

อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

THE RATE OF SUICIDE AND FACTORS RELATED TO SUICIDAL
BEHAVIOR AT CHAOPHAYAYOMMARAT HOSPITAL
SUPHANBURI PROVINCE

วารกรณ์ ประทีปธีรานันต์, พย.ม. (Waraporn Prateeparanun, M.N.S.)*

Abstract.

Objectives: The purposes of this descriptive research and retrospective study were to examine the rate of suicide and the factors related to suicidal behavior.

Methods: Data were obtained from the suicide surveillance report (report 506 DS) between 2010 to 2012, 374 patients with suicidal behavior who visit at the emergency department of Chaophayayommarat hospital, and from in-depth interviews using interview protocols with five suicide attempters who admitted in general medicine inpatient ward. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The findings revealed that the ratio of completed suicide between male and female was 2.9:1. Women were more likely to attempt suicide than men, the ratio was 1.2:1. The majority of persons who completed suicide were employee, in middle age, had a history of repeated self-harm, and lived in district area. The majority of persons who attempted suicide

were employee or labor, in adolescence and early adulthood, and lived in the district area. The completed suicide group had a history of repeated self harm more than the attempted suicide group. It was found that 33.13% of suicide attempters had depression and mostly were in mild level (64.86%). In addition, most of the completed suicide group harmed the mselves by hanging, while most of attempted suicide persons took the form of drug overdoses. The causes leading to self-harm in attempted suicide group were arguing with their intimates (37.31%) and being hurt by blame (22.39%). In completed suicide group, the highest cause was involved with addictive substances, especially tobacco and alcohol.

Conclusion: Results from this study suggest that in order to reduce suicide, relationship in family should be promoted and conflict in family should be reduced.

*Correspond author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี
E-mail: PP9Y0MRAJ@gmail.com

Keywords: Suicide, Factors related to suicidal behavior

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์ของงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลังนี้เพื่อศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา: เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2553-2555) จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 374 คน และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 5 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษา: ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 2.9:1 ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.2:1 ทั้งกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างหรือผู้ใช้แรงงาน ขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงาน ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำมากกว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายในอัตราส่วน 2.9:1 และทั้งกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากตำบลที่มีเขตติดต่อกับพื้นที่เขตเทศบาลเมืองฯ ส่วนระดับ

ภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 33.13 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.86 นอกจากนี้กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักใช้วิธีการผูกคอตนเอง ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด ด้านสาเหตุกระตุ้นในการทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่จากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 37.31 รองลงมาคือ ปัญหาน้อยใจ ถูกดูค่า ต่ำหนีดคิดเป็นร้อยละ 22.39 ส่วนกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่ยาและสุรา

สรุป: ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตายนั้นควรเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และลดความขัดแย้งในครอบครัว

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และมีภาวะซึมเศร้า จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายเกือบ 1 ล้านคน และในทุกวันประชากรจะสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1,100 คน หรือ 40 วินาที

จะมีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และมีประชากรราว 10-20 ล้านคน พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ (World Health Organization [WHO], 2006) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังประมาณการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-44 ปี ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จครั้งแรกเป็น 20 เท่า (WHO, 2006) ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 จบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2555)

อำเภอเมืองสุพรรณบุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นอันดับ 4 ของจังหวัดสุพรรณบุรี นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ติดต่อกัน 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 (โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2555) คิดเป็นอัตรา 9.28, 10.70, 11.30 และ 14.25 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งถ้าคำนวณต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเภทค่าอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ยต่อราย ๆ ละ 2,028-5,335 บาท (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2554) ดังนั้นผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตถูกส่งต่อมาที่โรงพยาบาลประมาณ 146 รายต่อปีนั้น จึงคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการเท่ากับประมาณ 3-7 แสนบาทต่อปี ทั้งนี้ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้าย

ตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในประเทศไทยของปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2547) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายมี 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิต การบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ใช้ยา/แอลกอฮอล์ และมีประวัติทางพันธุกรรม 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ผู้มีบุคลิกภาพแบบ Type B คือ มีลักษณะการแสดงออกแบบเจ้าอารมณ์ หุนหันพลันแล่น ผู้ไม่มีญาติ/เพื่อนสนิท และผู้ที่ไม่ปรึกษาใครเวลามีปัญหา และ 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่ปกติในวัยเด็ก คือ ครอบครัวที่บิดามารดาแยกทางกัน ขาดการเอื้อเฟื้อต่อกัน และมีการทะเลาะวิวาทกันเป็นประจำ ผู้ที่มีความสัมพันธ์ไม่ราบรื่นกับคู่สมรส และผู้ที่มีระดับการศึกษาปวส./ อนุปริญญา ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีทางสังคมวัฒนธรรมของ Durkheim (1996) ได้กล่าวไว้ว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม หากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคมไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกตนเองไร้ค่า และรู้สึกว่าไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด

จะเห็นได้ว่าปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมในวงกว้างอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักจะได้รับ

ความกดดันจนเสียสมดุลทางอารมณ์ ไม่สามารถที่จะจัดการหรือควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงซับซ้อนตามมาโดยเฉพาะการเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลต้องการหยุดการรับรู้ และแสดงออกด้วยการฆ่าตัวตายซึ่งเขาคิดว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวในขณะนั้น หากปล่อยสถานการณ์ดังกล่าวให้ดำเนินต่อไปไม่ได้แก้ไขป้องกันหรือหาแนวทางที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายกระทำการฆ่าตัวตายซ้ำได้

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยประชากรที่ศึกษาเป็นผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้ คาดว่าจะได้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการงานจิตเวชในการหาแนวทางส่งเสริมป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาอัตราการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการ 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2553-2555) จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 374 คน ซึ่งได้ตอบแบบรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิต และส่วนที่ 2 ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตายที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2556 จำนวน 5 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ตาม รง. 506 DS ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non-structured interview) พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ประเด็น ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือน ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว การเจ็บป่วย/ การใช้สารเสพติด และการเลียนแบบ

จากสื่อสารมวลชน ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างนี้ได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และในการสัมภาษณ์กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้อธิบาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่จะได้รับการวิจัย ประโยชน์ การรักษาความลับ การปกป้องสิทธิในการตัดสินใจ เข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัย และผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงทำความเข้าใจกระบวนการทำวิจัยกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบ ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช พร้อมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1: เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแพทย์ประวัติของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเวลา

ระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2555 จำนวน 374 คน ซึ่งได้ตอบแบบสอบถามการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง506DS) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของประชากร เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีที่ใช้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ประวัติปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า หากพบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าก็จะถูกส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ พร้อมประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ที่แผนกจิตเวช โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้านี้มาใช้ในการวิเคราะห์ด้วย

ส่วนที่ 2: ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ในช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2556 จำนวน 5 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติบรรยาย

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือน ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว การเจ็บป่วย/การใช้สารเสพติดและการเลียนแบบจากสื่อสารมวลชน ซึ่งใช้วิธีอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้งแล้วสรุปประเด็นสำคัญของข้อมูล

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน และอัตราต่อประชากรแสนคนของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย	ปี 2553		ปี 2554		ปี 2555		รวม 3 ปี	
	จำนวน	อัตรา*	จำนวน	อัตรา*	จำนวน	อัตรา*	จำนวน	อัตรา*
การฆ่าตัวตายสำเร็จ								
ชาย	9	5.35	10	5.94	10	5.84	29	16.93
หญิง	4	2.38	3	1.78	3	1.75	10	5.84
รวม	13	7.72	13	7.72	13	7.59	39	22.76
การพยายามฆ่าตัวตาย								
ชาย	51	30.29	58	34.45	43	25.10	152	88.70
หญิง	74	43.96	72	42.77	37	21.59	183	106.79
รวม	125	74.24	130	77.21	80	46.70	335	207.16

อัตรา* หมายถึง อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน โดยมีฐานประชากรกลางปีที่ใช้ในการคำนวณ
ดังนี้ ปี 2553 - 2554 = 168,372 คน และ ปี 2555 = 171,277 คน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามประวัติการทำร้ายตนเอง

ประวัติ การทำร้ายตนเอง	ปี 2553		ปี 2554		ปี 2555		รวม 3 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ								
หนึ่งครั้ง	11	84.62	8	61.54	10	76.92	29	74.36
มากกว่า 1 ครั้ง	2	15.38	5	38.46	3	23.08	10	25.64
รวม	13	100.00	13	100.00	13	100.00	39	100.00
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย								
หนึ่งครั้ง	107	85.60	111	85.38	73	91.25	291	86.87
มากกว่า 1 ครั้ง	18	14.40	19	14.62	7	8.75	44	13.13
รวม	125	100.00	130	100.00	80	100.00	335	100.00

1. ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่เขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2555 คิดเป็น 7.72, 7.72 และ 7.59 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 2.9:1 และในส่วนกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายพบว่าเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.2:1 (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีประวัติการทำร้ายตนเองหนึ่งครั้งและมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นอัตราส่วน 6.61:1 ขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตนเองหนึ่งครั้งและมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นอัตราส่วน 2.9:1 หากเปรียบเทียบประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้ง) ของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 25.64 แต่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 13.13

ด้านอายุ พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้นคือมีอายุช่วง 20-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.52 ส่วนกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 61.53 โดยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

ด้านเขตการปกครอง พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองคิดเป็นร้อยละ 65.37 รองลงมา คือ พื้นที่ต่างอำเภอในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 18.50 และพื้นที่เขตเทศบาลเมืองฯ คิดเป็นร้อยละ 9.85 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 64.10 รองลงมา คือ อยู่ในพื้นที่ต่างอำเภอภายในจังหวัดสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 15.38 และพื้นที่เขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 10.26 ตามลำดับ

ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 42.99 รองลงมา คือ นักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 15.82 และตกงานและเกษตรกรรวมจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 11.04 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงานมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น ส่วนกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างหรือผู้ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 35.90 รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพ/ ตกงาน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ

ด้านเหตุการณ์กระตุ้นให้ทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 37.31 รองลงมา คือ มีปัญหาน้อยใจถูกดูค่า ดำหนิ คิดเป็นร้อยละ 22.39 และมีปัญหาผิดหวังจากความรัก หึงหวง คิดเป็นร้อยละ 19.10 ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล พบว่า พฤติกรรมส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลด้านการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 56.41 จำนวนนี้จะติดบุหรี่

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 รองลงมาคือติดสุรา คิดเป็นร้อยละ 36.36 ในส่วนของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ไม่มีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 68.36

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	ปี 53 (125 ราย)		ปี 54 (130 ราย)		ปี 55 (80 ราย)		รวม 3 ปี (335 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	84	67.20	88	67.69	52	65.00	224	66.87
มีภาวะซึมเศร้า	41	32.80	42	32.31	28	35.00	111	33.13
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	21	51.22	27	64.29	24	85.71	72	64.86
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	16	39.02	11	26.19	4	14.29	31	27.93
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	4	9.76	4	9.52	0	0.00	8	7.21

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามประวัติการทำร้ายตนเอง

วิธีการทำร้ายตนเอง	ระดับภาวะซึมเศร้า						รวม 3 ปี (111 ราย)	
	เล็กน้อย	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	รุนแรง	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง	58	52.25	10	9.01	2	1.80	70	63.06
ทำร้ายตนเองซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้ง)	14	12.61	21	18.92	6	5.41	41	36.94
รวม	72	64.86	31	27.93	8	7.21	111	100.00

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 66.87 และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 33.13 ในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.86

สำหรับกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.06 และทำร้ายตนเองซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 36.94

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามวิธีการทำร้ายตนเอง

วิธีการทำร้ายตนเอง	ปี 53 (125 ราย)		ปี 54 (130 ราย)		ปี 55 (80 ราย)		รวม 3 ปี (335 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กินยาเกินขนาด	66	52.80	65	50.00	36	45.00	167	49.85
กินสารเคมีอื่นๆ	21	16.80	28	21.54	16	20.00	65	19.40
กินสารกำจัดแมลง	24	19.20	18	13.85	15	18.75	57	17.01
กินสารกำจัดวัชพืช	13	10.40	14	10.77	13	16.25	40	11.94
ผูกคอ	0	0.00	4	3.08	0	0.00	4	1.19
กระโดดจากที่สูง	0	0.00	1	0.77	0	0.00	1	0.30
กระโดดน้ำ	1	0.80	0	0.00	0	0.00	1	0.30

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ปีงบประมาณ 2553-2555 จำแนกตามวิธีการทำร้ายตนเอง

วิธีการทำร้ายตนเอง	ปี 53 (13 ราย)		ปี 54 (13 ราย)		ปี 55 (13 ราย)		รวม 3 ปี (39 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผูกคอ	6	46.15	2	15.38	10	76.92	18	46.15
กินสารกำจัดแมลง	2	15.38	5	38.46	1	7.69	8	20.51
กินยาเกินขนาด	2	15.38	2	15.38	0	0.00	4	10.26
กินสารเคมีอื่นๆ	1	7.69	2	15.38	1	7.69	4	10.26
ใช้ปืน	1	7.69	2	15.38	0	0.00	3	7.69
กินสารกำจัดวัชพืช	0	0.00	0	0.00	1	7.69	1	2.56
กระโดดน้ำ	1	7.69	0	0.00	0	0.00	1	2.56

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีการทำร้ายตนเองด้วยวิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.85 รองลงมาคือ กินสารเคมีอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.40 และกินสารกำจัดแมลง คิดเป็นร้อยละ 17.01

ตามลำดับ และจากตารางที่ 6 ในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าวิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุดคือการผูกคอตนเอง คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาคือ กินสารกำจัดแมลง คิดเป็นร้อยละ 20.51

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 คน สรุปตามประเด็นการสัมภาษณ์ 6 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 2 คน และหญิง 3 คน มีอายุส่วนใหญ่ช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้นคือ อายุ 17-34 ปี และมีผู้ป่วย 1 คน มีอายุ 56 ปี

2. ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตาย: ผู้ให้ข้อมูลทุกรายบอกว่าไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน วิธีการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ คือ กินยาเกินขนาด และกินสารเคมี ขณะลงมือกระทำส่วนใหญ่จะอยู่ตามลำพังคนเดียว แต่หลังทำร้ายตนเองแล้วจะโทรศัพท์หรือบอกให้ผู้อื่นทราบ (ยกเว้น ผู้ให้ข้อมูล 1 คน ที่กินยาฆ่าแมลงต่อหน้าบุตรชาย) ความตั้งใจในการกระทำครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองจริง ยกเว้นผู้ป่วย 1 คน เป็นเพศชายมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตเพราะรู้สึกเบื่อชีวิตมาก สาเหตุกระตุ้นที่สำคัญส่วนใหญ่คือ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด และความรู้สึกน้อยใจ จึงทำให้ตัดสินใจทำร้ายตนเอง เพราะอารมณ์ชั่ววูบ โดยมียาและสารเคมีที่ใช้ทำร้ายตนเองอยู่ภายในบ้านจึงหยิบใช้ง่ายได้ทันที และมีผู้ป่วย 3 ราย บอกว่าที่ทำร้ายตนเองเกิดจากความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยวไม่มีใคร และต้องการให้คนข้างหลังเสียใจ เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ส่งต่อจิตแพทย์เพื่อรับยาต้านเศร้าให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยและญาติ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือน: ผู้ป่วย 4 ราย ได้ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบโดยการพูด/ บ่นอยากตาย/ การสั่งเสียคนใกล้ชิด

และแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เก็บตัว พูดคุยกับผู้อื่นน้อยลง

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว: ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวทั้งสิ้น ได้แก่ ผู้ป่วย 2 ราย ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาแบบห่างเหินต่างคนต่างอยู่ ผู้ป่วย 1 ราย มียาเป็นคนเลี้ยงดูในวัยเด็ก ส่วนอีก 1 ราย ถูกบิดามารดาส่งให้ต้องอยู่หอพักที่โรงเรียนตลอด และผู้ป่วยอีก 3 ราย มีความขัดแย้งกันในครอบครัวเป็นประจำโดยทะเลาะวิวาทเกี่ยวกับเรื่องชู้สาว หึงหวง

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/ การใช้สารเสพติด: ผู้ป่วย 4 ราย ไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติทางจิตและไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน มีผู้ป่วย 1 ราย มีประวัติใช้ยาบ้ามา 2 ปี

6. ข้อมูลการเลียนแบบจากสื่อสารมวลชน: ผู้ให้ข้อมูลทุกรายบอกว่าในการทำร้ายตนเองครั้งนี้ “คิดเอง ไม่มีใครบอกให้ทำ หรือเลียนแบบจากสื่อใด ๆ”

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เพศ: จะเห็นได้ว่า เพศชายส่วนใหญ่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ขณะที่เพศหญิงจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าแต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากเพศชายจะมีบุคลิกภาพและการตัดสินใจที่เด็ดขาดมากกว่า ดังนั้นจึงใช้การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงโดยหวังผลให้ถึงแก่ชีวิต สอดคล้องกับที่สุวนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว (2545) ได้กล่าวว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหนีปัญหา ส่วนเพศชายมักใช้การวิธีการเผชิญปัญหาแบบต่อต้านคือแสดงอารมณ์โกรธ ไม่พอใจต่อบุคคลนั้น ๆ ด้วยคำพูด การกระทำที่รุนแรงกว่า

2. อายุ: พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มจะมีอายุน้อยลง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีอายุมากขึ้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับที่ สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้กล่าวว่าการฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี

3. อาชีพ: พบว่า ทั้งกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มิอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงานมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภรัตน์ เอกอัสวิน (2545) และพรศิลป์ อุปนันท์ (2552) ที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอาชีพรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพ ส่งผลให้เกิดความเครียด บางคนอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาผู้อื่น มีความขัดแย้งในครอบครัว มีอารมณ์รุนแรงไม่โหม่งการตัดสินใจไม่เหมาะสม มีวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแก้ปัญหา

4. ประวัติการทำร้ายตนเอง: พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำมากกว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับที่ สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้กล่าวว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิทธิ์ วิสสุตรัตน์ (2541) พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ายังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยังเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล, 2551)

5. เขตพื้นที่การปกครอง: พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มาจากตำบลที่มีเขตติดต่อกับพื้นที่เขตเทศบาลเมืองๆ เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีช่องว่างทางวัฒนธรรมและสังคม สอดคล้องกับที่ Durkeim (1996) ได้กล่าวว่าปัญหาการฆ่าตัวตายมีสัมพันธกับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรมโดยเฉพาะเขตเมืองหรืออุตสาหกรรม อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มีความผูกพัน ใช้ชีวิตแบบตัวใครตัวมันบางคนไม่สามารถปรับตัวได้จึงเกิดปัญหาสุขภาพจิต

6. ระดับภาวะซึมเศร้า: พบว่า 1 ใน 3 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองถึง 17.55 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัสวิน (2545) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าที่ 9.63 เท่า ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อความรู้สึกนี้มีท่วมท้นขึ้นมา บุคคลนั้น ๆ ก็อาจเลือกใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกต่อสภาวะอารมณ์ที่ตนเองทนรับต่อไปอีกไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ฆ่าตัวตายเชื่อว่าความทุกข์ใจ และปัญหาต่าง ๆ ที่เขาประสบอยู่ไม่มีทางดีขึ้นได้ (Beck, Weissman, & Kovacs, 1976)

7. วิธีการทำร้ายตนเอง: พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงหวังผลแก่ชีวิต ได้แก่ ผูกคอตาย กินสารกำจัดแมลง ใช้ปืน เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มผู้พยายาม

ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้แก่ กินยาเกินขนาด กินสารเคมีอื่น ๆ เป็นต้น การที่พบว่ามีการใช้วิธี กินยาเกินขนาดหรือสารกำจัดแมลงค่อนข้างมาก นั้น อาจเป็นเพราะยาหรือสารดังกล่าวมีอยู่ใน บ้านอยู่แล้ว หรือหาซื้อได้ง่าย โดยเฉพาะสาร กำจัดแมลงที่มีในบ้าน/ ชุมชนที่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมในพื้นที่ภาคกลางอย่างจังหวัด สุพรรณบุรี

8. ปัญหาหรือสาเหตุกระตุ้นในการทำร้าย

ตนเอง: พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีปัญหาทะเลาะกับ คนใกล้ชิด และน้อยใจที่ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ที่ พบว่า บุคคลที่มีลักษณะเจ้าอารมณ์ หุนหันพลัน เล่น มักมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นจนเกิด ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเองถึง 4.62 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคม ที่จะทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าบุคคลที่ ไม่ฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจาก สังคม สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รู้สึก โดดเดี่ยว ไร้ค่า และสิ้นหวัง จนนำไปสู่การพยายาม ฆ่าตัวตายในที่สุด (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, & Lonnqvist, 1994)

9. พฤติกรรมส่วนบุคคล: พบว่า กลุ่ม ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่ไม่เหมาะสมในการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะ บุหรี่และสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิทธิ์ วิสสุตรัตน์ (2541) ที่ พบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติด มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทั้งนี้อาจเนื่อง

มาจาก ดัวยาและสารเสพติดนี้ส่งผลให้กลุ่ม ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการ ทำงานต่ำ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ และขาดความยับยั้งชั่งใจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลในครอบครัว สัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และตัดสินใจทำร้ายตนเองในที่สุด

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์หลายสาเหตุหลายปัจจัยผสม ผสานรวมกัน ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม มากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การฆ่าตัวตายจะเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและป้องกันการ ฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประวัติการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงระดับมาก ส่งผลให้มีโอกาส เสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำสูง บุคคลเหล่านี้จึงควร ได้รับการบำบัด อย่างถูกต้องและได้รับคำปรึกษา ก่อนกลับบ้าน ตลอดจนมีการติดตามเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

2. ควรให้ความสำคัญกับประชาชนใน พื้นที่รอยต่อระหว่างเขตชุมชนเมืองกับเขตชนบท โดยการณรงค์ค้นหา/ คัดกรอง เฝ้าระวังผู้มีภาวะ ซึมเศร้าในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ควรมีการสะท้อนข้อมูลปัญหาเรื่องการใช้ยาหรือสารเคมีที่เป็นอันตรายแก่ชุมชนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี

4. ควรเสริมสร้างการเรียนรู้เรื่องทักษะชีวิตแก่นักเรียนในสถานศึกษาเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ตัดสินใจด้วยเหตุผล แทนการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนทุกพื้นที่ เพื่อให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับประชาชน เช่น คลินิกให้คำปรึกษา Hotline สายด่วน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤต ให้ผู้ที่กำลังประสบปัญหาขอความช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วยให้รอบด้านมากขึ้นเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ควรจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการจัดการปัญหาให้แก่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวช*.
นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานผลการศึกษาเชิง*

ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2555, จาก <http://suicide.jvkk.go.th/menu 3.aspx>

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์.

(2541). *การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
เชียงใหม่: นนทบุรีการพิมพ์.

ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกุล และบารมี จรัสสิงห์. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำร้ายตนเองในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

พัชรวิลาชัย และอมรรัตน์ หาญจริง. (2550). *ปัจจัยในการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน*. การสัมมนาทางวิชาการเรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายครั้งที่ 2 (หน้า 12-13). เชียงราย.

พรศิลป์ อุปนันท์. (2552). *ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย*. *วารสารสวนปรุง*, 25(2), 27-37.

มานิช หล่อตระกูล. (2551). *การศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48 (4), 231-239.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2554). *คู่มือเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2554: สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2555). *สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายประจำปี 2553-2555*. สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.

- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Beck, A. T., Weissman, A. & Kovacs, M., (1976). Alcoholism hopelessness and Suicide behavior. *Journal of Substance Abuse*, 37(1), 66-77.
- Durkheim, E. (1996). *Suicide*. New York: Mc Millan Publishing.
- Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., & Marttunen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 747 -753.
- World Health Organization. (2006). *Mental health*. Retrieved October 17, 2006, from http://www.who.int/mental_health/Suicideprevent/Suicide