอกบุคคล เกิดขึ้นในขณะที่เป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารกำลังทำการสื่อสารกันอยู่ ซึ่งจากการสังเกตการณ์พบว่า ปัญหาและอุปสรรคภายนอกที่พบ เช่น ในขณะระหว่างการสนทนาให้การปรึกษานั้น มีเสียงโทรศัพท์มือถือดังขึ้นขัดจังหวะ ซึ่งถือว่าเสียงเตือนโทรศัพท์นั้นเป็นอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินการสนทนาต้องหยุดชะงักลงชั่วคราว สิ่งที่มาอาจทำให้อารมณ์ของผู้รับสารหรือผู้ใช้บริการในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไม่มั่นคงได้ หรือบางกรณีมีเจ้าหน้าที่ท่านอื่นเดินเข้ามาในห้องขณะที่กำลังสนทนาอยู่ ซึ่งเป็นการขัดจังหวะการให้การปรึกษา

### 2. การประชุมและการอบรม

จากการวิจัยพบว่า การประชุมหรือการอบรมนี้มีลักษณะเป็นการสื่อสารในรูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่เป็นกึ่งทางการ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษามีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้บริการการปรึกษากับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายโดยตรงแล้ว ยังมีบทบาทในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือประชาชนทั่วไป ในลักษณะการประชุมหรืออบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต รวมทั้งเรื่องส่งเสริมและป้องกันโรค อย่างน้อยปีละครั้ง เช่น การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี การจัดการกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การดูแลและเฝ้าระวังเรื่องการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

“เรื่องความรู้ของสุขภาพจิต โรคทั่วไป แล้วแต่จะเน้นอะไร เรื่องของซึมเศร้าฆ่าตัวตายสอนในเรื่องของการสร้างสุขภาพจิตที่ดี การจัดการกับความเครียด ความโกรธ การดูแลเฝ้าระวังการส่งต่อ การประเมิน”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

ก่อนที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะเป็นวิทยากรในการประชุมหรืออบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์และประเมินผู้รับสารก่อน เนื่องจากผู้รับสารหรือกลุ่มเป้าหมายในการอบรมในแต่ละครั้งแตกต่างกัน เพราะความรู้พื้นฐาน ความสามารถในการฟัง การอ่านและการคิด ทักษะคิด ของกลุ่มเป้าหมายก็แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องมีการเตรียมการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ทั้งในเรื่องภาษา เนื้อหา บทเรียนตัวอย่าง เทคนิคต่างๆ ต้องเป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย ซึ่งการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตนั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องสอนให้กลุ่มเป้าหมายสามารถมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจน จึงจะเกิดประโยชน์จากการประชุมหรืออบรมในแต่ละครั้ง

“เอาที่มันง่าย ๆ ที่เขาไม่ต้องคิดอะไรมาก เพราะเราต้องดูว่ากลุ่มเวลาเราจะไปสอน เราต้องวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายก่อน ประเมินความรู้เขาด้วย เราถึงจะจัดกิจกรรมที่จะไป serve ได้ถูก ถ้าสอน อสม. ก็อีกอย่างนึง ชาวบ้าน ผู้สูงอายุ จะเอาอะไรมันตรงกับเขา ไม่ใช่เอาแต่น้ำแอมโรบิค อันนี้พูดให้มองเห็นภาพชัดขึ้นเท่านั้น แล้วกลุ่มเจ้าหน้าที่เราจะต้องนึกถึงขนาดไหน สอนพยาบาลเนี่ย สอน Counseling สอนยังไง เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็สอนแล้วจะเกิดประโยชน์อะไร สอนแล้วก็ต้องประเมิน”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการนอกจากจะเป็นผู้ส่งสารในฐานะของวิทยากรแล้ว ยังมีกิจกรรมการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการสร้างเครือข่ายพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ให้การปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอภายในจังหวัด ซึ่งการประชุมนี้จะมีการจัดขึ้นประมาณ 3 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาจากหลายพื้นที่มาร่วมกันนำเสนอประสบการณ์การให้การปรึกษา การรักษาและติดตามผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของตนที่ดำเนินการแล้วประสบความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีกิจกรรมที่ช่วยแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาจิตใจ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางให้หลายพื้นที่นำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ของตน เพราะในแต่ละพื้นที่นั้นมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน

“อย่างการจัดประชุม KM suicide อย่างคราวที่แล้วแต่ละที่ก็นำเสนอดีนะ มีมอบรางวัลพาพวกเขาไปสันทนาการ จัดกิจกรรมเจ้าหน้าที่พาไปวัด แลกของขวัญ สร้างความตระหนักให้เขา

มีกิจกรรมที่แต่ละคนไปให้มองว่าต้องยอมรับคนอื่น ต้องเข้าใจ ต้องนึกถึงคนอื่นบ้าง ได้กิจกรรมอะไรมาก็อยากทำสิ่งที่ดีให้เขา”

(A1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

### 3. การใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาได้มีการใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์ในการทำให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โทษจากการดื่มสุรา โทษจากยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาจากโรคทางจิตเวช ซึ่งมีการใช้รูปแบบในการติดต่อสื่อสารอยู่ 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

#### 3.1 กิจกรรมประชาสัมพันธ์

#### 3.2 บอร์ดประชาสัมพันธ์

#### -กิจกรรมประชาสัมพันธ์

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษามีการติดต่อสื่อสารโดยใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่เป็นกึ่งทางการ จากผลการวิจัยพบว่า มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาในฐานะสื่อบุคคลมีการออกไปเผยแพร่ความรู้ไปยังสมาชิกในชุมชน โดยมีการสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย เพื่อเสริมความรู้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ได้ไปเป็นวิทยากรให้ความรู้ในช่วงเวลาที่มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

“ในของความรู้ เรามีการประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวในหมู่บ้าน เราไปให้ความรู้สุขภาพจิต จะพูดถึงฆ่าตัวตายก็ได้ ไปเสริมสุขภาพจิตงานสัปดาห์ คือเราเอาสุขภาพจิตไปสอดแทรก เรื่องของการฆ่าตัวตายเรามีเครือข่ายสูง”

(A2, สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2553)

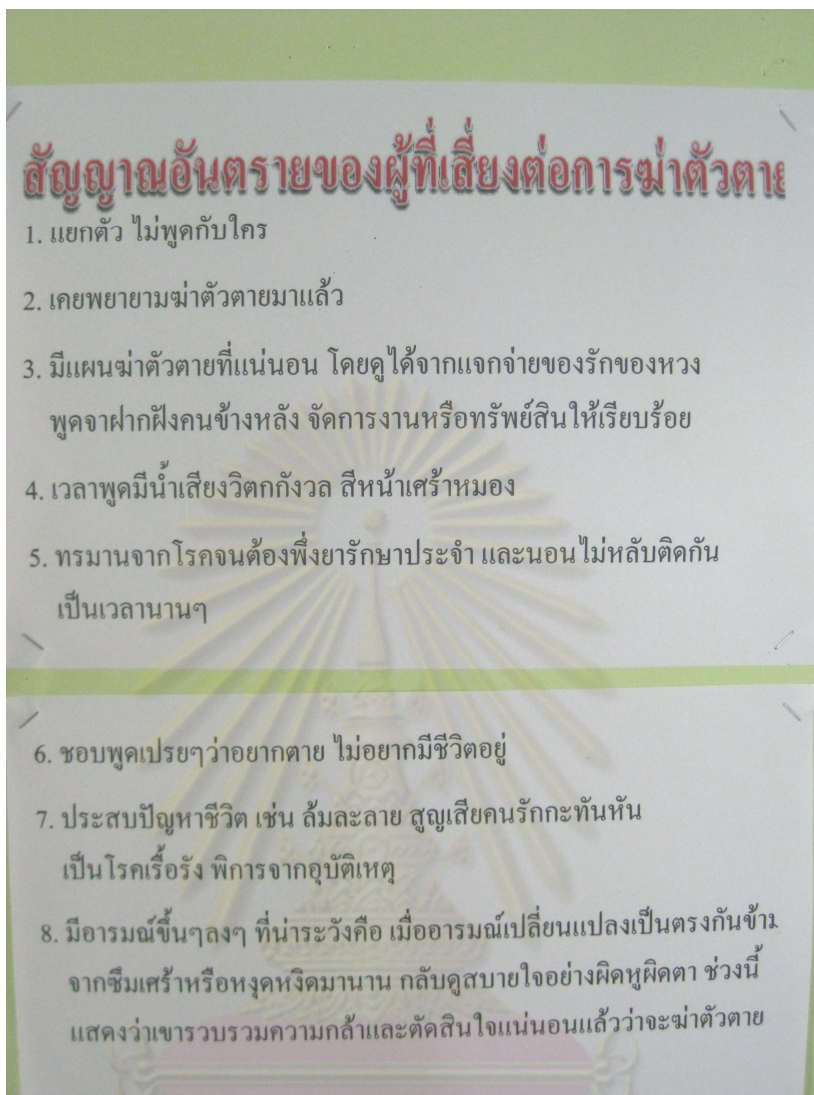
### -บอร์ดประชาสัมพันธ์

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษามีการติดต่อสื่อสารโดยใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารทางเดียวที่เป็นกึ่งทางการ จากผลการวิจัยพบว่า บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นช่องทางหนึ่งในการสื่อสารของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา ซึ่งมีผู้รับสารเป้าหมายคือผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย รวมถึงญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไปที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน บอร์ดประชาสัมพันธ์เป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงใช้ภาษาที่อ่านแล้วสามารถเข้าใจได้ง่าย ผู้รับสารสามารถตีความสารนั้นได้ทันที เช่น ชอบพูดเปรยๆ ว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชนในปัญหาการฆ่าตัวตาย และยังสามารถนำสารที่ได้รับนั้นกลับไปใช้กับครอบครัวของตนเองในการเฝ้าระวังและดูแลคนในครอบครัวไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้า เครียด จนนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายในอนาคต ซึ่งมีตัวอย่างดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





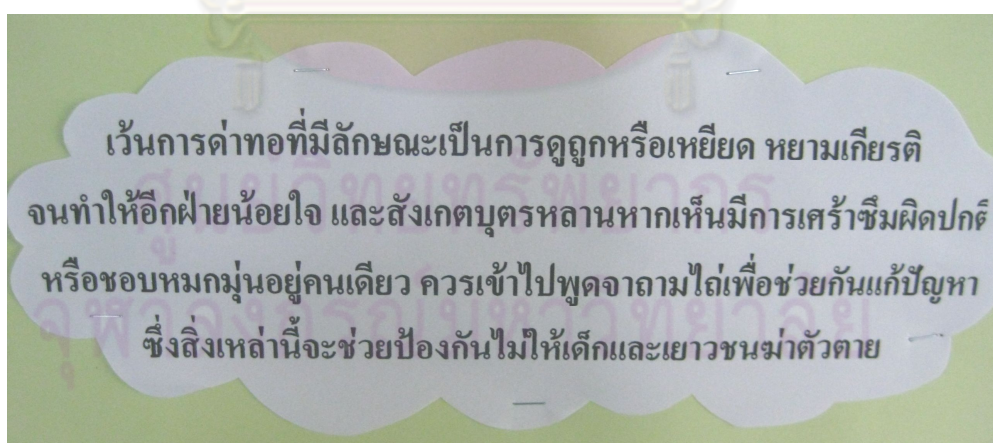
ภาพที่ 1

จากภาพที่ 1 เป็นลักษณะการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของผู้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ที่เดินบอร์ดิประชาสัมพันธ์ได้อ่าน และได้รับความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปใช้ในการสังเกตและเฝ้าระวังบุคคลใกล้ชิดที่อาจมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้จากความรู้ที่ได้จะทำให้สามารถไปให้ความช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นได้ทันท่วงที เมื่อพบสัญญาณเตือนเหล่านี้



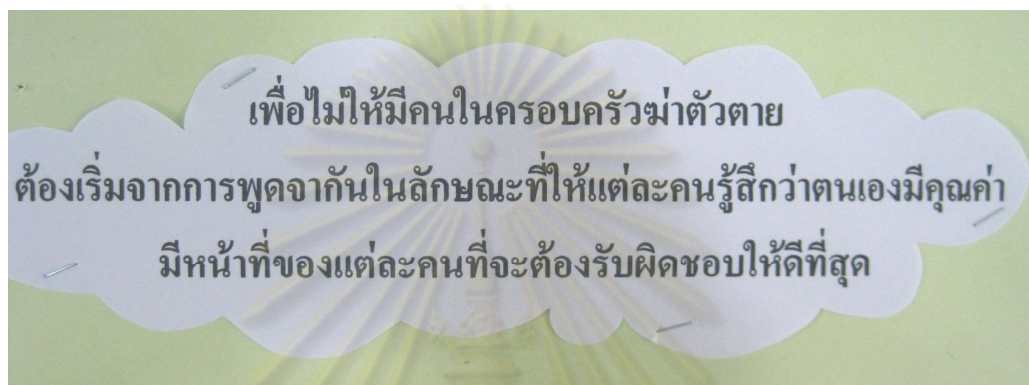
ภาพที่ 2

จากภาพที่ 2 เป็นลักษณะการให้ความรู้ว่าครอบครัวจัดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนตัดสินใจฆ่าตัวตาย โดยมีการอ้างอิงถึงกรมสุขภาพจิตที่ระบุปัจจัย 5 อย่างที่ทำให้เด็กและเยาวชนฆ่าตัวตาย เพื่อให้ประชาชนที่ผ่านไปได้รับทราบข้อมูลข้อเท็จจริงของสาเหตุการฆ่าตัวตายที่เกิดจากปัญหาทางครอบครัวของเด็กและเยาวชน แล้วสามารถนำไปปรับใช้กับครอบครัวของตนเองว่ามีปัญหาเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามี ก็ต้องรีบหาทางแก้ไขปัญหานั้นเพื่อไม่ให้เด็กและเยาวชนในครอบครัวของตนเองมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น



ภาพที่ 3

จากภาพที่ 3 เป็นลักษณะการให้ความรู้เรื่องแนวทางการเฝ้าสังเกตและแก้ไขปัญหาครอบครัวเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนในครอบครัวของตนเองฆ่าตัวตาย โดยการแนะนำแนวทางทำให้เกิดความใกล้ชิดและเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัวมากขึ้น เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นวิธีที่สามารถใช้เป็นวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนภายในครอบครัวได้



ภาพที่ 4

จากภาพที่ 4 เป็นลักษณะการแนะนำวิธีการใช้คำพูดกับสมาชิกในครอบครัวของตน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จากข้อความที่เป็นการแนะนำการสร้างกำลังใจในตนเอง และการเล็งเห็นคุณค่าในตัวเองของสมาชิกในครอบครัว สังเกตได้จากภาษาที่ใช้ในการให้ความรู้ นั้นเป็นภาษาที่อ่านแล้วทำความเข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกับสมาชิกในครอบครัวของตนเองได้เป็นอย่างดี

## 2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU)

จากการวิจัยพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนมีหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้มีบทบาทโดยตรงในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษา แต่มีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้ทราบว่าผู้มารับบริการมีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นเพียงช่องทางในการสื่อสารเพื่อส่งต่อผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายให้ไปรับบริการปรึกษาจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยยังพบว่า การสนทนาพูดคุยก็เป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยคัดกรองผู้ที่แนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

“เราก็จะ consult เองเบื้องต้น มาคุยกันใกล้บ้าน ใกล้ตัว ใกล้ใจก่อนว่ามีปัญหาอะไร จะให้ช่วยอะไรหรือเปล่า เครียดอะไรเยอะไหม พอจะช่วยอะไรได้บ้าง ก็ลองบอกมาก่อน ถ้าเราไม่ไหว เราก็จะประสานฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาล”

(B1, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนั้นมีความใกล้ชิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการประชุมอบรมในการให้ความรู้แก่ อสม. ในเรื่องสุขภาพอนามัย การดูแลรักษาสุขภาพ การส่งเสริมและการป้องกันโรค เป็นประจำทุกเดือน เพราะ อสม. จะต้องเข้ามารับเบี้ยเลี้ยงค่าตอบแทนและรายงานตัวอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือนที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ในการให้อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ทุกครั้งจะมีการสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปตามสถานการณ์ของโรค จะเห็นได้ว่าพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในฐานะผู้ส่งสารมีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางที่เป็นกึ่งทางการในลักษณะการประชุมและการอบรมเท่านั้น ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

### การประชุมและการอบรม

จากการวิจัยพบว่า ในการทำงานเชิงรุกของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนจะมีการเรียกประชุมหัวหน้า อสม. เป็นประจำทุกเดือน เพื่อซักถามปัญหาสถานการณ์โรคติดต่อและไม่ติดต่อภายในหมู่บ้าน รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพจิตว่ามีบุคคลที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เครียด ซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบ้างหรือไม่ เนื่องจากทางเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนได้ใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบการจัดประชุมอบรมให้ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในตนเองและการให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ อสม. ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนก็เปรียบเสมือนเป็นผู้ส่งสารไปยัง อสม. ที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเพราะเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือเพื่อนบ้านของกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ทั้งยังช่วยเป็นผู้เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายอีกด้วย

“มีประชุมหัวหน้า อสม. ทุกเดือนอยู่แล้ว หัวหน้า อสม.เราก็จะมาคุยกันว่าสถานการณ์ในหมู่บ้านตัวเองเป็นอย่างไรทั้งเรื่องโรคติดต่อไม่ติดต่อ สุขภาพจิตมีอะไรเปลี่ยนแปลงใหม่ มีคนคลอดใหม่ มีเด็กเกิดใหม่ไหม มีคนตายอะไรอย่างนี้คะ มีคนมีแนวโน้มเครียด เสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายอะไรหรือเปล่า เราเคยอบรม อสม. เป็นแกนนำสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ตัวเองและก็ให้คำปรึกษาได้ คือใกล้ชิดในละแวกบ้านที่ตัวเองรับผิดชอบ 10 หลังคาเรือนต่อ 1 คนอะไรอย่างนี้

นะคะ ถ้าเขามี เขาจะลองไปคุยกันก่อน ถ้าไม่ไหวเขาก็จะโทรมาหาหมอ หรือมาบอกเจ้าหน้าที่ว่า ตอนนี้มีเคสอย่างนี้ๆ นะถ้าจะไม่ค่อยไหวแล้วลองลงไปคุยด้วยกันหน่อยไหม”

(B1, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

นอกจากนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ยังมีการอบรมเฉพาะแกนนำเครือข่ายอีกปีละครั้ง ซึ่งในส่วนของเครือข่ายสุขภาพจิตจะมีแกนนำหมู่บ้านละ 3 คน เรื่องที่อบรมส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยเน้นที่จิตใจของตัวเองก่อน และสังเกตภาวะด้านจิตใจของบุคคลใกล้เคียง เพื่อเป็นแนวทางในการเริ่มต้นเฝ้าระวังบุคคลใกล้เคียงภายในครอบครัวของ อสม. ก่อน

“เราอบรมเรื่อง ส่วนมากจะเป็นสร้างความเข้มแข็งขึ้นทางใจ โดยเน้นจิตใจของตัวเองก่อน และสังเกตภาวะสุขภาพจิตของคนใกล้เคียงอะไรอย่างนี้ค่ะ”

(B1, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ก็มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในแต่ละชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น เนื่องจากบุคคลเหล่านี้บางท่านก็เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งยังเป็นการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยด้วย ซึ่งกิจกรรมต่างๆ นี้ก็เปรียบเสมือนเครื่องมือที่ใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายจากภาวะเครียดและซึมเศร้าได้อีกทางหนึ่ง

“ถ้ามีแผนสุขภาพของชุมชน เราก็แนะนำว่าน่าจะเอาเรื่องสุขภาพจิตด้วยเนื้อหาของการดูแลแบบผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจจะมีสุขภาพจิตผู้พิการ หรือเราจะเอาแบบออกกำลังกาย ส่งเสริมสุขภาพใจ หรือว่าส่งเสริมในเรื่องของดนตรีพื้นเมืองให้มันมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพใจ เรื่องของการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ อะไรอย่างนี้ค่ะ”

(B1, สัมภาษณ์, 8 ธันวาคม 2553)

### 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการวิจัยพบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางที่ไม่เป็นทางการ เป็นลักษณะการสนทนาพูดคุยระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับผู้ที่มีแนวโน้มในการ

ฆ่าตัวตาย โดยอสม. ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตว่าสมาชิกในชุมชนของตนมีผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น สังเกตว่ามีอาการเหม่อลอย ซึมเศร้า พุดคนเดียว หลังจากนั้น อสม. จึงทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเบื้องต้น และมีบทบาทในสื่อสารโดยการเข้าไปพบปะพูดคุย ใต้ถามถึงลักษณะอาการทางสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไป

“ให้เราสังเกตในละแวกของเรา คล้ายๆ ว่าเห็นใครเครียด เราก็แก้งถาม ไม่ได้ถามตรงๆ วิธีสังเกตเบื้องต้นมันก็มีนะ คือ เขาไม่ค่อยไปที่ไหน เขาเครียด ไม่ค่อยพูดกับใคร”

(C1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“ให้สังเกตพฤติกรรมคนรอบข้างหรือครัวเรือนที่เราดูแลอยู่ว่า บางคนจะมีอาการเหม่อลอย นั่งซึม พุดคนเดียว ถ้ามีอาการเหล่านี้เราต้องมีวิธีเข้าไปพุด เขาก็จะสอนว่าถ้าเราพบคนที่มีอาการเหล่านี้ เราจะมีวิธีเข้าไปพุดกับเขาแบบใด จังหวะไหนควรเข้าไปพุด”

(C2, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“จะสังเกตอาการว่าคนที่เป็นโรคเครียด เวลามีปัญหาจะชอบแยกตัวไปอยู่คนเดียว ไม่ชอบคุยกับใคร”

(C4, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“บ้านติดกัน เป็นบ้านที่เคยมีคนฆ่าตัวตาย ก็จะมีการพูดคุยกะเขาบ้าง ไม่ให้เขารู้สึกเหงา คิดว่ายังมีเพื่อนอยู่”

(C7, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้วิธีการสังเกตสมาชิกในชุมชนเพื่อเป็นการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะมีอาการซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หลังจากที่พบผู้ที่มีอาการแล้ว อสม. ประจำหมู่บ้านจะทำการเข้าไปสนทนาพูดคุยเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งให้กำลังใจในฐานะเพื่อนบ้านที่เป็นมิตรต่อกัน โดยเริ่มต้นจากการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน แต่ก็ยังเป็นเพียงวิธีการเบื้องต้นเท่านั้น เนื่องจากบางกรณีคนในชุมชนอาจคิดว่า อสม. ก็เป็นคนในชุมชนเหมือนกัน ระดับความรู้พอกัน ทำให้บางครั้งจึงไม่ได้รับความเชื่อถือ

“จะเริ่มเข้าไปพูดคุยกับผู้มีภาวะซึมเศร้าตามปกติ โดยเริ่มต้นจากการพูดคุยเรื่องทั่วไป ก่อน”

(C4, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“จะเริ่มเข้าไปพูดคุยกับผู้มีภาวะซึมเศร้า เช่น ไปถามว่ามีเรื่องอะไร ก็จะทำให้เขาอธิบายหรือเล่าให้ฟังได้ เพราะจะทำให้เขาสามารถคลายความเครียดลงได้”

(C5, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“เริ่มต้นด้วยการพูดคุยก่อน เพื่อช่วยให้ช่วยคลายเครียด บางรายก็ไปเยี่ยมที่บ้าน เช่น คุณยายแถวบ้าน ก็จะไปเยี่ยม พูดคุย ให้กำลังใจว่าให้ทานข้าว อย่าคิดมาก”

(C6, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

“โดยส่วนใหญ่ก็จะเป็นการไปพบปะพูดคุย แสดงความเป็นมิตรในฐานะคนบ้านใกล้เรือนเคียงกัน”

(C7, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

บางกรณีก็มีการเข้าไปพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดทดแทนการเข้าไปพูดคุยกับผู้ที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายหรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก อสม. รู้สึกว่าไม่สะดวกที่จะเข้าไปสนทนากับผู้ที่มีอาการตรงๆ เพราะเป็นบุคคลที่มีอาการทางจิต ดังนั้นจึงต้องเข้าไปสนทนากับญาติแทน เพื่อเป็นการช่วยแนะนำให้มีการรับประทานอย่างต่อเนื่อง

“มีผู้ที่เป็นโรคทางจิต การดูแลนั้นก็จะไม่ค่อยได้เข้าไปพูดคุยมากเท่าไร แต่จะพูดคุยกับญาติมากกว่าในเรื่องการรับประทานยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากกลัวโดนผู้เป็นโรคทางจิตทำร้ายจึงไม่กล้าเข้าหา”

(C4, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าระวังและช่วยป้องกัน ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายภายในหมู่บ้านที่ตนอาศัยอยู่ เนื่องจากจะมีความใกล้ชิดกับเพื่อนบ้านด้วยกัน แต่ อสม. ไม่ได้มีทักษะในการให้การปรึกษามากนัก จึงเริ่มต้นใช้วิธีการพูดคุยเรื่อง

ทั่วๆ ไป เช่น การถามไถ่สารทุกข์ของเพื่อนบ้านด้วยกัน ซึ่งเป็นเพียงการสนทนาโต้ตอบโดยใช้ภาษาพูดคุยธรรมดาของบุคคลที่มีระดับเท่าเทียมกันเท่านั้น อย่างไรก็ตาม อสม. จะมีวิธีการสื่อสารกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นการแนะนำให้ช่วยกันเฝ้าระวัง โดยไม่ปล่อยให้ผู้ที่แนวโน้มในการฆ่าตัวตายอยู่ลำพังคนเดียว เพราะเขาอาจเกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตายอีกได้

“ก็จะใช้วิธีให้ญาติพี่น้องคนใกล้ชิดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองช่วยเฝ้าระวัง อย่าปล่อยให้เขาไว้ให้อยู่ลำพังคนเดียว เพราะอาจทำร้ายตัวเองได้”

(C4, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

บางกรณีเมื่อ อสม. พบว่ามีสมาชิกในชุมชนของตนมีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย เช่น ลักษณะอาการที่สื่อสารออกมาเชิงอวัจนะ เช่น เก็บตัวเงียบ โดดเดี่ยว ไม่พูดคุยกับใคร อสม. จะนำเหตุการณ์ไปปรึกษาในกลุ่ม อสม. ด้วยกัน เพื่อหาแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันต่อไป

“สังเกตเพื่อนบ้านเวลาไปพูดคุยเจอกัน ถ้าใครมีการพูดคุยที่เปลี่ยนแปลงไป คือมีอาการเก็บตัว เงียบ โดดเดี่ยว ก็จะปรึกษาในกลุ่ม อสม. เพื่อหาแนวทางป้องกันและช่วยเหลือ”

(C7, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

ในส่วนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น อสม. ใช้รูปแบบการสื่อสารในลักษณะการสนทนาเข้าไปสอบถามเรื่องการรับประทานยา แนะนำให้ไปรับยาอย่างต่อเนื่อง ไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัดหมาย จากการวิจัยพบว่า คนในชุมชนค่อนข้างกลัวการไปพบแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพจิตของโรงพยาบาล เนื่องจากคิดว่าเป็นห้องของผีบ้า (ภาษาท้องถิ่น) หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเท่านั้น

“ติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ต้องรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง และต้องคอยเตือนให้เข้าไปรับยาตามที่แพทย์นัดหมาย”

(C7, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)



จากการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต แต่บางรายไม่ได้ให้ความสนใจในการสังเกตและเฝ้าระวังในปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชนสักเท่าไร เนื่องจากมีหน้าที่การงานที่ต้องทำ ทำให้อาจจะเลยการสังเกตและเฝ้าระวังสมาชิกในชุมชนไป

อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังเป็นสื่อบุคคลที่มีบทบาทในการสื่อสารโดยใช้วิธีการสังเกตและเฝ้าระวังไม่ในกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในชุมชน โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายจากการเข้าร่วมประชุมอบรมมาแล้ว จากนั้นก็นำความรู้ที่ได้มาใช้สื่อสารติดต่อกับสมาชิกภายในชุมชนของตนเอง

“วิธีสังเกตเบื้องต้นก็คือ มันก็จะมีนะ อย่างเราสังเกต คือ เขาไม่ค่อยไปที่ไหน เขาเครียดไม่ค่อยพูดกับใคร คำถามนั้นเราทำกับใครก็ได้ ในบุคคลปกติก็ได้ ถ้าเขาตอบว่าไม่มี ก็คือ ปกติ”

(C1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“คนที่เป็นซึมเศร้า เครียด เราจะดูได้ว่าเขาจะซึม งงๆ ถ้านั่งจ้องอะไรก็จะนั่งจ้องสิ่งของอยู่อย่างเดียวนะ เหมือนลอยๆ เราก็จะสังเกตอาการเหล่านี้แหละ”

(C2, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

ซึ่งจากประสบการณ์ของ อสม. บางราย ก็มีการสังเกตอาการผิดปกติทางสุขภาพจิตที่เพื่อนบ้านแสดงออกมาให้เห็น ดังนั้น อสม. จึงต้องเข้าไปพบปะสนทนาพูดคุยเพื่อให้เพื่อนบ้านรู้สึกว่ายังมีคนสนใจห่วงใยอยู่ ดังนั้นหน้าที่ของ อสม. ก็จะเป็นผู้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของสมาชิกในชุมชนได้เป็นอย่างดีเพราะความใกล้ชิดคุ้นเคยกัน และรู้ภูมิหลังของแต่ละครอบครัวในชุมชนของตนด้วย เพราะบางครอบครัวก็มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการแสดงออกมาชัดเจน และยังต้องรับประธานรักษาอย่างต่อเนื่อง

“มีสิ กรณีที่เจอนี้ เขาจะมีอาการซึม เงียบผิดปกติ อย่างข้างบ้านอ้ายฮู๊ดนี่ ตอนนั้นเขาจะเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ตอนกลางวันวันนั้นอ้ายฮู๊ดก็พยายามไปพูดคุยกับเขา แต่เขาก็จะเงียบจนผิดปกติ กลายเป็นว่าตอนเย็นเขาป็นมายิ่งตัวตาย”

(C2, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เคยได้รับการประชุมอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อจะได้ทำหน้าที่เป็นสื่อบุคคลไปเผยแพร่ความรู้ให้กับสมาชิกในหมู่บ้านคนอื่นๆ อีกด้วย เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นเป็นปัญหาที่หลายคนมองข้าม ไม่ได้ได้รับความสนใจเท่ากับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต เป็นต้น

“เคยอบรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต เช่น โรคเครียด ผู้มีภาวะซึมเศร้า โรคจิตเวช วิธีการสังเกตและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า”

(C4, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“เคยได้รับการอบรมเรื่องปัญหาสุขภาพจิต การแนะนำการดูแลคนที่ เป็นโรคเครียด เน้นให้ไปคุยกับครอบครัว บ้าน การดูแลและติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้มีภาวะซึมเศร้า”

(C8, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

## ปัญหานำวิจัยข้อ 2

การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

รูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการสื่อสารออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

### 1. การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิจัยพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ลุง ป้า น้า อา หรือเพื่อนสนิท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะใกล้ชิดกันแบบความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยญาติหรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันนั้นมีโอกาสพบปะพูดคุยกันในช่วงเวลาหลังเลิกทำงานหรือในวันหยุด นอกจากนี้บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายบางส่วนเป็นเพื่อนสนิทที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายให้ความไว้วางใจในการ

บอกเล่าปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และต้องการคำปรึกษาในบางโอกาส ดังนั้นการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายจึงมีลักษณะดังนี้

-การสนทนาพูดคุยเพื่อปรึกษา

การสื่อสารโดยใช้การสนทนาพูดคุยเพื่อปรึกษานั้นเป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายบางท่านมีปัญหาเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความรัก ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ปัญหาทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งหาทางออกไม่ได้ ดังนั้นเวลาที่มีปัญหาเหล่านี้ก็มักจะเล่าเรื่องราวของปัญหาให้บุคคลใกล้ชิดรับทราบ พร้อมทั้งขอคำปรึกษาจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดด้วย

“ก็ปรึกษาเพื่อนตลอด เขาก็ให้คำปรึกษาดีคะ เขาก็บอกว่าเรื่องครอบครัวก็ให้ใจเย็นๆ มีอะไรก็ให้ค่อยๆ คุยกัน ค่อยๆ พูดจากัน เวลาแฟนกินเหล้ามากก็ไม่ต้องไปว่าอะไรเขาเพราะว่าเวลาเมาเขาจะไม่ฟังเรา”

(D1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

“ก็ปรึกษา พูดกันไป แต่พูดดีๆ กันไม่เท่าไรหรอก ส่วนใหญ่จะทะเลาะกันมากกว่า”

(E2.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“ก็มาปรึกษาเหมือนกันครับ ที่เขาบอกเรามันเป็นความจริงหรือเปล่าเราก็ไม่รู้ หรือว่าเขามีอะไรที่เก็บไว้ในใจ เราก็ไม่รู้เหมือนกัน บางทีก็มาพูดเล่น หัวเราะกัน ธรรมดาทั่วไปหรือบางทีมีปัญหากจากที่อื่นก็จะมาพูดคุยกันแบบนี้แหละ มาปรึกษากัน เราก็ช่วยๆ กันไป”

(E3.1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“ก็มาปรึกษาปัญหาเรื่องแฟนแก่เจ้าชู้ มันก็มีบ้าง แล้วยังเรื่องเงินนี่คือหมุนไม่ทัน เขาเป็นเจ้าของเต็นท์ขายรถ เขาต้องใช้เงินเยอะ”

(E7.2, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

“ส่วนมากเวลามีปัญหาอะไรก็จะไปพูดกับเพื่อน ปรึกษากับเพื่อน”

(E8.1, สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2553)

แต่ผู้พยายามฆ่าตัวตายบางรายไม่ชอบการสนทนาเพื่อปรึกษานักในครอบครัว เวลาที่มีปัญหาที่เก็บปัญหาไว้คนเดียว ชอบเงียบ ไม่ชอบพบปะพูดคุยหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ใกล้ชิด แม้ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทก็ตาม ดังนั้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันจึงไม่ค่อยเกิดขึ้น ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายจึงไม่ทราบประเด็น ปัญหาที่ชัดเจนที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามทำให้ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ทันที

“ก็อยู่กับพี่สองคน แต่มันก็ไม่เล่าอะไรให้ใครฟังนะ ไม่ได้พูดอะไร คนมันเก็บนะไม่ค่อยพูด”

(E2.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“เวลามีปัญหาก็ไม่ปรึกษาใคร อย่างแม่อายนี้ก็ไม่ปรึกษา”

(E4.2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

“เวลามีปัญหาส่วนมากไม่ค่อยปรึกษาครับ เขาเป็นคนเก็บเงียบ”

(E8.3, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

### กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายมีวิธีการสื่อสารที่จะทำให้บุคคลใกล้ชิด เปลี่ยนใจไม่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตายนั่นถือเป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

#### 1. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อให้เห็นถึงคุณค่าในตนเอง

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยการสนทนาพูดคุยระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีการใช้กลยุทธ์ในการสื่อสาร

เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย หากทราบว่าญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของตนเอง  
นั้นมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

จากการวิจัยพบว่า กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อให้เห็นถึงคุณค่าในตนเองด้วยการสนทนา  
พูดคุยนั้น เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายในฐานะผู้รับสารสามารถยับยั้งความคิดที่จะฆ่า  
ตัวตายได้ เนื่องจากใช้สติคิดก่อนตัดสินใจกระทำ ด้วยการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย  
เห็นถึงคุณค่าในตนเอง รู้ว่าการมีชีวิตอยู่ต่ออันมีความหมายต่อบุคคลอื่น ซึ่งเมื่อได้สนทนาพูดคุย  
กับบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองไว้วางใจแล้ว จึงทำให้คิดถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวว่าถ้ากระทำการ  
ฆ่าตัวตายไปแล้ว ครอบครัวจะเป็นอย่างไร การฆ่าตัวตายไม่ใช่ทางออกของปัญหาต่างๆ ดังเช่น  
ตัวอย่างต่อไปนี้

“ก็พูดแนะนำ ปลอดภัยว่าไหนๆ เราก็มีลูกแล้ว ถ้าเป็นอะไรไปลูกจะอยู่กับใคร”

(D1.1, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

“ก็พูดให้ลูฟังว่า ดูลิเขาทำร้ายตัวเอง ลองคิดดู เวลาทำร้ายตัวเองไปแล้วลูกเมียจะอยู่กับ  
อย่างไร ทำไม่ไม่คิดไม่อาลัยบ้าง”

(D2.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

## 2. กลยุทธ์การสื่อสารโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา

ในการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัว  
ตายนั้น เมื่อญาติหรือบุคคลใกล้ชิดพบว่า มีบุคคลในครอบครัวคิดอยากฆ่าตัวตาย จึงใช้กลยุทธ์  
การสื่อสารโดยการนำหลักธรรมทางศาสนามาใช้สื่อสารให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเปลี่ยน  
ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เช่น การใช้หลักการตั้งสติ รู้ตนเอง ระวังความโกรธหรือโมโห เป็นต้น ดัง  
ตัวอย่างต่อไปนี้

“ผมก็จะตักเตือนว่า อย่าคิดทำร้ายตัวเอง หาทางอื่นดีกว่า ถ้าโมโหใครทำอะไรไม่ได้ก็  
ออกไปข้างนอกสงบสติอารมณ์ บางทีความโมโหทำให้ขาดสติ ถ้าโมโหก็เดินหนีไปเลย”

(D3.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

“โดยการบอกเขาว่าอย่าไปทำอย่างนั้นมันไม่ดี มีปัญหาอะไรก็ให้พูดกัน ใช้วิธีการพูดคุยกัน ก็ได้เพียงแค่พูดปลอบใจเขาว่าอย่าไปทำแบบนั้น”

(E1.1, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

### 3. กลยุทธ์การสื่อสารโดยใช้การยกตัวอย่างจากเหตุการณ์จริง

จากการวิจัยพบว่า ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการยกตัวอย่างจากเหตุการณ์จริงที่มีบุคคลในครอบครัวเคยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายเห็นอุทาหรณ์จากการสูญเสียดังกล่าว และเปลี่ยนความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และกลับมาใช้ชีวิตต่อไป

“จะถามเลยว่าเป็นอะไร แล้วก็จะบอกว่าเคย แล้วก็บอกว่าเคยเห็นตัวอย่างแล้วนะว่า พ่อเนะเคยเสียลูกไปคนหนึ่งแล้ว มีอะไรก็บอก ก็มีพูดให้กันฟังได้ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นมันมีทางแก้ปัญหาแก้ได้ ถ้ามีแต่เก็บเงียบคนเดียวมันก็ช่วยอะไรไม่ได้”

(E8.1, สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2553)

### 4. กลยุทธ์การสื่อสารโดยการสร้างกำลังใจ

ในการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น จากการวิจัยพบว่า ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการสร้างกำลังใจให้ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายสามารถสร้างกำลังใจให้กับตนเองในการต่อสู้กับอุปสรรคและไม่ย่อท้อต่อปัญหาในชีวิต และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม

“ก็บอกว่าอย่าไปทำนะ อยู่ไปแบบนี้ มีอะไรไม่มีอะไรก็อยู่กับไป ทำไป อย่ารีบไปตายก็จะบอกแบบนี้ ผู้ต่อไปทุกที เพราะเราไม่สู้ที่ถอย”

(E8.2, สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2553)

ซึ่งกลยุทธ์ในการใช้คำพูดที่ช่วยให้กำลังใจกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเป็นเสนอการให้ความช่วยเหลือในปัญหาที่ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้รู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

“แม่ก่อนก็ให้กำลังใจนะ มันก็บอกว่า ถ้าน้องมีกะตังค์ น้องจะให้ น้องจะปัน”

(D2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

### กลวิธีในการเฝ้าระวังผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

จากการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการลงมือฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจึงมีวิธีในการสังเกตและเฝ้าระวังผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายไม่ให้เกิดกลับมาลงมือกระทำอีก ซึ่งบุคคลใกล้ชิดส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ใกล้ชิดด้วยการเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันจึงทำให้สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมนั้นเป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาในเชิงของอวัจนะ ที่บุคคลใกล้ชิดในฐานะผู้รับสารต้องทำการตีความหมายนั้นให้เข้าใจ

“เราลองสังเกตดูเขาเขื่องซิม ดูเขา แล้วเราก็ไปลอบใจไปแต่ส่วนมากจะไม่มี”

(D1.2, สัมภาษณ์, 16 ธันวาคม 2553)

“เขาก็ให้สังเกตดูพฤติกรรม เจียบ ถ้าเจียบขริม ถ้าเป็นอย่างนี้ให้จับตาดู พ่อมีประสบการณ์ตรงนี้ก็คิดว่าน่าจะจริงอย่างที่เขารู้”

(E8.1, สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2553)

### ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลส่วนใหญ่ที่มักเกิดปัญหาหรืออุปสรรคขึ้น ซึ่งปัญหาหรืออุปสรรคนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จากผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งจากการวิจัยพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ปัญหาหรืออุปสรรคได้เกิดขึ้นจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะนิสัยไม่ชอบแสดงออกและเปิดเผยปัญหาที่ตนเองเผชิญในการดำเนินชีวิตในขณะนั้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องการไม่ยอมรับว่าตนเองมีภาวะความเครียดที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ดังนั้นการสื่อสารเพื่อป้องกันผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจึงไม่เกิดประสิทธิผล

“คนที่เขาไม่ค่อยจะเปิดอกพูดคุยยามที่มีปัญหา และไม่ยอมรับว่าตัวเองมีปัญหาเครียด”

(E5.1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

## 2. การสื่อสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคลใกล้ชิด โดยมีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุย จากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่บุคคลใกล้ชิดทราบว่าคุณในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนสนิทเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เคยไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันบางท่านยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ ดังนั้นรูปแบบการสนทนาที่พบในการวิจัยนี้มีลักษณะดังต่อไปนี้

- การสนทนาพูดคุยเพื่อบอกเล่าปัญหา

การสนทนาพูดคุยเป็นการสื่อสารสำคัญที่ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้บอกเล่าปัญหาในชีวิต สาเหตุของความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์และความรู้สึก ให้บุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนได้ทราบและรับรู้ ซึ่งการสนทนาพูดคุยเพื่อบอกเล่าถึงปัญหานี้ เป็นช่องทางที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดได้เป็นอย่างดี

“ก็มีเหมือนกัน แต่บางทีถ้ามันมีปัญหา ก็มาหาสูงเหมือนกันนะ ถ้าไปทำงานจะไปกับใคร ก็ไปนะ ไปด้วยกันเป็นคู่กัน”

(F1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

“เวลาเรารู้สึกไม่สบายใจ ลุงนี่บอกว่าจะถ้าไม่สบายมากๆ ก็ไปโรงพยาบาล พวกคนแก่ก็ไปเที่ยวหากัน เวลาเรามีปัญหาอย่าง คิดมาก พูดกับยายมากกว่า”

(F2, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2553)



“เวลาเครียด ส่วนใหญ่เครียดเรื่องลูก สักแป๊บก็หายไปเอง ตอนที่เครียดเรื่องลูกก็จะไปหาคนเฒ่าคนแก่ อยู่แถวๆ หัวหนอง ไปเที่ยวหาเขา ไปเที่ยวมาก็หายเครียด

(F4, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2553)

“ส่วนมากก็ต้องพ่อของลูกก่อน คือต้นสาเหตุมาจากพ่อของลูก มาจากเรื่องย้ายเขากินเหล้า กินเหล้าบางครั้งก็ติดพันกับเพื่อนฝูง เราเป็นผู้หญิงเราก็ต้องคิดว่าเขาไปมีผู้หญิงคนอื่น แต่จริงเขาก็ให้เหตุผลว่าเขาก็ติดพัน เรื่องผู้หญิงไม่มีหรอก สาเหตุหลักๆ ที่ว่าเครียดมาจากเรื่องพวกนี้ แล้วก็อยู่กับตากับยาย ตายายจะเป็นแนวคนแก่สมัยโบราณ มีหลายๆ เรื่องอย่างนี้ละ เลี้ยงลูกเหมือนกับคนโบราณตามกรอบแป๊ะๆ”

(F6, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2553)

หลังจากที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ทำการสนทนากับบุคคลใกล้ชิดแล้วนั้น ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดการสื่อสารภายในตนเอง โดยการเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารในบุคคลเดียวกัน จากการวิจัยพบว่า การสื่อสารกับตนเองนั้นเพื่อเป็นการจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลนี้ เพื่อให้สามารถลดภาวะเครียดลงได้ ในกรณีที่ ไม่ต้องการไปสนทนาพูดคุยกับบุคคลอื่น จึงคิดเอาหลักธรรมคำสอนของศาสนามาใช้จัดการกับสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของตนเอง

“ตอนนี้ถ้าพี่เครียดก็จะหลับตานึกถึงตอนที่เราไปบวชจะนึกถึงตอนนั้นตลอด อดทนอดกลั้นไว้ ไม่ดูทีวี ไม่พูดกับใคร เวลาพี่เครียดพี่ก็จะยุบหนอ พองหนอ เราก็คิดว่าตอนที่เราไปบวชเราท่องธรรมะบทนั้นบทนี้ เดี่ยวเดี๋ยวก็ลืมไป เดี่ยวก็มีคนเข้ามาเราก็ลืมๆ ไป หลานมาอยู่ด้วยบางครั้งเด็กก็ทำให้เราเครียด”

(F4.2, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

“อยากอยู่คนเดียว บางครั้งอยากอยู่คนเดียว ตอนนั้นเครียดเยอะขึ้นๆ ใจมันก็อยากจะไปแล้ว อยากไปไกลๆ มีบางครั้งที่คิดว่าอยากจะทำร้ายตัวเอง พอคิดถึงลูกก็ทุเลาลงไป”

(F4, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2553)

### กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ

บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าเป็นครอบครัวว่าครอบครัวของตนมีผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งในการรักษาโรคทางจิตเวชนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาพอสมควร ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายที่ต้องไปรับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงมีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้มีภาวะซึมเศร้าคิดจะต่อสู้กับโรคต่อไป

จากการวิจัยพบว่า การสื่อสารโดยการให้กำลังใจในการใช้คำพูดสนทนานั้น สามารถทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดความคิดบวกกับชีวิต มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาทางสุขภาพของตนเอง เพราะผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากโรคซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล และนอนไม่หลับ ซึ่งอาการของโรคนั้นทำให้เกิดความท้อแท้ในการดำเนินชีวิต

“ก็พูดปลอบใจว่า จะทำอย่างไรได้ หมอก็ให้ยามากินแล้ว โรคมันเกิดขึ้นมาแล้ว ยาก็ว่าอย่างนั้นไป โรคมันเป็นได้มันก็หายได้”

(F2.1, สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2553)

“อันไหนที่มันปลงๆ ก็ไม่ต้องยึดอะไร แล้วตัวเองจะเป็นโรคเยอะนะ ต้องดูแลตัวเอง มันอยู่ที่ใจ สุขก็อยู่ที่ใจทุกข์ก็อยู่ที่ใจ”

(F6, สัมภาษณ์, 14 ธันวาคม 2553)

### ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด ผู้วิจัยได้แบ่งปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

### 1. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการวิจัยพบว่า ในการสื่อสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดนั้น ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โรคเครียด หรือโรควิตกกังวล นอกจากนี้ยังไม่ชอบเปิดเผยเรื่องส่วนตัว ปัญหาต่างๆ ให้บุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อนสนิท ได้ทราบ เพราะกลัวว่าจะมีการนำเอาเรื่องของตนไปเล่าต่อ ดังนั้นปัญหานี้จึงทำให้ การสนทนาพูดคุยที่ใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารไม่มีประสิทธิผลในการสื่อสาร

“บ้านเรานี้ยากนะ เจาะเข้าไปยาก เพราะเขาจะบอกว่าไม่เป็นอะไรอย่างนั้นอย่างนี้”

(F1.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

### 2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการวิจัยพบว่า บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบางท่านไม่ทราบว่าเป็นเพื่อนของตนป่วยเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นปัญหาและอุปสรรคในเรื่องการสื่อสารก็คือ ไม่ได้มีการสังเกตหรือการเฝ้าระวัง และไม่ได้ให้ความสนใจที่จะใช้ การสื่อสารในลักษณะการสนทนาเพื่อช่วยลดความเครียด หรือเป็นเพื่อนในการปรึกษา จึงทำให้ การสื่อสารเพื่อช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายอาจไม่ประสบความสำเร็จได้

“แกก็เป็นเหมือนเดิม ไม่ได้เครียดอะไรจริงจัง เวลาไปหาปลาก็ไม่ได้เครียด เดินพูดกันไป ธรรมดา”

(F1.2, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

จากปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่เกิดจากรโรคซึมเศร้า โรคเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ นั้น ทั้งผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและบุคคลใกล้ชิดไม่ได้มีความตระหนัก หรือสนใจในปัญหาทางสุขภาพจิตเท่าที่ควร เพราะคิดว่าเป็นการป่วยเพียงเล็กน้อย

### ปัญหานำวิจัยข้อ 3

การรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Sign) เป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาในลักษณะของวัจนภาษาและอวัจนภาษาที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้กระทำก่อนที่จะ

ตัดสินใจฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย แต่การแสดงออกมาของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนแสดงออกมาทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา บางคนแสดงออกมาแค่วัจนภาษาหรืออวัจนภาษาเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่ได้พบจากการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 11 ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

รายชื่อ	ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Warning Sign)			
	วัจนภาษาทางตรง	วัจนภาษาทางอ้อม	อวัจนภาษาทางตรง	อวัจนภาษาทางอ้อม
E1	ผู้ที่จะฆ่าตัวตายพูดว่า “จะกินยา” แล้วสองวันต่อมา ก็รับประทานจริงๆ ซึ่งหลังจากรับประทานไปแล้วก็บอกหลานว่า “จะกินยาตายแล้ว” ซึ่งก่อนหน้านี้ยังเคยบ่นว่าอยากตายมานานเกือบปีแล้ว		มีการซื้อสารกำจัดแมลงมาเตรียมไว้แต่ซ่อนไว้ไม่ให้ญาติรู้ว่าเก็บไว้ที่ใด	
E2	เขียนจดหมายลาไว้ว่า รักลูกรักเมีย เลิกกับเมียก็ไม่ได้ และก่อนที่จะฆ่าตัวตายหนึ่งวัน เพื่อนบ้านเรียกรับประทานอาหาร ก็ตอบไปว่าไม่กิน วันนี้จะตาย	เคยบอกกับลูกว่า ถ้าพ่อกับแม่ตายให้ไปอยู่กับตา กับยาย นะ		

E3		<p>“แอดิถูรักมิ่งนะ ฝากบอกแม่ว่า ภูรักแม่มาก ถ้าภูตาย บอชให้ภูด้วย”</p> <p>พูดกับเพื่อนตอน กลางคืนก่อนที่จะ ฆ่า ตัว ตาย ใน วันรุ่งขึ้น</p>		<p>ขาย เสื้อ ผ้า ชุด ทหาร ที่ตัวเองต้อง ใส้ไปทำงาน เพราะ คิดว่าตายแล้วคง ไม่ได้ใช้อีก</p>
E5		<p>มีอาการประสาท หลอนหลังจากที่ ตีมสุร่าว่าจะมีคน มาทำร้าย จากนั้น ก็วิ่งหนีหายออก จากบ้านไปจนพบ ศพในวันรุ่งขึ้น</p>		
E6	<p>ไป พู ด กับ คน ที่ ร้านค้าบริเวณบ้าน ว่า “อยากตาย” แต่ ไม่มีใครสนใจ 1 - 2 วันก่อนที่ทำร้าย ตนเอง</p>	<p>เขียนลาไว้ที่เสา บ้านว่าไม่ขอให้ ญาติพี่น้อง เป็น ทุกข์เป็นการเขียน ลังเสียดก่อนตาย</p>		
E7	<p>หลังจากรับประทาน ยาไปแล้ว โทรไป บอกเพื่อนว่าได้รับ ประทานยาฆ่า แมลงไปแล้ว</p>	<p>เคยพูดกับเพื่อนว่า ความตายเท่านั้นที่ หลุดพ้นจากปัญหา กับสามี</p>		

E8	เขียนในไดอารี่ว่า “จะตายแล้ว ไม่ไหวแล้ว ไม่อยากเป็นคนแล้ว” และ “...ไปก่อนนะ เราจะไม่ได้อีกแล้วนะ” ก่อนเสียชีวิต	บอกน้องชายว่า วันหนึ่งโทรศัพท์มือถือของพี่ก็จะเป็นอย่างน้อง		ก่อนที่จะฆ่าตัวตาย 2-3 วัน อารมณ์ดี ร่าเริง สนุกสนาน ซึ่งปกติแล้วมีนิสัยเจียบขริม ซึมโหม อารมณ์รุนแรง และคืนก่อนที่จะเสียชีวิตหนึ่งวัน ได้มานอนหนุนตักพ่อทั้งที่ไม่เคยทำมาก่อน และก่อนหน้าที่จะลงมือทำร้ายตนเองเพียง 5 นาทีก็โทรศัพท์ไปหาพ่อ แต่ไม่พูดอะไร แล้วก็วางสายไป
----	---	---	--	---

### การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการทำร้ายตนเองผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากการวิจัยพบว่า สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของแต่ละบุคคลมีการกระทำแตกต่างกันออกไป รวมทั้งระยะเวลาที่แสดงออกมาก่อนที่จะฆ่าตัวตายก็แตกต่างกันด้วย แต่ทุกรายพบว่ามีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายได้ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งญาติและคนสนิทส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย หรือก่อนที่จะทำร้ายตนเองมากนัก เพราะคิดว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายแค่พูดเปรยๆ เท่านั้น ไม่คิดว่าคำพูดหรือการกระทำต่างๆ จะเป็นการสั่งเสียครั้งสุดท้าย และพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ใน 8 ราย มีการฆ่าตัวตายซ้ำเกิดขึ้น ในบางรายที่ลงมือทำร้ายตนเองไป เนื่องจากต้องการความสนใจจากญาติใกล้ชิด หรือพูดเป็นประจำว่าอยากตาย ดังนั้นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจึงคิดว่าการพูดแบบนั้นเป็นเรื่องปกติ อย่างไรก็ตามหลังจากที่ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้เสียชีวิตไปแล้ว จึงตระหนักได้ว่าเหตุการณ์หรือการกระทำบางอย่างนั้นก็เป็นเสมือนการบอกให้ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว

นอกจากนี้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายส่วนใหญ่มีการดื่มสุราก่อนที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายบางรายดื่มสุราจนเป็นเรื่องปกติ คือ ดื่มเป็นประจำเกือบทุกวัน บางรายดื่มสุราจนเกิดอาการประสาทหลอน คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง จึงหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตายก่อน ดังนั้นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจึงไม่ได้มีการเฝ้าระวังว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเหล่านั้นจะทำร้ายตนเองในเวลาต่อมา หรือในบางรายที่มีอาการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอยู่แล้ว เมื่อต้องพักอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียว ญาติๆ ต่างแยกไปมีครอบครัวกันหมด ปราศจากการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวดังนั้นจึงทำให้ไม่ได้ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เวลามีอาการทางจิตจึงเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงขั้นทำร้ายตนเองและถึงแก่ความตายในที่สุด จากตัวอย่างเหตุการณ์การการฆ่าตัวตายในช่วงต้น จึงได้แบ่งลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

#### 1. วจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้อภัยคำพูดหรือการเขียนออกมาตรงๆ อย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ผู้รับสารหรือญาติบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจว่าอยากฆ่าตัวตายแต่คิดว่าคงไม่ได้ทำจริง จึงไม่ได้มีการเฝ้าระวัง เพราะวจนภาษาทางตรงที่พบจากการวิจัยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนที่จะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามบางรายมีการบอกกับบุคคลใกล้ชิดที่กำลังฆ่าตัวตายอยู่ในขณะนั้น ก็ไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที อาจเพราะเนื่องจากฤทธิ์ของสารเคมีที่รับประทานเข้าไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่บอกถึงวจนภาษาทางตรงไว้ดังนี้

“ลุงบ่นมาตลอดนะ พูดถึงระยะเวลาานเป็นปีก็อาจจะได้อยู่นะ”

“พอดีมีป่าคนึงตายอยู่ข้างบ้าน ก็เลยบอกให้ลุงไปไหว้ศพ ลุงก็ไปไหว้ศพนะ หลอกให้ลุงไป เพราะเขาโวยวายอยู่ที่บ้าน จะกินยา ลุงก็ไม่สนใจ เขาไม่ฟังใครเลย”

“สักพักยกก็ออกฤทธิ์ ลุงมันก็ตื่น แข็งขามันก็สั้น สั้นเยอะขึ้นๆ ก็กลับเข้าไปนอนที่นอนตอนแรกนอนที่เป็นปาก ที่นี้มันสั้น เรากลับก็กลัวนะ ชะโงกดูบ้างไม่ดูบ้าง ลุงบอกว่า จะกินยาตายแล้ว เรากับคนข้างบ้านไปดูเพราะอยู่ด้วยกัน เราก็ยืนดูว่าจริงหรือไม่จริง”

(E1.1, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

“ไม่มีนะ หาที่ไหนก็ไม่เจอ ทุกครั้งมันก็จะเขียนไว้ เขียนว่ารักลูกรักเมีย แต่ครั้งนี้ไม่มี เมื่อก่อนถ้าทะเลาะกันนะจะมี มันจะเขียนใส่กระดาษไว้ เขียนไว้ทุกครั้งก่อนจะทำ เขียนไว้ว่ารักลูก เลิกกับเมียก็ไม่ได้”

“มันก็ไม่ได้บอกอะไรกับพี่นะ แต่มันบอกกับน้ำที่บ้านอยู่ตรงข้ามบ้านที่พี่ไปนอนนะ เขาถามเอาข้าวให้มันกิน มันบอกว่า ไม่กิน วันนี้จะตาย เขาก็ไม่ได้พูดกับเรานะ มันบอกว่าวันนี้จะตาย เท่านั้นแหละ”

(E2.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“ซัก 1-2 วัน พูดตามร้านค้า มันออกไปซื้อของกินนะ เขาก็ว่า พูดแบบนี้อยากตายหรือไง มันก็พูดแบบนี้ คนมันเคยพูดเล่นกันนะ”

(E6.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“มีพี่อีกคนเขาทำธุรกิจเดียวกัน จะไปโอนรถ โอนเงินด้วยกัน พี่คนนั้นอยู่ป่าสี่เสียดนะ แกโทรหาพี่คนนั้นเพราะแกรู้ว่า ตีสองพี่จะไม่เปิดโทรศัพท์ โทรบอกว่ากินยาไปแล้วนะ พอโทรบอกกว่า เขาจะมา”

(E7.2, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

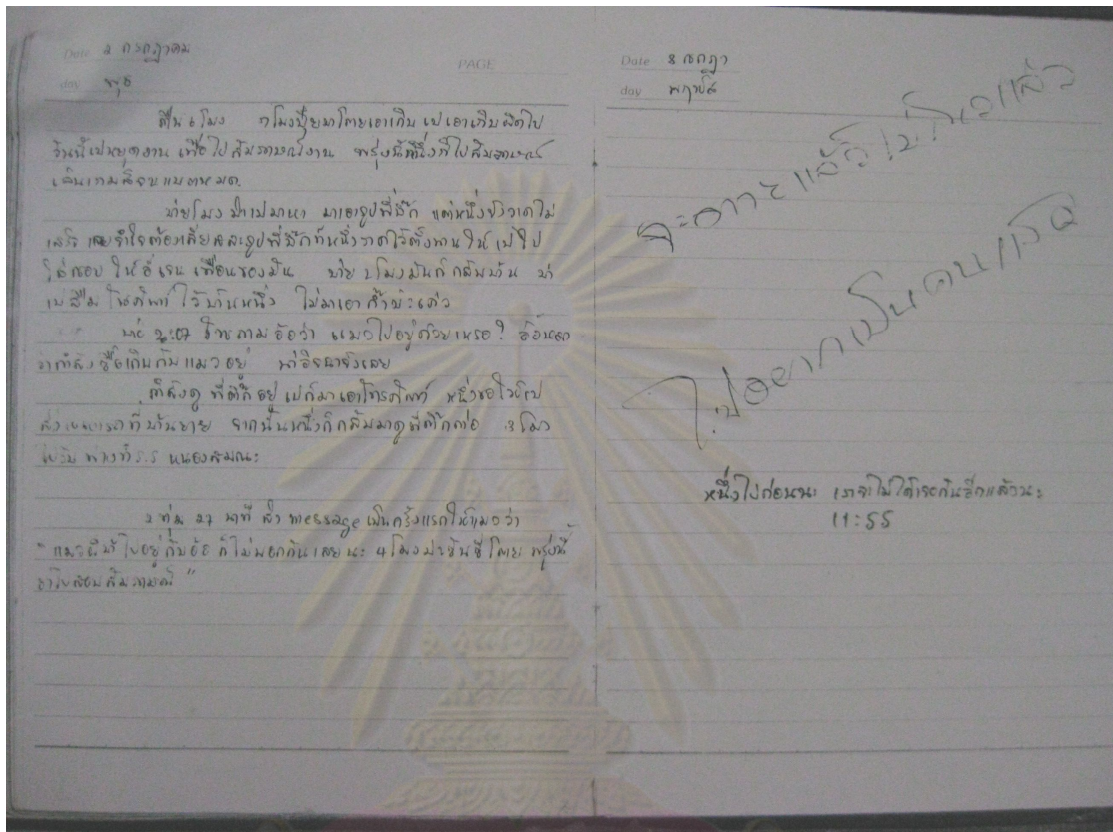
“ผมไม่ได้อ่านทุกหน้านะ แต่ที่เขียนไว้ก็แบบว่า วันนี้ทำอะไร ไปเที่ยวที่ไหน แล้วหน้าสุดท้ายก็เขียนตอนแกจะตายตอน 11.55 น. บอกว่า กูไม่ไหวแล้วโว้ย กูจะตายแล้ว หนึ่งจะไม่อยู่แล้ว เขียนขีดเส้นใต้ไว้เลย แต่ไดอารี่ผมยังไม่ได้ไปเอามานะครับ”

(E8.3, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

ซึ่งวัจนภาษาทางตรงที่ผู้วิจัยได้พบในการศึกษาคั้งนี้ เป็นสมุดบันทึกประจำวันของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้บันทึกข้อความในแต่ละวันไว้ว่าได้ทำกิจกรรมใดบ้างในแต่ละวัน โดยเฉพาะในบันทึกหน้าสุดท้ายนั้น ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้เขียนบันทึกสั่งลาไว้ก่อนที่จะจบชีวิตของตัวเองลงด้วยการแขวนคอ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกในวินาทีสุดท้ายก่อนที่จะลงมือกระทำ



การฆ่าตัวตายว่า ไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว พร้อมบอกเวลาในขณะที่ลงมือ ตามที่แสดงในรูปภาพต่อไปนี้



ภาพแสดงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะวัจนภาษาทางตรง

### 2. วัจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้อ้อยคำพูดหรือการเขียน แต่ไม่ได้เป็นข้อความที่บอกอย่างตรงไปตรงมาว่าจะฆ่าตัวตาย จะบอกเป็นนัยแทนว่าจะไม่มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว จากการวิจัยพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีการใช้วัจนภาษาทางอ้อมในการสื่อสารกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการสื่อสารที่แตกต่างกันออกไป บางรายอาจพูดเป็นนัยเหมือนจะสั่งเสีย บางรายก็มีอาการประสาทมืดมัว เช่น

“ลูกมันไม่ทำหรรอก มันเคยบอกถ้าพ่อกับแม่ตายนะ ไปอยู่กับตาที่ยายนะ เราก็กลัว ชาวบ้านก็ว่าเราว่าอย่าไปไว้ใจนะชนมันไปบ่บัด”

(E2.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“ไปกันหลายคน 4 – 5 คนเลย ไปกินด้วยกัน กลับมาปุ๊บก็มานั่งกินข้าวที่บ้านกัน แล้วเขาก็บอกว่า แอ็ด กูรักมึงนะ อย่างนั้นอย่างนี้ แล้วก็ฝากบอกแม่ด้วยว่า รักแม่มาก”

“ใช่ๆ ก่อนจะออกจากบ้าน เขาก็พูดว่าถ้าเขาตายให้แอ็ดบวชให้ด้วยนะ ยายยังบอกว่าทำไมพูดอย่างนั้น”

(E3.1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“ตอนที่ตีแม่เหล้าไปสักครู่ค่ะ ถึงบอกว่าจะมีคนมาทำร้าย ตอนนั้นมีอ้ายถนอม โยธาแสนอยู่ด้วย ครูเดียว ตอนที่พี่มาดูก็เห็นเหมือนว่าอาการจะหนักและคิดว่าจะนำไปส่งโรงพยาบาลแล้วเขาก็หายไปเลย ตามหากก็ไม่พบ ให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศช่วย”

“เขาไปคนแถวนั้นเขาก็บอกว่า ลุงได้บ่นว่าตำรวจแถวบ้านจะมาฆ่าแล้วก็เดินไปเลย”

(E5.1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“มีแต่ว่ามันเขียนว่า ชี้เกียจมาทำให้น้องทุกข์ มันเขียนตรงเสาบ้าน มันก็ถ้าจะไม่ขึ้น (บ้า) มันก็น่าจะปกตินี้แหละ น่าจะคิดมาก มันลาพี่น้อง เอ็นดูพี่น้อง ไม่ต้องเป็นห่วงแล้วละ”

(E6.1, สัมภาษณ์, 5 ธันวาคม 2553)

“แกเคยพูดว่า ตายเท่านั้นที่จะหลุดพ้น แกเคยบอกว่าจะกลับไปอยู่บ้าน แต่ว่าแฟนแกจะตามหาทุกที่เลยที่ไป”

(E7.2, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

“ก็ก่อนหน้าวันที่เขาจะตาย เขาก็พูดว่า สักวันหนึ่งโทรศัพท์นี่จะเป็นของหนูๆ แต่ผมก็ไม่ได้คิดอะไรนะ”

“ก่อนวันสองวันนี้แหละ แกก็พูดว่า ถ้าตายแล้วเงินที่เหลือสมาชิกให้สร้างบ้านให้กับผม”

(E8.3, สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2553)

### 3. วจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความ แต่มีลักษณะการกระทำที่บ่งบอกว่าผู้จะฆ่าตัวตายต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตอย่างชัดเจน ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามี 1 รายที่มีการแสดงออกอย่างชัดเจนว่ามีการเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยการไปซื้อสารกำจัดแมลงมาเก็บซ่อนไว้ ทางญาติพยายามค้นหาแต่ไม่พบ ดังนั้นแสดงว่าญาติมีการรับรู้ในสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตายนี้แต่ไม่ได้มีการเฝ้าระวังตลอดเวลา เช่น

“ยานี้ลุงมันเอาซ่อนมิดชิดเนาะ มันคงจะมียานะ ถ้าลุงจะบ่นว่ากินยา น้องเขาต้องไปหาตามที่เอาไปซุกไว้ตามซายคา ว่าลุงมีจริงหรือว่าไม่มีจริง ลุงมันเอาเก็บไว้อย่างมิดชิด เปิดดูที่ที่นอนก็ไม่เจอ”

(E1.1, สัมภาษณ์, 3 ธันวาคม 2553)

### 4. วจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย แต่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทางกายอย่างมีนัย ทั้งนี้อาจเป็นพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น เปลี่ยนเป็นคนอารมณ์ดี ทั้งๆ ที่ปกติเป็นคนเงียบขรึม จนบุคคลใกล้ชิดสังเกตเห็นได้ แต่ไม่ได้คิดว่าจะเป็นสัญญาเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดจึงไม่ได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่ ดังตัวอย่างนี้

“ตอนนั้นพ่อจะเอาเงินให้แล้ว แต่เขาก็ไม่ยอมกลับ บอกว่าไม่กลับแล้ว ชายของหมดเลย ทั้งเสื้อทหาร กางเกงทหาร ชุดทหารชายหมดเลย พ่อก็บอกให้กลับเถอะ”

(E3.1, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2553)

“รู้สึกวันก่อนที่จะฆ่าตัวตายจะพูดกับพ่อดีมาก อารมณ์ดี หัวเราะ ยิ้มแย้ม ก็แปลก เหมือนกันนะ ปกติเขาเป็นคนเงียบๆ แต่วันนั้นแกมานอนหนุนตักพ่อ แต่ไม่ได้พูดอะไรเลย เราก็แปลกใจเหมือนกันนะ”

“โทรหาน้องสองครั้งแต่น้องไม่รับโทรศัพท์ ลักษณะคล้ายๆ ปิดโทรศัพท์นะ เลยโทรหาคนข้างบ้านชื่อป้าจันทร์ ป้าก็บอกว่าน้องออกไปแล้วตั้งแต่ตอน 9 โมงกว่าๆ เราก็สงสัยแล้วว่าทำไมไม่รับสายแต่ป้าจันทร์ก็ยืนยันว่าน้องออกไปแล้ว เราก็อุ่นใจก็แค่นี้ หลังจากนั้นก็อย่างที่เล่าว่าน้องโทรมาตอน 11 โมงกว่า พอโทรกลับไปก็ไม่รับแล้ว”

(E8.1, สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2553)

#### ตารางที่ 12 ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายของผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

รายชื่อ	ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Warning Sign)			
	วัจนภาษาทางตรง	วัจนภาษาทางอ้อม	อวัจนภาษาทางตรง	อวัจนภาษาทางอ้อม
D1			เดินไปหยิบยาฆ่าแมลงมากินยาต่อหน้าสามีเพื่อเป็นการประชด	

D2		<p>ตอนที่จะทำร้ายตนเองได้พูดว่า พ่อ (พ่อของลุงซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว) จะเอาไปละ จะเอาไปอยู่ด้วย ภรรยา จึงถามว่าทำไมไม่นอน ทำอะไรอยู่ จึงบอกว่า กินยาแล้วนะ ในห้องน้ำ</p>		<p>เปลี่ยนเสื้อผ้ามาใส่ชุดที่ดีที่สุด เหมือนเตรียมจะไปข้างนอก แต่ภรรยาคิดว่า เป็นสิ่งผิดปกติ เลยมาพูดคุยถามว่าเป็นอะไร</p>
D3	<p>บ่นว่าอยากตาย ไม่อยากอยู่ (แต่ไม่แน่ใจว่าจะทำจริงหรือไม่) ในวันที่จะทำร้ายตนเอง</p>			

### การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนการทำร้ายตนเองผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีการสัญญาณเตือนก่อนการทำร้ายตัวตายทุกคน ซึ่งมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป บางรายฆ่าตัวตายเพราะต้องการประชดบุคคลใกล้ชิด คนรักหรือสามี บางรายทำไปเพราะรู้สึกว่ามีใครต้องการ ตัวเองดูไร้ค่า โดย 1 ใน 3 รายของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ทำให้บุคคลใกล้ชิดเพียงบางคนในครอบครัวเท่านั้นที่เริ่มมีการเฝ้าระวังผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เพื่อไม่ให้เกิดการพยายามทำร้ายตนเองซ้ำขึ้นมาอีก ยกตัวอย่างเช่น ถ้าในเวลากลางคืนเห็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดนอนไม่หลับ ลูกขึ้นมาแต่งตัว ก็จะถามว่าแต่งตัวไปไหน ทำอะไร นอกจากนี้บางรายก็มีการเตรียมการหาอุปกรณ์ใกล้ตัวเพื่อนำมาทำร้ายตนเอง แต่บังเอิญว่ามีบุคคลใกล้ชิดเดินผ่านมาพบพอดี จึงไม่ได้ลงมือกระทำ ทำให้ความพยายามนั้นสิ้นสุดไป ในส่วนของระยะเวลาการแสดงสัญญาณเตือนก่อนการ

ฆ่าตัวตายนั่นส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงก่อนจะฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ รวมทั้งญาติและบุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ทำให้สามารถแบ่งลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

### 1. วจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียนออกมาตรงๆ อย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการวิจัยพบว่าสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่แสดงออกมานั้นเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการฆ่าตัวตาย ผู้รับสารหรือญาติบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้และเข้าใจว่าอยากฆ่าตัวตายแต่คิดว่าคงไม่ได้ทำจริง จึงไม่ได้มีการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างรอบคอบ ดังตัวอย่างนี้

“วันนั้นอาทิตย์บ่นๆ ว่าอยากตาย ไม่อยากอยู่ ไม่รู้ว่าอยากทำจริงๆ หรือเปล่า แล้ววันนั้นก็มึนงาน ไปกินเหล้ามา แล้วก็ทะเลาะกับแฟนด้วย พ่อก็เห็นเขาตั้งเข็อกมาถือไว้ พ่อเห็นพ่อแล้วก็โยนทิ้งไป พ่อก็เลยบอกเขาว่าอย่าคิดอะไรโง่ๆ ให้คิดถึงพ่อแม่ พ่อกับแม่จะเสียใจแค่ไหน เมื่อนี้เขายังเป็นคนอื่นอยู่”

(D3.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

### 2. วจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียน แต่ไม่ได้เป็นข้อความที่บอกอย่างตรงไปตรงมาว่าจะฆ่าตัวตาย จะบอกเป็นนัยๆ แทนว่าอาจจะไม่มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว จากการวิจัยพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 1 ราย มีการใช้วจนภาษาทางอ้อมในการสื่อสารกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดว่ามีบรรพบุรุษที่เสียชีวิตไปแล้วจะมารับไปอยู่ด้วย เช่น

“เราก็สังเกต เวลาตอนที่แกจะทำร้ายตนเองนะ จะพูดว่า พ่อ (พ่อของลุงซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว) จะเอาไปละ จะเอาไปอยู่ด้วย”

(D2.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

“ครั้งแรก ลุงว่าพ่อลุงจะมาเอา ป้าก็ถามว่าจะมาเอาไปทำอะไร ตอนนั้นตีหนึ่งแล้ว ก็มาแอบดูแล้วถามว่าทำอะไร พ่อดีในบ้านมียาฆ่าเห็บ ป้าถามว่าทำไมไม่รู้จักหลับจักนอน ทำอะไรอยู่

ลูกบอกว่า กินยาแล้วนะ ป้าถามว่ากินที่ไหน บอกว่าในห้องน้ำ พอรู้แล้วป้าก็วิ่งไปเรียกแม่ลูกมา ก็ช่วยกันหามส่งโรงพยาบาล นอนที่โรงพยาบาลได้ 4 คืนออกมาแล้ว ก็อาการดีขึ้น”

(D2.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)

### 3. อวัจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความ แต่มีลักษณะการกระทำที่บ่งบอกว่าผู้จะฆ่าตัวตายต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตอย่างชัดเจน ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามี 1 รายที่มีการแสดงออกอย่างชัดเจนว่าพยายามฆ่าตัวตาย เพราะต้องการประชด ทั้ๆ ที่ไม่ได้ตั้งใจอยากตายจริง เช่น

ผู้สัมภาษณ์: ต้องขออนุญาตตามนะคะ ทำไมตอนนั้นถึงคิดที่จะใช้วิธีดื่มยาเพื่อเป็นการทำร้ายตนเอง

D1 : ก็ดื่มประชดเขานี้แหละ

ผู้สัมภาษณ์: ขอโทษนะคะ ใช้ยาอะไรนะคะ

D1 : เป็นยาอะไรนะ...ยาแพบโบแซปบิน เป็นยาฆ่าหญ้า แต่ไม่ได้กินมาก (หัวเราะ) แต่ประชด แล้วเขาก็พาไปโรงพยาบาล

ผู้สัมภาษณ์: กินแคไหนคะพี่

D1 : กินนิดเดียว

ผู้สัมภาษณ์: คือ ใสแก้วแล้วดื่มเลยหรอคะ

D1 : คะ ดื่มเลย นิดเดียว

ผู้สัมภาษณ์: แล้วพอเราดื่มไปแล้ว หลังจากนั้นใครมาเจอคะ พี่ช่วยเราให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ

D1 : ก็กินต่อหน้าแฟนเลย

### 4. อวัจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย แต่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทางกายอย่างมีนัย ทั้งนี้อาจเป็นพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น

มีการเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่เพื่อให้ตนเองดูดีก่อนจะตาย จนบุคคลใกล้ชิดสังเกตได้ แต่ไม่ได้คิดว่าจะเป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น

“ก่อนแกจะกิน แกจะเปลี่ยนเสื้อผ้าหมด ชุดเก่าเปลี่ยนใส่ชุดใหม่ ใส่รองเท้ากะว่าแกจะนอนตาย”

(D2.1, สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2553)



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการแสวงหาความรู้โดยอาศัยแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเน้นการได้สัมผัสกับข้อมูลโดยตรงมาใช้ในการศึกษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาที่ให้บริการประจำที่โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคคลใกล้ชิดผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นจำนวนทั้งหมด 48 คน

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน – 25 ธันวาคม 2553 และสามารถสรุปผลการศึกษาตามปัญหาคำวิจัยได้ดังนี้การวิจัยเรื่อง การสื่อสารกับกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อ

1. เพื่อศึกษาการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

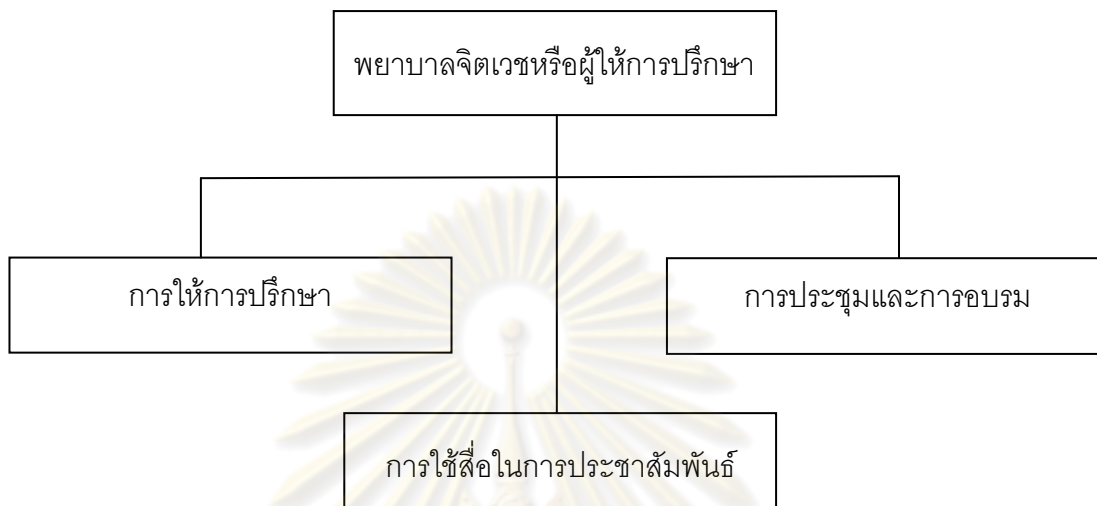
#### สรุปผลการวิจัย

ปัญหาคำวิจัย ข้อที่ 1 การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### บทบาททางการสื่อสารของผู้ที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

การถ่ายทอดและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาโดยทำการสื่อสารไปยังผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในลักษณะบนลงล่าง (Downward Communication) ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้

1. **พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา** มีการใช้รูปแบบในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 3 ลักษณะดังนี้



#### 1). การให้การปรึกษา

รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางที่เป็นกึ่งทางการนั้นเป็นลักษณะการสื่อสารในการให้การปรึกษาและติดตามการรักษาผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการสื่อสารในรูปแบบการสนทนาพูดคุยเพื่อใช้เป็นวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งการสนทนาพูดคุยเป็นเป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษากับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

-กลวิธีในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษาผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

##### 1. กลวิธีในการวิเคราะห์และประเมินผู้รับสาร

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการได้มีการวิเคราะห์ผู้รับสารโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ในภาพรวมในตัวบุคคลที่มารับบริการ ซึ่งใช้วิธีการสังเกตจากลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ และลักษณะต่างๆ ที่แสดงออกมาขณะสนทนา รวมทั้งการคุยเพื่อสอบถามเรื่องต่างๆ ที่ผู้ใช้บริการกำลังเผชิญปัญหาอยู่

##### 2. กลวิธีในการเข้าถึงและแสดงความเป็นมิตร

การสร้างความเป็นมิตรเป็นการเริ่มต้นการเข้าถึงผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย จะได้รับรู้ถึงความมั่นใจและเชื่อใจพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา ซึ่งมีลักษณะดังนี้

##### 2.1 การเริ่มต้นทักทายแสดงความเป็นมิตร

เพื่อสร้างความคุ้นเคยกันและเพื่อให้เกิดความสนิทสนมรู้สึกเป็นกันเองระหว่างพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

## 2.2 การใช้คำถามเพื่อเปิดใจ

เพื่อเป็นการเปิดใจผู้มารับบริการ ทำให้รู้สึกไว้วางใจและเปิดใจยินดีรับบริการการศึกษา

## 2.3 ความเข้าใจ ความเห็นใจซึ่งกันและกัน

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการพยายามสร้างความเข้าใจร่วมกันในขณะทำดำเนินการสนทนากับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

## 2.4 ความอ่อนโยนและโอบอ้อมอารี

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจึงต้องให้การสื่อสารในลักษณะการสนทนาแสดงออกมาให้ผู้ใช้บริการเห็นว่ามีความต้องการจะช่วยเหลืออย่างเต็มที่

## 3. กลวิธีในการเลือกใช้ภาษาและคำสรรพนาม

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้คำสรรพนามเรียกแทนผู้มารับบริการ และเลือกใช้ภาษาเดียวกัน คือ ภาษาถิ่น เพื่อสร้างความเป็นกันเอง เช่น อู๋ย ลุง ป้า อ้าย น้อง เป็นต้น

## 4. กลวิธีในการจัดการกับอารมณ์

การจัดการอารมณ์ เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งขณะที่ทำการให้การปรึกษา ซึ่งการจัดการอารมณ์นั้นแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

### 4.1 การผ่อนคลายอารมณ์ของผู้ใช้บริการ

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีลักษณะการสนทนาเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ของผู้ใช้บริการในแนวทางเดียวกัน คือ การถาม หรือสะท้อนความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่ตนสัมผัสได้กลับไปให้ผู้ใช้บริการรู้ว่ามีคนที่กำลังเข้าใจความรู้สึกของตนอยู่

### 4.2 ความมั่นคงทางอารมณ์ของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการต้องเตรียมตัวเองให้พร้อมในการให้บริการการปรึกษา ต้องไม่โอนเอียงไปตามอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ต้องพยายามไม่มีอารมณ์ร่วมไปกับผู้ให้บริการ

### 4.3 วิธีผ่อนคลายอารมณ์ของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารในการผ่อนคลายอารมณ์ของตนเองจากการให้การปรึกษา เช่น กลับบ้านไปพูดคุยกับลูกหรือสามี

## 5. กลวิธีในการประเมินความพึงพอใจ

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้วิธีการสังเกตเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยสังเกตจากลักษณะพฤติกรรม ชักถามความรู้สึกหลังจากได้รับบริการแล้ว โดยที่ผล

การประเมินนี้จะถูกเก็บไว้เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการใช้การให้การปรึกษาในครั้งต่อไป

-กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ในการสื่อสารของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษา เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้รับการให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และมีประโยชน์ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้หลักจิตวิทยา

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการใช้กลยุทธ์ในการสื่อสาร และมีเป้าหมายเดียวกันคือการเป็นผู้รับฟังที่ดีในการรับฟังปัญหาของผู้มาใช้บริการ ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ใช้บริการพยายามให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง สามารถอดทนต่อปัญหาและสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจให้กับผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังมีการใช้อวัจนภาษา มาใช้เป็นกลยุทธ์การสื่อสารตามหลักจิตวิทยาการสื่อสาร ที่ช่วยให้ผู้ให้บริการรู้สึกผ่อนคลายความเครียด เช่น ค่อยๆ หลับตา หายใจเข้าออกลึกๆ

2. กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการใช้หลักธรรมคำสอนทางศาสนามาประยุกต์ในการช่วยผ่อนคลายอารมณ์และจัดการกับความเครียดในใจของผู้ใช้บริการ เช่น ให้ผู้ให้บริการคิดถึงบทสวดมนต์ บทแผ่เมตตา มาลองสวดในขณะที่มีภาวะเครียด เพื่อช่วยทำให้จิตใจเย็นขึ้น

-ปัญหาและอุปสรรคในขณะให้การปรึกษา

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมักประสบปัญหาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในระหว่างการให้การปรึกษาของแต่ละกรณี ดังนั้นพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะส่วนตัวในการจัดการกับปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งปัญหาและอุปสรรคออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ส่งสาร

อุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้ส่งสารในฐานะพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ เรื่องข้อจำกัดในความพร้อมที่จะให้บริการให้การปรึกษา

2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากตัวผู้รับสาร

ผู้รับสารหรือผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ต้องการหาที่พึ่งทางใจ ต้องการหาที่ปรึกษา หรือต้องการบอกเล่าถึงปัญหาในใจของตนเองออกมา ทำให้อารมณ์ของผู้ใช้บริการอาจอยู่ในภาวะที่แปรปรวน ผู้ส่งสารอาจไม่สามารถตีความและเข้าใจได้ถูกต้อง

### 3. ปัญหาและอุปสรรคจากปัจจัยภายนอก

เป็นบริบทแวดล้อมภายนอกบุคคล เช่น ในขณะที่เป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารกำลังทำการสื่อสารกันอยู่มีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น หรือมีเจ้าหน้าที่ท่านอื่นเดินเข้ามาในห้องขณะกำลังสนทนาให้การปรึกษา

### 2). การประชุมและการอบรม

การประชุมหรือการอบรมนี้มีลักษณะเป็นการสื่อสารในรูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่เป็นกึ่งทางการ โดยที่พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือประชาชนทั่วไป ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

### 3). การใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาได้มีการใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์ในการกับให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งมีการใช้รูปแบบในการติดต่อสื่อสารอยู่ 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

#### -กิจกรรมประชาสัมพันธ์

เป็นการติดต่อสื่อสารโดยใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่เป็นกึ่งทางการ ซึ่งพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาในฐานะสื่อบุคคลมีการออกไปเผยแพร่ความรู้ไปยังสมาชิกในชุมชน

#### -บอร์ดประชาสัมพันธ์

พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษามีการติดต่อสื่อสารโดยใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารทางเดียวที่เป็นกึ่งทางการในลักษณะบอร์ดประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย

## 2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

มีหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้มีบทบาทโดยตรงในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษา แต่มีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้ทราบว่าผู้มารับบริการมีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่ ทั้งยังเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบการจัดประชุมอบรมให้ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในตนเองและการให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ อสม. นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

### 3.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

มีการติดต่อสื่อสารในรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางที่ไม่เป็นทางการ เป็นลักษณะการสนทนาพูดคุยระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย โดยอสม. ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตว่าสมาชิกในชุมชนของตนมีผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ อสม. ยังเป็นสื่อบุคคลที่มีบทบาทในการสื่อสารโดยใช้วิธีการสังเกตและเฝ้าระวังไม่ให้กลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจึงมีความใกล้ชิดกับสมาชิกชุมชนเป็นอย่างดี และทำหน้าที่ถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ที่ได้รับจากการประชุมอบรมไปยังสมาชิกในชุมชนโดยวิธีการสนทนาพบปะพูดคุยด้วย

ปัญหานำวิจัย ข้อที่ 2 การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

รูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการสื่อสารออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

#### 1.การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้มีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุยกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ลูก ป้า น้า อา หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดกันแบบความสัมพันธ์ส่วนตัว ซึ่งการสื่อสารมีลักษณะดังนี้

-การสนทนาพูดคุยเพื่อปรึกษา

การสื่อสารโดยใช้การสนทนาพูดคุยเพื่อปรึกษานับเป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ผู้พยายามฆ่าตัวตายบางรายไม่ชอบการสนทนา ไม่ชอบพบปะพูดคุยหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด แม้ว่าจะจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทก็ตาม

-กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายมีวิธีการสื่อสารที่จะทำให้บุคคลใกล้ชิดเปลี่ยนแปลงใจไม่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตายนั่นถือเป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

### 1. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อให้เห็นถึงคุณค่าในตนเอง

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อให้เห็นถึงคุณค่าในตนเองด้วยการสนทนาพูดคุยกัน เป็นวิธีการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเห็นถึงคุณค่าในตนเอง รู้ว่าการมีชีวิตอยู่ต่อนั้นก็มีความหมายต่อบุคคลอื่น

### 2. กลยุทธ์การสื่อสารโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา

กลยุทธ์การสื่อสารโดยการนำหลักธรรมทางศาสนามาใช้สื่อสารให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเปลี่ยนความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เช่น การใช้หลักการตั้งสติ รู้ตนเอง ระวังความโกรธหรือโมโห เป็นต้น

### 3. กลยุทธ์การสื่อสารโดยใช้การยกตัวอย่างจากเหตุการณ์จริง

การใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการยกตัวอย่างจากเหตุการณ์จริงที่มีบุคคลในครอบครัวเคยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าหรือการสูญเสียดังกล่าว

### 4. กลยุทธ์การสื่อสารโดยการสร้างกำลังใจ

ยุทธการสื่อสารเพื่อการสร้างกำลังใจให้ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายสามารถสร้างกำลังใจให้กับตนเองในการต่อสู้กับอุปสรรคและไม่ย่อท้อต่อปัญหาในชีวิต และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม

#### -กลวิธีในการเฝ้าระวังผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการลงมือฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจึงมีวิธีการสังเกตและเฝ้าระวังผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายไม่ให้กลับมาลงมือกระทำอีก โดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาในเชิงของอวัจนะ ที่บุคคลใกล้ชิดในฐานะผู้รับสารต้องทำการตีความหมายนั้นให้เข้าใจ

-ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ปัญหาหรืออุปสรรคได้เกิดขึ้นจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะนิสัยไม่ชอบแสดงออกและเปิดเผยปัญหาที่ตนเองเผชิญในการดำเนินชีวิตในขณะนั้น

## 2. การสื่อสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคลใกล้ชิด โดยมีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการในลักษณะการสนทนาพูดคุย ซึ่งรูปแบบการสนทนาที่พบในการวิจัยนี้มีลักษณะดังต่อไปนี้

- การสนทนาพูดคุยเพื่อบอกเล่าปัญหา

การสนทนาพูดคุยเป็นการสื่อสารสำคัญที่ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้บอกเล่าปัญหาในชีวิต สาเหตุของความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์และความรู้สึก ให้บุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนได้ทราบ

หลังจากที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ทำการสนทนากับบุคคลใกล้ชิดแล้วนั้น ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดการสื่อสารภายในตนเอง เพื่อเป็นการจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวล เช่น เอาหลักธรรมคำสอนของศาสนามาใช้จัดการกับสุขภาพจิตใจและอารมณ์ของตนเอง

- กลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ

การสื่อสารโดยการให้กำลังใจในการใช้คำพูดสนทนานั้น สามารถทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดความคิดบวกกับชีวิต มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาทางสุขภาพของตนเอง

- ปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในฐานะของผู้รับสาร จากผลการวิจัยพบว่า ในการสื่อสารระหว่างผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดนั้นส่วนใหญ่ผู้มีภาวะนี้จะไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โรคเครียด หรือโรควิตกกังวล

2. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากบุคคลใกล้ชิด

บุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในฐานะของผู้ส่งสาร จากผลการวิจัยพบว่าบุคคลใกล้ชิดบางท่านไม่รู้ว่าเป็นเพื่อนของตนเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารก็คือ ไม่ได้มีการสังเกตหรือการเฝ้าระวัง



### ปัญหานำวิจัย ข้อที่ 3 การรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Warning Sign) เป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาในลักษณะของวจนภาษาและอวจนภาษาที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้กระทำก่อนที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตาย ลักษณะสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

#### 1. วจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียนออกมาตรงๆ อย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ผู้รับสารหรือญาติบุคคลใกล้ชิดผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจว่าอยากฆ่าตัวตายแต่คิดว่าคงไม่ได้ทำจริง จึงไม่ได้มีการเฝ้าระวัง ตัวอย่างเช่น การพูดออกมาเลยว่า จะฆ่าตัวตาย

#### 2. วจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้ถ้อยคำพูดหรือการเขียน แต่ไม่ได้เป็นข้อความที่บอกอย่างตรงไปตรงมาว่าจะฆ่าตัวตาย จะบอกเป็นนัยแทนว่าจะไม่มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว ตัวอย่างเช่น ผู้ตายบอกว่ารักเพื่อนและฝากให้เพื่อนดูแลแม่ให้ด้วย

#### 3. อวจนภาษาทางตรง

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความ แต่มีลักษณะการกระทำที่บ่งบอกว่าผู้จะฆ่าตัวตายต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตายเดินไปหยิบสารกำจัดแมลงมาดื่มในทันทีระหว่างทะเลาะกับสามี

#### 4. อวจนภาษาทางอ้อม

เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย แต่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทางกายอย่างมีนัย รวมทั้งพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปจากเดิม ตัวอย่างเช่น กรณีที่ผู้ตายมาเล่นนอนหนุนตักบิดา หัวเราะ ยิ้มแย้ม ซึ่งปกติเป็นคนเงียบขรึม

จากผลการวิจัยพบว่า สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่แสดงออกมานั้น บุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายไม่ได้ให้ความสนใจในคำพูดหรือวจนภาษา และพฤติกรรมที่แสดงออกหรืออวจนภาษา แต่มานึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นได้เมื่อเกิดการฆ่าตัวตายไปแล้ว

## อภิปรายผล

### การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ให้การปรึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากผลสรุปการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยได้พบว่าบทบาททางการสื่อสารของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในเรื่องการถ่ายทอดข่าวสาร เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องปัญหาทางสุขภาพจิต วิธีการคลายเครียด การสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจ รวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยและสาเหตุของการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายนั้น เริ่มต้นจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาที่มีการถ่ายทอดไปยังเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทิศทางการไหลของสารในลักษณะบนลงล่าง (Downward Communication) เนื่องจากพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องของสุขภาพจิตดีที่สุดในระดับประจำโรงพยาบาลชุมชน

ลักษณะการสื่อสารของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาในฐานะของผู้ส่งสารนั้น มีการใช้รูปแบบการสื่อสารในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ 3 ลักษณะ คือ การให้การปรึกษา การประชุมและการอบรม และการใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษาใช้การสื่อสารรูปแบบการให้การปรึกษาในการให้บริการผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ดังเช่นแนวคิดของ Westley and Mac Lean (1957) ที่ได้กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเผชิญหน้า ซึ่งพบว่าพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษากับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายสามารถที่จะรับรู้ สัมผัสความรู้สึกของกันและกัน จึงเป็นลักษณะการสื่อสารที่สำคัญมากในการให้การปรึกษา ซึ่งจากลักษณะการสนทนาพูดคุยเพื่อผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล พร้อมทั้งรับฟังปัญหาต่างๆ จากผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาคริต สูดสายเนตร (2539) ที่พบว่า วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตาย ในรูปแบบของการให้การปรึกษา เป็นแนวทางวิธีการสื่อสารโดยผู้ให้การปรึกษานับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง และงานวิจัยของ สุวิมล ผู้ดี (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยจากการพยายามฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางให้มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง

จากผลการวิจัยพบว่า ในการสื่อสารเพื่อให้การปรึกษาของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ นั้นมีการใช้กลวิธีการสื่อสารมาใช้ในการสนทนาเพื่อให้การสื่อสารแต่ละครั้งประสบความสำเร็จ ซึ่งก่อนที่จะมีการสนทนาพูดคุยนั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะต้องใช้ลักษณะการพูดคุยเพื่อเริ่มต้นเข้าถึงและแสดงความเป็นมิตรกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย โดยการใช้น้ำคำพูดในการถามเพื่อให้ผู้ใช้บริการแสดงออกถึงความรู้สึก และเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและเชื่อใจ พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ แต่ไม่ได้มีลักษณะความใกล้ชิดสนิทสนมกันแบบเครือญาติ แต่เป็นมิตรจนทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจที่จะเล่าปัญหาของตนให้บุคคลอื่นฟัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร (2541) ที่พบว่า กลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช มีการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อบำบัด ซึ่งเรียงลำดับการใช้จากมากไปหาน้อย คือ การถาม การกล่าวยืนยัน การกล่าวชี้แนะ การกล่าวแสดงออก การกล่าวผูกพัน การนั่งเงียบ และการขอโทษหรือการออกตัว ทั้งยังเป็นกลวิธีการประเมินผู้รับสารหรือผู้ใช้บริการของพยาบาลจิตเวช ว่าควรจะใช้การสื่อสารอย่างไรให้ตรงกับพื้นฐานของผู้รับสาร นอกจากนี้ในเรื่องการใช้ภาษาและสรรพนามในการสื่อสาร พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการใช้ภาษาท้องถิ่นและการใช้สรรพนาม เช่น ชู๊ย ช้าย น้อย เป็นต้น เพื่อให้สร้างความเป็นกันเองกับผู้ใช้บริการ ทั้งนี้การใช้ภาษาท้องถิ่นเดียวกันอาจทำให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ใช้บริการได้อย่างลึกซึ้ง และในระหว่างการสนทนา พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการจะใช้การพูดคุยนี้เป็นเครื่องมือในการผ่อนคลายอารมณ์หรือลดความรุนแรงทางอารมณ์ของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้มองตัวเองชัดเจนและรู้สึกผ่อนคลายขึ้น เมื่อรู้ว่าผู้เข้าใจความรู้สึกของตน มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สามารถพัฒนาจิตใจของตนเองได้ ทั้งยังรู้จักคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญพร ศรีคช (2552) ที่พบว่า กระบวนการสื่อสารในการให้คำปรึกษาเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่สามารถนำมาใช้กับผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการควรมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีจิตใจสงบและหนักแน่น ไม่โอนเอียงไปตามอารมณ์ของผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้การปรึกษา (Murray and Huelskoetter, 1991) ที่กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ จะต้องทำความเข้าใจกับอารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ตลอดจนจุดเด่นและจุดด้อย เพื่อยอมรับตนเอง ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาตนเองในการให้การปรึกษา โดยอาจวิเคราะห์ตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการก็ได้ นอกจากนี้ก่อนการจบการสื่อสารในการให้การปรึกษาทุกครั้ง พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการควรมีการใช้วิธีการสังเกตจากลักษณะพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความพอใจ การซักถามความรู้สึกหลังจากได้รับบริการแล้วว่าผู้ใช้บริการสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้มากน้อยอย่างไร แล้วมีความพึงพอใจกับการจัดการกับปัญหาในระดับไหน มาประเมินความพึง

พอใจของผู้ใช้บริการจากการสนทนาทุกครั้ง ซึ่งผลการประเมินนี้จะถูกเก็บไว้เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการใช้การให้การศึกษาในครั้งต่อไป

ส่วนรูปแบบการสื่อสารของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการในลักษณะการประชุมและการอบรมนั้น เป็นการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจิตเบื้องต้น รวมทั้งเรื่องส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี การจัดการกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การดูแลและเฝ้าระวังเรื่องการฆ่าตัวตาย ให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือประชาชนทั่วไป ทั้งนี้การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตนั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องสอนให้กลุ่มเป้าหมายสามารถมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจน จึงจะเกิดประโยชน์ เพื่อให้บุคคลทุกกลุ่มที่มีบทบาทในชุมชนได้นำความรู้ที่ได้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้กับชุมชนของตนเองได้ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการยังมีการใช้การสื่อสารในรูปแบบของการใช้สื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ มาใช้เผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โทษจากการดื่มสุรา โทษจากยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาจากโรคทางจิตเวช ซึ่งมีการใช้รูปแบบในการติดต่อสื่อสารอยู่ 2 ลักษณะ คือ สื่อกิจกรรมประชาสัมพันธ์ และสื่อบอร์ดประชาสัมพันธ์ ในลักษณะของสื่อกิจกรรมนั้น พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการมีการสื่อสารในลักษณะการเป็นวิทยากรในการให้ความรู้ในงานกิจกรรมพิเศษต่างๆ ที่ทางท้องถิ่นจัดขึ้น ซึ่งค่อนข้างมีกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เช่น การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายก็มีแค่นักเรียน ส่วนในการใช้สื่อบอร์ดประชาสัมพันธ์ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย และการป้องกันการฆ่าตัวตาย จัดว่าเป็นการสื่อสารเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคตามหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิงพรรณ สัจจา (2549) ที่พบว่า การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่

ส่วนการสื่อสารของพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนั้น มีลักษณะการสื่อสารเมื่อมีผู้มารับบริการมีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่เท่านั้น แต่เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการใช้การสื่อสารในรูปแบบการจัดประชุมอบรมให้ความรู้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในตนเองและการให้การศึกษาเบื้องต้นแก่ อสม. นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นส่วนใหญ่แล้วการสื่อสารของพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนจะมีการเข้าถึงชุมชนเพียงครั้งคราวเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับสมาชิกในชุมชนมีรูปแบบการสื่อสารในลักษณะของการสนทนาพูดคุย เนื่องจาก อสม. ก็เป็นสมาชิกคนหนึ่ง

ในชุมชนเช่นกัน ดังนั้นข้อมูล ความรู้ ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพจิตต่างๆ นั้น ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อบุคคลในการถ่ายทอดสารนั้นไปยังสมาชิกในชุมชนที่ดีที่สุดก็คือ อสม. ซึ่งในการทำหน้าที่เป็นสื่อบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ (2549) ที่พบว่า อสม. มีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ได้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดผลดีกับการพัฒนาในชุมชน ทั้งนี้ อสม. ยังสามารถทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันภายในชุมชน ความคุ้นเคยกัน จึงทำให้การสื่อสารระหว่าง อสม. กับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นแนวคิดของ Larzarsfeld and Manzel (1986) ที่ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของสื่อบุคคลไว้ว่า การพูดคุยกันเองเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้พูดและผู้ฟังเกิดความเป็นกันเอง ทำให้ผู้ฟังยอมรับความคิดเห็นของผู้พูดได้ง่ายขึ้น

### การสื่อสารระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิด

จากผลสรุปการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยได้พบว่ารูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายกับบุคคลใกล้ชิดผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่ามีการใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารในลักษณะของการสนทนาพูดคุย เนื่องจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทำให้มนุษย์มีความเชื่อใจไว้วางใจกันในการบอกเล่าปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก ที่ตนเองมีอยู่ให้ฟัง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ดี เมื่อมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในลำดับต้นๆ รองลงมาคือคู่สมรส บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต และพระหรือนักบวช ตามลำดับ

ในการสนทนาพูดคุยนั้นเป็นการสื่อสารลักษณะตัวต่อตัว ซึ่งบุคคลใกล้ชิดผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายมีการใช้คำพูดในการให้กำลังใจผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในฐานะของผู้รับสารเพื่อให้เกิดความคิดในแง่บวกให้กับชีวิตของตน จึงมีการใช้วิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ใช้คำพูดเพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้อยากดำเนินชีวิตต่อไป ทั้งยังช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Mcroskey, Larson and Snap (1971) ที่กล่าวว่า การสื่อสารนั้นเริ่ม

จากความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารที่การกระทำแสดงออกถึงความปรารถนาดี จริ่งใจต่อผู้รับสาร ทำให้ผู้รับสารมีความเชื่อมั่นในตัวผู้ส่งสาร ดังนั้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารในสายตาผู้รับสาร จึงเป็นคุณลักษณะที่ทำให้การสื่อสารประสบความสำเร็จ

ในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายนั้น ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญอย่างที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายจึงเป็นบุคคลที่ต้องให้ความตระหนักในการสังเกตและเฝ้าระวังสมาชิกในครอบครัวว่ามีอาการซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ วิตกกังวลหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งถ้าพบว่าบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมเหล่านี้แล้ว การใช้การสื่อสารในลักษณะการสนทนาพูดคุยจึงเป็นกลวิธีในการสื่อสารในการสร้างความอบอุ่นภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในครอบครัวมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ด้วยแล้ว จำเป็นต้องพยายามใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลับมา มีสภาพจิตใจที่สมบูรณ์เป็นปกติเช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จรัสพร กิริติเสวี (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความคาดหวังต่อครอบครัวและสังคม คือความต้องการการยอมรับว่าตนเป็นบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่าสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ เพื่อจะได้มีความอบอุ่นในครอบครัว และได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นกำลังใจในการปรับตัว

นอกจากนี้หลังจากที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการสนทนากับบุคคลใกล้ชิดแล้ว แต่ส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นเป็นวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่บ้านคนเดียว ทำให้ไม่มีการสื่อสารกับบุคคลอื่น ดังนั้นจึงสะสมเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า แล้วต้องไปรับการรักษาจากศูนย์สุขภาพจิต การสื่อสารกับตนเองก็เป็นลักษณะการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้เมื่อผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายในฐานะผู้รับสารเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารในตัวเอง เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมักเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล ดังนั้นจึงใช้การสื่อสารกับตนเองเพื่อจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ ยูพา สุภากุล (2540) ที่ได้กล่าวถึง การสื่อสารภายในตนเองไว้ว่า เป็นการสื่อสารกับตนเอง เช่น การคิด การไตร่ตรองหาเหตุผล การวิเคราะห์ การทบทวนเรื่องที่พูดหรือเขียน เป็นต้น การสื่อสารที่มีผู้รับสารเพียงคนเดียวเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารในตัวเอง

## การรับรู้ต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Sign) เป็นการสื่อสารที่แสดงออกมาในลักษณะสัญลักษณ์ของสารที่เป็นวัจนภาษาและอวัจนภาษาที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้กระทำก่อนที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตาย ซึ่งจากสรุปผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย แต่การแสดงออกมาของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนแสดงออกมาทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา บางคนแสดงออกมาแค่วัจนภาษาหรืออวัจนภาษาเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับ มัลลิกา คณานุรักษ์ (2547) ที่กล่าวว่า การสื่อสารเป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ที่กระทำหรือแสดงออกด้วยสัญลักษณ์ ซึ่งมนุษย์ใช้สัญลักษณ์สื่อความหมาย ภาษาแบบวัจนะ หรือวัจนภาษา เป็นการใช้ถ้อยคำไม่ว่าจะเป็นถ้อยคำที่ใช้พูด หรือใช้เขียน ส่วนภาษาแบบอวัจนะ หรืออวัจนภาษา เป็นการใช้ภาษากายเกี่ยวกับกิริยาท่าทาง การใช้ น้ำเสียง ท่วงทีลีลาของการพูด การใช้ภาษาทั้งวัจนะและอวัจนะนี้ จะทำให้การสื่อสารเป็นไปได้ดี

ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายตามการสื่อสารที่จำแนกตามการใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสาร คือ การสื่อสารแบบใช้ถ้อยคำหรือแบบวัจนะ และการสื่อสารแบบไม่ใช้ถ้อยคำหรือแบบอวัจนะ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ลักษณะ โดยใช้เกณฑ์จากพฤติกรรมที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายแสดงออกมา ดังนี้

1. วัจนภาษาทางตรง เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้อถ้อยคำพูดหรือการเขียนออกมาตรงๆ อย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย
2. วัจนภาษาทางอ้อม เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายโดยการใช้อถ้อยคำพูดหรือการเขียน แต่ไม่ได้เป็นข้อความที่บอกอย่างตรงไปตรงมาว่าจะฆ่าตัวตาย จะบอกเป็นนัยแทนว่าจะไม่มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว เช่น กรณีที่ผู้ตายบอกน้องชายว่าวันหนึ่งเขาจะได้โทรศัพท์ของพี่ไปใช้
3. อวัจนภาษาทางตรง เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความ แต่มีลักษณะการกระทำที่บ่งบอกว่าผู้จะฆ่าตัวตายต้องการทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตอย่างชัดเจน เช่น กรณีที่ผู้ตายซื้อสารกำจัดแมลงมาซ่อนไว้เพื่อจะทำการฆ่าตัวตายในวันถัดมา
4. อวัจนภาษาทางอ้อม เป็นการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในลักษณะการแสดงออกทางกายที่ไม่ใช่คำพูดหรือการเขียนข้อความอย่างชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย แต่มีลักษณะเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทางกายอย่างมีนัย ทั้งนี้อาจเป็นพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่

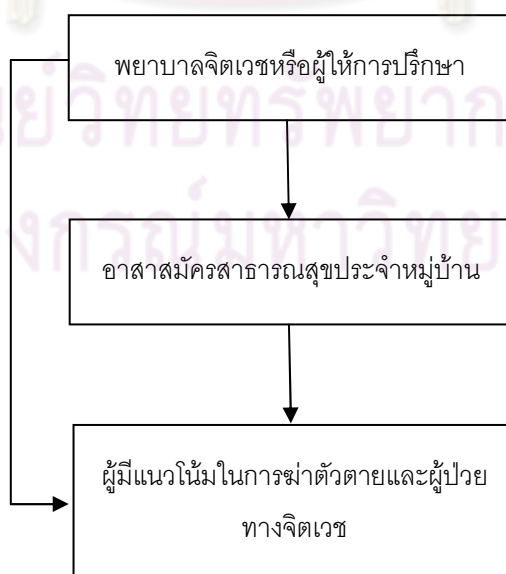
ผิดปกติไปจากเดิม เช่น เปลี่ยนเป็นคนอารมณ์ดี ใหม่ๆ ที่ปกติเป็นคนเงี้ยวขี้ม จนบุคคลใกล้ชิดสังเกตได้

ระยะเวลาการแสดงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายนั้นส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงก่อนจะฆ่าตัวตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 4 ใน 11 รายมีการฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน 60 วัน หลังจากที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว

จากผลสรุปการวิจัยข้างต้นพบว่า ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดในฐานะผู้รับสารมีการรับรู้ในพฤติกรรมการสื่อสารของผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่สามารถตีความหมายสารและเข้าใจในสารนั้นได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายลงมือกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Danuta Wasserman (2008) ที่พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดภาวะกดดันมากกว่า 6 เดือน จึงจะลงมือกระทำการทำร้ายตนเอง ซึ่งการสื่อสารสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการยากที่จะสามารถตีความได้จากภายนอก

#### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในรูปแบบของการสนทนา เป็นวิธีการสื่อสารที่สำคัญในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายจากกลุ่มผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจึงได้เสนอกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ดังนี้





ซึ่งแนวโน้มของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล ผู้วิจัยเห็นว่า บทบาทการสื่อสารของผู้ที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายควรมีลักษณะดังนี้

1). พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการ ทำหน้าที่ให้บริการการปรึกษาแก่ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายและผู้ป่วยทางจิตเวชโดยตรง ควรมีบทบาทในการสื่อสารกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประชุมหรือการอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากกว่าเดิมที่มีเพียง 1-2 ครั้งต่อปี จึงทำให้ อสม. ไม่ได้มีความรู้และความสามารถพอที่จะไปให้การปรึกษากับผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถให้การปรึกษาเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนได้ เพื่อแบ่งเบาภาระการติดตามการรักษาผู้ป่วยของพยาบาลจิตเวช ซึ่งในการฝึกอบรมนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่องการเป็นผู้ให้การปรึกษาเบื้องต้น การให้กำลังใจ การเป็นผู้รับฟังที่ดีนั้น เพื่อให้ อสม. สามารถนำความรู้ที่ได้รับกลับไปใช้ในการให้การปรึกษาในเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ทั้งยังช่วยในการเฝ้าระวังผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายไม่ให้กระทำการฆ่าตัวตาย

2). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดในระดับชุมชนมากที่สุด ถ้า อสม. สามารถใช้ความสัมพันธ์ในการสื่อสารกับสมาชิกในชุมชนในการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสร้างความตระหนักให้ อสม. ในการดูแล เฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายกับสมาชิกในชุมชนของตนให้มากขึ้น นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถทำหน้าที่เป็นสื่อบุคคลที่มีบทบาทในการให้การปรึกษาในเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายและช่วยติดตามการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช เพื่อให้ อสม. สามารถใช้คำพูดที่เสริมสร้างกำลังใจ รวมทั้งการทำผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งกลวิธีการสื่อสารนี้พยาบาลจิตเวชควรจะเป็นผู้ให้การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ อสม. มาเป็นอันดับก่อน ทั้งนี้ อสม. จะได้สามารถนำไปใช้ให้การสื่อสารกับผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายเกิดประสิทธิผลสูงสุด

3). ผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย จะเป็นผู้รับสารที่มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้บริการการปรึกษา และยังเป็นผู้รับสารที่ได้รับการถ่ายทอดสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อย่างไรก็ตามบุคคลใกล้ชิดผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอยู่แล้ว ซึ่งจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดของบุคคลในครอบครัวเดียวกันจึงควรเสริมสร้างความตระหนักในการช่วยกันสังเกตและเฝ้าระวังการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวว่ามีการแสดงออกในพฤติกรรมที่เปลี่ยนดังกล่าวหรือไม่ เพราะถ้าบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวให้ความตระหนักในพฤติกรรมนั้น จะได้ช่วยกันแก้ไข ปัญหาผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้วิธีการทางการสื่อสารในการสนทนา พูดคุยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ

2. ในการช่วยกันป้องกันและเฝ้าระวังบุคคลใกล้ชิดไม่ให้กระทำการฆ่าตัวตายนั้น จากสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้สรุปสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายที่สามารถใช้สังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบุคคลใกล้ชิดก่อนที่จะลงกระทำการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

- พยายามหาวิธีหรือวางแผนทำร้ายตนเอง เช่น ไปซื้อเชือกหรือสารเคมีมาเก็บไว้
- ชอบพูด เขียน หรือแสดงออกที่เกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผิดจากนิสัยปกติ เช่น ใช้คำพูดที่เกี่ยวกับความตาย เขียนบันทึกรายวันที่แสดงออกว่าเบื่อชีวิต
- อารมณ์แปรปรวน เช่น จากปกติเป็นคนโผงผาง หงุดหงิด ไม่ถูกใจในทุกอย่าง กลับมายิ้มดีใจ หัวเราะร่าเริง จนผิดปกติ
- แสดงความผิดหวัง ความโกรธ ความเกลียดต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างรุนแรง
- แสดงออกว่ามีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และไร้ทางออก
- มีภาวะการติดสุราเรื้อรัง หรือมีการดื่มสุราน้ำหนักขึ้น
- มีการแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม
- บริจาคของรักของตัวเองให้คนอื่น หรือต้องขายของรักของตัวเอง
- มีอาการนอนไม่หลับ มีการนอนที่ผิดปกติ เช่น ตอนกลางคืนไม่ยอมนอน
- ล้าลาครอบครัว เพื่อนสนิทมิตรสหาย
- มีการแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าชุดเก่า เหมือนต้องการจะไปไหน

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งต่อไปมีความแม่นยำและครอบคลุมยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาในลักษณะนี้ในเขตภูมิภาคอื่นเพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ศึกษาเป็นเพียงแค่หมู่บ้าน 2 หมู่บ้านเท่านั้น ซึ่งอยู่ในเขตภูมิภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงของประเทศไทย ดังนั้นถ้าการวิจัยครั้งต่อไปมีการศึกษาในพื้นที่ภูมิภาคอื่นๆ แล้วนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกัน จะช่วยให้ได้ผลการศึกษาที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

## รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กิตติ กันภัย. จิตวิทยาการสื่อสาร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญบุญการพิมพ์ (1988), 2551.

จรัสพร กิรติเสวี. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ชาคริต สุตสายเนตร. วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์. การสื่อสารระหว่างบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

ธัญพร ศรีคช. กระบวนการสื่อสารให้คำปรึกษาขององค์กรภาครัฐและเอกชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตวิทยาและสื่อสารการสังคม คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. กลไกการสนทนาที่ใช้ในการบำบัดของพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

นیرา พรเดชาวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

ปรมะ สตะเวทิน. หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์, 2546.

ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต, 2541.

ปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์. ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่นระดับชาติ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

พิงพวรรณ สัจจา. การสื่อสารเพื่อการสร้างความรู้ทัศนคติ และการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้มาใช้บริการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่ โรงพยาบาลระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความเครียด วิธีการปรับแก้และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

มัลลิกา คณานุกัณฑ์. จิตวิทยาการสื่อสารของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2547.

มานิดา สิงห์ขจรจิต. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (2543): 17-25.

มานิช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 43 (2541): 67-83.

วีรพล กุลบุตร, พ.ต.ท. การฆ่าตัวตาย. กองบังคับการวิชาการ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ กรุงเทพฯ, 2540.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ 16,000 ล้านบาท. มองเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1857 (2549).

สมชาย มาลสุขุม. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเปิดรับข่าวการฆ่าตัวตายจากหนังสือพิมพ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.

สุวิมล ผู้ดี. ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2548.

อรรวรรณ ปิลาณโณโสภาท. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542

อภิชัย มงคล. ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ณ ที่ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.

ภาษาอังกฤษ

Berlo, D. The Process Communication: An Introduction to Theory and Practice. New York: Holt Rineheart and Winston, 1960.

Danuta, W. Suicidal process, suicidal communication and psychosocial situation of young suicide attempters in a rural Vietnamese community. World Psychiatry, 2008.

Heikkinen, M., Aro, H., and Lonqvist, J. Recent life events, social support, and suicide. Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl.377., (1994): 65-72.

Kerkhof, A.J.F.M. Suicide and attempted suicide. World Health 47<sup>th</sup> Year. No.2 (March-April 1994): 18-20.

Lazarfeld-Pual, F., and Menzel, H. Mass Media and Personal Influence. The science of Human Communication. New York: The Basic Books, 1968.

Murray, R., and Huelskoetter, M. The helping relationship. In R. Murray & M. Huelskoetter (Eds.). Psychiatric mental health nursing : Giving emotional care. 3<sup>rd</sup> ed., (1991): 163-189.

Rudd, M. Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. The American Association of Suicidology, 2006.



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือผู้ให้การปรึกษา

- หน้าที่ ความรับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบันของท่าน
- กรุณาอธิบายภาพรวมของฝ่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาล ว่ามีการเริ่มต้นนโยบายป้องกันการทำร้ายตนเองเมื่อใด อย่างไร และที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันได้มีวิธีการดำเนินการมาแล้วอย่างไรบ้าง
- กรุณาเล่าถึงหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (เช่น พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมบุคลากรในการให้คำปรึกษาเชิงลึก การสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น และในภารกิจเหล่านั้นใครเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนใดบ้าง และพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบเน้นที่ภารกิจใด เป็นหลัก
- ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน มีใคร หรือหน่วยงานใดบ้างที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน เช่น หน่วยงานของภาครัฐ เอกชน NGO
- การดำเนินงานในด้านการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใด (เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิธีจัดการความเครียด ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
- มีกิจกรรมหลักอะไรบ้าง (เช่น ให้ความรู้ผ่าน อสม. เอกสารเผยแพร่ความรู้ แผ่นพับ ชุดนิทรรศการ เป็นต้น) มีกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง (กลุ่มวัยรุ่น คนทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประชาชนทั่วไป)
- ท่านคิดว่ากิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาด้านใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขบ้าง
- กรุณาเล่ากิจกรรมดำเนินงานในพื้นที่ที่ท่านภาคภูมิใจ (กิจกรรมเด่น) ว่ามีโครงการอะไรบ้าง
- ท่านคิดว่าหากต้องการให้การดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่าน ท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไร จะปรับปรุงแก้ไขวิธีการเดิมที่มีอยู่ หรือต้องเพิ่มเติม

ส่วนใด อย่างไร รวมถึงท่านคิดว่าวิธีนั้นจะมีผลดีผลเสีย หรือปัญหาอุปสรรคภายในหน่วยงานของท่านอย่างไร

- ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองประสบความสำเร็จในพื้นที่นี้
  - กรุณาเล่าถึงวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้
    1. อสม. ต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง
    2. กระบวนการสรรหา อสม. เป็นอย่างไร
  - มีการฝึกอบรม อสม. เรื่องใดบ้าง แผนปฏิบัติการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ อสม. เป็นอย่างไร อบรมบ่อยเพียงใด
  - กรุณาอธิบายขั้นตอน
    1. การคัดกรองและค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
    2. การเฝ้าระวัง ดูแล รักษาผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
    3. การติดตามผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้
  - กรุณาอธิบายขั้นตอน
    1. การเริ่มเข้าถึงผู้พยายามทำร้ายตนเอง
    2. การดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเอง
    3. ติดตามผู้พยายามทำร้ายตนเองได้
  - ท่านมีวิธีการสนทนาอย่างไรเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และไม่กลับไปทำร้ายตนเองอีก
  - ท่านมีวิธีการพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดในกลุ่มเป้าหมายอย่างไร เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้กลุ่มเป้าหมายทำร้ายตนเอง
  - ขอให้ท่านยกตัวอย่างประสบการณ์ในการให้การปรึกษาของท่านจาก case ที่ได้รับบริการการให้การปรึกษาแล้ว เขามีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไรบ้าง
  - อุปสรรคในการสื่อสารและอุปสรรคที่เกิดระหว่างการสนทนาที่พบมีอะไรบ้าง และท่านมีวิธีการจัดการและแก้ไขอุปสรรคนั้นอย่างไร

## แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน

- หน้าที่ ความรับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบันของท่าน
- กรุณาเล่าถึงหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (เช่น พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมบุคลากรในการให้คำปรึกษาเชิงลึก การสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น และในภารกิจเหล่านั้นใครเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนใดบ้าง และพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบเน้นที่ภารกิจใด เป็นหลัก
- การดำเนินงานในด้านการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใด (เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิธีจัดการความเครียด ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและญาติ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
- มีกิจกรรมหลักอะไรบ้าง (เช่น ให้ความรู้ผ่าน อสม. เอกสารเผยแพร่ความรู้ แผ่นพับ ชุดนิทรรศการ เป็นต้น) มีกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง (กลุ่มวัยรุ่น คนทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประชาชนทั่วไป)
- ท่านคิดว่ากิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบนั้น มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากน้อยเพียงใด กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากน้อยเพียงใด และมีปัญหาด้านใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไขบ้าง
- ท่านคิดว่าหากต้องการให้การดำเนินงานป้องกันการทำร้ายตนเองประสบผลสำเร็จในพื้นที่ของท่าน ท่านคิดว่าจะดำเนินการอย่างไร จะปรับปรุงแก้ไขวิธีการเดิมที่มีอยู่ หรือต้องเพิ่มเติมส่วนใด อย่างไร รวมถึงท่านคิดว่าวิธีนั้นจะมีผลดีผลเสีย หรือปัญหาอุปสรรคภายในหน่วยงานของท่านอย่างไร
- กรุณาเล่าถึงวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนี้
  1. อสม. ต้องมีคุณสมบัติอย่างไรบ้าง
  2. กระบวนการสรรหา อสม. เป็นอย่างไร
- มีการฝึกอบรม อสม. เรื่องใดบ้าง แผนปฏิบัติการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ อสม. เป็นอย่างไร อบรมบ่อยเพียงใด

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ท่านทำงานเป็น อสม. มากี่ปี และเข้ามาเป็น อสม. ได้ยังไง นอกจากนี้ อสม. มีหน้าที่อะไรบ้าง
- ท่านมีการแบ่งฝ่ายรับผิดชอบอย่างไร และท่านมีวิธีการอย่างไรในการคัดเลือก อสม. ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในฝ่ายนั้น
- ทางโรงพยาบาลมีเรียกไปประชุมหรืออบรมบ่อยหรือไม่ แล้วเรื่องส่วนใหญ่ที่ประชุมเป็นเรื่องอะไร และท่านคิดว่าเพราะอะไร ทางโรงพยาบาลจึงได้เพิ่มฝ่ายสุขภาพจิตมาให้ อสม. ช่วยดูแล
- ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ถ้าเคย ขอให้ช่วยเล่าว่าได้อบรมเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง ซึ่งหลังจากที่ได้รับการอบรมแล้ว ท่านได้นำความรู้ได้มาใช้ในการทำงานในชุมชนอย่างไร
- ท่านทราบได้อย่างไรว่าใครที่มีภาวะซึมเศร้าภายในชุมชน และท่านมีวิธีการเริ่มต้นเข้าไปดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร
- ท่านมีเทคนิคในการพูดคุยและให้กำลังใจกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร และท่านคิดว่าควรไปพูดคุยหรือให้การปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีผลต่อเขาอย่างไร
- จากประสบการณ์ที่ท่านทราบเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง เขาจะมีอาการที่แสดงออกมาอย่างไรก่อนจะทำร้ายตนเอง
- ท่านมีวิธีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนของท่านอย่างไร
- ท่านมีวิธีการพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอย่างไร เพื่อช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย
- ข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนของท่าน

## แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายเหตุการณ์ที่ผ่านมาว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านทำร้ายตนเอง
- เมื่อท่านรู้สึกว่าจะไม่สามารถอดทนหรือจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุดังกล่าวนั้นได้ด้วยตนเอง ท่านได้พยายามขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับปัญหา) ในการแก้ไขปัญหานั้นหรือไม่ อย่างไร และคนเหล่านั้นให้ความช่วยเหลือแก่ท่านหรือไม่ อย่างไร หากไม่ เพราะอะไร
  - ในชีวิตของท่านนั้นมีเรื่องใดที่ทำให้ท่านมีความสุขมากที่สุด หรือรู้สึกว่าชีวิตเรามีค่ามากที่สุดเมื่อได้ทำสิ่งนี้ หรือสิ่งที่มีค่ามากที่สุดในชีวิตของท่านคืออะไร เพราะอะไร
  - บุคคลใกล้ชิดที่ท่านไว้วางใจ อยากรู้อยากเห็นเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิต หรือปัญหา ที่ท่านกำลังเผชิญอยู่คือใคร และบุคคลนั้นสามารถช่วยท่านคิดแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้หรือไม่ อย่างไร
  - ท่านต้องการหรืออยากทำอะไรเพื่อเป็นการบอกเล่าแก่คนใกล้ชิดหรือไม่ ทำไมจึงอยากบอกบุคคลนั้น บุคคลนั้นมีความสำคัญอย่างไรกับชีวิตของท่าน
  - ท่านใช้เวลาคิดและเตรียมตัวนานเท่าไรก่อนที่จะตัดสินใจทำร้ายตนเอง และท่านได้พยายามที่จะบอกอะไรหรือทำอะไรให้กับบุคคลใกล้ชิดกับท่านเป็นครั้งสุดท้ายหรือไม่ เช่น กล่าวลา กล่าวคำขอโทษ ขออโหสิกรรม เขียนจดหมาย เขียนพินัยกรรม ฝากฝังให้ดูแลจัดการเรื่องต่างๆ แทนตัวท่าน เริ่มแยกตัวหรือถอนตัวออกจากบุคคลแวดล้อมที่ท่านใกล้ชิด ฯลฯ
  - ท่านเตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง เช่น หาซื้อยามาทาน ซื้อยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า หรือไม่ เพราะเหตุใดจึงเลือกวิธีการดังกล่าวมาใช้ในการทำร้ายตนเอง
  - คนรอบข้างท่านรับรู้และมีปฏิกิริยาต่ออาการที่ท่านแสดงออกมานั้นหรือไม่ อย่างไร และท่านคิดว่าอาการผิดปกติที่ท่านแสดงก่อนการทำร้ายตนเองอาการใดที่ทำให้คนใกล้ชิดของท่านถูกคิดและให้การช่วยเหลือท่านได้ทัน
  - ในขณะที่ท่านพยายามทำร้ายตนเองท่านได้รับการช่วยเหลือจากใคร ด้วยวิธีใด ขอให้ท่านช่วยเล่าเหตุการณ์
  - ในกรณีเป็นผู้พยายามทำร้ายตนเองซ้ำ ขอให้ท่านเล่าเหตุการณ์การทำร้ายตนเองครั้งที่สอง ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร และได้รับการช่วยเหลืออย่างไรจากใคร
  - ขอให้ท่านช่วยอธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้ทำร้ายตนเองไปแล้ว และหากในอนาคตท่านมีปัญหาย่างรุนแรงอีก จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ใครจะเป็นผู้ที่มึบทบาทในการช่วยเหลือท่านได้มากที่สุด เพราะอะไร

- ขอให้อธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับบริการให้การปรึกษา และท่านคิดว่าในการให้การปรึกษานั้น สามารถช่วยให้สภาพจิตใจของท่านดีขึ้นอย่างไร และสามารถใช้เป็นแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย

- เคยคิดมาก่อนหรือไม่ว่าบุคคลใกล้ชิดของท่านจะทำร้ายตนเอง เพราะเหตุใด
- ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร มีความใกล้ชิด สนทนกันยาวนานมากน้อยแค่ไหน และใครเป็นผู้ที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองใกล้ชิดสนิทมากที่สุด
- เท่าที่ท่านทราบ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดของท่านพยายามทำร้ายตนเอง และสิ่งนั้นมีอยู่เป็นเวลานานมากน้อยเพียงใดก่อนที่เขาจะทำร้ายตนเอง และท่านทราบหรือไม่ว่าเพราะเหตุใดเขาถึงพยายามทำร้ายตนเอง
- ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้พยายามทำร้ายตนเองมีการเตรียมการก่อนที่จะทำร้ายตนเอง
- บุคคลใกล้ชิดของท่านเคยมีเคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อนหน้านี้หรือไม่ หากเคยมี มีมานานแค่ไหน และในครั้งนั้นเขามีความผิดปกติอย่างไรหรือไม่ และในครั้งนั้นเหตุใดเขาจึงทำร้ายตนเองไม่สำเร็จ
- ก่อนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านจะพยายามทำร้ายตนเอง (ครั้งล่าสุด) ท่านสังเกตเห็นอาการผิดปกติที่แสดงว่าเขาอาจจะทำร้ายตนเองหรือไม่ และอาการนั้นคืออะไร เช่น แยกตัวไม่พูดกับใคร แจกจ่ายของรักของหวง จัดการงานหรือทรัพย์สินของตนเองให้เรียบร้อย เวลาพูดมีน้ำเสียงวิตกกังวล สีหน้าเศร้าหมอง นอนไม่หลับติดกันเป็นเวลานานๆ พูดเปรยๆ ว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงจากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานานมาเป็นสบายใจอย่างผิดปกติ เป็นต้น เคยพบอาการเหล่านี้มาก่อนหรือไม่ นานแค่ไหน บ่อยแค่ไหน
- ในขณะที่เขาแสดงอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองในครั้งล่าสุดนั้น ท่านคิดว่าอาการนั้นเป็นอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองหรือไม่ หรือท่านคิดเป็นอย่างอื่น โปรดอธิบาย เช่น เป็นธรรมชาติของวัยรุ่น ไม่น่าจะมีอะไรร้ายแรง ปล่อยให้ไปสักพักหนึ่งเดี๋ยวก็หาย

- อาการผิดปกติประเภทใดที่บุคคลใกล้ชิดของท่านแสดงออกแล้วทำให้ท่านถูกคิดว่าเป็นอาการที่ไม่ปกติ ที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (บางครั้งผู้ทำร้ายตนเองอาจมีการแสดงความผิดปกติหลายอาการ แต่จะมีอาการสำคัญใดเป็นพิเศษหรือไม่ที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดถูกคิดว่าเป็นเรื่องไม่ธรรมดา)

- นอกจากอาการผิดปกติที่ท่านพบในกรณีของบุคคลใกล้ชิดของท่านแล้วท่านเคยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำร้ายตนเองอีกหรือไม่ โปรดยกตัวอย่างและท่านได้รับข้อมูลดังกล่าวมาจากที่ใด

- ท่านเคยได้ยินหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการผิดปกติและวิธีการช่วยเหลือผู้มีอาการผิดปกติมาก่อนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านจะพยายามทำร้ายตนเองครั้งล่าสุดหรือไม่ (ไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับการแนะนำญาติเรื่องการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6 เดือนที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่) วิธีการช่วยเหลือดังกล่าวประกอบด้วยอะไรบ้าง

- ในตอนที่บุคคลใกล้ชิดของท่านแสดงอาการผิดปกตินั้นท่านได้ให้การช่วยเหลืออย่างไร

- หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะหาวิธีให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการทำร้ายตนเองและวิธีการช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านคิดว่าจะมีประโยชน์หรือไม่ และจะต้องทำอย่างไรที่จะทำให้ท่านให้ความสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เช่น ทำให้เห็นว่าการทำร้ายตนเองไม่ใช่เรื่องบาปกรรม ทำให้เห็นว่าหากทราบอาการผิดปกติมาก่อนจะสามารถช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดได้ทันและกลับมาใช้ชีวิตปกติได้

- ขอให้อธิบายว่า ท่านมีการพูดคุยเรื่องปัญหาที่ทำให้บุคคลใกล้ชิดของท่านเกิดความเครียดก่อนที่เขาจะทำร้ายตนเอง อย่างไร

1. ขอให้อธิบายในช่วงก่อนทำร้ายตนเอง

2. ขอให้อธิบายในช่วงหลังจากที่ทำร้ายตนเองไปแล้ว

- ท่านคิดว่าท่านมีปัญหหรืออุปสรรคในการสื่อสารกับผู้พยายามทำร้ายตนเองหรือไม่อย่างไร และท่านมีวิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคนั้นอย่างไร

- หลังจากที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองลงมือทำร้ายตนเองแล้วไม่สำเร็จ เขากลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ อย่างไร นอกจากนี้ท่านและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดปฏิบัติกับเขาอย่างไร

- ท่านมีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างไร เพื่อไม่ใหบุคคลใกล้ชิดของท่านกลับมาทำร้ายร่างกายตนเองซ้ำอีก

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านเก็บตัว แยกตัวออกจากคนอื่น รู้สึกซึมเศร้า ไม่มีเรี่ยวแรงทำอะไร
- ขอให้ท่านอธิบายว่า เมื่อท่านรู้ว่าตัวเองมีอาการเช่นนั้น ท่านพยายามปฏิบัติตนเองอย่างไร
- ช่วงเวลาที่ท่านซึมเศร้า ท่านเคยคิดอยากทำร้ายตนเองหรือไม่ อย่างไร และขอให้ท่านอธิบายว่า ท่านคิดอย่างไรกับการทำร้ายตนเอง
- ท่านวางเป้าหมายในชีวิตของท่านไว้อย่างไร และเป้าหมายนั้นท่านได้ท่านได้บอกแก่บุคคลใกล้ชิดหรือไม่ ท่านบอกกับใคร
- เมื่อท่านรู้สึกซึมเศร้า ท่านได้พูดคุยปรับทุกข์ หรือ ปรีกษาใครหรือไม่ อย่างไร และท่านมีวิธีการสื่อสารนั้นออกมาอย่างไร
- หลังจากที่ท่านพูดคุยหรือปรับทุกข์แล้ว ท่านรู้สึกเช่นไร (เช่น สบายใจมากขึ้น)
- ขอให้ท่านอธิบายขั้นตอนการได้รับบริการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่นั้นเป็นอย่างไร
- ท่านได้รับการติดตามการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ และป้องกันการทำร้ายตนเอง จากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ให้คำปรึกษาอย่างไร
- ขอให้อธิบายว่าท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับบริการให้การปรึกษาของเจ้าหน้าที่ และท่านคิดว่าในการให้การปรึกษานั้น สามารถช่วยให้สภาพจิตใจของท่านดีขึ้นหรือสามารถใช้เป็นแนวทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร

### แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ขอให้ท่านอธิบายว่า ท่านเริ่มทราบได้อย่างไรว่าบุคคลผู้ใกล้ชิดของท่านกำลังมีปัญหาภาวะซึมเศร้า หรือมีความเครียดสูง เช่น เริ่มแยกตัวออกจากคนใกล้ชิด
- ขอให้ท่านอธิบายขั้นตอนที่ท่านเริ่มพาผู้ใกล้ชิดที่ป่วยเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าให้เข้ารับการรักษว่าเป็นอย่างไร



- ขอให้ท่านอธิบายว่าผู้ใกล้ชิดของท่านมีอาการแสดงออก และมีการสื่อสารอย่างไร
  - เมื่อภาวะอารมณ์อยู่ในช่วงปกติ
  - เมื่อมีภาวะความเครียดสูง
- ท่านมีอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร และอุปสรรคนั้นนำมาซึ่งผลเสียอย่างไร
  - เมื่อผู้ใกล้ชิดของท่านมีอาการที่แสดงออกว่ากำลังอยู่ในภาวะเครียดสูง ท่านมีวิธีการสื่อสาร และการช่วยเหลือหรือวิธีการปฏิบัติกับเขาอย่างไร เพื่อช่วยให้เขารู้สึกคลายเครียดลง และวิธีการสื่อสารที่ท่านใช้นั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด
  - ท่านมีการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ใกล้ชิดของท่านไม่ให้เขาทำร้ายตนเองได้อย่างไร เมื่อเขามีภาวะเครียดสูงหรือรู้สึกว่าจะไม่สามารถหาทางออกให้กับตนเองได้ แล้วอาจมีการทำร้ายตนเองตามมา



ศูนย์วิทยพัชยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์อนุรักษ์ทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วัดประจำหมู่บ้าน



โรงเรียนประจำหมู่บ้าน



สวนลำไย



บ้านในหมู่บ้านที่ 1



บ้านในหมู่บ้านที่ 2

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ เกิดเมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2526 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเอกสื่อสารมวลชน คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ในปีการศึกษา 2548 และเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2552



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย