นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดน่าน

วันรับ : 23 มกราคม 2568
วันแก้ไข : 6 พฤษภาคม 2568
วันตอบรับ : 19 มิถุนายน 2568

วีระ เอกอนันต์กุล, พ.บ.
โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วิธีการ : การวิจัยแบบ case-control เปรียบเทียบกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในจังหวัดน่าน ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนและบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยบุคลากรด้านจิตเวช ครอบคลุมลักษณะทั่วไป รูปแบบการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้อง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U ค้นหาปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 163 ราย แบ่งเป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 69 ราย และกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 94 ราย กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุมัธยฐานและสัดส่วนของเพศชาย การประกอบอาชีพ และการใช้วิธีที่มีความรุนแรง เช่น การแขวนคอ สูงกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98) การมีปัญหาสุขภาพทางกาย (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49)

สรุป : ควรมีการคัดกรองและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศและมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงที่เผชิญวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ ด้วยการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตายสำเร็จ, การพยายามฆ่าตัวตาย, ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วีระ เอกอนันต์กุล; e-mail: ekweera@yahoo.com

Original article

Factors related to completed suicide among individuals with suicidal behavior in Nan province, Thailand

Received : 23 January 2025
Revised : 6 May 2025
Accepted : 19 June 2025

Weera Ek-anankul, M.D.
Nan Hospital, Nan Province

Abstract

Objective: To compare characteristics between the group who completed suicide and the group who attempted suicide, and to identify factors associated with completed suicide.

Methods: This case-control study was conducted in Nan province, comparing the group who completed suicides and those who attempted suicide. Secondary data from medical records and semi-structured interview notes by psychiatric personnel were used, covering general characteristics, suicide patterns, predisposing factors, precipitating factors, and protective factors. Differences between groups were analyzed using chi-square and Mann-Whitney U tests. Predictors of completed suicide were identified using binary logistic regression.

Results: The sample included 163 subjects, divided into 69 completed suicides and 94 attempts. Compared to the attempt group, the completed suicide group had significantly higher median age and proportions of males, being employed, and use of violent methods such as hanging. Factors that significantly increased the likelihood of completed suicide were male gender (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98), presence of physical health problems (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) and lack of self-problem-solving skills (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49).

Conclusion: Systematic screening and prevention of completed suicide should be implemented, taking gender differences into account and focusing on high-risk groups facing life crises, especially health and economic issues. Emphasis should also be placed on promotion of self-problem-solving skills to enable adaptive coping with crisis situations.

Keywords: completed suicide, risk factor, suicide attempt, suicidal behavior

Corresponding author: Weera Ek-anankul; e-mail: ekweera@yahoo.com

ความรู้เดิม : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ และการเผชิญวิกฤตในชีวิต โดยปัจจุบันมาตรการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จมักใช้แนวทางเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดน่านยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ

ความรู้ใหม่ : พบความแตกต่างเฉพาะระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จในจังหวัดน่าน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และวิธีการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย ปัญหาสุขภาพกาย และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การออกแบบมาตรการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยมุ่งเน้นการเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สามารถเผชิญวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี[1] การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของคนอายุ 15 - 29 ปี[2] และชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าหญิง 3 - 4 เท่า[2] ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือ 1 คนในทุก 2 ชั่วโมง[3] ประชากรในภาคเหนือทั้งชายและหญิงมีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าภูมิภาคอื่น[4,5] จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศ 5 อันดับแรก ได้แก่ เชียงใหม่ 15.33 ต่อแสนประชากร น่าน 15.21 ต่อแสนประชากร แม่ฮ่องสอน 14.06 ต่อแสนประชากร เชียงราย 13.9 ต่อแสนประชากร และตาก 13.0 ต่อแสนประชากร[3] ในจังหวัดน่าน ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 17.23, 22.27 และ 18.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 15.52, 14.08 และ 15.59 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร[4]

การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศหญิง โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การขาดทักษะเผชิญปัญหา ความรุนแรงในครอบครัว ความยากจน ปัญหาหนี้สิน และการว่างงาน[6-16] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด การว่างงาน และปัญหาหนี้สิน[10,15-19] ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การใช้สารเสพติด การขาดทักษะการจัดการปัญหา ความขัดแย้งในครอบครัว การถูกทารุณกรรม และปัญหาหนี้สิน[6-12,15,16,20-22] จากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำ และกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จโดยรวมไม่แตกต่างกันมากนัก แต่มีข้อสังเกตว่ามีบางปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ขณะที่เพศชายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตามสำเร็จ

ที่ผ่านมาจังหวัดน่านได้ดำเนินมาตรการหลากหลายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น การเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การคัดกรองผู้ป่วยติดสารเสพติด และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ หนึ่งในสาเหตุที่เป็นไปได้คือ แนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในปัจจุบันยังคงใช้รูปแบบเดียวกันกับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มักพิจารณาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จรวมกัน ส่งผลให้เห็นภาพว่าทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน แม้การทบทวนวรรณกรรมจะชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองกลุ่มอาจมีความคล้ายคลึงกันในบางประเด็น แต่อาจมีความแตกต่างที่สำคัญบางประการที่ควรพิจารณาแยก ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ โดยอาศัยข้อมูลสอบสวนเชิงลึก จะช่วยให้เห็นความแตกต่างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การออกแบบมาตรการป้องกันที่จำเพาะและเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในบริบทของประเทศไทย

วิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective case-control study ในจังหวัดน่าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและแบบสอบสวนการทำร้ายตนเอง (รง.506S version 11) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างรายบุคคลที่ใช้ในกระบวนการสอบสวนตามระบบปกติของจังหวัดน่าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลน่านและโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของจังหวัดน่าน โดยมีจิตแพทย์ร่วมทำการสอบสวนทุกราย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน เลขที่ 064/2567 วันที่ 1 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ผู้เสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น โดยได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพที่เขียนใบ รง.506S

ประชากรกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยอาจได้รับบาดเจ็บหรือไม่จากพฤติกรรมนั้น

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตาย โดยรายที่ทำสำเร็จได้รับการยืนยันจากแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพและลงความเห็นในใบ รง.506S ว่าเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนรายที่ทำไม่สำเร็จได้รับการยืนยันจากจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชตามใบ รง.506S ว่าพฤติกรรมนั้นมุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายแต่ไม่สำเร็จ 2) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้นในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 และ 3) มีภูมิลำเนาในจังหวัดน่าน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งพบว่าปัจจัยเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดย $p_1 = 0.7$ และ $p_2 = 0.423$ ค่าขอบเขต (d) 0.05 กำหนดอัตราส่วนของกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ : กลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเป็น 1 : 2 และกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (β) ร้อยละ 80 จากสูตร

$$n_2 = \frac{\left(z_{1-\alpha} + z_{1-\frac{\beta}{2}}\right)^2}{(\delta - |\epsilon|)^2}\left[\frac{p_1(1-p_1)}{k} + p_2(1-p_2)\right]$$

$$\epsilon = p_1 - p_2$$

$$k = \frac{n_1}{n_2}, \quad n_1 = kn_2$$

ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 45 รายและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 91 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา

การสอบสวนการฆ่าตัวตายจังหวัดน่าน

ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการสอบสวนการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังจากมีการรายงานข้อมูลเบื้องต้นจากพื้นที่และมีการยืนยันว่าเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากนั้นบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชนัดหมายและขอความยินยอมบุคคลครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน โดยเป็นการสัมภาษณ์จากหลายแหล่งข้อมูลที่ร่วมดูแลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อสอบสวนการฆ่าตัวตายหลังการเสียชีวิต 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน ด้วย รง.506S ส่วนในกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ บุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชนัดหมายและขอความยินยอมผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล เพื่อสอบสวนหลังการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 2 สัปดาห์ ด้วย รง.506S ฉบับย่อ โดย รง.506S ทั้งแบบฉบับเต็มและฉบับย่อมีข้อคำถามเหมือนกันทุกข้อ เพียงแต่ฉบับย่อมีการลดหน้ากระดาษจากการลดช่องการเติมคำอธิบายจาก 10 หน้าเป็น 4 หน้ากระดาษ A4

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งหมดในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากแบบบันทึกข้อมูล รง.506S และเวชระเบียน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1. ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ

2. รูปแบบการฆ่าตัวตาย ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุและวิธีการ

3. ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิด การวางแผน และการตัดสินใจฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ วิกฤตในชีวิต อาการทางจิตกำเริบ พิษของสารเสพติด และการรับทราบข่าวการฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ตัวแปรหรือลักษณะที่เพิ่มโอกาสหรือความน่าจะเป็นของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การคิด การวางแผน และการกระทำ) แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การติดสุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและ/หรือคนในครอบครัว และเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก

5. ปัจจัยปกป้อง หมายถึง ปัจจัยหรือคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสน้อยที่จะคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) ระดับบุคคล เช่น ทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา 2) ระดับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เช่น สัมพันธภาพที่ผูกพันอบอุ่น แน่นแฟ้น 3) ระดับชุมชน เช่น ชุมชนเข้มแข็งที่มีการสนับสนุน มีการช่วยเหลือกัน มีความผูกพัน มีความเชื่อมโยง และมีความสัมพันธ์อันดี 4) ระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเข้าถึงบริการที่สะดวกและมีคุณภาพ การดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจนหายทุเลาหรือลดความพิการ และ 5) ระดับสังคม เช่น ความคิด ความเชื่อ และศาสนา

6. ด่านกั้น หมายถึง ด่านกั้นสำหรับสกัดหรือยับยั้งการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ สารพิษ หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย

7. สัญญาณเตือน หมายถึง สารหรือลักษณะที่บ่งบอกว่าบุคคลมีความทุกข์ทรมานใจที่ต้องการความใส่ใจอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นด้านคำพูด อารมณ์ หรือพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นร้อยละและค่ามัธยฐาน (median) เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จด้วยการทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U เนื่องจากพบว่าข้อมูลตัวแปรเชิงปริมาณเช่น อายุ มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) ทั้งแบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คัดเลือกตัวแปรจากลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายที่ให้ค่า $p < .05$ ร่วมกับปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีข้อมูลใน รง.506S ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง ด่านกั้น และสัญญาณเตือน รายงานผลเป็น crude odds ratio (OR), adjusted OR (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผล

จากผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 164 ราย มี 1 ราย ที่ญาติปฏิเสธให้การสัมภาษณ์ เหลือกลุ่มตัวอย่าง 163 ราย เป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ 69 ราย และฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 94 ราย มีอายุมัธยฐาน 48 ปีและ 38 ปี ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุในวัยทำงาน (21 - 60 ปี) ร้อยละ 76.8 และ 61.7 ตามลำดับ เป็นชายร้อยละ 84.1 และ 43.6 ตามลำดับ สถานที่เกิดเหตุคือบริเวณที่พักอาศัยร้อยละ 91.3 และ 93.6 ตามลำดับ วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การแขวนคอ คิดเป็นร้อยละ 76.8 ส่วนในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบการกินยาเกินขนาดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.6 การทดสอบ chi-square และ Mann-Whitney U พบว่า กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านเพศ อายุ อาชีพ และวิธีการฆ่าตัวตาย ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ binary logistic regression แบบตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย (crude OR = 6.82, 95% CI = 3.18 - 14.61) ปัจจัยกระตุ้นด้านการมีหนี้สิน (crude OR = 3.38, 95% CI = 1.12 - 10.22) และปัญหาสุขภาพ (crude OR = 5.22, 95% CI = 1.66 - 16.82) และการขาดปัจจัยปกป้องเรื่องความเชื่อทางศาสนา (crude OR = 1.93, 95% CI = 1.02 - 3.62) ความผูกพันกับครอบครัว (crude OR = 2.11, 95% CI = 1.076 - 4.129) และทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (crude OR = 2.33, 95% CI = 1.23 - 4.39)

การวิเคราะห์ binary logistic regression แบบหลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย (AOR = 4.68, 95% CI = 1.82 - 11.98) การมีปัญหาสุขภาพ (AOR = 9.55, 95% CI = 1.55 - 57.75) และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.02 - 9.49) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายความสำเร็จและกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ดังนี้ กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่ากลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เนื่องจากผู้ชายมักเลือกวิธีที่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง เช่น การแขวนคอและการใช้สารพิษ ขณะที่ผู้หญิงมักใช้วิธีที่โอกาสรอดสูงกว่า เช่น การใช้ยาเกินขนาด[6,24] นอกจากนี้ผู้ชายมีแนวโน้มเข้าถึงเครื่องมือหรือวิธีการที่รุนแรงได้ง่ายกว่า ได้รับแรงกดดันจากค่านิยมทางสังคมที่ทำให้ไม่ขอความช่วยเหลือหรือลังเลที่จะเปิดเผยความเปราะบางทางอารมณ์ และมีความหุนหันพลันแล่นและการควบคุม

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและรูปแบบการฆ่าตัวตายของกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			< .001
ชาย	58 (84.1)	41 (43.6)	
หญิง	11 (15.9)	53 (56.4)	
อายุ (ปี); median (Q1, Q3)	48 (37, 59)	38 (21.5, 52.25)	< .001*
กลุ่มอายุ			< .001
น้อยกว่า 20 ปี	0 (0.0)	23 (24.5)	
21 - 60 ปี	53 (76.8)	58 (61.7)	
มากกว่า 60 ปี	16 (23.2)	13 (13.8)	
สถานภาพ			.565
โสด	28 (40.6)	47 (50.0)	
คู่	27 (39.1)	35 (37.2)	
หม้าย	5 (7.2)	5 (5.3)	
หย่า	9 (13.30)	7 (7.4)	
อาชีพ			< .001
ไม่ได้ทำงาน	17 (24.6)	41 (43.6)	
เกษตรกรรม	18 (26.1)	16 (17.0)	
รับจ้าง	21 (30.4)	17 (18.1)	
รับราชการ	7 (10.1)	4 (4.3)	
ธุรกิจส่วนตัว หรือ อื่น ๆ	6 (8.7)	4 (4.3)	
นักเรียน	0 (0.0)	12 (12.8)	
สถานที่เกิดเหตุฆ่าตัวตาย			.576
บริเวณที่พักอาศัย	63 (91.3)	88 (93.6)	
สถานที่สาธารณะ	6 (8.7)	6 (6.4)	
วิธีการฆ่าตัวตาย			< .001
แขวนคอ	53 (76.8)	19 (20.2)	
ใช้ของมีคม	0 (0.0)	13 (13.8)	
ใช้ปืนหรือระเบิด	10 (14.5)	3 (3.2)	
ทำให้จมน้ำ/รมควัน	2 (2.8)	3 (3.2)	
ใช้สารพิษ	3 (4.3)	15 (16.0)	
กินยาเกินขนาด	1 (1.4)	41 (43.6)	

* Mann-Whitney U test

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย binary logistic regression

	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
ลักษณะทั่วไป						
เพศชาย (ref : เพศหญิง)	58 (84.1)	41 (43.6)	6.82 (3.18 - 14.61)	< .001	4.67 (1.82 - 11.98)	.001
ปัจจัยกระตุ้น						
เกิดวิกฤตในชีวิต	42 (60.9)	73 (77.7)	0.45 (0.23 - 0.89)	.020	0.43 (0.14 - 1.30)	.134
การสูญเสียความสัมพันธ์	7 (10.1)	5 (5.3)	2.01 (0.61 - 6.62)	.244	-	-
หนี้สิน	11 (15.9)	5 (5.3)	3.38 (1.12 - 10.22)	.024	4.16 (0.94 - 18.33)	.060
ความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต	8 (11.6)	44 (46.8)	0.15 (0.06 - 0.35)	< .001	0.42 (0.13 - 1.43)	.165
ความล้มเหลวในการทำงาน	1 (1.4)	6 (6.4)	0.22 (0.03 - 1.83)	.125	-	-
การถูกตำหนิให้อับอาย	0 (0.0)	9 (9.6)	-	.008*	-	-
ปัญหาสุขภาพ	13 (18.8)	4 (4.3)	5.22 (1.66 - 16.82)	.003	9.53 (1.57 - 57.75)	.014
การมีคดีความ	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
การถูกกลั่นแกล้ง	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ความล้มเหลวทางการเรียน	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ความสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรง	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
ปัญหาชีวิตอื่น ๆ	1 (1.4)	5 (5.3)	0.26 (0.03 - 2.29)	.195	-	-
อาการของโรคจิตเวชกำเริบ	10(14.5)	26 (27.7)	0.44 (0.20 - 1.00)	.045	1.11 (0.35 - 3.55)	.865
โรคซึมเศร้า	6 (8.7)	14 (14.9)	0.54 (0.20 - 1.50)	.233	-	-
โรคอารมณ์สองขั้ว	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
โรคจิตเภท	0 (0.0)	4 (4.3)	-	.083*	-	-
โรควิตกกังวล	0 (0.0)	6 (6.4)	-	.032*	-	-
โรคจิตเวชอื่น ๆ	2 (2.9)	2 (2.1)	1.37 (0.19 - 10.00)	.753	-	-
เกิดพิษหรือฤทธิ์สารเสพติดที่เสพ	12 (17.4)	13 (13.8)	1.31 (0.56 - 3.08)	.533	-	-
ปัจจัยกระตุ้นอื่น ๆ	16 (23.2)	11 (11.7)	2.28 (0.98 - 5.28)	.051	-	-
ปัจจัยเสี่ยง						
โรคทางจิตเวช	10 (14.5)	43 (45.7)	0.20 (0.09 - 0.44)	< .001	0.22 (0.03 - 1.41)	.110
โรคซึมเศร้า	7 (10.1)	29 (30.9)	0.25 (0.10 - 0.62)	.002	2.93 (0.36 - 23.87)	.315
โรคอารมณ์สองขั้ว	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
โรคจิตเภท	1 (1.4)	3 (3.2)	0.45 (0.05 - 4.38)	.478	-	-
โรคบุคลิกภาพผิดปกติ	0 (0.0)	1 (1.1)	-	.390*	-	-
โรควิตกกังวล	1 (1.4)	4 (4.3)	0.33 (0.04 - 3.03)	.305	-	-
โรคจิตเวชอื่น ๆ	0 (0.0)	9 (9.6)	-	008*	-	-
โรคติดสุรา	18 (26.1)	14 (14.9)	2.02 (0.92 - 4.41)	.075	-	-
โรคติดสารเสพติด	9 (13.0)	9 (9.6)	1.42 (0.53 - 3.78)	.485	-	-
โรคทางกายรุนแรงหรือเรื้อรัง	18 (26.1)	13 (13.8)	2.20 (0.99 - 4.87)	.068	0.68 (0.19 - 2.52)	.568
โรคปวดเรื้อรัง	5 (7.2)	1 (1.1)	7.27 (0.83 - 63.67)	.084	-	-
โรคหลอดเลือดสมอง	1 (1.4)	3 (3.2)	0.45 (0.05 - 4.38)	.478	-	-
โรคมะเร็ง	3 (4.3)	3 (3.2)	1.38 (0.27 - 7.05)	.698	-	-
โรคตับเรื้อรัง	2 (2.9)	0 (0.0)	-	.097*	-	-
โรคไตวายเรื้อรัง	1 (1.4)	0 (0.0)	-	.242*	-	-
พิการ	1 (1.4)	1 (1.1)	1.37 (0.08 - 22.25)	.825	-	-
โรคทางกายอื่น ๆ	6 (8.7)	5 (5.3)	1.70 (0.50 - 5.80)	.396	-	-

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย binary logistic regression (ต่อ)

	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n = 69) จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ (n = 94) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
ปัจจัยเสี่ยง (ต่อ)						
บุคลิกภาพผิดปกติ	7 (10.1)	16 (17.0)	0.55 (0.21 - 1.42)	.213	-	-
บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น	7 (10.1)	14 (14.9)	0.65 (0.25 - 1.70)	.371	-	-
บุคลิกภาพแบบนิยมความสมบูรณ์แบบ	0 (0.0)	2 (2.1)	-	.223*	-	-
ตนเองเคยฆ่าตัวตาย	10 (14.5)	20 (21.3)	0.53 (0.27 - 1.44)	.269	-	-
คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย	2 (2.9)	2 (2.1)	1.37 (0.19 - 10.00)	.753	-	-
มีเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก	1 (1.4)	7 (7.4)	0.18 (0.02 - 1.52)	.080	-	-
ความเชื่อส่วนบุคคล	6 (8.7)	4 (4.3)	2.14 (0.58 - 7.91)	.243	-	-
ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ	6 (8.7)	6 (6.4)	1.40 (0.43 - 4.53)	.576	-	-
การขาดปัจจัยปกป้อง						
ความเชื่อทางศาสนา	42 (60.9)	42 (44.7)	1.93 (1.02 - 3.62)	.041	1.42 (0.49 - 4.14)	.522
ความผูกพันกับครอบครัว	28 (40.6)	23 (24.5)	2.11 (1.08 - 4.13)	.028	0.74 (0.22 - 2.45)	.618
ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน	39 (56.5)	42 (44.7)	1.61 (0.86 - 3.01)	.135	-	-
ความช่วยเหลือในชุมชน	31 (44.9)	36 (38.3)	1.31 (0.70 - 2.47)	.395	-	-
การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	30 (43.5)	27 (28.7)	1.91 (0.99 - 3.67)	.051	-	-
ทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง	40 (58.0)	35 (37.2)	2.33 (1.23 - 4.39)	.009	3.11 (1.02 - 9.49)	.046
ปัจจัยปกป้องอื่น ๆ	57 (82.6)	70 (74.5)	1.63 (0.75 - 3.54)	.220	-	-
ด่านกั้น						
ไม่มีการควบคุมป้องกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถใช้ฆ่าตัวตาย	59 (85.5)	81 (86.2)	0.95 (0.39 - 2.31)	.904	-	-
ไม่มีการปิดกั้นหรือป้องกันด้านสถานที่ที่เคยมีคนใช้ฆ่าตัวตาย	65 (94.2)	87 (92.6)	1.31 (0.37 - 4.66)	.678	-	-
สัญญาณเตือน						
มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย	36 (52.2)	41 (43.6)	1.41 (0.76 - 2.63)	.341	-	-

* chi-square test/Fisher's exact test

อารมณ์ที่แตกต่างจากผู้หญิง[24] กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในช่วงอายุวัยทำงาน (21 - 60 ปี) มากกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและมีอายุมัธยฐานมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ[25-27] และสอดคล้องกับความแตกต่างด้านอาชีพที่พบในการศึกษานี้ กล่าวคือ กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ทำงานประจำหรือรับจ้าง ขณะที่กลุ่มฆ่าตัวตายไม่สำเร็จส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือกำลังเรียนหนังสือ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การเข้าถึงหรือความคุ้นเคยกับวิธีที่รุนแรงจากอาชีพ เช่น เกษตรกรกับการเข้าถึงยาฆ่าแมลง บุคลากรทางการแพทย์กับการรู้ขนาดยาและสารพิษ และบางวิชาชีพที่อยู่ลำพังในพื้นที่เสี่ยง เพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงวิธีรุนแรงโดยตรง เช่น นักเรียนหรือผู้ว่างงาน[28] นอกจากนี้งานวิจัยของ Conner และคณะ[29] ได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มวัยเรียนมักอยู่ในบริบทที่มีบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน ครอบครัว และครู การฆ่าตัวตายมักเกิดในที่อยู่อาศัยหรือหอพัก และใช้วิธีที่ช่วยเหลือได้ เช่น การกินยา จึงมีโอกาสถูกพบและได้รับการช่วยเหลือชีวิตสูงกว่า ในทางกลับกัน กลุ่มวัยทำงานมักมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่เปลี่ยว สถานที่ทำงาน หรือพื้นที่ชนบท และใช้วิธีที่มีเวลาช่วยเหลือน้อย เช่น การแขวนคอหรือการใช้สารพิษรุนแรง จึงมีอัตราสำเร็จสูงกว่า

รูปแบบการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ใช้วิธีการแขวนคอและใช้ปืนหรือระเบิดมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าไม่สำเร็จ ส่วนผู้ที่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาด ใช้ของมีคม และใช้สารพิษมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จสูงกว่าสำเร็จ สะท้อนว่าการใช้วิธีรุนแรงมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จได้สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Beautrais[30] ที่พบว่า การใช้วิธีที่รุนแรง เช่น การแขวนคอมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวิธีอื่น เช่น การใช้สารพิษ และการศึกษาของ Miller[31] ที่พบว่า การใช้ปืนเป็นวิธีฆ่าตัวตายเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยกระตุ้นที่พบว่าเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเกิดวิกฤตในชีวิตจากปัญหาหนี้สิน แม้วิเคราะห์แบบหลายตัวแปรไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Rojas[32] พบว่า ผู้ที่ประสบกับหนี้สินมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 2.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีหนี้สิน และการวิเคราะห์อภิมานของ Mathieu[33] พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีหนี้สินและการฆ่าตัวตาย (OR = 7.9, 95% CI = 5.21 - 12.0)

ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่าเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การมีโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคปวดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Racine[34] ที่พบว่า โรคปวดเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางจิตใจอื่น ๆ และการวิเคราะห์อภิมานของ Kwon และ Lee[35] ที่พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีโรคปวดเรื้อรังมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจเนื่องจากความปวดเรื้อรังส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจในลักษณะที่หาทางออกไม่ได้ ดังการศึกษาของ Themelis และคณะ[36] ที่พบว่า ความรู้สึกพ่ายแพ้ทางจิตใจเป็นตัวแปรทำนายสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีโรคปวดเรื้อรัง

การขาดปัจจัยปกป้องด้านทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเองเพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์[37] ที่พบว่า ผู้ที่มีทักษะการแก้ปัญหาต่ำมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูง ในทางกลับกัน การทบทวนวรรณกรรมของธรณินทร์ กองสุข[38] และการศึกษาของ Darvishi และคณะ[39] พบว่า การมีทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระดับบุคคล อาจเนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระและการขาดความสามารถในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลมองไม่เห็นทางออก จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ[12] อีกทั้งการขาดทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมอาจทำให้บุคคลเรียนรู้และตอบสนองต่อความเครียดด้วยพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต[40]

การศึกษานี้มุ่งสำรวจความแตกต่างระหว่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพิจารณาลักษณะทางประชากรศาสตร์ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิตด้านปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคม[38] โดยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้อย่างแพร่หลาย ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึกการสอบสวน ซึ่งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในทุกขั้นตอน ผลการศึกษาอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบมาตรการเฉพาะสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างจากแผนการดำเนินการในปัจจุบันที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นส่วนใหญ่

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาก่อนนำผลไปใช้ กล่าวคือ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ case-control study จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่ออคติจากความจำ (recall bias) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากการสอบถามย้อนหลัง ซึ่งอาจแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้เสียชีวิต (case) และกลุ่มควบคุม (control) ทำให้บางประเด็นอาจขาดรายละเอียดควบถ้วน หรือสะท้อนเพียงมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจไม่ตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกที่แท้จริงของผู้เสียชีวิต ทั้งนี้ ในการสอบสวนตามระบบปกติของจังหวัดน่าน ได้ให้ความสำคัญกับการรวบรวมข้อมูลอย่างรอบด้านจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด

สรุป

กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุมัธยฐานและสัดส่วนของเพศชาย การประกอบอาชีพ และการเลือกใช้วิธีฆ่าตัวตายรุนแรง สูงกว่ากลุ่มผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ นอกจากนี้ การมีปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการขาดทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเอง ยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังนั้น จึงควรมีระบบคัดกรองเพื่อระบุและป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยให้ความสำคัญกับความต้องการที่แตกต่างระหว่างเพศและการจัดการวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะประเด็นปัญหาสุขภาพและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้งควรส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับวิกฤตในชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide
2. Thai Health Promotion Foundation. Prevention of suicide in Thai population [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University with Thai Health Promotion Foundation; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=40 (in Thai)
3. Suicidal Prevention Center, Department of Mental Health. Statistics on completed suicide in Thailand [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2023 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/news/files/s2566.pdf (in Thai)
4. Suicidal Prevention Center. Statistical data (report on deaths from self-harm) 2021 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=25 (in Thai)
5. Yodklang O, Tipayamongkholgul M. Suicide prevention and self-harm reduction in Thailand [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2021 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/download/view.asp?id=299 (in Thai)
6. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. J Affect Disord. 2012;138(1-2):19-26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050.
7. Värnik A. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(3):760-71. doi:10.3390/ijerph9030760.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-54. doi:10.1093/epirev/mxn002.
9. Ryan EP, Oquendo MA. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. Focus (Am Psychiatr Publ). 2020;18(2):88-99. doi:10.1176/appi.focus.20200011.
10. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379(9834):2373-82. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
11. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry. 1985;142(5):559-63. doi:10.1176/ajp.142.5.559.
12. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
13. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
14. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(2):157-77. doi:10.1016/j.psc.2008.02.001.
15. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. BMJ. 2013;347:f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.
16. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
17. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. Br J Psychiatry. 2002;181:193-9. doi:10.1192/bjp.181.3.193.
18. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med. 2016;46(2):225-36. doi:10.1017/S0033291715001804.

19. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry. 2000;157(12):1925-32. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1925.
20. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33(3):395-405. doi:10.1017/S0033291702006943.
21. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373(9672):1372-81. doi:10.1016/S01406736(09)60372-X.
22. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. Lancet. 2002;359(9309):835-40. doi:10.1016/S0140-6736(02)07954-0.
23. Khamma A. Risk factors associated with suicide: a case-control study in Sukhothai province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;58(1):3-16. (in Thai)
24. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. Suicide Life Threat Behav. 1998;28(1):1-23.
25. Cheng AT, Cheng TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. Br J Psychiatry. 2000;177:360-5. doi:10.1192/bjp.177.4.360.
26. Yenilmez C, Balci YG, Ayranci U, Seber G, Kaptanoglu C. Demographic and psychosocial risk factors relevant in completed suicides in the region of Eskisehir, Turkey. The Internet Journal of Forensic Science. 2004;1(1):1-6.
27. Palacio-Acosta C, García-Valencia J, Diago-García J, Zapata C, Ortiz-Tobón J, López-Calle G, et al. Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. Rev Salud Publica (Bogota). 2005;7(3):243-53. doi:10.1590/s0124-00642005000300001.
28. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(5):429-34. doi:10.3109/00048670903487191.
29. Conner A, Azrael D, Miller M. Suicide case-fatality rates in the United States, 2007 to 2014: a nationwide population-based study. Ann Intern Med. 2019;171(12):885-95. doi:10.7326/M19-1324.
30. Beautrais AL. Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. Aust N Z J Psychiatry. 2000;34(3):413-9. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00690.x.
31. Miller M, Barber C, White RA, Azrael D. Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? Am J Epidemiol. 2013;178(6):946-55. doi:10.1093/aje/kwt197.
32. Rojas Y. Financial indebtedness and suicide: a 1-year follow-up study of a population registered at the Swedish Enforcement Authority. Int J Soc Psychiatry. 2022;68(7):1445-53. doi:10.1177/00207640211036166.
33. Mathieu S, Treloar A, Hawgood J, Ross V, Kõlves K. The role of unemployment, financial hardship, and economic recession on suicidal behaviors and interventions to mitigate their impact: a review. Front Public Health. 2022;10:907052. doi:10.3389/fpubh.2022.907052.
34. Racine M. Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018;87:269-80. doi:10.1016/j.pnpbp.2017.08.020.
35. Kwon CY, Lee B. Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Front Psychol. 2023;14:1217299. doi:10.3389/fpsyg.2023.1217299.
36. Themelis K, Gillett JL, Karadag P, Cheatle MD, Giordano NA, Balasubramanian S, et al. Mental defeat and suicidality in chronic pain: a prospective analysis. J Pain. 2023;24(11):2079-92. doi:10.1016/j.jpain.2023.06.017.
37. Klinpiboon A. Applying the problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2024;11(2):151-64. (in Thai)
38. Kongsuk T. TK's 5 factors model for explaining the incidence of suicide and suicide attempt. Srinagarind Medical Journal. 2024;39(2):209-18. (in Thai)
39. Darvishi N, Farhadi M, Azmi-Naei B, Poorolajal J. The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2023;18(10):e0293620. doi:10.1371/journal.pone.0293620.
40. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.