



# ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย

อนุพงศ์ คำมา พบ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในจังหวัดสุโขทัย  
**วิธีการศึกษา** การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 110 ราย กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 220 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างรายบุคคล สำหรับกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จทำการสืบค้นหลังเสียชีวิตโดยการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขประจำตำบลพยาบาลจิตเวช ส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาทางจิตเวช ช่วงเวลาศึกษาคือปี พ.ศ. 2549-2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-squared test, odds ratio และ logistic regression

**ผลการศึกษา** พบว่าปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า (OR=2.36, 69.09% และ 30.91% ตามลำดับ) และการมีโรคประจำตัว เช่น อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง (OR= 4.30,  $p<0.01$ ) มะเร็งในทุกอวัยวะ (OR=3.57,  $p<0.05$ ) โรคตับเรื้อรัง (OR=3.18,  $p<0.05$ ) ไตวายเรื้อรัง (OR=3.06,  $p<0.05$ ) พิกการ (OR=2.01,  $p<0.05$ ) ปวดศีรษะเรื้อรัง (OR=2.02,  $p<0.05$ ) ปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง (OR=2.16,  $p<0.05$ ) โรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดแอลกอฮอล์ (OR= 4.40,  $p <0.01$ ) ภาวะซึมเศร้า (OR=2.36,  $p<0.05$ ) และปัญหาสุขภาพจิต (OR=1.51,  $p<0.05$ ) มีปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน (OR = 10.43,  $p<0.05$ ) ปัญหาค่าขายขาดทุน/ล้มละลาย (OR = 2.01,  $p<0.05$ ) ปัญหาการงาน/ขัดสน (OR=1.76,  $p<0.05$ ) มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/ร้องขอแล้วไม่ได้ (OR = 2.05,  $p<0.05$ ) ความผิดหวังในความรัก/หึงหวง (OR=1.83,  $p<0.05$ ) มีปัญหาคดี/หนีความผิดที่ตนเองก่อ (OR=2.01,  $p<0.05$ ) มากกว่ากลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย

**สรุป** เพศชายและการมีโรคประจำตัว มีปัญหาเศรษฐกิจ/ประสบภัย/เสียพนัน และปัญหาผิดหวังเรื่องความรัก/ หึงหวง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

**คำสำคัญ** ฆ่าตัวตายสำเร็จ สุโขทัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 3-16

\* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.สุโขทัย



# Risk Factors Associated with Suicide : A Case - Control Study in Sukhothai Province

Anuphong Khamma M.D.\*

## ABSTRACT

**Objective :** To identify the psychosocial risk factors associated with committed suicide in Sukhothai province.

**Method :** A case-control study was conducted among 110 cases with committed suicide and 220 controls with attempted suicide during 2007-2011. Committed suicide cases were assessed psychological autopsy by semi-structure interviewing, primary care officers and psychiatric nurses, while attempted suicide controls were assessed by individual semi-structure interview. Data analysis used descriptive statistics, chi-squared test, odds ratio (OR) and logistic regression.

**Results :** The risk factors associated with suicide were male with OR=2.36 (male : female=69.09: vs. 30.91%), having medical and psychiatric illnesses such as having medical and psychiatric illnesses such as cardiovascular disease (OR=4.30,  $p < 0.01$ ), malignancy (OR=3.57,  $p < 0.05$ ), chronic liver disease (OR = 3.18,  $p < 0.05$ ), chronic renal failure (OR = 3.06,  $p < 0.05$ ), disabilities (OR=2.01,  $p < 0.05$ ) chronic headache (OR=2.02,  $p < 0.05$ ), chronic arthritis/low back pain (OR=2.16,  $p < 0.05$ ), alcohol use disorders (OR = 4.40,  $p < 0.01$ ), depression (OR=2.36,  $p < 0.05$ ) and substance use disorder (OR=1.51,  $p < 0.05$ ), having economic problems such as loss of property/disaster/gambling (OR =10.43,  $p < 0.05$ ), losing in business/bankrupt (OR =2.01,  $p < 0.05$ ), income problem (OR =1.76,  $p < 0.05$ ). For relationship problems the contributing factors for committed suicide were demanding/seeking attention (OR =2.05,  $p < 0.05$ ), love and affair problems (OR = 1.83,  $p < 0.05$ ).

**Conclusion :** male and having illnesses such as cardiovascular disease, malignancy, arthritis and low back pain, depression, alcohol used disorder, having stressful life events such as love and affair problems, loss of property/disaster/gambling were psychosocial risk factors for committed suicide.

**Keywords :** committed suicide, Sukhothai, psychosocial risk factors

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(1): 3-16

\* Psychiatric unit of Sukhothai Hospital, Bann Kluay, Meuang, Sukhothai province.

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยในช่วง 45 ปีที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 บุคคลที่จะฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านราย<sup>1</sup> โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการตายอยู่ในสิบอันดับแรก<sup>2</sup>

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร ประมาณการว่าในทุกๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านราย<sup>3</sup> หมายความว่า ในประชากรหนึ่งแสนคนจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ราย หรือในทุก 40 วินาทีจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย<sup>4</sup>

ในปัจจุบันสังคมไทยยังคงเผชิญหน้ากับผลกระทบของภาวะวิกฤตทั้งภายในและภายนอกประเทศ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้พฤติกรรมของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเจริญเติบโตทางโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี ค่านิยมแบบวัตถุนิยม ล้วนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตที่เกิดขึ้น ทำให้ประชากรบางส่วนไม่สามารถปรับตัวและไม่สามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตที่เข้ามาได้ ส่งผลกระทบต่อประชากรทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นำมาซึ่งปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้าเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งปัญหาสำคัญในอันดับต่อมา

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>5,6</sup> มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตยังได้รับความสูญเสียจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดเป็นการสูญเสียทั้งงาน

การผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล<sup>7</sup>

จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2545 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรทั้งประเทศเท่ากับ 7.0 ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>8</sup> อัตราความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจอยู่ที่ 4,000 ล้านบาทต่อปี<sup>7</sup> ภูมิภาคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ ภาคเหนือ รองลงมา เป็นภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ตามลำดับ<sup>9</sup> จังหวัดในภาคเหนือที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า 13.00 ต่อแสนประชากร มีจำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน (20.51) เชียงราย (16.55) แม่ฮ่องสอน (15.68) น่าน (13.24)<sup>9</sup>

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2553 เป็นดังนี้ 5.77, 5.95, 5.96, 5.72, 5.90 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดสุโขทัยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2553 เป็นดังนี้ 7.55, 8.07, 9.5, 6.46 และ 7.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระดับประเทศอยู่

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ถึงแม้ในช่วง 5 ปีแรกอัตราการฆ่าตัวตายลดลง แต่ช่วงปี พ.ศ.2550 กลับมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอีกจากปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายคือ การขาดข้อมูลระดับประเทศ การรายงานการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขยังไม่ครบถ้วนและขาดความถูกต้อง อีกทั้งการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ ยังมีอุบัติการณ์ที่ต่ำมาก เช่น อัตราการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2550 เป็น 5.97 ต่อแสนประชากร<sup>10</sup> องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่าการระบุได้ว่าผู้ใดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วให้ความช่วยเหลือ การส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวัง จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ดีกว่า แม้จะมีการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของ

คนไทยอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยยังคงติดอันดับ 56 ของโลก<sup>4</sup>

จากนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด ทำให้ผู้ศึกษาเกิดแนวคิดในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จใน จังหวัดสุโขทัย โดยการใช้กระบวนการเฉพาะด้าน ได้แก่ การสืบค้นหลังเสียชีวิต (psychological autopsy) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และกำหนดนโยบายในการแก้ไข ปัญหาให้ตรงจุด สอดคล้องกับบริบทของปัญหาในพื้นที่ อย่างแท้จริง

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในเขตจังหวัดสุโขทัยระหว่าง ปี พ.ศ. 2549-2554

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในเขตจังหวัดสุโขทัย

## วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบ case-control study กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ 1.กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่างปี 2549-2554 เขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยอำเภอเมือง ศรีสำโรง ศรีสังขาลัย สวรรคโลก บ้านด่านลานหอย ศิริมาศ กรไกรลาดศรีนคร และทุ่งเสลี่ยม ได้รับการสืบค้นหลังเสียชีวิต ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเก็บข้อมูลภายหลังจากฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะ 1-3 เดือน หรือหลังจากที่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดยินยอมให้ข้อมูลและมีความพร้อม

ด้านจิตใจในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก 2.กลุ่มพยายามฆ่าตัวตายได้รับการสัมภาษณ์รายบุคคลระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวช โดยผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ ซึ่งข้อมูลที่สัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัวทั้งโรคทางกาย และโรคทางจิตเวช ปัญหาการใช้สารเสพติด การใช้แอลกอฮอล์ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายรวมถึงวิธีการในการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างเพื่อการสืบค้นหลังเสียชีวิตได้รับการพัฒนาโดยสถาบันจิตเวชศาสตร์ขอนแก่นราชชนครินทร์ นำมาปรับปรุงโดยผู้วิจัยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับงานวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ โรคทางกายและโรคทางจิตเวช ปัญหาการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย เช่น วิธีการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคจิต แบบคัดกรองเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้สารเสพติดเช่น เหล้า ยาบ้าหรือยาเสพติดตัวอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 16 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็น ร้อยละ ส่วนปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้การวิเคราะห์ด้วย odds ratio, chi- squared test และ logistic regression เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่พยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีเดียวกันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

จากกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาครั้งนี้จำนวน 330 ราย มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.10) เช่นเดียวกับ

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 220 ราย เป็นชาย (ร้อยละ 48.64) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ มากกว่าเพศหญิง 2.4 เท่า (OR = 2.36, 95% CI = 1.46-3.827)

ผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 30.00) สถานภาพสมรส จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 65.45) อาชีพ รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 40.90) ส่วนกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีสองช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 31- 40 ปี และ อายุ 41-50 ปี มีจำนวนเท่ากัน 54 ราย (ร้อยละ 24.55) มีสถานภาพ สมรสเป็นส่วนใหญ่

จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 70.91) อาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 43.18) (ตารางที่ 1)

สำหรับวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้วิธีการผูกคอตาย จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 52.73) ตามด้วยการใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 44.54) ส่วนในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย วิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 54.09) รองลงมาเป็น การกินยาเกินขนาด จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 31.82) ดูตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป		ฆ่าตัวตายสำเร็จ (N = 110)	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 220)	Odds ratio (95% CI)
เพศ	ชาย	76 (69.09)	107 (48.64)	2.361 (1.456-3.827)
อายุ	< 20 ปี	6 (5.45)	12 (5.45)	
	21-30 ปี	12 (10.91)	24 (10.90)	
	31-40 ปี	21 (19.09)	54 (24.55)	
	41-50 ปี	33 (30.00)	54 (24.55)	
	51-60 ปี	21 (19.09)	43 (19.55)	
	> 60 ปี	17 (15.45)	33 (15.00)	
สถานภาพ	โสด	24 (21.82)	38 (17.27)	
	สมรส	72 (65.45)	156 (70.91)	
	หม้าย	5 (4.55)	13 (5.91)	
	หย่าร้าง/แยก	9 (8.18)	13 (5.91)	
อาชีพ	เกษตรกรรม	33 (30.00)	95 (43.18)	
	รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	45 (40.91)	61 (27.73)	
	แม่บ้าน	5 (4.54)	24 (10.91)	
	ค้าขาย	12 (10.91)	11 (5.00)	
	นักเรียน/นักศึกษา	3 (2.73)	11 (5.00)	
	ว่างงาน	12 (10.91)	21 (9.54)	
	วิธีการที่ใช้	กินยาเกินขนาด	3 (2.73)	70 (31.82)
	ใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช	49 (44.54)	119 (54.09)	
	ปืนยิง	4 (3.64)	4 (1.82)	
	มีดแทงตัวเอง	1 (0.91)	9 (4.09)	
	โดดจากที่สูง	2 (1.82)	2 (0.91)	
	แขวนคอ	58 (52.73)	16 (7.27)	
	กระโดดน้ำตาย	4 (3.64)	0 (0)	

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จอื่นๆ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง/ไขสันหลัง (OR = 4.30, 95% CI = 1.43-2.91) มะเร็งในทุกอวัยวะ (OR = 3.57, 95% CI = 1.26-10.09) โรคตับเรื้อรัง (OR = 3.18, 95% CI = 1.10-9.17) โรคไตวายเรื้อรัง (OR = 3.06, 95% CI = 0.50-18.56) พิการที่หู ตา แขน ขา (OR = 2.01, 95% CI = 0.12-2.43) รวมไปถึงภาวะปวดไม่ว่าจะเป็น อาการปวดศีรษะเรื้อรัง (OR = 2.02, 95% CI = 0.28-14.53) หรือปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง (OR = 2.16, 95% CI = 1.01-4.60) มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ (OR = 4.40, 95% CI = 2.33-8.32) มีภาวะซึมเศร้า (OR = 2.36, 95% CI = 1.33-4.20) และมีปัญหาสุขภาพจิต (OR = 1.51, 95% CI = 0.33-6.89) ดูตารางที่ 2

ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายและเพื่อความสะดวกในการนำไปวางแผนในเชิงนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนให้ตรงกับบริบทของพื้นที่ ทางผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ในกลุ่มปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบปัญหาต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/ร้องขอแล้วไม่ได้ (OR = 2.05, 95% CI = 0.58-7.23) และปัญหาเกี่ยวกับความผิดหวังในความรัก/หึงหวง (OR = 1.83, 95% CI = 0.92-3.65)

2) ปัญหาเศรษฐกิจ การสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน (OR = 10.43, 95% CI = 1.20-90.39) ปัญหาค่าขายขาดทุน/ล้มละลาย (OR = 2.01, 95% CI = 0.12-32.43) และปัญหายากจน/ขัดสน (OR = 1.76, 95% CI = 0.94-3.30)

3) ปัญหาอื่นๆ เช่น มีคดี/หนี้ความผิดที่ตนเองก่อ (OR = 2.01, 95% CI = 0.12-32.43) ดังแสดงในตารางที่ 3

### วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงกับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือการป่วยด้วยอาการปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.4 เท่า การป่วยอัมพาต/หลอดเลือดสมอง/ไขสันหลัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9 เท่า การป่วยมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.9 เท่า โรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.0 เท่า ปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.7 เท่า ปัญหาผิดหวังเรื่องความรัก/หึงหวงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.2 เท่า และปัญหาสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.3 เท่า

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของประชากรในกลุ่มที่ศึกษา

โรคประจำตัว (Medical Conditions)	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (N=110)	พยายามฆ่าตัวตาย (N=220)	Odds Ratio (95% CI)
เบาหวาน	6 (5.45)	12 (5.45)	1.000(0.365-2.740)
ความดันโลหิตสูง	14 (12.73)	34 (15.45)	0.798(0.408-1.558)
โรคหัวใจ	4 (3.64)	5(2.27)	1.623(0.427-6.167)*
โรคไตวายเรื้อรัง	3 (2.73)	2 (0.91)	3.056(0.503-18.564)*
โรคตับเรื้อรัง	9 (8.18)	6 (2.73)	3.178(1.101-9.171)*
โรคปอดเรื้อรัง	3 (2.73)	5 (2.27)	1.206(0.283-5.140)
ปวดศีรษะเรื้อรัง	2 (1.82)	(0.91)	2.019(0.281-14.525)*
ปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง	15 (13.64)	15 (6.82)	2.158(1.013-4.595)*
โรคประสาท โรคจิต (ภาวะทางจิตเวช)	12 (10.91)	23 (10.45)	1.049(0.501-2.196)
ลมชัก	1 (0.91)	4 (1.82)	0.495(0.055-4.486)
พิการที่หู ตา แขน ขา	1 (0.91)	1 (0.45)	2.009(0.124-2.428)*
อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง	10 (9.09)	5 (2.27)	4.300(1.432-2.910)*
มะเร็งทุกอวัยวะ	10 (9.09)	6 (2.73)	3.567(1.261- 10.087)*
เอดส์/ติดเชื้อเอชไอวี	1 (0.91)	2 (0.91)	1.000(0.090-1.150)
ปัญหาโรคเรื้อรัง/เอดส์/พิการ	24 (21.82)	32 (14.54)	1.640(0.911-2.950)*
ปัญหาสุขภาพ ขาดผู้ดูแล	3 (2.73)	4 (1.82)	1.514(0.333-6.886)
<b>โรคทางจิตเวช (Psychiatric conditions)</b>			
โรคจิต	15 (13.64)	23(10.45)	1.352 (0.675-2.710)
ภาวะซึมเศร้า	29 (26.36)	29(13.18)	2.358 (1.325-4.197)*
ยาเสพติด	3 (2.73)	4 (1.82)	1.514 (0.333-6.886)*
ติดยาแอลกอฮอล์	31 (28.18)	18 (8.18)	4.404 (2.330-8.321)*
มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย	33 (30.00)	180 (81.82)	0.095 (0.056-0.162)

\* p < 0.05

ตารางที่ 3 ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

Stressful Life Events	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (N=110)	พยายามฆ่าตัวตาย (N=220)	Odds Ratio (95% CI)
<b>ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด</b>			
ความน้อยใจ ถูกดูต่ำ ถูกตำหนิ	13 (11.82)	86 (39.09)	0.209 (0.110-0.396)
ถูกไล่ไปตาย, ไปเกิดใหม่, ไม่น่าเกิดมา	2 (1.82)	4 (1.82)	1.000 (0.180-5.546)
ผิดหวังเรื่องความรัก/หึงหวง	17 (15.45)	20 (9.09)	1.828 (0.915-3.651)*
ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	17 (15.45)	89 (40.45)	0.269 (0.150-0.482)
ต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/เรียกร้องความสนใจ	5 (4.54)	5 (2.27)	2.048 (0.580-7.229)*
<b>ปัญหาเศรษฐกิจ</b>			
เศรษฐกิจ/ยากจน/ขาดเงิน	21 (19.09)	26 (11.82)	1.761 (0.940-3.297)
เศรษฐกิจ /ขาดทุน/ล้มละลาย	1 (0.91)	1 (0.45)	2.009(0.124-32.428)*
การสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน	5 (4.54)	1 (0.45)	10.429(1.203-90.392)*
<b>ปัญหาอื่น ๆ</b>			
สูญเสียพ่อแม่ พี่น้อง ญาติ	3 (2.73)	5(2.27)	1.206 (0.283-5.140)
คนในครอบครัวติดยาเสพติด	2(1.82)	7(3.18)	0.563 (0.115-2.759)
มีคดี/หนี้ความผิดที่ตนเองก่อ	1(0.91)	1(0.45)	2.009 (0.124-32.428)*
ด้านหน่วยงาน เช่น มีการเปลี่ยนแปลงระบบงาน	3(2.73)	5(2.27)	1.206 (0.283-5.140)
ตกงาน/ว่างงาน	2(1.82)	3(1.36)	1.340 (0.221-8.136)

\* p &lt; 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E.	Wald	df	P-value	AdjustOR	95 % C.I.	
							Lower	Upper
ไตวายเรื้อรัง	1.164	0.990	1.381	1	0.240	3.202	0.460	22.292
โรคตับเรื้อรัง	0.735	0.605	1.474	1	0.225	2.086	0.637	6.833
ปวดศีรษะเรื้อรัง	0.921	1.132	0.662	1	0.416	2.512	0.273	23.112
ปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลัง	0.858	0.427	4.038	1	0.044*	2.357	1.021	5.440
พิการตา หู แขน ขา	0.914	1.533	0.355	1	0.551	2.495	0.124	50.392
อัมพาต/หลอดเลือดสมอง	1.789	0.583	9.423	1	0.002*	5.984	1.909	18.755
มะเร็ง	1.381	0.590	5.481	1	0.019*	3.981	1.252	12.654
โรคซึมเศร้า	0.727	0.340	4.567	1	0.033*	2.068	1.062	4.027
ปัญหายาเสพติด	0.673	0.880	0.585	1	0.444	1.960	0.349	10.996
ปัญหาติดแอลกอฮอล์	1.557	0.356	19.113	1	0.000**	4.743	2.360	9.531
ปัญหาผิดหวังเรื่องความรัก /หึงหวง	0.795	0.395	4.059	1	0.044*	2.215	1.022	4.801
ปัญหาต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/เรียกร้อง	0.537	0.702	0.586	1	0.444	1.712	0.433	6.774
ปัญหาเศรษฐกิจขาดทุน/ล้มละลาย	0.486	1.475	0.108	1	0.742	1.625	0.090	29.266
ปัญหาสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน	2.588	1.137	5.179	1	0.023*	13.298	1.432	123.497
ปัญหาผิดคดี/ความผิด	-0.298	1.711	0.030	1	0.862	0.743	0.026	21.258
Constant	-28.049	7.366	14.502	1	0.000	0.000		

\* p&lt;0.05

\*\* p&lt;0.01



## วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากงานวิจัย ทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศ โดยเพศชายจะมีโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง มีประวัติโรคประจำตัวที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง เอดส์ หลอดเลือดสมอง/อัมพาต มีประวัติโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ติดแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการมีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม เช่น หย่าร้าง อยู่คนเดียวว่างงานและมีประวัติการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>11, 12</sup>

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง<sup>13-15</sup> มีเหตุผลหลายอย่างในการอธิบายส่วนหนึ่งเพศชายเป็นเพศที่มีข้อจำกัดในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สามารถระบายอารมณ์ได้ เนื่องจากขัดกับบทบาทผู้นำของครอบครัว ทำให้จำเป็นต้องเก็บกอดการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองหรืออาจแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอลกอฮอล์เพื่อเป็นการระบายความคับข้องใจ การใช้สารเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบใจร้อนจนทำให้เลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง ทำให้โอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นไปด้วย<sup>16</sup> มีการศึกษาในฮ่องกง<sup>17</sup> ประเด็นเพศชายกับการฆ่าตัวตาย โดยบริบทของวัฒนธรรมชาวจีน ความเจริญก้าวหน้าและการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มักเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในตัวของเพศชาย งานที่มีเกียรติสร้างความน่าเชื่อถือ สร้างคุณค่าให้กับเพศชาย ทำให้สามารถอยู่ในสังคมนั้นได้ ประกอบเพศชายมักถูกคาดหวังให้เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว การที่เพศชายไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่าง

ความคาดหวังจากสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวกับความเป็นจริงที่ไม่ประสบความสำเร็จ กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุดจากการศึกษายังพบอีกว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักประกอบอาชีพ รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ซึ่งประชากรในกลุ่มดังกล่าวจัดอยู่ในฐานะยากจนหรือรายได้น้อยอยู่แล้ว เป็นตัวบ่งชี้ถึงการไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือความล้มเหลวในหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี

ส่วนในประเด็นด้านสถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบในผู้เป็นโสด หย่าร้าง หม้ายมากกว่า<sup>11, 13, 14</sup> แต่มีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและประเทศปากีสถาน<sup>18-20</sup> ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงในประชากรที่มีสถานภาพสมรส อาจจะสามารถอธิบายได้จากลักษณะของวัฒนธรรมตะวันตกกับตะวันออกที่ไม่เหมือนกันโดยวัฒนธรรมตะวันตกอาจจะยอมรับได้ง่ายกับการหย่าร้าง แต่สำหรับวัฒนธรรมตะวันออกนั้นการหย่าร้างเป็นประเด็นสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานภาพทางสังคมหรืออาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสถานภาพทางสังคมได้ ดังนั้นคู่สมรสจึงอาจเลือกที่จะดำรงอยู่ในสถานภาพสมรสมากกว่าที่จะหย่าร้างอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปประเด็นทางด้านสังคม วัฒนธรรมได้ จึงน่าจะต้องมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

โรคทางกายที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ มะเร็ง<sup>21, 22</sup> โรคทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง<sup>23</sup>, multiple sclerosis ภาวะปวดเรื้อรัง เช่น migraine, arthritis or rheumatism, back problems, fibromyalgia<sup>24</sup> ส่วนภาวะไตวายเรื้อรัง โรคตับเรื้อรัง โรคหัวใจหรือปัญหาพิการทางหูหรือสายตา ยังพบแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้พบว่าโรคทางกายเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สำเร็จเรียงตามลำดับดังนี้ อัมพาต/หลอดเลือดสมอง มะเร็ง ภาวะปวดเรื้อรังจากปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพิงต่อบุคคลรอบข้างซึ่งก็คือคนในครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไร้ค่า ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต เป็นปัญหาความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายตามมา

จากการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญ คือ การเจ็บป่วยด้วยภาวะทางจิตเวช<sup>25,26</sup> โดยภาวะทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จก็คือ ภาวะซึมเศร้า, ปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง<sup>13,17,26</sup> จากการศึกษาในครั้งนี้พบปัญหาการใช้แอลกอฮอล์เรื้อรัง ร้อยละ 28.18 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.36 ในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์เรื้อรังนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การบกพร่องในหน้าที่การงาน การสูญเสียเงินทอง และมีภาวะหนีสิน การมีปัญหสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสและการมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ สิ่งเหล่านี้สร้างความกดดันและความเครียดให้เกิดขึ้นกับตัวเอง และสร้างบาดแผลในใจแก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งคู่ครอง ลูกรักและญาติมิตร ทำให้ผู้ใช้แอลกอฮอล์พยายามฆ่าตัวตายจนเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นต้น สังคมไทยถูกทำให้เชื่อว่าวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่แทรกซึมอยู่ในค่านิยม วัฒนธรรมและทัศนคติ จนทำให้ผู้คนในสังคมมองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ ส่งผลทำให้เกิดแบบแผนในการใช้ชีวิตที่ต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของวิถีชีวิตของผู้คน เช่น งานบุญประเพณี งานแต่งงาน งานบวช

งานศพ งานวันเกิด เป็นต้น รวมถึงทัศนคติ ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ภาวะความกดดัน ความเครียด ความเสียใจ ความดีใจ ที่ต้องมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสมอมา ซึ่งต้องเสี่ยงต่อค่าใช้จ่ายที่จะตามมาทั้งส่วนตัวและส่วนรวม เช่น การจ่ายค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากติดแอลกอฮอล์ การป้องกันภัยอันอาจเกิดเพราะอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับเป็นต้น ยังไม่รวมถึงรัฐที่จะต้องจ่ายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่สังคมไทยทั้งหมดด้วย<sup>27</sup> ประเด็นในเรื่องของค่านิยม วัฒนธรรม และทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง หากต้องการแก้ไขปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ในสังคมไทยให้ตรงจุด

ส่วนปัญหาภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาพบน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ<sup>13, 28</sup> การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งของการฆ่าตัวตาย แต่ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำนายว่าบุคคลนั้นจะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่ นอกจากนี้มุมมองของบุคคลทั่วไปต่อโรคซึมเศร้าหรือแม้แต่โรคทางจิตเวชในสังคมไทยยังบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยเฉพาะภาคเหนือของประเทศไทยที่มองบุคคลที่ป่วยด้วยภาวะทางจิตเวชว่าเป็นผีบ้าคนบ้า ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ยังต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้บุคลากรยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ขาดทักษะการให้คำปรึกษารวมถึงทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาครอบครัวหรือคู่สมรส ดังนั้นการทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องวางแผนให้ครอบคลุมทั้งระบบ ทั้งการเพิ่มจำนวนบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การค้นหา คัดแยก และคัดกรองเบื้องต้นในประชากรกลุ่มเสี่ยง การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

และผู้ป่วยจิตเวชอื่นจะเป็นการลดตราบาปในผู้ป่วยจิตเวช รวมไปถึงการรณรงค์ให้ประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจะตามมาของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

เหตุการณ์หรือปัญหาที่กระตุ้นทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จในประชากรจังหวัดสุโขทัย พบว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญยิ่งในปัญหาเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาการสูญเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน เนื่องจากสุโขทัยประสบปัญหาน้ำท่วมตลอดมาโดยยังไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม เมื่อถึงฤดูน้ำหลาก ประชาชนเครียดกับความไม่แน่นอนของภัยธรรมชาติ เครียดกับความเสียหายระหว่างน้ำท่วมและหลังน้ำท่วม เครียดกับภาระหนี้สินจากการลงทุนทำการเกษตร รวมถึงความเครียดจากการแก้ปัญหา น้ำท่วมของหน่วยงานราชการ ส่วนปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดที่สำคัญ คือ ปัญหาความผิดหวังในเรื่องความรัก/หึงหวง และปัญหาต้องการการเอาใจใส่/ตามใจ/เรียกร้องความสนใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการป้องกันที่สาเหตุให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น กรณีเกิดภัยธรรมชาติ ระดับของผลกระทบของภัยธรรมชาติต่อทรัพย์สินของประชาชนเป็นปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาในการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่นเดียวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว การปรับการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การควบคุม และการปรับพฤติกรรม การสื่อสารกัน ในครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก ก็เป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันและการแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายที่สาเหตุของปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดเช่นเดียวกัน

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ การใช้อาวุธปืนยิงตัวตาย

เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจสังคมและกฎหมาย เชื้อต่อการมีอาวุธในครัวเรือน ทำให้การเข้าถึงอาวุธเป็นไปอย่างรวดเร็วลงมาเป็นการแขวนคอ แต่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศไทย จากการศึกษพบว่า การแขวนคอเป็นวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เนื่องจากสามารถหาวัสดุหรือเครื่องมือที่มีในชุมชนหรือครัวเรือนหรือสิ่งแวดล้อมได้ง่ายและสะดวกกว่า รองลงมาเป็นการใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลงหรือยาปราบวัชพืช<sup>29</sup>

ถึงแม้ว่า การศึกษาจะมีข้อจำกัดในเรื่องการสืบค้นหลังเสียชีวิตที่ต้องอาศัยการสัมภาษณ์จากญาติ และคนใกล้ชิด อาจทำให้ขาดรายละเอียดบางประเด็นหรือให้รายละเอียดบางเหตุการณ์มากเกินไปความเป็นจริงตามแต่ความสนใจของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน<sup>30,31</sup> ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตระหนักในประเด็นดังกล่าวจึงได้พยายามหารายละเอียดจากข้อมูลจากหลายแหล่งเช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อความเที่ยงตรง ถูกต้องของข้อมูลให้มากที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเลือกที่จะเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลเพียงคนเดียว โดยการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างร่วมด้วย เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาคำจำกัดดังกล่าว

## สรุป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย การมีโรคประจำตัวที่มีผลกระทบทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เช่น อัมพาต/หลอดเลือดสมอง/ไขสันหลัง มะเร็งในทุกอวัยวะ มีอาการปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลัง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือการใช้แอลกอฮอล์ รวมไปถึงมีปัญหามืดหวังเรื่องความรัก/ หึงหวง หรือปัญหาเศรษฐกิจที่เกิดจากปัญหาเสียทรัพย์สิน/ประสบภัย/เสียพนัน การป้องกันการฆ่าตัวตายจำเป็นต้องทำงานร่วมกันหลายฝ่ายไม่สามารถทำเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้

ต้องวางแผนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติงาน รวมไปถึงต้องมีการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมรอบด้านตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลไปจนถึงระดับชุมชน เพื่อให้การป้องกันการฆ่าตัวตายประสบผลสำเร็จสูงสุดสอดคล้องกับนโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนมีสุขภาพจิตดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข”

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายเสน่ห์ แสงเงิน นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้ให้คำปรึกษาที่แนะนำในการทำวิจัยและการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัยที่สนับสนุนในการทำวิจัย จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- World Report on Violence and Health; World Health Organization : Geneva, Switzerland; 2002.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009; 373:1372-81.
- Suicide Prevention. WHO Sites: Mental Health. World Health Organization. February 16, 2006. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). [Retrieved 2008-09-16].
- Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Suicide prevention 2012. Khon Kaen Printing; 2012.
- Lotrakul M, Kakina S, Thanaphaisarn A. Break through crisis : Analysis gender male and female after attempted suicide. Bangkok : Bureau Of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 1999; 3:13-44.
- Udomrat P, Monkola A, Tungsee T. Management of depression and suicide prevention. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok : Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2005:2.
- Lotrakul M. Suicide in Thailand between 1998 and 2002. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2003; 48:251-9.
- Duangjun O, Suwanmaitree S. Suicide prevention manual. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2004:2.
- Learning organization of planning division. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2010.
- Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapailoon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The Suicidality in Thai populations: A National survey. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2011; 56:413-24.
- Roy A. Psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol I. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:2031-40.
- Cheng AT. Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:594-603.

13. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case -control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000; 177:360-5.
14. Yenilmez C, Balci YG, Ayranci U, Seber G, Kaptanoglu C, Demographic And Psychosocial Risk Factors Relevant In Completed Suicides In The Region Of Eskisehir, Turkey. *The Internet Journal of Forensic Science* 2005; 1(1): DOI: 10.5580/1c7f.
15. Palacio-Acosta C, García-Valencia J, Diago-García J, Zapata C, Ortiz-Tobón J, López-Calle G, et al. Characteristics of People committing suicide in Medellín, Colombia. *Rev Salud Pública* 2005; 7:243-53.
16. Yingseree O, Yingseree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by Psychological Autopsy during 2008 and application to community prevention. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2010; 55:297-304.
17. WongPW, ChanWS, ChenEY, ChanSS, LawYW, Yip PS. Suicide among adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health* 2008, 8:147.
18. Chandler CR, Tsai YM. Suicide in Japan and in the West. *Int J Comp Sociol* 1993, 34:244-59.
19. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis* 2000; 21:31-5.
20. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360:1728-36.
21. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:190-7.
22. Allebeck P, Bolund C, Ringback G. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:611-6.
23. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *BMJ* 2002; 324:1355.
24. Gregory E, Ratcliffe, Murray W, Enns, Shay-Lee Belik and Jitender Sareen. Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Annual Epidemiologic Perspective. *Clinical Journal Pain* 2008; 24:204-10.
25. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med* 2003; 33:395-405.
26. De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide. *Br J Psychiatry* 2002; 181:372-4.
27. Phrakhru Sumonthammathada (Sayan Boupkhom). A study of problems and solutions drinking alcohol affect the thai society. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of master of arts. (Buddhist Studies). Graduate school Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Bangkok, Thailand; 2010.

- 
28. Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 430-7.
29. Ronald W. Maris, Alan L. Berman, Morton M. Silverman, Bruce Michael Bonger. *Comprehensive textbook of Suicidology*. Guildford press; 2000; 96:236-37.
30. Cooper J. Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *J Clin Nursing* 1999; 8:465-75.
31. Isometsa ET. Psychological autopsy studies: A review. *Eur Psychiatry* 2001; 16:379-85.