



TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

ธรณินทร์ กองสุข

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น

TK's 5 Factors Model for Explaining the Incidence of Suicide and Suicide Attempt

Thoranin Kongsuk

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khon Kaen Province

Received: 16 March 2024/ Review: 16 March 2024/ Revised: 13 April 2024/

Accepted: 17 April 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors model of suicide) ซึ่งเป็นสมมติฐานอธิบายพฤติกรรมฆ่าตัวตายและเหตุปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทย TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors model of suicide) ได้รับการพัฒนาผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบคอบ พร้อมหลักฐานสนับสนุนที่หนักแน่นและน่าเชื่อถือ แบบจำลองนี้ยังอาศัยผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองที่อยู่ฐานข้อมูล รง.506s ต่อเนื่องกันหลายปี รวมถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

โมเดลนี้ได้เสนอสมมติฐานที่สำคัญว่า อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ใช่การอุทิศตนต่อศรัทธา ความเชื่อ ศาสนา หรือเสียสละเพื่อชาติ กลุ่ม หรือเผ่าพันธุ์ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีครบ 5 เงื่อนไขปัจจัย ดังนี้ 1) การมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลมีความไว (susceptibility) หรือมีความอ่อนแอของร่างกายและ/หรือจิตใจ 2) การมีปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและตัดสินใจกระทำ 3) การเฝ้าระวังล้มเหลว (ไม่สังเกตหรือตระหนักสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายและไม่ตอบสนองอย่างเหมาะสมทันเวลาที่) 4) ด้านกั้นล้มเหลว (การควบคุม สกัดกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายขาดประสิทธิภาพ) และ 5) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือมีไม่ครบเงื่อนไขปัจจัยทั้ง 5 ข้อ อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก

หลักการที่ระบุไว้ใน TK's 5 Factors model of suicide ได้ถูกนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับทีมสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ หลักการดังกล่าวสามารถนำมาใช้ตั้งสมมติฐานเพื่อพิสูจน์สาเหตุและปัจจัยของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในรายที่อยู่ระหว่างการสอบสวน นอกจากนี้ TK's 5 Factors model ยังมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลและช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย, พยายามฆ่าตัวตาย, 5 ปัจจัย, TK โมเดล

*Corresponding author: Thoranin Kongsuk, E-mail: tkongsuk@gmail.com

Abstract

This article aims to present TK's 5 Factors model of suicide, which is a hypothesis explaining suicidal behavior and factors leading to suicide and suicide attempts among Thai people. TK's 5 Factors model of suicide was developed through a thorough review of the literature with strong and reliable evidence. The model was also based on the results of data analysis from several consecutive years of self-harm surveillance reports (506S database), as well as the results of data analysis from suicide and suicide attempts incidence investigation reports submitted from various provinces throughout the country.

The model assumes that suicide or attempted suicide, which is not an act of devotion to one's faith, belief, religion, or sacrifice for one's nation, group, or race, occurs under the following five conditions: 1) having risk factors that make the person physically or mentally weak, 2) having precipitating factors that lead to suicidal thoughts and actions, 3) experiencing failure of surveillance, where warning signs of suicide are overlooked and responded to adequately and promptly, 4) experiencing failure of barriers, where access to lethal means, toxic substances, or places used for suicide is not effectively restricted or blocked, and 5) having weak protective factors. If all five conditions are not met, the incident of suicide or suicidal attempt is less likely to occur.

The principles outlined in TK's 5 Factors model of suicide serve as a guide for suicide investigation teams to gather information from various sources. These principles can be used to form hypotheses, which help prove the causes and factors of suicide and attempted suicide cases under investigation. Additionally, the TK's 5 Factors model is useful in planning care and treatment for suicide survivors, as well as determining measures to prevent suicide at the provincial or national level.

Keywords: suicide, suicide attempt, 5 factors, TK model

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์ซับซ้อนที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม จิตใจ วัฒนธรรม ชีวิตวิทยา และสิ่งแวดล้อม¹⁻³ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากถึง 703,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1 ใน 100 ราย หรือประมาณร้อยละ 1.3 ที่เป็นผลมาจากการฆ่าตัวตาย⁴ และมีข้อบ่งชี้ว่า สำหรับผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหนึ่งราย อาจมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20 ราย และผู้ที่มิประวัติดีพยายามฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต^{5,6}

เส้นทางการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อน การฆ่าตัวตายเป็นผลสุดท้ายของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกันเป็นพลวัต อันนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกรมสุขภาพจิตได้ริเริ่มโครงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย ในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย มีอัตรา 6.32, 6.73, 7.37, 7.38 และ 7.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 24,416 ราย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 24,701 ราย และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็น 28,748 ราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ทั้งทางชีวภาพ การแพทย์ จิตวิทยา วัฒนธรรมและสังคมเป็นจำนวนมาก แต่กลับพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายก็ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเมืองของประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาของข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน มักจะเป็นข้อมูลที่ล้าสมัย ถึงแม้รวบรวมขึ้นใหม่ก็ช้าไม่ทันเวลา จึงส่งผลให้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอให้สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เห็นสาเหตุปัจจัยและจุดบกพร่องของระบบที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วน และเนื่องจากเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต ตามห้วงเวลา ทำให้มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามาตรการที่มีอยู่เดิมไม่ได้ผลเท่าที่ควร รวมถึง

มาตรการที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมเหตุปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไป และเหตุปัจจัยใหม่ที่เพิ่มขึ้น

ปัจจุบันยังมีข้อจำกัดเชิงวิชาการของทฤษฎี รูปแบบและปัจจัยที่ใช้อธิบายและพยากรณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกระบวนการพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และเปลี่ยนผ่านความคิดไปสู่การตัดสินใจกระทำ⁷ ดังนั้น ในบทความนี้มุ่งนำเสนอโมเดลที่เป็นสมมุติฐานอธิบายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในคนไทย ให้เกิดความเข้าใจถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย นั่นคือ TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (TK's 5-Factors model for explaining the incidence of suicide and suicide attempts) ซึ่งต่อจากนี้จะย่อว่า “โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors model of suicide)” อธิบายถึงอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นว่า เป็นผลพวงจาก 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยเสี่ยง 2) ปัจจัยกระตุ้น 3) ปัจจัยปกป้อง 4) ด้านกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และ 5) การเฝ้าระวังป้องกัน การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและแนวคิดทฤษฎีที่นำมาอธิบายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของคนไทย ตามแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide มีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

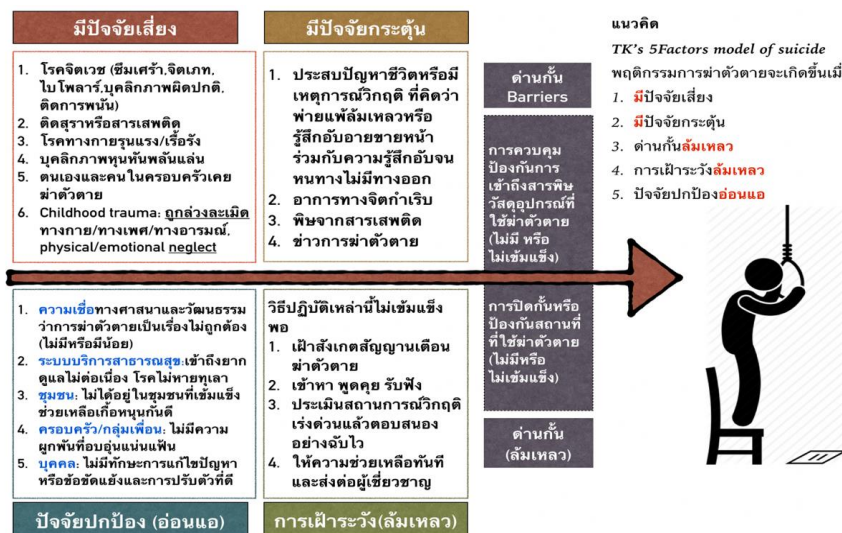
แนวคิด TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors model of suicide)

TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors model of suicide) ได้เสนอเป็นกรอบความคิดในครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยพัฒนากรอบแนวคิดนี้ขึ้นขณะปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 1 ซึ่งเป็นเขตสาธารณสุขที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย และบางจังหวัดในเขตสุขภาพนี้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงต่อเนื่องหลายปี สมมติฐานนี้เกิดจากข้อเท็จจริงที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษาช่วยเหลือเยียวยาญาติ และผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย รวมทั้งการประชุมหารือทางารแพทย์รายกรณีฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (suicide and suicide attempts case conference) และได้นำเสนอกรอบแนวคิดนี้ครั้งแรกที่โรงพยาบาลสวนปรุง เมื่อ พ.ศ. 2560 ในการประชุมระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหามาตรการในเขตสาธารณสุขที่ 1 ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข นักการศาสนา ปรชญา และผู้นำชุมชนที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหามาตรการในเขตสาธารณสุขที่ 1 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน หลังจากนั้นได้ทบทวนตรวจสอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของตนเอง ทั้งกรณีเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตในระบบรายงาน รง. 506s กรมสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข พ.ศ. 2565 และ 2566 ซึ่งชุดข้อมูลของ พ.ศ. 2565 ประกอบด้วยรายงานพฤติกรรมทำร้ายตนเองกรณี เสียชีวิต 3,153 ราย และรายงานกรณีไม่เสียชีวิต 10,933 ราย ส่วนชุดข้อมูล พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยรายงานพฤติกรรม ทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต 4,526 ราย และรายงานกรณี ไม่เสียชีวิต 14,925 ราย รวมทั้งรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จของทีมสอบสวนที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร การสอบสวนปฏิบัติการฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายและ การกระทำรุนแรงที่มุ่งตนเอง (self-directed violence, SDV) ซึ่งกระจายประจำอยู่ในจังหวัดต่างๆ รายงานที่รวบรวมได้นั้น มาจากทุกจังหวัดยกเว้นกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1,118 รายงาน

สมมติฐานการฆ่าตัวตาย TK โมเดล 5 ปัจจัยของการ ฆ่าตัวตายมีเนื้อหาหลักที่สำคัญ คือ อุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้เป็นการอุทิศตนต่อความเชื่อ ศาสนา หรือพิธีชีพ เพื่อชาติ กลุ่ม หรือเผ่าพันธุ์ จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีครบ 5 เงื่อนไขปัจจัย ดังต่อไปนี้ 1) มีปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้บุคคลมีความไว (susceptibility) หรือมีความอ่อนแอ

ของร่างกายและ/หรือจิตใจ 2) มีปัจจัยกระตุ้นที่สามารถ ทำให้บุคคลเกิดความคิดฆ่าตัวตายและตัดสินใจกระทำ 3) การเฝ้าระวังล้มเหลว (หมายถึง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน ฆ่าตัวตาย ไม่สังเกตหรือตระหนักสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย และไม่ตอบสนองอย่างเหมาะสมทันท่วงที) 4) ด่านกั้นล้มเหลว (การควบคุม สกัดกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายขาดประสิทธิภาพ) และ 5) ปัจจัยปกป้อง อ่อนแอ ถ้าหากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือมีไม่ครบ 5 เงื่อนไขปัจจัยจะไม่ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรืออีกนัยหนึ่งอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย ไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นผลของ 5 ปัจจัย โดยมีเงื่อนไขที่เฉพาะดังนี้ 1) บุคคลนั้นมีปัจจัยเสี่ยงแล้วไม่ได้ รับการแก้ไข 2) บุคคลนั้นมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความคิดและ การกระทำฆ่าตัวตาย 3) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ 4) บุคคลนั้นไม่ได้รับการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งพอ และ 5) บุคคล นั้นเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้สะดวก รายละเอียดของแต่ละปัจจัยได้แสดงไว้ในรูปที่ 1



รูปที่ 1 โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย

จากแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย สามารถจำแนกได้ออกเป็น 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้อง การเฝ้าระวังป้องกัน และด่านกั้น ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยฆ่าตัวตายของต่างประเทศและในประเทศไทย รวมทั้งจากรายงานสถานการณ์ฆ่าตัวตายในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 โดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต สามารถระบุรายละเอียดของแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ตามคำนิยาม ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง คุณลักษณะหรือ การสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับความน่าจะเป็นที่เพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ ที่ระบุไว้ เช่น การเกิดโรค^๖ ปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวแปรในการทำนาย โรค และปัจจัยเสี่ยงอาจเป็นสาเหตุ (cause) หรืออาจไม่ใช่ ปัจจัยเสี่ยงอาจทำนายผลลัพธ์ของโรคทางอ้อมโดยอาศัย ความเชื่อมโยงกับตัวแปรอื่นๆ^๗ ดังนั้น ปัจจัยเสี่ยงของการ ฆ่าตัวตายจึงหมายถึงตัวแปรหรือสิ่งที่เพิ่มโอกาสหรือความ น่าจะเป็นที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การคิด การวางแผน และการกระทำ) ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มี หลักฐานสนับสนุนเข้มแข็ง แบ่งเป็น 6 หมวด ดังต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช¹⁰⁻¹³ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคไบโพลาร์ (bipolar disorders) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคติดเกม (gaming disorders)¹⁴ และโรคติดการพนัน (gambling disorder)¹⁵

2. การติดสุราหรือสารเสพติด^{16,17} ได้แก่ สุรา (alcohol use disorder), กัญชา (cannabis use disorders), ยานอนหลับ (sedative or hypnotic use disorders) และสารเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ (illicit substances use disorders)

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง^{10,18} ได้แก่ อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิกการ โรคปวดศีรษะเรื้อรัง โรคปวดเรื้อรัง และหากมีการป่วยทางกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย¹⁹

4. บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น (aggressive impulsive trait) และนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionism)⁷

5. เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{12,16,17}

6. ประสบเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก: childhood trauma or early life adversity ทั้งการถูกทอดทิ้ง (neglect) และถูกล่วงละเมิดหรือทารุณกรรม (abuse) ทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชีวิตต่อมาภายหลัง^{10,16,20}

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) หรือตัวกระตุ้น (Trigger)

ปัจจัยกระตุ้น คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นของการเจ็บป่วย การเกิดโรค การเกิดอุบัติเหตุ หรือการตอบสนองทางพฤติกรรม โดยทั่วไป precipitating factors คือ สิ่งที่ทำให้กระตุ้น (trigger) ให้เริ่มเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย (onset of health issues) เป็นปัจจัยที่ทำให้ทราบว่า ทำไมคนนี้ถึงมีอาการตอนนี้²¹

ปัจจัยกระตุ้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงหมายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น การคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนและการตัดสินใจกระทำฆ่าตัวตาย ปัจจัยกระตุ้นที่มีหลักฐานสนับสนุนเข้มแข็ง แบ่งเป็น 4 หมวด ดังต่อไปนี้

1. วิกฤตในชีวิต หรือ stressful life event ได้แก่ การสูญเสียสัมพันธภาพกับคนที่รักหรือคนสำคัญในชีวิต ตกงาน ถูกกีดกันทางสังคมหรือโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation)¹⁰ ความขัดแย้งในครอบครัว (family-related conflict) ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ (relationship conflict) ปัญหาด้านกฎหมายถูกฟ้องร้องมีความผิด ปัญหาการเงิน (financial problems) ปัญหาการเรียนหรือที่โรงเรียน¹⁷ การถูกบูลลี่ทั้งในไซเบอร์หรือโซเชียลมีเดีย^{22,23} ซึ่งโดยรวม stressful life events สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย OR= 2.18

(95% CI, 1.63, 2.93) number of effect size = 23²⁴ และเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้พ่ายแพ้ (defeated) และ/หรืออับอายขายหน้า อับอายต่อสู (humiliation) หากบุคคลนั้นขาดทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาจะทำให้รู้สึกไม่มีทางออกอับจนหนทาง และถ้ามีความรู้สึกโดดเดี่ยวแปลกแยก ความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อผู้อื่น ขาดเป้าหมายหรือเหตุผลที่มีชีวิตอยู่ และขาดการช่วยเหลือทางสังคม บุคคลนั้นก็จะมีโอกาสสูงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย²⁴

2. อาการทางจิตกำเริบ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาหรือขาดการรักษา อาจมีอาการอย่างหนึ่งคือคิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำฆ่าตัวตายได้หากมีเงื่อนไขที่เหมาะสมครบถ้วน รวมถึงโรคจิตเภทหากไม่ได้รับการรักษาหรือขาดการรักษา อาจมีอาการกำเริบเกิดมีหูแว่วหรือเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย¹³

3. พิษของสารเสพติด มีสารเสพติดหลายตัวที่ออกฤทธิ์หลอนประสาททำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ เช่น การใช้กัญชาในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อ suicidal attempt OR= 3.46(95% CI, 1.53-7.84, $I^2 = 61.3\%$)²⁶

4. รับทราบข่าวการฆ่าตัวตาย การทราบข่าวการฆ่าตัวตายของคนที่รัก คนใกล้ชิด หรือคนที่ชื่นชอบ หรือแม้แต่การเสพข่าวนำเสนอการฆ่าตัวตายจากทีวีหรือโซเชียลมีเดียซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง พบบ่อยว่าเป็น ตัวกระตุ้น (trigger) ให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีความปรารถนาที่จะตายอยู่แล้วตัดสินใจกระทำการฆ่าตัวตาย²⁵

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)

ปัจจัยปกป้อง หมายถึง ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดโรค แต่ไม่รับประกันว่าบุคคลนั้นจะไม่เป็นโรค²⁶ ปัจจัยปกป้องพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงเป็นปัจจัยหรือคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสน้อยที่จะคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนเข้มแข็งว่า สัมพันธ์กับการลดโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 5 หมวด ดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล ทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา (coping and problem-solving skill)²⁷

2. ระดับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพที่ผูกพันอบอุ่นแน่นแฟ้นในครอบครัว สนับสนุนซึ่งกันและกัน จะลดความทุกข์ใจ ลดความรู้สึกพ่ายแพ้เมื่อเผชิญปัญหา และรู้สึกไม่อับจนหนทางได้ง่าย²⁸ ซึ่งรวมถึงสัมพันธภาพและผูกพันแบบเพื่อนสนิท

3. ระดับชุมชน ชุมชนเข้มแข็งที่มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันดีและมีความผูกพันเชื่อมโยงสัมพันธ์กันดี (connectedness) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มคนมีความใกล้ชิดกันทางสังคม มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการแบ่งปันทรัพยากรระหว่างบุคคลหรือกับกลุ่มอื่นๆ รวมความถึง social

support, social participation, social integration, social cohesion, and social capital ปัจจัยดังกล่าวนี้ จะช่วยป้องกันและยับยั้งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย²⁹

4. ระบบบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการที่สะดวก และคุณภาพการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องจนหายทุเลาหรือลดความพิการ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพจิต 5 ระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยที่มีสอสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายต้องให้ความสำคัญในการหาข้อมูลที่เป็นจุดบกพร่องของระบบเพื่อให้ข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงพัฒนาป้องกันการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือกรณีกระทำการรุนแรงต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย 2) ระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 3) ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด 4) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และ 5) ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคจิตเภท โดยระบบทั้ง 5 นี้ ต่างก็มีแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติ ซึ่งอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับระบบเหล่านี้มีจุดบกพร่อง เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วย major depressive disorder โดยมีเป้าหมายสำคัญในการรักษา คือ ต้องให้อาการของโรคหายสนิท (full remission) และฟื้นคืนสภาพ (functional recovery)³⁰ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 6-9 เดือนหลังจากอาการทุเลา (remission) จึงสามารถลดอาการกลับซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในระบบสาธารณสุขบางพื้นที่ ขาดระบบการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดนัด ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจนครบ 6-9 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนเกิดมีความคิดฆ่าตัวตายและนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด เช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคติดสุรา โรคติดสารเสพติดต่างๆ ต้องรักษาจนให้หายทุเลาและต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับซ้ำ กิจกรรมดังกล่าวนี้ที่จริงแล้วก็คือ การลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายนั่นเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตาย และอาการของโรคกำเริบก็เป็นตัวกระตุ้น (triggers) ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

5. ระดับสังคม ความคิดความเชื่อและศาสนา: ในสังคมที่ปลูกฝังความคิดความเชื่อ อย่างจริงจังเข้มแข็งว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องสังคมไม่ยอมรับ จะเป็นปัจจัยปกป้องลดการฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากประเทศอิสลาม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่าประเทศอื่นๆ ในโลก^{31,32} และข้อมูลจาก WHO¹ ชัดเจนว่า ในปี ค.ศ. 2012 ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีชาวมุสลิมปกครอง มีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยที่สุดแห่งหนึ่ง อิสลามหมายถึงการคล้อยตามต่อพระเจ้า การยอมรับคล้อยตามนี้ทำให้ท้ายที่สุดแล้ว พระเจ้าคือผู้ตัดสินทุกสิ่งดำเนินการตามคำสั่งสอนหรือข้อความแห่งเหตุผล ศาสนาอิสลามสอนให้ชาวมุสลิมเชื่อในการสถิตอยู่ของพระเจ้าและการพิพากษาครั้งสุดท้าย

ของพระเจ้า การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลาม ตระกาะเบื่องหลังข้อห้ามนี้คือ มีการกระทำที่ควบคุมกำกับสิ่งต่างๆ รวมทั้งชีวิต ซึ่งหมายถึง เป็นเพียงความสนใจของพระเจ้าเท่านั้น นอกจากนี้ ยังบ่งชี้ถึงการขาดความไว้วางใจในพระเจ้าผู้ทรงสามารถทำให้สิ่งต่างๆ ดีขึ้นได้³³ ในโองการหนึ่งอัลกุรอานกล่าวว่า “บรรดาผู้ที่ศรัทธาและผู้ที่มิจิตใจมุ่งมั่นด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์; บัดนี้โดยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ทำให้หัวใจได้สงบลงอย่างแน่นอน” ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งที่อิสลามพยายามจัดการกับความทุกข์ทางจิตใจและหรือทางอารมณ์ แนวทางปฏิบัติที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในศาสนาอิสลามคือการละหมาดซึ่งปกติจะสวดมนต์ห้าครั้งต่อวัน เป็นช่วงเวลาเฉพาะที่ชาวมุสลิมใช้เวลาในการถวายเกียรติแด่พระเจ้า นอกจากนี้ ผู้นำอิสลามหรือที่รู้จักกันในชื่อ “อิหม่าม” ยังให้การช่วยเหลือสมาชิกในที่ประชุมในเรื่องต่างๆ ไม่เพียงแต่เรื่องศาสนาและจิตวิญญาณเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัญหาส่วนตัว สังคม และจิตเวชด้วย³⁴ แต่อย่างไรก็ตาม ศาสนาอิสลามดูเหมือนจะระงับยับยั้งการฆ่าตัวตายได้ แต่ไม่ใช่ความคิดฆ่าตัวตาย ข้อสังเกตนี้สนับสนุนจากการค้นพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคูเวต มีความคิดฆ่าตัวตวยร้อยละ 58 มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่กระทำฆ่าตัวตาย³⁵

ด้านกั้น (Barriers)

ด้านกั้น หมายถึง ด้านกั้นสำหรับสกัดหรือยับยั้งการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ สารพิษ หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายสำหรับอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายในคนไทย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ เชือกหรือวัสดุที่ใช้ผูกคอ ยาสามัญประจำบ้านหรือยาที่ใช้อยู่ประจำ สารพิษที่ใช้ในครัวเรือนหรือในงานเกษตรกรรม รถมควันในรถยนต์ ใช้ปืน กระโดดจากที่สูงเช่นสะพาน หรือตึกอาคาร ซึ่งจะพบว่าแทบทุกอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ด้านกั้นที่จะสกัดหรือยับยั้งหรือขัดขวางการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์สารพิษหรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย ไม่มีหรือหละหลวมไม่เข้มแข็งทำให้บุคคลที่มีความคิดและมีเจตนาตั้งใจจะฆ่าตัวตาย มีวัสดุอุปกรณ์สารพิษที่สามารถนำมาใช้ได้สะดวก รวมถึงการเข้าไปยังสถานที่ที่จะใช้ฆ่าตัวตายได้สะดวก อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการเข้าถึงวิธีการที่เป็นอันตรายถึงชีวิตในฐานะปัจจัยทำนายที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย^{10,36}

การเฝ้าระวังป้องกัน

การเฝ้าระวังป้องกันในที่นี้จะหมายถึง การสังเกตเฝ้าระวังสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย หากพบสัญญาณเตือนต้องให้ความช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสัญญาณเตือนดังกล่าวเกิดขึ้นใหม่เมื่อเร็วๆ นี้ เนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะเกิดการพยายามฆ่าตัวตาย³⁷

การเฝ้าระวังจะมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) เฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย 2) เข้าหา พูดคุยและรับฟัง เมื่อพบสัญญาณเตือนเพื่อสำรวจความทุกข์ใจ และประเมินความตั้งใจฆ่าตัวตาย 3) ประเมินสถานการณ์วิกฤติ เร่งด่วน (ที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) และตอบสนองอย่างฉับไว และ 4) ให้ความช่วยเหลือทันที รวมถึงสร้างด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย ยับยั้งการกระทำฆ่าตัวตาย และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาล หากวิธีปฏิบัติดังกล่าวนี้ไม่เข้มแข็งพอจะนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ

ประโยชน์ที่ได้จากแนวคิด TK's 5 Factors model

1. ปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตายของประเทศไทย จากการทบทวนวิเคราะห์ ข้อมูลสารสนเทศการฆ่าตัวตายของประเทศไทยโดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายนกรมสุขภาพจิต สรุปได้ว่า ข้อมูลของรายงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีปัญหาความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงเหตุปัจจัย ทั้งในระดับบุคคลและระดับพื้นที่ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2567 จึงได้มีการปรับปรุงโครงสร้างของข้อมูลในฐานข้อมูล รง.506s โดยเริ่มต้นออกแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตาย ด้วยการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ แทนการเก็บข้อมูลตามปกติ และได้ปรับปรุงรายงานการสอบสวนกรณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำแรงต่อตนเอง โดยการประยุกต์ใช้ 5 ปัจจัยเงื่อนไขที่เสนอใน TK's 5 Factors model มาเป็นกรอบจัดหมวดหมู่สำหรับการรวบรวมข้อมูลทั้งในการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย และในแบบรายงานดังกล่าว ทำให้ฐานข้อมูลฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดและประเทศ มีข้อมูลเหตุปัจจัยที่ครบถ้วน สามารถนำข้อมูลที่ได้ ไปวิเคราะห์ให้เห็นปัจจัยเสี่ยงร่วม (common risk factors) ปัจจัยกระตุ้นร่วม (common precipitating factors) และปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอของจังหวัด ส่งผลต่อการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายมีความเฉพาะเจาะจงต่อเหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละพื้นที่

2. ปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการช่วยเหลือเยียวยาผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยทั่วไปในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ การให้คำปรึกษา (counseling) หรือ support psychotherapy ร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งอาจเป็นยารักษาโรคซึมเศร้า ยานอนหลับ และยาลดความวิตกกังวล ไม่ว่าจะเป็นในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ซึ่งรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวนี้ไม่ครอบคลุมทุกเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตาย หลังจากที่ได้เผยแพร่ TK's 5 Factors model แก่บุคลากรสาธารณสุข แพทย์ พยาบาลนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์เริ่มปรับเปลี่ยนรูปแบบการช่วยเหลือ ด้วยการประเมินพฤติกรรม

ฆ่าตัวตาย อย่างละเอียด ให้ครบทั้ง 5 ปัจจัยเงื่อนไข เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่นป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ก็ส่งพบจิตแพทย์ ให้ได้รับการรักษา อย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน ในรายที่พบปัจจัยกระตุ้นเป็นปัญหาเศรษฐกิจมีหนี้สินที่จัดการไม่ได้ ผู้ดูแลรักษาก็ส่งพบผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินหรือแนะนำให้พบเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเพื่อแก้ไขปัญหาหนี้สินให้ทุเลาเบาบาง รวมทั้งมีการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น พัฒนากิจกรรมแก้ไขปัญห และสร้างด่านกั้นป้องกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งเสริมพลังให้ญาติหรือคนใกล้ชิดเฝ้าระวังสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายพร้อมให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นได้ทันท่วงที

3. การใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายและการกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไข การกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตายของประเทศและระดับจังหวัดที่ผ่านมา มักจะใช้หลักฐานทางวิชาการที่ได้จากการวิจัยหรือจากการทบทวนองค์ความรู้จากต่างประเทศ เนื่องจากข้อมูลในระดับพื้นที่มีไม่เพียงพอ ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเพื่อรวบรวมข้อมูลในระดับจังหวัด ซึ่งข้อมูลในการสอบสวนนี้ได้ประยุกต์ใช้หมวดหมู่ 5 ปัจจัยใน TK's 5 Factors model ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วน เมื่อนำไปวิเคราะห์ก็จะทราบเหตุปัจจัยที่เฉพาะของแต่ละพื้นที่ สามารถกำหนดมาตรการแยกตามเหตุปัจจัยที่พบ เช่น มาตรการลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงร่วมของจังหวัด มาตรการบรรเทาหรือขจัดปัจจัยกระตุ้น มาตรการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องของจังหวัด มาตรการควบคุมวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย และมาตรการสัญญาณเตือนในกลุ่มเสี่ยง

4. การใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ ในด้านวิชาการ TK's 5 Factors model พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถไปใช้อ้างอิงในการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี และใช้เป็นกรอบสำหรับวิจัยการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับพื้นที่

5. การใช้ประโยชน์ในเชิงพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอและจังหวัดได้นำ TK's 5 Factors model ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่รอดชีวิต จากการฆ่าตัวตายและผู้ได้รับผลกระทบ เช่น ญาติหรือคนใกล้ชิด รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด นำ TK's 5 Factors model ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดโครงการและกิจกรรมเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่เหมาะสมตามบริบท

ข้อจำกัด

TK's 5 Factors model of suicide ยังเป็นสมมติฐาน (hypothesis) ซึ่งสมมติฐานก็คือข้อสันนิษฐานที่ได้จากการสังเกต หรือการไตร่ตรอง หรือคาดคะเนอยู่ในรูปแบบที่อนุญาตให้มีการทดสอบหรือพิสูจน์หักล้าง⁸ ถึงแม้ว่าในขณะนี้ TK's 5 Factors model of suicide มีหลักฐานที่เข้มแข็งสนับสนุน

ทั้ง 5 เงื่อนไขปัจจัยพอสมควรแต่ยังต้องมีระบบเฝ้าระวัง (surveillance system) รวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ เมื่อเวลาและบริบทของพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปอาจพบปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นใหม่ๆ เกิดขึ้นและโมเดลนี้จะไม่สามารถใช้อธิบายการฆ่าตัวตายที่เป็นการเสียสละเพื่อชาติหรือ ลัทธิ ความเชื่อ และเพื่อกลุ่มเผ่าพันธุ์ เช่นการฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดตัวเองเพื่อทำลายฝ่ายตรงข้าม

สรุป

TK's 5 Factors model of suicide เป็นกรอบความคิดที่ใช้อธิบายอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย โดยอาศัยหลายหลักการและหลายทฤษฎีเป็นพื้นฐาน เช่น biopsychosocial model, integrated motivational-volitional (IMV) model²⁵ รวมทั้งอาศัยข้อเท็จจริงจากการสังเกตและศึกษาข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทยในแต่ละปี การนำเสนอนี้ถือเป็นก้าวแรกหวังว่าจะสร้างความสนใจและกระตุ้นให้เกิดการศึกษาวิจัยต่อไป TK's 5 Factors model of suicide ยังต้องมีการทดสอบเพิ่มเติมถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยเหล่านั้น รวมถึงการค้นหาปัจจัยกระตุ้นหรือ trigger รูปแบบใหม่ๆ ที่ทำให้นักบุคคลเกิด suicidal ideation ในปัจจุบัน TK's 5 Factors model of suicide เป็นหลักการสำคัญที่ทีมสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทยใช้เป็นแนวทางสำหรับรวบรวมข้อมูลและหลักฐานเมื่อลงปฏิบัติการภาคสนาม และใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเพื่อวางมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหามาตัวตายในระดับจังหวัด ใน 2-3 ปี ที่ผ่านมามีหลายจังหวัดประยุกต์ใช้ TK's 5 Factors model of suicide ในการกำหนดมาตรการโดยระบุปัจจัยเสี่ยงร่วม ปัจจัยกระตุ้นร่วมของอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัดแล้วกำหนดมาตรการจัดหรือลดปัจจัยเหล่านั้น เช่น มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท มุ่งให้หายทุเลา ไม่ขาดยา และไม่กลับเป็นซ้ำ มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น บางจังหวัดเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในสถานที่ที่มีคนเคยใช้ฆ่าตัวตาย เช่น สะพานหรือตึกสูง บางจังหวัดได้เพิ่มหลักสูตรการพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหามาตัวตายนักเรียนมัธยมปลายในพื้นที่ของตนเพื่อเป็นการเสริมปัจจัยป้องกันในระดับบุคคล นอกจากนี้ TK's 5 Factors model of suicide ยังได้เปลี่ยนกระบวนการทัศนของผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยไม่ได้มุ่งไปที่การให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัดแต่เพียงอย่างเดียว ผู้บำบัดรักษาจะประเมิน 5 เงื่อนไขปัจจัย แล้วให้การแก้ไขปัจจัยที่ก่อปัญหาอื่นๆ ด้วย ในสุดท้ายผู้เขียนหวังว่า TK's 5 Factors model of suicide จะก่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมฆ่าตัวตายและพยายาม

ฆ่าตัวตายในประเทศไทยมากขึ้นและนำไปสู่การช่วยเหลือเยียวยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขที่มีประสิทธิภาพจนลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ในทุกพื้นที่ของประเทศ

References

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014. [cited Oct 2, 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
2. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014;1(1): 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
4. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates; 2019. [cited Oct 2, 2023]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.
5. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J Psychiat Res* 2012;46(7):946-52. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.009.
6. Probert-Lindstrom S, Berge J, Westrin A, Ojehagen A, Pavulans KS. Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open* 2020;10(10):e038794. doi:10.1136/bmjopen-2020-038794.
7. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox K.R, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017;143(2):187-232. doi:10.1037/bul0000084.
8. Porta M, ed. *A Dictionary of Epidemiology*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
9. Fletcher RH. Risk: basic principles. In *Clinical Epidemiology: the Essentials*. 5th ed. Lippincott: Williams & Wilkins; 2014.
10. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(1):74. doi:10.1038/s41572-019-0121- 0.

11. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health* 2022; 25(1):148-55. doi: 10.1136/ebmental-2022-300549.
12. Miola A, Gardea-Resendez M, Ortiz-Orendain J, Nunez N, Ercis M, Brandon J, et al. Factors associated with suicide attempts in the antecedent illness trajectory of bipolar disorder and schizophrenia. *Int J Bipolar Disord* 2023;11(1):1-8. doi: 10.1186/s40345-023-00318-3.
13. Yu R, Chen Y, Li L, Chen J, Guo Y, Bian Z, et al. Factors associated with suicide risk among Chinese adults: A prospective cohort study of 0.5 million individuals. *PLoS Med* 2021;18(3):e1003545. doi: 10.1371/journal.pmed.1003545.
14. Leino T, Finseras TR, Skogen JC, Pallesen S, Kristensen JH, Mentzoni RA, Sivertsen B. Examining the relationship between non-suicidal self-harm and suicidality within the past 12-months and gaming problems in Norwegian full-time students. *BMC Psychiatry* 2014;24(1):1-11. doi: 10.1186/s12888-024-05694-3.
15. Marionneau V, Nikkinen J. Gambling-related suicides and suicidality: a systematic review of qualitative evidence. *Front Psychiatry* 2022;13: 980303. doi: 10.3389/fpsy.2022.980303.
16. Ullman K, Landsteiner A, Linskens E, MacDonald R, McKenzie L, Murdoch M, et al. Risk and protective factors across socioecological levels of risk for suicide: an evidence map. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC); 2021. PMID: 34846828.
17. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health* 2022;25(4):148-55. doi: 10.1136/ebmental-2022-300549.
18. Khamma A. Risk Factors Associated with Suicide: A Case-Control Study in Sukhothai Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2013;58(1):3-16.
19. Kavalidou K, Smith DJ, O'Connor RC. The role of physical and mental health multimorbidity in suicidal ideation. *J Affect Disord* 2017;209:80-5. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.026.
20. Rogerson O, O'Connor RC, O'Connor DB. The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *J Affect Disord* 2024;352(1):479-89. doi: 10.1016/j.jad.2024.02.029.
21. Bolton J. Case formulation after Engel - The 4P model. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 2014;21(3):179-89. doi: 10.1353/ppp.2014.0027.
22. Korczak DJ. Canadian Paediatric Society, Mental Health and Developmental Disabilities Committee. Suicidal ideation and behaviour. *Paediatr Child Health* 2015;20(5):257-64. doi: 10.1093/pch/20.5.257.
23. Zhu S, Li X, Wong PWC. Risk and protective factors in suicidal behaviour among young people in Hong Kong: A comparison study between children and adolescents. *Psychiatry Res* 2023;321:115059. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115059.
24. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017;143(2): 187-232. doi: 10.1037/bul0000084.
25. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B* 2018;373(1754): 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268.
26. Beale L. Human disease and health promotion. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2017.
27. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychological Medicine* 2006; 36(1):45-55. doi: 10.1017/S0033291705005945.
28. Yang Q, Hu Y-Q, Zeng Z-H, Liu S-J, Wu T, Zhang G-H. The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(23):15895. doi: 10.3390/ijerph192315895.
29. McGuire S. Centers for disease control and prevention. strategies to prevent obesity and other chronic diseases: The CDC guide to strategies to support breastfeeding mothers and babies. atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2013. *Adv Nutr* 2014;5(3):291-2. doi: 10.3945/an.114.005900.

30. Yang H, Gao S, Li J, Yu H, Xu J, Lin C, Yang H, Teng C, Ma H and Zhang N. Remission of symptoms is not equal to functional recovery: Psychosocial functioning impairment in major depression. *Front Psychiatry* 2022;13:915689. doi: 10.3389/fpsyt.2022.915689.
31. Lester D. Suicide and islam. *Arch Suicide Res* 2006;10(1):77-97. doi:10.1080/13811110500318489.
32. Shah A, Chandia M. The relationship between suicide and Islam: a cross-national study. *J Inj Violence Res* 2010;2(2):93-7. doi: 10.5249/jivr.v2i2.60.
33. Okasha A, Okasha T. Suicide and Islam. In: Wasserman D, ed. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention 2nd*. New York: Oxford university press; 2021:53-9.
34. Ali A, Maharajh HD. Social predictors of suicidal behaviour in adolescents in Trinidad and Tobago. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(3): 186-91. doi: 10.1007/s00127-005-0846-9.
35. Leff JP. The epidemiology of mental illness across cultures. In: JL Cox (ed.), *Transcultural Psychiatry*. London: Croom Helm; 2018:25-39.
36. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet* 2012;379(9834):2393-9. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60521-2.
37. National Institute of Mental Health. Suicide prevention. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Mental Health; 2023. [cited April 4, 2024]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>.

