

บทความวิจัย

แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

พุดิรัษ์ รัศโย่ง¹ พ.บ., พนิดตา เส็งทอง² พย.ม., ธนัช กนกเทศ^{3,*} ส.ต.

Received: January 27, 2020

Revised: March 9, 2020

Accepted: April 10, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะประชากรและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ และ 2) ศึกษาแนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นการฆ่าตัวตาย จากประชากรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจัดเก็บข้อมูลย้อนหลังจากปีงบประมาณ 2555-2559 จากสองกลุ่มคือ 1) ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จากการคัดกรอง (รง. 506DS) จำนวน 145 ราย 2) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด จากใบมรณบัตรจำนวน 29 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี ร้อยละ 49.0 สาเหตุเกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 37.1 และใช้วิธีกินยาเกินขนาด ร้อยละ 31.8 ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่คือ เพศ ภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 2) แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย (1) พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนทางสุขภาพจิตในระดับอำเภอ (2) การจัดบริการจิตเวชตามแนวทางมาตรฐานบริการสุขภาพจิต กำหนดหน่วยบริการระดับตำบล และ (3) สนับสนุนองค์ความรู้ และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่รวมทั้งสืบสวนสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย สุขภาพจิต

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: thanachk8@gmail.com

**Guidelines for managing a district health system for solving
the problems of parasuicide and completed suicide: a case study
of Phromphiram District, Phitsanulok Province**

Puttirak Rakyong¹ MD., Panitta Seangthong² M.N.S., Thanach Kanokthet^{3,*} Ph.D.

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were 1) to study the population's characteristics and behaviors of parasuicide and completed suicide and 2) to study guidelines for suicide managing in a district health system of the population living in Phromphiram district, Phitsanulok. Data were collected from 2 groups from 2012 to 2016 including; 1) 145 people who conducted intentional self-harm behaviors, using a standard form for depression and self-harm surveillance system (Report 506 DS) and 2) 29 death certificates of people who committed suicide, and data were analyzed using logistic regression. An in-depth interview was conducted with 16 stakeholder staffs who were in Phromphiram district health system, and data were analyzed using content analysis.

The result showed that 1) the causes of parasuicide of those who are between 20 and 29 years old (49.0%), the cause of parasuicide is an intimate quarrel (37.1%) and overdose of medicine (31.8%). In additional, factors that were influenced completed suicide were gender, major depressive disorder, and stress, at p-value = 0.05. The guidelines for managing a district health system in terms of completed suicide and parasuicide were composed of (1) developing a service system for patients who were in a mental health crisis in the district, (2) providing a standard psychiatric service in according to the national mental health service system as a public health service unit in sub-district, and (3) providing knowledge and technology for preventing suicide and following up suicide attempters in the area of responsibility, including investigation the cause of suicide in order to design an appropriate guideline.

Keywords: Completed suicide, Parasuicide, Mental health

¹ Medical Doctor, Professional Level, Phromphiram hospital, Phitsanulok province

² Registered Nurse, Professional Level, Phromphiram hospital, Phitsanulok province

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: thanachk8@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว (Kongsuk, Supanya, Kenbubpha, Phimtra, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2017) สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีความรุนแรงมากในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 โดยอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 8.2 รายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 นอกจากนี้ในแต่ละปี ประเทศไทยจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000-5,000 คน (Department of Mental Health, 2019) แต่หากนับจำนวนผู้ทำร้ายตนเองทั้งหมดทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่า มีจำนวนสูงถึง 25,000-27,000 รายต่อปี (Department of Mental Health, 2016) ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายตามแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรมของ Durkheim (1996) กล่าวว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม หากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคมไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกตนเองไร้ค่า และรู้สึกว่าไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด ส่วนในประเทศไทยพบว่า การฆ่าตัวตายในประเทศไทยนั้น พบสาเหตุที่หลากหลาย เช่น การน้อยใจบุคคลใกล้ชิด (Boonrut, 2016) ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาเหนื่อยใจ ถูกดูต่ำ ต่ำหั้น และปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่และสุรา (Prateeptheranun, 2014) การป่วยโรคทางจิตเวชและไม่ชอบเข้าสังคม (Kamondham & Kaewdee, 2018) ตลอดจนด้านสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาระหนี้สิน ขาดคนที่คอยให้คำปรึกษาช่วยเหลือ หรือมีบุคลิกเดิมเป็นคนเจ้าอารมณ์ และมีลักษณะแยกตัวไม่ชอบยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น (Kantha, Saenkamma, & Kantha, 2019)

จากสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าการตายจากการฆ่าตัวตาย ในจังหวัดพิษณุโลก คิดเป็นอัตราตาย

5.80 ต่อประชากรแสน วิธีฆ่าตัวตายโดยวิธีผูกคอตาย และวิธีกินหรือสัมผัสน้ำ หรือสารพิษ มีอัตราสูงสุด (Phitsanulok Provincial Health Office, 2019) โดยข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นภาพรวมของจังหวัด ยังไม่มีการเก็บข้อมูลเชิงลึกเพื่ออธิบายถึงความแตกต่างในการฆ่าตัวตายสำเร็จและการทำร้ายตนเองอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจนหรือการสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Sukhawaha, Arunpongpaisal, & Rungreangkulkij, 2016) รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดเมื่อพบ ผู้มีสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตายเพื่อทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อการออกแบบระบบการให้บริการ ให้เหมาะสมกับบริบทและเกิดการใช้ประโยชน์โดยผู้รับบริการ โดยพบว่าระบบสุขภาพอำเภออาจเป็นกลไกที่สำคัญในการแก้ปัญหา (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018)

ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และเมื่อติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไปในระยะยาวพบว่า ร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด (World Health Organization, 2019) ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมักมีการสื่อสารหรือการแสดงออกที่เป็นสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย (Suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การสื่อสาร ทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย 2) การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้ หรือรำลา 3) การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทางและแม้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายส่งสัญญาณในลักษณะดังกล่าว แต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่

ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าเป็นสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายจึงมิได้ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด (World Health Organization, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าวหากดำเนินการเฝ้าระวัง และจัดระบบสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลให้สามารถลดอัตราการอุบัติการณ์ของปัญหาได้ ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลดำเนินงานในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย เพื่อให้เห็นแนวโน้มของสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหাসภาพจิตในพื้นที่ได้ตรงตามสภาพที่แท้จริง (Suanprung Psychiatric Hospital, 2011) โดยต้องดำเนินการในระดับระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อวางแผนการจัดการในระดับตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ด้วยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ ร่วมกันการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (Royal Thai Government Gazette, 2018) เนื่องจากระบบการทำงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องร่วมกันกับทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน ซึ่งคณะผู้วิจัย เห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว เนื่องจากการจัดการเชิงนโยบายด้านการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จึงจำเป็นต้องใช้แนวร่วมทั้งระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ โดยใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการกำหนดนโยบายการช่วยเหลือ

และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เหมาะสม ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกต่อไป คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาลักษณะของประชากร รูปแบบและพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ และนำเสนอแนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของประชากร รูปแบบและพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของระบบสุขภาพอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระดับอำเภอพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ

- 1) จัดเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากปีงบประมาณ 2555-2559 จากสองกลุ่มคือ (1) ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จากการคัดกรอง (รง.506DS) จำนวน 145 ราย (2) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด จากใบมรณบัตร (มบ.1) จำนวน 29 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก

- 2) สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 16 รายวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวรแบบเต็มรูปแบบเลขที่ COA No. 021/2017 RREC No. 010/60

ประชากร

ประชาชนในพื้นที่ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 91,721 คน และผู้เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 16 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ที่ทำร้ายตนเองที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงปีงบประมาณ 2555 ถึง 2559 มีจำนวน 145 ราย

2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2559 ประกอบด้วย ญาติ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายแกนนำที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 29 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ระเบียบแบบแผนการวิจัยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง (รง.506 DS) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2) แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ได้รับจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ก่อนเสียชีวิต จากผู้เกี่ยวข้องกับผู้ที่เสียชีวิต (6 ราย)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจากประชากรทุกคนจากระเบียบแบบแผนการวิจัยที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง (รง.506 DS) ของกรมสุขภาพจิต จากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงปีงบประมาณ 2555 ถึง 2559 มีจำนวน 145 ราย และเก็บข้อมูลจากการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากใบมรณบัตร (มบ.1) ปี พ.ศ. 2555-2559 จากสำนักทะเบียนราษฎรอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก แล้วจำแนกตามเขตพื้นที่บริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 19 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนใน

โรงพยาบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลประจำอำเภอจำนวน 1 แห่ง ได้ข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 145 ราย ในส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายแกนนำที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวน 16 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 145 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.6 กลุ่มอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 23.4 อายุต่ำที่สุด คือ 14 ปี สูงสุดคือ 80 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.3 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 11.0

ส่วนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 29 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งร้อยละ 75.9 กลุ่มอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 31.0, 40-59 ปี ร้อยละ 31.0, มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 31.0 อายุต่ำที่สุดคือ 17 ปี สูงสุดคือ 78 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็น กลุ่มรับจ้าง/ใช้แรงงาน ร้อยละ 31.0 รายละเอียดแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ลักษณะทางประชากร	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	82	56.6	7	24.1
ชาย	63	43.4	22	75.9
อายุ (ปี)				
เด็ก/วัยรุ่น (<= 19)	26	17.9	2	6.9
ผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39)	71	49.0	9	31.0
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (40-59)	34	23.4	9	31.0
ผู้สูงอายุ (>= 60)	14	9.7	9	31.0
Mean ± S.D.	34.98 ± 15.84		48.17 ± 17.81	
สถานภาพ				
โสด	38	26.2	7	24.1
คู่	99	68.3	15	51.7
หม้าย	3	2.1	3	10.3
หย่า/แยก	5	3.4	4	13.8
อาชีพ				
เกษตรกรกรรม	73	50.3	15	51.7
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	40	7.6	9	31.0
แม่บ้าน	4	2.8	1	3.4
พนักงานบริษัท	2	1.4	0	0
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	6	4.1	1	3.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7	1	3.4
นักเรียน/นักศึกษา	16	11.0	1	3.4
ว่างงาน	1	0.7	0	0
อื่นๆ (ครูอัตราจ้าง)	2	1.4	1	3.4

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พบว่าเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 90.3 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 31.8 กินสารกำจัดแมลง ร้อยละ 31.8 ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 89.7 วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ผูกคอ ร้อยละ 70.0 รองลงมา กินสารกำจัดแมลง ร้อยละ 13.3

ด้านเหตุการณ์กระตุ้นหรือสาเหตุที่ทำให้ทำร้ายตนเอง มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันโดยในภาพรวมทั้ง

สองกลุ่มพบว่า มีสาเหตุจากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ซึ่งหากจำแนกในแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิตนั้น มีสาเหตุที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยมีสาเหตุจาก ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดสูงถึงร้อยละ 37.1 รองลงมาคือ น้อยใจถูกดูต่ำตำหนิร้อยละ 14.6 ส่วนกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า มีความใกล้เคียงกันระหว่าง ปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด และปัญหาที่มีโรคเรื้อรังที่ ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 15.9 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ปัจจัยกำหนดทางสังคม และสุขภาพ	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการทำร้ายตนเอง				
กินยาเกินขนาด	47	31.8	1	3.3
กินสารกำจัดแมลง	47	31.8	4	13.3
กินสารกำจัดวัชพืช	28	18.9	2	6.7
กินสารเคมีอื่นๆ	10	6.8	0	0
ใช้ของมีคมของแข็ง	4	2.7	0	0
ใช้ปืน	1	0.7	2	6.7
ผูกคอ	8	5.4	21	70.0
อื่นๆ (สายไฟรัดคอ, ใช้ไฟฟ้าช็อต, ชกกระจก)	3	2.0	0	0
ปัจจัยกระตุ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
น้อยใจ ถูกดูต่ำ ตำหนิ	31	14.6	4	9.1
คนอื่นนินทาว่าร้าย จนอับอายมาก	3	1.4	0	0
ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง	21	9.9	2	4.5
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	79	37.1	7	15.9
ต้องการการเอาใจ/ขอแล้วไม่ได้	4	1.9	0	0
ปัญหาการเรียน	2	0.9	0	0
ปัญหาสูญเสีย พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ	2	0.9	1	2.3
คนอื่นในครอบครัวขัดแย้งกัน	3	1.4	1	2.3
ปัญหาที่มีโรคเรื้อรัง/เอตส์/พิการ/เสียโฉม	4	1.9	7	15.9
ปัญหาโรคจิต	2	0.9	4	9.1
ปัญหาภาวะซึมเศร้า	12	5.6	4	9.1

ตาราง 2 แสดงปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพ	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาดื่มสุรามาก (แม้ไม่ได้ติดสุรา)	3	1.4	2	4.5
ปัญหาเศรษฐกิจ	16	7.5	4	9.1
ปัญหาการทำงาน	2	0.9	0	0
ตกงาน	2	0.9	0	0
ประเภทการมารับบริการ				
ทำร้ายตนเองอย่างเดียว	113	77.9	26	89.7
ทั้งซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	32	21.1	3	10.3
ภาวะซึมเศร้าปัจจุบัน				
ไม่มี	113	77.9	26	89.7
มี	32	22.1	3	10.3
การทำร้ายตนเอง				
1 ครั้ง	131	90.3	26	89.7
มากกว่า 1 ครั้ง	14	9.7	3	10.3
ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เบาหวาน	4	10.5	1	4.8
ความดันโลหิตสูง	7	18.4	5	23.8
โรคปอดเรื้อรัง	4	10.5	2	9.5
ปวดข้อ/เก๊าท์/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง	2	5.3	1	4.8
พิการที่ตา หู แขน ขา	2	5.3	0	0
อัมพาต/โรคเส้นเลือดสมอง	1	2.6	2	9.5
โรคจิต	3	7.9	5	23.8
เอดส์/เอชไอวี	2	5.3	1	4.8
พฤติกรรมส่วนบุคคล				
ติดบุหรี่	41	26.1	12	37.5
ติดสุรา	19	12.1	8	25.0
ติดสารเสพติด	1	0.6	1	3.1
ติดเกมส์/อินเทอร์เน็ต	1	0.6	0	0

ผลการศึกษาด้านบริการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และญาติได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายด้วยการฆ่าตัวตายเป็นการให้คำแนะนำโดยตรงกับญาติร้อยละ 33.3 และ

การให้คำปรึกษากับผู้พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 29.7 รองลงมาคือการแจกเอกสารความรู้ร้อยละ 11.5 รายละเอียดแสดงดังตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย และญาติได้รับ

บริการจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	พยายามฆ่าตัวตาย (N = 145)		ผู้เสียชีวิต (N = 29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ให้คำปรึกษา	114	29.7	0	0
แนะนำญาติ	128	33.3	25	78.1
เอกสารความรู้	44	11.5	0	0
ยาแก้เศร้า Fluoxetine / SSRI	15	3.9	0	0
ยาแก้เศร้าอื่นๆ	2	0.5	0	0
ยาลดกังวล	3	0.8	0	0
อื่นๆ	76	19.8	7	21.9

จากการศึกษา พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 4.09 เท่า (95% CI = 1.64-10.18, p-value = 0.002) ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเด็กวัยรุ่นและวัยแรงงาน 3.36 เท่า (95% CI = 1.58-44.14, p-value = 0.012) สถานภาพ โสด หม้าย และหย่า/แยก มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าสถานภาพคู่ (สมรส) 5.28 เท่า (95% CI = 1.27-21.90, p-value = 0.022)

ผู้มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ไม่มีปัญหาสุขภาพ 2.25 เท่า (95% CI = 1.16-6.06, p-value = 0.021) จากนั้นทำการวิเคราะห์ที่ละหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก โดยวิธีจัดออกทีละตัวแปรพบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร คือ เพศ การมีภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียด รายละเอียดแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1			
ชาย	4.09 (1.64-10.18)	0.002	2.10 (1.17-3.74)	0.004
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 60 ปี	1			
ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)	3.36 (1.58-44.14)	0.012	-	-
สถานภาพสมรส				
คู่	1			
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5.28 (1.27-21.90)	0.022	-	-

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อาชีพ				
เกษตรกรรม	1			
ไม่ใช่เกษตรกรรม	5.02 (0.52-34.00)	0.113	-	-
ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	1			
ซึมเศร้าและทำร้ายตนเอง	5.06 (2.65-8.18)	0.001	2.10 (1.24-4.37)	0.005
ปัญหาสุขภาพ				
ไม่มี	1			
มี	2.66 (1.16-6.06)	0.021	-	-
ความเครียด				
ไม่เครียด/ปกติ (< 7 คะแนน)	1			
เครียดมาก (≥ 8 คะแนน)	11.04 (2.43-19.17)	0.002	12.13 (2.26-13.34)	0.010
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	1			
มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	4.90 (1.67-14.50)	0.004	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ในการดำเนินการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีการพัฒนาหลักสูตรอบรม การให้คำปรึกษาทางจิตเวช (Counseling) ในบุคลากรทั้งในระบบ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และนอกระบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แก่นำสุขภาพ และญาติผู้ป่วย โดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลสวนปรุงและศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก เพื่อดำเนินการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตชุมชนเต็มรูปแบบในการบริการระดับปฐมภูมิ และการสร้างขบวนการพึ่งตนเองในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยจิตเวชทุกคนที่ดูแลนั้นมีความสำคัญที่สุด

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

กำหนดการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่ ที่พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ด้วยระบบสุขภาพอำเภอจึงได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดย

- 1) ยึดประเด็นการพัฒนาคน ตามสาขาวิชาชีพทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และนอกระบบ
- 2) ยึดประเด็นสุขภาพในพื้นที่เป็นสำคัญในพื้นที่ๆ มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสูง 5 อันดับแรกของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อดำเนินการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างเต็มรูปแบบโดยบูรณาการงานเข้าทุกกลุ่มวัย จัดประชาคม คั้นข้อมูลทางด้านสุขภาพให้แก่มุมชนทุกหมู่บ้านให้รับรู้สถานะสุขภาพในชุมชน และร่วมกันวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานสนับสนุนงบประมาณมีการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสู่ชุมชนโดย อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมีส่วนร่วม และ

แสดงความเป็นเจ้าของ ร่วมแสดงข้อคิดเห็นในการทำงานร่วมกันงานสุขภาพจิตสู่การสนับสนุนการทำงานในชุมชนได้ตรงกับความต้องการของชุมชน

บทบาทหน้าที่การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิของอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอพรหมพิราม มีการให้บริการครบทั้ง 4 มิติทางสุขภาพ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ) ทั้งเชิงรับและเชิงรุก แบ่งการดำเนินงานออกเป็นโซน เครือข่ายบริการ ตามลักษณะของพื้นที่ ให้ความสำคัญกับสหวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยมีนโยบายสุขภาพตามบทบาทหน้าที่เน้นการสร้างเครือข่ายการทำงาน เชื่อมโยงการสื่อสารแบบบูรณาการซึ่งรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

การดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะด้านการให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นด่านหน้าเมื่อมีประชาชนมาขอรับการปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในสถานบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนสามารถให้คำปรึกษาในเบื้องต้นได้ และก็ได้คำแนะนำได้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ซึ่งถือเป็นงานเบื้องต้นของงานสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการอบรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย หลังการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นในเรื่องการใช้ยาจิตเวชที่ถูกต้อง รวมถึงมีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชกรณีพบอาการผิดปกติที่เกินศักยภาพ มีระบบการดำเนินงานส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเข้าสู่ภาวะปกติสามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในชุมชนได้ โดย ประสานกับทีมสุขภาพนอกระบบ เช่น ญาติผู้ป่วย อสม. แกนนำชุมชน ทีมผู้นำชุมชนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยในชุมชนได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยด้วยระบบสุขภาพอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ให้ความสำคัญในการพัฒนา บุคลากรทั้งในระบบ ครอบคลุม

ทุกสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้ยาที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษา และบุคลากรนอกระบบให้มีความรู้ความสามารถ ในด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและทักษะการให้คำปรึกษา จากนั้นจึงขยายเครือข่ายลงไปถึงชุมชน ได้แก่ อสม. ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถดำเนินงานได้ดีทั้งประเด็นกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการคัดกรอง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ขาดยาเพราะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลพรหมพิราม อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอคนไข้และญาติมีความรู้เรื่องการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา มี อสม. เฉพาะทางที่มีความรู้ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญเกิดบุคคลต้นแบบสุขภาพจิตดี หลังดำเนินการตามโครงการเสร็จสิ้นจะมีบุคคลต้นแบบ ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลตัวอย่างด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตตัวเอง บุคคลตัวอย่างนี้สามารถให้คำปรึกษาหรือส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนได้ มีครอบครัวต้นแบบสุขภาพจิตดีเกิดขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศชายส่วนใหญ่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ เนื่องจากมีบุคลิกภาพและการตัดสินใจที่เด็ดขาดกว่าเพศหญิง จึงใช้การทำร้ายตนเองด้วยวิธี การที่รุนแรง โดยหวังผลให้ถึงแก่ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (Kittiratanapaiboon, et al., 2016) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงมักใช้วิธีการหนีปัญหาส่วนเพศชายมักใช้การวิธีการเผชิญปัญหา และการกระทำที่รุนแรงกว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนต้น และวัยทำงานตอนปลายเช่นเดียวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป สอดคล้องกับ Bertolote, Fleischmann, De Leo, Phillips, Botega, Vijayakumar, & et al. (2010) และ Reed, Nugent, & Cooper (2015) ซึ่งพบว่าการฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมา

คือ รั้งจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน สอดคล้องกับ Douglas (2015) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ เพราะมีช่องว่างทางความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ Bertolote et al. (2015) และ Reed et al. (2015) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มีความผูกพัน ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเกิดปัญหาสุขภาพจิต

2. รูปแบบและพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ด้านการกระทำซ้ำ: มีประวัติการฆ่าซ้ำ ร้อยละ 10.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Case & Deaton (2015) พบว่าร้อยละ 17.0 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ทั้งนี้มีสัดส่วนที่ไม่สอดคล้องกับ Douglas (2015) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ายังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น (Reed et al., 2015) โดยมีความแตกต่างกันตามลักษณะบริบทของพื้นที่และปัจจัยกำหนดทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Durkeim, 1996)

ด้านวิธีการทำร้ายตนเอง: พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ได้แก่ ผูกคอตาย กินสารกำจัดแมลง ในขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด และกินสารกำจัดแมลงสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเกิดซ้ำของปัญหา

ด้านสาเหตุกระตุ้นในการทำร้ายตนเอง: กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังและการทะเลาะกับคนใกล้ชิด ส่วนกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก การทะเลาะกับคนใกล้ชิด และน้อยใจที่ถูกดูต่ำ ต่ำหนิ สอดคล้องกับ Douglas (2015) ที่ว่าความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีเครือข่ายทางสังคมที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจากสังคม สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า และสิ้นหวัง จนนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro, & Lonnqvist, 1995)

ด้านประวัติการทำร้ายตนเอง พบว่ามีประวัติการทำร้ายตนเอง เพียงร้อยละ 10.0-25.0 ไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ Douglas (2015) ที่พบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองถึง 17.55 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Reed et al. (2015) ที่พบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงถึง 9.63 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อความรู้สึกนี้มีท่วมท้นขึ้นมา (Beck, Weissman, & Kovacs, 1976)

ด้านปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตมีพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่สำคัญได้แก่ การติดสารเสพติด สอดคล้องกับ Reed et al. (2015) กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่และสุรา นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 26.0 ของผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ตัวยาและสารเสพติดนี้ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และขาดความยับยั้งชั่งใจ ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน จนทำให้ทำร้ายตนเองในที่สุด (Heikkinen et al, 1995)

3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอในประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ด้านสุขภาพจิตควรเป็นการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยยึดสุขภาพประชาชนเป็นตัวตั้ง โดยให้ความสำคัญในการพัฒนา บุคลากร ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การใช้ยาที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษา และบุคลากรนอกระบบ ให้มีความรู้ความสามารถ ในด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และทักษะการให้คำปรึกษา จากนั้นจึงขยายเครือข่ายลงไปถึงชุมชน เพื่อให้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาคส่วนอื่น ให้สามารถส่งเสริมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางจิตเวชไปพร้อมกันด้วยภายใต้กลไกที่เรียกว่า "คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ"

ที่ยึดหลักการ "ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำทุกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพ มีการเชื่อมประสานในทุกระดับ (Paris, 2018) ตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงผู้บริหารระดับอำเภอ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน (Paris, 2018; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996) ติดตามอย่างจริงจัง หน่วยงานทุกระดับ มีแผนเพื่อพัฒนา รพ.สต.ด้านจิตเวช ร่วมกับการทำงานเชิงรุก เชื่อมโยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่ายบุคลากรได้รับการพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมีการดำเนินการบูรณาการในพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย (Twenge, Joiner, Rogers, & Martin, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาโครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรดำเนินการ ดังนี้

1.1) ควรมีการแจ้งนโยบายในการดำเนินงานให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ และตำบล รับทราบอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติโดยทั่วกัน

1.2) ควรมีการเพิ่มทีมพยาบาลจิตเวชในให้การดูแล เพราะเป็นการดูแลเชิงลึก และจัดอัตรากำลังของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในอย่างเหมาะสม

1.3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลในติดบริการผู้ป่วยในให้มีทักษะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้สามารถให้การคำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุม

1.4) ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนการให้การพยาบาลในรายที่พบปัญหาพร้อมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดทีมและความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

1.5) ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติเป็นคู่มือให้มีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.6) ควรมีการพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง ด้านความรู้และทักษะในการให้บริการรูปแบบ เครื่องมือในการประเมิน การบันทึกรายงาน ระเบียบรายงาน การคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ให้ครอบคลุม ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2. ด้านการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของในสถานพยาบาล ควรดำเนินการ ดังนี้

2.1) ควรมีการจัดระบบในการให้บริการรูปแบบ เครื่องมือในการประเมิน การบันทึกรายงาน ระเบียบรายงาน การคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวซ้ำ ให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

2.2) ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

2.3) การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล แกนนำด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

2.4) ควรมีระบบการประสานงานและฝังก้ากับการส่งต่อไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อให้เป็นแนวทางเดียวกันและมีการซักซ้อมความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุม และสามารถตรวจสอบได้

3. ด้านการพัฒนาด้านผลลัพธ์ ควรให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น เช่น การจัดการความเครียดหรือเรื่องรุมเร้า โดยให้ระบายออก รู้จักปล่อยวางปัญหา เพื่อให้เกิดความสบายใจ และไม่เกิดความคิดหุนหันพลันแล่นตามมา

4. ด้านแนวทางการพัฒนางาน การให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ควรมีหน่วยงาน/สถานที่ในการให้คำปรึกษา แนะนำในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และมีภาวะซึมเศร้า การใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ จะมีส่วนสำคัญในการวางแผนให้บุคลากร

ที่รับผิดชอบในงานด้านสุขภาพจิตในแต่ละระดับของสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกันกำหนดความร่วมมือประสานงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่จะมีส่วนช่วยในการติดตาม เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ รวมทั้งการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลในเชิงลึกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วยให้รอบด้านมากขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ควรจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการจัดการปัญหาให้แก่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

Beck, A. T., Weissman, A., & Kovacs, M. (1976). Alcoholism hopelessness and suicide behavior. *Journal of Substance Abuse, 37* (1), 66-77.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M. R., Botega, N. J., Vijayakumar, L., & et al. (2010). Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis, 31*, 194-201.

Boonrut, T. (2018). Suicidal behaviors of patients in psychiatric clinic in Hatyai hospital. *Region 11 Medical Journal, 30*(1), 101-109.

Case, A., & Deaton, A. (2015). *Suicide, age, and wellbeing: an empirical investigation*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. (2016), *Report of suicide epidemiology*. Retrieved December 31, 2019, from: <https://dmh.go.th/report/suicide/> (in Thai)

Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. (2019). *Suicide Rates: Thailand (per 100,000 population) by provinces (top ten): Bangkok, Thailand*. Retrieved December 31, 2019, from https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp. (in Thai)

Douglas, J. D. (2015). *Social meanings of suicide*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Durkheim, E. (1996). *Suicide*. New York: Mc Millan Publishing.

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry, 53*(12), 1155-1162.

Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *The British Journal of Psychiatry, 167*(6), 747-753. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.167.6.747>

Kamondham, S., & Kaewdee, R. (2018). The factors associated with committed suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from October, 2010 to September 2013. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 63*(1), 47-54.

Kantha, K., Saenkamma, C., & Kantha, S. (2019). Factors related to suicide in Chun district Phayao province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC, 2 Phitsanulok, 6*(1), 16-23. (in Thai)

- Kittiratanapaiboon, P., Jutha, W., Chantharachot, K., Rakkamnun, S., Seanglum, C., Phongsupha, T. & Makklay, K. (2016). Lessons about national epidemiology survey of Thai people B.E. 2556. *Journal of Mental Health of Thailand*, 24(1), 52-58. (in Thai)
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia journal of public health*, 6(1), 34-38.
- Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. In W. J. Livesley, & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment* (2nd ed., pp. 419-425). New York: Guilford Press.
- Phitsanulok Provincial Health Office. (2019). *Annual report 2019*. Phitsanulok: Phitsanulok Provincial Health Office. (in Thai)
- Prateepeteranun, W. (2014). Rate of suicide and factors related to suicide behaviour at Chaophayayommarat Hospital Suphanburi Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 90-103.
- Reed, K. P., Nugent, W., & Cooper, R. L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and youth services review*, 55,128-137. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.05.016>
- Royal Thai Government Gazette. (2018). *Regulations of the Office of the Prime Minister on Area Quality of Life Development 2018*. Book 135, Special Episode 54 Ng, 9 March 2018 (pp 1-7). (in Thai)
- Suanprung Psychiatric Hospital. (2011). *Suanprung psychiatric hospital report number of patients between 2009 to 2011*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital. (in Thai)
- Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S., & Rungreangkulkij, S. (2016). Attempted suicide triggers in Thai adolescent perspectives. *Archives of psychiatric nursing*, 30(3), 334-341.
- Tangcharoensathien, V., Withhayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. doi: 10.1016/s0140-6736(18) 30198-3.
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17.
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3)*. Geneva: World Health Organization.