



อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10

กฤติกา สุภรัมย์¹, สุพจน์ คำสะอาด^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้รับผิดชอบบทความ

Incidence and Factors Associated with Completed Suicide among Adolescent Aged 10-19 Years, Health Region 10

Krittika Suparum¹, Supot Kamsa-ard^{2*}

¹Master degree student of Master of Public Health Program in Epidemiology,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

Received: 9 May 2023 / Review: 10 May 2023 / Revised: 2 July 2023 / Accepted: 3 July 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 10 พบนักเรียนนักศึกษาที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา: แบบ Retrospective cohort study มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย 627 ราย (ปี พ.ศ. 2560-2564) จากระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต ติดตามผู้ที่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายทุกรายเพื่อทราบสถานะการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะเวลา 1 สิ้นสุด ปี พ.ศ. 2565 หลังเกิดเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย หาความสัมพันธ์โดยโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (Generalized Linear Model, GLM) นำเสนอค่า Adjusted Relative Risk (Adj RR) พร้อม 95%CI

ผลการศึกษา: วัยรุ่นฆ่าตัวตายสำเร็จ 47 ราย อัตราอุบัติการณ์ 7.5 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 5.6 ถึง 9.8) พบว่าเพศและวิธีการทำร้ายตัวเองด้วยการผูกคอ มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 0.40 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Adj RR = 0.40; 95%CI; 0.23 ถึง 0.69) การทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการผูกคอ มีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 20.5 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยการใช้ปืน (Adj RR = 20.5; 95%CI; 10.0 ถึง 41.9)

สรุป: เพศและวิธีการทำร้ายตัวเองด้วยการผูกคอมีความสัมพันธ์ยังกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ในขณะที่อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จก็สูงเช่นกัน

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย, การฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่น, อุบัติการณ์, การทำร้ายตัวเอง

*Corresponding author: Supot Kamsa-ard, E-mail: supot@kku.ac.th

Abstract

Background and Objective: Thailand has the highest of deaths from suicide per year in the ASEAN region. Especially, the Health Region 10 (2019-2021) found the most completed suicide of students. This study aimed to determine incidence rate (IR) and factors associated with completed suicide in adolescents aged between 10 and 19 years, Health Region 10.

Methods: The retrospective cohort study (aged 10-19 years), Health Region 10, with 627 suicides (2017-2021). Data from the System for Surveillance of attempted self-harm, Department of Mental Health. All were followed up until 2022. The generalized linear model (GLM) was used which presenting with adjusted Relative Risk (Adj RR) with their 95% confidence interval (95%CI).

Result: A total of 47 adolescents completed suicide, corresponding the IR as 7.5 per 100 person-years (95%CI; 5.6 to 9.8). The factors associated significantly with adolescents completed suicide were gender and hanging method ($p < 0.05$). It was found that females had a 0.40 times risk to completed suicide compared to males (Adj RR = 0.40; 95%CI; 0.23 to 0.69), while self-harm by hanging were 20.5 times risk to completed suicide compared to self-harm with firearms (Adj RR = 20.5; 95%CI; 10.0 to 41.9).

Conclusion: The finding showed gender and methods of self-harm by hanging were strongly associated with completed suicide in adolescents aged 10 to 19 years, Health Region 10, while the IR of completed suicide is high.

Keywords: suicide, successful suicide among adolescents, incidence, self-harm

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 20 อันดับแรกของโลก ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2015-2018 ทั่วโลก พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.4, 9.2, 9.1 และ 9.1 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ และมีการรายงานล่าสุดในปี ค.ศ. 2019 พบจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 700,000 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 9.0 ต่อแสนประชากรต่อปี หรือในทุก ๆ 40 วินาที จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย¹ และยังพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในประชากรช่วงอายุ 15-29 ปี รองจากการบาดเจ็บบนท้องถนน วัณโรค และความรุนแรงระหว่างบุคคล เมื่อพิจารณาตามเพศ ข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2019 พบว่าเพศชายเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 12.6 ต่อแสนประชากรต่อปี และเพศหญิงคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 5.4 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งเพศชายเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง² อีกทั้งการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีทั่วโลก และยังพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 88.0 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับในภูมิภาคอาเซียนข้อมูลรายงานล่าสุดในปี ค.ศ. 2019 พบว่าประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 3 อันดับแรกคือ ประเทศไทย (อัตราเสียชีวิต 14.4 ต่อแสนประชากรต่อปี) รองลงมาคือ ประเทศสิงคโปร์ (อัตราเสียชีวิต 11.2 ต่อแสนประชากรต่อปี) และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (อัตราเสียชีวิต 8.6 ต่อแสนประชากรต่อปี)³ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คนต่อปี คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 14.4 ต่อแสนประชากรต่อปี สูงเป็นอันดับที่ 1 ของภูมิภาคอาเซียนและสูงเป็นอันดับที่ 32 จากการสำรวจทั้งหมด 183 ประเทศทั่วโลก⁴ จากข้อมูลองค์การยูนิเซฟประเทศไทยที่มีการรายงานล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลกการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของวัยรุ่นไทย โดยร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย⁵ ในประเทศไทยพบการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสในการทำประโยชน์แก่สังคมและพัฒนาประเทศชาติ และการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี พบว่าพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 550 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยปีละ 252 ราย ซึ่งการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของพ่อแม่ พี่น้อง สามี ภรรยาและเพื่อนๆ ของผู้เสียชีวิต โดยเฉลี่ยคนฆ่าตัวตาย 1 รายส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างอย่างน้อย 6 ราย ยิ่งถ้าเกิดในโรงเรียนหรือที่ทำงาน ยิ่งส่งผลกระทบต่อคนนับร้อย⁶ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญ

ทั้งระดับนานาชาติและระดับประเทศ เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายนับส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม

จากการรายงานข้อมูลสถานการณ์การฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 ประเทศไทย มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 14,000 ราย และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03, 6.32, 6.64, 7.37 และ 7.38 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายซึ่งสูงมากกว่าช่วงปีที่ผ่านมาที่มีการรายงาน⁷ สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.42, 7.91 และ 7.00 ต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ

ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 อัตราการฆ่าตัวตายของเขตสุขภาพที่ 10 สูงกว่าระดับประเทศและลดลงในปี พ.ศ. 2564 แต่ยังคงพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 300 รายต่อปี และมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 800 รายต่อปี อีกทั้งยังพบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย ประมาณ 2,300 ราย พบในทุกเพศและทุกช่วงอายุ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะช่วงอายุ 10-19 ปีและเป็นนักเรียนนักศึกษาพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 600 ราย⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะซึมเศร้า⁹ การดื่มสุรา¹⁰ การใช้สารเสพติด¹¹ และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความขัดแย้งกับคนในครอบครัว¹² เพื่อน ครู/อาจารย์¹³ มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายนับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนพัฒนาและแนวทางในการป้องกัน รวมทั้งการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort study ในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย จากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 627 ราย เนื่องจากมีจำนวนขนาดตัวอย่างในฐานข้อมูลแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้คำนวณอำนาจการทดสอบ โดยพบว่ามีค่าร้อยละ 100.0 นั่นคือจำนวนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เพียงพอที่จะตรวจสอบพบความแตกต่างที่มีอยู่จริงเกณฑ์การคัดเข้า คือ วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ที่มีเหตุการณ์

การฆ่าตัวตาย ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 จากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต

เกณฑ์การคัดออก คือ วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ที่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายนอกเขตสุขภาพที่ 10 และวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และปัจจัยด้านประวัติการทำร้ายตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายทุกราย เพื่อทราบสถานะการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นระยะเวลา 1 ปี ตัวแปรตามและการวัดตัวแปร ดังนี้

1. ตัวแปรหลัก คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น ซึ่งการฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการกระทำมุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตราย โดยมีความตั้งใจที่จะทำให้ตัวเองเสียชีวิต¹ การประเมิน โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล (case record form, CRF) โดยอ้างอิงจากแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยการโทรศัพท์หรือลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายคนในครอบครัว ญาติ หรือคนใกล้ชิด ข้อมูลที่ได้ คือ สถานการณ์มีชีวิตของผู้ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย

2. ตัวแปรต้น จำแนกตามลักษณะต่าง ๆ คือ ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ อาชีพ

วิธีการทำร้ายตัวเอง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคทางกาย โรคทางจิตเวช การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับคนรัก ปัจจัยด้านประวัติการทำร้ายตนเอง ได้แก่ ประวัติการทำร้ายตนเองของวัยรุ่น

การศึกษานี้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น เลขที่ HE 652279 ลงวันที่ 5 มกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านประวัติการฆ่าตัวตาย ข้อมูลเชิงนามบัญญัติ (categorical data) นำเสนอค่าแจกแจงความถี่และร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) นำเสนอจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด)

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น โดยโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (generalized linear model: GLM) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น วิธีแบบขจัดออก

ทีละตัวแปร (backward elimination) นำเสนอด้วยค่า Adjusted Relative Risk (Adj RR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) และค่า p-value และเพื่อหาค่าอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น โดยการประมาณค่าอัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น และช่วงเชื่อมั่น 95%

ประเมินความเหมาะสมของโมเดล (assessing a model adequacy) โดย Bayesian Information Criterion (BIC) และเกณฑ์สารสนเทศอะไคเกะ (Akaike information criterion, AIC) ซึ่งผลการทดสอบแสดงค่า AIC น้อย แสดงว่าเป็นโมเดลที่ได้มีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญ $p = 0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากร

ลักษณะประชากรวัยรุ่นมีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 627 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 514 ราย (ร้อยละ 82.0) อายุเฉลี่ย 15.9 ± 2.0 ปี ค่ามัธยฐาน 16.0 ปี (อายุต่ำสุด 10 ปี: อายุสูงสุด 19 ปี) สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 558 ราย (ร้อยละ 89.0) อาชีพที่พบมากที่สุด คือ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 530 ราย (ร้อยละ 84.5) และพบน้อยที่สุด คือ เกษตรกรรม จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 3.5)

ข้อมูลวิธีการทำร้ายตนเอง

พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการทำร้ายตนเอง คือ กินยาเกินขนาด จำนวน 375 ราย (ร้อยละ 59.8) รองลงมา คือ ใช้ของมีคม/ของแข็ง จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 15.5) และใช้วิธีผูกคอ จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 10.9)

ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ

พบว่า มีโรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 200 ราย (ร้อยละ 31.9) มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 3.5) ดื่มสุรา จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 6.7) และใช้สารเสพติด จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 4.6)

ข้อมูลด้านสัมพันธภาพ

พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว จำนวน 511 ราย (ร้อยละ 81.5) รองลงมามีปัญหาสัมพันธภาพกับคนรัก จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 17.9) และมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 5.1)

ข้อมูลประวัติการทำร้ายตนเอง

พบว่า วัยรุ่นที่มีเหตุการณ์การฆ่าตัวตายมีประวัติเคยทำร้ายตัวเอง จำนวน 160 ราย (ร้อยละ 25.5)

อัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 ปี ถึง 19 ปี เขตสุขภาพที่ 10

พบว่า ภาพรวมอัตราอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น 7.5 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 5.6 ถึง 9.8) เพศชายมีอัตราอุบัติการณ์สูง 27.4 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 19.9 ถึง 36.5) กลุ่มอายุที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุด คือ กลุ่มอายุ 17-19 ปี พบอัตราอุบัติการณ์ 11.6 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 8.2 ถึง 16.1) สถานภาพสมรส สถานะคู่ พบอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 11.3 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 5.0 ถึง 23.5) อาชีพ อาชีพเกษตรกรรมพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 36.4 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 18.2 ถึง 59.5) วิธีการทำร้ายตัวเอง วิธีการผูกคอตพบอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 54.4 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 42.2 ถึง 66.0) และต่ำสุด คือ กินยาเกินขนาด พบอัตราอุบัติการณ์ 0.5 ต่อ 100 ราย/ปี (95%CI; 0.1 ถึง 2.1) (รูปที่ 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 (การวิเคราะห์โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น) (Bivariate analysis)

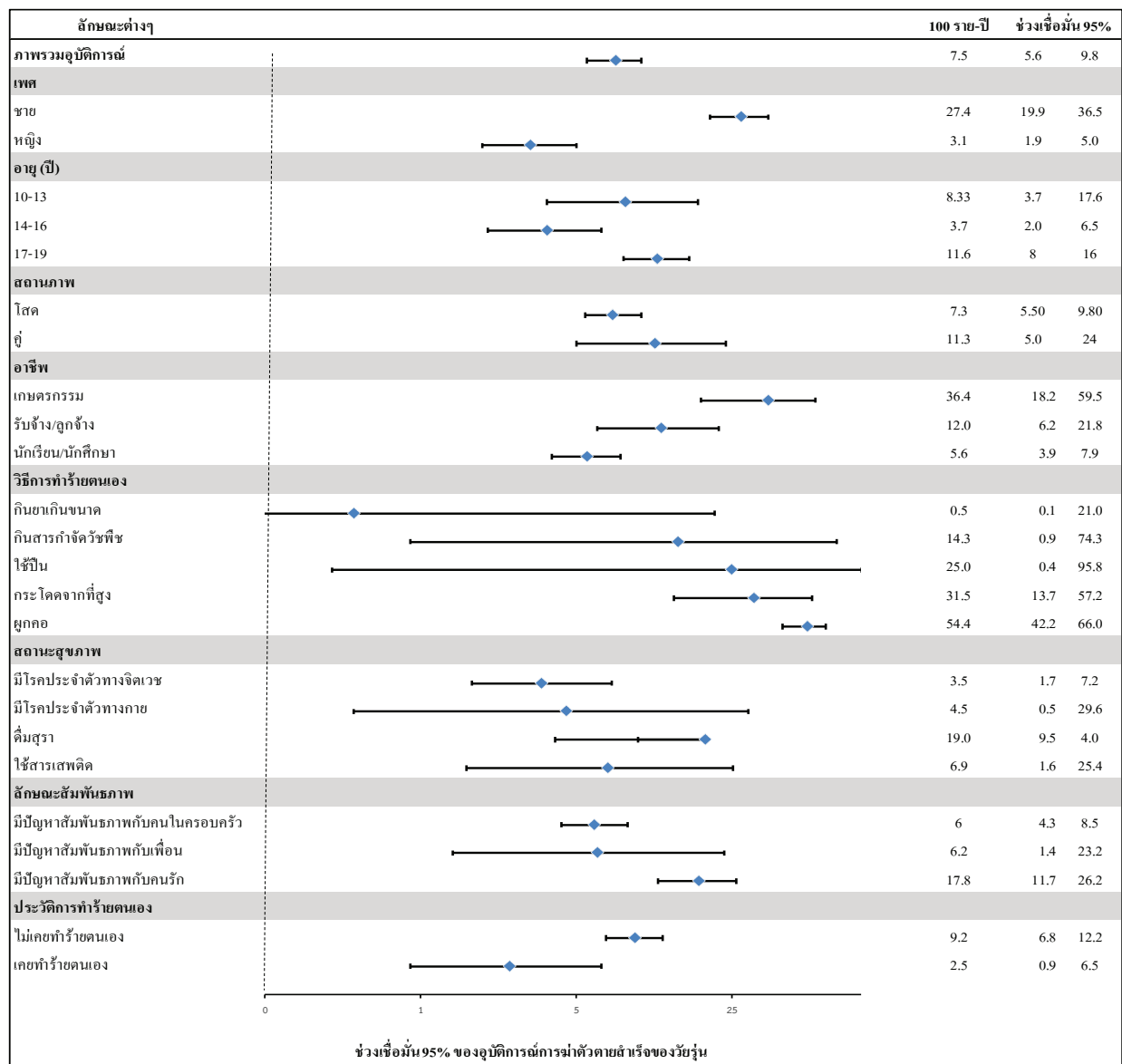
จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ วิธีการผูกคอต โรคประจำตัวทางจิตเวช การดื่มสุรา ปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับคนรัก และประวัติเคยทำร้ายตัวเอง มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ในขณะที่ตัวแปรสถานภาพสมรส โรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติด และปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (รูปที่ 2)

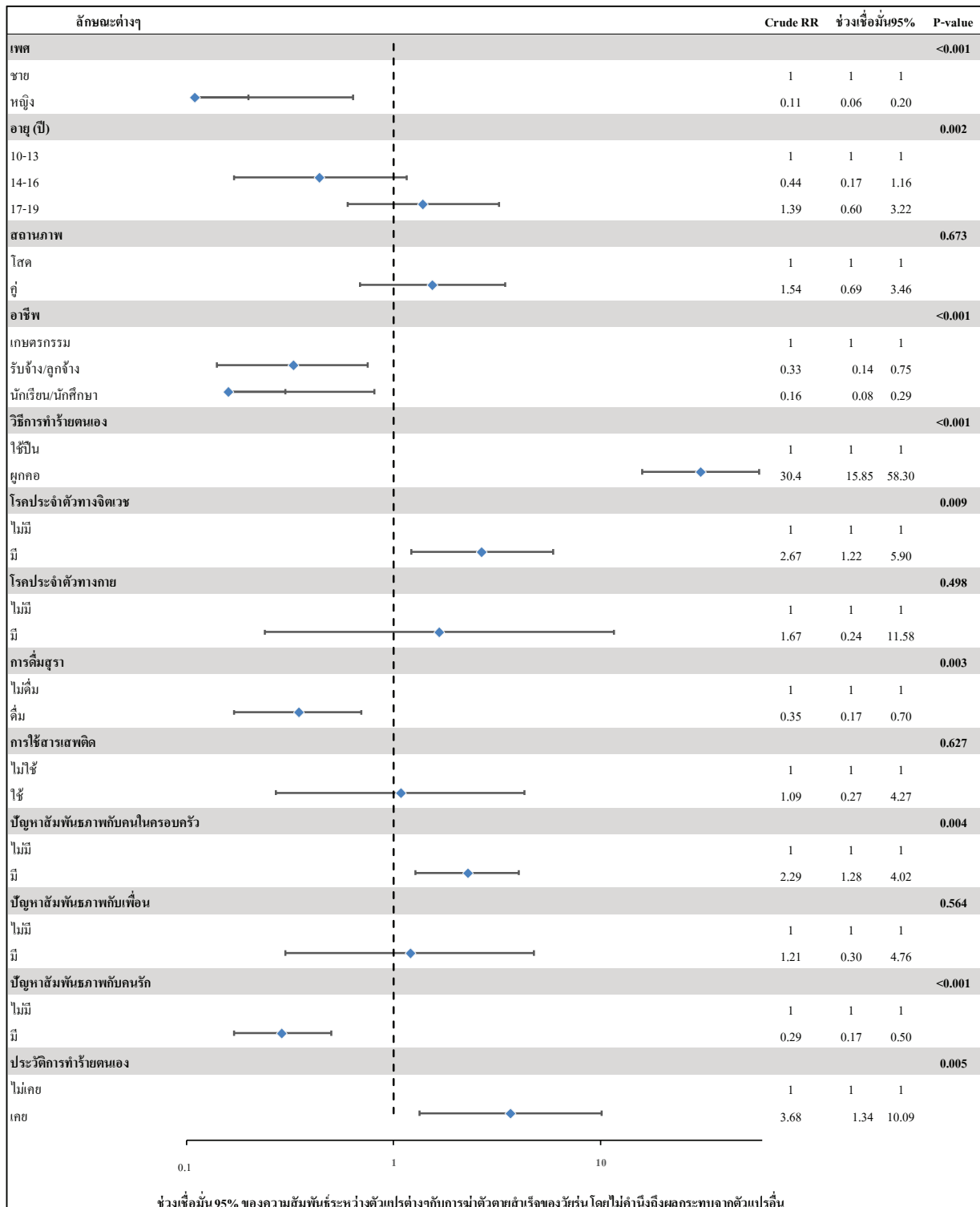
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 (การวิเคราะห์โดยคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ) (Multivariable analysis)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสถานะสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และปัจจัยด้านประวัติการทำร้ายตนเอง กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นโดยสถิติโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (generalized linear model: GLM) รวมทั้งการคำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ

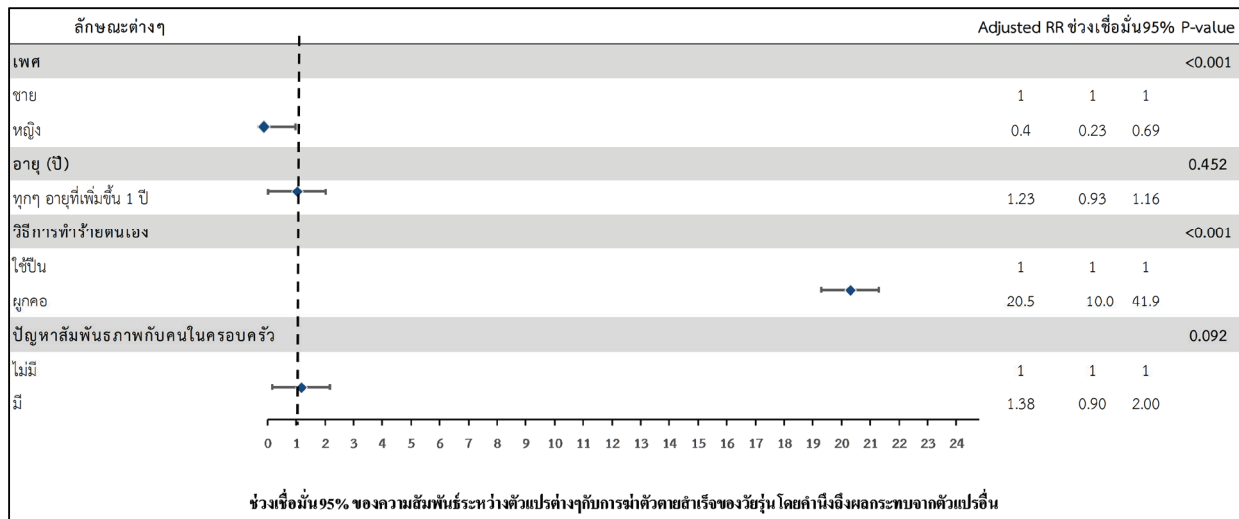
พบว่า ตัวแปรเพศ และวิธีการทำร้ายตัวเองด้วยการผูกคอต มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือเมื่อควบคุมผลกระทบจากอายุ และปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว แล้วพบว่า เพศหญิงมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 0.40 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (Adj RR = 0.40; 95%CI; 0.23 ถึง 0.69) และการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการผูกคอต มีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 20.5 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยการใช้ปืน (Adj RR = 20.5; 95%CI; 10.0 ถึง 41.9) (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ภาพรวมตามผู้ที่มีเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย จำแนกตามลักษณะต่างๆ



รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น (Bivariate analysis)



รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น (Multivariable analysis)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ การศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj RR=0.40; 95%CI; 0.23 ถึง 0.69, p=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 2.9 : 1 ขณะที่กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1.2 : 1¹⁴ และการศึกษาของ Arunpongpaissal และคณะ พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมของเพศชายที่มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความกล้าหาญ มีความเป็นผู้นำ มีพลังและอำนาจในการตัดสินใจ เชื่อมั่นและกล้าแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ¹⁶ และมีสาเหตุจากความไม่สมดุลของ serotonin เกี่ยวข้องกับการยับยั้งชั่งใจไม่ดี (poor impulse-control) เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่ก่อให้เกิดความรุนแรงหรือหุนหันพลันแล่นในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้¹⁷

วิธีการทำร้ายตัวเองด้วยการผูกคอต การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการผูกคอตมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) นั่นคือกลุ่มวัยรุ่นที่ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการผูกคอต มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 20.5 เท่า เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองด้วยการใช้ปืน (Adjusted RR = 20.5; 95%CI; 10.0 ถึง 41.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ ช่วงอายุและภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559 ที่พบว่า ในช่วงวัยรุ่นมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก มากกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยวิธีที่ใช้มีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค เพศ และช่วงวัย (p < 0.001)¹⁶

อายุ การศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี ในกลุ่มวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.23 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า (Adj RR = 1.01; 95%CI; 0.93 ถึง 1.16) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Uddin และคณะ ที่พบความชุกสูงในการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 15-17 ปี ร้อยละ 17.8 (95%CI; 15.8 ถึง 19.8) และในวัยรุ่นอายุ 13-14 ปี ร้อยละ 15.9 (95%CI; 14.1 ถึง 17.6)¹⁸ อาจเนื่องมาจากในช่วงอายุ 10-19 ปีวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่สั้นและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่² หรือมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่าไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเศร้าใจและทุกข์ระทมใจเป็นอย่างมากและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว⁷

ปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ วัยรุ่นที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็น 1.38 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว (Adj RR = 1.38; 95%CI; 0.9 ถึง 2.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) พบว่าการมีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 44.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (Adj OR = 44.7; 95%CI; 2.8 ถึง 714.5)¹² ทั้งนี้

อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงดูของครอบครัว ชนิดก้าวร้าวดุร้าย ปัญหาการสื่อสารกันในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างพ่อแม่และเด็ก การทารุณกรรมเด็ก เป็นลักษณะที่พบในวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย¹⁷ และการเลี้ยงดูมีผลต่อความคิด ความรู้สึกและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลซึ่งกันและกัน การเลี้ยงดูที่ต่างกันจะทำให้บุคคลมองโลกในลักษณะที่ต่างกัน เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามวัยบุคคลนั้นเมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นคนที่มองโลกตามความเป็นจริง มองมุมบวก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์¹⁹

สรุป

เพศและวิธีการทำร้ายตัวเองด้วยการผูกคอ เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ดังนั้นการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ควรให้ความสำคัญกับการสังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น รวมทั้งมีการจำกัดพื้นที่การเข้าถึงอุปกรณ์ต่างๆ ในการฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 10 ทุกท่านที่คอยประสานงานและช่วยอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Risk and Protective Factors [online]. 2022. [cited August 25, 2022]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
2. World Health Organization. Suicide Data and Statistics 2019. [online]. 2022 [cited August 25, 2022]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/suicide-data-statistics.html>
3. World Health Organization. Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices. 2022 [online]. 2022 [cited August 25, 2022]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>

4. World Health Organization. Suicides on The Rise in Thailand 2019 [online]. 2022 [cited September 29, 2022]. Available from: <https://theaseanpost.com/article/suicides-rise-thailand>
5. UNICEF Thailand. Strengthening Mental Health and Psychosocial Support systems and services for children and adolescents in the East Asia and Pacific region: Thailand country report 2022. [online]. 2022 [cited August 3, 2022]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/8876/file/MHPSS%20Report%202022.pdf>
6. Khon Kaen Ratchanakarin Psychiatric Hospital. Suicide prevention and reduce self harm in Thailand; 2020.
7. Department of Mental Health. Documents for the meeting summarizing the civil service inspection and supervision for the year 2022, Ministry of Public Health; 2022.
8. Mental health center 10. Summary of civil service inspection and supervision for the year 2022, Health Region 10; 2022.
9. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saganrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province. J Psychiatr Assoc Thai 2020; 65(1):15-24.
10. Robkob W, Skulphan S, Sethabouppha H. Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. Nurs J 2018;45(4): 144-58.
11. Pitman A, Krysinska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. Lancet 2012;379(9834):2383-92. doi. org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4.
12. Kammeesonon P, Kammeesonon P, Chokrassameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W. Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th Health District of Thailand. JSPT 2020;1(1):25-40.
13. Polpipatpong S, Chaimongkol N, Vatanasin D. Suicidal Ideation in Adolescent and Its Associated Factors. J Facul Nurs Burapha Univer 2018;26(1):40-9.
14. Prateepathiranan W. Rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chao Phraya Yommarat Hospital Suphanburi Province. JPNMH 2014;28(3):90-103.

15. Arunpongpaisal S, Assanagornchai S, Chongsu-
vatwong V, Jampathong N. Time-series analysis of
trends in the incidence rates of successful and
attempted suicides in Thailand in 2013–2019 and
their predictors. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):579. doi.
org/10.1186/s12888-022-04125-5.
16. Meewongsom J, Kowawintheweewat S, Chaemsu-
wanwong A. Situations and sex-related sex-
age-region methods of suicide in Thailand, 2012-
2016. *J Criminol Forensic Sci* 2021;7(2):90-107.
17. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide
in Thailand: incidence, causes and prevention.
Siriraj Med Bull 2020;13(1):40-7.
18. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A.
Suicidal ideation, suicide planning, and suicide
attempts among adolescents in 59 low-income
and middle-income countries: a population-based
study. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3(4):
223-33. doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6.
19. Kaewhao S, Wirojanapa S, Tansupasiri P, Nusorn K,
Thippanya S, Sakulthong L, et al. The development
of suicide prevention and surveillance system by
the participation of district community. [online].
2020 [cited May 30, 2023]. Available from: [https://
dol.thaihealth.or.th/File/media/29d354bd-77fc-
4e14-aea6-5f03d413b4c9.pdf](https://dol.thaihealth.or.th/File/media/29d354bd-77fc-4e14-aea6-5f03d413b4c9.pdf)

SMJ