

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดพิจิตร

Factors associated with suicidal behavior among people in Phichit Province, Thailand

สุธาทิพย์ จุลบุตร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Sutathip Julabute Correspond author

Public Health Specialist Phichit Provincial Health Office

มณกรณ์ เคหะลูน

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

Mathanapom Kehaloon

Internal Medicine Section Taphan Hin Crown Prince Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดพิจิตร **วิธีการศึกษา** การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง ในรูปแบบ case control study โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิตและกรณีไม่เสียชีวิต กรมสุขภาพจิต(รง 506S) ของประชาชนที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดพิจิตร จำนวน 147 คน โดยกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 102 ราย และกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย 45 ราย ช่วงเวลาที่ศึกษาคือ ปี พ.ศ. 2558-2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-squared test, odds ratio และ logistic regression

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า (OR=3.39, $p<0.01$ 78% และ 51.1% ตามลำดับ) มีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน (OR=7.75, $p<0.01$) การมีสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง (OR=2.01, $p<0.01$) และตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต (OR=8.82, $p<0.01$) การมีโรคประจำตัวทางกาย (OR=5.98, $p<0.01$) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง(OR=2.46, $p<0.01$), เบาหวาน(OR= 1.66 , $p<0.01$), ไขมันเลือดสูง(OR=1.87, $p<0.01$), พิกการตา หู แขน ขา (OR=4.53, $p<0.01$) , การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช(OR=2.53, $p<0.01$) ได้แก่ ปัญหาติดยาเสพติด(OR=3.66, $p<0.05$) และการมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด(OR=19.27, $p<0.01$) ปัญหาการใช้สุรา(OR=13.272, $p<0.01$) และปัญหาเศรษฐกิจ(OR=1.031, $p<0.01$) **คำสำคัญ** พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ พิจิตร ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

This survey research aims To determine the risk factors associated with suicidal behavior among people in Phichit Province. **Materials and Methods :** A retrospective case-control study included patients aged ≥ 18 years with suicidal behavior who had been documented in suicidal medical record(506S) between 2015 and 2020. Collected data included demographic information, underlying conditions(physical and mental illness) , suicidal methods, risk factor, previous suicidal attempts and pre-suicidal signs, causes of suicidal behaviors and clinical outcome of suicidal behaviors. The possible factors associated with suicidal behavior were analyzed.

Results : Of the adults 147 suicidal patients included, 69.4% were completed suicide. The mean age of patients was 47 years, 40.8% had physical underlying illness, 20.4% had mental underlying illness and 12.9% had previous suicidal attempts. The risk factors significantly associated with suicidal behavior were male with OR 3.39 ($p<0.01$), having physical illness (OR=5.98, $p<0.01$) such as hypertension (OR=2.46, $p<0.01$), diabetes mellitus (OR= 1.66 , $p<0.01$), dyslipidemia

(OR=1.87, $p<0.01$), disabled (OR=4.53, $p<0.01$), and mental illness (OR=2.53, $p<0.01$) such as alcohol use disorder (OR=3.66, $p<0.05$), having previous suicidal attempts (OR=7.75, $p<0.01$), having pre-suicidal signs (OR=2.01, $p<0.01$) and intending to die (OR=8.82, $p<0.01$), For the relationship problems (OR=19.27, $p<0.01$), alcoholism (OR=13.272, $p<0.01$) and having economic problems (OR=1.031, $p<0.01$) were also significantly associated with suicidal behavior.

Keyword : suicidal behavior, suicidal attempt, completed suicide, Phichit, risk factors

บทนำ

ปัจจุบันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควรไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่ด้อยพัฒนา ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2562 รายงานว่าทุกปีจะมีประชากรเกือบ 800,000 คนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามของประชากรโลก

ส่วนใหญ่พบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาจากหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านสังคม ปัญหาทางจิตเวชและปัจจัยทางชีวภาพและสภาพแวดล้อมอื่นๆ (Pratepteranum W, 2014) ในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายบางรายก็พบว่ามีหลายๆปัจจัยร่วมกันที่เป็นสาเหตุในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้พบว่าเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายเป็นวัยรุ่นและวัยทำงานซึ่งมีอายุน้อย โดยมีประวัติการพยายามทำร้ายตนเองหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ประมาณหนึ่งในสามมีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและโรคทางกายเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต (Khamma A, 2013) และส่วนหนึ่งเป็นจากปัญหาอื่นๆ เช่น จากพฤติกรรมส่วนบุคคล การใช้สารเสพติดและการติดสุราเรื้อรัง ปัญหาสภาวะแวดล้อมและปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (Bae S and other, 2013)

ข้อมูลในประเทศไทยของกรมสุขภาพจิตพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายนั้นมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นในทุกๆปี (Lotrakul M and other, 1999; Udomrat P, 20056) โดยอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 เท่ากับ 6.07, 6.47, 6.4, 6.03 และ 6.32 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (Suicide.dmh.go.th, 2019) ซึ่งก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ภูมิภาคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือภาคเหนือ รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคอีสานและภาคใต้ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และเกิดความสูญเสียแก่ประเทศในหลายๆด้าน สูญเสียทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางการแพทย์และทรัพยากรทางเศรษฐกิจถึงแม้องค์การอนามัยโลกและกรมสุขภาพจิตของประเทศจะให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่องก็ตาม

จังหวัดพิจิตรมีอัตราการฆ่าตัวตายในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2561 เป็นดังนี้ 3.83, 3.84, 3.68, 6.27 และ 6.07 ต่อแสนประชากร ถึงแม้จะมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่าระดับประเทศแต่อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรก็ยังคงเพิ่มมากขึ้นกว่าปีก่อนหน้า และข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายเป็นลำดับของจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึง 39 คน ซึ่งเท่ากับอัตราการฆ่าตัวตาย 7.2 ต่อแสนประชากร (ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2562)

ดังนั้นทั่วโลกจึงตระหนักถึงปัญหานี้และหลายๆประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญการป้องกันและแก้ไขปัญหามารฆ่าตัวตาย

โดยเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกและกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ทำให้ผู้ศึกษาสนใจและเกิดแนวความคิดในการค้นหาปัจจัยเสี่ยง ซึ่งถ้าหากมีการศึกษาวิจัยและเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงอย่างแท้จริงที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดพิจิตร จะทำให้มีการคิดค้นหาวิธีการคัดกรองที่รวดเร็วขึ้นโดยอิงจากสาเหตุที่แท้จริงของการฆ่าตัวตายแล้วนำมาทำเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อค้นหา ให้ความรู้ บำบัดหรือลงพื้นที่หาทางออกและแก้ไขปัญหามาให้ตรงจุดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของปัจจัยเสี่ยงใช้ odds ratio, chi-square test และประชาชนในจังหวัดพิจิตร ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective chart review) ในรูปแบบ case control study โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562 จากรายงานการเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิตและกรณีไม่เสียชีวิต กรมสุขภาพจิต(รง 506S) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และได้รับการบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิตและกรณีไม่เสียชีวิต กรมสุขภาพจิต(รง 506S) ของจังหวัดพิจิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลนำมาปรับปรุงโดยผู้วิจัยให้มีความสอดคล้องกับงานวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัวทางกายและโรคประจำตัวทางจิตเวช ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น ประวัติเคยทำร้ายตนเองก่อนหน้านี้ ตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต มีสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตัวเอง ปัจจัยกระตุ้นสำคัญให้ลงมือทำร้ายตัวเอง ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาการใช้ยาเสพติด ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายหรือโรคทางจิตเวช ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาอื่นๆ(ถ้ามี)

การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษากลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจำนวน 147 ราย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 69.40) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 45 ราย(ร้อยละ 30.60) โดยผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 68) ในกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.5) ขณะที่กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.1 และ 48.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า ($OR=3.39$, $p < 0.01$, $CI= 7.600-12.658$)

ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 61.20) โดยคิดเป็นอายุเฉลี่ยที่ 47 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 81 (ร้อยละ 55.10) อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน 54 ราย (ร้อยละ 36.7) รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 26.5) (ตารางที่ 1) กลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีอายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 59.8) สถานภาพสมรส จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 54.9) อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน จำนวน 33 (ร้อยละ 32.4) มีโรคประจำตัวทางกาย 47 ราย (ร้อยละ 45.1) มีโรค

ประจำตัวทางจิตเวช 25 ราย (ร้อยละ 24.5) และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน 16 ราย (ร้อยละ 15.7) ส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย มีอายุระหว่าง 25-59 ปี เช่นกัน จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 64.4) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ 25 ราย (ร้อยละ 55.6%) อาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 46.7) มีโรคประจำตัวทางกาย 13 ราย (ร้อยละ 28.9) โรคประจำตัวทางจิตเวช 5 ราย (ร้อยละ 11.1) และมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน 3 ราย (ร้อยละ 6.7)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n=102)	พยายามฆ่าตัวตาย (n=45)	Odds Ratio (95% CI)
เพศ			
ชาย	78 (76.5%)	22 (48.9%)	3.39 (1.617-7.137)
หญิง	24 (23.5%)	23 (51.1%)	
อายุ			
10 – 24	11 (10.8%)	10 (22.2%)	
25- 59	61 (59.8%)	29 (64.4%)	
≥ 60	30 (29.4%)	6 (13.3%)	
สถานภาพ			
โสด	16 (15.7%)	14 (31.1%)	
สมรส	56 (54.9%)	25 (55.6%)	
หม้าย	17 (16.7%)	3 (6.7%)	
หย่าร้าง/แยก	13 (12.7%)	3 (18.8%)	
อาชีพ			
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	33 (32.4%)	21 (46.7%)	
เกษตรกรกรรม	31 (30.4%)	8 (20.5%)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	9 (8.8%)	1 (2.2%)	
นักเรียน/นักศึกษา	0 (0%)	5 (100%)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (19.6%)	9 (20%)	
วิธีการที่ใช้			
ผูกคอ	82 (80.4%)	4 (8.9%)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n=102)	พยายามฆ่าตัวตาย (n=45)	Odds Ratio (95% CI)
รับประทานยาเกินขนาด	1 (1%)	17 (37.8%)	
รับประทานยาฆ่าแมลง	2 (2%)	10 (22.2%)	
รับประทานยาปราบศัตรูพืช	6 (5.9%)	8 (17.8%)	
ใช้สารเคมี	0 (0%)	4 (8.9%)	
ใช้ปืน	10 (9.8%)	0 (0%)	
กระโดดน้ำ	1 (1%)	0 (0%)	
ใช้ของมีคม	0 (0%)	2 (4.4%)	
โรคประจำตัวทางกาย	47 (46.1)	13 (28.9%)	5.98 (4.932-7.256)
โรคประจำตัวทางจิตเวช	25 (24.5%)	5 (11.1%)	2.15 (1.946-2.386)
ประวัติเคยทำร้ายตนเอง	16 (15.7%)	3 (6.7%)	4.16 (3.561-4.880)

วิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการผูกคอตาย จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 58.5) ตามด้วยการรับประทานยาเกินขนาด 18 ราย (ร้อยละ 12.2) และการรับประทานยาปราบศัตรูพืชและยาฆ่าแมลง จำนวน 14 และ 12 ราย (ร้อยละ 9.5 และ 8.2) ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้วิธีการผูกคอตาย จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 80.4) ตามด้วยการใช้ปืน 10 ราย (ร้อยละ 9.8) ส่วนในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 37.8) รองลงมาเป็นการ

รับประทานยาฆ่าแมลง จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 22.2) ดูตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จอื่นๆ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง (OR = 2.394, 95%CI 2.150-2.665) เบาหวาน (OR= 1.800, 95%CI 1.579-2.053) ไขมันในเลือดสูง (OR= 0.841, 95%CI 0.719-0.984) และพิการหู/ตา/แขน/ขา (OR= 0.709, 95%CI 0.552-0.912) การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช เช่น โรคจิตสุราเรื้อรัง (OR= 0.792, 95%CI 0.667-0.941) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

โรคประจำตัว	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n=102)	พยายามฆ่าตัวตาย (n=45)	Odds Ratio (95% CI)
โรคประจำตัวทางกาย			
ความดันโลหิตสูง	25 (24.5%)	5 (11.1%)	2.394 (2.150-2.665)*
เบาหวาน	12 (11.8%)	4 (8.9%)	1.800 (1.579-2.053)*
โรคไตวายเรื้อรัง	5 (4.9%)	0 (0%)	0.947 (0.942-0.953)
โรคหัวใจ	1 (1%)	0 (0%)	0.991 (0.988-0.993)
โรคไขมันในเลือดสูง	6 (5.9%)	3 (6.7%)	0.841 (0.719-0.984)*

โรคปวดข้อเรื้อรัง	3 (2.9%)	2 (4.4%)	0.973 (0.816-1.158)
โรคปวดศีรษะเรื้อรัง	0 (0%)	2 (4.4%)	1.027 (1.022-1.032)
โรคตับเรื้อรัง	2 (2%)	0 (0%)	0.977 (0.974-0.981)
พิการหู/ตา/แขนขา	2 (2%)	1 (2.2%)	0.709 (0.552-0.912)*
มะเร็งทุกอวัยวะ	4 (3.9%)	0 (0%)	0.965 (0.960-0.970)
เอดส์/ติดเชื้อเอชไอวี	1 (1%)	0 (0%)	0.985 (0.982-0.988)
โรคเส้นเลือดสมอง/อัมพาต	3 (2.9%)	1 (2.2%)	1.323 (1.049-1.668)
วัณโรค	2 (2%)	0 (0%)	1.450 (1.300-1.617)
ลมชัก	2 (2%)	0 (0%)	1.450 (1.300-1.617)
โรคประจำตัวทางจิตเวช			
กลุ่มอาการทางจิต	1 (1%)	0 (0%)	0.982 (0.978-0.985)
โรคจิตเภท	2 (2%)	0 (0%)	0.974 (0.970-0.979)
โรคซึมเศร้า	10 (9.8%)	0 (0%)	0.909 (0.902-0.916)
โรคติดสุราเรื้อรัง	3 (2.9%)	2 (4.4%)	0.792 (0.667-0.941)*
ติดยาเสพติด	1 (1%)	0 (0%)	0.996 (0.994-0.998)
ประวัติเคยทำร้ายตนเอง	16 (15.7%)	3 (6.7%)	2.605 (0.719-9.35)*
มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง	39 (38.2%)	4 (8.9%)	6.192 (5.512-6.955)*
ตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต	99 (97.1%)	15 (33.3%)	110.222 (90.449-134.317)*

*p < 0.05

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (OR= 0.818, 95%CI 0.757-0.883) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการทะเลาะกับคนใกล้ชิด/น้อยใจถูกตำหนิ/ผิดหวังเรื่องความรัก/

หึงหวง ปัญหาเศรษฐกิจ(หนี้สิน/เสียทรัพย์/เสียพนัน) (OR= 2.362, 95%CI 2.145-2.602) และปัญหาการใช้สุรา/ติดสุรา (OR= 2.485, 95%CI 2.273-2.717) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปัจจัยกระตุ้น	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (n=102)	พยายามฆ่าตัวตาย (n=45)	Odds Ratio (95% CI)
ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	61 (59.8%)	29 (64.4%)	0.818 (0.757-0.883)*
ปัญหาการใช้สุรา	36 (35.3%)	10 (22.2%)	2.485 (2.273-2.717)*
ปัญหาการใช้ยาเสพติด	10 (9.8)	2 (4.4%)	1.662 (1.426-1.938)
ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย	13 (12.7%)	1 (2.2%)	5.982 (4.932-7.256)
ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	23 (22.5%)	5 (11.1%)	2.155 (1.946-2.386)
ปัญหาเศรษฐกิจ	28 (27.5%)	8 (17.8%)	2.362 (2.145-2.602) *
ปัญหาอื่นๆ	18 (17.6%)	6 (13.3%)	1.458 (1.320-1.610)

*p < 0.05

วิเคราะห์พหุสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงกับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือการป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.4 เท่า เบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1.6 เท่า ไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1.8 เท่า และการพิการหู/ตา/แขน/ขา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.5 เท่า การมีโรค

ประจำตัวทางจิตเวช โรคติดเชื้อเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3.6 เท่า รวมถึงประวัติเคยทำร้ายตนเอง มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเองและตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.7 เท่า, 2 เท่าและ 1.6 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยกระตุ้นได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 19.2 เท่า ปัญหาการใช้สุรา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.2 เท่า และปัญหาเศรษฐกิจ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 เท่า

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E.	Wald	df	p-value	Adjust OR	95% CI	
							Lower	Upper
ความดันโลหิตสูง	1.901	0.279	3.977	1	0.000**	2.466	3.815	11.733
เบาหวาน	1.867	0.287	4.546	1	0.000**	1.669	4.212	9.928
ไขมันในเลือดสูง	3.312	1.018	2.819	1	0.000**	1.874	0.023	0.057
พิการหู/ตา/แขน/ขา	2.185	0.366	5.376	1	0.000**	4.543	0.055	0.231
โรคติดเชื้อเรื้อรัง	2.685	0.268	3.974	1	0.023*	3.668	0.040	0.115
ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	2.959	0.128	5.736	1	0.000**	19.274	15.009	24.750
ปัญหาการใช้สุรา	2.586	0.114	19.114	1	0.000**	13.272	10.617	16.591
ปัญหาเศรษฐกิจ	1.537	0.111	5.179	1	0.000**	1.031	3.744	5.777
ประวัติเคยทำร้ายตนเอง	2.048	0.227	4.067	1	0.000**	7.752	4.969	12.093
มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเอง	0.702	0.112	5.648	1	0.000**	2.018	8.127	87.153
ตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต	6.412	0.156	4.639	1	0.000**	8.827	1.619	2.515
Constant	-28.134	8.934	15.542	1	0.000	0.000		

*p < 0.05 ** p<0.01

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ได้แก่ เพศ โดยเพศชายมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Khamma A, 2013; Prateeptheranum W, 2014) อายุพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย

สำเร็จจะมีอายุมากขึ้น อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงาน และสูงอายุ อาชีพพบว่าทั้งกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมากที่สุด สถานภาพสมรส/หม้าย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ การมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตัวเองและตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตมักเป็นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเช่นกัน (Prateeptheranum W, 2014) นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง โดยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากตัวโรค (Joshi P, 2017) เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิกการ โรคเส้นเลือดสมอง/อัมพาต เอดส์ โรคในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง และโรคประจำตัวทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และติดแอลกอฮอล์ (พรศิลป์ อุพนันท์, 2552) รวมไปถึงปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยกีดกันทางสังคมและเศรษฐกิจ (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Khamma A, 2013; 13. Freeman A and other, 2017; Franklin j and other, 2017) อธิบายได้จากเพศชายจะมีบุคลิกภาพและการตัดสินใจที่เด็ดขาดมากกว่าจึงมีการทำร้ายตนเองด้วยวิธีที่รุนแรงและหวังผลให้ถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้การแสดงออกทางอารมณ์มีข้อจำกัด ไม่เหมือนเพศหญิง อาจจะเพราะบทบาทผู้นำ ทำให้เก็บกดไม่แสดงหรือระบายอารมณ์ออกมา เมื่อเกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่สามารถหาทางออกได้จึงแสดงออกด้วยอารมณ์และการกระทำที่รุนแรง มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง และสัมพันธ์พฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการใช้แอลกอฮอล์เพื่อระบายความเครียดหรือทางออกของปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาอื่นพบว่าพฤติกรรมการบริโภคสุราเป็นปัจจัย

เสี่ยงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (จุฑามาศ หน่อต้น และคณะ, 2559) อธิบายได้จากฤทธิ์สุราจะมีผลต่อสมองคือจะไปกดสมองส่วนหน้า(cortex) ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ การตัดสินใจและการควบคุมตนเองบกพร่องส่งผลให้เกิดการตัดสินใจทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด

โรคทางกายที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง, มะเร็ง, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังและพิกการทางหูหรือสายตา (Khamma A, 2013; Joshi p and other, 2017) สำหรับผลการศึกษาพบว่าโรคทางกายที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และพิกการหู/ตา/แขน/ขา ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Chung JH and other, 2014) ซึ่งอธิบายได้จากในปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรังทางกายมักเกิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระคนรอบข้างและต้องพึ่งพาผู้อื่นจนนำไปสู่ความรู้สึกตนเองไม่มีค่า เกิดปัญหาความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า และเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา ส่วนโรคประจำตัวทางจิตเวชพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่ากลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยจากการศึกษาพบว่าโรคติดสุราเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายจากพฤติกรรมการบริโภคสุราส่งผลต่อสมองดังอธิบายไปแล้วข้างต้น ส่วนโรคซึมเศร้า จิตเภทและติดยาเสพติด พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่ากลุ่มพยายามฆ่าตัวตายแต่จากผลการทดลองไม่มีนัยสำคัญสถิติ

พฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติเคยทำร้ายตนเอง มีสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเองและตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต นั้นจากการศึกษาพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งจากการวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก (Prateeptheranum w, 2014; มาโนช หล่อตระกูล, 2551) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อนย่อมเพิ่มความเสี่ยงที่จะกระทำอีกในครั้งต่อไป ยังมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายบ่อยยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้นตามมา ส่วนการมีสัญญาณว่าจะทำร้ายตนเองนั้นอธิบายได้ว่าบุคคลผู้นั้นอาจจะมี ความเครียดหรืออยากระบายหรือสื่อสิ่งที่อยากทำออกมา จากการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่ามีสัญญาณบ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเอง เช่น เขียนจดหมายลาตาย, อำลาบุคคลใกล้ชิด, เขียนหรือโพสต์ข้อความตามที่สาธารณะต่างๆ เป็นต้น และการมีความตั้งใจทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตนั้น แสดงถึงว่าบุคคลนั้นไม่พร้อมมีชีวิตอยู่และมีความตั้งใจจะกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้น จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด น้อยใจที่ถูกตำหนิหรือผิดหวังทางความรัก/หึงหวง² ปัญหาการใช้สุราและปัญหาเศรษฐกิจซึ่งสร้างความกดดันและความเครียดในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่สามารถระบายหรือปรึกษากับบุคคลรอบข้างได้ ไม่

สามารถแก้ไขปัญหานั้นและยากจนได้ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จขึ้นมาเพื่อเป็นทางออกของปัญหา ซึ่งผลการศึกษาของงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนในจังหวัดพิจิตรก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ปัญหาการใช้สุราและปัญหาเศรษฐกิจส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งปัจจัยจากการศึกษาทั้งหมดน่าจะ สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คัดกรองกลุ่มเสี่ยงค้นหาประชากร ปรับทัศนคติ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รณรงค์ การเข้าพื้นที่เชิงรุก เช่น ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มพื้นที่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ให้เกิดเป็นมาตรการหนึ่งที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหา พฤติกรรมฆ่าตัวตายในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงมณภรณ์ เคหะลุน นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะในการทำวิจัยและการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล พยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาล อำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรที่สนับสนุนในการทำวิจัย จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ ล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนาภานต์ เจนใจ, ชิดชนก เรือนก้อน. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. 10(2): 137-151.

- พรศิลป์ อุปนันท์.(2552). ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสาร สวนปรง. 25(1-3):27-37.
- มานิช หล่อตระกูล. (2551). การศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. 48(4) 231-239
- ศุภรัตน์ เอกอัครวิน. (2545). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 10(3):143-150.
- Bae S, Lee Y, Cho I, Kim S, Im J, Cho S.,(2013). Risk Factors for Suicidal Ideation of the General Population: J Korean Med Sci. 28: 602-607.
- Chung JH, Moon K, Kim DH, Min JW, Kim TH, Hwang HJ. (2014). Suicidal ideation and suicide attempts among diabetes mellitus: J Psychosom Res 77:457-61.
- Franklin J, Ribeiro J, Bentley K, Huang X, Musacchio K, Chang B, et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A Meta-Analysis of 50 years of research: Psychological Bulletin. 143(2): 187-232
- Freeman A, Mergl R, Kohls E, Szekely A, Gusmao R, Arensman E, et al (2017).. A cross-national study on gender differences in suicide intent: BMC Psychiatry. 17:234 2-11.
- Joshi P, Song H, Lee S, (2017). Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults: Indian J psychiatry. 59(3): 352-358.
- Khamma A, (2013). Risk factor associated with suicide; a case-control study in Sukhothai province: J Psychiatr Assoc Thailand. 58(1): 3-16.
- Lotrakul M, Kakina S, Thanaphaisarn A., (1999). Break through crisis : Analysis gender male and female attempted suicide. Bangkok : Bureau of Mental Health Technical Development, Department of Mental Health, Ministry of public Health. 3:13-44.
- Pratepteranum W, (2014). The rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaopayayommarat Hospital Suphanburi. 28(3) ;90-103.
- Pratepteranum W, (2014). The rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaopayayommarat Hospital Suphanburi. 28(3) ; 2014;90-103.
- Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapailoon P, Kenbubpha K, Yingteun R, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. (2011). The suicidality in Thai population: A national survey. J Psychiatr Assoc Thailand. 56(4): 413-424.
- Suicide.dmh.go.th (2019) ; ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- Udomrat P, Monkol A, Tungserree T.(2005). Management of depression and suicide prevention. 2nd ed. Bangkok :Department of Mental Health, Ministry of public Health 2.