

สรุปอภิปรายผลของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน และ ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน ระหว่าง พ.ศ. 2546-2548 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 421 ราย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 241 ราย และสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล และ ระดับอำเภอ ระดับละ 5 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบรายงานภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง (รง.506DS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, แบบรายงานข้อมูลสาเหตุการตาย ของสำนักงานโยธาและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลและระดับอำเภอ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานและแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และ ข้อมูลจากคำถามปลายเปิด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกปี (21.5, 23.7 และ 38.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง อายุ 16-45 ปี ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ และมีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ในช่วงปี 2546-2547 หนึ่งในสี่ ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า และเพิ่มขึ้นเกือบครึ่งหนึ่งในปี 2548 นอกจากนี้ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เกือบหนึ่งในห้า มีพฤติกรรมการคิดสุรา สำหรับวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ กินยาเกินขนาด กินสารกำจัดแมลง และ ผูกคอ เพศชายใช้วิธีกินสารกำจัดแมลงมากที่สุด (ร้อยละ 30.5) ในขณะที่เพศหญิงใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุด (ร้อยละ 45.6)

อำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด 3 อันดับแรกในช่วงเวลา 3 ปี ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านโฮ้ง, อำเภอลี้ และ อำเภอป่าซาง ผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตอำเภอเมือง อำเภอแม่ทา และ อำเภอบ้านโฮ้ง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้น อำเภอลี้ และ อำเภอป่าซาง ที่เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในกลุ่มนักศึกษา/นักเรียน ที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากที่สุดในอำเภอลี้

(ร้อยละ 37.7) อาชีพพนักงานบริษัทที่พยายามฆ่าตัวตายพบใน 3 อำเภอเท่านั้น ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอแม่ทา และ อำเภอป่าซาง สำหรับอาชีพข้าราชการที่พยายามฆ่าตัวตายพบใน 3 อำเภอเช่นกัน ได้แก่ อำเภอบ้านโฮ้ง, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง ในเขตอำเภอแม่ทาและอำเภอเมืองใช้วิธีแขวนคอมากที่สุด (ร้อยละ 25.0 และ 19.5 ตามลำดับ) และ มากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 68.6 และ 62.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้คิดสุรา

2. ผลการศึกษาข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูน มีอัตราที่ลดลงทุกปี (25.0, 21.7 และ 18.0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง อายุ 26-60 ปี ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส และมีอาชีพรับจ้าง สำหรับสาเหตุการตายใช้วิธีแขวนคอมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ เพศหญิงใช้วิธีกินสารพิษมากกว่าเพศชาย และ วิธีการยิงด้วยปืนพบเฉพาะเพศชายและมากที่สุดในกลุ่มอายุ 26-45 ปี

อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด 3 อันดับแรกในช่วงเวลา 3 ปี เป็นพื้นที่ตรงกันกับการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอแม่ทา, อำเภอบ้านโฮ้ง, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง ผู้มีสถานภาพสมรส ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดในทุกอำเภอ ยกเว้น อำเภอเมือง ที่มีสถานภาพสมรส โสด ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ผู้มีอาชีพรับจ้าง ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดในเขตอำเภอเมือง และอำเภอป่าซาง (ร้อยละ 53.2 และ 58.7 ตามลำดับ) ผู้มีอาชีพรับราชการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบมากในเขตอำเภอแม่ทา, อำเภอเถิน และ อำเภอป่าซาง (ร้อยละ 55.3, 24.2 และ 19.6 ตามลำดับ) ผู้มีอาชีพเกษตรกรฆ่าตัวตายสำเร็จ พบมาก ในเขตอำเภอบ้านโฮ้ง, อำเภอเถิน และ อำเภอเมือง (ร้อยละ 34.5, 34.1 และ 21.0 ตามลำดับ) สำหรับสาเหตุการตายใช้วิธีแขวนคอมากที่สุดในทุกอำเภอ ยกเว้น อำเภอบ้านโฮ้ง ที่ใช้วิธีการกินสารพิษมากที่สุด

3. ผลการศึกษาด้านบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน

3.1 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล

สถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลทั้ง 5 แห่ง แต่ละแห่งมีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 1 คน และไม่มีผู้ใดได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ในด้านคุณภาพบริการสถานบริการฯ 4 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน สถานบริการฯ ทั้งหมด เริ่มดำเนินงานสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2547 งานสุขภาพจิตที่ให้บริการมีเพียง 2 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต และ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยอยู่ใน

ลักษณะของโครงการที่ใช้วิธีการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการฝึกอบรม คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแกนนำต่างๆ และ ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามก็มีสถานบริการฯ เพียง 2 แห่ง ที่มีการจัดฝึกอบรมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อีก 3 แห่ง ที่เหลือ จัดฝึกอบรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเท่านั้น ซึ่ง 2 ใน 3 แห่งนั้น มีการจัดฝึกอบรมเพียง ครั้งเดียวในรอบ 3 ปี

ผลจากการสอบถามความคิดเห็น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ให้ความเห็นว่า โครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการน่าจะสามารถลดหรือบรรเทาปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้ระดับ หนึ่ง โดยสังเกตจากจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ที่มีแนวโน้มลดลง และภายหลังการฝึก อบรม ทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังและการส่งต่อข้อมูลผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างชุมชนกับ สถานบริการฯ แต่ระบบการส่งต่อข้อมูลดังกล่าว ยังขาดความต่อเนื่องและการรวบรวมข้อมูลไม่ เป็นปัจจุบัน ในส่วนของระบบบริการสุขภาพจิตของสถานบริการฯ ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่ มีปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น กลุ่มอายุ 16-45 ปี ที่มีอาชีพรับจ้าง/ใช้แรงงาน แต่จะสามารถเข้าถึงได้ดี ในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับบริการในสถานบริการฯ เช่น ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้สูงอายุ บริการสุขภาพจิตที่ให้บริการ ได้แก่ คลินิกให้คำปรึกษา การคัดกรองกลุ่ม เสี่ยง การส่งต่อเพื่อการรักษา และการเยี่ยมบ้าน สถานบริการฯ ส่วนใหญ่ เห็นว่า ได้รับการ สนับสนุนด้านงบประมาณและด้านวิชาการอย่างเพียงพอ จากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แต่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ยังขาดทักษะในการให้บริการสุขภาพจิต ขาดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและญาติที่ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือ และไม่ เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่คิดว่าเป็นความลับของครอบครัว

3.2 บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอทั้ง 5 แห่ง มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตตั้งแต่ 1-4 คน (เฉลี่ย 2.6 คนต่อแห่ง) ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต 4 แห่ง ส่วนอีก 1 แห่ง อยู่ ระหว่างการติดต่อขอรับการศึกษา สถานบริการฯ ทุกแห่ง ได้จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตและคลินิกสุขภาพจิตเครือข่ายของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในด้านคุณภาพ บริการ สถานบริการฯ ทุกแห่งผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถานบริการฯ 4 แห่ง ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพและโรงพยาบาลคุณภาพเครือข่ายบริการ สถานบริการฯ 3 แห่ง เริ่มดำเนินงานสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2546 ส่วนอีก 2 แห่งที่เหลือเริ่มดำเนินงานในปี 2547 งานสุขภาพจิตที่ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาทางจิตเวช และการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกิจกรรมอยู่ในลักษณะของการฝึกอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ ค่ายทักษะชีวิต สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความหลากหลายมากกว่าระดับตำบล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ผู้ติดสารแอมเฟตามีน ตัวแทนพ่อบ้าน/แม่บ้าน ครู นักเรียน พี่เลี้ยงเด็ก และพระสงฆ์

ผลจากการสอบถามความคิดเห็น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ให้ความเห็นว่าโครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการสามารถลดหรือบรรเทาปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ได้มากขึ้น ดังเกิดได้จากอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง การจัดบริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาและกลุ่มเสี่ยง เพราะกิจกรรมของโครงการต่างๆ เกิดจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาตามบริบทของชุมชน ระบบบริการสุขภาพจิตของสถานบริการฯ ได้แก่ คลินิกให้คำปรึกษา การเฝ้าระวังในผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง การค้นหาและคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ในด้านการสนับสนุนงบประมาณ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 4 แห่ง เห็นว่า งบประมาณที่ได้รับจัดสรรสามารถใช้ดำเนินการได้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพจิตที่ต้องมีความต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ ในด้านการสนับสนุนวิชาการ เจ้าหน้าที่จากสถานบริการฯ 3 แห่งเห็นว่า ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากหน่วยบริการ โดยตรงและผู้บริหารสูงสุดให้ความสำคัญ สนับสนุนทั้งด้านบุคลากร ระบบบริการ รายการยาทางจิตเวชที่จำเป็นในหน่วยงาน สำหรับสถานบริการฯ อีก 2 แห่ง เห็นว่า การสนับสนุนด้านวิชาการค่อนข้างมีน้อย ต้องขวนขวายหากันเอง หรือ ไม่ก็จัดดำเนินการกันเองภายในหน่วยงาน

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตาย

ผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดลำพูน ระหว่างปี 2546-2548 ที่มีจำนวนสูงสุดเป็น 3 อันดับแรก พบว่า อยู่ในพื้นที่อำเภอเดียวกัน ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอแม่ทา อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอลี้ และอำเภอป่าซาง ซึ่งข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้มาจากแบบรายงานเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง (รง.506 DS) และข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้มาจากสาเหตุการตาย รายงานมรณบัตร จะเห็นได้ว่า ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแม้จะเริ่มดำเนินการไม่ถึง 4 ปี แต่สามารถสะท้อนสภาพของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่เดียวกันได้

อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ในปี 2548 (58.5 ต่อแสนประชากร) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2546 และ 2547 มีจำนวนที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (21.5 และ 23.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) (ตาราง 1) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2544 ในพื้นที่ 7 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,422 ราย พบว่า อัตราการทำร้ายตนเองเท่ากับ 51.5 ต่อแสนประชากร และ การศึกษาาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2545 กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 1,555 ราย จาก 17 จังหวัดๆ ละ 4 อำเภอ พบว่า อัตราการทำร้ายตนเองเท่ากับ 41.5 ต่อแสนประชากร (อภิชัย มงคล และคณะ, 2545 ; อภิชัย มงคล และคณะ, 2546) อาจเป็นเพราะว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้มารับบริการในสถานบริการฯ และ ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวไม่เปิดเผยข้อมูล และในส่วนของสถานบริการฯ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลและจัดทำระบบการรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า สถานบริการฯ ส่วนใหญ่ในจังหวัดลำพูน เริ่มดำเนินการสอบสวนโรคผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2547 และข้อมูลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีจำนวนใกล้เคียงกันใน ปี 2546-2547 และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าในปี 2548 (ตาราง 3) สะท้อนให้เห็นว่า สถานบริการฯ เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ มีการรวบรวมข้อมูลและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังมากขึ้น

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี 2544 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) สำหรับอายุของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะพบมากในช่วงอายุเดียวกัน คือ อายุ 26-45 ปี ที่เป็นช่วงวัยทำงาน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มอายุตามลักษณะประชากรของแต่ละวัย เพราะมองเห็นว่าจะมีประโยชน์ต่อการนำมาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น จึงทำให้ข้อมูลไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่แบ่งช่วงอายุ ช่วงละ 10 ปี จากการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2545) ศึกษาาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี 2544 ในพื้นที่ 7 จังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 20-39 ปี (ร้อยละ 57) และ การศึกษาของ มงคล ศิริเทพทวิ (2549) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและถูกรับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในปี 2547 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี

ผู้พยายามฆ่าตัวตายเพศชายใช้วิธีการกินสารกำจัดแมลงมากที่สุด ในขณะที่เพศหญิงใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุด จะเห็นได้ว่า วิธีการกินสารกำจัดแมลงและการกินยาเกินขนาดเป็นวิธีที่ไม่รุนแรงและไม่น่ากลัว โดย อรจิต อุดยานุภาพ (2539) กล่าวว่า ส่วนใหญ่บุคคลที่ฆ่าตัวตายจะใช้วิธีที่คล้ายกันทั่วโลก วิธีที่นิยมใช้อันดับแรกคือ กินยาพิษหรือสารเป็นพิษต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาฆ่าแมลง ผู้หญิงจะนิยมใช้วิธีนี้มากกว่าผู้ชายเพราะผู้หญิงไม่ต้องการให้มีกรนอนเลือดหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังจากที่ตายแล้ว สำหรับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชายใช้วิธีการแขวนคอมากที่สุด ซึ่งเป็นวิธีที่รุนแรงและเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุ การแขวนคอเป็นวิธีที่สามารถทำได้ทุกสถานที่และสามารถใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่รอบตัวได้โดยง่าย โดยประเวศ ดันติพิวัฒนสกุลและสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม การเข้าถึงอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับใช้ในการฆ่าตัวตาย

ผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า มีอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรกรรม มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545 ในพื้นที่ 17 จังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง (อภิชัย มงคล และคณะ, 2546) และ จากการศึกษาของ สมชาย พลอยล้อมแสง (2541) ที่ศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยใน จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และพะเยา พบว่า ปัจจัยทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดมีเพียงอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรมีแนวโน้มที่จะเครียดมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ

ในกลุ่มนักศึกษา/นักเรียน เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 14 -18 ปี พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 5 เท่า แต่กลับพบว่าไม่มีรายงานผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มดังกล่าว เป็นที่น่าสนใจว่าเหตุใดกลุ่มนี้จึงพยายามฆ่าตัวตายมากและใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง คือ วิธีการกินยาเกินขนาด จากการศึกษาของประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล (2543) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยม (อายุ 15-19 ปี) ในพื้นที่ภาคเหนือ 5 จังหวัด พบว่า นักเรียน ร้อยละ 13.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 12.6 มีความคิดฆ่าผู้อื่น ความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าผู้อื่น ฐานะการเงินที่ไม่แน่นอน บรรยากาศในครอบครัวที่มีการทะเลาะกันบ่อยๆ หรือตบตีกัน และภาพแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่พ่อแม่แสดงต่อนักเรียน การศึกษานี้คล้ายกับ กิตติวรรณ เทียมแก้ว, ปพิชญา แสงเอื้ออังกูรและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ศึกษาการคิดฆ่าตัวตายและภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นไทย พบว่า เด็กวัยรุ่นในภาคเหนือ มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 68.7 และ การศึกษาของ เพชรา ปาสรานันท์ (2548) ศึกษาการฆ่าตัวตายในสังคมต่างๆ เปรียบเทียบกับทฤษฎีการฆ่าตัวตายของ Emile Durkheim กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัด เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ระหว่างปี 2545-2547 พบว่า เจตนาของ

การฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรง เพื่อเรียกร้องผู้ใกล้ชิด ให้รู้ เข้าใจ ถึงความคับแค้นข้องใจ ความโกรธ ความไม่พอใจของตนเอง โดยโครงสร้างทางสังคมในบริบทครอบครัว ที่ทำงาน และที่อยู่อาศัย มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคม ที่สามารถลดจำนวนได้ โดยการให้บุคคลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น ให้ได้รับการพัฒนาสามัญสำนึกและกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. ผลการศึกษาด้านบริการสุขภาพจิต

สถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตแห่งละ 1 คน และไม่มีผู้ใดได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ในขณะที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตไม่มีทักษะในการให้บริการสุขภาพจิต ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และในชุมชนยังขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยยังเป็นความลับของครอบครัว ทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตตามกิจกรรมของโครงการมีเพียง 2 ด้าน คือการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่ สถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเฉลี่ย 2.6 คนต่อแห่ง และ มีความพร้อมในหลายๆ ด้านมากกว่า เช่น เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทาง ได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากผู้บริหารโดยตรง ซึ่งสถานบริการฯ ระดับตำบลเป็นสถานบริการ ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และยังเป็นพื้นที่แห่งแรกในด้านสุขภาพที่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก โดยการให้บริการสุขภาพจิตต้องอาศัยศักยภาพด้านความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการด้านสุขภาพจิต อาจเป็นผลให้บริการสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานบริการทุกระดับในจังหวัดนนทบุรี พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดความรู้ ขาดทักษะ และประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้รับบริการขาดความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา และการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาดำเนินการ 45 วัน พบว่า บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในทางที่ดีขึ้น สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้รับบริการด้วยความรู้ ทักษะ และให้บริการด้วยความมั่นใจมากขึ้น และการศึกษาของ ภัทธา ถิรตาภและวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2547) ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขที่ 4 พบว่า บุคลากรไม่เคยได้รับการอบรมความรู้สุขภาพจิต ร้อยละ 80.7 ได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน

สุขภาพจิตไม่เพียงพอในทุกด้านที่มากที่สุด คือ งบประมาณ ร้อยละ 79.5 และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ร้อยละ 74.9

ระบบการเฝ้าระวังและการส่งต่อข้อมูลของผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างชุมชนกับสถานบริการฯ ยังขาดความต่อเนื่อง และข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติบางส่วนไม่มารับบริการในสถานบริการฯ ขาดการประสานงานในกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบริการฯ ต่างจังหวัด และ งานบริการด้านสุขภาพในสถานบริการฯ มีหลายด้าน เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยพร้อมและไม่มีเวลาเพียงพอในการให้บริการและค้นหาผู้ป่วยในชุมชน เพราะการให้บริการสุขภาพจิตต้องใช้เวลามากและต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้บริการสุขภาพจิต ต้องอาศัยการทำงานในลักษณะของเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรในชุมชน มีการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนแนวคิด และทัศนคติของประชาชน ชุมชน ให้เกิดความตื่นตัว และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2544) และ จากการศึกษาของ พิมพ์ทอง แจกจันทิก และคณะ (2545) ศึกษาการประเมินผลโครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปี 2545 กรมสุขภาพจิต ในพื้นที่ 38 จังหวัด พบว่า ญาติและประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาพที่ดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเข้าสังคมที่ดี และการศึกษาของ จุมภฏ พรหมเสิดาและคณะ (2549) ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดนครพนมและจังหวัดสกลนคร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีปัญหาเงินโยบายนโยบาย การจัดรูปแบบบริการและปัญหาด้านศักยภาพในการให้บริการสุขภาพจิต ต้องการให้สนับสนุนทั้งด้านวิชาการและบริการสุขภาพจิต

การจัดกิจกรรมบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำพูน มีจุดเด่นในด้านการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชน และสามารถดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สถานบริการฯ ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ มีการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากโครงการหลักประกันสุขภาพ ใน พ.ศ. 2548 (ตาราง 11 และ 13) แต่การจัดกิจกรรมตามโครงการของสถานบริการฯ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ยังเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จได้น้อย เช่น ในกลุ่มอายุ 16-45 ปี ผู้มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง นักศึกษา/นักเรียน และ การจัดกิจกรรมบริการสุขภาพจิตของสถานบริการฯ ส่วนใหญ่ มีรูปแบบที่คล้ายกันทั้งในพื้นที่ที่มีปัญหาและไม่มีปัญหา อาจเป็นเพราะการดำเนินงานมีรูปแบบที่กำหนดมาจากหน่วยงานระดับบริหาร และ ถูกกำหนดโดยระยะเวลาที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งสถานบริการฯ แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันในด้านองค์กร ผู้บริหาร

ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน จากการศึกษาของ วชิระ เฟื่องจันทร์และสมจิตต์ ลูประสงค์ (2546) ศึกษาสุขภาพจิตภาคประชาชน : การพัฒนานโยบาย ในพื้นที่ 4 ภาค กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารระดับนโยบาย บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับและผู้มารับบริการ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันทรัพยากรทางบริการสุขภาพจิตยังมีความจำกัดอยู่มาก การบริการสุขภาพจิตที่ผ่านมายังไม่มีนโยบายที่ชัดเจน การให้บริการยังมุ่งเน้นการรักษา พื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในระดับตติยภูมิ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลการฆ่าตัวตาย ให้แก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น หน่วยงานการศึกษา แรงงานจังหวัด เกษตรจังหวัด องค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ควรมีการพัฒนาองค์กรเครือข่ายสุขภาพจิตให้เป็นรูปธรรม โดยต้องประสานงานและขอความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในพื้นที่
3. ระบบข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ควรมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนกันระหว่างสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในระบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการวางแผนการให้บริการสุขภาพจิต
4. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข ควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้และทักษะการให้บริการสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นใจ มีเจตคติที่ดีต่องาน และมีความสุขในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการติดตามวิถีชีวิตภายหลังการทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15- 45 ปี) ในจังหวัดลำพูน
2. ควรมีการศึกษาทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจังหวัดลำพูน