

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในทะเบียนราษฎรจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 1,263 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2555-2561 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง 506s ซึ่งเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มอายุมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดอาชีพมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด และมักกระทำซ้ำการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพฤติกรรมเสี่ยงไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใด ๆ และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาเภอที่อยู่อาศัยไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุดและฤดูมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยฤดูฝนมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด
3. ปัจจัยกระตุ้นส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีปัจจัยกระตุ้นมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

คำสำคัญ: การพยายามฆ่าตัวตาย, ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยสิ่งแวดล้อม, ปัจจัยกระตุ้น

Abstract :

This study aimed to study factors affecting suicidal attempts of people in Singburi province. The population registration is Singburi province, consisting of 1,263 people. Use the specific selection method according to the research objectives. Data were collected from 506s (2012-2018). The instrument used in the study are data-recordings from the Suicide Attempt Surveillance Report (In case of Non-Death), Department of Mental Health, 506s, which is the standard of the Department of Mental Health. Data analysis using ready-made programs Analyze data by distribution of frequencies Standard deviation, mean percentage Chi Square Test.

The study found that:

1. Personal factors Age group, affecting an attempted suicide is statistically significant at the.05 levels. The working age group between 20-59 years are most suicide attempts. Job affect the suicide attempts are statistically significant at the .05 level. Employees / workers have attempted suicide, and most often repeated. Chronic illness does not apply to an attempted suicide is not statistically significant at the.05 levels. Most people who attempt suicide have a chronic illness. Risk behavior has no effect on the drug when suicide, no statistically significant at the.05 levels. Most people who attempt suicide without any risk, and depression affects the drug when a suicide statistically significant level. 05., who attempted suicide with depression will attempt suicide much.

2. Environmental factors, District residents have no effect on suicide attempts, no statistically significant at the.05 levels. The suicide attempt lived in the city as possible and the effect of suicide attempts statistically significant level. 05. The rainy season is the most suicide attempts.

3. The factors affecting the attempted suicide of a public offense. Factors affecting the suicide attempt, there were statistically significant at the .05 levels. The economic problems affecting the most suicide attempts.

Keyword: suicide attempt, personal factors, environmental factors, stimulating factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมวิถีชีวิตความเป็นอยู่และลักษณะการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากทำให้คนบางคนไม่สามารถปรับตัวได้และเกิดความเครียดที่มากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหากคนเหล่านั้นมีปัจจัยทางชีวภาพบางประการที่ทำให้เขาเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่แล้วก็อาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษาหรือรับการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่องปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังเห็นได้จากองค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายเกือบ 1 ล้านคนและในทุกวัน

ประชากรจะสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1,100 คน หรือ 40 วินาทีจะมีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และมีประชากรราว 10-20 ล้านคน พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เป็นผลสำเร็จ⁽¹⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังประมาณการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-44 ปี ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จครั้งแรก เป็น 20 เท่า⁽¹⁾

ในประเทศไทยการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่าและร้อยละ 10 จบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา⁽²⁾

สถานการณ์ของประเทศไทย ทีมวิชาการได้ประมาณการว่าแต่ละปี มีผู้พยายามทำร้ายตัวเองเพื่อฆ่าตัวตายประมาณ 53,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน กระจายอยู่ทุกชุมชน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ในปี 2559 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 4,131 คน เป็นชายมากกว่าผู้หญิง 4 เท่าตัว อายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 100 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ประเทศต้องสูญเสียเศรษฐกิจปีละกว่า 400 ล้านบาท ขบวนการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งกระทบต่อความมั่นคงและปลอดภัยในจิตใจแต่ละคน โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิด ต้นเหตุที่มักพบได้บ่อยที่สุดมาจาก 5 เรื่อง คือ ความสัมพันธ์บุคคล สุรา ยาเสพติด สังคม และเศรษฐกิจ ในผู้ชายมักมีปัจจัยความเสี่ยงมาจากปัญหาโรคทางจิต ต้มสุราใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการดื่มสุรามากขึ้นจะมีโอกาสลงมือทำร้ายตัวเองมากกว่าผู้หญิงที่มีปัญหาถึง 2 เท่า ส่วนในผู้หญิงมักมีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า ผิดหวังความรัก^(3,4)

นอกจากนี้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยยังคงไม่ลดลงและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะมีการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งประเทศมายาวนานถึงกว่า 10 ปี มีแนวทางในการป้องกันและการเฝ้าระวังมีการจัดรณรงค์ป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นเป็นระยะ แต่ก็ยังเป็นเพียงกลยุทธ์การป้องกันแบบทั่วไป (universal prevention) ส่วนการป้องกันแบบมุ่งกลุ่มเสี่ยง (selective prevention) และการป้องกันในบุคคลที่มีลักษณะที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (indicated prevention) ยังดำเนินการไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจนและจากสถิติการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ในคนไทยก็พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายแต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) สูงกว่าเพศหญิงเพราะวิธีที่ใช้รุนแรงกว่าและในช่วงวัยแรงงานและวัยเข้าสู่ผู้สูงอายุของคนไทยมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นและผู้ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดและมีระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากกว่าทุกอาชีพ⁽⁵⁾

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2557- 2561 พบอัตรา ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.71 9.79, 7.96, 11.38 และ 9.43 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2561 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ ผูกคอ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวน 84 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 100⁽⁶⁾ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกรายมักมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการการให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตาย

และป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลผู้นั้น ทั้งด้านสังคม จิตใจและการแพทย์

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีผลต่อการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี
3. ปัจจัยกระตุ้นส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง การกระทำอย่างตั้งใจเป็นครั้งแรก และหรือกระทำซ้ำด้วยวิธีการต่างๆที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำให้ตนเองได้รับอันตราย

กลุ่มวัย หมายถึง การแบ่งช่วงอายุตามกลุ่มวัยของกรมสุขภาพจิต ได้แก่กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี), กลุ่มวัยรุ่น (15-19ปี), กลุ่มวัยทำงาน (20-59ปี), และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (≥ 60 ปีขึ้นไป)

อาชีพ หมายถึง การเลี้ยงชีวิต การทำมาหากิน งานที่ทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(Chronic disease) หมายถึง โรคทั้งทางกายและทางจิตที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงพฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ หรือเสียชีวิต ในเรื่องการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด

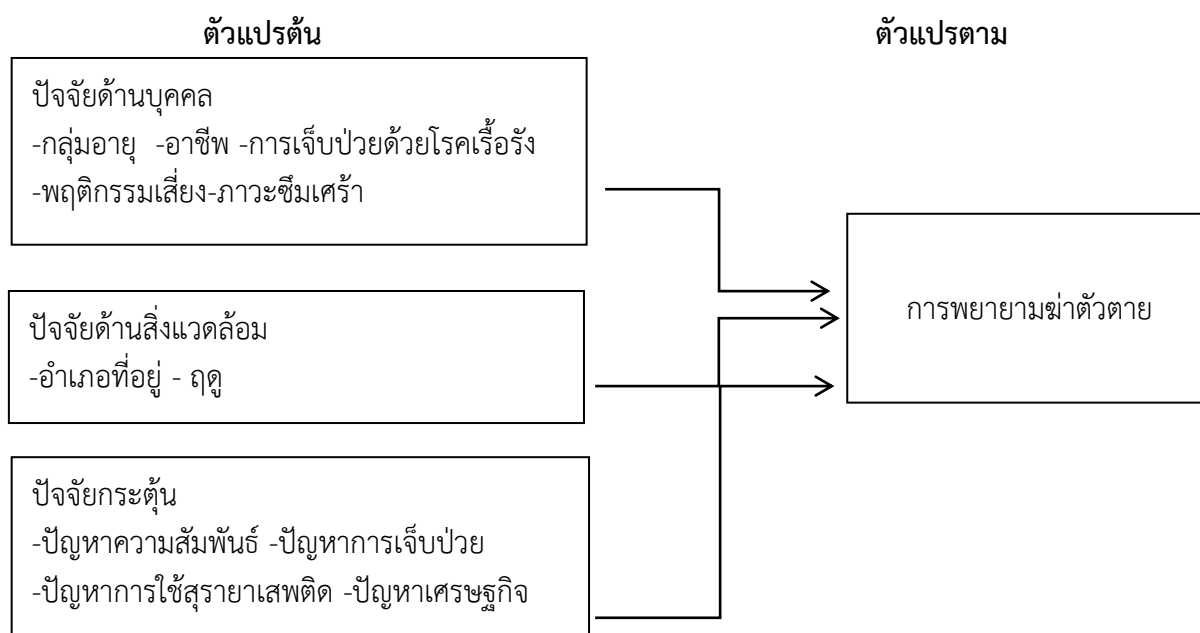
ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจจากสภาวะปกติไปสู่ภาวะไม่ปกติทำให้รู้สึกหดหู่เศร้าหมองท้อแท้หมดหวังหมดอาลัยตายอยากตำหนิตนเองทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆประสิทธิภาพการทำงานลดลงอาจมีการแยกตัวเองออกจากสังคม

อำเภอที่อยู่ หมายถึง อำเภอที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดสิงห์บุรี

ฤดู หมายถึง ปีซึ่งแบ่งโดยถือเอาภูมิอากาศเป็นหลัก แบ่งเป็น ฤดูฝน ฤดูหนาว และฤดูร้อน

ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง เหตุการณ์หรือสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา/ยาเสพติด ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

ประชากร คือผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรีในปี พ.ศ. 2555 - 2561 จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รง 506s ⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรีโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างต้องมีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรี
2. เกณฑ์คุณสมบัติของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเฉพาะผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีไม่เสียชีวิต
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่างต้องมีข้อมูลครบทุกรายการตามแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง506s

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รง 506s ⁽⁷⁾ ทั้งหมดจำนวน 1,404 คน คัดข้อมูลและเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1,263 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง 506s(7) มีรายละเอียด ดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้พยายามทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำร้ายตนเองโรคประจำตัว ประวัติการทำร้ายตนเอง ความตั้งใจ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติด ปัญหาการเจ็บป่วยโรคทางกายและโรคทางจิต และปัญหาอื่นๆ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลบริการที่ได้รับ ได้แก่ การรักษา สังคมจิตใจ และการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรีเรียบร้อยแล้ว และเป็น การศึกษาข้อมูลข้อมูลย้อนหลังจากแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต)

กรมสุขภาพจิต รง 506s⁽⁷⁾ ซึ่งข้อมูลการวิจัยทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับโดย ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการและพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเท่านั้นและข้อมูลที่ได้ที่ได้นั้นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 2 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยเสนอผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี แล้วผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

1. การเตรียมประสานผู้รับผิดชอบในการดึงข้อมูลจากจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย (รง 506s) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

2. คัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้นำมาวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	386	30.4
หญิง	877	69.1
อายุ (ปี) ($X = 48.43, S.D. = 17.83, Min = 8, Max = 96$)		
กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	93	7.4
กลุ่มวัยรุ่น (15-19ปี)	298	23.6
กลุ่มวัยทำงาน (20-59ปี)	484	38.3
กลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปีขึ้นไป)	388	30.7
สถานภาพสมรส		
โสด	282	22.3
คู่	887	70.2
หม้าย	34	2.7
หย่า/แยก	43	3.4
ไม่ระบุสถานภาพ	17	1.3
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	48	3.8
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	388	30.7
แม่บ้าน	184	14.6
ค้าขาย	95	7.5
ข้าราชการ	62	4.9
นักเรียน/นักศึกษา	76	6.0
นักบวช	19	1.5
ตักงาน	44	3.5
พนักงานบริษัท	347	27.5
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
หัวใจ	72	5.7
เบาหวาน	27	2.1
ความดันโลหิตสูง	29	2.3
ไตเรื้อรัง	5	.4
ตับ	1	.1
ปอด	7	.6
ปวดศีรษะเรื้อรัง	42	3.3
ปวดตามข้อ	28	2.2
โรคประสาท	1	.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(n=1263ราย)	ร้อยละ
ลมชัก	5	.4
อัมพฤกษ์/อัมพาต	2	.2
มะเร็ง	4	.3
โรคจิต	5	.4
เอตส์	6	.5
เจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค	90	7.1
ไม่มีการเจ็บป่วย	939	73.9
การฆ่าตัวตาย		
กระทำครั้งแรก	543	43.0
กระทำซ้ำ	720	57.0
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	207	16.4
มี	1056	83.6
ความคิดในการทำร้ายตนเองซ้ำ		
ไม่ใช่	508	40.2
ใช่	2	.2
ไม่แน่ใจ	753	59.6
พฤติกรรมเสี่ยง		
บุหรี	159	12.6
สุรา	44	3.5
สารเสพติด	8	.6
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	1052	83.3

จากตาราง 1 พบว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.1 อายุต่ำสุดที่พยายามฆ่าตัวตาย 8 ปี สูงสุด 96 ปี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 38.3 สถานภาพสมรสคู่ พยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมาพนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตคิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมามีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่มีประวัติการฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 83.6 ไม่แน่ใจในความคิดในการทำร้ายตนเองซ้ำคิดเป็นร้อยละ 59.6 และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดคือการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 12.6

ตอนที่ 2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
อำเภอที่อยู่		
เมือง	598	47.4
บางระจัน	224	17.7
ค่ายบางระจัน	127	10.1
พรหมบุรี	127	10.1
ท่าช้าง	39	11.6
อินทร์บุรี	148	11.6
ฤดู		
ฤดูร้อน (เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม)	234	18.4
ฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-ตุลาคม)	669	52.7
ฤดูหนาว(เดือนพฤศจิกายน-มกราคม)	360	28.5
สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ		
รพท./รพศ.	934	74.0
รพช.	275	21.8
รพ.จิตเวช	54	4.3
บริการที่ได้รับเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล		
การปรึกษา	1133	89.2
แนะนำ	23	1.8
ยาต้านเศร้าAmitriptyline	7	.6
ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI/Fluoxetine	31	2.4
ยาอื่นๆ	15	1.2
ยาลดกังวล	3	.2
ไม่ได้ระบุบริการที่ได้รับ	51	4.0
บริการต่อเนื่อง		
มาตามนัด	589	46.6
เยี่ยมบ้าน	21	1.7
ไม่ได้ติดตาม	653	51.7
แพทย์วินิจฉัยรักษาสุขภาพจิต		
วินิจฉัยรักษาต่อ	782	61.9
ไม่ได้วินิจฉัย	481	38.1
การบริการส่งต่อ		
ไม่ส่งต่อ	1190	94.2
ส่งต่อ	73	5.8
วิธีการที่ใช้		
กินยาเกินขนาด	114	9.0
กินสารกำจัดแมลง	22	1.7
กินสารกำจัดวัชพืช	23	1.8
กินสารเคมีอื่นๆ	37	2.9
ใช้ของมีคมของแข็ง	9	7
ใช้ปืน	4	3
กระโดดที่สูง	1	1
ผูกคอ	36	2.8
อบควัน/แก๊ส	65	5.1
ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 วิธี	952	77.4

จากตาราง 2 พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่เขตอำเภอเมืองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.4 พยายามฆ่าตัวตายในช่วงฤดูฝน (เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม) คิดเป็นร้อยละ 52.7 สถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 74 การบริการปรึกษาได้รับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.2 ขาดการติดตามคิดเป็นร้อยละ 51.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยรักษาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 61.9 ได้รับการบริการที่สถานบริการสาธารณสุขไม่ส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 94.2 วิธีการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 วิธี คิดเป็นร้อยละ 77.4

ตอนที่ 3 ปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
ปัญหาความสัมพันธ์		
น้อยใจถูกดูต่ำต่าหนี	63	5.0
ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอาย	59	4.7
ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง	80	6.3
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	27	2.1
ต้องการเอาใจขอแล้วไม่ได้	1	.1
ปัญหาเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก	13	1.0
ปัญหาชราภาพ/ไม่มีคนดูแล	27	2.1
ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน	12	1.0
ปัญหาการใช้สุรา/ยาเสพติด		
ติดสุรา/ยาเสพติด	45	3.6
ปัญหาที่มาจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
โรคเรื้อรัง	91	7.2
ปัญหาเศรษฐกิจ		
เศรษฐกิจ/ตกงาน	489	38.7
มีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นมากกว่า 1 ปัญหา	356	28.2

จากตาราง 3 พบว่าปัญหาเศรษฐกิจ/ตกงานเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.7, มีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นมากกว่า 1 ปัญหาพบรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 28.2 และปัญหาความสัมพันธ์ในเรื่องผิดหวังความรัก/หึงหวงคิดเป็นร้อยละ 6.3

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยกระตุ้น

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	กลุ่มอายุ				χ^2	df	p-value
	5-14(n=93)	15-19(n=298)	20-59(n=484)	60ปีขึ้นไป(n=388)			
กระทำครั้งแรก	7.6%	28.2%	34.4%	29.8%	12.513	3	.006*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	7.2%	20.1%	41.3%	31.4%			

* p< .05

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

อาชีพ	อาชีพ							χ^2	df	p-value
	เกษตรกร (n=48)	รับจ้าง/ผู้ใช้ แรงงาน (n=388)	แม่บ้าน (n=184)	ค้าขาย (n=95)	ข้าราชการ (n=62)	พนักงาน บริษัท (n=347)	ไม่มีอาชีพ (นักเรียน/ นักศึกษา/นักบวช/ ดกงาน)(n=139)			
การพยายามฆ่า ตัวตาย										
กระทำครั้งแรก	5.2	27.1	11.6	8.3	5.9	30.8	11.3			
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	2.8	33.5	16.8	6.9	4.2	25.0	10.8	23.794	6	.002*

* p < .05

จากตาราง 5 พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดและมักกระทำซ้ำ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การ พยายาม ฆ่าตัว ตาย	การเจ็บป่วย								χ^2	df	p- value
	ไม่มีการ เจ็บป่วย (n=939)	โรคเรื้อรัง (DM,HT,CA,หัวใจ, ไต)(n=137)	โรค ตับ (n=1)	โรคติดต่อ (ปอด, ,เอชไอวี, เอดส์) (n=13)	ปวดเรื้อรัง (ศีรษะ, กล้ามเนื้อ และข้อ) (n=70)	โรคจิต ละ ประสาท (n=11)	พิการ อัม อัมพาต (n=2)	เจ็บป่วย มากกว่า 1 โรค (n=90)			
กระทำ ครั้งแรก	71.1	11.6	.2	.9	7.2	.6	.2	8.3			
กระทำ มากกว่า 1 ครั้ง	76.8	10.3	.0	1.1	4.3	1	.1	6.3	10.872	7	.144

จากตาราง 6 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	พฤติกรรมส่วนบุคคล				χ^2	df	p-value
	บุหรี(n=159)	สุรา(n=44)	สารเสพติด(n=8)	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง(n=1052)			
กระทำครั้งแรก	14.5%	4.4%	.9%	80.1%			
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	11.1%	2.8%	.4%	85.7%	7.703	3	.053

จากตาราง 7 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใด ๆ

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร้ากับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ภาวะซีมีเศร้า		χ^2	d	p-value
	ไม่มี(n=207)	มี(n=1056)			
กระทำครั้งแรก	12.5%	87.5%	10.392	1	.001*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	19.3%	80.7%			

* p < .05

จากตาราง 8 พบว่าภาวะซีมีเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซีมีเศร้าร่วมด้วยจะพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างอำเภอที่อยู่อาศัยกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ผู้พยายามอยู่ที่อำเภอ						χ^2	df	p-value
	เมือง (n=599)	บางระจัน (n=224)	ค่ายบางระจัน (n=127)	พรหมบุรี (n=127)	ท่าช้าง (n=39)	อินทร์บุรี (n=147)			
กระทำครั้งแรก	45.1%	19.5%	10.7%	9.8%	2.2%	12.7%	6.546	5	.257
การกระทำมากกว่า 1 ครั้ง	49.2%	16.4%	9.6%	10.3%	3.8%	10.8%			

จากตาราง 9 พบว่าอำเภอที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ฤดู			χ^2	df	p-value
	ฤดูหนาว (n=360)	ฤดูร้อน(n=317)	ฤดูฝน(n=586)			
กระทำครั้งแรก	27.3%	20.6%	52.1%	14.830	2	.001*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	29.4%	28.5%	42.1%			

* p < .05

จากตาราง 10 พบว่าฤดูมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยฤดูฝนมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n= 1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ปัจจัยกระตุ้น					χ^2	df	p-value
	ปัญหาความสัมพันธ์ (n=282)	ปัญหาการใช้สาร/ยาเสพติด(n=45)	ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (n=91)	ปัญหาเศรษฐกิจ (n=489)	ปัญหา มากกว่า 1 ปัญหา (n=356)			
กระทำครั้งแรก	29.1%	4.4%	7.4%	40.9%	18.2%	56.192	4	.000
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	17.2%	2.9%	7.1%	37.1%	35.7%			

* p < .05

จากตาราง 11 พบว่าปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรีพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากบุคลิกภาพที่อ่อนไหว การตัดสินใจไม่มั่นคง เป็นเพศที่อ่อนแอประกอบกับวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของคนไทยจึงทำให้ไม่กล้าที่จะแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับที่ สมภพ เรื่องตระกูล⁽⁸⁾ ได้กล่าวว่า การฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี อาชีพมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานพบพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดเพราะการทำงานที่ต้องใช้แรงงานและงานที่หนักมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประชากรในกลุ่มดังกล่าวจัดอยู่ในฐานะยากจนหรือรายได้น้อยอยู่แล้วเป็นตัวบ่งชี้ถึงการไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือความล้มเหลวในหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี หากไม่สามารถรับจ้างประกอบอาชีพได้เกิดความเครียดถ้ามีมากเกินไปความสามารถของบุคคลจะเผชิญได้ หรือความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคลไม่เหมาะสมก็จะมองไม่เห็นคุณค่าของตนเองจนในที่สุดมีความคิดอยากตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายการศึกษาของประภาพร ชิมรัมย์, อติรัตน์ วัฒนไพลินและคณะ⁽⁹⁾ พบว่าการมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุมักมาจากความน้อยใจมองไม่เห็นคุณค่าตนเองขาดผู้ดูแลคิดว่าตนเองจะเป็นภาระให้กับผู้อื่นถ้าอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคนแต่ละคนมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันโดยเฉพาะถ้าฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและตัดสินใจรับการรักษาต่างกันคนฐานะทางเศรษฐกิจดีจะรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยเร็วกว่าซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ปฏิบัติในเวลาต่อมาในสังคมปัจจุบันวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นการประหยัดเวลาเพิ่มขึ้นทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่จะมีผลดีต่อสุขภาพง่ายขึ้น ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่พยายามสนับสนุนและช่วยให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองและเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยที่จำเป็น การรู้จักระวังป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ โดยเชื่อว่าระบบดังกล่าวจะช่วยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นกว่านโยบายแบบเดิมที่รัฐให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทำให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นจังหวัดที่มีระบบบริการสาธารณสุขเข้าถึงง่าย สภาพสิ่งแวดล้อมและความ เป็นอยู่เป็นเมืองที่จัดว่ามีความสุขและน่าอยู่ การสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะระบบการศึกษา ระบบการสาธารณสุข ระบบความเชื่อ หรือสถาบันศาสนา และระบบครอบครัวสามารถปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากปัญหาได้ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของนางเยาว์โอบยา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 2 ด้านคือปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลได้แก่ผู้ที่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชการดื่มสุรา/สูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุรา/สูบบุหรี่เมื่อมีความทุกข์ใจสำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมการ ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ จุทมาศ หน่อตุน, ชนากานต์ เจนใจและชิตชนก เรือนก้อน⁽¹¹⁾ พบว่า ความชุกของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายได้แก่ การมีปัญหาโรคร่วมทางจิต การมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า 2 เหตุการณ์พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้มีความคิดอยากตายได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตการดื่มสุราการใช้ยาจิตเวชแบบไม่ต่อเนื่องประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนปัจจัยที่แปรผกผันกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ จำนวนปีที่รักษาเพิ่มขึ้นในการรักษาโรคซึมเศร้าและการได้รับยาต้านเศร้า

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี พบผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่เขตอำเภอเมืองมากที่สุดการดำรงชีวิตของชุมชนเมืองเป็นแบบเร่งรีบ ความเคยชินอาจจะส่งผลทำให้มีรูปแบบความคิดแบบเร่งรีบอย่างไม่รู้ตัวตามไปด้วย มักจะบอกว่าไม่มีเวลา ไม่อยากรับรู้ ไม่อยากไตร่ตรอง ไม่มีทางเลือกแล้ว เมื่อเผชิญกับแรงกดดันความเครียดต่างๆ ผู้ที่มีความคิดแบบนี้ อาจลงมือแก้ปัญหาแบบมั่วๆ หุนหันพลันแล่น มีโอกาสผิดพลาดได้สูง เพราะขาดการไตร่ตรอง ขาดความยั้งคิด สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา แสนใจรักษ์⁽¹²⁾ พบว่าความคิดความรู้สึกในขณะกระทำการใดๆ เพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การจมอยู่ในความทุกข์ใจ 2) ความรู้สึกอับจน หมดหนทาง 3) การสิ้นพลังในการมีชีวิต 4) การขาดสติ และการผ่านพ้นช่วงวิกฤติของผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) กระบวนการเยียวยาจิตใจ 3) การมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์ การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในสิงห์บุรีไม่มีความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย เพราะสภาพสิ่งแวดล้อมของจังหวัดสิงห์บุรีเป็นพื้นที่ราบลุ่มมีแม่น้ำไหลผ่านตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง การคมนาคมติดต่อสื่อสาร และการบริการสาธารณสุขอื่นๆ สะดวกรวดเร็วไม่มีมลพิษ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลโดยตรงในช่วงฤดูฝนมักพบผู้พยายามฆ่าตัวตายมากอาจเนื่องจากจังหวัดสิงห์บุรีมีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรดิน เหมาะแก่การทำกิจกรรม ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ถูกลงดั่งกล่าวมักมีน้ำท่วมขังเป็นเวลานานๆ จึงไม่สามารถเก็บผลผลิตได้ตามความคาดหวังบางรายอาจมีปัญหาหนี้สินร่วมด้วยทำให้เกิดความทุกข์ใจไม่สามารถแก้ไขปัญหาอยู่ด้วยความเครียดจนในที่สุดคิดอยากตายถุจึงมีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญยัง⁽¹³⁾ พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายทุกรายประสบกับปัญหาเศรษฐกิจเป็นหลัก 4 ใน 5 ของชานาที่ฆ่าตัวตายเผชิญกับภาวะหนี้สินสอดคล้องกับอนุพงศ์คำมา⁽¹⁴⁾ พบว่าปัญหาการสูญเสียทรัพย์/ประสบภัย/เสียพัวนั้น เช่น ประสบปัญหาน้ำท่วมเมื่อถึงฤดูน้ำหลากประชาชนเครียดกับความไม่แน่นอนของภัยธรรมชาติเครียดกับความเสียหายระหว่างน้ำท่วมและหลังน้ำท่วมเครียดกับภาระหนี้สินจากการลงทุนทำการเกษตรรวมถึงความเครียดจากการแก้ปัญหาเป็นเหตุการณ์หรือปัญหาที่กระตุ้นทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในวัยทำงานมักอาศัยในชุมชนเมืองทำให้สะดวกในการใช้บริการ และการบริการปรึกษาจะได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ปัญหาที่พบมักขาดนัดไม่มารับการติดตามหรือเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่องเนื่องมาจากมีความคิดว่าการกระทำเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งที่น่าอาย ลินคิด รู้สึกโกรธโทษตัวเอง และไม่ยอม

ให้ผู้อื่นได้รับรู้โดยเฉพาะเพื่อนร่วมงาน คนในชุมชนถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบการเชื่อมประสานส่งต่อก็ตาม

ดังนั้น อสม.ส่วนใหญ่จึงมองว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยากรวมทั้งผู้นำชุมชนเองไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่ที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาทางจิตใจมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมมีความเป็นพลวัตกล่าวคือสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงตามเหตุปัจจัยต่างๆส่วนวิธีการทำร้ายตนเองมีมากกว่า 1 วิธีซึ่งในผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้มากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกโดยเฉพาะในปีแรกหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อเกิดการเรียนรู้ในครั้งแรกกว่าวิธีการนี้ไม่ได้ผลก็จะเพิ่มวิธีการมากขึ้นและรุนแรงขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้ตนเองฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

ปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดและเกิดขึ้นกับวัยทำงานส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เพราะเป็นวัยที่ต้องเลือกอาชีพ ประกอบอาชีพ เลือกรับค่าจ้าง ปรับตัวในชีวิตสมรส ปรับตัวเพื่อทำหน้าที่บิดามารดาทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาจได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพเงินเป็นปัจจัยสำคัญหากครอบครัวใดไม่สามารถแก้ปัญหาเศรษฐกิจให้สมดุลกับรายจ่ายได้ จึงเกิดหนี้สินก็กระทบกับสุขภาพจิตของครอบครัวซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับทฤษฎีของมาสโลว์บางคนก็สมปรารถนาทุกขั้น บางคนก็ได้เพียง 2-3 ขั้น และกว่าจะได้ตามความต้องการก็จะพบกับอุปสรรคมากมาย แม้จะต่อสู้ก็ไม่สมกับที่หวังไว้และไม่อาจทำได้ หรือทำให้เกิดความผิดหวังรุนแรง สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theories) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม⁽¹⁵⁾ กล่าวได้ว่า ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามทำให้รู้สึกเสียหน้าหรือทำให้รู้สึกว่ามีความอันตรายหมดหวังหมดหนทางจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลsecondary data ควรศึกษาต่อเนื่องและเพิ่มเติมในรายละเอียดเชิงลึกของการพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่ในเขตจังหวัดสิงห์บุรี
2. การศึกษาทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อไป
3. การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น การติดตามวางแผนในผู้ที่กระทำซ้ำ ควรดำเนินการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2006 [cited 2006 Oct 17]. Available from: http://www.who.int/mental_health/Suicideprevent/Suicide.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2555[เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2555]. เข้าถึงได้จาก:http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx.
3. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. บทความวิชาการด้านสุขภาพจิต หนังสือพิมพ์บ้านเมือง[อินเทอร์เน็ต]. 2561.[เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.matichon.co.th>.
4. สมพร บุชราทิจ. จิตเวชก้าวหน้า 2554.กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2554.

5. กองวิจัยสำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลตำรวจ. รายงานผลการศึกษาศาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ[อินเทอร์เน็ต].2557. [เข้าถึงเมื่อ 2557]. เข้าถึงได้จาก:<http://research.police.go.th>.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. ข้อมูลการรายงานของงานสุขภาพจิตและจิตเวช. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี; 2561. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด.
7. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. ข้อมูลรายงาน รง.506ds ปี 2555-2561[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.suicidethai.com/506ds>.
8. สมภพ เรื่องตระกูล.จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.กรุงเทพฯ: เรื่องแก้วงการพิมพ์.2553.
9. ประภาพร ชิมรัมย์, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, ประภา ยุทธไตร,และนพพร ว่องสิริมาศ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการมีโรคร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา2559; 22(1):108-120.
10. นงเยาว์ ไบยา.ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
11. จุฑามาศ หน่อตุ่น,ชนากานต์ เจนใจและชิตชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559; 10(2):137-151.
12. ขนิษฐา แสนใจรักษ์.ในชั่ววูบของการฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
13. กาญจนา บุญยัง. การฆ่าตัวตายของชาวนาในสังคมไทย: กรณีวิเคราะห์จากข่าวหนังสือพิมพ์. วารสารการบริหารท้องถิ่น2559; 9(1):1-17.
14. อนุพงศ์คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย2556; 58(1):3-16.
15. Barbee, M.A., & Bricker, P. Psychiatric mental health nursing. U.S.A.: Mosby, 1996.