



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตเมืองจังหวัดลำปาง ด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต ตุลาคม 2553-กันยายน 2556

The Factors Associated with Committed Suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from October, 2010 to September 2013

ศศิธร กมลธรรม*, รุ่งระวี แก้วดี*

Sasithorn Kamondham*, Rungravee Kaewdee*

* กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลลำปาง

* Division of Psychiatry, Lampang Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคำวินิจฉัยโรคจิตเวชและปัจจัยด้านสังคมในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ case control study กลุ่มตัวอย่าง cases คือ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2556 กลุ่มควบคุมสุ่มจากผู้ที่มีเพศเดียวกับผู้เสียชีวิต อายุห่างกันไม่เกิน 2 ปี มีที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกับผู้เสียชีวิต ระยะห่างของที่พักอาศัยห่างกันรัศมีไม่เกิน 100 เมตร การวินิจฉัยโรคจิตเวชทำโดยการสืบค้นหลังเสียชีวิต (psychological autopsies) หรือจากประวัติการรักษาโรคจิตเวชจากเวชระเบียนโรงพยาบาลลำปาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Fisher's exact test

ผลการศึกษา กลุ่ม case ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 77 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.3) มีอายุอยู่ในช่วง 25-60 ปี อาชีพเกษตรกรและรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถม รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ส่วนใหญ่ใช้วิธียาฆ่าตัวตายร้อยละ 70.12 ป่วยด้วยโรคจิตเวช คือ adjustment disorder สูงที่สุด รองลงมาคือ substance used and related disorder, depressive disorder, psychosis ตามลำดับ และไม่ชอบเข้าสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จคือ ป่วยโรคทางจิตเวชและไม่ชอบเข้าสังคม บุคลากรบริการด้านสุขภาพจึงควรคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและแยกตัวจากสังคม เพื่อให้การดูแลรักษาป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำสำคัญ การสืบค้นหลังเสียชีวิต การฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดลำปาง

Corresponding author: ศศิธร กมลธรรม

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 47-54

ABSTRACT

Objective : To compare the psychiatric diagnosis and the factors associated between group of persons with committed suicide and control group.

Method : This study was a case-control study. The medical records of persons who committed suicide in Muang district, Lampang Province from October, 2010 to September, 2013 were reviewed and conducted psychological autopsies with relatives to make the psychiatric diagnosis and identify the factors associated with their suicide. A control group was selected by random sampling from the neighborhood of the cases, who having the same sex, no more than 2 years' difference in age, and living not more than 100 metres from the house of the deceased person. Fisher's exact test was used for data analysis.

Results : Among 77 persons with committed suicide, The most common method of suicide was hanging (70.12%). The second method was taken insecticide. Male gender was predominant, aged range 25 to 60 years, be received income farmer or an employee, with educational achievement as primary school, received income less than 5,000 Baht per month and be married. There were more psychiatric diagnoses and social factors in cases than controls statistical significantly. The psychiatric illnesses were adjustment disorder, substance use and related disorder, depressive disorder, and psychosis, respectively.

Conclusion : A psychiatric illness and social isolation were the factors associated with committed suicide. Health care providers should screen and early management in patients psychiatric illness with social isolation, to prevent suicide.

Keywords : psychological autopsies, committed suicide, Lampang province

Corresponding author: Sasithorn Kamondham

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(1): 47-54

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากสถิติของ WHO¹ พบว่าในปี พ.ศ. 2555 ประชากรทั่วโลกจำนวนมากกว่า 200,000 ราย เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยมีอัตรา 11.40 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชายต่อหญิง คือ 15.00 ต่อ 8.00 ต่อแสนประชากร ดังนั้นในทุกๆ 40 วินาที ทั่วโลกจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และเมื่อพิจารณาตามเศรษฐกิจ พบว่าประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง เพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยสูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง เพศชายวัยกลางคนมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง และในปี พ.ศ. 2555 การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 15 ของสาเหตุการตายทั้งหมด

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 ถึง 2557 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ระหว่าง 6-8 ต่อแสนประชากร² และเมื่อพิจารณาแยกตามรายจังหวัดพบว่า จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิด 10 อันดับแรกของประเทศไทยอยู่เสมอ

การฆ่าตัวตายเป็นการตอบสนองต่อปัญหาแบบผิดวิธี และเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ฆ่าตัวตายมีภาวะป่วยทางจิตเวชโดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย³ โรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ดีเพียงพอจัดเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้พบว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่น พันธุกรรม การสูญเสียคนรัก การถูกรังแกทางร่างกาย การถูกรังแกทางเพศ ความรู้สึกถูกทำให้ได้รับความอับอายอย่างรุนแรง การมีคดีความทางกฎหมาย ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดคิดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย⁴

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย⁵ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้จะยังไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ นอกจากนี้พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นในเพศชายมากกว่าหญิงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเพศชายในช่วงวัย 20-24 ปี ส่วนเพศหญิงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงในช่วงอายุ 15-19 ปี ส่วนวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายพบว่าวิธีที่ช้บ่อยในเพศชายคือการแขวนคอ ในขณะที่เพศหญิงจะใช้วิธีกินยาเกินขนาดหรือใช้สารเคมี

จากสถิติและการศึกษาต่างๆ ในประเทศไทย พบว่าจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาหลายปี⁶ อาทิในปี พ.ศ. 2551 ถึง 2553 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตภาคเหนือตอนบน เป็น 12.57, 13.46, 13.06 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย เป็น 5.98, 5.97, 5.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของจังหวัดต่างๆ ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต⁷ (attempted suicide) การสืบค้นหลังเสียชีวิต (psychologic autopsy⁸) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการศึกษาเรื่องของการฆ่าตัวตาย การสืบค้นหลังเสียชีวิต คือการเก็บข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การดูแลก่อนเสียชีวิต รวมทั้งบันทึกทางการแพทย์ จากการศึกษาดูโดยการสืบค้นหลังเสียชีวิต ในต่างประเทศพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับคำวินิจฉัยโรคจิตเวชว่าเป็น mood disorders, substance use disorders และยังคงพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ

ในประเทศไทยมีการศึกษานำร่องโดยใช้การสืบค้นหลังเสียชีวิตวินิจฉัยโรคจิตเวชในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตภาคเหนือตอนบน⁹ พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด 8 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย หญิง 2 ราย เกือบทั้งหมดฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ มีเพียง 1 รายที่ยิงตัวตาย ร้อยละ 62.5, 25.0, 25.0, 12.5 และ 12.5 ได้รับคำวินิจฉัยเป็น substance used disorder โรคซึมเศร้า adjustment disorder, schizophrenia และ antisocial personality ตามลำดับ

จังหวัดต่างๆ ในเขตภาคเหนือตอนบนอันประกอบไปด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ น่าน มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีอัตราที่สูงต่อเนื่องกันมาเป็นระยะเวลาหลายปี สะท้อนให้เห็นสภาวะทางจิตใจที่เป็นปัญหาสมควรที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จะให้ความสำคัญและช่วยกันแก้ปัญหา

การแก้ไขป้องกันการฆ่าตัวตายจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องเข้าใจถึงสาเหตุ สิ่งกระตุ้น และโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้อง การศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตายด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิตเป็นการศึกษาที่อาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข และหลักฐานทางการรักษาเพื่อให้ทราบวินิจฉัยโรคจิตเวช ปัจจัยกระตุ้น ลักษณะบางประการของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยคาดหวังว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ป้องกันการฆ่าตัวตายและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้อย่างแท้จริง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case control study และใช้การสืบค้นหลังเสียชีวิต ในการได้มาซึ่งข้อมูลและวินิจฉัยโรคจิตเวชในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จใน

เขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจึงเป็น ญาติ บุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ซึ่งใกล้ชิดและทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ การได้ข้อมูลจากหลายบุคคลเพิ่มความแม่นยำและถูกต้องของข้อมูลมากยิ่งขึ้น¹⁰ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2556

กลุ่มควบคุมเป็นเพื่อนบ้านของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ อายุใกล้เคียงกันห่างกันไม่เกิน 2 ปี เพศเดียวกัน อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันระยะห่างของบ้านห่างกันไม่เกิน 100 เมตร

การสืบค้นหลังเสียชีวิตทำโดยการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ 1 คน ตลอดการศึกษา เพื่อลดปัญหาอคติ นอกจากนี้ข้อมูลการศึกษาได้จากประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลลำปาง เนื่องจากการสืบค้นหลังเสียชีวิตการได้มาซึ่งข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์บุคคลใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ข้อมูลจากการสืบค้นหลังเสียชีวิตจัดเป็นข้อมูลระดับทุติยภูมิ (secondary data) ดังนั้นหากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยมารับการรักษาด้วยปัญหาจิตเวชในโรงพยาบาลลำปาง ข้อมูลการวินิจฉัยจะยึดตามเวชระเบียน เนื่องจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในขณะนั้น ให้การวินิจฉัยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในขณะนั้นโดยตรงจึงจัดเป็นข้อมูลระดับปฐมภูมิ (primary data) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเวชในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจะยึดตามข้อมูลระดับปฐมภูมิก่อนข้อมูลระดับทุติยภูมิเสมอหากผู้ป่วยรายนั้นๆ มีข้อมูลระดับปฐมภูมิ

การรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการค้นหาข้อมูลรายชื่อที่อยู่ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2556 จากข้อมูลและสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ทำการ

ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอาศัยอยู่ โดยอาศัยความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ช่วยนัดหมายผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นจิตแพทย์และทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลต่างๆ ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคจิตเวช และได้ทราบถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้จากเพื่อนบ้านของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ หากมีมากกว่า 1 ราย จะทำการสุ่มก่อนทำการสัมภาษณ์เพื่อลดอคติ หากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการรักษาตามเวชระเบียนของโรงพยาบาลลำปาง การศึกษาวิจัยนี้จะยึดตามเวชระเบียนเป็นหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2556 จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด 77 ราย ร้อยละ 70.12 และ 11.69 ใช้วิธีแขวนคอและกินสารกำจัดแมลงตามลำดับ (ตารางที่ 1)

จากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 77 ราย มีกลุ่มประชากรที่ครบเกณฑ์การเป็นกลุ่มตัวอย่าง 69 ราย กลุ่มควบคุม 24 ราย ลักษณะข้อมูลฐานด้านประชากรศาสตร์แสดงในตารางที่ 2 สรุปได้ว่า คนฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.26) ช่วงอายุอยู่ในช่วง 25-60 ปี (ร้อยละ 66.67) อาชีพเกษตรกรและลูกจ้าง (ร้อยละ 82.61) จบชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 69.57) รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.77) มีสถานะสมรสเป็นคู่ (ร้อยละ 43.48)

ตารางที่ 1 วิธีการฆ่าตัวตาย

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยแยกตามวิธีการฆ่าตัวตาย (ราย)								รวม (ราย)
	แขวนคอ	กินยา เกินขนาด	กินสาร กำจัดวัชพืช	กินสาร กำจัดแมลง	กินสาร เคมี	อาวุธ	กระโดด จากที่สูง	อื่นๆ (จุดไฟเผาตัวเอง)	
2554	19	0	2	5	2	3	0	0	31
2555	18	0	1	1	2	1	0	0	23
2556	17	0	0	3	0	1	1	1	23
รวม (ร้อยละ)	54 (70.12)	0 (0)	3 (3.9)	9 (11.69)	4 (5.19)	5 (6.49)	1 (1.29)	1 (1.29)	77 (100)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคจิตเวชและไม่ชอบเข้าสังคม ต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคจิตเวช เป็น adjustment disorder (ร้อยละ 39.13), substance used and related disorder (ร้อยละ 26.09),

depressive disorder (ร้อยละ 14.49) และ psychosis (ร้อยละ 11.59) โรคทางกายเรื้อรัง (ร้อยละ 36.23) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 24.64) มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 56.52) และยังพบว่าปัจจัยกระตุ้นของการฆ่าตัวตายเป็นผิดหวังในความรัก สูญเสียคนรัก โรคประจำตัวรุนแรง

ตารางที่ 2

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		P value
	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ N = 69	ปกติ N = 24	
เพศ			0.78
หญิง	15 (21.74)	6 (25.00)	
ชาย	54 (78.26)	18 (75.00)	
อายุ (ปี)			0.69
0-25	4 (5.80)	0 (0.00)	
25-60	46 (66.67)	16 (66.67)	
มากกว่า 60	19 (27.54)	8 (33.33)	
อาชีพ			1.00
ลูกจ้าง การเกษตร	57 (82.61)	20 (83.33)	
พนักงานประจำ/ข้าราชการ	2 (2.90)	1 (4.17)	
อื่นๆ	10 (14.49)	3 (12.50)	
การศึกษา			0.20
ไม่ได้เรียน ประถม	48 (69.57)	20 (83.33)	
มัธยม ปวช	13 (18.84)	4 (16.67)	
ปริญญาตรี เทียบเท่า	8 (11.59)	0 (0.00)	
รายได้ (บาท)			1.00
0-5,000	44 (63.77)	16 (66.67)	
5,000-10,000	17 (24.64)	6 (25.00)	
มากกว่า 10,000	8 (11.59)	2 (8.33)	
สถานภาพสมรส			0.18
โสด	17 (24.67)	3 (12.50)	
คู่	30 (43.48)	16 (66.67)	
เสียชีวิต แยกทาง	22 (31.88)	5 (20.83)	
วินิจฉัย			< 0.001
ไม่พบโรคจิตเวช	6 (8.70)	21 (87.50)	
Depression	10 (14.49)	0 (0.00)	
Psychosis	8 (11.59)	0 (0.00)	
Adjustment dis	27 (39.13)	0 (0.00)	
Substance	18 (26.09)	3 (12.50)	
ลักษณะ			< 0.001
ไม่ชอบเข้าสังคม	38 (55.07)	2 (8.33)	
ชอบเข้าสังคม	31 (44.93)	22 (91.67)	
โรคทางกาย			0.12
ไม่มี	44 (63.77)	20 (83.33)	
มี	25 (36.23)	4 (16.67)	
โรคจิตเวชในครอบครัว			0.79
ไม่มี	52 (75.36)	17 (70.83)	
มี	17 (24.64)	7 (29.17)	
สัญญาณเตือน			< 0.001
ไม่มี	30 (43.48)	24 (100)	
มี	39 (56.52)	0 (0.00)	
เหตุกระตุ้น			< 0.001
ไม่พบ	22 (31.88)	24 (100)	
โรคประจำตัวท้อหนักลง	17 (24.64)	0 (0.00)	
ผิดหวัง น้อยใจ	30 (43.48)	0 (0.00)	

วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยด้วยโรคจิตเวชต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า adjust disorder เป็นภาวะที่พบมากที่สุด ต่างจากการคาดการณ์ว่า depressive disorder เป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายอันอาจเนื่องมาจากการค้นหา คัดกรองโรคซึมเศร้า และนำเข้าสู่กระบวนการรักษา มีประสิทธิภาพที่ดี และมีการป้องกันการขาดการรักษา มีการติดตามในชุมชน

ส่วน adjustment disorder อันเป็นภาวะของการตอบสนองต่อสถานการณ์กดดันในชีวิตอย่างผิดวิธี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และประชาสัมพันธ์บริการสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายจาก adjust disorder นอกจากนี้ยังพบว่า substance used and related disorder เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย ดังนั้นการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ในการค้นหา คัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์กดดันในชีวิต หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติด รวมทั้งผู้มีสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายเข้าสู่กระบวนการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา คือ psychological autopsy เป็นข้อมูลระดับทุติยภูมิทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง ประกอบกับเป็นการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว ญาติ คู่สมรสของผู้เสียชีวิต ในบางกรณีไม่ได้รับความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ ในบางกรณีไม่สามารถหาหลักแหล่งญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธรปทุมมานนท์ นพ.ราชิน อโรว่า ผศ.สมทบ นพ.อนุวัตรพงษ์คุณากร ภาญ.ดร.รุ่งทิภา หมื่นป่า ภาญ.ปิยะวรรณ เหลืองจิโรนทัย ที่ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ ภาระงานวิจัยสำเร็จลงได้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง รวมทั้ง อสม.ทุกท่าน ขอขอบคุณคุณพรนิภา นันตะภาพ ที่กรุณาจัดพิมพ์และติดต่อประสานงานเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Suicide statistic. Retrieved April 16, 2016, from <http://www.suicide.org/suicide-statistics.html>
2. The National Data Suicide Rates of Thailand. [Retrieved April 16, 2016], Available from: <http://www.dmh.go.th/report/suicide>
3. Suicide cause. [Retrieved April 16, 2016], Available from : <http://www.webmd.com/depression/guide/depression-recognizing-sign-of-suicide>
4. Setachandana V. Epidemiology of intentional self-harm and suicide in Buriram province. Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital 2011; 11.
5. Lortrakul M. Suicide trends in Thailand categorized by age and gender. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1998; 43:67-83.
6. Suicide Report-Department of Mental Health, ministry of Public Health. [Retrieved October 1,2017], Available from: <http://www.dmh.go.th>report>suicide>

7. Maris WR, Siverman B, Siverman MM. Comprehensive textbook of Suicidology. New York: The Guilford Press; 2000: 32.
8. Isometsa ET. Psychological autopsy study-a review. Eur Psychiatry 2001; 1: 379-85.
9. Yingseree O, Yingseree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by Psychological Autopsy during 2008 and application to community prevention. Journal of The Psychiatric Association of Thailand 2008; 55: 297-304.
10. Maris WR, Sivierman B, Siverman MM. Comprehensive textbook of Suicidology. New York: The Guilford Press; 2000: 65.