

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7

วันที่รับ : 17 เมษายน 2563

วันแก้ไข : 26 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2563

ปรารภนา คำมีสินนท์ พย.ม.

พรดุสิต คำมีสินนท์ พย.ม.

จิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ พย.ม.

เอมมัทย์ ศรีจันทร์หล้า พย.ม.

สุนันทา คำชมพู พย.ม.

วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว พย.บ.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (case) จำนวน 89 ราย กับกลุ่มประชาชนทั่วไป (control) จำนวน 267 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างตามแบบสำรวจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตายที่พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata version 10 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา odds ratio และ logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$

ผล: การวิจัยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีสถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้าย ($OR = 7.77$; $95\%CI = 1.18 - 51.22$) การมีประวัติว่าในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู ($OR = 11.44$; $95\%CI = 1.67 - 78.17$) และการมีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($OR = 19.14$; $95\%CI = 3.78 - 96.94$) ในส่วนปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา ($OR = 0.02$; $95\%CI = 0.00 - 0.16$) และเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะมีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยช่วยเหลือ ($OR = 0.04$; $95\%CI = 0.00 - 0.48$)

สรุป: การป้องกันอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องเพิ่มความตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหา ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และจิตใจเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านปัจจัยปกป้อง อันจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป กลยุทธ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ที่ยากลำบากฆ่าตัวตายและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

Risk and Protective Factors of People Who Attempted Suicide in the 7th Health District of Thailand

Received : 17 April 2563

Revised : 26 May 2563

Accepted : 23 July 2563

Prattana Khummeeseenon M.N.S.

Porndusit Khummeeseenon M.N.S.

Jitpinan Chokrassameehirun M.N.S.

Emhathai Srichanla M.N.S.

Sunantha Khamchompu M.N.S.

Watchareewan Saokaew B.N.S.

Khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstracts

Objective: To study the risk and protective factors of people who attempted suicide.

Materials and methods: This case-control study examined the risk and protective factors of 89 people who attempted suicide (cases) in the 7th Health District of Thailand and 267 general people (control). Data were collected using a researcher-developed structured interview guide and survey form with a reliability of 0.88. Data were analyzed with descriptive statistics, logistic regression, and odds ratios using Stata, version 10, setting a significance alpha level at 0.05.

Results: Risk factors associated with attempted suicide were marital status (divorced or widowed) (OR = 7.77; 95% CI = 1.18 - 51.22), history of physical abuse by a parent or caregiver (OR = 11.44; 95% CI = 1.67 - 78.17), and conflict with a family member or a neighbor during the past 3 months (OR = 19.14; 95% CI = 3.78 - 96.94). Protective factors associated with a suicide attempt were having problem-solving skills (OR = 0.02; 95% CI = 0.00 - 0.16) and supportive people during difficult situations (OR = 0.04; 95% CI = 0.00 - 0.48).

Conclusion: Prevention of suicide requires health care professionals to increase their awareness and pay greater attention to promoting problem solving skills. Health care professionals need to discover the suicidal person's social support system and psychological resources to enhance the protective factors to avoid further attempts. These strategies can be applied to help people who attempt suicide to problem solve more effectively.

Keywords: attempted suicide, protective factors, risk factors

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลกในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า มีประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆ ปี โดยมีการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน ซึ่งในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60.00 โดยสามารถพยากรณ์ได้ว่าภายในปี พ.ศ.2563 จะมีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสูงถึงปีละ 1.53 ล้านคน¹ และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของจำนวนผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ในทุกๆ 20 วินาที และมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ในทุกๆ 1-2 วินาที² ส่งผลทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายกลายเป็นสาเหตุของการตายอยู่ในสิบอันดับแรก³ โดยในประชากรหนึ่งแสนคนจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 16 ราย หรือในทุกๆ 40 วินาทีจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย

สำหรับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด (จำนวนรวมทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต) พบว่ามีจำนวนสูงถึง 25,000 - 27,000 รายต่อปี⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.50 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดของตนเองด้วย⁵ จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายนี้ไม่ใช่เป็นแค่ปัญหาของผู้ทำร้ายตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและ

บุคคลใกล้ชิดอีกด้วย จากผลการวิจัยของหวานศรีเรือนทอง⁶ ซึ่งทำการศึกษาอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนไทยในชุมชนทั้งชายและหญิง อายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 คน พบว่าประชาชนไทยมีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศ คิดเป็นร้อยละ 7.30 โดยจำแนกเป็นความเสี่ยงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 6.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.60 และระดับสูง ร้อยละ 0.70

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ยกตัวอย่าง เช่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ซึ่งมีโอกาสที่จะทำให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำเลยมาก่อนประมาณร้อยละ 40.00⁷ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน ก็สามารถทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน⁸ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1 ใน 4 โรคคือ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การติดสุรา และการมีบุคลิกภาพผิดปกติ ก็สามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากถึงร้อยละ 50.00⁹ โดยที่เพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า^{9,10} การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุแต่อาจแตกต่างกันที่แรงจูงใจในการทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการทางด้านจิตใจ¹⁰ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเคยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป¹¹ และพบว่าญาติลำดับแรก

ของผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.80 เท่า¹²

การประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย โดย New Zealand Guidelines Group (NZGG, 2003)¹³ ได้แบ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม (4 P's) ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มเอียง (Predisposing factors) เช่น โรคทางจิตเวช สถานะยากจน การศึกษาน้อย มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง การถูกกระทำทารุณในวัยเด็กครอบครัวแตกแยกในวัยเด็ก 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การตายของคนรักโดยไม่ได้นึกคิดมาก่อน การหย่าร้างภาวะตกงาน สัมพันธภาพแตกแยก ปัญหาความคิดการใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ 3) ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (Perpetuating factors) เช่น ความกดดันครั้งใหญ่ในชีวิต มุมมองทางลบต่อเหตุการณ์ในชีวิต โรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด การที่ยังมีความตั้งใจฆ่าตัวตาย ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ 4) ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น รู้สึกโล่งอกที่ไม่เสียชีวิต ความศรัทธาในศาสนา ครอบครัว ความเชื่อมั่นในตัวเอง ความรู้สึกดีต่อตนเอง และการที่มีคนสนิทใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตายอีก เช่น การศึกษาของอนุพงศ์ คำมา¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ Case control study โดยการเปรียบเทียบระหว่าง

กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 110 ราย กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 220 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จได้แก่ 1) เพศ โดยที่เพศชายจะฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.40 เท่า 2) การมีโรคประจำตัว เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิกการ ปวดศีรษะเรื้อรัง และการที่มีอาการปวดข้อปวดเข่าปวดหลังเรื้อรัง 3) โรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาหาเสพติด 4) การมีปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ประสบภัย เสียพินัน ปัญหาค้าขายขาดทุนล้มละลาย ปัญหายากจนขัดสน 5) การมีปัญหความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต้องการการเอาใจใส่ตามใจร้องขอแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ความผิดหวังในความรัก หึงหวง และ 6) การมีปัญหาคดีหนี้ความผิดที่ตนเองก่อ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มากกว่ากลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตได้คำนวณความสูญเสียอันเนื่องมาจากการทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่แล้วร้อยละ 98.00 จะถูกนำส่งโรงพยาบาล⁴ และหากคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเภทอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วจะพบว่ามีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายคิดเป็นมูลค่า 2,028 – 5,335 บาท ดังนั้นเมื่อมีผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตถูกส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลประมาณ 20,000 รายต่อปี จึงคิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการเท่ากับ 41-107 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ไม่ได้นับต้นทุนที่แต่ละครอบครัวต้องแบกรับ

ภาระเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการทำร้ายตนเอง แต่หากคำนวณความสูญเสียจากการเสียชีวิต อันเนื่องมาจากการฆ่าตัวตาย แยกออกมาเฉพาะ ในเพศชายแล้วพบว่า ในปี พ.ศ.2542 มีมูลค่าของความสูญเสียเท่ากับ 147,988 Disability-Adjusted Life Year หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจ ได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี⁴ อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิงของผู้ที่เสียชีวิต คือ ประมาณ 3 ต่อ 1 และเมื่อจำแนกตามอายุจะเห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดนั้นจะเกิดขึ้นในช่วงวัยหนุ่มสาว ซึ่งจะเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการพัฒนา ประเทศในอนาคต โดยในช่วงปี พ.ศ. 2535–2539 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในช่วงอายุ 20-24 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2540-2545 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในช่วง 25-29 ปี และเมื่อพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมจากปี พ.ศ. 2544-2553 แล้ว พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมเท่ากับ 8.20, 7.70, 7.10, 6.90, 6.30, 5.80, 5.96, 5.98, 5.97 และ 5.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹⁵

ในปีงบประมาณ 2554-2556 จากข้อมูลของเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อ 1 แสนประชากร แยกตามจังหวัด ที่อยู่อาศัยเรียงตามปี โดยในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตาย คือ 3.45, 3.56, 3.04 และ 6.81 จังหวัดมหาสารคาม คือ 3.08, 4.28, 5.04 และ 5.72 จังหวัดร้อยเอ็ด คือ 3.86, 3.20, 2.60 และ 4.82 และจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ 3.08, 5.69, 5.30 และ 6.19 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายนั้น มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

จากนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังที่กล่าวมา โดยตลอด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พิจารณาถึงการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช (mental health GAP) พบว่ามีบางอำเภอในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และญาติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบและกำหนดนโยบายในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งอาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์)

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study โดยใช้แบบสำรวจและวิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview)

ลักษณะประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและประชาชนทั่วไปในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 1 เมษายน 2559 โดยที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในชุมชนจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่

ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (case) และประชาชนทั่วไป (control) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (case) ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 4 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 2 อำเภอที่มีความชุกของการฆ่าตัวตายสูงสุด (ประมาณ 200 คน โดยประมาณการจากสถิติ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 8 อำเภอ จาก 4 จังหวัด ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในปีงบประมาณ 2556) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 59 ปี
2. พุดคุยสื่อสารกับผู้วิจัยรู้เรื่อง ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก
3. ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจและสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองหรือปัญญาอ่อน
2. มีอาการทางจิตระยะกำเริบรุนแรง
3. มีภาวะเมาสุราหรือสารเสพติด

2) ประชาชนทั่วไป (control) ดำเนินการสุ่มจากแฟ้มประวัติครอบครัว (family folder) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้พยายามฆ่าตัวตายในสัดส่วนจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อประชาชนทั่วไป คือ 1:3 ($200 \times 3 = 600$ คน) โดยประชาชนที่เป็นกลุ่มควบคุมต้องเป็นเพศเดียวกับ

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน (มากกว่าหรือน้อยกว่าไม่เกิน 5 ปี) ในกรณีที่สุ่มจาก family folder แล้วพบว่าไม่มีผู้ที่มีเพศ และอายุอยู่ในช่วงเดียวกับผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 คน จะสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากหมายเลขอีกครั้งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัวทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวช ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือสุรา และเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากแบบสอบถามโรคการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2551) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยส่งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยา) และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 (Davis, 1992) ผลการศึกษาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน (ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.88 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิดให้แบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน และให้เติมข้อความเป็นอย่างอื่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) ประสานงานการเก็บข้อมูลวิจัย และจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด โดยการแจ้งถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษาวิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

2) ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลวิจัยและจัดประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล (เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และประสาน วัน เวลา สถานที่ ในการเก็บข้อมูล พิจารณาข้อเสนอแนะ และจัดทำคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม

3) คณะผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้แบบสัมภาษณ์โดยสลับคู่กันตอบคำถาม อภิปรายซักถามกรณีมีข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาร่วมกัน แจกคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามแก่ผู้เก็บข้อมูลวิจัยคนละ 1 เล่ม

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยที่สถานที่ที่กำหนด ในเขตจังหวัดขอนแก่น ภาพสัณฐานมหาสารคาม และร้อยเอ็ด โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน (ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย) จะได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการ การได้รับคำตอบแทน ตลอดจนการขอออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ซึ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลวันต่อวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามเป็นรหัสคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Stata version 10 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องที่มีต่อการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไปใช้สถิติ odds ratio, Chi-square (χ^2) และ logistic regression โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 005/59 ลงวันที่ 10 มิ.ย.2559

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่า ในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 29 ปี สถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อปี เช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม และข้อมูลในส่วนของระดับการศึกษาของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่าผู้มีการพยายาม

ฆ่าตัวตายสูงสุดนั้นจะมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ปวช.ปวส. และ อนุปริญญา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม (N=356) (Case = 89
Control = 267)

ข้อมูลทั่วไป	case จำนวน (ร้อยละ)	control จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	48 (53.90)	142 (53.20)	
หญิง	41 (46.10)	125(46.80)	
อายุ			
<29 ปี	34 (38.20)	100 (37.50)	0.03*
30-39 ปี	23 (25.80)	81 (30.30)	
40-49 ปี	16 (18.00)	40 (15.00)	
50 ปีขึ้นไป	16 (18.00)	46 (17.20)	
ค่าเฉลี่ย (SD)	35.4 (12.10)	35.6 (11.80)	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, สูงสุด)	35.0 (18.00-59.00)	34.0 (20.00-62.00)	
ระดับการศึกษา			0.03*
ประถมศึกษา	37 (41.60)	82 (30.70)	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	18 (20.20)	51 (19.10)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.,ปวส., อนุปริญญา ฝึกหัดครู	29 (32.60)	98 (36.70)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	5 (5.60)	36 (13.50)	
สถานภาพสมรส			<0.01*
โสด	26 (29.20)	87 (32.70)	
คู่อยู่ด้วยกัน	40 (44.90)	159 (59.80)	
คู่แยกกันอยู่	8 (9.00)	6 (2.30)	
หย่า/ร้าง/หม้าย	15 (16.90)	15(5.60)	
ปัจจุบันท่านมีรายได้			0.04*
≤ 5,000 บาท	55 (61.80)	114 (42.70)	
5,001-10,000 บาท	23 (25.84)	105 (39.33)	
10,001-20,000 บาท	8 (8.99)	36 (13.48)	
≥20,001บาท	3 (3.37)	12 (4.49)	

*P<0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้าน (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) มีความขัดแย้งเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง คือ 1-3

วัน/เดือน) ไม่เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และการมีสถานภาพสมรส หย่า/ร้าง/หม้าย ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย (N=356)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ข้อมูลทั่วไป				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4.54	1.48 - 13.92	4.77	0.18 - 124.78
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	2.89	0.92 - 9.07	12.41	0.33 - 460.22
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช., ปวส., อนุปริญญา, ฝึกหัดครู	2.31	0.81 - 6.56	11.44	0.40 - 324.86
สถานภาพสมรส				
โสด	1.07	0.52 - 2.21	1.81	0.28 - 11.46
คู่ แยกกันอยู่	8.50	2.10 - 34.41	1.11	0.03, 38.64
หย่า/ร้าง/หม้าย	4.41	1.95 - 10.13	19.47*	1.04, 364.33
อาชีพ				
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	1.66	0.83 - 3.33	6.98	0.84, 58.16
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0.26	0.02 - 2.71	0.05	<0.001 - >999
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	0.81	0.30 - 2.22	2.00	0.10 - 39.13
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ	0.11	0.02 - 0.60	0.86	0.02, 30.43
นักศึกษา/นักเรียน	0.52	0.12 - 2.21	0.01	<0.001 - 10.32
อื่นๆ	2.48	0.94 - 6.53	1.73	0.10 - 29.51
ปัจจุบันท่านมีรายได้				
5,001-10,000 บาท	0.41	0.21 - 0.80	0.12	0.02 - 0.77
10,001-20,000 บาท	0.51	0.21 - 1.23	0.11	0.01 - 1.63
≥20,001 บาท	0.47	0.12 - 1.89	0.17	0.004 - 6.48
รายได้โดยรวมของครอบครัวไม่พอใช้	1.89	1.08 - 3.29	1.98	0.27 - 14.52

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยาฆ่าตัวตาย (N=356) (ต่อ)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ครอบครัวท่านไม่มีเงินสะสมหรือเงินฝากธนาคาร หรือไม่	2.56	1.49 - 4.41	0.77	0.20 - 2.87
ปัจจัยกระตุ้น				
ในวัยเด็กท่านเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยงดูคุณ	11.25	3.73 - 33.90	30.55*	1.47 - 633.83
เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากคู่สมรส (สามี/ภรรยา)	3.96	1.69 - 9.27	0.99	0.07 - 13.22
เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ เช่น มีการสัมผัสและต้องโดยไม่เหมาะสม หรือโดยที่คุณไม่ยินยอม	6.00	0.54 - 66.17	4.19	0.03 - 501.68
มีโรคประจำตัว / โรคร้ายแรง	1.57	0.93 - 2.65	0.28	0.05 - 1.59
ไม่เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก	3.84	1.08 - 13.59	32.05*	0.58 - 1756.43
ปัจจัยโน้มเอียง				
ครอบครัวท่าน มีหนี้สิน	0.34	0.19 - 0.59	0.17	0.03 - 1.18
มีญาติ/พี่น้องที่ถ่ายทอดถ่ายทอดทางสายเลือดเดียวกันกับท่านป่วยเป็น (ทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช)	0.78	0.49 - 1.25	2.35	0.56 - 9.86
ประสบการณ์ของครอบครัวของท่านในวัยเด็ก				
รักใคร่ผูกพันกันดี	0.29	0.16 - 0.51	0.75	0.02 - 28.84
พ่อ แม่แยกทางกัน	1.40	0.64 - 3.09	0.19	0.003 - 13.08
พ่อแม่ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยครั้ง	5.50	2.03 - 14.87	1.84	0.02 - 28.84
ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อ แม่	3.60	1.74 - 7.45	4.73	0.26 - 86.30
ในครอบครัวของท่าน (ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด) เคยพยายามฆ่าตัวตาย	1.92	0.42 - 8.82	2.29	0.05 - 112.26
ในอดีตที่ผ่านมา ในครอบครัวของท่าน (ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด) เคยฆ่าตัวตายสำเร็จ	0.97	0.30 - 3.16	0.35	0.01 - 9.31

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย (N=356) (ต่อ)

ปัจจัย	Crude odds ratio	95%CI	Adjusted odds ratio	95%CI
ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน หรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขัดแย้งนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	12.98	5.73 - 29.42	44.68*	2.79 - 714.48
ปัจจัยคุ้มครองหรือปัจจัยปกป้อง				
ท่านไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในจิตใจ ที่ทำให้จิตใจมั่นคงในการดำรงชีวิต	1.23	0.64 - 2.36	0.22	0.02 - 2.54
ท่านไม่เคยประสบความยุ่งยาก ทุกซี้ใจ และไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวความสุข ในชีวิตช่วยให้ท่านผ่านไปได้	0.39	0.16 - 0.94	0.08	0.004 - 1.51
เมื่อท่านมีเรื่องทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ คอย ช่วยเหลือท่าน	0.76	0.45 - 1.30	0.40	0.07 - 2.10
ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านไม่ได้เป็น สมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือสมาคม ที่นอกเหนือจากงานประจำ หรือ อาชีพ ประจำ	2.36	1.18 - 4.73	1.02	0.21 - 4.90
ทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม	0.03	0.01 - 0.09	0.01*	<0.001 - 0.19

*P<0.05

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ การมีสถานภาพสมรสที่เป็นแบบหย่า/ร้าง/หม้าย ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือน

ที่ผ่านมาขัดแย้งกัน มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง สำหรับปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา และเมื่อมีเรื่องทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ คอยช่วยเหลือ มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในระดับที่ต่ำ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบ case control study โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ซึ่งผลการวิจัย พบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีดังนี้ คือ

สถานภาพการสมรสจากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้าย ผู้ที่หย่าร้าง แยกทางหรือหม้าย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ อีมีล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ซึ่งเป็นลักษณะของการฆ่าตัวตาย แบบอีโกอิสติก (Egoistic suicide) อันเป็นภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคล ไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้นการที่เกิดการหย่าร้าง แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งการได้รับแรงกดดันจากสังคมล้วนเป็นปัจจัย ผลักดันให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น สอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของต่างประเทศ เช่น ประเทศนอร์เวย์ ที่พบเช่นเดียวกันว่า การหย่าร้างสามารถทำนายการ ฆ่าตัวตายได้^{19,20,21,22}

การมีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรมทางเพศจากการศึกษาพบว่า การที่มีประวัติ เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Dube et al²³ ที่พบว่า ร้อยละ 3.80

ของคนที่มีความประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรม ทางเพศในวัยรุ่นอย่างน้อย 1 ครั้ง จะมีพฤติกรรม พยายามการฆ่าตัวตาย 2-5 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$)

ปัจจัยด้านครอบครัวปัจจัยเสี่ยงด้าน ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตาย คือประเด็นของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือ กับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความขัดแย้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Greydanus²⁴ ที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวที่เป็นประเด็น อันก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจีน ได้แก่ ครอบครัวที่พ่อแม่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการดุด่า การลงโทษทางกายอย่างรุนแรง การควบคุมลูกมากเกินไป ทำความคาดหวังของ พ่อแม่ไม่สำเร็จ และการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี หรือขัดแย้งกัน จากการสัมภาษณ์ผู้พยายาม ฆ่าตัวตายพบว่า สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายคือ ปัญหาครอบครัว²⁵ โดยการมีปัญหาด้านความสัมพันธ์ กับคนอื่นและครอบครัว²⁶ ไม่ว่าจะเป็นการขัดแย้ง กับญาติหรือคู่สมรส⁵ หรือ บางรายน้อยใจคนใกล้ชิด ที่ดุด่า²⁷ในทางตรงกันข้าม ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพ ที่ดีมีความผูกพันกัน ก็จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้²⁸

ปัจจัยปกป้องจากการศึกษาพบว่าทักษะ การแก้ปัญหาช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของผู้ที่ได้พยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อมีเรื่องทุกข์ ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอย ช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือแนะนำการปรับตัว การมีความคิดเชิงบวก การควบคุมตนเอง เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Donald²⁹

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโลจิสติก (N=356)

ปัจจัย	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P	95% Conf. Interval
สถานภาพโสด	0.91	0.82	-0.11	0.91	0.15 - 5.32
สถานภาพคู่แยกกันอยู่	1.58	2.10	0.34	0.73	0.11 - 21.65
สถานภาพหย่า/ร้าง/หม้าย	7.77	7.47	2.13	0.03**	1.18 - 51.22
อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	3.27	2.20	1.76	0.07	0.87 - 12.25
อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน	0.082	0.36	-0.56	0.57	0.00 - 502.05
อาชีพค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล	1.65	1.71	0.49	0.62	0.22 - 12.60
อาชีพข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ/ลูกจ้างประจำ	0.38	0.57	-0.63	0.52	0.02 - 7.36
อาชีพนักศึกษา/นักเรียน	0.09	0.25	-0.91	0.36	0.00 - 15.54
อาชีพอื่น ๆ	0.97	1.11	-0.02	0.98	0.10 - 9.15
รายได้ 5,001-10,000 บาท	0.19	0.13	-2.37	0.02	0.05 - 0.75
รายได้ 10,001-20,000 บาท	0.20	0.18	-1.82	0.07	0.03 - 1.13
รายได้ $\geq 20,001$ บาท	0.18	0.26	-1.18	0.24	0.01 - 3.13
ในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง จากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยงดูคุณ	11.44	11.22	2.49	0.01**	1.67 - 78.17
มีโรคประจำตัว/โรคร้ายแรง	0.38	0.24	-1.52	0.13	0.10 - 1.33
ครอบครัว มีหนี้สิน	0.34	0.20	-1.77	0.07	0.10 - 1.12
ประสบการณ์ของครอบครัวในวัยเด็ก ไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อ แม่	3.88	3.54	1.49	0.13	0.65 - 23.18
ความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน หรือ กับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขัดแย้งนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	19.14	15.84	3.57	0.01**	3.78 - 96.94
เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคล หรือหน่วยงานใด ๆ คอยช่วยเหลือ	0.04	0.05	-2.55	0.01**	0.00 - 0.48
มีทักษะการแก้ไขปัญหา	0.02	0.02	-3.82	0.01**	0.00 - 0.16

*P<0.05

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาทำให้บุคคลเผชิญความเครียดที่ต้องใช้องค์ประกอบของการควบคุมตนเอง รวมถึงการรับรู้ความสามารถตนเองทักษะการปรับตัวทางสังคมความคิดในอนาคตที่เป็นเชิงบวก

สรุป

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ มีสถานภาพสมรสหย่า/ร้าง/หม้ายในวัยเด็ก เคยถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู การมีประเด็นขัดแย้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายสูง ในทางตรงกันข้ามการที่บุคคลมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ก็มีบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ คอยช่วยเหลือ นับว่าเป็นปัจจัยปกป้องที่ทำให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในวางแผนป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เบื้องต้น แต่ควรนำไปพัฒนาผสมผสานให้เหมาะสมต่อการจัดบริการที่มีผลต่อการป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละพื้นที่ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

ต่อการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยนำมาพิจารณาร่วมกับปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ยังควรต้องเฝ้าระวังอย่างสูงในผู้ที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน และมีปัญหาทางจิต ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญมากต่อการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในครอบครัวแตกแยก หรือมีการทะเลาะเบาะแว้งขาดความผูกพันกันระหว่างพ่อแม่และเด็ก หรือในครอบครัวที่มีสมาชิกเคยฆ่าตัวตายมาก่อน ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับปัจจัยคุ้มครองหรือปัจจัยปกป้อง พบว่าทักษะการแก้ไขปัญหาและเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยช่วยเหลือ ช่วยป้องกันพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของผู้ที่ได้พยายามฆ่าตัวตายได้ โดยการจัดโครงการเพื่อส่งเสริม เช่น การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ทักษะการแก้ปัญหา การส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

รายงานการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกต่างๆ และเป็นกำลังใจในการจัดทำรายงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. WorldHealth Organization Preventing suicide : a resource for general physicians. Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization;2000.
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและป้องกัน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์; 2553.
3. Hawton, K., Van Heeringen, K. Suicide. The Lancet, 2009, 373, 1372-1381.
4. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์เกษมบูรณ์, และนุศราพรเกษมบูรณ์. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอมฟอร์ม (ขอนแก่น) จำกัด; 2546.
5. อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการประเมินผลเรื่อง โครงการป้องกันช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
6. หวาน ศรีเรือนทองและคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย:การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 413-424.
7. กรมสุขภาพจิต. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.นนทบุรี. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2548.
8. Varcarolis, E.M. Foundation of psychiatric mental health nursing. A clinical approach. Philadelphia saunders, 2002.
9. Shives RL. Basic concept of psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2005.
10. Valfre, M. M. Foundations of mental health care (3th ed.) Philadelphia: Mosby.2005.
11. Stuart ,W.G., &Laraia, L.M. Principle and practice of psychiatric nursing (8th ed). St.Louis: Mossby, 2005.
12. Boyd, A. M. Psychiatric nursing contempolary practice (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott Williums & Wilkins. 2005.
13. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. 2003. BEST PRACTICEEVIDENCE-BASEDGUIDELINE THE ASSESSMENT ANDMANAGEMENT OFPEOPLE AT RISKOF SUICIDE.Review Date: 2008 from https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf
14. อนุพงศ์ คำมา.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556 ; 58 (1) : 3-6.
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. 2554.
16. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.; 2545.

17. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12(1): 40-49.
18. พรศิลป์ อุปนันท์. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารสวนปรุง 2552; 25(2): 27-37.
19. สมภพ เรื่องตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การประเมินและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551.
20. Lester, D. Domestic integration and the Taiwanese homicide and suicide rate. Chinese Journal of Mental Health, 1995, 8(3), 21-25.
21. Mastekaasa, A. 'Marital status and subjective well-being: A changing relationship', Social Indicators Research. 1993, (29), 249-276.
22. Stack, S. The Impact of Divorce on Suicide in Norway, 1951-1980. Journal of Marriage and Family 1989, 51 (1), 229-238.
23. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, Hawton, K., Van Heeringen, K. Suicide. The Lancet, 2009, 373, 1372-1381.
24. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamani E. Suicide in adolescents: a worldwide-preventable tragedy. Keio J Med 2009; 58: 95-102.
25. วิภาพร เสดะจันทร์. ระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์ 2553 ; 11(ตุลาคม 2553 – กันยายน 2554) : 51-59
26. วินิทรานวาลลอ. ความชุกโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2550; 52(1), 19-28.
27. ชชาติชัย มหาเจริญศิริ. การศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551, 2(1), 816-822.
28. ศักดา ขำคม. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
29. Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(1), 87-96.