

บทความพิเศษ

Review article

แนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้า

กฤตติกวินธุ์ พรหมชุมสา ส.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซ้อแล อำเภอมะเข่ จังหวัดเชียงใหม่

ติดต่อผู้เขียน: กฤตติกวินธุ์ พรหมชุมสา Email: nukkerkrittikawin@gmail.com

วันรับ: 20 พ.ย. 2568

วันแก้ไข: 15 ม.ค. 2569

วันตอบรับ: 29 ม.ค. 2569

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทย โดยครอบคลุมปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ จากการทบทวนการศึกษาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว การสูญเสียบุคคลสำคัญ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเชิงกลไกระหว่างความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ว่าเป็นภาระ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการตัดสินใจจบชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ บทความได้นำเสนอแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุใน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับนโยบาย โดยเน้นการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิต การเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุก ผลจากการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ พบว่า การคัดกรองเชิงรุก การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ข้อเสนอเชิงนโยบายมุ่งเน้นการขยายผลแนวทางที่ประสบความสำเร็จ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในบริบทสังคมไทย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การป้องกันการฆ่าตัวตาย; ภาวะซึมเศร้า; ความเครียด; สุขภาพจิต**บทนำ**

ในปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยใน พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคตอัน

ใกล้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นจากการเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัว สภาพเศรษฐกิจที่กีดตัน การขาดแคลนการดูแลแบบครบวงจร และการอยู่คนเดียว สถานการณ์เหล่านี้สัมพันธ์กับภาวะโรคเรื้อรัง ภาวะ-

ซึมเศร้า ปัญหาความเครียดสะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทในสังคม การสูญเสียคนใกล้ชิด หรือปัญหาสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ปัจจัยเหล่านี้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย^(1,2)

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นเนื่องจากมักเลือกใช้วิธีที่มีความรุนแรงและไม่แสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้าอย่างชัดเจน⁽³⁾ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตจากหลายปัจจัย เช่น ทัศนคติต่อการรักษา การขาดผู้ดูแล หรือการขาดระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน^(4,5) สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.09, 8.00 และ 7.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.47, 10.15 และ 10.21 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี และสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน^(6,7) ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุมากกว่า 17 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด⁽⁸⁾ การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจึงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และโครงสร้างสังคมในระยะยาว ทำให้จำเป็นต้องมีการวางแผนเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาอย่างเป็นระบบในทุกระดับ

จากการทบทวนเอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเทศไทยได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดแนวทางป้องกันในระดับชาติผ่านแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งมุ่งเน้นการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ^(9,10)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายและแผนงานดังกล่าว ปัญหาภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุยังคงพบอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความท้าทายในการนำแนวทางเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมบริบทของสังคมไทย

เมื่อพิจารณาการศึกษาในระดับนานาชาติ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การสูญเสียคู่ชีวิต และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสิ้นหวังและการรับรู้ว่าเป็นภาระต่อผู้อื่น⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ขณะเดียวกัน การศึกษาในประเทศไทยรายงานผลในทิศทางที่สอดคล้องกัน โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าและความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน^(2-3,15-17)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงหรือการประเมินผลของโปรแกรมเฉพาะด้านในระดับบุคคลหรือชุมชนเป็นหลัก ขณะที่การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยง แนวทางการป้องกันบทบาทของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในลักษณะบูรณาการเชิงระบบยังมีจำกัด อีกทั้งยังขาดบทความที่รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม^(5,9,10) ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดทำบทความเชิงสังเคราะห์ที่สามารถบูรณาการองค์ความรู้จากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้จากบทความวิชาการและการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือทั้งในและต่างประเทศ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

การฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลตั้งใจทำให้ตนเองเสียชีวิตโดยตระหนักถึงผลลัพธ์ของการกระทำนั้น องค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่บุคคลกระทำต่อร่างกายของตนเองโดยมีเจตนาชัดเจนในการจบชีวิต ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตและสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง การมีความคิด ความปรารถนา หรือการไตร่ตรองเกี่ยวกับการจบชีวิตของตนเอง โดยอาจมีตั้งแต่ความคิดเพียงชั่วครวไปจนถึงความคิดที่รุนแรงและต่อเนื่อง ความคิดฆ่าตัวตายถือเป็นสัญญาณเตือนสำคัญที่สะท้อนถึงความทุกข์ทางจิตใจ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁽¹⁹⁾

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หมายถึง การกระทำที่บุคคลตั้งใจทำร้ายตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อจบชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จจนถึงขั้นเสียชีวิต การพยายามฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคต⁽¹¹⁾

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) เป็นคำที่ใช้ครอบคลุมทั้งความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งสะท้อนกระบวนการต่อเนื่องของความทุกข์ทางจิตใจ พฤติกรรมดังกล่าวมักสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง ความรู้สึกสิ้นหวัง การรับรู้ว่าเป็นภาระ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม⁽²⁰⁾

สำหรับผู้สูงอายุ การฆ่าตัวตายมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ได้แก่ การไม่แสดงสัญญาณเตือนอย่างชัดเจน การมีโรคเรื้อรังหรือความพิการร่วม และการตัดสินใจที่มีความแน่วแน่มสูง มักใช้วิธีการที่รุนแรง ส่งผลให้มีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่น^(11,20)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

สถานการณ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.09, 8.00 และ 7.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.47, 10.15 และ 10.21^(6,7) โดยใน พ.ศ. 2566 มีการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 31,402 ครั้ง โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุด⁽¹⁸⁾ ใน พ.ศ. 2567 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.94 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี และสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน และใกล้เคียงกับช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2542 ที่เคยมีอัตราสูงถึง 8.59 ต่อประชากรแสนคน⁽²¹⁾ แม้ว่าจะมีความพยายามในการดำเนินมาตรการต่างๆ จากภาครัฐ เช่น การเปิดสายด่วนสุขภาพจิต 1323 การฝึกอบรมอาสาสาธารณสุขและการให้บริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ข้อมูล พ.ศ. 2568 ประเทศไทยยังคงตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตายให้ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน โดยยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบท⁽¹⁸⁾

สถานการณ์ในระดับสากล สหรัฐอเมริกามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเช่นกัน โดยใน พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 49,000 คน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอัตราสูงถึง 23.02 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ผู้ชายอายุ 75 ปีขึ้นไปมีอัตราสูงถึง 43.7 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁹⁾ ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 720,000 คนต่อปี โดยกว่าร้อยละ 27 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่ต้อง

ได้รับการจัดการอย่างจริงจัง⁽¹⁸⁾

แม้ว่าแนวโน้มทั่วโลกจะชะลอลงในบางพื้นที่ แต่ในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศในยุโรปตะวันตก อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุยังคงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย เช่น ความโดดเดี่ยว การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการสูญเสียคูชีวิต⁽¹⁴⁾

สาเหตุของภาวะเครียดและซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะเครียดและซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีที่มาจากหลากหลายปัจจัย ซึ่งมักสะสมและซ้อนทับกันทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยสรุปสาเหตุหลักแยกตามปัจจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางจิตวิทยา

1.1 ภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยทางจิตวิทยาหลักที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะเมื่อมีความรู้สึกหมดคุณค่า สิ้นหวัง และโดดเดี่ยว ซ้ำซ้อนร่วมด้วย ทั้งนี้ ผู้ที่เคยสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Joiner⁽²⁰⁾ ที่ระบุว่า การรับรู้ว่าตนเองไร้ประโยชน์และถูกตัดขาดจากสังคม เป็นแรงผลักดันสำคัญสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตายตนเอง ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ^(3,16)

1.2 การรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัวและการขาดการเชื่อมโยงทางสังคม เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ศักรินทร์ แก้วเห้า และคณะ⁽³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวและการใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความโดดเดี่ยวทางสังคมและรับรู้ว่าคุณค่าในครอบครัว เป็นปัจจัยที่พบร่วมกับ

การฆ่าตัวตายสำเร็จในอัตราที่สูง⁽¹¹⁾

1.3 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เหตุการณ์เหล่านี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความโดดเดี่ยว และการขาดเป้าหมายในชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง และความเปราะบางทางจิตใจเพิ่มขึ้น^(2,11,13)

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมดคุณค่า และการรับรู้ที่ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งมักเกิดร่วมกับความโดดเดี่ยวทางสังคม นอกจากนี้ เหตุการณ์เปลี่ยนผ่านในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและการเกษียณอายุ ยังเพิ่มความเปราะบางทางจิตใจและความเครียดเรื้อรัง ปัจจัยเหล่านี้เมื่อเกิดร่วมกันจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยทางสังคม

2.1 สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การลดลงของครอบครัวขยาย การย้ายถิ่นฐานของบุตรหลาน และการใช้ชีวิตเพียงลำพังในวัยชรา เป็นแรงกดดันสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและไร้การเชื่อมโยงกับผู้อื่น การไม่มีเครือข่ายสนับสนุน เช่น เพื่อนบ้าน กลุ่มชุมชน หรือกิจกรรมที่มีความหมาย ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการคิดทำร้ายตัวเองในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ^(10,12)

2.2 การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความโดดเดี่ยว เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่พบในผู้สูงอายุทั่วโลก Holt-Lunstad และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ความโดดเดี่ยวทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ถึงร้อยละ 29 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่มีเครือข่ายทางสังคมหรือไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีอาการซึมเศร้าที่สูงกว่าผู้ที่ไม่อยู่อาศัยตามลำพังอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงและการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ ทำให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น⁽²²⁾ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับ

การดูแลอย่างเหมาะสม มีแนวโน้มพยายามฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ⁽²³⁾

2.3 ความขัดแย้งในครอบครัวและการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเครียดต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยการศึกษากันในและต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ตึงเครียดและขาดการสนับสนุน มีความเปราะบางทางจิตใจสูงขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ^(11,20) และผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือขาดผู้ดูแลทางสังคม มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม⁽³⁾

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว การอยู่อาศัยเพียงลำพัง และการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ความขัดแย้งในครอบครัวและการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ยิ่งเพิ่มความเปราะบางทางจิตใจและความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

3.1 ความยากจน รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีระบบสวัสดิการรองรับ การศึกษาของพัชราภรณ์ โคตะยันต์ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รายได้เพียงพอ การขาดทรัพยากรทางเศรษฐกิจส่งผลต่อทั้งสภาพจิตใจ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้สูงอายุที่ขาดหลักประกันรายได้จะรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการพยายามฆ่าตัวตาย⁽¹³⁾ ความยากจนในผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับรายได้ที่ไม่เพียงพอ แต่ยังรวมถึงการขาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ซึ่งเพิ่มความเปราะบางและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁽²⁴⁾

3.2 ความไม่มั่นคงทางการเงิน ความยากจนเชิงสัมบูรณ์และสัมพัทธ์ในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางประชากรและเศรษฐกิจ เช่น จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อาชีพของหัวหน้าครัวเรือน และที่อยู่

อาศัยในเขตชนบท ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ⁽²⁵⁾ สถานะทางการเงินที่ไม่มั่นคงเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะความเครียดเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะนี้มักรู้สึกอับจนหนทาง อาจเลือกจบชีวิตเพราะเชื่อว่าจะช่วยลดภาระให้กับครอบครัว⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ การขาดหลักประกันทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽²⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ

ดังนั้น รายได้ไม่เพียงพอ ความไม่มั่นคงทางการเงิน และการขาดสวัสดิการรองรับ ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยทางสุขภาพ

4.1 โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง และความเจ็บปวดทางร่างกายที่ทำให้เกิดความพิการ เป็นปัจจัยที่ลดคุณภาพชีวิตและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³⁾ การศึกษาของ Conwell และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมีโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วย

4.2 ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสัดส่วนที่น่ากังวล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเปราะบางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁽¹⁷⁾ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾

4.3 ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง เช่น การเคลื่อนไหวที่จำกัด หรือการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตร

ประจำวัน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตาย โดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเอง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^(4,17)

4.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ล่าช้าหรือไม่ทั่วถึง เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการกลับมาพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงขึ้น^(5,22)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ความเจ็บปวดทางร่างกาย และความสามารถในการดูแลตนเองที่ต่ำ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตถดถอยและเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับโรคทางกายยิ่งเพิ่มความเปราะบางด้านสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสุขภาพจิตที่ไม่ทั่วถึงเป็นข้อจำกัดสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย

ความเครียดเรื้อรังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยง

ความเครียดจากปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ สุขภาพ หรือการสูญเสีย มักเป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อระบบประสาทและฮอร์โมน ทำให้ระดับคอร์ติซอลสูง และยับยั้งการทำงานของสารเซโรโทนิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกพึงพอใจ ความเครียดเรื้อรังจากปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ไม่สามารถจัดการความเครียดได้เหมาะสม มีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดต่ำหรือมีทักษะจัดการความเครียด รวมถึงความยากลำบากทางเศรษฐกิจ หรือปัญหาสุขภาพรุนแรง

ในผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับจนหนทางไร้การสนับสนุน และไร้อำนาจในการควบคุมชีวิต ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเหล่านี้เมื่อสะสมมากพอจะนำไปสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตายได้^(3,27-28)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อมุมมองชีวิต ภาวะซึมเศร้าถูกระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจไม่แสดงอาการชัดเจน แต่มีความรู้สึกสิ้นหวังไร้คุณค่า หรือหมดพลังใจในการมีชีวิตอยู่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือมีความเสี่ยง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น^(20,22) ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเองและมุมมองต่อชีวิต ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามการทฤษฎีของ Joiner⁽²⁰⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสในการเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การศึกษาผู้ป่วยนอกที่มารับบริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของชานนท์ ศิริกุล⁽²⁸⁾ พบว่าภาวะซึมเศร้าและความเครียดที่เกิดขึ้นหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูง เนตรนภา ภิระภาภักศึกษาความเสี่ยงฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁽²³⁾ พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การพัฒนารูปแบบการป้องกันที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบการคัดกรองสามารถลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาความเครียดและการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงของรวีพรรณิ พูลลาภ⁽²⁷⁾ พบว่า ภาวะเครียดที่สูงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย

โดยกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงมีความเสี่ยงคิดฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเครียดถึง 3 เท่า

จากการศึกษาเหล่านี้สามารถสรุปได้ว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวังและการจัดการความเครียด รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง

แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุต้องอาศัยการดำเนินงานที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในหลายระดับ ไม่สามารถพึ่งพาเพียงระบบสาธารณสุขได้อย่างเดียว แต่ต้องมีการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และนโยบายระดับประเทศ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย โดยแนวทางสำคัญมีดังนี้

1. ระดับผู้สูงอายุ การเสริมพลังและสร้างคุณค่าในตนเอง

1.1 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การจัดการความเครียด การฝึกสติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเบื้องต้น เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ⁽²⁷⁾ การศึกษาโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับกิจกรรมโยคะในผู้สูงอายุของ Nilsson และคณะ⁽²⁹⁾ พบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยพัฒนาทักษะด้านความยืดหยุ่นทางความคิด การควบคุมและการจัดการทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น ลดการตอบสนองทางอารมณ์ที่รุนแรง และมีความยืดหยุ่นทางความคิดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถเผชิญและจัดการกับความเครียด รวมถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม และการสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์ เช่น ดนตรี ศิลปะบำบัด สมาธิ หรือชมรมผู้สูงอายุ ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์ยังช่วยลด

ความรู้สึกลดเดี่ยว เพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ⁽³⁰⁾ การศึกษาโปรแกรมดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม⁽³¹⁾

1.2 การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีพื้นฐาน เช่น การสนทนาผ่านวิดีโอคอล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดความรู้สึกลดเดี่ยวและความเหงา แม้ไม่สามารถทดแทนการพบปะโดยตรงได้ แต่เทคโนโลยีดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมโยงทางสังคมและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ^(22,32)

1.3 การเข้าถึงบริการช่วยเหลือฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยทำหน้าที่เป็นกลไกในการประเมินความเสี่ยง ให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤต และส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการอย่างทันทีที่ ซึ่งได้รับการยืนยันจากรายงานระบบเฝ้าระวังและนโยบายด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย^(7,9)

ดังนั้นการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการเผชิญความเครียดและดูแลสุขภาพจิตของตนเองเป็นแนวทางสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มและการใช้เทคโนโลยีเพื่อคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม ช่วยลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการช่วยเหลือฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตอย่างทันทีที่ ยังเป็นกลไกสำคัญในการประเมินและจัดการความเสี่ยงในภาวะวิกฤต อันนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะยาว

2. ระดับครอบครัว การสื่อสารและสนับสนุนทางอารมณ์

2.1 การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก เช่น การพูดคุย การ-

แสดงความห่วงใย การมีเวลาให้ การสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความห่วงใยอย่างต่อเนื่อง มีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽³³⁾ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนภายในครอบครัว ให้คนในครอบครัวเข้าใจภาวะซึมเศร้าและความเครียดของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพูดคุยเปิดใจและแบ่งหน้าที่การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาระและความรู้สึกเป็นภาระของผู้สูงอายุ⁽³⁴⁻³⁵⁾

2.2 การเสริมสร้างคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุ สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมดูแลหลาน หรือมีบทบาทในกิจกรรมครอบครัว เพื่อให้เขารู้สึกว่ามีคุณค่าและยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมครอบครัว การศึกษาของพรพิมล เพ็ชรบุรี⁽³⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2.3 การให้ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการครอบครัว ควรช่วยเหลือด้านการเงินหรือประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การจัดสรรเงินบำนาญ สวัสดิการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกกังวลเรื่องรายได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัวมีความมั่นคงทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ขาดการสนับสนุน⁽²⁵⁾

ดังนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การสื่อสารเชิงบวก การแสดงความห่วงใยอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ การเสริมสร้างบทบาทและคุณค่าในครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการ ยังช่วยเพิ่มความมั่นคงทางจิตใจ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

3. ระดับชุมชน การสร้างภาคีเครือข่ายดูแลและติดตามต่อเนื่อง

3.1 การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมร่วมกับสหวิชาชีพ

เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกายจิตใจ และสังคม การทำงานร่วมกันของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ^(1,4-5) การศึกษาและการประยุกต์ใช้แนวทางต่างประเทศ เช่น โมเดล Alliance Against Depression (AAD) หรือสหพันธ์ต่อต้านภาวะซึมเศร้า คือ แนวทางชุมชนแบบองค์รวมที่มีเป้าหมายเพื่อลดการฆ่าตัวตายและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าจากเยอรมนี ที่มีการผสมผสานการฝึกอบรมบุคลากร ทรนรงค์ สื่อสารสาธารณะ และการจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย โครงการนี้ลดอัตราการฆ่าตัวตายในเมืองนูเรมเบิร์กได้ถึงร้อยละ 24 ภายใน 2 ปี⁽³⁶⁾

3.2 การจัดระบบสนับสนุนผู้ดูแล เช่น การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา การฝึกทักษะ และการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ มีส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพการดูแล ลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล และส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ^(4,5,33,34)

3.3 การบูรณาการองค์การทางวัฒนธรรมและศาสนา เช่น การมีพระสงฆ์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต เป็นกลไกที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย การศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาที่อาศัยหลักพุทธศาสนาและบทบาทของพระสงฆ์สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ^(23,37)

3.4 การจัดตั้งศูนย์สร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับตำบลหรือการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ กิจกรรมกลุ่มสนทนา และการถ่ายทอดภูมิปัญญา มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจ การศึกษาในบริบทไทยพบว่า กิจกรรมดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ^(31,38)

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานของสหวิชาชีพ ครอบครัว

และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมขององค์กรทางวัฒนธรรมและศาสนา ช่วยลดภาระทางจิตใจและส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การจัดตั้งศูนย์หรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ยังมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนอย่างยั่งยืน

4. ระเบียบนโยบายระดับชาติ การกำหนดระบบบริการ และการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง

4.1 การส่งเสริมระบบคัดกรองเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) และ Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้น จากการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือดังกล่าวร่วมกับการดูแลเชิงรุกในชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญ^(5,9,16)

4.2 การปรับปรุงบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงได้ง่าย โดยการจัดบริการจิตเวชไว้ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และชุมชน เป็นแนวทางสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร การศึกษาพบว่า การบูรณาการดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต และสนับสนุนการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ^(5,9,33)

4.3 การเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ เช่น ระบบประกันสังคม เงินบำนาญ และการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการลดความไม่มั่นคงทางการเงินและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ การศึกษาพบว่า สวัสดิการที่เพียงพอช่วยลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^(24,38)

การศึกษานโยบายสวัสดิการในประเทศเกาหลีใต้พบว่า การปฏิรูประบบบำนาญพื้นฐานซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นคงด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการ

ลดลงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง สะท้อนให้เห็นว่าสวัสดิการทางเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการลดความเครียดเรื้อรังและการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾

4.4 การส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญในระดับนโยบายระดับชาติ โดยควรสนับสนุนการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทั้งในด้านสถานการณ์ แนวโน้ม และปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการเฝ้าระวัง วางแผน และกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย

ดังนั้น การส่งเสริมการคัดกรองเชิงรุก การบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ และการขยายการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เป็นกลไกสำคัญในการลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตควบคู่กับการเสริมสร้างสวัสดิการด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยสนับสนุนการเฝ้าระวัง การกำหนดนโยบาย และการดำเนินมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

จากการทบทวนเอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งด้านจิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคม^(8,9,11) การศึกษาส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันว่า ภาวะซึมเศร้าและความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยมักพบร่วมกับปัจจัยด้านสังคม เช่น ความโดดเดี่ยว การสูญเสียบทบาทในครอบครัว การขาด

การสนับสนุนทางสังคม และปัญหาสุขภาพเรื้อรัง^(3,12,17)

การวิเคราะห์การศึกษาในบริบทประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและความเครียดสะสมมักไม่แสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้าอย่างชัดเจน และเมื่อเกิดการกระทำมักเลือกวิธีที่มีความรุนแรง ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น^(3,11,13)

ประเด็นนี้สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบการคัดกรองและการเฝ้าระวังในปัจจุบัน ซึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังหรือขาดการดูแลที่เหมาะสม^(9,22)

นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ การศึกษาหลายฉบับในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตจากข้อจำกัดทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับช่องทางบริการ ความอับอายหรือทัศนคติเชิงลบต่อการรักษาทางจิตเวช รวมถึงการขาดผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวที่ช่วยพาเข้าสู่ระบบบริการ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การสะสมของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย^(5,9,17)

เมื่อพิจารณาแนวทางป้องกัน พบว่า การศึกษาทั้งในและต่างประเทศมีข้อสรุปร่วมกันว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไม่สามารถอาศัยเพียงการรักษาทางการแพทย์หรือการดูแลด้านสุขภาพจิตเพียงมิติเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ^(11,33,36) การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การให้ความเอาใจใส่ การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมครอบครัว และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและไม่เป็นภาระ มีส่วนสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย^(34,35) ขณะเดียวกัน การจัดกิจกรรมในระดับชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์ ยังช่วยลดความโดดเดี่ยวและเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบวกที่สำคัญ⁽³⁰⁻³⁸⁾

ในระดับระบบบริการสุขภาพ การศึกษาในประเทศ-

ไทยสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการป้องกันที่ประสบความสำเร็จมักเป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเข้าถึงบริการในเชิงรุก เช่น การใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระภิกษุสงฆ์หรือเครือข่ายในชุมชนในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง^(5,10,37) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างระบบดูแลแบบบูรณาการและการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ^(9,10) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนการศึกษาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังมีความท้าทายในการนำแนวทางเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด

ดังนั้น บทความนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กันทั้งในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ โดยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน^(5,35) การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ^(9,10) และการสร้างระบบเฝ้าระวังที่สามารถตรวจพบความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การบูรณาการองค์ความรู้จากการศึกษากับการดำเนินงานในพื้นที่จะช่วยลดภาวะปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอย่างยั่งยืน^(11,33)

บทสรุป

การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงมากขึ้นในบริบทของประเทศไทยซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ความโดดเดี่ยวทางสังคม และปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ

แนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้า

ผู้สูงอายุ จากการทบทวนการศึกษาและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักไม่แสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้าอย่างชัดเจน การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะบูรณาการเชิงระบบ ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับนโยบาย โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและทักษะการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว การจัดระบบเฝ้าระวังและเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ตลอดจนการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการคัดกรองเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้การขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกันในทุกระดับ มีศักยภาพในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ และสนับสนุนการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุในสังคมไทยอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Promkaew P, Phaewchana W, Dissara W, Anupat C, Ratchatawan R. The development of health promotion program towards the well-being in center of excellence for health promotion among the elderly, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Thailand. *International Journal of Public Health and Health Sciences* 2024;6(1):20-31.
2. ปิติคุณ เสดะปุระ, ณัฐกุล ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2565;16(3):1070-84.
3. ศักรินทร์ แก้วเข้า, ไพรวลัย รมชัย, พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย, อำไพ โพธิ์คำ, สุนิศา เจือหนองแขง. ปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2563;65(3):301-14.
4. ธมลวรรณ สีนาค, อรวรรณ หนูแก้ว, วันดี สุทธิรงค์. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2561;5(2):216-30.
5. อีร์สูทธิ ปิตวิบลเสถียร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี* 2566;31(3):143-58.
6. Thai PBS Active. เพิ่ม “คำนิยาม” พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าสถิติ คือ สัญญาณ ที่ต้องหาให้เจอ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://theactive.thaipbs.or.th/data/risk-of-suicide>.
7. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น-ราชชนรินทร์. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://suicide.dmh.go.th/>.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568.
9. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต; 2567.
10. Sompaisarn B, Rehm J, Tamdee D, Wisutthananon A, Thummathai K, Tongtua K, et al. Evaluating the efficacy of a community participatory intervention to prevent suicide in Thailand: a randomised controlled trial protocol. *Suicide Life Threat Behav* 2023;13(7): e066201.
11. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34(2):451-68.
12. Holt-Lunstad J, B Smith T, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(2):227-37.
13. Koo YW, Kolves K, De Leo D. Suicide in older adults: a comparison with younger age groups. *Int Psychogeriatr*

- 2017;29(8):1297–306.
14. Bertuccio P, Mosconi G, Amerio A, Grande E, Vecchia CL, Costanza A. Late-life suicide trends in selected major countries worldwide in 1990–2022: a spatio-temporal analysis from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine* 2025;83:103230.
 15. วิชาภรณ์ คันทะมูล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย* 2559; 10(3):83–92.
 16. พัชราภรณ์ โคตะยันต์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, สุภัชฌา เก่งพานิช. ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2564; 11(1):30–49.
 17. ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เขียรชัย งามทิพย์, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ* 2559;22(2):28–35.
 18. World Health Organization. Suicide worldwide in 2023: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2024.
 19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics: Suicide data. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025.
 20. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
 21. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตแจ้งตัวเลขจริงพยายามฆ่าตัวหลังแชร์ว่อนพุ่งหลักหมื่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2 มี.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30312>
 22. Noguchi T, Hayashi T, Kubo Y, Tomiyama N, Ochi A, Hayashi H. Living Alone and Depressive Symptoms among Older Adults in the COVID-19 Pandemic: Role of Non-Face-to-Face Social Interactions. *J Am Med Dir Assoc* 2023;24(1):17–25.
 23. เนตรนภา ภิษะราภา. การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก* 2565;9(3):92–107.
 24. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร; อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2565.
 25. รติพร ถึงฝั่ง, รัชพันธุ์ เขยจิตร. ผู้สูงอายุกับความยากจนในครัวเรือนไทย. *วารสารพัฒนาสังคมและยุทธศาสตร์การบริหาร* 2566;25(1):99–122.
 26. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แฉลงข่าวรายงานสภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทยไตรมาส 1/2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nesdc.go.th/video/แฉลงข่าวรายงานสภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทยไตรมาส-3/>
 27. รวิพรดี พูลลาภ. ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจ๋าและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2560;6(2):72–85.
 28. ชานนท์ ศิริกุล. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3* 2567;21(5):67–74.
 29. Nilsson A, Surakarn A, Peungposop N. Integrating mindfulness and yoga: a Buddhist-inspired program to enhance cognitive flexibility and emotion regulation in older Thai adults. *Journal of Buddhist Anthropology* 2025;10(2): 226–38.
 30. Quinn E A, Millard E, Jones J M. Group arts interven-

- tions for depression and anxiety among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Nat. Mental Health* 2025;(3):374-89.
31. พรรณงาม วรณพฤกษ์, ณิชนันธุ์ระวี เฟื่องพล, บุญยดา วงศ์พิมล, ชนิตาวดี สายีน, ลัดดา พลพุทธา. ผลของโปรแกรมการเล่นดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 2566;18(2):183-91.
32. Balki E, Holland C, Hayes N. Use and acceptance of digital communication technology by older adults for social connectedness during the COVID-19 pandemic: mixed methods study. *JMIRx Med* 2023;(25):e41535.
33. Chan SS, Leung VPY, Tsoh J, Li SW, Yu CS, Yu GKK, et al. Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(2):185-96.
34. อินทอร ก้านกิ่ง, วิณา คันฉ่อง, อรวรรณ หนูแก้ว. ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิจัย-ทางการแพทย์พยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2568;45(1):52-64.
35. พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, ประนอม โอทกานนท์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560;35(2):188-97.
36. European Alliance Against Depression. EAAD implementation results in Nuremberg [Internet]. 2024 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.eaad.net>
37. Langgapin S, Boonchieng W, Chautrakarn S, Maneeton N, Senawan S. Effectiveness of the Buddhist-based elderly mental health counseling training program for Thai health volunteer monks. *Religions* 2024;15(12):1472.
38. ธาณี โชติคาม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร. *วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์* 2565;16(1):18-34.
39. Chungah Kim. Social pension expansion and suicidal behaviour of older adults in Korea: a quasi-experimental study. *Soc Sci Med* 2025;(367):117791.

Strategies for Preventing Suicide in Elderly Individuals Experiencing Stress and Depression

Krittikawin Promchumsa, B.P.H.

Cho Lae Health Promoting Hospital, Mae Taeng, Chiang Mai, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(3):569–82.

Corresponding author: Krittikawin Promchumsa, Email: nukkerkrittikawin@gmail.com

Abstract: Thailand is entering a fully aged society, accompanied by an increasing burden of mental health problems among older adults, particularly stress, depression, and suicide. This academic article aims to synthesize existing knowledge and analyze risk factors associated with suicide among older adults in Thailand, encompassing psychological, social, economic, and health-related dimensions. Based on a comprehensive review of relevant studies and literature, depression, loneliness, bereavement, lack of social support, and economic insecurity were identified as major factors significantly associated with suicidal ideation and behaviors among the elderly. The synthesis further revealed an underlying mechanism linking chronic stress, depressive symptoms, and perceived burdensomeness, which collectively heightened the risk of suicide among older adults. The article proposes suicide prevention strategies at four levels: individual, family, community, and national policy, emphasizing the integration of mental health care, the strengthening of social support networks, and the development of proactive mental health service systems. Key effective practices identified include proactive screening, active involvement of family and community networks, reduction of economic inequality, and the systematic development of suicide-related data and surveillance systems, which together contribute to risk reduction and long-term improvement in quality of life among older adults. Policy recommendations focus on scaling up successful interventions, enhancing collaboration among governmental agencies, community organizations, and health service systems, and promoting sustainable, integrated approaches to suicide prevention within the Thai sociocultural context.

Keywords: elderly; suicide prevention; depression; stress; mental health