

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2563

ชินอรส ลีสวัสดิ์ พ.บ., ส.ม.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	21 มี.ค. 2565
วันแก้ไข:	8 ก.ค. 2565
วันตอบรับ:	27 ก.ค. 2565

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2562 และ 2563 และศึกษามาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบผสมผสานในรูปแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย ในส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติโคสแควร์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตด้วยสถิติ independent t-test ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น (จาก 3,698 เป็น 4,440 ราย) เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่เป็นเพศชายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ($p < 0.05$) สถานภาพสมรส คู่หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) อาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ การผูกคอตาย รองลงมาคือ การกินสารกำจัดวัชพืชและการใช้ปืน กลุ่มที่มีปัญหาตงานและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ พ.ศ. 2544 แต่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นการวิเคราะห์ใน ส่วนกลางและระดับเขตโดยกรมสุขภาพจิตและศูนย์สุขภาพจิต ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด การดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิตแต่ยังขาดการสนับสนุนทางนโยบายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงเป็นการบ่งชี้แบบทั่วไปจากส่วนกลางยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมายที่มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นที่ต้องมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มเติมคือกลุ่มเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส ข้อเสนอเชิงนโยบาย (1) ควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นระดับประเทศในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วม (2) ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับพื้นที่ (3) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา (4) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส (5) ควรมีการบูรณาการการกิจและการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อออกมาตรการที่สอดคล้องและให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (6) ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจสอบจับสัญญาณการขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย; ระบาดวิทยา; ประเทศไทย

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 ราย ต่อปีหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 40 วินาที อัตราการฆ่าตัวตายต่อปีในระดับโลกเท่ากับ 11.4 ต่อแสนประชากร (ชาย 15.0 และหญิง 8.0) การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่น่าเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศ ส่งผลกระทบต่อด้านลบในระยะยาวต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ยังต้องดำเนินชีวิตต่อไป⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,137 คน หรือเท่ากับ 6.3 ต่อแสนประชากร โดยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเจ็บป่วยทั้งทางจิตและทางกาย ซึ่งสามารถป้องกันได้หากมีมาตรการที่เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ ให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสามารถรักษาตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾

กรมสุขภาพจิตได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของประชาชนในประเทศไทยมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2546 โดยได้จัดทำระบบรายงานผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้ทราบถึงสาเหตุที่สำคัญในการฆ่าตัวตายและหามาตรการที่จะป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายคือ รายงาน 506DS⁽³⁾ ซึ่งเป็นรายงานที่รวบรวมจากหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2563 ได้เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ระดับโลก (coronavirus pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ รัฐบาลไทยได้ประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽⁵⁾ ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งในด้าน

สุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การแยกกักโรคของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ความโดดเดี่ยวที่ต้องอยู่ห่างจากครอบครัว การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน ภาวะเศรษฐกิจที่อยู่อย่างยากลำบาก การว่างงาน ภาระหนี้สินที่เพิ่มขึ้น กลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อยที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิด ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟและการฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 – 2563 และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบว่าจำนวนการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ในช่วงปีก่อนที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. 2562) กับปีที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. 2563) (2) ศึกษาเกี่ยวกับระบบและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยว่าครอบคลุม กลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อประกอบการนำไปทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) ในรูปแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 – 2563 โดยการศึกษาเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูล-ทฤษฎี คือ ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจากฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (รายงาน 506 DS) และการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย จำนวน 15 คน ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยมีประเด็นการศึกษา 4 ประเด็นตามตัวแบบสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก (public health model for suicide prevention)⁽¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบเฝ้า-

ระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (2) การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน (3) การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย (4) การนำไปสู่การปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและอาชีพ ข้อมูลด้านสถานที่ ได้แก่ เขตสุขภาพ ข้อมูลด้านเวลา ได้แก่ เดือนและปีที่ฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ข้อมูลโรคประจำตัว ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ได้แก่ (1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย มาตรการที่เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างและบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อให้ทราบถึงระบบและมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย (3) ศึกษาวิเคราะห์ระบบและมาตรการที่เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ-

เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตด้วยสถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 009/2565 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยการนำเสนอข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลหรือเข้าถึงตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 และ 2563 จำนวน 3,698 รายและ 4,440 ราย ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของผู้เสียชีวิตดังกล่าวมาวิเคราะห์เปรียบเทียบดังที่แสดงในตารางที่ 1 กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดในทั้ง 2 ปี คือกลุ่มอายุ 25-44 ปี เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) สถานภาพสมรสและอาชีพมีความสัมพันธ์กับปี พ.ศ.ที่เสียชีวิต ($p < 0.01$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562-2563

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย				p-value (Independent t-test/ Chi square test)	
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุเฉลี่ย	45.97		45.78		0.295	
กลุ่มอายุ (ปี)	<25	317	8.57	435	9.80	0.170
	25 - 44	1,535	41.51	1,821	41.01	
	45 - 64	1,313	35.51	1,516	34.14	
	≥65	533	14.41	668	15.05	
เพศ	ชาย	2,973	80.39	3,592	80.90	0.565
	หญิง	725	19.61	848	19.10	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562-2563 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย				p-value (Independent t-test/ Chi square test)
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					<0.001
โสด	1,634	44.19	1,396	31.44	
คู่	1,208	32.67	1,773	39.93	
หม้าย	317	8.57	550	12.39	
หย่า/แยก	382	10.33	558	12.57	
อาชีพ					<0.001
รับจ้าง/ทำงานเอกชน	1,378	37.26	1,771	39.89	
เกษตรกรกรรม	1,050	28.39	1,225	27.59	
ค้าขาย/ทำงานส่วนตัว	180	4.87	220	4.95	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน	694	18.77	496	11.17	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	144	3.89	142	3.20	

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายรายเดือนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับปี พ.ศ. ที่เสียชีวิตจากตารางที่ 1 โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเพศชายเพิ่มขึ้น (p=0.003) เมื่อนำไป

จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุที่เป็นเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p=0.002)

เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่าสถานภาพคู่หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p=0.002 p=0.001 และ p<0.001 ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่าอาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (p<0.001) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน

ตารางที่ 2 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562-2563

	จำนวนผู้เสียชีวิต		ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	3,698	4,440	308.17	370.00	0.005*
อายุเพศชาย (ปี)	2,973	3,592	247.75	299.33	0.003*
<25	251	341	20.92	28.42	0.002*
25-44	1,310	1,568	109.17	130.67	0.013
45-64	1,003	1,170	83.58	97.50	0.017
≥65	409	513	34.08	42.75	0.033
อายุเพศหญิง (ปี)	725	848	60.42	70.67	0.052
<25	66	94	5.50	7.83	0.021
25-44	225	253	18.75	21.08	0.242
45-64	310	346	25.83	28.83	0.280
≥65	124	155	10.33	12.92	0.103

ตารางที่ 2 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562-2563 (ต่อ)

	จำนวนผู้เสียชีวิต		ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
สถานภาพสมรส					
โสด	1,634	1,396	136.17	116.33	0.241
คู่	1,208	1,773	100.67	147.75	0.002 *
หม้าย	317	550	26.42	45.83	0.001 *
หย่า/แยก	382	558	31.83	46.50	0.000 *
อาชีพ					
รับจ้าง/ทำงานเอกชน	1,378	1,771	114.83	147.58	0.001 *
เกษตรกร	1,050	1,225	87.50	102.08	0.025
ค้าขาย/ทำงานส่วนตัว	180	220	15.00	18.33	0.111
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน	694	496	57.83	41.33	0.003 *
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	144	142	12.00	11.83	0.914

เสียชีวิตลดลง (p=0.003)

ภาพที่ 1 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกรายเดือน พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเป็นรายเดือนใน พ.ศ. 2563 สูงกว่า พ.ศ. 2562 ยกเว้นเดือนตุลาคม

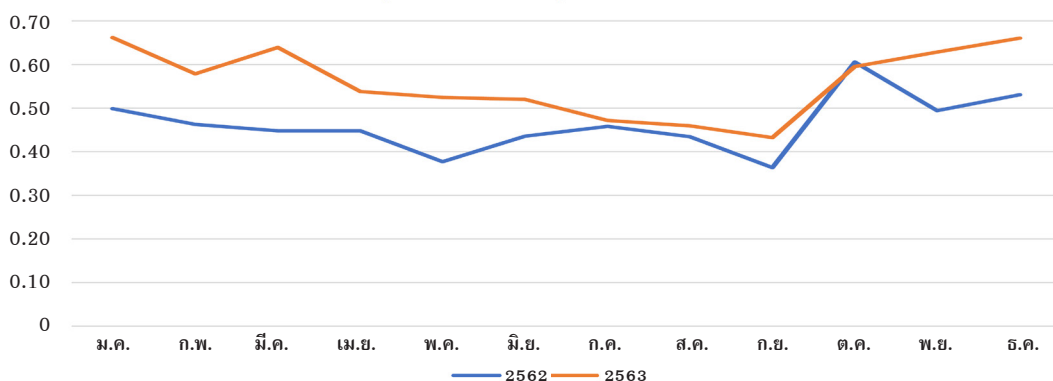
ตารางที่ 3 แสดงถึงจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามสถานที่ที่ผู้เสียชีวิตทำการฆ่าตัวตายในระดับเขตสุขภาพพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ เขตสุขภาพที่ 1 (11.97 และ 14.81 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2562 และ 2563 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด ใน พ.ศ. 2562 และ 2563 คือ การผูกคอ ร้อยละ

73.36 และ 80.54 ตามลำดับ รองลงมาคือ การกินสารกำจัดวัชพืช ร้อยละ 9.71 และร้อยละ 7.52 ตามลำดับ และการใช้ปืน ร้อยละ 5.52 และร้อยละ 4.91 ตามลำดับ

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมี ปัญหาที่สำคัญคือปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาโรคประจำตัว ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาการใช้สารเสพติด ตามลำดับ และในกลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาตงงานและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (p=0.001 และ p=0.000 ตามลำดับ)

ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกรายเดือน พ.ศ. 2562-2563



ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามเขตสุขภาพ พ.ศ. 2562-2563

เขตสุขภาพ	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย											
	พ.ศ. 2562						พ.ศ. 2563					
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร
เขตสุขภาพที่ 1	579	20.12	127	4.21	706	11.97	685	23.92	185	6.14	870	14.81
เขตสุขภาพที่ 2	310	17.60	70	3.87	380	10.64	297	17.03	101	5.63	398	11.25
เขตสุขภาพที่ 3	151	10.37	51	3.35	202	6.78	166	11.58	49	3.26	215	7.33
เขตสุขภาพที่ 4	148	5.70	46	1.64	194	3.59	153	5.90	34	1.21	187	3.46
เขตสุขภาพที่ 5	169	6.47	64	2.34	233	4.35	212	8.16	52	1.90	264	4.95
เขตสุขภาพที่ 6	219	7.24	74	2.34	293	4.74	232	7.67	75	2.36	307	4.95
เขตสุขภาพที่ 7	229	9.18	35	1.37	264	5.22	283	11.42	50	1.96	333	6.63
เขตสุขภาพที่ 8	277	9.99	54	1.94	331	5.95	385	14.01	56	2.02	441	7.99
เขตสุขภาพที่ 9	319	9.50	78	2.28	397	5.86	447	13.46	100	2.94	547	8.14
เขตสุขภาพที่ 10	121	5.24	21	0.91	142	3.07	259	11.32	37	1.61	296	6.45
เขตสุขภาพที่ 11	265	11.95	56	2.46	321	7.14	282	12.78	70	3.08	352	7.85
เขตสุขภาพที่ 12	178	7.24	46	1.81	224	4.48	174	7.10	35	1.38	209	4.19
เขตสุขภาพที่ 13	8	0.30	3	0.10	11	0.19	17	0.65	4	0.14	21	0.38

ตารางที่ 4 การฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563

วิธีการฆ่าตัวตาย	ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย											
	พ.ศ. 2562						พ.ศ. 2563					
	ชาย		หญิง		รวม		ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผูกคอ	2,235	75.18	478	65.93	2,713	73.36	2,936	81.74	640	75.47	3,576	80.54
กินสารกำจัดวัชพืช	266	8.95	93	12.83	359	9.71	242	6.74	92	10.85	334	7.52
ใช้ปืน	196	6.59	8	1.10	204	5.52	209	5.82	9	1.06	218	4.91
กินยาฆ่าแมลง	78	2.62	25	3.45	103	2.79	52	1.45	25	2.95	77	1.73
กระโดดจากที่สูง	66	2.22	20	2.76	86	2.33	18	0.50	1	0.12	19	0.43
กินยาเกินขนาด	22	0.74	32	4.41	54	1.46	23	0.64	27	3.18	50	1.13
รมควัน/แก๊ส	22	0.74	14	1.93	36	0.97	25	0.70	20	2.36	45	1.01
ใช้ของมีคม	22	0.74	5	0.69	27	0.73	21	0.58	4	0.47	25	0.56
กระโดดน้ำ	18	0.61	7	0.97	25	0.68	19	0.53	16	1.89	35	0.79
วิ่งให้รถชน	5	0.17	2	0.28	7	0.19	4	0.11	1	0.12	5	0.11

ตารางที่ 5 การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำแนกตามปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2562 - 2563

ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	ผู้เสียชีวิต				ค่าเฉลี่ยรายเดือน		p-value (independent t-test)
	พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ปัญหาโรคประจำตัว	1,904	51.49	2,102	47.34	158.67	175.17	0.172
1.1 โรคทางจิตเวช	917	24.80	1,081	24.35	76.42	90.08	0.039
1.1.1 โรคจิต	453	12.25	572	12.88	37.75	47.67	0.007
1.1.2 โรคซึมเศร้า	338	9.14	401	9.03	28.17	33.42	0.167
1.2 โรคทางกาย	1,417	38.32	1,305	29.39	118.08	108.75	0.428
1.2.1 โรคไม่ติดต่อ	763	20.63	913	20.56	63.58	76.08	0.009
1.2.2 โรคเรื้อรัง	399	10.79	504	11.35	33.25	42.00	0.016
2. ปัญหาความสัมพันธ์	2,098	56.73	2,227	50.16	174.83	185.58	0.317
3. ปัญหาการใช้สุรา	1,023	27.66	1,047	23.58	85.25	87.25	0.759
4. ปัญหาการใช้สารเสพติด	388	10.49	454	10.23	32.33	37.83	0.121
5. ปัญหาทางเศรษฐกิจ	766	20.71	950	21.40	63.83	79.17	0.018
5.1 ยากจน/ค้าขายขาดทุน	375	10.14	281	6.33	31.25	23.42	0.010
5.2 ตกงาน	204	5.52	325	7.32	17.00	27.08	0.001*
5.3 หนี้สิน	130	3.52	500	11.26	10.83	41.67	0.000*

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาระบบและมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในการศึกษานี้ได้ใช้ตัวแบบสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษามีดังนี้

ระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการริเริ่มการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โดยมีกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้รายงานการฆ่าตัวตาย 506 DS ตั้งแต่ พ.ศ. 2546

ใน พ.ศ. 2563 ได้เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 และแพร่กระจายไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย กรมสุขภาพจิตได้ประเมินสถานการณ์การระบาดและผล-

กระทบด้านสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นโดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ได้รับผลกระทบเกิดภาวะเครียด ภาวะหมดไฟ ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จึงได้จัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และเสนอไปที่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนแผนดังกล่าวลงสู่เขตสุขภาพทุกเขตในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยมีกิจกรรมการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจให้สามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดและผลกระทบที่ตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยใช้การสร้างพลังสุขภาพจิต (resilience) ซึ่งจะเป็นความยืดหยุ่นทางจิตใจที่อยู่ในตัวบุคคลที่จะทำให้สามารถก้าวผ่านวิกฤติหรือเหตุการณ์ร้ายต่างๆ ในชีวิตไปได้ การกำหนดให้มีมาตรการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่เข้าพักใน

สถานกักตัว กลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรค-โควิด 19 กลุ่มญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยโควิด 19 ที่เสียชีวิต โดยเป็นการคัดกรองผ่านแอปพลิเคชัน ตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)⁽⁷⁾

การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้มีการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ (1) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า (2) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคเรื้อรัง โรคที่ทำให้เกิดอาการปวดแบบเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเอดส์ (3) การพยายามทำร้ายตนเองหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย (4) พฤติกรรมส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การติดสุรา การติดสารเสพติด การมีอารมณ์รุนแรง หุนหันพลันแล่น ซึ้นน้อยใจ (5) การมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก เพื่อน ครอบครัว (6) การมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจน การตกงานหรือว่างงาน การมีภาระหนี้สิน

ส่วนปัจจัยปกป้องที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ (1) พลังสุขภาพจิตและความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient: EQ) (2) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน (3) สังคมที่มีระบบรัฐสวัสดิการที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีระบบโครงข่ายรองรับทางสังคม (social safety net) ที่เข้มแข็ง (4) การมีความเชื่อทางศาสนาที่เป็นปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย (5) การจำกัดการเข้าถึงสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น ยาฆ่าจิตเวช⁽¹⁻³⁾

การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนามาตรการที่ใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยอาจจำแนกมาตรการเป็นมาตรการในระดับประเทศและมาตรการในระดับพื้นที่ได้ดังนี้

มาตรการระดับประเทศที่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

(1) มาตรการด้านการกำหนดนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้กำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีกรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบในการดำเนินการ

(2) มาตรการด้านการบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้จัดทำและประเมินผลฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายระดับประเทศเพื่อบ่งชี้ความเสี่ยงและสื่อสารความเสี่ยงผ่านการรณรงค์และการแถลงข่าวในวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก

(3) มาตรการด้านการพัฒนาบุคลากร ได้สนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขได้มีองค์ความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

(4) มาตรการสร้างความรอบรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้จัดประชุมสัมมนาสื่อมวลชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเลียนแบบ (copycat)

(5) มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมจะสามารถลดจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายได้

(6) มาตรการเพื่อสร้างเสริมปัจจัยที่ป้องกันการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2563 กรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่อยู่ในสถานที่กักกันที่ทางราชการกำหนด พร้อมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนด้วยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน⁽⁸⁾

(7) มาตรการลดการเข้าถึงสิ่งที่ใช้เพื่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการรณรงค์ให้มีการเลิกใช้สารกำจัดวัชพืช ได้แก่ พาราควอต และคลอร์ไพริฟอส เนื่องจากเป็นสารที่มีพิษรุนแรงต่อ

ร่างกายและอัตราเสียชีวิตสูง ผลการณรงค้อย่างต่อเนื่อง ทำให้คณะกรรมการวัดอุณัตรายมีมติให้ยกเลิกการใช้พาราควอตและคลอร์ไพริฟอสโดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563⁽⁹⁾

มาตรการในระดับพื้นที่ มีดังนี้

(1) มาตรการระดับเขตสุขภาพ ได้แก่ มาตรการเชิงนโยบายโดยจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานป้องกัน ฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์การฆ่าตัวตายระดับเขตให้แก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับจังหวัด มาตรการขับเคลื่อนแผนงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านทางกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด มาตรการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ มาตรการพัฒนาบุคลากรโดยจัดอบรมพัฒนาทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ

(2) มาตรการระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ มาตรการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอำเภอและการอบรมพัฒนาศักยภาพ 3 หมอในการป้องกันการฆ่าตัวตายภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

(3) มาตรการระดับตำบล ชุมชน/หมู่บ้าน ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ มาตรการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนหรือการเสริมสร้างวัดชื่นใจในชุมชน มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน

การนำไปสู่การปฏิบัติ

การนำมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายไปสู่การปฏิบัติ มีการนำไปปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่จะขับเคลื่อนโดยศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะดำเนินการในรูปแบบการประชุมชี้แจง การฝึกอบรมและการลงไป

สนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยผ่านทางกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด

วิจารณ์

การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยใน พ.ศ. 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า พ.ศ. 2562 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายหลังเกิดการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19^(10,11) การใช้มาตรการทางสังคมที่เคร่งครัดในการป้องกันและควบคุมโรคนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจที่จะทำให้เกิดการว่างงานมากขึ้น มีการศึกษาผลกระทบของการว่างงานใน 63 ประเทศทั่วโลกในระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2554 พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดปัญหาการว่างงาน⁽¹²⁾

เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) และเพศชายเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹³⁻¹⁵⁾ การที่เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเป็นเพราะเพศชายกล้าใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น การแขวนคอหรือใช้ปืน ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตทันที นอกจากนั้นเพศชายยังมีความหุนหันพลันแล่นมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะในกลุ่มอายุที่เป็นวัยรุ่น⁽¹⁶⁾ ผู้ชายยังมีการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิง ซึ่งผู้ชายที่มีประวัติการใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เสพ 5.09 เท่า⁽¹⁷⁾ การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดยังส่งผลให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบจนทำให้เลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงที่ทำให้เสียชีวิต⁽¹⁸⁾

สถานภาพสมรส คู่ หม้าย หย่า/แยก มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดเสียชีวิตน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มที่เสียชีวิตสูงสุด จากกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด ในปี พ.ศ. 2562 ไปเป็นกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สถานภาพสมรส คู่ จะมีการฆ่า

ตัวตายน้อยกว่าสถานภาพสมรส โสด^(3,13) การศึกษาในอังกฤษและเวลส์ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2539 พบว่าผู้ที่มิใช่สถานภาพสมรส โสด หมาย หยา/แยก มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วทั้งชายและหญิง⁽¹⁹⁾

อาชีพรับจ้าง/ทำงานเอกชนมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ในปี พ.ศ. 2544-2548 พบว่าปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่มีรายได้เป็นค่าจ้างแน่นอน จะมีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน⁽²⁰⁾ อาชีพที่ใช้ทักษะในการประกอบอาชีพในระดับต่ำจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าอาชีพที่ใช้ทักษะในการประกอบอาชีพระดับสูง⁽²¹⁾ เพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดในกลุ่มอาชีพที่ใช้ทักษะในระดับต่ำโดยเฉพาะในกลุ่มคนงานก่อสร้าง⁽²²⁾

เขตสุขภาพที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือเขตที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงสุดในภาคเหนือ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนหรือเขตสุขภาพที่ 1 โครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับพื้นที่ภาคเหนือตอนบน⁽²³⁾

กลุ่มที่ตกงานและกลุ่มที่มีภาระหนี้สินมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การตกงานและภาระหนี้สินที่ตามมาหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดภาวะความเครียดทางการเงินและส่งผลกระทบต่ออัตราการฆ่าตัวตาย การศึกษาเรื่องภาวะความเครียดทางการเงินและพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศอังกฤษเมื่อเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กับความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย⁽²⁴⁾ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยครั้งใหญ่หลังปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.99⁽²⁵⁾

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีการริเริ่มการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งต่อมาได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้รายงานการฆ่าตัวตาย 506 DS แต่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นการวิเคราะห์ในส่วนกลางและระดับเขตโดยกรมสุขภาพจิต และศูนย์สุขภาพจิต ยังขาดวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และยังไม่มีการกำหนดช่วงเวลาการออกรายงานที่ชัดเจนว่าจะเป็นการรายงานประจำเดือน ไตรมาสหรือรายปี

การดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา แต่การป้องกันการฆ่าตัวตายยังขาดการสนับสนุนทางนโยบายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งในระดับกระทรวงและนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน

การบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันในประเทศไทยเป็นการบ่งชี้แบบทั่วไปจากส่วนกลาง ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตโดยให้พื้นที่มีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้ถูกบ่งชี้ความเสี่ยงมาก่อนในประเทศไทยคือกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส โดยเฉพาะกลุ่มที่เพิ่งเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรสเป็น หมาย หยา/แยก เพราะมีการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลง

สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพสมรสกับการฆ่าตัวตายในสวีเดน พบว่า กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรสจะมีอัตราการฆ่าตัวตายในช่วง 5 ปีหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรสสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกือบ 2 เท่า⁽²⁶⁾ จึงควรมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส

กลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มที่ต้องบ่งชี้ความเสี่ยงเพิ่มเติมคือกลุ่มเพศชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจจะมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายนี้โดยตรง โดยเฉพาะการว่างงานหลังจบการศึกษาเพราะพบว่า การตกงานหรือการว่างงานและรายได้มีน้อยมีผลต่อการฆ่าตัวตายในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁷⁾ จึงควรมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา โดยดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนการแก้ไขปัญหาการว่างงานในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง โดยบูรณาการร่วมกับกระทรวงแรงงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

การพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การพัฒนามาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ยังคงขาดการประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ มาตรการที่ใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายมีทั้งมาตรการที่เกี่ยวกับสุขภาพและมาตรการที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม การจะลดจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีมาตรการร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวง-

แรงงาน กระทรวงการคลัง เพื่อให้เกิดมาตรการในการป้องกันการฆ่าตัวตายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจัดเป็นชุดของมาตรการ เช่น มาตรการช่วยเหลือทางการเงิน มาตรการช่วยเหลือลูกหนี้ มาตรการช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพและแรงงาน

การนำไปสู่การปฏิบัติ

การเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตายยังมีการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่แตกต่างกันไป พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือนโยบายด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้บริหารระดับจังหวัด ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

นอกจากนี้ในปัจจุบันคนรุ่นใหม่ในวัยหนุ่มสาวนิยมใช้การสื่อสารผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ไม่เหมาะสมอาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเลียนแบบ จึงควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจสอบสัญญาณขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์

ข้อจำกัด

ข้อมูลจากรายงาน 506 DS ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้รับรายงานจากหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานครมีข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่อยู่นอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) ควรกำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศ โดยมีแผนการป้องกันการฆ่าตัว-

ตายระดับประเทศที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

(2) ควรจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและค้นหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด พร้อมทั้งกำหนดมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกลไกในการขับเคลื่อน

(3) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยที่เป็นนักเรียน นักศึกษา โดยดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัย

(4) ควรมีมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส โดยการให้คำปรึกษา การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและการมีมาตรการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้คนกลุ่มนี้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

(5) ควรมีการบูรณาการภารกิจและการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อออกมาตรการที่สอดคล้องและให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจัดเป็นชุดของมาตรการด้านต่างๆ เช่น มาตรการช่วยเหลือทางการเงิน มาตรการช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพและแรงงาน

(6) ควรนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจจับสัญญาณการขอความช่วยเหลือและแจ้งเตือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในสื่อสังคมออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารระดับสูงของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติของกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตทุกเขตสุขภาพที่ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับเขต ตลอดจนหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยรายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายด้วยรายงาน 506 DS จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. 2014 [cited 2022 March 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, จริญญา พิชัยคำ, และคณะ. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย) พ.ศ. 2548. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed* 2020;91(1):157-60.

5. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 69 ง (ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563).
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2563.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
8. กลุ่มวารสารและคลังความรู้สุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จดหมายเหตสุขภาพจิตไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 (ธันวาคม 2562-ธันวาคม 2563). นนทบุรี: วนิดาการพิมพ์; 2564.
9. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง บัญชีรายชื่อวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 117 ง (ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2563).
10. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health (Oxf)* 2021;fdab113.
11. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* 2021;5(2):229-38.
12. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(3):239-45.
13. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปีการศึกษา พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอมพิวเตอร์ (ขอนแก่น); 2546.
14. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554; 56(4): 413-24.
15. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 [cited 2022 May 8];60(1):90-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1819.2006.01465.x>
16. สุพัตรา สุขาวห, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2560;62(4):359-78.
17. Pitman A, Krysinska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. *Lancet* 2012;379(9834):2383-92.
18. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;58(1):3-6.
19. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM Popul Health* 2021;15:100853.
20. Gallagher LM, Kliem C, Beautrais AL, Stallones L. Suicide and occupation in New Zealand, 2001-2005. *Int J Occup Environ Health* 2008;14(1):45-50.
21. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013;203(6):409-16.
22. Windsor-Shellard B, Gunnell D. Occupation-specific suicide risk in England: 2011-2015. *Br J Psychiatry* 2019;215(4):1-6.
23. Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005;88(7):944-8.
24. Stevenson C, Wakefield JRH. Financial distress and suicidal behaviour during COVID-19: Family identification attenuates the negative relationship between

- COVID-related financial distress and mental ill-health. *Journal of Health Psychology*. 2021; 26(14): 2665–75.
25. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet* 2012;380(9856):1813–4.
26. Rožkar S, Podlesek A, Kuzmanić M, Demšar LO, Zaletel M, Marušič A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis* 2011;32(1):24–30.
27. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2003 [cited 2022 April 28];160(4):765–72. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.4.765>

Abstract: Epidemiology of Suicide in Thailand, 2019 – 2020

Chinoros Leesawat, M.D., M.P.H.

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(4):623-37.

The objectives of this study were to study the suicide situation in Thailand and to compare the number of suicide deaths in the year 2019 and 2020, as well as to study on suicide prevention system and measures in Thailand to be used in making policy proposals for planning suicide prevention plan at the national level. The study was a mixed method in the form of explanatory sequential design. The quantitative study used descriptive statistics such as mean, percentage and analytical statistics such as correlation with chi-square, arithmetic mean comparison with independent t-test. Qualitative study used in-depth interview and analyzed by content analysis. The study found that suicide deaths in Thailand increased from 3,698 in 2019 to 4,440 in 2020. Male dead more than female (4:1). Male suicide deaths increased ($p=0.003$), especially among those under 25 years old ($p=0.002$). Marital status, widowed, divorced/separated, increased mortality ($p=0.002$ $p=0.001$ and $p=0.000$ respectively), the employed/private work had an increase in mortality ($p=0.001$). Health region with the highest suicide rate was health region 1. The most common methods of suicide were hanging, followed by herbicide ingestion and the use of guns. Unemployed and indebted group had an increase in suicide ($p=0.001$ and $p=0.000$, respectively). Surveillance and suicide prevention systems had been developed for suicide prevention since 2001, but suicide data were analyzed at national level and regional level by Department of Mental Health and Mental Health Centers, there was still a lack of data analysis at the provincial level. Most of the prevention measures were carried out by Department of Mental Health, but there was still lack of policy support and participation of agencies involved in suicide prevention. Identification of risk factors was generalized and centralized indication, there was still lack of risk factor analysis at the provincial level. The target groups with increased suicide deaths requiring additional suicide prevention measures were (1) group of males younger than 25 years, and (2) groups who had changed their marital status. Policy recommendations: (1) suicide problem should be addressed as a national priority to establish national suicide prevention plan that all sectors involved; (2) suicide risk surveillance system should be established at the provincial level as well as defining suicide prevention measures that are appropriate for the area; (3) there should be measures to prevent suicide among people under 25 years old, most of whom are still students; (4) there should be measures to prevent suicide in groups with change in marital status; (5) there should be an integrated mission and collaboration between ministries related to suicide risk factors to implement consistent measures and provide social support to those at risk of suicide; and (6) there should be applied digital technology such as artificial intelligence that can detect the call for help of people at risk of suicide and alert those who responsible for suicide prevention on social media.

Keywords: suicide; epidemiology; Thailand