

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์¹ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ² รุจิรา ธรรมใจกุล³ กาญจนา แก่นราช⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 48 คน บุคลากรสุขภาพ จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำที่พบมากที่สุดได้แก่ การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ปัจจัยกระตุ้นที่พบมากที่สุดได้แก่ การใช้สารเสพติดหรือสุรา การประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ และเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตครอบครัว ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายยังมีความคิดอยากตาย ได้แก่ การประสบปัญหาเศรษฐกิจและการงาน ส่วนปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีวิธีจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม และการประคับประคองจิตใจจากครอบครัว และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดำเนินงานของทีม 3 หมอที่เพิ่มเติมนักจิตวิทยา และการใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายเพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ ปัจจัยการพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยความสำเร็จ การป้องกันการฆ่าตัวตาย

¹ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

⁴ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Corresponding Author; Sriprapai Inchaithep, Email: inchaithep@gmail.com

Received: August 29, 2023; Revised October 19, 2023; Accepted October 27, 2023

Factors associated with suicide attempts and Success Factors of Suicide Prevention Operation in Mae Moh District, Lampang Province

Prasert Kitsuwannaratana¹ Sriprapai Inchaithep² Rujira thoumajaikoul³ Kanchana Kaenrach⁴

Abstract

This mixed-methods research aimed to explore the risk factors, protective factors, and success factors of suicide prevention operations in Mae Moh District, Lampang Province. The samples were 48 people with history of suicide attempts, 8 healthcare personnels and 12 village health volunteers and community leaders. Research tools included interviews to identify risk and protective factors for suicide attempts, as well as focus group recordings. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research findings revealed that the precipitating factors include substance use and mental illness, the most precipitating factors include substance use or alcohol use, economic problems and family crisis, perpetuating factors that cause the sample to have suicidal idea include economic and work problems and protective factors against suicide include appropriate emotional management techniques and psychological support from family. Regarding the success factors of suicide prevention operations were participation from all levels of the community network through the mechanism of the district quality of life development committee, the engagement of a team of 3-Moh with an additional psychologist, and the utilization of diverse technologies for communication with the target groups.

Keywords: Suicide attempt factors, success factors, suicide prevention

¹ Lampang Provincial Health Office, Lampang Province

² Boromrajonani College of Nursing, Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Lampang Provincial Health Office, Lampang Province

⁴ Lampang Provincial Health Office, Lampang Province

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงขึ้น ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละ 8 แสนคน มีการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุและวัยรุ่น เพศชายมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า¹ ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 58 ของโลก โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยที่ 7.8 คนต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2564 เท่ากับ 6.03, 6.32, 6.64, 7.14 และ 7.37 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ? เมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าระดับประเทศ คือ มากกว่า 13 ต่อประชากรแสนคนอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจังหวัดลำปาง พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 12.49, 16.27, 14.45 และ 14.68 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร โดยผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปี สถานภาพคู่ มีปัญหาความสัมพันธ์ มีปัญหาทางจิตเวช และยาเสพติดร่วมด้วย คือ โรคจิต โรคซึมเศร้า การใช้สุรา ทั้งนี้ร้อยละ 10-15

มีสัญญาณเตือนบอกเหตุผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิด³ การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว และชุมชน เนื่องจากทุกครั้งที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกครอบครัวไม่เพียงมีความเศร้าโศกแต่ยังมีความรู้สึกผิด อับอาย รู้สึกแปลกแยกจากสังคม ในที่สุดสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจใช้ สารเสพติดหรืออาจฆ่าตัวตายได้ ทั้งยังอาจนำไปสู่พฤติกรรมการเลียนแบบหรือสร้างความกดดันในสังคมที่มีบุคคลฆ่าตัวตายได้

การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ในด้านปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางสังคมเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ ความรัก การเลียนแบบสื่อที่แสดงเหตุการณ์ของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับการมองตนเองเป็นคนไร้ค่าเกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และขาดทักษะในการแก้ปัญหา รวมถึงการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁴ ดังนั้นการป้องกันการฆ่าตัวตายจึงควรเริ่มจากการทำความเข้าใจและระบุถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตลอดจนการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันที่สอดคล้องกับปัจจัยที่พบในแต่ละบริบท จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย โดย New Zealand Guidelines Group⁵ ได้แบ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม (4P's)

ได้แก่ 1. ปัจจัยนำ (Predisposing factor) เช่น โรคทางจิตเวช สถานะยากจน การศึกษาน้อย การถูกรุ้ทำทารุณในวัยเด็ก ครอบครัวแตกแยก 2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การตายของคนรัก การหย่าร้าง ภาวะตกงาน สัมพันธภาพแตกแยก ปัญหาคดีความ การใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียดเฉียบพลัน ขาดการปรึกษาหารือคนใกล้ชิด และการเข้าไม่ถึงบริการที่เหมาะสมและเพศชายมักเลือกใช้ชีวิตการรุนแรงจึงเสียชีวิต⁶ 3. ปัจจัยทำให้ความเสถียรคงอยู่ (Perpetuating factors) เช่น ความกดดันครั้งใหญ่ ในชีวิต มุมมองทางลบต่อเหตุการณ์ในชีวิต โรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด 4. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น รู้สึกโล่งอกที่ไม่เสียชีวิต ความศรัทธา ในศาสนา ครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตัวเอง ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาแต่ละปัจจัย ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพและด้านจิตสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบท

จังหวัดลำปางได้กำหนดมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยได้ดำเนินการมาตการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้วยเครื่องมือ 4 Pillars ที่ประกอบด้วย Pillar

1 ระบบข้อมูล เพศ อายุ วัย อาชีพ สถานที่ชุมชน Pillar 2 ระบบดักจับ แนวทางการแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อมูลที่มีเพื่อเฝ้าระวัง รู้สัญญาณเตือน ออกแบบกิจกรรมเพื่อจัดการแก้ปัญหา Pillar 3 ระบบป้องกันและบำบัด การสร้างความตระหนักรู้ วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อ บำบัดและติดตาม และ Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ เนื่องจากผลการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ซึ่งใช้รูปแบบ 4 Pillars พบว่ามีประสิทธิภาพทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง⁷ การศึกษาครั้งนี้จึงนำเครื่องมือ 4 Pillars มากำหนดเป็นกรอบการถอดบทเรียนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเลือกพื้นที่ที่มีการดำเนินงานบรรลุตามตัวชี้วัด หรือมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงมาเป็นพื้นที่เป้าหมายในการถอดบทเรียน ซึ่งจากข้อมูลการดำเนินงานของจังหวัดลำปาง พบว่าอำเภอ แม่เมาะ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2563–2565 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 35.15, 30.31, 7.58 ต่อแสนประชากรตามลำดับ คณะผู้วิจัยจึงได้ใช้เป็นพื้นที่ในการถอดบทเรียนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการป้องกันการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในพื้นที่จังหวัดลำปางต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาทางจิตตามรูปแบบของ Case formulating หรือ Four Ps Model (4Ps) ซึ่งแบ่งปัจจัย ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (Perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) โดยทุกปัจจัยพิจารณาครอบคลุมปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามรูปแบบการเกิดโรคทางจิตเวช ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม (Bio-Psycho-Social factors) ส่วนการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ใช้แนวคิด “4 Pillars” ตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูน มาใช้เป็นแนวทางในการถอดบทเรียนความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย Pillar 1 ระบบข้อมูล Pillar 2 ระบบดักจับ Pillar 3 และ Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงพรรณนา ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย และศึกษาเชิงคุณภาพในการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ศึกษาในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึง กรกฎาคม 2566

ประชากร ได้แก่ ทีม 3 หมอ ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และอสม. และผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือมีประวัติทำร้ายตัวเอง ในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงปีงบประมาณ 2565 ในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จำนวน 48 คน ในกรณีที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยข้อจำกัดทางสุขภาพ เก็บข้อมูลในผู้ดูแลหลักคือผู้ที่มีสิทธิการให้ข้อมูลตามกฎหมาย
2. ผู้ให้ข้อมูลปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย (1) บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในพื้นที่ อ.แม่เมาะจำนวน 8 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน (2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

และผู้นำชุมชน เลือกแบบเจาะจงมาจาก ผู้ที่มีบทบาทในการทำงานด้านสุขภาพจิต ใน 5 หมู่บ้านละ 2 - 3 คน รวม 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงและ ปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย ใช้เป็นแนวทาง ในการสัมภาษณ์ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัว ตาย พัฒนามาจากกรอบเครื่องมือของ ปรรารถนา คำมีสีนนท์ และคณะ⁸ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย ปกป้องการฆ่าตัวตาย เป็นแบบเลือกตอบ ข้อความที่ตรงกับสถานการณ์หรือความ คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างและเล่ารายละเอียด เหตุการณ์ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัย นำ ปัจจัยปกป้อง และปัจจัยที่ยังคงอยู่ จำนวน 20 ข้อ

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับบุคคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำ ชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยความสำเร็จของ การดำเนินงานป้องกันการฆ่า ตัวตาย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์การ ป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้รับผิดชอบ เครือข่าย และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกัน

การฆ่าตัวตาย ปัญหาอุปสรรคและแนว ทางแก้ไข ผลลัพธ์การดำเนินงาน และปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย พิจารณาความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครั้ว และพยาบาลจิตเวช พบว่าค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการ ฆ่าตัวตาย โดยการหาความสัมพันธ์ของ คะแนนระหว่างผู้สัมภาษณ์ (Interrater Reliability) จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ ที่พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ จ.ลำปาง จำนวน 12 คน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บ ข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบด้าน สุขภาพจิต รพ. แม่เมาะและ รพ.สต. ในพื้นที่ ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บ ข้อมูล

2. ประชุมผู้ช่วยวิจัยได้แก่ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช เพื่อเตรียมความพร้อม ในการใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

รวมทั้งแนวทางพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. การเก็บข้อมูลในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ และบันทึกผล โดยใช้สถานที่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างหรือพื้นที่ที่ รพ.สต จัดไว้ ตามความสะดวกและคำยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

5. การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มบุคลากรสุขภาพและกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ดำเนินการโดยผู้วิจัย ใช้เวลาสนทนากลุ่มๆละ 2 ชั่วโมง จนครบกลุ่มประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่การรับรอง E 053/2566 ลงวันที่ 3/31/2566 โดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือออกจากวิจัยได้ ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการประทับประคองจิตใจ หรือให้คำปรึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางจิตใจระหว่างการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.1 อายุ 16 - 20 ปี และ 51 - 60 ปี ร้อยละ 18.8 สถานภาพโสด ร้อยละ 47.9 การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.7 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9 การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 79.2 อาชีพรับจ้างหรือว่างงาน/ นักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 39.6 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 47.9 อาศัยบ้านของพ่อแม่ หรือบุตร ร้อยละ 50 เป็นโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดโรคซึมเศร้า จำนวน 11 คน ใช้สุรา 14 คน และใช้บุหรี่ 10 คน

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการฆ่าตัวตาย

2.1 ปัจจัยนำ ที่เกิดมากที่สุดได้แก่ การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 39.6 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 33.3

และประสบการณ์พ่อแม่ทะเลาะกันหรือแยก
ทางกันในวัยเด็ก ร้อยละ 29.2

2.2 ปัจจัยกระตุ้น ด้านชีวภาพที่พบ
มากที่สุดได้แก่ การใช้สารเสพติดหรือสุรา
ร้อยละ 14.6 ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมได้แก่
การประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจนหา
ทางออกไม่ได้ ร้อยละ 45.8 ประสบปัญหา
ชีวิตคู่หรือเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตครอบครัว
ร้อยละ 35.4

2.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ยังคงอยู่ พบข้อมูลที่สำคัญ
คือ ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างยังมี

ความคิดอยากตายและยังมีความคิดฆ่าตัว
ตายถึง ร้อยละ 14.6 โดยปัจจัยที่พบมากที่สุด
ได้แก่ ประสบปัญหาเศรษฐกิจและการงาน
ร้อยละ 16.6

2.4 ปัจจัยปกป้อง ซึ่งเป็นปัจจัยในการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ การ
รับประทานยาต่อเนื่องกรณีเป็นโรคทางจิต
เวช ร้อยละ 8.4 มีวิธีการแก้ไขปัญหาหรือ
จัดการอารมณ์ตนเอง ร้อยละ 66.7
รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง (n=48)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors)		
1.1 ด้านชีวภาพ		
- ญาติสายตรงเป็นโรคทางจิตเวช	5	10.4
- การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	16	33.3
- การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง	19	39.6
1.2 ด้านจิตสังคม		
- ประสบการณ์ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกล่วงละเมิด	6	12.5
- ประสบการณ์การถูกล้อเลียน หรือข่มเหงรังแก	6	12.5
- ประสบการณ์พ่อแม่ทะเลาะกันหรือ แยกทางกันใน วัยเด็ก	14	29.2
- บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเคยพยายาม ฆ่าตัวตาย	5	10.4

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ อ.แม่เมาะะ จ.ลำปาง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)		
2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ		
- การใช้สารเสพติด หรือสุรา	7	14.6
2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม		
- ประสบปัญหาชีวิตคู่หรือเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	17	35.4
ครอบครัว	22	45.8
- ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ จนหาทางออกไม่ได้	17	35.4
- โรคประจำตัวหรือโรคร้ายแรง ที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด	11	22.9
- การสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่รักจนเศร้าโศกเสียใจมาก	14	29.2
- มีความขัดแย้ง หรือความโกรธจนควบคุมตนเองไม่ได้		
3. ปัจจัยที่ยังคงอยู่ (Perpetuating factors)		
ปัจจุบันยังมีความคิดอยากตาย จนทำให้ยังมีความคิดฆ่าตัวตาย	7	14.6
3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ		
- ไข้ยาเสพติด	1	2.1
- ขาดยา กรณีรักษาโรคจิตเวช	1	2.1
3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม		
- ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการงาน	8	16.6
- ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการงาน	8	16.6
- ประสบปัญหาด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด	4	8.4
4. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)		
4.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ		
- การรับประทานยาต่อเนื่องกรณีเป็นโรคทางจิตเวช	4	8.4
4.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม		
- มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่ทำให้จิตใจมั่นคง ในการดำรงชีวิต	25	52.1
- มีวิธีการที่จะแก้ไขปัญหาหรือจัดการอารมณ์ตนเอง	32	66.7
- มีบุคคลหรือหน่วยงานคอยช่วยเหลือ สนับสนุน	20	41.7
- มีคนในครอบครัวหรือเพื่อน ช่วยเหลือและเอื้ออาทรกัน	26	54.2

3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

สรุปผลการถอดบทเรียนในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย จำแนกตาม 4 Pillars

Pillar 1 ระบบข้อมูล มุ่งเน้นการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายได้อย่างตรงประเด็น “ชี้เป้าให้ชัดเจน” ใช้แนวทางดังนี้

1. กำหนดกลยุทธ์จากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน โดยมีการคืนข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนตระหนักในปัญหาและร่วมกันวางแผนดูแลช่วยเหลือ

2. ค้นหากลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลสองทางระหว่างชุมชนสู่ รพ.แม่เมาะ และจากรพ.แม่เมาะส่งคืนสู่ชุมชน เพื่อให้มีการสอดส่องดูแลและช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงอย่างครอบคลุม

3. การใช้ GPS แจ้งตำแหน่งกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบไลน์กลุ่มในบางพื้นที่

Pillar 2 ระบบดักจับ ครอบคลุมการเฝ้าระวัง การจับสัญญาณเตือน และออกแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1. การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตสู่งาน NCD ใช้การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการคัดกรองความเสี่ยง NCD ผ่านกลไก 3 หมอ

2. การระบุคุณลักษณะกลุ่มเสี่ยงและแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันเฝ้าระวัง

3. การมอบหมายผู้นำชุมชน และทีม 3 หมอร่วมกันสอดส่องดูแลในกลุ่มเสี่ยง

Pillar 3 ระบบป้องกันและบำบัด

1. การสร้างความตระหนักรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว โดยการให้ความรู้ผ่านโปสเตอร์เสี่ยงตามสาย และจัดโครงการให้ความรู้

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต และความเข้มแข็งด้านจิตใจ ด้วยกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา ค่ายส่งเสริมสุขภาพจิต และกิจกรรมในชมรมต่างๆ

3. มีกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือผู้มีเคยพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจหรือบำบัดดูแลประเมินข้อมูลเชิงลึกและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยทีม 3 หมอ

Pillar 4 ระบบบริหารจัดการ ประกอบด้วยกลไกของการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. การพัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอ และนักจิตวิทยาในคลินิกสุขภาพจิต

2. มีกระบวนการประสาน ส่งต่อในทีม 3 หมอ และเครือข่ายเช่น ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครู

3. การกำหนดนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นประเด็นใน พชอ.

4. มีงบประมาณสนับสนุนทั้งในภาครัฐและภาคประชาชนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะจากเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตรอบโรงไฟฟ้า

5. มีโครงการเตรียมความพร้อม ซ่อมแซม
จำลองสถานการณ์ และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย

ผลสำเร็จและความภาคภูมิใจ

1. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการช่วยเหลือ
ส่วนใหญ่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้
ตามปกติ โดยปี 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตาย
ซ้ำ 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายได้รับการช่วยเหลือ
ทันท่วงที คิดเป็นร้อยละ 3.57 ลดลงจากปี
2564 ที่พบร้อยละ 8.57

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2565
ลดลงเหลือ 7.58 ต่อแสนประชากร

3. เทคนิคการเชื่อมโยงชุมชนที่
ประกอบด้วยวิธีการสื่อสารที่ชัดเจนและต่อเนื่อง
มีความสม่ำเสมอในการดำเนินกิจกรรม และ
การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน

4. การใช้สื่อและเทคโนโลยีในการให้
ความรู้ กระตุ้นเตือน และการเปิดให้บริการ
สายด่วนของ รพ.สต. และ รพช. ที่สามารถ
ขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการอย่าง
ทันท่วงที

จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา

1. กลุ่มเป้าหมายวัยทำงาน เป็นกลุ่ม
เข้าถึงยากเนื่องจากทัศนคติของคนในชุมชน
เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการฆ่าตัวตายเป็นไป
ในทางลบ ทำให้ไม่ยอมรับปัญหา และไม่
ยอมรับการช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้ฆ่าตัวตาย
บางส่วนมีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติด
ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ต้องใช้การแก้ไข
ปัญหาร่วมกันหลายมิติ

2. บทบาทของเครือข่ายทั้งในและนอก
พื้นที่ ยังมีความซ้ำซ้อนในด้านการจัดการ
ภาวะฉุกเฉิน การนำส่งผู้ป่วยจิตเวช

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการ
วิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่พบมาก ได้แก่ การใช้
สารเสพติดและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต
เวช ประสบการณ์ครอบครัวแตกแยกในวัย
เด็ก และการประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่ง
อธิบายได้ด้วยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัว
ตาย The Rational-Suicide Theory¹⁰ ที่
อธิบายว่าบุคคลที่ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อ
หน่าย จะอยากจบชีวิตตนเอง และสังคมเป็น
ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบการ
ฆ่าตัวตายและนำส่งสัญญาณการฆ่าตัวตาย
นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจ และ
ปัญหาคดีความยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่
การฆ่าตัวตาย¹¹

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ
การศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าการเผชิญ
ความเครียดไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งของ
การฆ่าตัวตาย และการเลียนแบบทางสังคมก็
นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้¹² นอกจากนี้การใช้
สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นปัจจัยสำคัญ
เนื่องจากสารเสพติดมีผลด้านชีวภาพทำให้
ขาดการยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบ จนทำ
ให้เลือกวิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรง ทำให้โอกาสที่
จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้น¹³

การวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท และโรคจิตจากสารเสพติด เป็นปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของจีนและสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการมีอาการของโรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความคิดในการฆ่าตัวตายที่สุด⁹ และผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว ได้แก่อาการซึมเศร้ารุนแรง อาการผสม อาการประสาทหลอน อายุที่เริ่มมีอาการน้อยกว่า และการใช้ยาแก้ซึมเศร้า¹⁴ ในขณะที่ประสพการณ์พ่อแม่ทะเลาะกันหรือแยกทางกันในวัยเด็ก สอดคล้องกับผลการวิจัยในวัยรุ่นที่พบว่า ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาการแตกแยก มีพ่อหรือแม่ติดสุรา หย่าร้าง หรือเสียชีวิต ทำให้บกร่องต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว นำมาสู่การเกิดทัศนคติทางลบ รับรู้ว่าตนไม่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ เป็นปัจจัยหลักมากที่สุดการตัดสินใจฆ่าตัวตายของวัยรุ่น^{15,16} ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายคือการถูกข่มเหงรังแกในวัยเด็ก การถูกกลั่นแกล้งและไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนฝูง จะทำให้เด็กมีอาการโดดเดี่ยว แยกตัวออกสังคม บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความ

ทุกข์ทางจิตใจ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและมีพฤติกรรมมารฆ่าตัวตายในที่สุด¹⁶

นอกจากนี้ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่พบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นสิ่งกระตุ้นความเครียดในประชาชน ถ้าหากมีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสมหรือหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาไม่ดีพอ ก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย การมีหนี้สิน การขาดที่พึ่งทางการเงิน ความเครียดกับภาระหนี้สินจากการลงทุน เป็นปัญหาที่กระตุ้นทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย^{9,12}

2. ปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การมีวิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม และการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจาก การแก้ไขปัญหาหรือจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก เมื่อเกิดปัญหาจึงทำให้ใช้วิธีคิดและทักษะแก้ไขปัญหาที่ที่ประสิทธิภาพ ไม่เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่หันเหความโกรธเข้าหาตนเองจนเกิดความติดฆ่าตัวตาย¹⁷ เมื่อประสพความทุกข์ทางจิตใจแล้วบุคคลที่ไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกโดดเดี่ยว ได้รับการดูแลประคับประคองจากคนใกล้ชิด คนในครอบครัวหรือคนรอบข้างให้ได้ระบายความทุกข์ใจ

จะทำให้มีกำลังใจและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทักษะการแก้ปัญหาช่วยป้องกันพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อมีบุคคลหรือหน่วยงาน คอยให้คำปรึกษาหรือแนะนำการปรับตัว จะส่งเสริมความคิดเชิงบวก การควบคุมตนเองมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับพยายามฆ่าตัวตายในระดับต่ำ⁹

3. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานในการป้องกันการฆ่าตัว จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญของความสำเร็จประกอบด้วย

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เนื่องจากการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ตระหนักและร่วมแรงร่วมใจในการทำกิจกรรมใดๆ ซึ่งการมีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งในและนอกชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนของ World Health Organization : WHO¹⁹ ที่อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนควรเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา ตรวจสอบประเด็นสำคัญที่เป็นไปได้ ระดมทรัพยากร ก่อนการกำหนดเป้าหมาย เพื่อพัฒนาแผนงานและกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายและกิจกรรมชุมชน

3.2. กลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายที่หลากหลาย ผ่านกลไกของทีม 3 หมอ และเพิ่มเติมนักจิตวิทยาในคลินิกสุขภาพ ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งกลยุทธ์ที่ปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรม 3 ระดับตามแนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ¹⁹ เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต การประเมินสัญญาณเตือน การคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อเข้ารับการรักษา และการติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ดังที่องค์การอนามัยโลกเสนอไว้ว่า การระบุว่ามีผู้ใดเป็นกลุ่มเสี่ยงแล้วให้ความช่วยเหลือป้องกัน เผื่อระวัง จะสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

3.3 การใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาศักยภาพทีม และ สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยคู่มือที่แสดงถึงแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ช่องทางไลน์กลุ่ม ในการติดต่อประสานงาน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง ปัจจัยความสำเร็จเหล่านี้ทำให้พื้นที่ของ อ. แม่เมาะ จ.ลำปาง มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมและเครือข่ายสามารถติดตามดูแลสมาชิกในชุมชน สามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กัน

เป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง ที่พบว่าสามารถพัฒนาการรู้เท่าทันในการป้องกันการฆ่าตัวตายและลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสุขภาพและเครือข่ายควรนำปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปพัฒนาการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยเชื่อมโยงกับแนวคิดและองค์ประกอบของ 4 Pillars มุ่งเน้นการระบุกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองให้ครอบคลุมปัจจัยที่สอดคล้องบริบทพื้นที่

2. ชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายไปใช้ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการฆ่าตัวตาย ไปกำหนดเป็นโครงการ หรือกิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชนมีส่วนร่วม และแสวงหาเครือข่ายภายนอกมาร่วมผลักดัน พัฒนา ให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนมากยิ่งขึ้น

3. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในจังหวัดลำปาง สามารถนำปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ไปพิจารณาประกอบข้อมูลของบริบทพื้นที่ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไก 3 หมอ หรือผลักดันเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดมาตรการที่เป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **Suicide in the world.** In *Global Health Estimates.* [Internet]. 2021 [Cited 2023 May 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>.
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. **รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย.** [Internet]. 2564 [Cited 2566 กุมภาพันธ์ 18]; Available from: <https://www.suicidethai.com>.
3. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง. **สถิติประชากรจังหวัดลำปาง.** [Internet]. 2566 [Cited 10 มีนาคม 2566]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
4. พรรณวิไล วิริยะ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. **สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา.** วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4 (Special Issue) : 1-18.
5. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. **Best practice evidence- best guidelines the assessment and management of people at risk of suicide.** [Internet]. 2008 [Cited 2023 Feb 10]; Available from: <https://www.health.govt.nz/publication/best-practice-evidence-best-guidelines-the-assessment-and-management-of-people-at-risk-of-suicide>.

- govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf
6. อภิชาติ มงคล และคณะ. การป้องกันการฆ่าตัวตายในภาคเหนือตอนบน: ปัจจัยด้านวัฒนธรรม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2550.
 7. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
 8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต].2564. [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.lamphunhealth.go.th/web_ssj/webmanager/uploads/2021-06-040944591.%20%E0%B8%99%E0.
 9. ปวารณา คำมีสินนท์, พรดุสิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ โชครศรีมีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า, สุนันทา คำชมพู และวัชรวิทย์ เสาร์แก้ว.
การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย.2563; 1 (1) :25-40.
 10. Hamermesh D, Soss NM. An economic theory of suicide. Journal of Political Economy 1974; 82(1): 83-98.
 11. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2557; 28(3): 90-103.
 11. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents. Journal of Psychiatric Association 2017; 62(4): 359-78.
 12. อนุพงษ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 3-16.
 13. Song JY, Yu HY, Kim SH, Hwang SS, Cho HS, Kim YS, Ha K, Ahn YM. Assessment of risk factors related to suicide attempts in patients with bipolar disorder. The Journal of nervous and mental disease 2012; 200(11): 978-84.
 14. Kim HS, Kim HS. Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. Child Psychiatry Hum Dev 2008; 39: 221-35.
 15. Bridge JA, Golstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry 2006; 47(3/4): 372-94.

16. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และสุพร อภินันทเวช.
การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย :
อุบัติการณ์ สาเหตุ และการป้องกัน. เวช
บันทึกศิริราช 2563; 13(1) : 40-47.
17. เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. **ภาวะถูกเงินทาง
จิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
18. World Health Organization.
Preventing suicide: a community
engagement toolkit. [Internet].
2020.[cited 2020 January 22].
Available from: [https://apps.who.
int/iris/handle/10665/272860](https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860).
19. อุวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และ
ศุภรีใจ เจริญสุข. **การพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: โครงการ
สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราช
ชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
20. นงคราญ คชรักษา และ ศรีประไพ อินทร์
ชัยเทพ. **การพัฒนารูปแบบการป้องกันการ
การฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
ร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง**. วารสาร
แพทยน์านวี 2563; 47(2) : 446-463.