

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการฝ่าตัวตายของคนไทย

สมจิตต์ สุพรรณทัสน์\*, พิมพลินี นาวนุรักษ์\*\*, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว \*\*\* และน้ำสิง ดุํคงกรวด \*

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม \*\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

\*\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรลักษณ์

#### บทคัดย่อ

การฝ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการฝ่าตัวตายของคนไทยในปัจจุบัน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการเคยคิดฝ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางที่กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยมหาสารคามและมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 633 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้เคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและ Chi-square

ผลของการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 อายุระหว่าง 20 – 29 ปีมากที่สุด ร้อยละ 32.7 สมรสแล้ว ร้อยละ 57.5 ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 52.9 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่คือ สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 52.9 และปฏิบัติงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 13.4 รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 7.1 สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้คนไทยในปัจจุบันฝ่าตัวตาย 3 อันดับแรกได้แก่ คู่สมรสไม่รัก ทอดทิ้งหรือผิดหวังด้านความรัก ร้อยละ 28.4 รองลงมาคือ คิดว่า ตัวเองไร้ค่า ร้อยละ 13.6 และคิดว่าพ่อแม่ไม่รัก หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัว ร้อยละ 13.0 นอกจากนั้นยังพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยคิดฝ่าตัวตาย

**คำสำคัญ** : การฝ่าตัวตาย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## Original Article

### Opinions of Public Health Personnel Toward Suicide among Thai People

**Somjit Supannatas\***, Pimsinee Navanuraksa\*\*, Roongrote Poomruew\*\*\* and Namphueng Dungkokegruad\*

\* Faculty of Public Health, Mahasarakham University \*\* Faculty of Science and Technology, Suan Sunandha Rajabhat University.

\*\*\* Faculty of Public Health, Vongchavalikul University.

#### Abstract

Suicide is recognized as a public health and social problem of Thailand. The objectives of this study were to explore the opinions of public health personnel toward suicide among Thai people at present and to examine the relationships between some personal factors of public health personnel and their ever thought about committed suicide for themselves. Samples consisted of 633 public health personnel working in the North – Eastern and Central parts of Thailand. The samples were studying in bachelor degree program of public health in Mahasarakham University and Kasetsart University, Bangkok Metropolis. Data were collected through questionnaires and analyzed by frequency, percentage and Chi-square.

Results of the study revealed that majority of the samples were female 64.5 percent, age between 20 – 29 years 32.7 percent, and married 57.5 percent. They had been working for more than 10 years 52.9 percent, working at health centers / primary care units 52.9 percent, working in Bangkok Metropolis 13.4 percent and Srisaket Province 7.1 percent. With regards to the opinions about the most important causes of suicide among Thai people at present, it was found that the first three were lacking of love from spouse, being neglected or disappointing in love 28.4 percent, thinking that they were valueless persons 13.6 percent and thinking that their parents did not love them or having poor relationship with their families 13.0 percent. In addition, there were no significant relationships between personal factors of public health personnel and their ever thought about committed suicide for themselves.

**Keywords** : Suicide, Public Health Personnel

## บทนำ

ในปัจจุบันการฆ่าตัวตาย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาการฆ่าตัวตายหรือการกระทำอัตโนมัติกรรม เปรียบเสมือนป্রอหัตสุขภาพของสังคม ในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2517 ร้อยละ 1.40 ของการตายทั้งหมดเป็น การฆ่าตัวตาย (กฎรี ปานสมุทร, 2530) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2521 อัตราการฆ่าตัวตาย คิดเป็น 15 คนต่อแสนประชากรต่อปี (สมพร บุษราทิ์ และคณะ, 2521) และในปี พ.ศ. 2551 พบ อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเท่ากับ 5.96 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งการฆ่าตัวตายหรืออัตโนมัติกรรม (Suicide) เป็นวิธีการที่บุคคลได้บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งประกอบกิจกรรมบางอย่าง อันจะทำให้ชีวิตของตนสิ้นสุดลง กิจกรรมนั้นๆ อาจจะเป็นการกระทำอย่างตراجีประโตรห์ เช่น การใช้อาวุธ ยา สารเคมี หรืออื่นๆ ทำร้ายตนเองจนสิ้นชีวิต (กฎรี ปานสมุทร, 2530) ส่วนซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ผู้นำเสนอทฤษฎีจิตวิเคราะห์ กล่าวว่า “การฆ่าตัวตาย คือการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ แค้นต่อตนเอง เมื่อสูญเสียสิ่งที่ตนรักไป” (สุมาลี ตั้งคงนะ นุรักษ์, 2528) ในทางสังคมวิทยา เอมิล เดอร์คิม (Emile Durkheim) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “การฆ่าตัวตาย ได้แก่การตายที่เกิดขึ้นโดยเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อม จากการกระทำทั้งทางบวกและทางลบของผู้รับเคราะห์เอง” (กฎรี ปานสมุทร, 2530) การฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจสังคมและการเมือง จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยตนเองนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม หรือแม้แต่สังคมเดียวกัน เมื่อเวลาเปลี่ยนไป จำนวนผู้ฆ่าตัวตายย่อมแตกต่างตามไปด้วย การฆ่าตัวตายยังเกี่ยวข้องกับเงื่อนไข (รูปแบบ) ของเวลา เช่น วัน เดือน ปี ฤดูกาล ข้างขึ้น ข้างแรม และยังสัมพันธ์กับช่วงวัย เชื้อชาติ ผู้พันธุ์ ศาสนา เพศ สถานภาพทางสังคม ความเชื่อและพิธีกรรม วิธีการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ศภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นๆ รวมทั้งความยากง่ายของเครื่องมือที่ทำอัตโนมัติกรรม เช่น ขวนคอก กระโดดตึก ใช้ปืนยิง และ กินยาฆ่าแมลง นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังอาจ

เกี่ยวข้องกับอุดมการณ์ด้วย เช่น ปรัชญาชีวิตของเอมมิงเวย์ ที่ว่า “คนเราไม่สามารถจะถูกทำลายหรือถูกสังหารได้ แต่ไม่สมควรที่จะประสบความพ่ายแพ้แก่ชีวิต” การทำยาตัดริมของชาวญี่ปุ่น การจุดไฟเผาตนเองของชาวเชคโกสโลวากีที่ประท้วงต่อรัฐเชีย ชาวเรียดนามที่ประท้วงต่อต้านสังคม และยุทธวิธีการพลีชีพในตะวันออกกลาง ทฤษฎีการฆ่าตัวตายที่มีเชื่อเสียงมากได้แก่ทฤษฎีของ Emile Durkheim (Durkheim, 1963 และ Ward, 1994 ข้างล่างใน ปฐม ทรัพย์ เจริญ, 2548) ซึ่งได้จำแนกการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. Egoistic การฆ่าตัวตายของปัจเจกบุคคลที่ปรับตัวให้เข้ากับลิ่งแวดล้อมทางสังคมน้อยหรือ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมระดับต่ำ 2. Altruistic เป็นการฆ่าตัวตายแบบเห็นแก่คนอื่น กลุ่มนี้เป็นผู้ที่ปรับตัวหรือเป็นผู้ที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรมหรือกลุ่มค่อนข้างสูงมาก 3. Anomic เกิดขึ้นเมื่อปัจเจกบุคคลรู้สึกว่าบรรหัตฐานทางสังคมไม่ได้มีบทบาทอีกต่อไป เพราะวิกฤตการณ์ได้ทำลายบรรหัตฐานที่ใช้บังคับของสังคมไปแล้ว และ 4. Fatalistic เป็นผลมาจากการ “ภภัยข้อบังคับทางสังคม” มีมากหรืออุนแรงเกินไป เกิดกับบุคคลที่หมดความหวัง ไม่มีอนาคต เพราะถูกจำกัดหรือถูกบีบคั้นอย่างรุนแรง องค์กรอนามัยโลกคาดว่าในแต่ละปีจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน หรือประมาณว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ต่อ 40 วินาที ในบางประเทศ เช่น ในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยสูง มีอัตราฆ่าตัวตายของเพศชาย และหญิง 35.6 และ 12.8 ต่อแสนประชากร เป็นต้น สำหรับอัตราฆ่าตัวตายในประเทศไทย ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2520 – 2525 และ พ.ศ. 2541 – 2545 เท่ากับ 6.7 และ 8.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จังหวัดที่เคยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในปี พ.ศ. 2551 ได้แก่ จังหวัดลำพูน แพร่ แม่ฮ่องสอน เยียงใหม่ และเชียงราย โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร คือ 16.75, 15.53, 15.26, 14.35 และ 11.68 อย่างไรก็ตามมีการคาดประมาณว่าในประเทศไทยแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500 – 5,000 คน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสีย และผลกระทบหลายด้านตามมา เช่น การสูญเสียทรัพย์กรรมนุชช์ ค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาล และจิตใจของญาติและผู้ใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551) สำหรับแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับปัญหาอื่นๆ คือ มักจะใช้วิธีแก้ไขป้องกันแบบเฉพาะหน้าหรือแบบรวมถ้วนทั่วหรือวิศวกรรมทางสังคมหรือแบบมีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้หลักใหญ่คือมุ่งมารอยู่รวมกันเป็นสังคม เพราะมีความต้องการ ความต้องการของสมาชิกจะได้รับการบำบัดเป็นหน้าที่ของมุ่งมารอยู่ทุกคนที่มาอยู่รวมกันเป็นสังคมนั่นเอง ในประดิษฐ์ของแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของตนเองและผู้อื่น สามารถทำได้หลายวิธี เช่น 1. ภาระมัดระวังผู้มีประวัติและขอบเขตเรื่องการฆ่าตัวตาย 2. ตรวจตราที่สาธารณะ เดือนสติผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย 3. หากมีความเครียดควรหาที่ปรึกษา เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา 4. ต้องเข้าใจภาวะของชีวิต มีสุขย่อมมีทุกข์ มีร้อนย่อมมีหนาว มีเมียย่อมมีสว่าง 5. หากพบทุกข์ ให้ยึดคติ “ไม่มีใครได้ทุกอย่างที่ต้องการ” 6. ต้องไม่ยอมแพ้ชีวิต ขยัน ประทัยด อดทน และมุ่นนะพยาญ การลดหรือบรรเทาการฆ่าตัวตายโดยตรง มีหลายวิธี ตัวอย่างเช่น 1. ให้การศึกษาทางจิตวิทยาแก่เด็กให้สมบูรณ์ทั้งกายและใจ 2. แพทย์ต้องพยายามติดตามผู้ป่วยโดยว่ำมีอีกบิจิทแพทย์ 3. ผู้ป่วยเรื่องร่างกายได้รับการป้องกันประโลมและให้ความหวัง 4. รัฐต้องพัฒนาประเทศ เพื่อสนับสนุนความต้องการสมาชิกสังคมอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ ส่วนนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย อาจกระทำได้จากหนึ่งในสองแบบ ได้แก่ 1. กลไกการป้องกันแบบ Clinical Model เป็นศิลปะการให้การรักษาด้วยการป้องกันทั้งปัจจัยบุคคลและกลุ่มที่พยาญฆ่าตัวตาย และ 2. รูปแบบการลดความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม Environmental Risk-Reduction Model เป็นกลวิธีที่พยาญควบคุมวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายทั้งที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ หรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อลดโอกาสในการกระทำดังกล่าว เช่น การควบคุมเกี่ยวกับการใช้อาชญาณ มาตรการเกี่ยวกับอาชญาณหรือสภาพ เป็นต้น ในปัจจุบันข่าวจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเตอร์เน็ต ฯลฯ มักจะมีปราภรภูมิการณ์การฆ่าตัวตายให้เห็นบ่อย และมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจในจังหวัด

เชียงใหม่พบว่า แม้แต่ข้าราชการสาธารณสุขเคยมีความคิดอย่างผิดๆ ตัวตายร้อยละ 11.6 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษากันอย่างจริงจังถึงสาเหตุที่แท้จริง รวมถึงร่วมกันหาแนวทางการป้องกันอย่างถูกต้อง เพื่อลดปัญหาในด้านต่างๆ ที่จะตามมาภายหลัง

เจ้าหน้าที่สาธารณะสุข เป็นบุคลากรที่ให้บริการสาธารณะสุขที่ใกล้ชิดรู้จักกับประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี โดยมีหน้าที่หลัก คือ การป้องกันควบคุมโรค และสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตให้แก่ประชาชน ถ้าได้ทราบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณะสุขเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของคนไทยในปัจจุบัน ก็จะเป็นประโยชน์ส่วนหนึ่งในการป้องกันการฆ่าตัวตายของคนไทยได้ คงจะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้จัดทำการวิจัยขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณะสุขเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายของคนไทยในปัจจุบัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณะสุขกับการเคยคิดฆ่าตัวตาย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ กำหนดขอบเขตเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณะสุขที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ที่เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ปีการศึกษา 2549 ของมหาวิทยาลัยมหิดล ทั้ง 7 ศูนย์การศึกษา (ได้แก่ ศูนย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาเขตสารสนเทศนคพน ศูนย์การศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ศูนย์การศึกษาอุดรธานี ศูนย์การศึกษาจังหวัดสุรินทร์ ศูนย์การศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ และศูนย์การศึกษาจังหวัดสระบุรี) และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (บางเขน) 2 ศูนย์ คือ จังหวัดสุพรรณบุรี และ จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 1,400 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ที่เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ปีการศึกษา 2549 ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามทั้ง 7 ศูนย์การศึกษา และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (บางเขน) 2 ศูนย์ การศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ซึ่งสุ่มจากนิสิตที่นั่งเรียนในชั้นเรียนแบบโต๊ะเว้นโต๊ะ จำนวน 700 คน (คิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด 1,400 คน) แต่หลังจากการเก็บข้อมูลแล้วมีผู้ตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์จำนวน 633 คน

#### เครื่องมือที่ใช้และวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยแบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** ความคิดเห็นต่อสาเหตุการฟ่าตัวตายของประชาชน ลักษณะอาการของผู้มีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการฟ่าตัวตาย แนวทางการป้องกันการฟ่าตัวตาย และการเคยหรือไม่เคยคิดฟ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 3** เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open end)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณวัดร่วมกับการใช้แบบสอบถามโดยปรับปูนและนำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) จาก 4 ศูนย์การศึกษาร่วม 123 คน คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ 0.818 แล้วได้ปรับปูนแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ให้เพียงพอสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความถูกต้อง และคัดเลือกแบบสอบถามฉบับที่ตอบสมบูรณ์ไว้
4. นำข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทำการวิเคราะห์ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งได้แก่ ความถี่คิดเป็นร้อยละ และสถิติทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดย Chi – square ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทางด้านเพศ อายุ และสถานภาพสมรส พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 64.5 มีอายุ 20 - 29 ปี มากที่สุดร้อยละ 32.7 รองลงมาคือ อายุ 30 - 39 ปี และ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.9 และ 30.2 ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสมรสแล้วมากที่สุด ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 37.6 ตามลำดับ มีอายุการทำงานมากกว่า 10 ปีสูงที่สุด ร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ อายุการทำงาน 6 - 10 ปี และ 1 - 5 ปี ร้อยละ 24.5 และ 18.2 ตามลำดับ หน่วยงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานสูงที่สุดอันดับ 3 แรก คือ สอ./ศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุด ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.5 และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานครมากที่สุด ร้อยละ 13.4 รองลงมาคือ ศรีสะเกษ ร้อยละ 7.1 และนครราชสีมา ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ศูนย์การศึกษาที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบแบบสอบถามสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ศูนย์การศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรีสูงที่สุด ร้อยละ 19.4 รองลงมาคือ ศูนย์การศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 18.0 และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการฟ่าตัวตายของคนไทยในปัจจุบันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า สาเหตุสำคัญที่สุดของประชาชนคนไทยต่อความพ่ายแพ้ฟ่าตัวตาย 3 อันดับแรก คือ คู่สมรสไม่รักหรือหดทิ้ง/ผิดหวังด้านความรักสูงที่สุด ร้อยละ 28.4 รองลงมาคือ คิดว่าตัวเองไร้ค่า

ร้อยละ 13.6 และคิดว่าฟ่อแม่ไม่รัก/มีความสัมพันธ์ไม่ดีในครอบครัว ร้อยละ 13.0 (ดังตารางที่ 4.1)

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการเดยคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการเดยคิดฆ่าตัวตายที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ดังตารางที่ 4.2)

### บทสรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้คนไทยในปัจจุบันฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) สาเหตุจากคู่รักไม่รัก ทดสอบทั้ง หรือผิดหวังด้านความรัก (ร้อยละ 28.4) ซึ่งผลการวิจัยนี้คล้ายคลึงกับผลวิจัยของอภิชัย มงคลและคณะ (2548) สอดคล้องกับผลการวิจัยของภูมิรี ปานสมุทร (2530) และเอมอร ชินพัฒนาพงศา (2530) ที่พบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาชีวิตสมรส และผิดหวังในความรัก 2) สาเหตุจากคิดว่าตัวเองไร้ค่า (ร้อยละ 13.6) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่นำเสนอด้วย สุพัตรา สุภาพ (2535) ที่ว่าผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองเป็นคนไร้ค่า และ 3) สาเหตุจาก คิดว่าฟ่อแม่ไม่รัก หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัว (ร้อยละ 13.0) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเอมอร ชินพัฒนาพงศา (2530) นีรา พรเดชวงศ์ (2538)

ที่พบว่า ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาภรรยา แม่ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนคิดฆ่าตัวตาย สำหรับผลการวิจัยที่พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการเดยคิดฆ่าตัวตายนั้นอาจเป็นได้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.1) ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยในส่วนที่เป็นความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้คนไทยในปัจจุบันฆ่าตัวตายพบว่า สาเหตุหลักมาจากการสัมพันธ์ที่ไม่ดี ระหว่างผู้คิดฆ่าตัวตายกับคู่สมรส หรือระหว่างผู้คิดฆ่าตัวตายกับพ่อแม่ และคิดว่าตัวเองไร้ค่า ด้วยเหตุผลนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปพิจารณาใช้ในการวางแผน และดำเนินการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรส และสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้มากขึ้นรวมทั้งส่งเสริมให้ทุกคนตระหนักรึ่นความสำคัญ และเห็นคุณค่าของตนเอง ส่วนข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป เห็นควรทำการวิจัยในประเด็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบและการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

### เอกสารอ้างอิง (References)

การฆ่าตัวตาย : วิกิพีเดีย, สารานุกรมเสรี (2552) สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2552 จาก <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2552 จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=947>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 (มกราคม - ธันวาคม 2551). สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2552 จาก [http://www.dmh.go.th/plan/suicide\\_51.pdf](http://www.dmh.go.th/plan/suicide_51.pdf).

นีรา พรเดชวงศ์. (2538). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมส่งเคราะห์ศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร.

ปัญ ทรัพย์เจริญ. (2548). “อัตโนมัตigran (Suicide) ความหมาย สาเหตุ และแนวทางป้องกันแก้ไข”. วารสารรามคำแหง ฉบับมนุษยศาสตร์. 25: 1-2 (มกราคม-ธันวาคม) 99 – 113

ภูมิรี ปานสมุทร. (2530). อัตโนมัตigranในนวนิยายไทย (ช่วงปี พ.ศ. 2519-2529). ปริญญาดุษฎีการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวาชีวะและวรรณคดีไทย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา.

สมพร บุษราทิชาและคณะ. (2521). “อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย”. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 23 : 2 (มิถุนายน) 158 – 16

สุพัตรา สุภาพ. (2535). ปัญหาสังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพาณิช จำกัด.

สุมาลี ตั้งคงวนรักษ์. (2528). “ทำไมเด็กนักเรียนไทยถึงฆ่าตัวตาย” คุรุปริทัศน์ 10 (สิงหาคม) 62 - 66.

อภิชัย มงคล แลบคณ (2548). รายงานการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชวิถี

นคินทร์ และกรรมสุขภาพจิต.

เอมอร ชินพัฒนาพงศา (2530). การศึกษาระบบทิศทางของผู้พยาบาลกระทำอัตโนมัติกรรมในกลุ่มอายุ 15-30 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการบัด) มหาวิทยาลัยมหิดล.

Newman, D.M. (2006). Sociology. London: Sage Publication.

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญที่สุดของประชาชนคนไทยต่อความพ่ายแพ้ตัวตาย ( $n=633$ )

สาเหตุสำคัญที่สุดของประชาชนคนไทยต่อความพ่ายแพ้ตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
- คู่สมรสไม่วรากหรือหอดทึ่ง/ผิดหวังด้านความรัก	180	28.4
- คิดว่าตัวเองไร้ค่า	86	13.6
- คิดว่าฟ่อแม่ไม่วราก/มีความสัมพันธ์ไม่ดีในครอบครัว	82	13.0
- หนี้ปัญหาทางการเงิน/ธุรกิจล้มละลาย	63	10.0
- มีความเจ็บป่วยด้านจิตเวช/โรคประสาท	37	5.8
- ภาระการเบี้ยงเบนทางเพศ	28	4.4
- ติดสูบและสารเสพติด/ประสาทหลอน	25	3.9
- ถูกข่มขืน/ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ	24	3.8
- ขาดหลักยึดทางใจ	22	3.5
- หนึ่นความผิด ไม่อยากรับโทษ/ติดคุก	19	3.0
- การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ร้ายแรง/เรื้อรัง	16	2.5
- พฤติกรรมลี่ยันแบบจากลี่อ	13	2.1
- ติดการพนัน/หนี้สินท่วมตัว	13	2.1
- มองโลกในแง่ร้าย	8	1.3
- มีปัญหา/ความพิการด้านร่างกาย เกิดปมต้ออย	3	0.5
- ความเชื่อในเรื่องลี้ลับหรือลัทธิต่างๆ	3	0.5
- มีปัญหาด้านการเรียน เกรดไม่ดี สอบตก	2	0.3
- ตกงาน/มีปัญหาระบบการทำงาน	1	0.2

ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการเคยคิดฆ่าตัวตาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	เคยคิดฆ่าตัวตาย			$\chi^2$	p-value
	เคย	ไม่เคย	รวม		
<b>เพศ</b>					
- ชาย	12 (1.91)	211 (33.55)	223 (35.46)	1.655	0.198
- หญิง	33 (5.25)	372 (59.29)	405 (64.54)		
<b>รวม</b>	<b>45 (7.16)</b>	<b>583 (92.84)</b>	<b>628 (100.00)</b>		
<b>อายุ</b>					
- 20-29 ปี	14 (2.25)	189 (30.33)	203 (32.58)	0.504	0.918
- 30-39 ปี	14 (2.25)	187 (30.02)	201 (32.27)		
- 40-49 ปี	14 (2.25)	177 (28.40)	191 (30.65)		
- 50 ปีขึ้นไป	3 (0.48)	25 (4.05)	28 (4.50)		
<b>รวม</b>	<b>45 (7.23)</b>	<b>578 (92.77)</b>	<b>623 (100.00)</b>		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
- โสด	18 (2.26)	216 (34.44)	234 (37.30)	0.534	0.766
- สมรส	24 (3.82)	339 (53.96)	363 (57.78)		
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3 (0.47)	28 (4.45)	31 (4.92)		
<b>อายุการทำงาน</b>					
- น้อยกว่า 1 ปี	3 (0.47)	19 (3.05)	22 (3.52)	2.461	0.482
- 1-5 ปี	5 (0.80)	107 (17.22)	112 (18.02)		
- 6-10 ปี	11 (1.76)	142 (22.85)	153 (24.61)		
- มากกว่า 10 ปี	24 (3.85)	311 (50.00)	335 (53.85)		
<b>หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน</b>					
- สห.(PCU)/ สสอ./ สสจ.	26 (4.16)	350 (56.00)	376 (60.16)	2.479	0.479
- รพช./รพท./รพศ./รพ.มหาวิทยาลัย	14 (2.24)	195 (31.20)	209 (33.44)		
- อปด./ เทศบาล	2 (0.32)	7 (1.12)	9 (1.44)		
- อื่นๆ	3 (0.42)	27 (4.48)	30 (4.96)		