

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในชุมชนแห่งหนึ่ง
ของจังหวัดภาคเหนือตอนบน*
FACTORS RELATED TO SUICIDE IN A COMMUNE
OF THE UPPER NORTH PROVINCE

สุมิตรพร จอมจันทร์

Sumitporn Chomchan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Thailand

ชัญญา ลอมศรี

Chutchada Lomsri

อรัทัย เจียมคำรัส

Orathai Chiamdamrat

สุรินทร์ อิวปา

Surintorn iupa

อริสา หาญเตชะ

Arisa Harntecha

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

Mental Health Center 1, Thailand

E-mail: sumitporn@bcnc.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในชุมชนแห่งหนึ่ง ของจังหวัดภาคเหนือตอนบน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สำหรับการตอบคำถามแบบปลายเปิด (Open - End) ในผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 5 คน แกนนำชุมชนในพื้นที่ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แกนนำผู้สูงอายุ 15 คน และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 5 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วิธีการที่ใช้อยู่ที่สุด คือ วิธีการผูกคอ รองลงมาคือวิธีการกินยาฆ่าแมลง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิง

* Received 15 November 2020; Revised 19 May 2021; Accepted 25 May 2021



สังคม ทั้งในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ลูก คนรัก เพื่อน และบางรายพบว่า บุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กระทำการฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น มีหนี้สิน ตกงาน 3) ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด เช่น ซึมเศร้า ติดสุรา 4) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย เช่น โรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 รายสามารถมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายปัจจัยร่วมกัน หากมีอาการมีแนวโน้มร่วมด้วยจะทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดและตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ง่ายขึ้น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย แต่ชุมชนยังขาดความรู้และความตระหนักต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย จึงให้ความสำคัญน้อยมาก

คำสำคัญ: ปัจจัย, การฆ่าตัวตาย, ภาคเหนือตอนบน

Abstract

The objective of this qualitative research was to examine factors related to suicide of community in the upper north province. The data was collected by in-depth interviews and group discussions about factors related to suicide in the community. Participants were 5 public health care providers, 15 community leaders and 5 those who attempted suicide living in the community in upper north province. The data was analyzed using content analysis. The results of this study revealed that those who attempted suicide were more males than females. Most of them were working age, use hangd followed by take insecticide. Factors related community suicide were: 1) interpersonal relationship factors 2) economic factors; unemployment 3) mental health - psychological and addictive substance factors, 4) Physical health factors; Infectious disease, chronic disease. One suicide attempt had a number of factors that could be involved.

Keywords: Factor, Suicide, Upper North Province

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงขึ้น ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละ 8 แสนคน โดยทุกๆ 40 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคมาลาเรีย มะเร็งเต้านม หรือจากภัยสงคราม นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 79 เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ในปี 2559 การฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 18 คิดเป็นร้อยละ 1.4 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization, 2559)



สำหรับในประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2561 อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.07, 6.47, 6.4, 6.03 และ 6.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2561) เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 10 อันดับ ในประเทศคือ แม่ฮ่องสอน แพร่ น่าน เชียงราย พัทลุง ลำปาง เชียงใหม่ สระแก้ว อุตรดิตถ์ และตาก ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2561) จากข้อมูลพบว่าเป็นจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบนถึง จำนวน 6 จังหวัด โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 44 ปี และเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า (อัตราการฆ่าตัวตาย ชาย : หญิง 10.38 : 2.42) (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2561) จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2557 - 2561 ในเขตสุขภาพที่ 1 พบอัตราการฆ่าตัวตายคือ 12.64, 13.01, 12.67, 11.35, และ 10.93 ต่อแสนประชากรโดยในปี 2557 และ 2558 จังหวัดลำพูน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1 และ ปี 2559 เป็นอันดับ 4 ของประเทศ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2561) และในปี 2561 พบว่าอำเภอเมืองลำพูน เป็นอำเภอที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดของจังหวัดลำพูน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2561) จากรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบว่า เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 63.63 เพศหญิงร้อยละ 36.37 กลุ่มอายุที่พบคือวัยทำงาน สาเหตุและปัจจัยที่กระตุ้นให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจ ถูกดูถูก ถูกตำหนิ ร้อยละ 63.64 ติดสุรา/ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 38.64 ปัญหาโรคทางจิตเวช (ซึมเศร้า/จิตเภท) ร้อยละ 22.73 ทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังทางกายและไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 20.45 และมีอาการซึมเศร้าขณะฆ่าตัวตายอีกร้อยละ 18.18 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2562)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายพบว่ายังเกี่ยวข้องกับมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่สังคมออนไลน์กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการลอกเลียนแบบการฆ่าตัวตาย (Copycat Suicide) รวมถึงวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความรีบเร่ง โครงสร้างครอบครัว ปรปักษ์เป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง ทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งผู้ดูแล และมีแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีคนดูแล (อรพิน ยอดกลาง และคณะ, 2563) นอกจากนั้นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต ได้ส่งเสริมการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้นในแต่ละจังหวัด สร้างระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงการทำงานร่วมกับชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน เน้นการค้นหา และคัดกรอง เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้ได้รับการดูแลรักษาจากระบบบริการ จังหวัดลำพูนจึงมีมาตรการป้องกันปัญหา



การฆ่าตัวตาย หลายแนวทาง ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด และจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 2) พัฒนาระบบข้อมูลจัดเก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายที่มีจากแหล่งเดียวกันทั้งจังหวัด คือเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์ม รง.506 DS และเก็บข้อมูลจากใบ มบ.1 และ 3) การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการอบรมผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2562) แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำพูนอย่างต่อเนื่อง ทำให้คณะวิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาลดข้อขัดข้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดลำพูนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดทางภาคเหนือตอนบน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดลำพูน จำนวน 25 คน คือบุคลากรสาธารณสุข 5 คน แกนนำชุมชนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แกนนำผู้สูงอายุ 15 คน และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่พร้อมจะให้ข้อมูลจำนวน 5 คน โดยเป็นการคัดเลือก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จำนวน 5 คน ทั้งนี้เป็นผู้ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต สำหรับแกนนำชุมชนในพื้นที่จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แกนนำผู้สูงอายุ และอสม.ที่ทำหน้าที่เป็น อสม.สุขภาพจิตในแต่ละหมู่บ้าน และผู้ที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ที่พร้อมจะให้ข้อมูลจำนวน 5 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่ 29/2562 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2562 คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัย ประชากรลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือจะยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้



ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะป้อนคำถามตามแนวคำถามที่ได้กำหนดไว้ เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่ภายใต้ บรรยายการของการมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยจะป้อนคำถามให้แก่ที่ประชุมกลุ่มผู้ให้ ข้อมูล เพื่อให้ที่ประชุมได้ร่วมกันให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายในประเด็นสำคัญที่ นักวิจัยได้ป้อนเข้าสู่ที่ประชุมซึ่งแบ่งหัวข้อการสัมภาษณ์และสนทนาออกเป็น 5 ส่วนดังนี้ 1) ช่วงอายุ/ช่วงวัยที่พบการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 2) เพศที่พบการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 3) โรคประจำตัวที่พบบ่อยในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 4) วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย 5) สาเหตุ/ ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 5.1) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม 5.2) ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ 5.3) ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 5.4 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนทำการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้วิจัยทำการส่งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และ สนทนาให้ที่ปรึกษา ตรวจสอบและทำการแก้ไขตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ก่อนการสัมภาษณ์ และสนทนาจริง และเมื่อเก็บข้อมูล เรียบร้อยแล้วได้ทำการตรวจสอบโดยใช้การตรวจสอบ ข้อมูลจาก แหล่งที่มาต่าง ๆ กัน ได้แก่จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและ สนทนา ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายสภาพการณ์หลาย ๆ ช่วงเวลาและมิติที่ต่างกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สำหรับการตอบ คำถามแบบปลายเปิด (Open - End) ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 25 คนคือบุคลากรสาธารณสุข 5 คน แกนนำชุมชนในพื้นที่ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แกนนำผู้สูงอายุ 15 คนและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่พร้อมจะให้ข้อมูลจำนวน 5 คน โดย

1. ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แกนนำหมู่บ้าน และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในการเข้าไปสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยนัดตารางเวลาเข้าไปเก็บ รวบรวมข้อมูล

2. เข้าไปสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กับกลุ่มตัวอย่างตามเวลานัด

3. สรุปผลการศึกษาจากข้อมูลสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม นำเสนอข้อมูลที่ได้ จากการศึกษ



การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่วางไว้ โดยเครื่องมือที่ใช้มีการสร้างกรอบในการวิเคราะห์เนื้อหาจากทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนาแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 คือ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มที่ 3 คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

ข้อมูลกลุ่มที่ 1 ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ตำบลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ ตำบลประตูป่า และตำบลมะเขือแจ้ และกลุ่มวัยที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ วัยทำงาน รองลงมา คือ วัยสูงอายุ ซึ่งในวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 51 ของจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด เพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึมเศร้า วิธีการที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การผูกคอ รองลงมาคือกินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี และใช้อาวุธปืน สาเหตุการฆ่าตัวตายได้แก่ หุนหันพลันแล่นเนื่องจากการใช้สารเสพติด/สุรา โรคซึมเศร้า มีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลอื่น ทั้งนี้พบว่าสาเหตุในแต่ละรายมิได้เกิดจากสาเหตุเดียว

ข้อมูลกลุ่มที่ 2 แกนนำชุมชน อสม. สรุปดังนี้

1. อายุ พบว่า ร้อยละ 75 อายุอยู่ระหว่าง 20 - 59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25
2. เพศ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง
3. โรคประจำตัวที่พบบ่อยในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคเกาต์
4. วิธีการที่พบบ่อยใช้วิธีการผูกคอ รองลงมาคือ กินยาฆ่าแมลง ยิงปืนและเผาตัวเอง

5. สาเหตุ ได้แก่

5.1 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม

5.1.1 ทะเลาะกับสามี/ภรรยา/ลูก

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชน คนที่ 8 เล่าว่า “ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้หญิง ใช้วิธีการแขวนคอ ทะเลาะกับสามี น่าจะประชดสามี โดยปกติสามีจะไปกินเหล้าแล้วกลับบ้านดึก ผู้ตายจะอยู่บ้านคนเดียว กลางวันก็ไปทำงานปกติ ในวันเกิดเหตุ ทั้งคู่ออกไปกินเหล้าด้วยกัน แล้วกลับมาบ้าน



ด้วยกันทั้งคู่ จากนั้นทะเลาะกัน และสามีออกไปนอกบ้านอีก ผู้ตายจึงแขวนคอตาย สาเหตุ น่าจะเกิดจากความน้อยใจ เครียด” (แกนนำชุมชนคนที่ 8, 2563)

5.1.2 น้อยใจลูกไม่ดูแล

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชน คนที่ 5 เล่าว่า “ผู้ตายเป็นชายอายุ 85 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สาเหตุเกิดจากความเครียดลูกไม่ค่อยดูแล ไม่ค่อยเอาใจ ลูกไม่ค่อยไม่ส่งไปโรงพยาบาล ประวัติเคยเป็นกำนัน เป็นคนมีฐานะ อยู่กัน 2 คนตายาย ลักษณะของผู้ตายเป็นคนหัวแข็ง” นอกจากนั้น “ได้ยินที่เขาพูดกันในงานศพ เพราะลูกมีงานเยอะไม่ค่อยมีเวลา เวลาแกไปโรงพยาบาลก็ไปกับเมีย เป็นคนมีฐานะ อยู่กับเมีย 2 คน” (แกนนำชุมชนคนที่ 5, 2563)

5.1.3 ้วยรุ่น ้วยเรียน ถูกล้อเลียนจากเพื่อน

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชน คนที่ 1 เล่าว่า “ได้ยินคนแถวบ้านเล่าให้ฟังว่าสาเหตุที่น่าจะน้อยใจเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน ผู้ตายเป็นคนหน้าตาซีเห่ ไปจีบสาวแล้วจีบไม่ติด ถูกเพื่อนล้อเลียน กลายเป็นคนซึมเศร้า ไม่ติดยานะ ญาติไม่รู้มาก่อน คนนี้ อสม. ไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือ” (แกนนำชุมชนคนที่ 1, 2563)

5.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชน คนที่ 11 เล่าว่า “กรณีนี้เป็นคนฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ตายเป็นชายอายุ ประมาณ 30 - 40 ปี วิธีการคือ กินยาตาย ไม่มีโรคประจำตัว ประวัติเดิมเคยทำงานนิคมอุตสาหกรรม และถูกให้ออกจากงาน ได้เงินชดเชยมา และติดพนันบอล ลักษณะเป็นคนนิ่งเงียบ ไม่ค่อยพูด ลักษณะครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ตายหมดแล้ว ญาติพี่น้องก็แยกกันอยู่ ผู้ตายโสดไม่มีครอบครัว อยู่คนเดียว ก่อนตายไม่รู้ไม่มีสัญญาณเตือนใด ๆ เพราะลักษณะเขาเป็นคนนิ่งเงียบ ญาติก็ไม่เห็นสัญญาณเตือนใด ๆ เท่าที่เห็นพี่น้องพูดจากันดี คนที่อยู่ละแวกบ้านก็พูดจากันดี เลิกงานมาผู้ตายก็อยู่กับบ้าน ไม่ค่อยออกไปไหน นอนติดเตียงเป็นปกติ เพราะเล่นบอล” (แกนนำชุมชนคนที่ 11, 2563)



5.3 ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชนคนที่ 3 เล่าว่า “เขาตายเพราะเหล้า” “ไปตายที่ป่าช้าสาเหตุเพราะเขาติดเหล้าแล้วโดนด่าว่า ซ้ำเติมจึงทำให้น้อยใจ” (แกนนำชุมชนคนที่ 3, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 9 เล่าว่า “คนตายเป็นชายอายุประมาณ 40 ปี โดยวิธีการยิงปืน คนนี้ก็ติดเหล้า แล้วถูกด่าว่า ซ้ำเติม จึงน้อยใจเช่นกันติดสารเสพติด คนนี้มีอาการทางจิตจากการใช้ยาคิดว่าจะมีคนมาฆ่า” (แกนนำชุมชนคนที่ 9, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 14 เล่าว่า “รายล่าสุดเป็นผู้ชายอายุประมาณ 30 กว่าปี ติดยาเสพติด” แกนนำชุมชนตั้งข้อสังเกตว่า “เขาน่าจะคลั่งยา และมีการพยายามทำมาหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ” (แกนนำชุมชนคนที่ 14, 2563)

5.4 ปัจจัยด้านสุขภาพร่างกาย

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชนคนที่ 2 เล่าว่า “รายแรก เป็นชายอายุ 60 กว่าปี กินยาแลนเน็ต ไม่มีโรคประจำตัว ครอบครัวแตกแยก ผู้ตายก็เลยกลายเป็นคนที่เที่ยวไปเรื่อย ๆ แล้วก็ติดเชื้อ HIV พอรู้ว่าตัวเองเป็นเอดส์เริ่มมีอาการเซซึมเศร้า ไม่มีที่ปรึกษา กลัวเป็นภาระของคนอื่นเลยกินยาตายก่อนตาย 2 - 3 วันซื้รถเครื่องไปมา และไปกินยาในวัด แต่ไม่มีใครสังเกต ไม่มีใครนึกถึงว่านี่อาจเป็นสัญญาณเตือน” (แกนนำชุมชนคนที่ 2, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 10 เล่าว่า “รายนี้ อยู่หมู่ 14 ผู้ตายเป็นหญิงอายุ 47 ปี โดยวิธีการแขวนคอ อาศัยอยู่กับสามีใหม่ สามีใหม่เป็นพม่า อาศัยอยู่ในสวนมะม่วง ติดยาเสพติด ก่อนตายไม่มีลงบอกเหตุ มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน เก๊าท์ ทำให้เดินไม่ได้จึงแขวนคอตายวันเกิดเหตุใช้สามีไปซื้อครก พอสามีไปผู้ตายก็แขวนคอ” (แกนนำชุมชนคนที่ 10, 2563)

ทั้งนี้แกนนำชุมชนต่างมีความเห็นว่า คนในชุมชนยังขาดความตระหนักและให้ความสำคัญกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย รวมถึงไม่ทราบว่ามีลักษณะบางประการ เช่น เหม่อลอย การทำพฤติกรรมที่ไม่เคยทำ เป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และพบว่า พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำบางรายเกิดจากบุคคลในครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นให้กระทำซ้ำ



ตัวอย่างข้อมูล:

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำกลุ่มสนทนาพบว่า ผู้ตายส่วนใหญ่มีสัญญาณเตือนก่อนหน้า ไม่มีใครสังเกตหรือรับรู้เรื่องสัญญาณเตือนที่ผู้ตายได้ส่งสัญญาณให้ หรือแม้จะรู้แต่ก็ไม่ได้สนใจในการเฝ้าระวัง ชำบางรายครอบครัวยังเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ตายฆ่าตัวตาย เช่น

แกนนำชุมชนคนที่ 7 “กินเหล้าแล้วเป็นโรคประสาท ก่อนตายไปบอกคนนั้นคนนี้ว่าจะมีคนมาฆ่า แต่ไม่มีใครเชื่อเพราะคิดว่าเขาเป็นบ้า จึงไม่ได้สนใจ แต่พอเข้ามา ก็พบว่าเขาตายแล้ว” (แกนนำชุมชนคนที่ 7, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 10 “ก่อนตายไม่มีลางบอกเหตุ วันเกิดเหตุใช้สามไม้ไปซื้อครก พอสามไม้ไปผู้ตายก็แขวนคอ” (แกนนำชุมชนคนที่ 10, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 13 “ในวันเกิดเหตุ ใช้ให้ภรรยาไปซื้อของที่ตลาด พอกลับมาบอกว่าไม่ถูกใจให้ออกไปซื้อใหม่ ภรรยาออกไปได้ 20 นาที จึงกลับมาพบว่าผู้ตายแขวนคอตายแล้ว” (แกนนำชุมชนคนที่ 13, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 2 “ก่อนตาย 2 - 3 วันซื้อเครื่องไปมา และไปกินยาในวัด แต่ไม่มีใครสังเกต ไม่มีใครนึกถึงว่านี่อาจเป็นสัญญาณเตือน” (แกนนำชุมชนคนที่ 2, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 6 “ไม่มีสัญญาณเตือน ดูไม่ออก บางวันเห็นผู้ตายมักจะมานั่งเหม่อมองถนน เวลาอยู่คนเดียววันเกิดเหตุทะเลาะกับลูก และด่าว่าลูก ลูกรำคาญจึงบอกว่า “ตายจ้างเตี๊ยะ” และลูกออกจากบ้านไป พอกลับมา ก็พบผู้ตายผูกคอตาย” (แกนนำชุมชนคนที่ 6, 2563)

แกนนำชุมชนยังมีความเห็นอีกว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย เกิดจากปัจจัยด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม เช่น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ได้แก่ ลูก สามี ภรรยา ญาติพี่น้องภายในบ้าน และ เพื่อน ซึ่งทำให้ผู้ฆ่าตัวตายเกิดอารมณ์น้อยใจ โกรธ หุนหันพลันแล่น นอกจากนี้ หากในขณะนั้นผู้ที่คิดฆ่าตัวตายดื่มสุราร่วมด้วยจะทำให้เกิดการตัดสินใจ ฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น

ตัวอย่างข้อมูล:

แกนนำชุมชนคนที่ 3 เล่าว่า “เขาตายเพราะเหล้า ผู้ตายติดเหล้าถูกต่อว่า ชำเดิมทำให้น้อยใจ” (แกนนำชุมชนคนที่ 3, 2563)



แกนนำชุมชนคนที่ 9 เล่าว่า “ผู้ตายติดสุรา และมีอาการทางจิตจากการดื่มสุรา มีหวาดระแวงบอกว่าจะมีคนมาฆ่า” (แกนนำชุมชนคนที่ 9, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 12 เล่าว่า “ผู้ตายมีภรรยาหลายคน มีบุตรกับภรรยาคนแรก จากนั้นมีภรรยาใหม่ แต่ว่าแยกกันอยู่ มีคนบอกว่าผู้ตายติดยาเสพติด” (แกนนำชุมชนคนที่ 12, 2563)

แกนนำชุมชนคนที่ 8 เล่าว่า “มักจะทะเลาะกับสามี สามีดื่มเหล้า วันเกิดเหตุไปดื่มเหล้าด้วยกัน พอกลับมาทะเลาะกัน สามีออกจากบ้านไป ภรรยาจึงฆ่าตัวตาย” (แกนนำชุมชนคนที่ 8, 2563)

ข้อมูลกลุ่มที่ 3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ทั้ง 5 คน อายุอยู่ระหว่าง 25 - 60 ปี
2. เพศ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง
3. โรคประจำตัวในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และซึมเศร้า
4. วิธีการที่ใช้ คือ วิธีการผูกคอ รองลงมาคือ กินยาฆ่าแมลง และพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายบางท่านเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วหลายครั้ง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย มีทั้งปัจจัยด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด ตลอดจนปัจจัยด้านสุขภาพกาย อย่างไรก็ตามพบว่า ใน 1 รายสามารถมีสาเหตุได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน และถ้าดื่มสุราร่วมด้วยทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ง่ายขึ้น

ตัวอย่างข้อมูล:

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 1 “ผมเป็นโรคซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่อยากกินยาช่วงนั้น เบื่อไปหมด ดื่มเหล้าก็ลืมความทุกข์ได้บ้าง แต่พอสร้างมาเรื่องเครียดเข้ามาใหม่ก็เลยตัดสินใจทำมันลงไปครับ” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 1, 2563)

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 2 “ช่วงนั้นผมตกงาน ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ เลยไปกู้เงินร้อยละ 20 มาเอาเงินไปลงเล่นการพนันแล้วใช้เงินเขาไม่ทัน มีปัญหา คิดไม่ออก ความคิดนี้มันแวบเข้ามา คิดถึงแต่กินยาฆ่าตัวตาย ออกไปดื่มเหล้าเฝ้าใจและผมก็ตัดสินใจ ปัจจุบันทนด่วนทำเลย” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 2, 2563)



ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3 “วันเกิดเหตุฉันทะเลาะกับลูก ไม่ได้ก็เลยด่าว่าลูกไปเยอะ ลูกบอกรำคาญ ลูกก็ต่อว่าฉันกลับ และบอกว่า “ตายจ้างเถอะ” แล้วลูกออกจากบ้านไป มันมีทั้งความน้อยใจ เสียใจ โกรธ ฉันก็เลยผูกคอต” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3, 2563)

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 4 “ผมกลับมาจากต่างประเทศ สาเหตุที่กลับมาเนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จด้านการงานตามที่มุ่งหวัง จึงกลับมาตั้งตัวและอยู่ระหว่างการรอรงาน ปัญหาคือ พบใครใคร่ถามว่าทำงานอะไร เห็นว่ามาจากเมืองนอกเมืองนา ผมก็ต้องตอบไปว่า “ตอนนี้รอรงานอยู่ ไม่รู้จะได้เมื่อไหร่” จนผมเบื่อ และความคิดอยากทำร้ายตนเองมันก็เข้ามา” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 4, 2563)

นอกจากนั้นในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายยังบอกถึง บุคลิกภาพลักษณะของตน คือเป็นคนบุคลิกภาพแบบเก็บตัว พุดน้อย มักเก็บปัญหาทุกอย่างไว้คนเดียว ไม่รู้จะปรึกษากับใคร

ตัวอย่างข้อมูล:

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 5 “ผมเป็นคน ไม่ชอบค่อยพูด พ่อแม่ตายหมดแล้วญาติพี่น้องก็แยกกันอยู่ ผมโสดไม่มีครอบครัว อยู่คนเดียว” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 5, 2563)

ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3 “ฉันเป็นคนพุดน้อย เวลาโกรธจะคุมตนเองไม่ค่อยได้” (ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3, 2563)

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คืออัตราไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2561) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ และกลับเพิ่มสูงขึ้นในปี 2562 โดยอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 6.3 ต่อแสนประชากร ในทุกปี ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอลี้ อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอเวียงหนองล่อง อำเภอทุ่งหัวช้าง และ อำเภอป่าซาง โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุที่พบว่ามี การฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน วิธีการที่พบบ่อยใช้วิธีการผูกคอต รongลงมาคือ กินยาฆ่าแมลง ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียนอยู่ ที่พบว่า อัตรา



การฆ่าตัวตายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียวอยู่, 2560) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก ที่พบว่า เพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ได้อธิบายความแตกต่างของการฆ่าตัวตายตามเพศภาวะ โดยพบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว และกล้าใช้ความรุนแรง มีความหุนหันพลันแล่นมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ เช่น การแขวนคอ การใช้สารพิษ การใช้ปืน ส่วนผู้หญิงจะใช้วิธีการกินสารพิษ ซึ่งมีผลในการถึงแก่ชีวิตต่ำ (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2560)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงสังคม ทั้งในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เช่น คนรัก เพื่อน นอกจากนั้นเกิดจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามพบว่า ใน 1 รายสามารถมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายปัจจัยร่วมกัน และถ้าตีตราร่วมด้วยทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียวอยู่ ซึ่งศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคือ ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาความเครียดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 22.2 เท่าของการที่ไม่มีความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 12.7 เท่าของการไม่ดื่ม และ การมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5.2 เท่าของการไม่มีภาวะซึมเศร้า (หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียวอยู่, 2560) นอกจากนี้จากศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ได้แก่ โรคจิตเวช มะเร็ง และโรคเอดส์ รวมถึงปัญหาด้านความสัมพันธ์ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดโดยเหตุการณ์กระตุ้นส่วนใหญ่ น้อยใจและมีพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบและเลือกใช้วิธีการที่รุนแรงคือการผูกคอตาย ซึ่งส่งผลให้การฆ่าตัวตายสำเร็จสูง (นุชณี เอี่ยมสะอาด และปัทมา ทวีเศษ, 2557) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของนักจิตวิทยา พบว่า ภาวะหุนหันพลันแล่นเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้มีการวางแผนไว้ก่อน แต่เกิดภาวะถูกกดดันทางอารมณ์ และเขาจะทนต่อภาวะบีบคั้นนั้นไม่ได้ และอยากไปให้พ้นจากสภาวะนั้น ซึ่งมักนำไปสู่การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การคิดแบบสุดขั้ว และการคิดติดกรอบ ไม่ยืดหยุ่น มักเป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตวิทยาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดปัญหาในชีวิตหรือไม่พึงพอใจในชีวิต และเขาไม่สามารถปรับมุมมองความคิดของเขาในแง่บวกที่ดีได้ หรือมีมุมมองเดิม ๆ ต่อปัญหา แก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยวิธีเดิม ๆ หากเกิดปัญหาในชีวิต ถูกความกดดันและหาทางออกไม่ได้ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (นพวรรณ บัวทอง, 2557) รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายจากข้อมูล



506DS ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่าเกี่ยวข้องกับมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะยุคสังคมออนไลน์กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการลอกเลียนแบบซึ่งส่งผลต่อการลอกเลียนแบบการฆ่าตัวตายด้วย และวิถีชีวิตที่รีบเร่งและเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และแนวโน้มผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังไม่มีคนดูแล นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยซึ่งพบว่ามีความชุกของผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นด้วยสิ่งเหล่านี้สอดคล้องไปกับปัจจัยที่พบในรายละเอียดของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อรพิน ยอดกลาง และคณะ, 2563)

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย แต่พบว่า คนในชุมชนยังขาดการตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องดังกล่าวน้อยมาก รวมถึงขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และพบว่าบางราย บุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กระทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายจาก 506DS ในปี 2563 ซึ่งพบว่าการฆ่าตัวตาย ผู้ตายได้ส่งสัญญาณเตือนถึงร้อยละ 25.30 และไม่ทราบว่าผู้ตายได้ส่งสัญญาณเตือนหรือไม่ ร้อยละ 16.64 โดยสัญญาณเตือนที่ผู้ตายได้ส่งสัญญาณ ได้แก่ การพูดบ่นเกี่ยวกับเรื่องความตาย บ่นน้อยใจไม่ยอมมีชีวิตอยู่ บอกให้คนใกล้ชิดไปงานศพตัวเอง เป็นต้น ทั้งนี้การส่งสัญญาณเตือนมีทั้งการพูดกับคนใกล้ชิดและการโพสต์ข้อความในเฟซบุ๊ก (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2563) อีกทั้งสอดคล้องกับ นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิตอธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้เปิดเผยถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตายเนื่องในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก วันที่ 10 กันยายน 2563 ถึงความกังวลต่อสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายต่าง ๆ ในโลกโซเชียล เช่น ข้อความส่งเสีย ข้อความบอกลา ข้อความการวางแผนทำร้ายตนเองซึ่งกลุ่มคนที่โพสต์ข้อความต่าง ๆ เหล่านี้คือกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน ซึ่งบางครั้งไม่สามารถติดต่อให้เข้าสู่ระบบบริการได้ หรือไม่สามารถหาช่องทางติดต่อกลับไปยังบุคคลเหล่านั้นได้ (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2563)

ดังนั้น มาตรการที่จะนำไปสู่การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จึงจำเป็นอย่างยิ่งอันหมายถึงปัจจัยปกป้องในชุมชน ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ การทำกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน และการแบ่งพื้นที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนของ อสม. และการกำจัดจุดอ่อนหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งชุมชนได้นำเสนอมาตรการในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว การให้ความรู้ และสร้างความตระหนักเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายแก่ครอบครัวและชุมชน การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยครอบครัวและชุมชน การปรับทัศนคติของคนในชุมชนเรื่องการฆ่าตัวตาย สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกันทั้งหน่วยงานของรัฐและชุมชน การพัฒนาความรู้ แก่แกนนำชุมชน/อสม. เรื่องโรคทางสุขภาพจิต และการฝึก



ทักษะเรื่องวิธีการสื่อสารทางบวกกับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต การเข้าหาผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย หรือ พยายามฆ่าตัวตาย การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า/ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า จังหวัดลำพูน มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คืออัตราไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2561) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ และกลับเพิ่มสูงขึ้นในปี 2562 โดยอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 6.3 ต่อแสนประชากร ในทุกปี ได้แก่ อำเภอเมืองลำพูน อำเภอลี้ อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอเวียงหนองล่อง อำเภอทุ่งหัวช้าง และ อำเภอป่าซาง จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุที่พบว่ามี การฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน วิธีการที่พบบ่อยใช้วิธีการผูกคอ รองลงมาคือ กินยาฆ่าแมลง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงสังคม ทั้งในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เช่น คนรัก เพื่อน นอกจากนั้นเกิดจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามพบว่า ใน 1 รายสามารถมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายปัจจัยร่วมกัน และถ้าตีแผ่เรื่องราวร่วมด้วยทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ง่ายขึ้น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย แต่พบว่า คนในชุมชนยังขาดการตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องดังกล่าวนี้อย่างมาก รวมถึงขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และพบว่าบางราย บุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กระทำการฆ่าตัวตายจากข้อมูลข้างต้นถือเป็นข้อมูลการประเมินชุมชนที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพได้ ในทั้งมิติของ การส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง การป้องกันการฆ่าตัวตาย การดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พัฒนาสุขภาพจิตใจของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกันทั้งหน่วยงานของรัฐและชุมชน การพัฒนาความรู้ แก่แกนนำชุมชน/อสม. เหล่านี้เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป ดังนี้ 1) การศึกษาข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อหาจุดแข็งของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงวิชาการ สาขาสุขภาพจิต ชุมชน. อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.



- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2563). หนังสือพิมพ์ออนไลน์ The standard สถานการณ์การฆ่าตัวตาย. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2563 จาก <https://thestandard.co/departments-mental-health-unveil-suicidal-rate/>
- แกนนำชุมชนคนที่ 1. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 10. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสุขภาพร่างกาย. (ชัชฎา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 10. (16 มกราคม 2563). สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย. (ชัชฎา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 11. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านเศรษฐกิจ. (อรทัย เจียมคำรัส, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 12. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย. (อรทัย เจียมคำรัส, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 13. (16 มกราคม 2563). สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย. (อรทัย เจียมคำรัส, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 14. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด. (อรทัย เจียมคำรัส, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 2. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสุขภาพร่างกาย. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 2. (16 มกราคม 2563). สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 3. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 3. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 5. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม. (สุมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 6. (16 มกราคม 2563). สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย. (ชัชฎา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 7. (16 มกราคม 2563). สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย. (ชัชฎา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 8. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย. (ชัชฎา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)



- แกนนำชุมชนคนที่ 8. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสัมพันธภาพเชิงสังคม. (ชัมภูา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 9. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย. (ชัมภูา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- แกนนำชุมชนคนที่ 9. (16 มกราคม 2563). ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด. (ชัมภูา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- นพวรรณ บัวทอง. (2557). คู่มือป้องกันการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: ทัณทสสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด และปพิชญา ทวีเศษ. (2557). การศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16(3), 23-30.
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 1. (23 มกราคม 2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย. (สมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 2. (23 มกราคม 2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย. (ชัมภูา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3. (23 มกราคม 2563). บุคลิกภาพของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. (อรัทัย เจียมดำรงส, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 3. (23 มกราคม 2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย. (อรัทัย เจียมดำรงส, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 4. (23 มกราคม 2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย. (ชัมภูา ลอมศรี, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คนที่ 5. (23 มกราคม 2563). บุคลิกภาพของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. (สมิตรพร จอมจันทร์, ผู้สัมภาษณ์)
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2561). รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย. เรียกใช้เมื่อ 24 พฤศจิกายน 2563 จาก www.suicidethai.com
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2563). รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย. เรียกใช้เมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563 จาก www.suicidethai.com
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2561). รายงานกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดลำพูน ภายใต้โครงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2562). บทวิเคราะห์รายงานปัญหาการฆ่าตัวตาย. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน.



- สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(4), 359-378.
- หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียวอยู่. (2560). ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(3), 77-93.
- อรพิน ยอดกลาง และคณะ. (2563). โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต.
- World Health Organization. (2559). ข้อมูลการฆ่าตัวตาย. เรียกใช้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2563 จาก <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>