

ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565

ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปรับปรุงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2565

1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ



แหล่งข้อมูล ไบรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมายวิสัยทัศน์ กรมสุขภาพจิต ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ซึ่งกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร ล่าสุดปี พ.ศ. 2564 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ยังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร เนื่องจากเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามห้วงเวลา จากการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลและสังเกตการฆ่าตัวตายในคนไทยพบว่า การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1)บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง(Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2)มีสิ่งกระตุ้น(Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น(Precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย 3)เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย หรือด่านกั้นล้มเหลว 4)การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว 5)บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง(Protective factors) ที่อ่อนแอ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง 506 S) และข้อมูลจากไบรณบัตร เพื่อให้เห็นภาพรวมของการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 - สิงหาคม 2565)

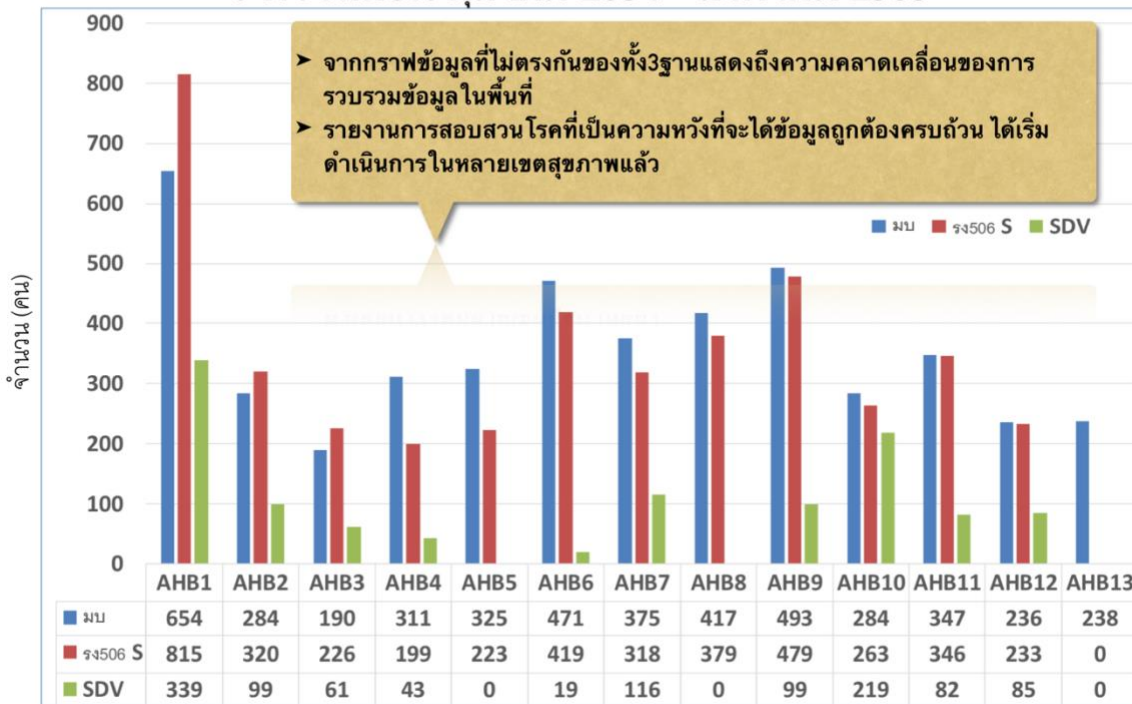
จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ข้อมูลในช่วง 11 เดือนของปีงบประมาณ 2565 จาก 2 แหล่งมีความแตกต่างกัน ดังแสดงในกราฟด้านล่าง

- ข้อมูลใบมรณบัตร พบจำนวนคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4625 คนหรือเท่ากับ 7.09 ต่อประชากรแสนคน
- ข้อมูลรายงานรง.506S พบจำนวนการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4451 คนหรือเท่ากับ 6.47 ต่อประชากรแสนคน

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าข้อมูลจากใบมรณบัตรมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริงจากหลายสาเหตุ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลฆ่าตัวตายหลายปีที่ผ่านมาจึงผลักดันให้แต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพรวบรวมข้อมูลผ่านรายงานรง. 506S โดยคาดหวังว่าจะได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงในพื้นที่มากที่สุด ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากกราฟจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอยู่ 3 เขตสุขภาพที่ข้อมูลจากรง.506S มีมากกว่าข้อมูลจากใบมรณบัตร ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1,2,3 นั้นแสดงว่าทั้ง 3 เขตสุขภาพนี้ ผู้รับผิดชอบได้เก็บข้อมูลและรายงานอย่างขยันขันแข็ง ส่วนอีก 10 เขตสุขภาพ ข้อมูลจากรง.506S ต่ำกว่าจากใบมรณบัตร จึงน่าเป็นห่วงว่า 10 เขตสุขภาพดังกล่าว ข้อมูลฆ่าตัวตายที่ได้จะต่ำกว่าความเป็นจริง และโดยเฉพาะ เขตสุขภาพ 13 หรือ กรุงเทพมหานคร ไม่มีการรายงาน รง. 506S เลย

กราฟ เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่าง 3 ฐานข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565

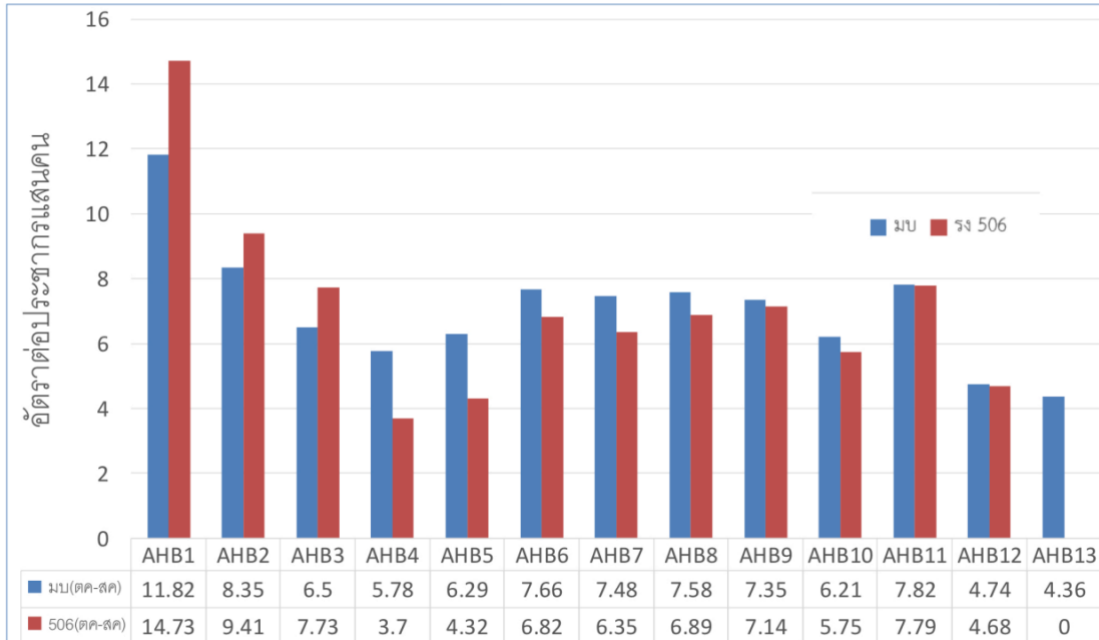


ที่มา : ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ และ รายงานการสอบสวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ (SVD)

สำหรับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง (self directed violence, SDV) ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการในปี 2565 นี้ หลายเขตสุขภาพได้ทยอยส่งรายงานมากขึ้นแล้ว ยกเว้นเขตสาธารณสุขที่ 5,8 และ 13 ที่ยังไม่ได้รับการอบรมพัฒนาทีมสอบสวนโรค ซึ่งการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายนี้จะนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลฆ่าตัว

ตายแทนรอง 506S ในปีถัดไปเนื่องจากว่าการสอบสวนโรคจะมีการยืนยัน case ก่อนรวบรวมข้อมูล อีกทั้งใช้กระบวนการ และทักษะของการให้การปรึกษาทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นญาติและคนใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นความลับและ sensitive มากกว่าการเก็บข้อมูลและรายงานด้วย รง506S

เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างไทม์ไลน์และรง.506 S ช่วงเดือน ตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565



ที่มา : ไทม์ไลน์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ

แม้ค่าความแตกต่างของสถิติแต่ละรายเขตสุขภาพ ในชุดสองฐานข้อมูล จะมีความแตกต่างกัน หากแต่เมื่อจัดลำดับความรุนแรงของปัญหา พบว่ามีความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ เขตสุขภาพที่ 1 เป็นเขตที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 2, เขตสุขภาพที่ 11, และเขตสุขภาพที่ 3 ตามลำดับ

เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงประกอบด้วยจังหวัดของภาคเหนือทั้งหมด เมื่อนำข้อมูลไทม์ไลน์มารวบรวมวิเคราะห์รายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ คือ จังหวัดเชียงใหม่ (13.51 ต่อแสนประชากร) แม่ฮ่องสอน (13.27 ต่อแสนประชากร) พะเยา (13.16 ต่อแสนประชากร) ตาก (12.49 ต่อแสนประชากร) และเชียงราย (12.41 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ

5 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงของประเทศไทย
ปีงบประมาณ 2565 (11 เดือน) ตค 2564 - สค 2565

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน (คน)	อัตราต่อประชากรแสนคน
1	เชียงใหม่	145	13.51
2	แม่ฮ่องสอน	32	13.27
3	พะเยา	61	13.16
4	ตาก	68	12.49
5	เชียงราย	145	12.41
	ภาพรวมทั้งประเทศ	4,625	7.09

ที่มา : ไทม์ไลน์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

Age Specific suicide mortality rate ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-ส.ค 65)			
กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตาย (คน)	Suicide rate 100,000
เด็กปฐมวัย 0-4 ปี	3,043,199	0	0
กลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี	7,600,871	24	0.32
กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี	3,990,028	105	2.63
กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี	38,676,989	3,369	8.71
กลุ่มสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	11,901,964	1127	9.47
รวม	65,212,951	4,625	7.09

ที่มา : โบรมณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อนำข้อมูลจาก **โบรมณบัตร** มาวิเคราะห์จำนวนการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ จะเห็นได้ว่า Age Specific suicide mortality rate ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค.64-ส.ค 65) สูงที่สุดคือกลุ่มสูงอายุ 60ปีขึ้นไป แม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงานจะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ จะพบว่า กลุ่ม ผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ข้อมูลจากรายงาน รง506S ที่รวบรวมได้ครบ 12เดือน (ตค64-กย65) พบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชาย ร้อยละ 79.5 ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ34.5 วิธีการที่ใช้เป็นการผูกคอร้อยละ 82.6 รองลงมาคือ ใช้อาวุธปืนร้อยละ 6.2 และใช้ยาฆ่าตัวตายร้อยละ 3.3 โดยก่อนเสียชีวิตพบสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพียงร้อยละ 25.8 บ่งบอกถึงระบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จล้มเหลว



เหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากข้อมูล รง506S

ภาพรวมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบด้วย

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. ป่วยโรคทางกายเรื้อรังร้อยละ30.3
2. ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ24.2
3. ใช้แอลกอฮอล์ร้อยละ21
4. เคยมีประวัติทำร้ายตนเองร้อยละ 12.1
5. ติดสารเสพติดร้อยละ 10.4

ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร้อยละ 48.7
2. ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 22.6

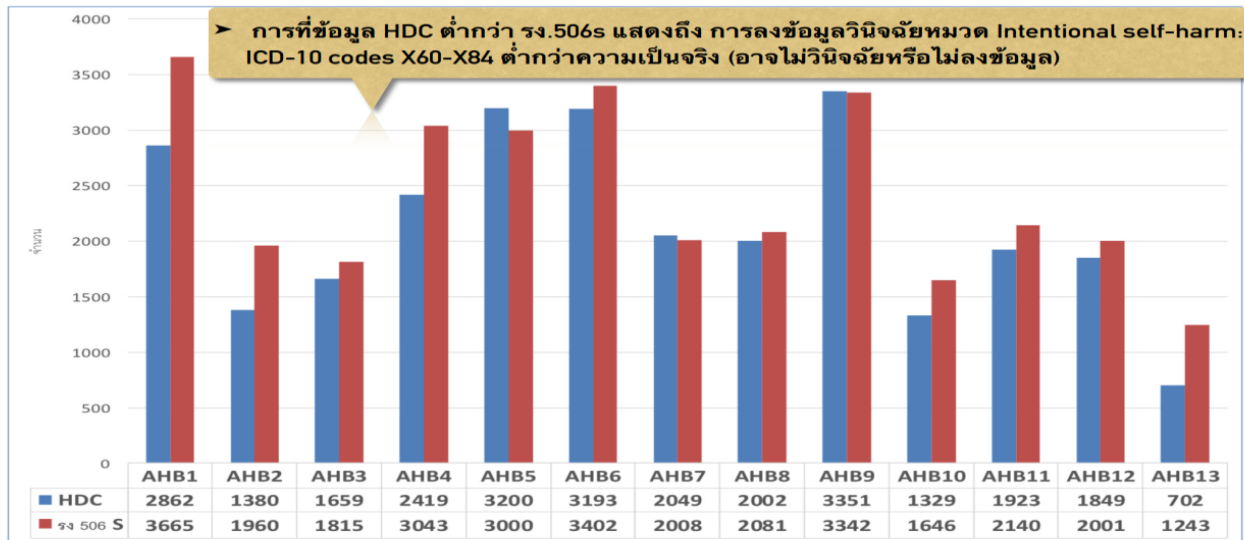
สำหรับ ปัจจัยปกป้อง ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ทั้งแหล่งข้อมูลจากใบมรณบัตรและ รง 506S แต่จะมีในรายงานการสอบสวนโรคซึ่งยังได้รับรายงานไม่ครบถ้วน ทางศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจะทำการวิเคราะห์และนำเสนอในโอกาสถัดไป

เป็นที่น่าสังเกตว่าเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในแต่ละจังหวัด มีความแตกต่างและมีสัดส่วนไม่เท่ากัน พอจะสรุปได้ดังนี้:

- **ปัญหาด้านความสัมพันธ์** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับคือ ชัยภูมิ เชียงใหม่ และเชียงราย
- **ปัญหาด้านแอลกอฮอล์** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับคือ เชียงใหม่ นครราชสีมา และเชียงราย
- **ปัญหายาเสพติด** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับคือ กาฬสินธุ์ เลย สกลนคร
- **ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง** : จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับคือ เชียงใหม่ เชียงราย นครศรีธรรมราชและชัยภูมิ
- **ปัญหาเศรษฐกิจ** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับ คือ เชียงใหม่ เชียงราย และ ชลบุรี

2.การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt)

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (**Suicide attempt**) ปีงบประมาณ 2565
(ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)



ที่มา : โบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูลที่บันทึกการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ของปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564-กันยายน 2565) ได้แก่ การวินิจฉัยโรคในHealth data center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) และ รายงาน รง.506S พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยรวมแล้วข้อมูลจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายจาก HDC มีต่ำกว่าที่รายงานผ่าน รง506S แสดงให้เห็นถึงปัญหาการบันทึกข้อมูลวินิจฉัย (ICD-10: X60-X84) ต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นไปได้ 2กรณี คือ 1)ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยหรือวินิจฉัยแต่ไม่ได้บันทึกในระบบHDC 2)ผู้ที่พยายามตัวตายไม่เกิดการบาดเจ็บไม่ได้มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์แต่ได้รับการรวบรวมข้อมูล รง 506S จากกราฟจะเห็นว่า มี 3 เขตสุขภาพที่จำนวนพยายามฆ่าตัวตายจาก HDC มากกว่า จำนวนที่รายงานผ่าน รง506S คือ เขตสุขภาพที่5,7และ9 แสดงถึงประสิทธิภาพของการรวบรวมรายงาน รง506S ของผู้รับผิดชอบงานในเขตสุขภาพดังกล่าว

หากแต่เมื่อจัดลำดับความรุนแรงของปัญหา พบว่ามีความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้ง 2ฐานข้อมูล คือ เขตสุขภาพที่ 9 เป็นเขตที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่6 เขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพที่1

Age specific suicide attempt rate ปีงบประมาณ 2565

กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตาย (คน)	Suicide attempt rate /100,000
เด็กปฐมวัย 0-4 ปี	3,043,199	0	0
กลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี	7,600,871	3,178	41.81
กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา 15-19 ปี	3,990,028	8,953	224.38
กลุ่มวัยทำงาน 20-59 ปี	38,676,989	17,499	45.24
กลุ่มสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	11,901,964	1,716	14.42
รวม	65,212,951	31,346	48.06

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต รง 506 S ประชากรกลางปี พ.ศ 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เมื่อนำข้อมูลจาก รง506S มาวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุ จะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น /นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คิดเป็น 224.34ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงร้อยละ73.2 เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาดร้อยละ59.5 รองลงมาคือใช้ของมีคมร้อยละ9.3และผูกคอร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียง ร้อยละ 11.6



เหตุปัจจัยของการพยายามฆ่าตัวตาย ข้อมูลจาก รง506S

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. ป่วยโรคจิตเวชร้อยละ 30.2
2. มีประวัติเคยทำร้ายตนเองร้อยละ 30.6
3. ใช้แอลกอฮอล์ร้อยละ 16.2
4. ป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรังร้อยละ 12.9
5. ติดสารเสพติดร้อยละ 11.1

ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่

1. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร้อยละ 80.7
2. ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 25.3

เป็นที่น่าสังเกตว่าเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพยายามฆ่าตัวตาย ในแต่ละจังหวัด ก็มีความแตกต่างและมีสัดส่วนไม่เท่ากัน ดังนี้:

- **ปัญหาด้านความสัมพันธ์** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับคือ นครราชสีมา ขอนแก่น ชลบุรี
- **ปัญหาด้านแอลกอฮอล์** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับ คือ นครราชสีมา ราชบุรี ชลบุรี
- **ปัญหายาเสพติด** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับ คือ ราชบุรี นครราชสีมา ขอนแก่น
- **ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกาย/จิต** จังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูงเรียงตามลำดับ คือ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่
- **ปัญหาเศรษฐกิจ** 3 ลำดับแรกของจังหวัดที่พบมีปัญหาด้านนี้สูง คือ นครราชสีมา ชลบุรี ราชบุรี

3. ปัญหาของการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา

นโยบายและยุทธศาสตร์	วิชาการ	ระบบและการปฏิบัติ
<p>1. นโยบายและยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ผ่านมาไม่ได้อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ มีหลายโอกาสที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์โดยใช้ข้อมูลจากต่างประเทศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของประเทศไทย</p> <p>2. นโยบายที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้ามากเกินไปส่งผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่ใส่ใจหรือไม่ให้ความสำคัญกับโครงการหรือกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาระยะยาว</p> <p>3. การกำหนด KPI และมาตรการหลายครั้งที่ คนทำไม่ได้คิด คนคิดไม่ได้ทำ จึงไม่ตอบโจทย์ปัญหาในพื้นที่จริง รวมทั้ง KPI กลับสร้างปัญหาให้กับผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>4. การฆ่าตัวตายยังเป็น stigma และสังคมมองว่าเป็นเรื่องสุขภาพจิตเท่านั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำงานอย่างมาก เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายเกิดจากหลายปัจจัย จึงควรมีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มุ่งลด stigma และทำให้สังคมเห็นว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องของทุกภาคส่วน</p>	<p>1. ขาดองค์ความรู้ด้านการฆ่าตัวตายที่เป็นของคนไทย โดยเฉพาะเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตาย การศึกษาวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตายในประเทศที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือมีน้อย การวิจัยไม่มีทิศทาง ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง แม้แต่การวิจัยในกรมสุขภาพจิตเอง</p> <p>2. ผู้บริหารนักวิชาการ แพทย์ พยาบาล เรียนรู้เรื่องการฆ่าตัวตายจากตำรา และงานวิจัยต่างประเทศแล้วนำมาใช้เลย โดยไม่ขัดเกลาให้สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม สังคม ค่านิยม วิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวอย่างมาก</p> <p>3. จิตแพทย์จะศึกษาการฆ่าตัวตายในมิติ clinical เน้นดูแลรายบุคคล แต่การป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ต้องใช้องค์ความรู้หลายด้าน เช่น ระบาดวิทยา มนุษยวิทยา จิตวิทยา สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายอาชีพ</p>	<p>1. ข้อมูลการฆ่าตัวตายจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ทันเวลา</p> <p>2. ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดยังไม่เป็น active surveillance และไม่ว่าง ทันท่วงทีที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมปัญหา</p> <p>3. การป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงไม่สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ (กลุ่มเสี่ยงแต่ละจังหวัดไม่เหมือนกัน) และวิธีการไม่มีประสิทธิผลดีพอ</p> <p>4. การป้องกันฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและวิธียังไม่มีประสิทธิผลดีพอ</p>

ข้อเสนอแนะในการจัดการกับปัญหาด้านระบบและการปฏิบัติงานของการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย

1. ข้อมูลการฆ่าตัวตายจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่ครบถ้วนถูกต้อง และไม่ทันเวลา

Past	Present	Future
<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนมรณบัตร ของ ก.มหาดไทย - วิเคราะห์รายปี แยกตามจังหวัด และเขตสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนมรณบัตร และจากรายงาน รง.506 ของ ก.สาธารณสุข - วิเคราะห์รายปี แยกตามจังหวัดและเขตสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ข้อมูลจากการสอบสวนโรคทุกรายที่มีการกระทำ รุนแรงต่อตนเอง โดยทีมMCATT หรือทีมสุขภาพจิต โดยมีการยืนยันว่าเป็น suicide หรือ suicide attempt ก่อนรวบรวมข้อมูล
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: ง่าย รายละเอียดน้อย - ข้อเสีย: ช้า และน้อยกว่าความเป็นจริง 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: มีรายละเอียดมากขึ้น - ข้อเสีย: ช้า และยังไม่ดีกว่าความเป็นจริง ไม่ได้ข้อมูลสาเหตุปัจจัยและระบบที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อดี: ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน ทางระบาดวิทยา - ข้อเสีย: ผู้รวบรวมต้องมีทักษะ ผ่านการอบรม และต้องมีระบบแจ้งเตือนเมื่อเกิดเหตุที่สะทกสะท้านเร็ว

สาเหตุของปัญหาเกิดจากระบบการรายงานเดิมที่ล่าช้าไม่ทันเวลาและวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบเดิมไม่ว่าข้อมูลจากใบมรณบัตร และจาก รง506Sต่างมีจุดอ่อนที่ทำให้ได้ข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน แนวทางการแก้ไขปัญหานี้คือ

1. ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดให้เป็น Active surveillance และมีจุดแจ้งเหตุฆ่าตัวตายที่สามารถรับข้อมูลแจ้งเหตุกระทำรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายจากผู้พบเหตุการณ์ในจังหวัด แล้วส่งข้อมูลให้กับทีมMCATT เพื่อลงพื้นที่ช่วยชีวิต/เยียวยา และ ทีมสอบสวนโรคเพื่อรวบรวมข้อมูล
2. รวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายโดยการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (SDV) แทนการเก็บข้อมูลในรูปแบบเดิมซึ่งไม่สามารถแยกปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง รวมทั้งข้อมูล Gap ของระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (การสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง(self directed violence, SDV ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นนี้จะผสมผสานการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาและการให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเข้าด้วยกันมีขั้นตอนและกระบวนการดังแสดงในภาพหน้าถัดไป ทีมสอบสวนโรคจะต้องเป็นผู้ที่เคยได้รับการอบรมการให้การปรึกษา(counseling)และได้รับการอบรมหลักสูตรการสอบสวนโรครณีกระทำรุนแรงต่อตนเอง) การสอบสวนโรคในรูปแบบใหม่นี้จะใช้แหล่งข้อมูลทั้งจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และแหล่งข้อมูลที่ไม่ใช่บุคคล เช่น แพ้มประวัติการป่วย จดหมายลาตาย ข้อมูลจากโซเชียลมีเดีย และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ



2. ปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด

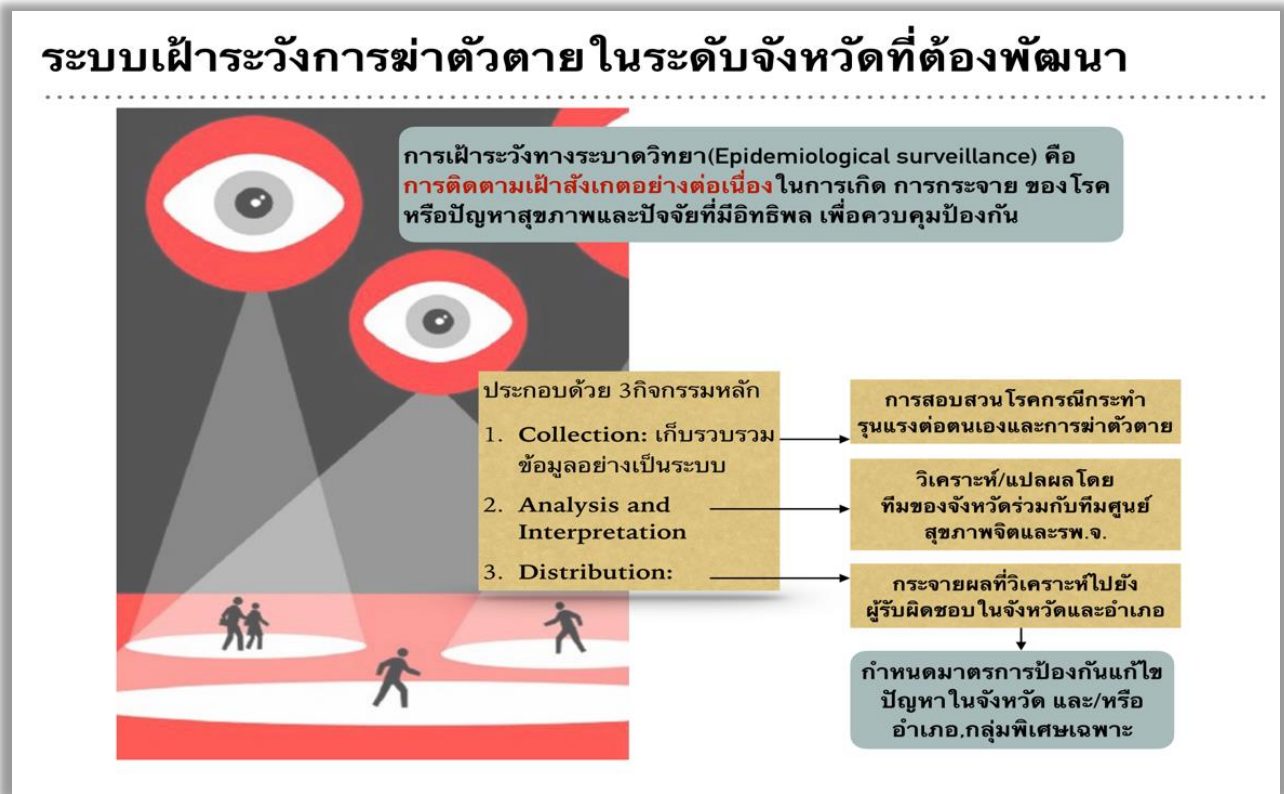
ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดในปัจจุบันเป็นเพียงการเก็บข้อมูลและส่งรายงานตาม รง 506

- ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบ epidemiological surveillance
- ไม่มีการยืนยัน case ก่อนเก็บข้อมูลทำให้บางเหตุการณ์ที่บันทึกอาจไม่ใช่การฆ่าตัวตาย
- เนื่องจากไม่เป็น active surveillance จึงทำให้การรายงานไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา และบางอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายไม่ได้ถูกบันทึกทำให้ข้อมูลในจังหวัดต่ำกว่าที่เกิดขึ้นจริง และเมื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ก็ส่งผลให้สารสนเทศของการฆ่าตัวตายที่ได้นั้นผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง

จากปัญหาข้างต้นทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเห็นแง่มุมของปัญหาฆ่าตัวตายในจังหวัดไม่ครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริง เมื่อนำมาประกอบการตัดสินใจกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไข ก็จะได้มาตรการที่ไม่ตรงกับเหตุปัจจัยที่แท้จริงส่งผลให้การควบคุมปัญหาฆ่าตัวตายไม่ได้ผลตามเป้าหมาย สิ้นเปลืองทรัพยากรและทำให้บุคลากรอ่อนล้าสิ้นหวัง และหมดไฟในที่สุด

การปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด แสดงในภาพหน้าถัดไป คือ ต้องปรับระบบเฝ้าระวังให้เป็น Active surveillance ปรับวิธีการและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเมื่อเกิดอุบัติเหตุเป็นการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายรูปแบบของจิตเวชขอนแก่น การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลต้องทำร่วมกันโดยทีมจังหวัดและทีมสุขภาพจิตจากศูนย์สุขภาพจิต/โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆ เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน

แล้วต้องกระจายผลที่วิเคราะห์ได้นั้นไปยังผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดและอำเภอเพื่อนำไปกำหนดมาตรการจัดการที่มุ่งตรง
เหตุปัจจัยของแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มเสี่ยง



3.การป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงของจังหวัด ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงจริงในพื้นที่ และการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุมรวมทั้งวิธีการยังไม่มีประสิทธิผลดีพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหา

1. เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละจังหวัด จึงไม่ควรใช้ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศไปกำหนดกลุ่มเสี่ยงให้ดำเนินการป้องกันในกลุ่มเดียวกันทุกจังหวัดและไม่ควรกำหนดกลุ่มเสี่ยงจากการทบทวนงานวิจัยและจากตำราของต่างประเทศ ควรกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังในจังหวัดจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากรายงานการสอบสวนโรครณี SDV ที่ทีมสอบสวนโรครวบรวมจากอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัด (นั่นหมายความว่า การสอบสวนโรคแต่ละจังหวัดได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพครบอย่างน้อยร้อยละ80 ของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น)
2. ประเมิน suicidality ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายทุกรายอย่างสม่ำเสมอ เช่น ประเมินด้วย 8Q ทุก 1 เดือน แล้วให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมสอดคล้องตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้

3. ให้ญาติ มีส่วนร่วมเฝ้าระวังโดยอบรมญาติให้สามารถจับสัญญาณเตือนและพัฒนาญาติให้มีทักษะสำหรับช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งมีช่องทางให้ญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่เช่นพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยาเพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือหรือประสานการส่งต่อได้สะดวกรวดเร็ว

ภาพด้านล่างนี้แสดง กิจกรรมที่ควรมีในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในแต่ละจังหวัด



มาตรการที่จะช่วยให้จังหวัดสามารถควบคุมป้องกันการฆ่าตัวตาย ควรประกอบด้วย

มาตรการ	เป้าประสงค์	ผลลัพธ์
1.พัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด	จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพ	จังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกินเป้าหมาย
2.ติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย	กลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด	
3.ช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย	ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือด้านการแพทย์และแก้ไขวิถีชีวิตด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ ฯลฯ	
4.สนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายในจังหวัด	สอบสวนโรครณีกระทำรุนแรงต่อตนเองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย อย่างร้อยละ 80	
5.สร้างเสริมปัจจัยปกป้องและต้านกันในจังหวัด	- วัสดุอุปกรณ์ สารพิษและสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายบ่อได้รับการควบคุมป้องกัน - ปัจจัยปกป้องระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้รับการเสริมสร้าง	