



# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิตในอำเภอห้างฉัตร ปี 2551 และการประยุกต์ไปสู่การป้องกัน ในชุมชน

ไอพาร ยิ่งเสรี พบ.\*, ศศิธร ยิ่งเสรี พบ.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตอำเภอห้างฉัตร ในปี พ.ศ. 2551 ด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากญาติ และผู้ใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 8 ราย ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอห้างฉัตร ในช่วงเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2550 ถึง กันยายน ปี พ.ศ. 2551 ใช้เครื่องมือในการศึกษา คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย 2) การสืบค้นหลังเสียชีวิต

**ผลการศึกษา** ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 มีการใช้สารเสพติด คือ สุรา และยาบ้า ร้อยละ 62.5 มีหนี้สิน ร้อยละ 50 วุฒิภาวะด้านอารมณ์- ภูมิจิตใจ ร้อยละ 37.5 การถูกคู่ครองนอกใจและโรคทางจิตเวช- ซึมเศร้า ร้อยละ 25 บุคลิกภาพผิดปกติ- ชนิดนักเลง อันธพาล ร้อยละ 12.5 วิธีการฆ่าตัวตายเกือบทั้งหมดใช้การแขวนคอตาย คิดเป็นร้อยละ 87.5 **สรุป** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สำคัญ คือ เพศ และการใช้สารเสพติด ซึ่งจะนำไปประยุกต์สู่การป้องกันในชุมชน สามารถปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาได้ 2 รูปแบบ ดังนี้ คือ การคัดกรองและการแทรกแซงช่วยเหลือผู้ที่มีการใช้สารเสพติดระดับรุนแรงโดยเฉพาะในเพศชาย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉพาะด้าน และทีมงานเครือข่ายเยี่ยมบ้าน

**คำสำคัญ** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ การสืบค้นหลังเสียชีวิต การป้องกันในชุมชน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(4): 297-304

\* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

\*\* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง



# The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by Psychological Autopsy during 2008 and application to community prevention

*Olarn Yingseree M.D.\*, Sasidhorn Yingseree M.D.\*\**

## Abstract

**Objective:** to determine the factors associating with committing suicide in Hang Chat district during 2008 by psychological autopsy.

**Method:** A cross-sectional descriptive study by sampling the relatives and closed associates of 8 who committed suicide and lived in Hang Chat district during October 2007 to September 2008. Instruments used in this study were: 1) Basic characteristics and suicidal behavior details questionnaires and 2) Psychological Autopsy was done by a psychiatrist.

**Results:** Seventy-five percent of the deaths had the association with gender-male. The others were substance abuses- alcohols and amphetamines 62.5 %, being in debt 50 %, impulsivity 37.5 %, mental illness- major depressive disorder (MDD) 25 %, personality disorder- violent behavior 12.5 %.

**Conclusion:** The important factors associated with committing suicide were gender-male and substance abuse-alcohols, amphetamine. Community prevention was applied through several activities according to these factors : 1) screening and intervention in males strongly abusing substances and MDD patients in the community 2) surveillance in the community by sector village health volunteers (SVHVs) and home health care by the network team for high risk people.

**Keywords:** factors associated with committed suicide, Psychological Autopsy, community prevention

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(4): 297-304

\* General Practitioner, Hang Chat community hospital, Lamphang, Thailand

\*\* Psychiatrist, Department of Psychiatry, Lamphang Regional Hospital, Lamphang, Thailand

## บทนำ

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น<sup>1, 2</sup> พื้นที่ตามภูมิภาคที่พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือภาคเหนือ รองลงไปเป็น ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ ตามลำดับ<sup>2</sup> ช่วงอายุที่มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดในเพศชาย 20-29 ปี หญิง 15-24 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ<sup>2</sup> ในปี พ.ศ. 2545 กรมสุขภาพจิตได้ศึกษาพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรทั้งประเทศเท่ากับ 7.0 ต่อประชากร 100,000 คน<sup>3</sup> และการคิดอัตราความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายออกมาเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจอยู่ที่ 4,000 ล้านบาทต่อปี<sup>1</sup> จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบนคือ ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง<sup>2</sup> โดยที่จังหวัดลำปางมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 10.36 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2551<sup>11</sup> ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระดับประเทศอยู่ที่ 5.48 ต่อประชากร 100,000 คน<sup>12</sup>

อำเภอห้างฉัตรเป็นอำเภอหนึ่งใน 13 อำเภอของจังหวัดลำปาง มีระยะทางห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 16 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดกับอำเภอเมือง แบ่งการปกครองออกเป็น 7 ตำบล 73 หมู่บ้าน โดยที่ 4 ตำบลมีลักษณะกึ่งเมือง และ 3 ตำบลมีลักษณะเป็นชนบท มีประชากร 51,086 คน เป็นเพศชายและหญิงในจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเมืองเหนือ ใช้ภาษาพูดเป็นภาษาเมืองเหนือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและที่สูงร้อยละ 70 มีที่ราบเหมาะแก่การเพาะปลูกร้อยละ 30 ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเพาะปลูกและหาของป่า มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและเล็กประมาณ 230 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากไม้ และผลิตภัณฑ์เซรามิค ประชากรบางส่วนจึงมีอาชีพผู้จ้างแรงงานตามโรงงานอุตสาหกรรม สภาพครอบครัวปัจจุบันในภาพรวมทั้งอำเภอเป็นครอบครัวเดี่ยวกับครอบครัว

ขยายในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ศาสนาวัฒนธรรมประเพณีแบบไทยพุทธ

อำเภอห้างฉัตรมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2551 เป็น 15.66 ต่อประชากร 100,000 คน<sup>3</sup> สูงกว่าอัตราของระดับจังหวัดและระดับประเทศประมาณ 1.5 และ 3 เท่าตัวตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาไม่พบการศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับสาธารณสุขเขต 15 และจังหวัดลำปาง จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกรมสุขภาพจิต ที่ให้ใช้แนวคิดโรคซึมเศร้า เป็นหลักในการจัดการปัญหา ผู้ศึกษาจึงเกิดแนวคิดในการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นข้อเท็จจริงอื่นๆ โดยใช้กระบวนการด้านจิตเวชเฉพาะด้าน คือ การสืบค้นหลังเสียชีวิต<sup>4-8</sup> เพื่อใช้ประกอบในการแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่ต่อไป

## ระเบียบวิธีการวิจัย

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตอำเภอห้างฉัตรจังหวัดลำปางในปี พ.ศ. 2551

### เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

ญาติ และผู้ใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านที่ตั้งมีวิถีชีวิตอาศัยประจำอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอห้างฉัตรจังหวัดลำปาง รวมทั้งมีเอกสารบันทึกทางการแพทย์หรือบันทึกการชันสูตรพลิกศพของโรงพยาบาลห้างฉัตร เป็นหลักฐานอ้างอิง ในช่วงตุลาคม 2550 - กันยายน 2551 จำนวน 8 ราย

### เครื่องมือในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย<sup>3</sup> ที่ออกแบบโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต หล่อตระกูล และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จาก เอกสารงานวิจัย “ผ่านาที่

วิกฤติ: ภาวะหม่อมมองชาย-หญิงผู้ผ่านการฆ่าตัวตาย”  
พฤศจิกายน พ.ศ. 2542

2. การสืบค้นหลังเสียชีวิต (Psychological Autopsy) โดย แพทย์หญิงศศิธร ยิ่งเสรี นายแพทย์  
ชำนาญการ วว. จิตเวชศาสตร์ กลุ่มงานจิตเวช  
โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานใน  
ด้านจิตเวช 7 ปี

### การเก็บข้อมูล

ค้นหาตัวอย่างการศึกษาจากบันทึกทางการแพทย์  
ของโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จัดเตรียมข้อมูล  
เบื้องต้นก่อนออกเก็บข้อมูลจริง ติดต่อกันนัดหมายประชากร  
ในการศึกษาตามกำหนดการออกเก็บข้อมูล ผู้ศึกษา  
เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 - 24 สิงหาคม 2551 โดยใช้  
กระบวนการสืบค้นหลังเสียชีวิต การสัมภาษณ์รายบุคคล  
หรือกลุ่ม โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง และเอกสารบันทึก  
ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ descriptive statistics เช่น ร้อยละ เป็นต้น

### ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย  
(ร้อยละ 75) อายุอยู่ในช่วงวัยแรงงานทั้งหมด อาชีพ  
รับจ้าง (ร้อยละ 50) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 25) การศึกษา  
ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) สภาพเศรษฐกิจ รายได้  
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 62.5) มีหนี้สิน  
(ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ด้วยกันกับ  
คู่ครอง (ร้อยละ 62.5) วิธีการฆ่าตัวตาย เกือบทั้งหมด  
ใช้การแขวนคอ (ร้อยละ 87.5) มีการใช้สารเสพติด  
ก่อนเสียชีวิต (ร้อยละ 62.5) จากวินิจฉัยหลัก และ  
วินิจฉัยร่วม พบว่ามีโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 25) ภาวะใจร้อน  
(ร้อยละ 37.5) คู่ครองนอกใจ (ร้อยละ 25) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

รายละเอียด ข้อมูล	กรณีศึกษาที่							
	1	2	3	4	5	6	7	8
เพศ	หญิง	ชาย	ชาย	ชาย	หญิง	ชาย	ชาย	ชาย
อายุ (ปี)	42	28	21	42	25	41	34	58
อาชีพ	รับจ้าง	รับจ้าง	นักศึกษา	รับจ้าง	ไม่ได้ทำงาน	ค้าขาย	รับจ้าง	ไม่ได้ทำงาน
การศึกษา	ประถมฯ	มัธยมฯ	อุดมศึกษา	ประถมฯ	มัธยมฯ	ประถมฯ	ประถมฯ	ประถมฯ
รายได้ (บาท/เดือน)	<5,000	<5,000	5,000-10,000	<5,000	>10,000	<5,000	<5,000	<5,000
สภาพการรายได้	ร่วมกัน	ร่วมกัน	ญาติเลี้ยง	กำลังหลัก	สามีเลี้ยง	ร่วมกัน	ร่วมกัน	ร่วมกัน
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส	โสด	แยกกันอยู่	สมรส	สมรส	สมรส	หย่าร้าง
สภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	อยู่ด้วยกัน	อยู่ด้วยกัน	มีปัญหา	อยู่ด้วยกัน	อยู่ด้วยกัน	อยู่ด้วยกัน	มีปัญหา
วิธีการฆ่าตัวตาย	แขวนคอ	แขวนคอ	แขวนคอ	แขวนคอ	แขวนคอ	แขวนคอ	แขวนคอ	ยิงตัวตาย
การใช้สารเสพติดก่อนเสียชีวิต	ไม่ใช่	สุรา	สุรา	ไม่ใช่	ยาบ้า	สุรา	สุรา	ไม่ใช่
วินิจฉัยจากการสืบค้นหลังเสียชีวิต	F43.28	F32.3	F43.2	F32.3	F15.2	F10.2	F10.2	F60.2
วินิจฉัยอื่นที่เป็นเหตุร่วม/หนุน	/	F10.2	F10.0	/	/	F20	/	/

หมายเหตุ F 10.0=mental and behavioral disorders due to alcohol use, acute intoxication, F 10.2=mental and behavioral disorders due to alcohol use, dependence syndrome, F 15.2=mental and behavioral disorders due to amphetamine use, dependence syndrome, F 20=schizophrenia, F 32.3=severe depressive episode without psychotic symptom, F 43.2=adjustment disorder, F 43.28=adjustment disorder with impulsivity, F 60.2=dissocial personality disorder (antisocial personality disorder)

## บทวิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย คือ เพศชาย มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง<sup>13</sup> สอดคล้องกับการศึกษานี้คือ เพศชายเป็นส่วนใหญ่ เพราะเพศชายมีข้อจำกัดในการแสดงออกซึ่งอารมณ์ ไม่สามารถระบายอารมณ์ขาดที่พึ่งทางใจ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้อาจแสดงออกถึงความอ่อนแอ ซึ่งถูกมองว่าไม่เหมาะสมกับเพศ ในขณะที่เพศหญิง การแสดงความคิด การแสดงออกอาการทางกายทำได้มากกว่า เช่น เครียด ไม่สบายใจ วิตกกังวล มีอาการทางกายหลายระบบ แล้วเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ง่าย การมีอาการทางกายของเพศหญิงอาจนำไปสู่การได้รับความสนใจ การงดเว้นจากการทำงานหนัก การได้รับความสนใจดูแลจากญาติมิตร นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้สารเสพติด ที่มีผลด้านชีวภาพทำให้การยับยั้งซึ่งใจสูญเสียไป เกิดอารมณ์วุ่นวายใจร้อนเลือกใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงทำให้โอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2526 - 2530 วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือ การใช้อาวุธปืนยิงตัวตาย รองลงไปเป็น การแขวนคอตาย เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจสังคม และกฎหมาย เอื้อต่อการใช้อาวุธในครัวเรือน<sup>9</sup> แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศไทย พบว่า การแขวนคอตาย เป็นวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เนื่องจากสามารถหาวัสดุ หรือเครื่องมือที่มีในชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมได้ง่าย และสะดวก<sup>9</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น ภาวะหนี้สินเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญในการแก้ปัญหา

## การประยุกต์ไปสู่การป้องกันในชุมชน (โดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว)

จากปัจจัยที่พบได้มากที่สุดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำให้เกิดการประยุกต์เพื่อคิดค้นวิธีป้องกัน แก้ไขปัญหาภายในชุมชนโดยใช้มุมมองของเวชศาสตร์

ครอบครัวร่วมกับจิตเวชศาสตร์แบบบูรณาการ โดยมองปัญหาการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในเพศชาย ที่มีค่านิยมในการใช้ยาเสพติด เช่น การดื่มสุรา ทำให้มีปัญหากับคู่ครอง เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งทางด้านภาระหนี้สิน เกิดความเครียดทางอารมณ์อย่างสะสมต่อเนื่อง เป็นป่อเกิดของความคิดฆ่าตัวตายตามมา ผู้ศึกษาจึงเสนอ แนวทางการป้องกันในชุมชนโดยที่ ต้องมีการคัดกรองประชาชนที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดที่พบบ่อยในสังคมไทย คือ สุรา ยาบ้า มาเพื่อทำกิจกรรมเชิงรุก เข้าถึงผู้ที่มีความเสี่ยงในด้านนี้ ให้คำแนะนำ ให้การรักษาตามความจำเป็น ขึ้นทะเบียนเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง การคำนึงถึงสภาพองค์รวมของบุคคลที่ประสบ โดยมีโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นแม่ข่ายในการดำเนินงาน ทั้งยังบูรณาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจขั้นตอนกิจกรรม ทำให้ลดจำนวนผู้ที่จะเสียชีวิตด้วยปัจจัยนี้ได้ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตจะเป็นผู้ติดตามประสานงานกับกลุ่มพลังต่างๆ หน่วยงานในภาครัฐ ผู้นำชุมชน ในการดูแล เป็นที่ปรึกษา รวมทั้งเป็นสื่อกลางแม่ข่ายให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาช่วยกันแก้ปัญหา โดยจะมีแนวทางในการดำเนินงาน ตาม evaluation and treatment of patients with suicidal ideation ของสมาคมแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งสหรัฐอเมริกา<sup>10</sup>

ปัจจัยอันดับรองลงไปนำเสนอให้สาธารณสุขชนได้รับทราบ คือ การเข้าถึงผู้ที่มีสัญญาณหรืออาการที่น่าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น เคยพูดหรือบ่นว่าจะฆ่าตัวตายต่อหน้าญาติ เพื่อนหรือ ผู้ใกล้ชิด มีอาการเศร้าซึม จะถูกเฝ้าระวังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งในเขตอำเภอห้างฉัตร มีการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (อสสมช.) ขึ้น โดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสสม.) ที่จัดตั้งขึ้นในพื้นที่ออกเป็น อสสมช.ด้านต่างๆ เช่น อสสม.ด้านสุขภาพจิต ด้านควบคุมโรค ด้านแพทย์

แผนไทย เป็นต้น โดยที่ อสม.เหล่านี้จะรับทำหน้าที่  
รับผิดชอบเฉพาะด้านที่สนใจ มีใจรัก โดยมีเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านนั้นๆ เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์  
อย่างต่อเนื่อง มีการส่ง อสม.เฉพาะด้านเหล่านี้เข้ารับ  
การอบรม การดูงาน และมีการประชุมเฉพาะกลุ่มของ  
อสม.ช.ด้านเดียวกัน การวิเคราะห์แก้ปัญหาภายใน  
หมู่บ้านตำบลที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ เป็นแม่ข่ายของ  
งานเฉพาะด้านของตนเอง ทำให้ใช้เวลาในการประชุม  
ในแต่ละครั้งลดลง อสม.ไม่เกิดความเบื่อหน่ายเหมือน  
อสม.ทั่วไป ที่รับผิดชอบทุกเรื่องทุกงาน และใช้เวลา  
ประชุมในแต่ละครั้งนานเกินความจำเป็น เกิดความ  
รู้สึกว่ามีภาระงานมาก อาจทำให้ขาดขวัญกำลังใจได้  
ส่วนการแบ่งสัดส่วนงานด้านอื่นๆ อสม.ช.ที่รับผิดชอบ  
ในแต่ละงานแบ่งกันรับผิดชอบให้ครบองค์ของเนื้อหา  
และเมื่อมีกิจกรรมด้านที่ตนเองไม่ได้รับผิดชอบก็มีหน้าที่  
เป็นผู้ลงมือปฏิบัติอย่างเดียว โดยมี อสม.ช.ด้านนั้นๆ  
เป็นผู้รวบรวม วิเคราะห์ แก้ไขให้ ซึ่งแตกต่างจาก  
ระบบเดิมที่ อสม.ทุกคนมีเนื้อหาเหมือนกันรับผิดชอบ  
ทุกเรื่องทุกงาน เปรียบเหมือนกับการสวมหมวกใน  
แต่ละงานแตกต่างกันไปใน อสม.แต่ละคน โดยวิธีการ  
นี้จะจัดการเฝ้าระวังในชุมชนโดย อสม.ช.ด้านสุขภาพ  
เฉพาะด้าน และเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมโดยมี  
ทีมงานในเครือข่าย อันประกอบด้วย ผู้นำชุมชน  
เจ้าหน้าที่ภาครัฐของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น  
กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวง  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น อสม.ช.  
องค์กรอิสระ องค์กรภาคประชาชนต่างๆ องค์กรระดับ  
นานาชาติเข้าไปเยี่ยมบ้านประชาชนที่มีความเสี่ยงเพื่อ  
ให้คำปรึกษา รับรู้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือ ให้การรักษา  
และอื่นๆทำให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย  
ได้รับการแทรกแซงช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและ  
ต่อเนื่องต่อไป

แนวทางแก้ไขปัญหาอีกทางหนึ่งที่ได้จากการ  
ศึกษานี้คือ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาภายในครอบครัว  
ทั้งด้านการดื่มสุราจนทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง  
การขาดความอบอุ่นภายในครอบครัว การนอกใจของ  
คู่ครอง เป็นต้น ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมา โครงการ  
หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ถูกจัดให้ปฏิบัติ  
เชิงนโยบาย ซึ่งเป็นงานประจำของโรงพยาบาลห้างฉัตร  
และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร อยู่แล้ว  
คือ “โครงการครอบครัวอบอุ่น” ทำให้เกิดการสอดรับ  
กับปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งโครงการนี้เน้นในเรื่อง  
สุขภาพจิตภายในครอบครัว มีการเรียนรู้ร่วมกันในอัน  
ที่จะทำให้เกิดความอบอุ่นผาสุกแก่สมาชิกในครอบครัว  
เป็นการป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับ  
รากหญ้า และ ปัญหาอื่นๆ ในระดับสังคมเศรษฐกิจอื่นๆ  
อีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ใช้เวลาในการ  
รวบรวมข้อมูลน้อย ใช้แนวทางการศึกษาเชิงพรรณนา  
ขนาดของตัวอย่างมีจำนวนน้อย ใช้วิธีการสืบค้นหลัง  
เสียชีวิตที่ต่างประเทศทำมาประมาณ 50 ปี (ตั้งแต่ปี  
พ.ศ. 2501)<sup>9</sup> ซึ่งมีการพัฒนาแนวทางและมีวิวัฒนาการ  
เชิงวิธีการวิทยามากขึ้นเป็นลำดับ

## สรุป

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นเพศชาย ใช้สารเสพติด  
คือ สุรา และ ยาบ้า (ร้อยละ 62.5) มีหนี้สิน (ร้อยละ 50)  
วุฒิภาวะด้านอารมณ์- ภาวะใจร้อน (ร้อยละ 37.5)  
คู่ครองนอกใจ และโรคทางจิตเวช-ซึมเศร้า (ร้อยละ 25)  
บุคลิกภาพผิดปกติ-นักเลงอันธพาล (ร้อยละ 12.5)  
ตามลำดับ วิธีการฆ่าตัวตายเกือบทั้งหมดใช้การแขวน  
คอตาย (ร้อยละ 87.5)

การป้องกันในชุมชนสามารถปฏิบัติเพื่อแก้ไข  
ปัญหาได้ 2 รูปแบบ ดังนี้ คือ

1. การคัดกรองและการแทรกแซงช่วยเหลือผู้ที่มีการใช้สารเสพติดระดับรุนแรงโดยเฉพาะในเพศชายและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
2. การเฝ้าระวัง ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉพาะด้าน และการเยี่ยมบ้าน โดยทีมงานในเครือข่าย ทั้ง 2 โครงการจะใช้โครงการที่เป็นงานประจำสนับสนุนเพื่อบูรณาการ คือ “โครงการครอบครัวอบอุ่น”

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ.มานิต หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คุณสุทัศน์ ศรีสืบ สาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร คุณสมพิศ แสงบุญเรือง หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตร คุณสุทัศน์ี พรหมสอน - คุณณัฐยา วีระกุล - คุณมยุรี มีประไพ - คุณวิไลภรณ์ วงศ์มณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตรคุณปณยวีร์ สายนวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนสันหลวง คุณประไพ วัฒนนกุล - คุณดรณี เตชะอุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเหล่า คุณอรวรรณ พรหมศรี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพชุมชนวอแก้ว คุณพงษ์นิกร ธรรมลังกานักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนวอแก้ว คุณศุภกร สัตยชัยอน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ ศูนย์แพทย์ชุมชนแม่สัน-เมืองยาว ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. มานิต หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกกนิชะ, อัปษรศรี ธนไพศาล. ผ่านที่วิกฤต : วิเคราะห์มุมมองชายหญิงผู้ผ่านการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2542 : 3:13-44.

2. พิเชฐ อุดมรัตน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี. การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า และป้องกันการฆ่าตัวตาย ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2548:2.
3. อรวรรณ ดวงจันทร์, เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547 : 2.
4. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Synopsis of psychiatry. 9<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams & Wilkins 2003; 2:60.
5. An Inserm collective expert report. Suicide-Psychological Autopsy, a Research Tool for Prevention. Press release 2005; 1-6.
6. Keith Hawton, Kelly Houston, Aslög Malmberg, Sue Simkin. Psychological Autopsy Interviews in Suicide Research : The Reactions of Informants. Archives of Suicide Research 2003; 7:73-82.
7. J. T. O. Cavanaugh, A.J. Carson, M. Sharpe, S.M. Lawrie. Psychological autopsy studies of suicide : a systemic review. The University of Glasgow Department of Psychological Medicine. Review Article 2003; 1-7.
8. Jenifer E. Snider, Steve Hane, Alan L. Berman. Standardizing the Psychological Autopsy: Addressing the Daubert Standard. The American Association of Suicidology 2006; 36:511-17.
9. Ronald W. Maris, Alan L. Berman, Morton M. Silverman, Bruce Michael Bongar. Comprehensive Textbook of Suicidology. Guildford press 2000; 96:236-7.

10. Michael F. Gliatto, Anil K. Rai. Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. The American academy of Family Physicians 1999; 2-7.
11. นิภาพรณ บุญกล้า. เอกสารสรุปผลงานสาธารณสุข 6 เดือนประจำปี 2551. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง 2551; 19-24.
12. Thai News Today. หัวข้อ: ชาวยากหมากแพง อย่า! คิดสั้น ตั้งสติแก้ปัญหาอย่างชาญฉลาด. ThaiDarkSide News Web พฤษภาคม 2008; 2.
13. ข่าวสุขภาพประจำวัน. โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุฆ่าตัวตายมากที่สุด. สงขลาสร้างสุข:เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจังหวัดสงขลา; 2005.