

อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี

THE RATE OF SUICIDE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL BEHAVIORS: A CASE STUDY OF SUPHANBURI PROVINCE

ธานินทร์ สุธีประเสริฐ^{1*}, โสภา ตั้งเทียมกุล², สุภาพร บุญศิริลักษณ์¹, พยงค์ ศรีเจริญ¹, ธนิษฐา ทองนาค¹

Tanin Suteeprasert^{1}, Sopa Tangtekakul², Supaporn Bunsiriluck¹, Payong Sricharem¹, Thanittha Thongnak¹*

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

¹Sirindhorn College of Public Health Suphanburi.

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

²Suphanburi Public Health Office.

*Corresponding author, e-mail: tanin2511@hotmail.com

Received: 14 October 2021; **Revised:** 23 May 2022; **Accepted:** 13 June 2022

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดไว้เกือบทุกปี การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2557-2561 โดยนำข้อมูลตามแบบ รง.506DS ในปีดังกล่าว จำนวน 854 ฉบับ มาตรวจสอบและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ผลการวิจัยพบผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายแต่ละปีอยู่ระหว่าง 151-187 ราย เป็นหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย อายุเฉลี่ยระหว่าง 35.98-38.03 ปีอายุน้อยที่สุด 12 ปี มากที่สุด 94 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีอาชีพรับจ้าง อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองมากที่สุด พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ระหว่าง 2.71-4.24 ต่อประชากรแสนคน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พบเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง อัตราการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอยู่ระหว่าง 13.54-18.97 ต่อประชากรแสนคน เป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่เป็นการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก และมักพบพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 2 ปี นับจากการทำร้ายตนเองครั้งแรกและอาจยาวนานอีกหลายปี ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จใช้วิธีแขวนคอตายและผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุด สาเหตุการทำร้ายตนเองของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดจากปัญหาโรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ ถูกดุด่า ต่ำหนิ มีภาวะซึมเศร้าและผิดหวังความรัก ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็มีสาเหตุใกล้เคียงกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ยกเว้นสาเหตุจากโรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการที่พบในสัดส่วนน้อยกว่า ทั้งสองกลุ่มมีปัญหาสุขภาพจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคจิต อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง และเอ็ดส์/HIV และมีพฤติกรรมติดบุหรี่ สุรา สารเสพติดใกล้เคียงกัน งานวิจัยมีข้อเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานทุกระดับให้มีระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลตามแบบ รง.506DS ที่ครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามเฝ้าระวังผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ

ในปีแรกหลังการทำร้ายตนเองและควรมีการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัยในด้านสัมพันธภาพและการจัดการปัญหา

คำสำคัญ: อัตราการฆ่าตัวตาย; พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย; ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง; จังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract

Suicide is a crucial mental health problem all over the world and the statistical trends towards the suicide rates have dramatically increased. In Thailand, Suphanburi province had held the high rate of suicide in almost every year, which the suicide rate was higher than the limit in the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. This retrospective descriptive research aimed to examine the suicide rate and factors related to suicidal behaviors in Suphanburi. The sample consisted of 854 cases with committed suicides, which the data were obtained from the suicide surveillance report (report 506 DS) during 2014 - 2018. The data were analyzed using descriptive statistics – number, percentage, rate, average, median, maximum and minimum. Research findings revealed that the number of suicides in Suphanburi had approximately 151 - 187 people per year during that period. The average suicide rate was categorized by age and gender. The result showed that female were more likely to attempt suicide than male. The average age group was 35.98 to 38.03 years (Min = 12, Max = 94). The majority of people who attempted suicide were married, employee or labor, and lived in the city area. The completed suicide rates were 2.71 - 4.24 per 100,000. Factors related to suicidal behaviors showed that male was more likely to completed suicide than female. Moreover, attempted suicide rates were 13.54 - 18.97 per 100,000, which female has a higher rate in attempted suicide than male. Most of the cases were first time self-harm or self-injury. In cases of the repetitive deliberate self-harm behavior were mostly found within two years after previous history of self-harm, and this may cause in long-term follow-up. Hanging had been the most common method of the completed suicides, while self-poisoning or drug overdoses were founded in people with attempted suicides. The main reasons for leading cause of death by suicide were chronic diseases, HIV/AIDS, disability, intimate partner violence, being hurt by blame, depression, and unhappy love affairs or chaotic sexual relationships. These main causes of suicide were similar to the attempted group, except chronic diseases, HIV/AIDS and disability. In addition, major physical health conditions including high blood pressure, diabetes, mental disorder, paralysis, cerebrovascular disease, Poliomyelitis, HIV/AIDS and addictive substances, especially cigarettes/tobacco, alcohol, and drug abuse were represented in both groups. Findings from this study suggest that the effective development of mental health and psychiatric service network in health areas is implementation according to the development plan for health service system and management, especially improvement in the process of reporting of suicidal behaviors in the suicide surveillance report (report 506 DS). The improvement suicide monitoring includes patient referral system, public awareness of suicidal behaviors and warning signs, and prevention of suicides, especially in the first year of self-harm, along with monitoring suicidal behavior continuously within 2 years. The promotion of pro-active activities and approaches in all age groups should emphasize improving the social relationships and the contribution of problem-solving management in mental health care.

Keywords: Suicide Rate; Suicidal Behaviors; Related Factors; Suphanburi Province

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลก โดยพบประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุก ๆ ปี หรือเฉลี่ย 3,000 รายต่อวันและพยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสูงถึง 1.53 ล้านคน [1] ในปี พ.ศ. 2562 ทวีปที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ แอฟริกา รองลงมาคือ ยุโรป และเอเชีย คิดเป็นอัตรา 11.2, 10.5 และ 10.2 ต่อประชากรแสนคน 10 ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ เลโซโท กายอานา เอสวาตินี คิริบาส ไมโครนีเซีย ซูรินาม ซิมบับเว แอฟริกาใต้ โมซัมบิก และแอฟริกากลาง ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 101 จาก 183 ประเทศทั่วโลก คิดเป็นอัตรา 8.0 ต่อประชากรแสนคน พบในเพศชาย 13.9 และเพศหญิง 2.3 ต่อประชากรแสนคน [2] ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย อยู่ระหว่าง 6.03-6.47 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งบางปีมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (6.3 ต่อประชากรแสนคน) พบมากในช่วงอายุระหว่าง 20-59 ปี เพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 4-5 เท่าในทุก ๆ ปี [3] ในทางระบาดวิทยา สถิติการฆ่าตัวตายแบ่งไว้ 2 กลุ่มหลัก ๆ ได้แก่ ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต (attempted suicide) ในประเทศไทยพบว่าทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 ราย ในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 จบชีวิตตนเองสำเร็จในเวลาต่อมา [4]

การฆ่าตัวตายมิใช่พยาธิสภาพเฉพาะบุคคล หากแต่เกิดจากคุณสมบัติทางสังคม 2 ประการ คือ การผูกพันและควบคุมในสังคม (Social integration & regulation) ซึ่งแบ่งกลุ่มฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) การฆ่าตัวตายที่เสียสละชีวิตเพื่อผู้อื่น (Altruistic Suicide) 2) การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (Egoistic Suicide) 3) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน (Anomic Suicide) และ 4) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากขาดเสรีภาพ (Fatalistic Suicide) [5] ในพื้นที่อำเภอเมืองสุพรรณบุรี ปี 2553-2555 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็นอัตรา 7.72, 7.72 และ 7.59 ต่อประชากรแสนคน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2.9:1 สำหรับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย พบในอัตรา 74.24, 77.21 และ 46.70 ต่อประชากรแสนคน โดยพบเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.2:1 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในวัยกลางคน แต่กลุ่มพยายามฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จใช้วิธีแขวนคอบมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มพยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยาเกินขนาด [6] จังหวัดเลย พบอัตราการฆ่าตัวตายเป็นปี พ.ศ. 2559-2562 คิดเป็น 8.55, 8.15, 9.58 และ 6.45 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4 เท่า มีอายุระหว่าง 21-60 ปีมากที่สุด ผู้เสียชีวิตใช้วิธีแขวนคอ การดื่มสารพิษ และใช้อาวุธปืน [7] จังหวัดสุโขทัย พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างปี 2549-2554 ส่วนใหญ่เป็นชาย มีอายุระหว่าง 41-50 ปี สถานภาพสมรส มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน และเกษตรกรกรรม โดยใช้วิธีแขวนคอบมากที่สุด รองลงมา กินยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง/เอดส์/พิการ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า โดยสาเหตุทำร้ายตนเองเกิดจากปัญหาเศรษฐกิจ/ยากจน/ขัดสน ผิดหวังเรื่องความรัก/หึงหวงและทะเลาะกับคนใกล้ชิด [8]

จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นจังหวัดในเขตภาคกลาง ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรทั้งสิ้น 846,334 คน เป็นชาย 408,808 คน และหญิง 437,526 คน มากกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาเป็นผู้ใช้แรงงานหรือรับจ้าง ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ 107,228 บาท อยู่ในลำดับที่ 40 ของประเทศ หนี้สินครัวเรือนประมาณ 45,800 บาท [9] รายได้ของประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดจึงมาจากการทำการเกษตรซึ่งไม่สามารถควบคุมกลไกทางตลาดได้ด้วยตนเอง จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต จังหวัดสุพรรณบุรี พบอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละปีสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดและสูงเป็นอันดับต้น ๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 [3] แบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง รง.506DS ของกรมสุขภาพจิต ได้นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยให้สถานพยาบาลในสังกัดรายงานข้อมูลตามแบบฟอร์มดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2557-2561 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีรายงานทั้งสิ้น 939 ฉบับ แต่ยังไม่ได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ

งานจิตเวชของจังหวัด ตลอดจนเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน ลดอัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ได้ ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2557-2561
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ของผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2557-2561 ประกอบด้วย ประวัติการทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตนเอง สาเหตุการทำร้ายตนเอง ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และพฤติกรรมส่วนบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นจำนวนผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จากแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง รง.506DS ในปี พ.ศ. 2557-2561 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีได้รับรายงานจากหน่วยงานในสังกัด จำนวน 939 ฉบับ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนและไม่สมบูรณ์ในส่วนที่ใช้ในการศึกษา ทั้งนี้พบว่าข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ จำนวน 854 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.95

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง รง.506DS ในปี พ.ศ. 2557-2561 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีได้รับรายงานจากหน่วยงานในสังกัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คณะผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

2) คณะผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลตามแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง รง.506DS ในปี พ.ศ. 2557-2561 ที่หน่วยงานได้เก็บรวบรวมไว้ โดยคณะผู้วิจัยเข้าไปส่งหนังสือและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การป้องกันการละเมิดจริยธรรมการวิจัยในอาสาสมัคร วิธีการศึกษาวิจัย และการเขียนรายงานผลการศึกษาดำเนินการ

3) คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์และประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ PHCSP-A2564/01-8 วันที่ 26 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2557-2561 พบผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจำนวน 183, 169, 151, 187 และ 164 ราย ตามลำดับ เกือบทั้งหมดเป็นคนไทย เป็นหญิง 470 คน ร้อยละ 55.15 ชาย 383 คน ร้อยละ 44.85 อายุเฉลี่ยระหว่าง 35.98-38.03 ปี อายุน้อยสุด 12 ปี มากสุด 94 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพที่พบ 5 กลุ่มแรก ได้แก่ รับจ้าง ต่อกองไม่มีการทำ นักเรียน เกษตรกร และแม่บ้าน อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองมากที่สุด รองลงมา ศรีประจันต์ หนองหญ้าไซ สามชุก บางปลาม้า ดอนเจดีย์ ด่านช้าง เดิมบางนางบวช สองพี่น้อง และอู่ทอง ตามลำดับ

2. อัตราการฆ่าตัวตาย

อัตราการฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2557-2561 โดยจำแนกออกเป็นฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 2.71, 3.53, 4.24, 3.06 และ 3.05 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เท่ากับ 18.87, 16.37, 13.54, 18.97 และ 16.20 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีอัตราส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จ: การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ มีค่าระหว่าง 1:3.19 -1:6.96 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี 2557-2561

ผลของการทำร้าย	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
ตนเอง	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	23	2.71	30	3.53	36	4.24	26	3.06	26	3.05
ชาย	21	2.48	25	2.94	23	2.71	20	2.36	19	2.23
หญิง	2	0.24	5	0.59	13	1.53	6	0.71	7	0.82
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	160	18.87	139	16.37	115	13.54	161	18.97	138	16.20
ชาย	64	7.55	43	5.07	52	6.12	50	5.89	66	7.75
หญิง	96	11.32	96	11.31	63	7.42	111	13.08	72	8.45
อัตราส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จ:ไม่สำเร็จ	1:6.96		1:4.63		1:3.19		1:6.19		1:5.31	
ประชากรกลางปี	848,001		848,910		849,550		848,567		852,003	

3. ประวัติการทำร้ายตนเอง

ประวัติการทำร้ายตนเองผู้ฆ่าตัวตาสสำเร็จ ระหว่างปี 2557-2561 มากกว่าร้อยละ 80.77 ฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็เช่นเดียวกัน ถ้านับจากการทำร้ายตนเองในครั้งแรกกลุ่มฆ่าตัวตาสสำเร็จจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ (Mdn) ตั้งแต่ครั้งเดือนถึงเดือนที่ 19 กลุ่มฆ่าตัวตาสไม่สำเร็จจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ (Mdn) ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 24 เดือน โดยกลุ่มที่ฆ่าตัวตาสไม่สำเร็จบางรายเว้นระยะเวลายาวของการทำร้ายตนเองซ้ำถึง 480 เดือน หรือ 40 ปีจากการทำร้ายตนเองครั้งแรก และกลุ่มฆ่าตัวตาสสำเร็จบางรายเว้นระยะเวลายาวของการทำร้ายตนเองซ้ำถึง 204 เดือน หรือ 17 ปี จึงฆ่าตัวตาสสำเร็จ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลประวัติการทำร้ายตนเอง ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี 2557-2561

ประวัติการทำร้าย	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
ตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตาสสำเร็จ	23	100.00	30	100.00	36	100.00	26	100.00	26	100.00
ครั้งแรก	21	91.30	26	86.67	31	86.11	21	80.77	22	84.62
มากกว่า 1 ครั้ง	2	8.70	4	13.33	5	13.89	5	19.23	4	15.38
เดือนที่ทำร้ายตนเองซ้ำ										
Mdn	8 เดือน		ครั้งเดือน		19 เดือนครั้ง		10 เดือน		12 เดือน	
Max	48 เดือน		36 เดือน		204 เดือน		60 เดือน		13 เดือน	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประวัติการทำร้าย	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
ตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	160	100.00	139	100.00	115	100.00	161	100.00	138	100.00
ครั้งแรก	142	88.75	110	79.14	100	86.96	128	79.50	109	78.99
มากกว่า 1 ครั้ง	18	11.25	29	20.86	15	13.04	33	20.50	29	21.01
เดือนที่ทำร้ายตนเองซ้ำ										
Mdn	24 เดือน		24 เดือน		3 เดือน		7 เดือน		6 เดือน	
Max	204 เดือน		240 เดือน		480 เดือน		240 เดือน		360 เดือน	

4. วิธีการทำร้ายตนเอง

วิธีการทำร้ายตนเองของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2557-2561 พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด มีส่วนน้อยที่ใช้วิธีการกินยาฆ่าแมลง กินสารกำจัดวัชพืช การใช้ปืน กินสารเคมีอื่น ๆ กินยาเกินขนาด ใช้มีดและของแข็ง ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลวิธีการทำร้ายตนเอง ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี 2557-2561

วิธีการทำร้าย	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
ตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	23	100.00	30	100.00	36	100.00	26	100.00	26	100.00
แขวนคอ	10	43.48	24	80.00	16	44.44	17	65.38	23	88.46
กินยาฆ่าแมลง	6	26.09	3	10.00	5	13.89	1	3.85	0	0.00
กินสารกำจัดวัชพืช	2	8.70	2	6.67	6	16.37	3	11.54	1	3.85
ใช้ปืน	3	13.04	0	0.00	3	8.33	2	7.69	0	0.00
กินสารเคมีอื่น ๆ	0	0.00	0	0.00	1	2.78	2	7.69	1	3.85
กินยาเกินขนาด	0	0.00	0	0.00	3	8.33	0	0.00	0	0.00
ใช้มีดและของแข็ง	0	0.00	0	0.00	1	2.78	0	0.00	0	0.00
อื่น ๆ (วิ่งให้รถชน, กระโดดที่สูง)	2	8.70	1	3.33	1	2.78	1	3.85	1	3.85
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ*	160	100.00	139	100.00	115	100.00	161	100.00	138	100.00
กินยาเกินขนาด	74	46.25	73	52.52	62	53.91	95	59.01	65	47.10
กินยาฆ่าแมลง	36	22.50	21	15.11	18	15.65	27	16.77	23	16.67
กินสารเคมีอื่น ๆ	27	16.88	21	15.11	17	14.78	16	9.94	17	12.32
กินสารกำจัดวัชพืช	14	8.75	16	11.51	11	9.57	19	11.80	22	15.94
ใช้มีดและของแข็ง	5	3.13	3	2.16	7	6.09	3	1.86	6	4.35
แขวนคอ	7	4.38	5	3.60	3	2.61	2	1.24	9	6.52
อื่น ๆ (วิ่งให้รถชน, กระโดดที่สูง)	3	1.88	1	0.72	2	1.74	5	3.11	1	0.72

*ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 วิธี

5. สาเหตุการทำร้ายตนเอง

สาเหตุการทำร้ายตนเอง 5 ลำดับแรก ๆ ระหว่างปี 2557-2561 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ โรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ มีภาวะซึมเศร้าและผิดหวังความรัก ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ก็มีสาเหตุใกล้เคียงกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ยกเว้นสาเหตุจากโรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการที่พบในสัดส่วนน้อยกว่า และยังพบว่ามีปัญหาเศรษฐกิจ ยาจน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละสาเหตุการทำร้ายตนเอง 5 ลำดับแรก ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี2557-2561

สาเหตุการทำร้ายตนเอง	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายสำเร็จ										
โรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการ	8	34.78	7	23.33	9	25.00	5	19.23	5	13.89
ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด	3	13.04	7	23.33	9	25.00	4	15.38	7	26.92
น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ	3	13.04	6	20.00	8	22.22	3	11.54	4	15.38
มีภาวะซึมเศร้า	3	13.04	5	16.67	4	11.11	5	19.23	2	7.69
ผิดหวังความรัก	1	4.35	4	13.33	4	11.11	3	11.54	5	13.89
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ										
ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด	64	40.00	52	37.41	55	47.83	75	46.58	68	49.28
น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ	68	42.50	47	33.81	37	32.17	48	29.81	43	31.16
ผิดหวังความรัก	29	18.13	30	21.58	24	20.87	32	19.88	19	13.77
มีภาวะซึมเศร้า	10	6.25	9	6.47	15	13.04	18	11.18	21	15.22
ปัญหาเศรษฐกิจ ยาจน	14	8.75	8	5.76	10	8.70	19	11.80	9	6.52

6. ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

ข้อมูลปัญหาสุขภาพอื่น ๆ 5 ลำดับแรก ระหว่างปี 2557-2561 พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาสุขภาพ จากโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา โรคเบาหวาน โรคจิต อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง และเอ็ดส์/HIV ตามลำดับ ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จแต่พบในสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพอื่น ๆ 5 ลำดับแรก ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี 2557-2561

ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายสำเร็จ										
โรคความดันโลหิตสูง	9	39.13	4	13.33	7	19.44	3	11.54	4	15.38
โรคเบาหวาน	3	13.04	2	6.67	4	11.11	5	19.23	2	7.69
โรคจิต	1	4.35	1	3.33	2	5.55	2	7.69	6	23.08
อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง	1	4.35	3	10.00	2	5.55	0	0.00	2	7.69
เอ็ดส์/HIV	1	4.35	2	6.67	1	2.78	0	0.00	2	7.69

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ										
โรคความดันโลหิตสูง	14	8.75	10	7.19	11	9.57	18	11.18	15	10.87
โรคเบาหวาน	5	3.13	6	4.32	7	6.09	8	4.97	8	5.80
โรคจิต	7	4.38	3	2.16	5	4.35	7	4.35	11	7.97
เอดส์/HIV	3	1.88	5	3.60	1	0.87	4	2.48	2	1.45
อัมพาต/โรคเส้นเลือด	3	1.88	1	0.72	1	0.87	3	1.86	4	2.90
สมอง/ไขสันหลัง										

7. พฤติกรรมส่วนบุคคล

พฤติกรรมส่วนบุคคลระหว่างปี 2557-2561 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ มีพฤติกรรมติดบุหรี่ สุรา สารเสพติด และการพนันใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลพฤติกรรมส่วนบุคคล ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จ.สุพรรณบุรี ปี 2557-2561

พฤติกรรมส่วนบุคคล	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฆ่าตัวตายสำเร็จ										
ติดสุรา	1	4.35	8	26.67	10	27.78	3	11.54	6	23.08
ติดบุหรี่	2	8.70	8	26.67	4	11.11	3	11.54	3	11.54
ติดสารเสพติด	1	4.35	1	3.33	1	2.78	2	7.69	1	3.85
ติดการพนัน	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.85	0	0.00
ติดเกม/อินเทอร์เน็ต	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ										
ติดสุรา	24	15.00	26	18.71	22	19.13	22	13.66	29	21.01
ติดบุหรี่	28	17.50	21	15.11	26	22.61	23	14.29	35	25.36
ติดสารเสพติด	5	3.13	1	0.72	2	1.74	3	1.86	8	5.80
ติดการพนัน	0	0.00	1	0.72	0	0.00	1	0.62	2	1.45
ติดเกม/อินเทอร์เน็ต	0	0.00	1	0.72	0	0.00	0	0.00	2	1.45

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นข้อมูลทั่วไปผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี 2557-2561 คณะผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตาย

ระหว่างปี 2557-2561 พบผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นหญิงมากกว่าชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยมีอัตราการระหว่าง 2.71-4.24 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนดไว้ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน [6], [10-12] แต่เป็นที่น่าสนใจที่ข้อมูล

ดังกล่าวเมื่อตรวจสอบกับข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตได้รายงานไว้ที่หน้า website ของกรมสุขภาพจิตกลับมีอัตราต่ำกว่าที่กรมสุขภาพจิตได้รายงานไว้ทุกปี (ระหว่าง 5.54- 9.78 ต่อประชากรแสนคน) [3] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีการบันทึกข้อมูลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงในแบบ รง.506DS ที่ต่ำกว่าข้อมูลที่เป็นจริง แต่มีการรายงานยอดจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายไม่สำเร็จลงในแบบรายงานประจำเดือนส่งให้งานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรายงานให้กรมสุขภาพจิตต่อไป จากการศึกษายังพบว่า ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ระหว่าง 1:1.77 ถึง 1: 10.50 เท่า และพบอัตราฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ระหว่าง 13.54-18.97ต่อประชากรแสนคน โดยพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ระหว่าง 1: 1.09 ถึง 1: 2.23 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย [3, 6] และการศึกษาหลายฉบับที่กล่าวตรงกันว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง [7-8], [13-14] ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมก้าวร้าว กล้าใช้ความรุนแรง มีความหุนหันพลันแล่นและการตัดสินใจที่เด็ดขาดมากกว่าเพศหญิง จึงนำไปสู่วิธีการทำร้ายตนเองที่รุนแรงและเกิดผลสำเร็จสูงกว่า เช่น การแขวนคอ กินยาฆ่าแมลง การใช้ปืน

อายุของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างปี 2557-2561 มีอายุระหว่าง 20-49 ปีมากที่สุด อายุน้อยสุด 12 ปี และมากที่สุด 94 ปี อายุเฉลี่ยในแต่ละปีอยู่ระหว่าง 35.98-38.03 ปี สาเหตุที่พบพฤติกรรมฆ่าตัวตายอายุน้อยสุด 12 ปี น่าจะเกิดมาจากเด็กที่มีอายุน้อยกว่านี้ยังไม่มีความคิดเกี่ยวกับความตายอยู่ในใจ แต่หลังจากเข้าสู่วัยเด็กตอนปลายหรือวัยรุ่นตอนต้นแนวคิดเรื่องความตาย ภาวะซึมเศร้าหรือการพัฒนาด้านอารมณ์เรื่องความรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้เริ่มเกิดขึ้น [15] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ข้อมูลการฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2559-2562 จังหวัดเลย พบอายุที่ฆ่าตัวตายสูงสุดระหว่าง 21-40 ปี อายุน้อยสุด 14 ปี และมากที่สุด 87 ปี [7] การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จกรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-50 ปี [8]

สถานภาพสมรสของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2557-2561 มากกว่าร้อยละ 50 มีสถานภาพคู่ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีครอบครัวและอาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีสถานภาพคู่ [8, 10], [12-13], [16] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด/หย่าร้าง [11, 17]

อาชีพของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2557-2561 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา ตกงาน ไม่มีงานทำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มิอาชีพรับจ้างหรือคนที่ตกงานไม่มีงานทำอาจมีความเครียดจากรายได้ที่ได้รับหรือไม่เพียงพอจากรายจ่าย สอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีอาชีพรับจ้างหรือไม่มีงานทำ [8], [10-12] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร [13, 17]

ระหว่างปี 2557-2561 อำเภอเมืองสุพรรณบุรี เป็นอำเภอที่ได้รับรายงานผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเป็นอำเภอที่ใหญ่ที่สุด มีประชากรจำนวนมากที่สุด ประชากรในอำเภอมีความแตกต่างทางฐานะทางเศรษฐกิจกันมาก มีการแข่งขันกันสูงมากกว่าอำเภออื่น หรือเกิดจากผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอำเภอเมืองเกือบทุกรายจะมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช ซึ่งมีกลุ่มงานจิตเวช ที่มีบุคลากรรับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการวางระบบการรายงาน จึงทำให้มีการรายงานตามแบบ รง.506DS ที่ครบถ้วนมากกว่าอำเภออื่น ๆ ซึ่งไม่มีกลุ่มงานจิตเวชและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบที่เพียงพอในการดำเนินงาน หรือระบบการจัดทำรายงานข้อมูลยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การรายงานข้อมูลดังกล่าวขาดความครบถ้วนและน้อยกว่าความเป็นจริง

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

2.1 ประวัติการทำร้ายตนเอง

ประวัติการทำร้ายตนเองผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ พบว่า เกือบทุกรายเป็นการทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรก ถ้านับจากการทำร้ายตนเองในครั้งแรกกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จในครั้งนี้จะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ (Mdn) ตั้งแต่ครั้งเดือนถึงเดือนที่ 19 กลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ (Mdn) ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 24

เดือน โดยกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จบางรายเว้นระยะเวลาห่างของการทำร้ายตนเองซ้ำถึง 480 เดือน หรือ 40 ปีจากการทำร้ายตนเองครั้งแรก และกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จบางรายก็เว้นระยะเวลาห่างของการทำร้ายตนเองซ้ำถึง 204 เดือน หรือ 17 ปีจึงฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.2 วิธีการทำร้ายตนเอง

วิธีการทำร้ายตนเอง พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเลือกใช้วิธีการกินยาเกินขนาด [6-8], [10-13], [17] อาจเนื่องมาจากผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเองให้สำเร็จจะเลือกใช้วิธีที่คิดว่าเกิดผลสำเร็จสูงสุดและทรมาณน้อยที่สุด ในขณะที่กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ยังเกิดความลังเลและไม่ตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต อาจต้องการเรียกร้องความสนใจหรือประชดบดกลบรอบข้าง จึงเลือกใช้วิธีที่ไม่ก่อให้เกิดผลสำเร็จในการจบชีวิตตนเอง

2.3 สาเหตุการทำร้ายตนเอง

สาเหตุการทำร้ายตนเองของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ โรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการ รongลงมา ทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง/เอ็ดส์/ฟิการ ทำให้บุคคลดังกล่าวรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเป็นภาระผู้อื่น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่อมา สอดคล้องกับการศึกษา [13] ในขณะที่กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีสาเหตุจากทะเลาะกับคนใกล้ชิด รongลงมา น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิและผิดหวังจากความรัก หึงหวง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด หรือน้อยใจ [6, 8, 10, 12, 16]

2.4 ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาสุขภาพจากโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รongลงมา โรคเบาหวาน โรคจิต อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง/ไขสันหลัง และเอ็ดส์/HIV ตามลำดับ ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จแต่พบในสัดส่วนที่น้อยกว่า

2.5 พฤติกรรมส่วนบุคคล

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จมีพฤติกรรมติดบุหรี่ สุรา สารเสพติด และการพนันใกล้เคียงกัน ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือสุราอาจส่งผลทำให้ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายขาดสติ การยับยั้งชั่งใจ ไม่ใช้หลักเหตุผลในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่จึงทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์โดยพบผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีประวัติการเสพยา ยาบ้าและกัญชา [10]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การรายงานข้อมูลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในแบบ รง.506DS ต่ำกว่าข้อมูลที่เป็นจริง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ควรร่วมกันพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานทุกระดับให้มีระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลตามแบบรง.506DS ที่ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของตนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. ผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจะมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองซ้ำ และอาจใช้วิธีที่รุนแรงกว่าเดิมจนถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้นควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามเฝ้าระวังผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในปีแรกหลังการทำร้ายตนเอง และควรมีการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี
3. ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้นจนถึงวัยสูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมหรือบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับประถมศึกษา โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขและสถานศึกษา เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เด็ก และส่งเสริมการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัยอย่างรวดเร็วและครอบคลุม เพื่อค้นหาและให้กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์หรือบอกแนวโน้มพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. วิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งภาพกว้างและเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน การเฝ้าระวัง การป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. วิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่มีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกันพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มดังกล่าว
4. ระดับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
5. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นและปัจจัยทำนายพฤติกรรมดังกล่าว เนื่องจากงานวิจัยพบว่าในแต่ละปีมีกลุ่มวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 19 ปี มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประมาณ 20-30 คน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- [2] World Health Organization. (2019). *Risk of countries by suicide rates*. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate
- [3] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2540-2562. สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
- [4] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <http://suicide.jvkk.go.th/menu3.aspx>
- [5] Durkheim, E. (1996). *Suicide*. New York: Mc Millan Publishing.
- [6] วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 90-103.
- [7] กายสิทธิ์ แก้วยาศรี, บุญมา สุนทราวิรัตน์, และนิตยาภรณ์ โคตรแก้ว. (2564). สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจังหวัดเลย ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(3), 112-126.
- [8] อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16.
- [9] กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). *บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี 2563*. สืบค้นจาก https://ww1.suphanburi.go.th/files/com_news_devpro1/2020-07_7047b7baac73ec2.pdf
- [10] ธัญชนก บุญรัตน์. (2559). พฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 30(1), 101-109.

- [11] วันรวี พิมพ์รัตน์, และจินตนา กมลพันธุ์. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 739-748.
- [12] นกมล สำอาง. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 266-276.
- [13] ศศิธร กมลธรรม, และรุ่งระวี แก้วดี. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตเมืองจังหวัดลำปาง ด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต ตุลาคม 2553 – กันยายน 2556. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 47-54.
- [14] วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุปิ่นนะ, จุฑามาส สุขอิม, และศุภชัย นาทองไชย. (2562). การฆ่าตัวตายของนักศึกษากับการปรับตัวของครอบครัว มหาวิทยาลัยและรัฐ: การศึกษาโดยใช้ข่าวในหนังสือพิมพ์เป็นฐาน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(21), 135-147.
- [15] Apter, A., and Wasserman, D. (2003). *Suicide in children and adolescents*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542916/>
- [16] ปรรณนา คำมีสินนท์, พรดลิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ โชครัตน์มีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, สุนันทา คำชมพู, และวัชรวิทย์ เสาร์แก้ว. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. *วารสารป้องกันและการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย*, 1(1), 25-40.
- [17] จีระนันท์ คำแฝง. (2563). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 18(2), 7-18.