KKU Journal for Public Health Research
Vol.17 No.4 October – December 2024

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2567

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7

อรรินทร์ หลักกลาง[1], ชนัญญา จิระพรกุล[2], เนาวรัตน์ มณีนิล[2], จุฑามณี สมาน[3], จุฑามาศ วรรณศิลป์[4]*

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 24 กรกฎาคม 2567
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 9 กันยายน 2567

** ผู้รับผิดชอบบทความ*
(1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(2) สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(3) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์
(4) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

กับการฆ่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มสูงอายุ 7.75 ต่อแสนประชากรและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุยังพบน้อย การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Analytical retrospective cohort study ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยทุกรายได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับประเทศ ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรมสุขภาพจิต ระดับเขตสุขภาพที่ 7 รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายทุกราย เพื่อทราบสถานะการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized linear model, GLM) การแจกแจงแบบทวินาม (Binomial family) โดยใช้โมเดลเชิงเส้น (log) นำเสนอค่า Adjusted RR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่า อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ คือ 48.7 ต่อ 100 คน (95%CI; 43.6-53.7) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (Adjusted RR=1.77; 95% CI=1.33-2.35) วิธีการทำร้ายตนเอง โดยการผูกคอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 5.90 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการอื่น (Adjusted RR=5.90; 95% CI=4.12-8.44) และการมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.27 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีการทะเลาะกับคนใกล้ชิด (Adjusted RR=1.27; 95% CI=1.05-1.54) กล่าวโดยสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย เพศ วิธีการทำร้ายตนเองโดยการผูกคอ และมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีความ สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ โดยการกำหนดแนวทางในการประเมินสุขภาพจิตและการติดตามกลุ่มเสี่ยง และผู้สูงอายุเพศชายที่มีปัญหาความสัมพันธ์ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และควรตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการทำร้ายตนเองภายในบ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำสำคัญ: *การฆ่าตัวตายสำเร็จ, ผู้สูงอายุ*

KKU Journal for Public Health Research
Vol.17 No.4 October – December 2024

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 17 ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2567

Original Article

Incidence And Factors Affecting Completed Suicides In The Elderly, Health Region 7

Arrarin Lakklang[(1)], Chananya Jirapornkul[(2)], Naowarat Maneenin[(2)], Jutamanee Saman[(3)], juthamas wannasin[(4)]*

Received Date: July 24, 2024
Accepted Date: September 9, 2024

** Corresponding author*
(1) Master of Public Health Student n Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University
(2) Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University
(3) Non Narai Hospital,Surin Province
(4) Mental Health Center 7, Khon Kean Province

Abstract

Thailand has entered an aging society, with most elderly individuals facing both physical and mental health challenges. The suicide rate among the elderly is 7.75 per 100,000 population, and it is on the rise. However, there are few studies that examine the incidence and factors associated with successful suicide in this age group. This study aims to determine the incidence and associated factors of successful suicide among the elderly in Health Region 7 using an analytical retrospective cohort study design from January 1, 2016, to December 31, 2022. All cases were recorded in the National Suicide Surveillance System and the self-harm surveillance system of the Department of Mental Health in Health Region 7. Additionally, all suicide cases were followed up for one year after the incident to ascertain the status of completed suicide. Data were analyzed using the Generalized Linear Model (GLM) with a binomial distribution, presented as adjusted relative risk (adjusted RR) with a 95% confidence interval.

The study found that the incidence rate of successful suicide among the elderly was 48.7 per 100 individuals (95% CI: 43.6-53.7). After controlling for other variables in the final equation, it was found that males were 1.77 times more likely to successfully commit suicide compared to females (adjusted RR=1.77; 95% CI= 1.33-2.35). The method of self-harm by hanging increased the risk of successful suicide by 5.90 times compared to other methods (adjusted RR=5.90; 95% CI=4.12-8.44). Additionally, those who had conflicts with close acquaintances were 1.27 times more likely to successfully commit suicide compared to those without such conflicts (adjusted RR=1.27; 95% CI=1.05-1.54).

In conclusion, the study indicates that the incidence of successful suicide among the elderly is increasing. Factors such as gender, the method of self-harm by hanging, and conflicts with close acquaintances are associated with successful suicide among the elderly in Health Region 7. These findings can be used to inform policy planning and the development of surveillance and prevention systems for elderly suicide. Guidelines for mental health assessment, follow-up of high-risk groups, and elderly males with relationship problems should be established for healthcare workers, relatives, and caregivers. Regular monitoring and checking of materials that could facilitate self-harm within the home are recommended to prevent successful suicide.

***Keywords*:** *Completed Suicide, Elderly*

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นรวดเร็ว ในระหว่างปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ 2563 สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 22.0 (WHO, 2022) โดยพบความผิดปกติทางจิตและระบบประสาทในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.6 ของความพิการทั้งหมด (DALYs) อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 15.0 (WHO, 2022) บางรายมีปัญหาสุขภาพจิตจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก Global Burden of Diseases 2019 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ประมาณการณ์อัตราการฆ่าตัวตายต่อปีในประชากร พบว่าประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 27.5 ต่อแสนประชากร และในประชากรที่มีอายุ 50-69 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 16.2 ต่อแสนประชากร (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020)

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) โดยมีประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20.0 จากประชากรทั้งหมด (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบการเจ็บป่วยทางด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 15.5), โรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.8), โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.7), ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 0.9) และภาวะหกล้ม (ร้อยละ 3.1) (กรมควบคุมโรค, 2562)

สถานการณ์สุขภาพจิตในไทย พบอัตราตายจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ภาพรวมสุขภาพจิตของคนในประเทศ ข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03, 6.32, 6.73, 7.37,7.38 และ 7.97 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ โดยจะเห็นได้ว่าปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายซึ่งสูงมากกว่าช่วงปีที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2565) สูงที่สุดในกลุ่มคนวัยทำงาน พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.27 ต่อแสนประชากร โดยผู้ชายมีอัตราตายที่สูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัวตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2565) เมื่อนำข้อมูลจากใบมรณบัตรมาวิเคราะห์จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ (Age Specific suicide mortality rate) จะเห็นได้ว่า ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 64-มิ.ย.65) พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดคือกลุ่มสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบ 7.75 ต่อแสนประชาชน รองลงมาคือวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.27 ต่อแสนประชากร และกลุ่มวัยรุ่นนักศึกษา พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.00 ต่อแสนประชากร แม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ก็ตามแต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย, 2565) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ หากผู้สูงอายุปรับตัวได้ไม่ดีอาจจะเกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

ในเขตสุขภาพที่ 7 จากการวิเคราะห์จำแนกการฆ่าตัวตายสำเร็จตามกลุ่มอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 พบว่าสูงสุดคือวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พบ 9.05 ต่อแสนประชากร และรองลงมาคือวัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป พบ 6.45 ต่อแสนประชากร และจากการเปรียบเทียบข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.64, 5.04, 6.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้น (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, 2565) งานวิจัยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความพยายามฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีความคิดฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 เดือน มีแนวโน้มที่จะพบประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา จากการที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความสิ้นหวังอย่างรุนแรงและไม่มีเงินบำนาญ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายจะมีโอกาสเสี่ยง ต่อความคิดฆ่าตัวตาย 8.30 เท่า (Oon-arom et al., 2021)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก กล่าวคือ หากปัญหาสุขภาพจิต

ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย หากการกระทำนั้นไม่ถึงแก่ชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง โดยเฉลี่ยคนฆ่าตัวตาย 1 คนส่งผลต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 คน (อรพิน ยอดกลาง และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการแก้ไขปัญหาและสร้างมาตรการในการเฝ้าระวังเนื่องจากส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน ซึ่งการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุยังพบน้อย เช่น การศึกษาปัจจัยการเจ็บป่วยทางกาย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ปัญหาความสัมพันธ์ รวมทั้งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการวิจัย**

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Analytical retrospective cohort study เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยทุกรายได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับประเทศ ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรมสุขภาพจิต ระดับเขตสุขภาพที่ 7 รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายทุกราย เพื่อทราบสถานะการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย

- **ประชากรและตัวอย่าง**

1) .ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์ จากฐานข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับประเทศ ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 378 คน

2) ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณอำนาจการทดสอบ

การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายทั้งหมด จำนวน 378 คน ซึ่งทราบจำนวนขนาดตัวอย่างแล้ว ดังนั้นจึงทำการคำนวณหาอำนาจการทดสอบ โดยผู้วิจัยใช้ค่า P1, P2 และ B จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ (เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, 2563) ดังนั้นจึงคำนวณหาอำนาจการทดสอบ พบว่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เพียงพอที่จะสามารถตรวจพบความแตกต่างที่มีอยู่จริง โดยมีอำนาจในการทดสอบมากกว่า ร้อยละ 90.0

- **เครื่องมือการวิจัย**

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ผู้วิจัยได้สร้างแบบคัดลอกข้อมูล (Case record form,CRF) จากแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล

- **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ เป็นข้อมูลแจงนับ (Categorical data) นำเสนอด้วยค่าแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

2.1) การวิเคราะห์เพื่อหาค่าอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยการประมาณค่าอัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ และช่วงเชื่อมั่น 95%

$$\text{อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ} = \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตายในช่วงเวลาที่กำหนด}} \times 100$$

2.2) การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7

(1) การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Bivariate analysis) ใช้สถิติโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่นๆ นำเสนอค่า Crude Relative Risk (Crude RR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า p-value

(2) การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) โดยสถิติโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model: GLM) มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยกวน (Confounding factors) การแจกแจงแบบทวินาม (Binomial family) ฟังก์ชันการเชื่อมโยงโดยใช้โมเดลเชิงเส้น (log) นำเสนอค่า Adjusted Relative Risk (Adjusted RR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญ=0.05

- **ข้อพิจารณาจริยธรรม**

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE672074 รับรอง ณ วันที่ 4 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

- **ลักษณะประชากรที่ศึกษา**

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 378 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 69.1) สถานภาพพบว่ามีสถานะมีคู่มากที่สุด จำนวน 228 ราย (ร้อยละ 60.3) รองลงมาคือหม้าย จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 23.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 186 ราย (ร้อยละ 49.2) รองลงมา ไม่ได้ทำงาน จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 29.4)

วิธีการทำร้ายตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่ใช้วิธีการทำร้ายตนเอง คือการผูกคอ จำนวน 183 ราย (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ กินยาเกินขนาด/ยาฆ่าแมลง/กำจัดวัชพืช จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 37.0) และกระโดดจากที่สูง จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ

สถานะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 206 ราย (ร้อยละ 54.5) ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 30.42) และมีโรคประจำตัวทางจิต จำนวน 85 ราย (ร้อยละ 22.5) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความน้อยใจถูกดุด่า จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 34.7) ทะเลาะกับคนใกล้ชิด จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 24.6) และมีปัญหาชราภาพไม่มีคนดูแล จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 12.4)

ปัจจัยปัญหาเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มีปัญหาเศรษฐกิจ จำนวน 127 ราย (ร้อยละ 33.6) ยากจน ค้าขายขาดทุน จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 9.5) มีหนี้สิน จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 9.0) ตกงาน จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 3.7)

ประวัติทำร้ายตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ามีจำนวน 97 ราย (ร้อยละ 25.6)

- **อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7** (ดังภาพที่ 1)

ผลการศึกษาพบว่า อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ คือ 48.7 ต่อ 100 คน-ปี (95% CI; 43.6-53.7) เพศชาย มีอัตราอุบัติการณ์สูงถึง 56.3 (95% CI; 50.2-62.3) สถานภาพ นักบวช พบอัตราอุบัติการณ์ 83.3 (95%CI; 18.6–99.1) รองลงมาคือแยกกันอยู่ พบอัตราอุบัติการณ์ 80 (95% CI; 11.1-99.2) อาชีพ นักบวช พบอัตราอุบัติการณ์ 83.3 (95%CI; 18.6–99.1) รองลงมาคือ อาชีพข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ พบอัตราอุบัติการณ์ 62.5 (95% CI; 34.8–83.9) และอาชีพเกษตรกร พบอัตราอุบัติการณ์ 54.3 (95% CI; 47.0-61.4)

วิธีการทำร้ายตนเอง การใช้ปืนมีอัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 100 รองลงมาคือ ผูกคอ พบอัตราอุบัติการณ์ 85.8 (95% CI; 79.9–90.2)

สถานะสุขภาพ พบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ มีโรคประจำตัวทางจิตเวช พบอัตราอุบัติการณ์ 60.0 (95% CI; 49.1–70.0) รองลงมาคือ การทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย พบอัตราอุบัติการณ์ 48.73 (95%CI; 39.6–57.9) และการมีโรคประจำตัวทางกาย 45.1 (95% CI; 38.4–52.0)

สัมพันธภาพ พบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ มีปัญหาชราภาพไม่มีคนดูแล 56.8 (95% CI; 41.4–71.0) รองลงมาคือ มีปัญหาการน้อยใจถูกดุด่า พบอัตราอุบัติการณ์ 43.5 (95% CI; 35.2-52.2) และมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบอัตราอุบัติการณ์ 35.1 (95%CI; 26.0-45.4)

ปัญหาเศรษฐกิจ พบอัตราอุบัติการณ์สูงสุดคือ มีหนี้สิน 58.8 (95%CI; 41.2-74.6) รองลงมา มีความยากจน ค้าขายขาดทุน พบอัตราอุบัติการณ์ 55.6 (95% CI; 38.5–71.4) มีปัญหาเศรษฐกิจพบอัตราอุบัติการณ์ 54.8 (95% CI; 43.0-66.0) และตกงาน พบอัตราอุบัติการณ์ 35.7 (95% CI; 13.7-66.0)

ประวัติการทำร้ายตนเอง พบอัตราอุบัติการณ์ในกลุ่มเคยทำร้ายตนเอง คือ 56.7 (95% CI; 46.5-66.3)

- **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariable Analysis) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น**

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ วิธีการทำร้ายตนเองโดยการผูกคอ การมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว

พบว่า เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (Adjusted RR=1.77; 95% CI=1.33-2.35) วิธีการทำร้ายตนเองโดยการผูกคอมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 5.90 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการอื่น (Adjusted RR=5.90; 95% CI=4.12-8.44) และปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.27 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีการทะเลาะกับคนใกล้ชิด (Adjusted RR=1.27; 95% CI= 1.05-1.54) ดังตารางที่ 1

บทสรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ วิธีการทำร้ายตนเอง และการมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) กล่าวคือเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า

เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (Adjusted RR= 1.77; 95% CI=1.33-2.35) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากรอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงโดยเพศชาย มีความชุก ร้อยละ 4.4 (95% CI= 1.18–7.62) ในขณะที่เพศหญิงจะมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (กรมสุขภาพจิต, 2565) จะเห็นได้ว่าสมมุติฐานที่อธิบายความแตกต่างระหว่างเพศในการฆ่าตัวตายนั้น อาจเนื่องจากเพศชาย มักมีข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สามารถระบายความคับข้องใจได้ ความคาดหวังหรือความกดดันจากครอบครัว เนื่องจากมีบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว มีการตัดสินใจที่เด็ดขาด มีความหุนหันพลันแล่น มีความรุนแรงและกล้าใช้อาวุธ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่า (อรพิน ยอดกลาง และคณะ, 2563)

วิธีการทำร้ายตนเองโดยการผูกคอมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 5.90 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการอื่น (Adjusted RR=5.90; 95% CI=4.12-8.44) สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2563 แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุดใน พ.ศ. 2562 และ 2563 คือ การผูกคอ ร้อยละ 73.36 และ 80.54 ตามลำดับ (ชิโนรส ลี้สวัสดิ์, 2565) และการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัด

สุพรรณบุรี พบว่าเพศชายมักฆ่าตัวตายด้วยวิธีการผูกคอสูงกว่าเพศหญิง (วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2557) ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาที่เลือกใช้วิธีการแขวนคอรัดคอ การทำให้หายใจไม่ออกและการใช้กระสุนปืนในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง (Hedegaard et al., 2018) เนื่องจากการผูกคอเป็นวิธีการฆ่าตัวตายที่ง่ายและสะดวกพบได้ทั่วไปในหลายสถานที่ ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์พิเศษหรือทักษะเฉพาะ การผูกคอสามารถทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ขจัดความเจ็บปวด ทรมานน้อยที่สุด และอิทธิพลทางวัฒนธรรมและสื่อภาพการผูกคอฆ่าตัวตายปรากฏซ้ำๆ ในสื่อต่างๆ อาจส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เปราะบางได้ (จรรยารักษ มีวงษ์สม และคณะ, 2564)

การมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.27 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีการทะเลาะกับคนใกล้ชิด (Adjusted RR=1.27; 95% CI=1.05-1.54) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) กล่าวคือ ความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 44.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (Crude OR 44.7; 95%CI=2.8-714.5) (ปรารถนา คำมีสีนนท์ และคณะ, 2563) ในวัยผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะลดน้อยลง เมื่อเกิดความขัดแย้งหรือการทะเลาะกับคนใกล้ชิด เช่น ครอบครัว อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้วมีความคิดอยากตาย รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และการถูกแยกจากสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ขาดการยอมรับ (Juntapim, 2020)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย เพศ วิธีการทำร้ายตนเองโดยการผูกคอ และมีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1) ในระดับเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ

2) การออกแบบกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้ความสำคัญทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และคนในชุมชน

3) กำหนดแนวทางในการประเมินสุขภาพจิตและการติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุเพศชายที่มีปัญหาความสัมพันธ์ และควรตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการทำร้ายตนเองภายในบ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม รายได้ และความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ลำพังไร้ที่พึ่งพิง รวมทั้งสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย กับการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ

2) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ข้อมูลการติดตามสถานะผู้สูงอายุที่เคยมีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายที่ขาดการติดต่อทำให้เกิดข้อจำกัดในการติดตามสถานะการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2565). **เอกสารประกอบการประชุมสรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **เอกสารประกอบการประชุมสรุปการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2562). **รายงานผลสถานการณ์การผลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ขนิษฐา แสนใจรักษ์. (2552). **ในชั่ววูบของการฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย.** ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567, จาก http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/17086

จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ, & ชิดชนก เรือนก้อน. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,10**(2), 137-151.

ชิโนรส ลี้สวัสดิ์. (2565). ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2563. **วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31**(4), 623-637.

ณหทัย วงศ์ปการันย์. (2559). **ความชุกของโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาในโรงพยาบาล.** เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, & อุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้า ในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56**(2), 103-116.

นภดล สำอางค์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4**(8), 266-276.

เบญจมาภรณ์ รุ่งสาง, & สายสุดา โภชนากรณ. (2563). ความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้พยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15**(3), 190-194.

ปรารถนา คำมีสีนนท์, พรดุสิต คำมีสีนนท์, จิตภินันท์ โชครัศมีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, สุนันทา คำชมพู, & วัชรีวัลย์ เสาร์แก้ว. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. **วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย, 1**(1), 25-40.

พิชญาภรณ์ มูลศิลป์. (2537). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. **วารสารพยาบาล, 43**(2), 119-131.

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). **รายงานสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2565**. นครปฐม :มหาวิทยาลัยมหิดล

วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28**, 90-103.

วิชาภรณ์ คันทะมูล, & ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 10**(3), 83-92.

ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, ศุภเสก วิโรจนาภา, พรรธนภ ตัณฑ์ศุภศิริ, กรรณิการ์ หนูสอน, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, ลักษณา สกุลทอง, และคณะ. (2564). **การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย ระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม.** นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **เอกสารประกอบการประชุม สรุปการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 7 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

หยกฟ้า เพ็งเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, กรรณิการ์ พุกศร, วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, สงวน ธานี, & สมจิตต์ ลุประสงค์. (2561). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26**(3), 186-196.

หทัยทิพย์ เจริญศรี, & จิราพร เขียวอยู่. (2560). ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. **วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17**(3), 77-93.

อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58**(1), 3-16.

เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. (2563). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 65**(2), 167-178.

อรพิน ยอดกลาง. (2563). **รายงานโครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย: เรื่องสังคมไทยไร้ความรุนแรง.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., et al. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. **Neuroscience and biobehavioral reviews, 127,** 193–211.

Chou, H. C., Tzeng, D. S. & Lin, S. L. (2020). Suicide and the elderly during the COVID-19 pandemic: An overview of different suicide theories. **Primary Care Companion for CNS Disorders, 22**(5), 20nr02676.

Chang, Q., Wu, D., Rong, H., Wu, Z., Tao, W., Liu, H., et al. (2019). Suicide ideation, suicide attempts, their sociodemographic and clinical associates among the elderly Chinese patients with schizophrenia spectrum disorders. **Journal of Affective Disorders, 256,** 611–617.

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., et al. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. **Psychological Bulletin, 143**(12), 1313-1345.

Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. **Clinical interventions in aging, 13,** 691-699.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet, 396**(10258), 1204–1222.

Heisel, M., & Flett, G. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26**, 127-135.

Hedegaard, H., Curtin, S. C., & Warner, M. (2018). Suicide rates in the United States continue to increase. **NCHS Data Brief, 309**, 1-8.

Juntapim, S. (2020). Mental Health Problem in Older Adults Living Alone: Challenges Issues. **American Journal of Nursing Studies, 1**(1), 1007.

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. **Annual Review of Clinical Psychology, 12**, 307-30.

Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020). Advancing the Understanding of Suicide: The Need for Formal Theory and Rigorous Descriptive Research. **Trends in Cognitive Sciences, 24**(9), 704–716.

Oon-arom, A., Wongpakaran, T., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2021). Attachment anxiety, depression, and perceived social support: a moderated mediation model of suicide ideation among the elderly. **International Psychogeriatrics, 33**(2), 169–178.

O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. **Crisis, 32**(6), 295-298.

Ongeri, L., McCulloch, C. E., Neylan, T. C., Bukusi, E., Macfarlane, S. B., Othieno, C., et al. (2018). Suicidality and associated risk factors in outpatients attending a general medical facility in rural Kenya. **Journal of affective disorders, 225**, 413–421. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.059.

Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2005). Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting. **The British Journal of General Practice, 55**(513), 269-273.

Rostami-Moez, M., Masoumi, S. Z., Otogara, M., Farahani, F., Alimohammadi, S., & Oshvandi, K. (2023). Examining the Health-Related Needs of Females during Menopause: A Systematic Review Study. **Journal of Menopausal Medicine, 29**(1), 1–20.

Susumu, K. (2008). **Economic analysis on business cycles and suicide rate an approach from corporate behavior.** Retrieved January 20, 2024, from https://grips.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=1040&item_no=1&attribute_id=20&file_no=1

Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. **WHO South-East Asia J Public Health, 6**(1), 34–38.

World Health Organization [WHO]. (2022a). **Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices.** Retrieved September 2, 2023, from https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf

World Health Organization [WHO]. (2022b). **Risk and Protective Factors.** Retrieved September 2, 2023, from https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html

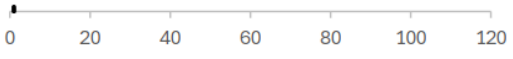
World Health Organization [WHO]. (2022c). **Suicide data and statistics.** Retrieved September 2, 2023, from https://www.cdc.gov/suicide/suicide- data-statistics.html

Yoo, H. J., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., Heo, J. Y., et al. (2016). Lifetime suicidal ideation and attempt in adults with full major depressive disorder versus sustained depressed mood. **Journal of Affective Disorders, 203**, 275–280.

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ (Multivariable analysis) (n=378)

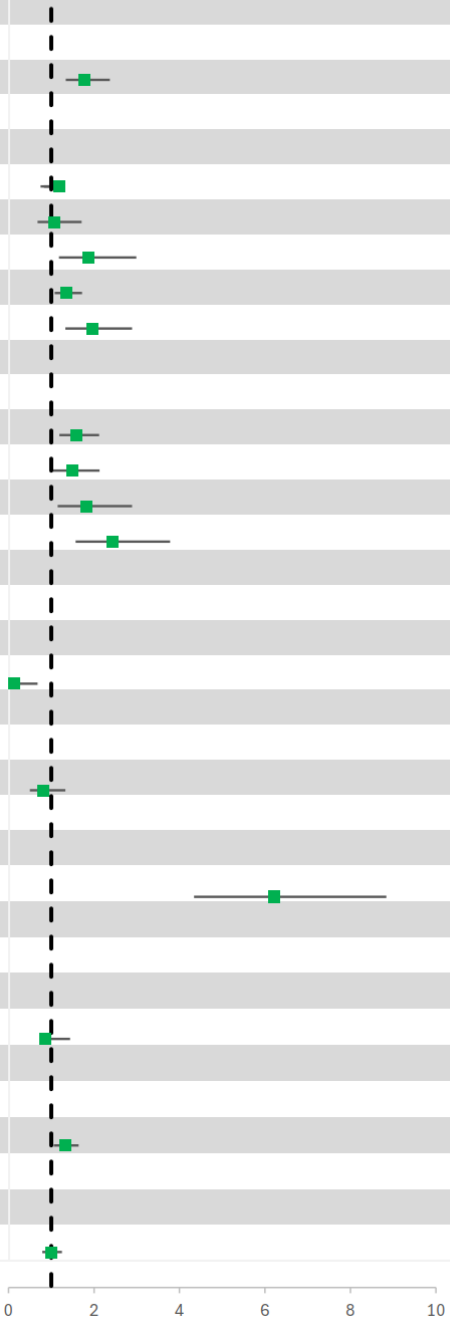
ปัจจัย	การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ		Crude RR (95%CI)	Adjusted RR (95%CI)	p-value
	สำเร็จ n (%) n=184	ไม่สำเร็จ n (%) n=194			
เพศ					<0.001
หญิง	147 (38.9)	114 (30.2)	1	1	
ชาย	37 (9.8)	80 (21.6)	1.78 (1.34- 0.75)	1.77 (1.33-2.35)	
วิธีการผูกคอ					0.031
ไม่ใช่	27 (13.9)	168 (86.2)	1	1	
ใช่	157 (85.8)	26 (14.2)	6.20 (4.34–8.84)	5.90 (4.12-8.44)	
ปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด					0.014
ไม่มี	128 (44.9)	157 (55.1)	1	1	
มี	56 (60.2)	37 (39.8)	1.34 (1.08– .65)	1.27 (1.05-1.54)	

ลักษณะประชากร	การฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ	Prevalence (95%)	Prevalence	95%CI	
	จำนวน			lower	Upper
ภาพรวมอุบัติการณ์	184		48.7	43.6	53.7
เพศ					
ชาย	147		56.3	50.2	62.3
หญิง	37		31.6	23.7	40.7
สถานภาพสมรส					
มีคู่	97		42.5	36.2	49.1
โสด	11		50.0	28.7	71.3
หย่าร้าง	11		45.8	26.2	66.8
แยกกันอยู่	4		80.0	11.1	99.2
หม้าย	51		58.0	47.2	67.8
นักบวช	5		83.3	18.6	99.1
ไม่ระบุ	5		1.0	-	-
อาชีพ					
เกษตรกร	101		54.3	47.0	61.4
รับจ้าง/ลูกจ้าง	30		50.9	37.9	63.6
ข้าราชการ/ข้าราชการบำเหน็จ	10		62.5	34.8	83.9
นักบวช	5		83.3	18.6	99.1
ไม่ได้ทำงาน	38		34.2	25.9	43.7
วิธีการทำร้ายตนเอง					
กินยาเกินขนาดฆ่าแมลงวัชพืช	12		72.3	66.2	77.6
กระโดดจากที่สูง	10		40.0	22.0	61.2
ใช้ปืน	5		100.0	-	-
ผูกคอ	157		85.8	79.9	90.2
สถานะสุขภาพ					
มีโรคประจำตัวทางกาย	93		45.1	38.4	52.0
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช	51		60.0	49.1	70.0
มีทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	56		48.7	39.6	57.9
สัมพันธภาพ					
มีปัญหาการน้อยใจถูกดุด่า	57		43.5	35.2	52.2
มีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด	56		60.2	49.7	69.7
มีปัญหาชราภาพไม่มีคนดูแล	26		56.8	41.4	71.0
มีปัญหาเศรษฐกิจ	68		53.5	44.7	62.1
มีความยากจน ค้าขายขาดทุน	20		55.6	38.5	71.4
ตกงาน	5		35.7	13.7	66.0
มีหนี้สิน	20		58.8	41.2	74.6
เคยทำร้ายตนเอง	55		56.7	46.5	66.5



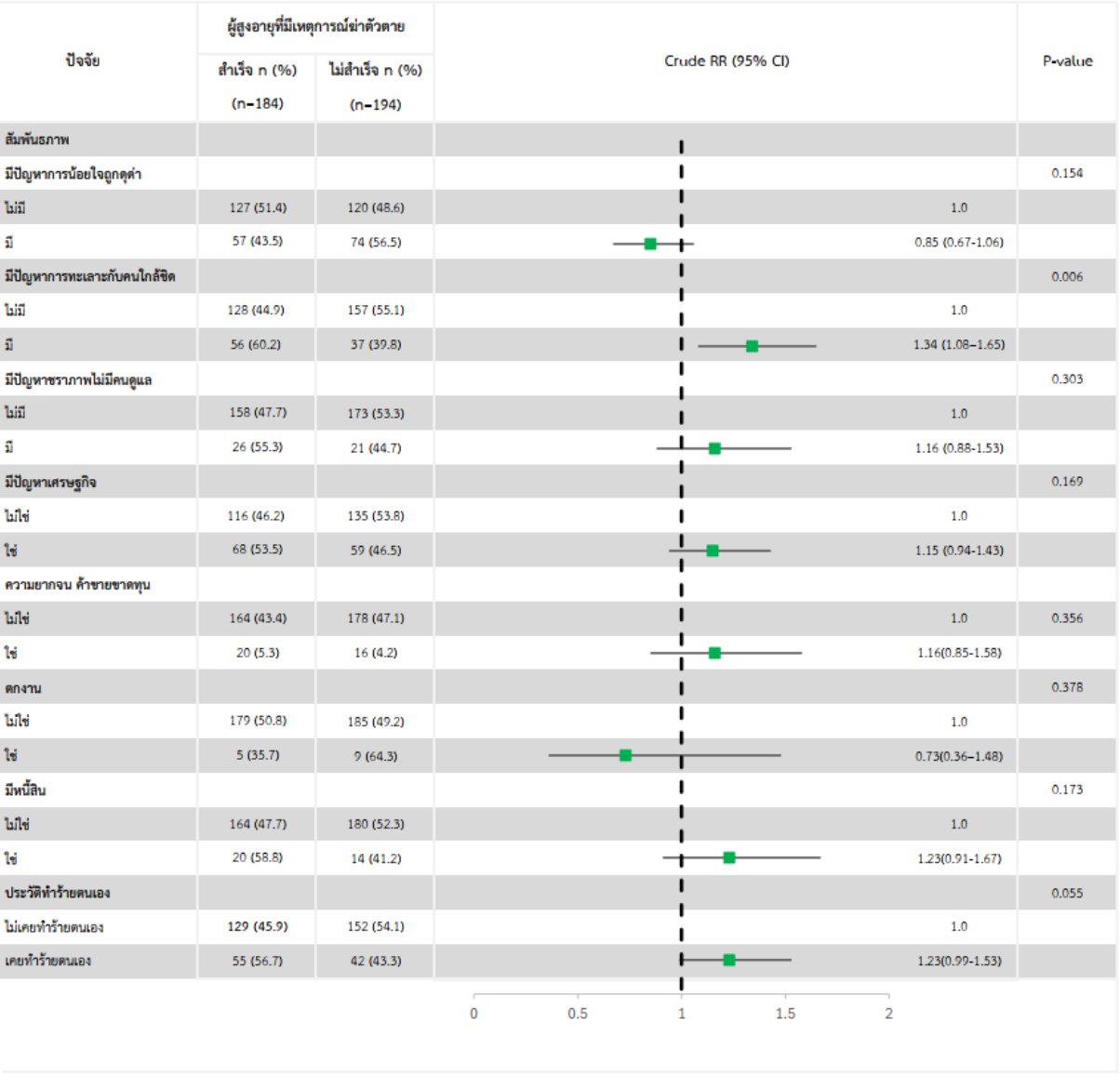
ภาพที่ 1 อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 (n=184)

ปัจจัย	ผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย		Crude RR (95% CI)	p-value
	สำเร็จ n (%) (n=184)	ไม่สำเร็จ n (%) (n=194)		
เพศ				<0.001
หญิง	37 (31.6)	80 (68.4)	1.0	
ชาย	147 (56.3)	114 (43.7)	1.78 (1.34 –2.37)	
สถานภาพสมรส				0.008
มีคู่	97 (42.5)	131 (57.5)	1.0	
โสด	11 (50.0)	11(50.0)	1.18 (0.75 - 0.83)	
หย่าร้าง	11 (45.8)	13 (54.2)	1.08 (0.68 - 1.71)	
แยกกันอยู่	4 (80.0)	1 (20.0)	1.88 (1.18 -2.99)	
หม้าย	51 (58.0)	37 (42.1)	1.36 (1.08 - 1.72)	
สมณะ	5 (83.3)	1 (16.7)	1.95 (1.33- 2.89)	
อาชีพ				0.003
ไม่ได้ทำงาน	38 (34.2)	73 (65.8)	1.0	
เกษตรกร	101 (54.3)	85 (45.7)	1.58 (1.19-2.12)	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	30 (50.9)	29 (49.2)	1.49 (1.04–2.13)	
ข้าราชการ	10 (62.5)	6 (37.5)	1.83 (1.15- 2.89)	
นักบวช	5 (83.3)	1 (16.7)	2.43 (1.57-3.78)	
วิธีการทำร้ายตนเอง				
กินยา				<0.001
ไม่ใช่	172 (72.3)	66 (27.7)	1.0	
ใช่	12 (8.6)	128 (91.4)	0.12 (0.68-0.20)	
กระโดดจากที่สูง				0.405
ไม่ใช่	174 (49.3)	179 (50.7)	1.0	
ใช่	10 (40.0)	15 (60.0)	0.81 (0.50–1.33)	
ผูกคอ				<0.001
ไม่ใช่	27 (13.9)	168 (86.2)	1.0	
ใช่	157 (85.8)	26 (14.2)	6.2 (4.34–8.84)	
สถานะสุขภาพ				0.132
มีโรคประจำตัวทางกาย			1.0	
ไม่มี	91 (53)	81 (47)	0.85 (0.95-1.44)	
มี	93 (45.2)	113 (54.9)		0.011
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช			1.0	
ไม่มี	133 (45.4)	160 (54.6)	1.32 (1.06–1.64)	
มี	51 (60.0)	34 (40.0)		0.996
มีทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย			1.0	
ไม่มี	128 (48.8)	135 (51.2)	1.00 (0.79-1.25)	
มี	56 (48.7)	59 (51.3)		



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น (Bivariate analysis) (n=378)

ปัจจัย	ผู้สูงอายุที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย		Crude RR (95% CI)	P-value
	สำเร็จ n (%) (n=184)	ไม่สำเร็จ n (%) (n=194)		
สัมพันธภาพ				
มีปัญหาการน้อยใจถูกดูถูก				0.154
ไม่มี	127 (51.4)	120 (48.6)	1.0	
มี	57 (43.5)	74 (56.5)	0.85 (0.67-1.06)	
มีปัญหาการทะเลาะกับคนใกล้ชิด				0.006
ไม่มี	128 (44.9)	157 (55.1)	1.0	
มี	56 (60.2)	37 (39.8)	1.34 (1.08–1.65)	
มีปัญหาชราภาพไม่มีคนดูแล				0.303
ไม่มี	158 (47.7)	173 (53.3)	1.0	
มี	26 (55.3)	21 (44.7)	1.16 (0.88-1.53)	
มีปัญหาเศรษฐกิจ				0.169
ไม่ใช่	116 (46.2)	135 (53.8)	1.0	
ใช่	68 (53.5)	59 (46.5)	1.15 (0.94-1.43)	
ความยากจน ค้าขายขาดทุน				
ไม่ใช่	164 (43.4)	178 (47.1)	1.0	0.356
ใช่	20 (5.3)	16 (4.2)	1.16(0.85-1.58)	
ตกงาน				0.378
ไม่ใช่	179 (50.8)	185 (49.2)	1.0	
ใช่	5 (35.7)	9 (64.3)	0.73(0.36–1.48)	
มีหนี้สิน				0.173
ไม่ใช่	164 (47.7)	180 (52.3)	1.0	
ใช่	20 (58.8)	14 (41.2)	1.23(0.91-1.67)	
ประวัติทำร้ายตนเอง				0.055
ไม่เคยทำร้ายตนเอง	129 (45.9)	152 (54.1)	1.0	
เคยทำร้ายตนเอง	55 (56.7)	42 (43.3)	1.23(0.99-1.53)	



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น (Bivariate analysis) (n=378) (ต่อ)