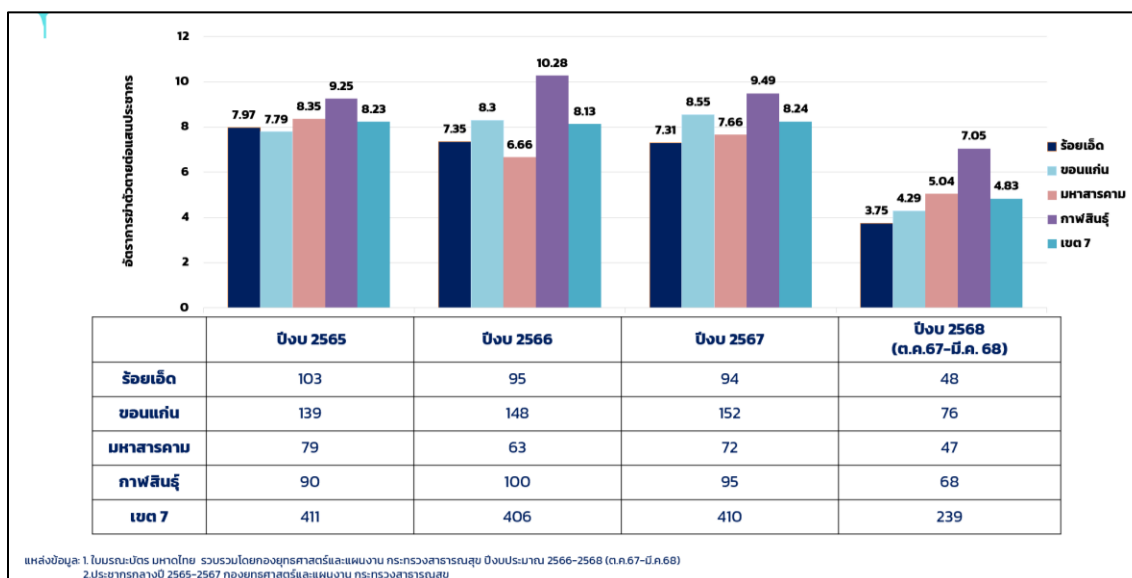


รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตาย เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2568 (ระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568)

โดย งานเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต

1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ

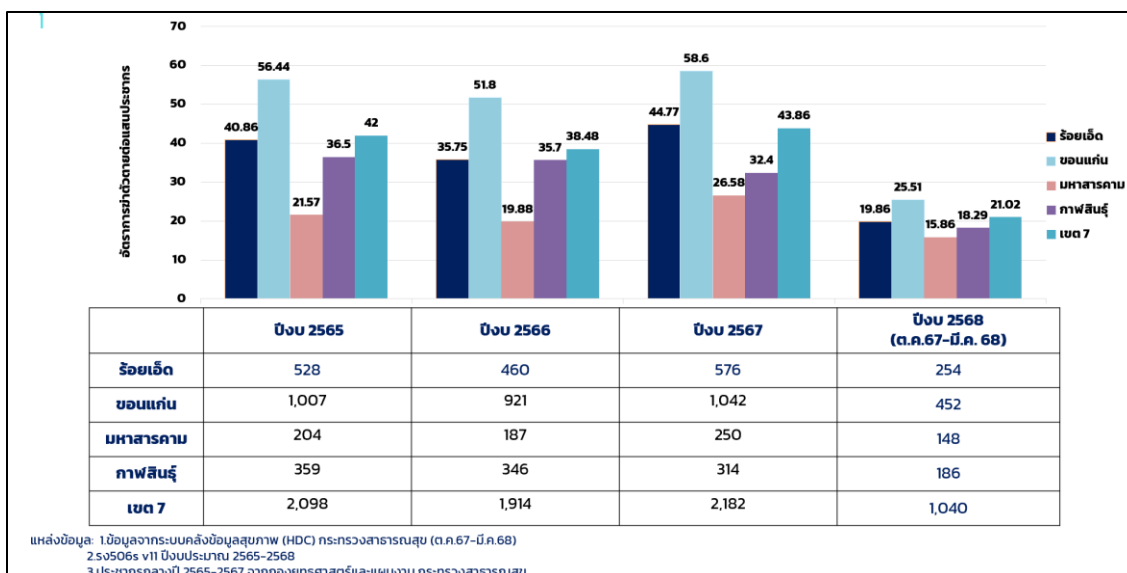
จากรายงานสถิติการฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568) พบว่า เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 239 คน คิดเป็นอัตรา 4.83 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 1-2 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ อัตรา 7.05 ต่อประชากรแสนคน (68 คน) รองลงมา คือ จังหวัดมหาสารคาม อัตรา 5.04 ต่อประชากรแสนคน (47 คน) จังหวัดขอนแก่น อัตรา 4.29 ต่อประชากรแสนคน (76 คน) และจังหวัดร้อยเอ็ด อัตรา 3.75 ต่อประชากรแสนคน (48 คน) ตามลำดับ (ใบมรณะบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปีงบประมาณ 2567-2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)) รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของเขตสุขภาพที่ 7 แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2565-2568

2. การพยายามฆ่าตัวตาย

จากสถิติผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จำนวน 1,040 คน คิดเป็นอัตรา 21.02 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 5-6 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด คือ จังหวัดขอนแก่น อัตรา 25.51 ต่อประชากรแสนคน (452 คน) รองลงมา คือ จังหวัดร้อยเอ็ด อัตรา 19.86 ต่อประชากรแสนคน (254 คน) จังหวัดกาฬสินธุ์ อัตรา 18.29 ต่อประชากรแสนคน (186 คน) และจังหวัดมหาสารคาม อัตรา 15.86 ต่อประชากรแสนคน (148 คน) ตามลำดับ (HDC, 2568) รายละเอียดตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายของเขตสุขภาพที่ 7 แยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2565-2568

กลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ กลุ่มวัยทำงาน (20-59 ปี) อัตรา 5.68 ต่อประชากรแสนคน อายุ 20-59 ปี และกลุ่มวัยที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด คือ กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา (15-19 ปี) อัตรา 82.51 ต่อประชากรแสนคน อายุ 15-19 ปี รายละเอียดตามภาพที่ 3

Crude suicide rate = 3.42 per 100,000 population					Crude suicide attempt rate = 6.73 per 100,000 population			
Age standardized suicide rate = 3.00 per 100,000					Age standardized suicide attempt rate = 8.04 per 100,000			
กลุ่มอายุ	จำนวนประชากรของจังหวัด ¹	จำนวนผู้ฆ่าตัวตาย ² (คน)	Age Specific suicide rate (per 100,000 persons)	Age Standardized suicide rate (per 100,000)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ³ (คน)	Age Specific suicide attempt rate (per 100,000 persons)	Age Standardized suicide attempt rate (per 100,000)	Standard Population WHO ⁴
เด็กปฐมวัย 0-4 ปี	178,385	0	0.00	0.00	2	1.12	0.10	0.0886
วัยเรียน 5-14 ปี	510,351	2	0.39	0.07	126	24.69	4.27	0.1729
วัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี	284,825	7	2.46	0.21	235	82.51	6.99	0.0847
วัยทำงาน 20-59 ปี	2,955,617	168	5.68	3.04	551	18.64	9.97	0.5346
วัยสูงอายุ 60 ขึ้นไป	1,018,878	44	4.32	0.51	108	10.60	1.26	0.1192
รวม	4,948,056	221	4.47	3.83	1022	20.65	22.59	1

แหล่งข้อมูล: 1. ประชากรกลางปี 2567 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

2. รง.506s v11 (ค.ศ. 67-ค.ศ. 68)

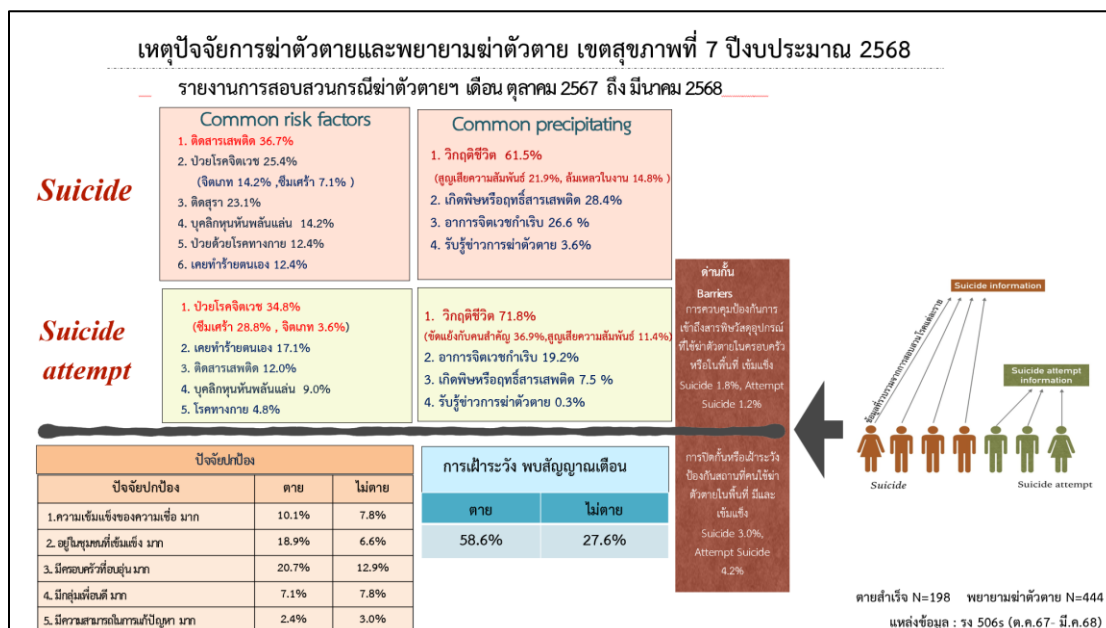
3. WHO World standard population Distribution (%) based on world average population between 2000-2025 Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD et al. AGE STANDARDIZATION OF RATES: A NEW WHO STANDARD. World Health Organization 2001

ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายปรับฐานอายุ WHO Standard Population เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2568

3. เหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผลมาจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปีงบประมาณ 2568 ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 198 คน และข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 444 คน (ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.506s V.11, ตุลาคม 2567-มีนาคม 2568)

ภาพที่ 4 เหตุปัจจัยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เขตสุขภาพที่ 7



การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคทางจิตเวช แต่เป็นผลพวงของหลายเหตุปัจจัย ดังนั้นการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายก็ต้องจัดการที่ต้นเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้นเหตุการฆ่าตัวตายไม่ใช่สรุปง่ายๆว่า เพราะอกหักจึงฆ่าตัวตายหรือเพราะถูกด่า น้อยใจจึงฆ่าตัวตาย เพราะในวัฏจักรหนึ่งคนที่อกหักมีหลายพันคน คนที่ถูกด่าให้น้อยใจมีหลายพันคน แล้วทำไมคนเหล่านี้ไม่ฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนข้อมูลสอบสวนโรคและผลศึกษาวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตาย จะพบว่า

1. ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีภาวะบางภาวะมีความอ่อนแอหรือมีปัจจัยเสี่ยงเสี่ยงอยู่ก่อน เช่น ป่วยโรคจิตเวชที่รุนแรง (โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดการพนัน ทั้งที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รักษา) ป่วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง (โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ เป็นต้น) มีโรค ติดสุรา,ติดสารเสพติด บุคลิกภาพหุนหันพ่นแล่น หรือมีประสบการณ์ถูกทารุณในวัยเด็ก
2. ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีอยู่ในสภาพแวดล้อม (สังคม หรือครอบครัว) ที่มีความคาดหวังสูง
3. เมื่อผู้ที่มีความเปราะบางหรือมีความเสี่ยงเหล่านี้เผชิญกับวิกฤติชีวิตที่ทำให้อับอาย หรือพ่ายแพ้ร่วมกับ รู้สึกอับจนหนทางหรือตกอยู่ในสถานการณ์ไม่มีทางออก ก็จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น
4. เมื่อมีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น หากบุคคลนั้นไม่กลัวตาย ทนต่อความเจ็บปวดได้สูง เคยรับรู้ถึงวิธีหรือมีตัวอย่างการฆ่าตัวตาย และเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย จากมีเพียงแค่ว่าความคิด ก็นำไปสู่การกระทำ เหตุการณ์ฆ่าตัวตายก็เกิดขึ้น

จึงพอสรุปได้ว่า เหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่ายๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมักจะมีภาวะบางภาวะมีความอ่อนแอมีความเสี่ยงอยู่ก่อน แล้วประสบวิกฤติชีวิตที่ทำให้อับอายขายหน้า หรือ พ่ายแพ้ล้มเหลว ร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น

การแก้ไขปัญหามิใช่การฆ่าตัวตายไม่ว่ารายบุคคลหรือรายจังหวัดจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่ได้ผลที่สุดเนื่องจากเหตุปัจจัยแปรเปลี่ยนไปตามเวลา ยุคสมัย และในแต่ละรายบุคคล แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหามิใช่การฆ่าตัวตายที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันคือ รวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละเหตุการณ์ด้วย suicide investigation (การสอบสวนกรณีฆ่าตัวตาย)โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นอย่างดี(ที่กระจายอยู่ทุกจังหวัด)ให้เห็นเหตุปัจจัยให้ครบถ้วนที่สุด เพื่อนำไปวิเคราะห์และวางแผนจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น สร้างเสริมปัจจัยปกป้อง สร้างความรู้สัญญาณเตือนและการช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ญาติหรือคนใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง สร้างด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายทั้งระดับครอบครัวและระดับจังหวัด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก รง.506S และ รายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่า ตัวตาย (Suicide investigation) ทำให้เห็นการกระจายและเห็นเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อนำมาวางแผน กำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามิใช่การฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับเหตุปัจจัยที่ค้นพบ พอจะสรุปมาตรการที่แต่ละจังหวัดควรดำเนินการดังนี้

เหตุปัจจัยและข้อเท็จจริงที่พบ	มาตรการที่ควรแนะนำทุกจังหวัดดำเนินการ
1. ปัจจัยเสี่ยงลำดับแรกๆพบได้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 คือ 1) ผู้ป่วยติดสารเสพติด ติดสุรา 2) การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ 3) การที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน 2. สัญญาณเตือนฆ่าตัวตายพบเกินครึ่ง แสดงถึงความตระหนัก ตื่นตัว และ/หรือ ความรู้ความเข้าใจ ของญาติและคนใกล้ชิดเรื่อง “สัญญาณ เตือนและการจัดการเมื่อมีสัญญาณ เตือน” ยังมีน้อย	มาตรการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 1. ควรกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วย 1)ติดสารเสพติด ติดสุรา 2)โรคซึมเศร้า 3)โรคจิตเภท และ4)ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา เป็นกลุ่มเสี่ยงของทุกจังหวัดที่ต้องติดตาม (ประเมินด้วย 8Q ทุกเดือน และให้การช่วยเหลือ ตามความรุนแรงของ suicidality ที่ประเมินได้จาก 8Q 2. สร้างความรอบรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการจัดการเบื้องต้นแก่ญาติหรือคนใกล้ชิดของทั้ง 3กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว พร้อมทั้งมีช่องทางติดต่อ 24ชม.กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในจังหวัด 3. ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ประชาชนทั่วไปทราบและตระหนักถึงสัญญาณเตือนและเห็นความสำคัญที่ ต้องใส่ใจช่วยเหลือเมื่อพบสัญญาณเตือน มาตรการเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด ติดสุรา โรคซึมเศร้า และจิตเภท - ปรับปรุง Care process 1) ผู้ป่วยยาเสพติด โดยมุ่งผลลัพธ์ Retention Rate 2) โรคซึมเศร้า 3) จิตเภท โดยมุ่งผลลัพธ์ Remission และ adherence โดยเน้นการ เลือก intervention ที่ได้ผลและการติดตามต่อเนื่องไม่ให้ ขาดการรักษา (รวมทั้งปรับปรุง Care map, CPG)
3. ปัจจัยกระตุ้นที่พบได้ทุกจังหวัดคือ วิถีชีวิต ที่ทำให้อ่อนแอ หรือ พ่ายแพ้ได้แก่ 1) เกิดความขัดแย้งกับคนสำคัญในชีวิต ซึ่งเป็น ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ 2) สูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ซึ่งเป็น ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ	มาตรการขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น 1. เพิ่มนักบำบัดด้านสังคมจิตใจ ในระดับ รพช.ที่สามารถ Family therapy, Couple therapy
4. กลุ่มอายุที่พยายามฆ่าตัวตายในอัตราที่สูง คือ กลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน (อายุ 15-19ปี) มัธยมปลาย และอุดมศึกษา ปี 1	มาตรการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน 1. Care System development: มีการคัดกรองประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย(อาจใช้2Qplus) อย่างน้อยเทอมละครั้ง สร้างความรอบรู้และเฝ้า ระวัง

เหตุปัจจัยและข้อเท็จจริงที่พบ	มาตรการที่ควรแนะนำทุกจังหวัดดำเนินการ
	สัญญาณเตือนให้นักเรียน/ครูและจัดให้มี คลินิก สุขภาพจิตในโรงเรียนมัธยมและสถานศึกษา อุดมศึกษา ที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการ สุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข 2.จัดการเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะแก้ไขปัญหาชีวิตและ การเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์