ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทย:การวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ (พ.ศ. 2553-2562)

Geographic Disparities in Suicide Mortality in Thailand: A Decade Analysis of Spatial Risk Factors and Regional Trends (2010-2019)

(Received: July 12,2025 ; Revised: September 2,2025 ; Accepted: September 23,2025)

วีร์ เมฆวิลัย[1] ณิชาภา รัตนจันทร์[2]
Wee Mekwili[1] Nichapha Rattanajan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย และระบุปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร) และข้อมูลประชากรจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ วิเคราะห์อัตราตายมาตรฐานจำแนกตามภูมิภาค เขตสุขภาพ จังหวัด เพศ และอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงสุด (14.06 ต่อแสนประชากรในปี 2562) เปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร (2.86 ต่อแสนประชากร) อัตราส่วนความแตกต่าง 4.9:1 จังหวัดลำพูนมีอัตราตายสูงสุด (22.10 ต่อแสนประชากร) เพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่าในทุกภูมิภาค กลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุด (13.49 ต่อแสนประชากร) ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายสะท้อนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ ควรพัฒนากลยุทธ์ป้องกันเชิงพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละภูมิภาค

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ สุขภาพจิต นโยบายสาธารณสุข

Abstract

This study aimed to analyze geographic disparities in suicide mortality rates in Thailand and identify spatial risk factors during 2010-2019. A survey research by cross-sectional study using secondary data from death certificates and population data from the Health Information System Office. Age-standardized mortality rates were analyzed by region, health zone, province, sex, and age group. Significant geographic disparities were found. The Northern region had the highest rate (14.06 per 100,000 in 2019) compared to Bangkok (2.86 per 100,000), with a 4.9:1 ratio. Lamphun province recorded the highest provincial rate (22.10 per 100,000). Males had 3-8 times higher rates than females across all regions. The 35-39 age group had the highest rate (13.49 per 100,000). Geographic disparities in suicide mortality reflect inequalities in mental health service access and socio-economic factors. Region-specific prevention strategies tailored to local contexts should be developed.

Keywords: suicide, geographic disparities, spatial risk factors, mental health, public health policy

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2021 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 727,000 คนทั่วโลก[1] โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และพบว่า 73% ของการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ[2] ในประเทศไทย การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

[1] ปร.ด.นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต Corresponding Author, Wee Mekwilai Email: weepositive7@gmail.com
[2] วท.บ.นักวิชกาสารธารณสุขชำนาญการ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ต่อเนื่อง โดยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.12 ต่อแสนประชากรในปี 2013 เป็น 8.95 ต่อแสนประชากรในปี 2019[3] สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาระดับสากลพบว่าการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ (geographical disparity) หมายถึงการกระจายที่ไม่สม่ำเสมอของอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างในระดับความเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วเกือบทั้งหมด เช่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และประเทศในยุโรป พบรูปแบบ "rural-urban disparity" อย่างชัดเจน โดยพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ[4-5] ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา อัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชนบทสูงกว่าในเขตเมืองถึง 1.8 เท่า และในออสเตรเลีย พบว่าพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าพื้นที่เมืองหลักมากกว่า 2 เท่า[6]

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายเกิดจากปัจจัยหลายประการที่เชื่อมโยงกัน[7] อาทิ การแยกทางสังคม (social isolation) ในพื้นที่ห่างไกล การตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงกว่าในชุมชนเล็ก และวัฒนธรรมความเป็นชายที่เน้นความเข้มแข็งและไม่แสดงอารมณ์ การลดลงของบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ห่างไกล ระยะทางที่ไกลถึงสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจิตเฉพาะทาง และความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือฉุกเฉิน การเข้าถึงวิธีการที่มีอันตรายได้ง่าย เช่น อาวุธปืน สารเคมีเกษตร และการแขวนคอในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวสูง และ ความยากจนต่อเนื่อง การว่างงานที่สูงกว่า ความไม่มั่นคงทางอาชีพ และการขาดโอกาสทางเศรษฐกิจในพื้นที่ชนบท

อย่างไรก็ตาม ในประเทศกำลังพัฒนา รูปแบบการกระจายอาจแตกต่างไปจากประเทศพัฒนาแล้ว เนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ และโครงสร้างทางสังคม-เศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ในบางประเทศเอเชีย พบว่าเขตเมืองกลับมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าพื้นที่ชนบท ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดจากการขยายตัวของเมือง ค่าครองชีพที่สูง และการสูญเสียระบบสนับสนุนทางสังคมแบบดั้งเดิม[8]

ในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหลายเรื่อง[10-11] แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคลหรือภาพรวมระดับประเทศ การศึกษาล่าสุดพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 3.5 เท่า และกลุ่มอายุ 30-39 ปีมีอัตราตายสูงสุด[12] ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงพื้นที่

ในช่วงปี 2017-2022 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 32% โดยพบว่าผู้สูงอายุ (55 ปีขึ้นไป) มีอัตราสูงสุด ขณะที่วัยรุ่น (15-19 ปี) มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด[13] การทำความเข้าใจรูปแบบการกระจายทางภูมิศาสตร์จึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการระบุพื้นที่เสี่ยงสูง การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละภูมิภาค

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์แนวโน้มและรูปแบบการกระจายของอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกตามภูมิภาค เขตสุขภาพ และจังหวัด (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการฆ่าตัวตายตามเพศและกลุ่มอายุในแต่ละภูมิภาค และ (3) ระบุพื้นที่เสี่ยงสูงและเสนอแนวทางการป้องกันเชิงพื้นที่ที่เหมาะสม

วิธีการวิจัย

ประเภทการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์แนวโน้มย้อนหลังเป็นระยะเวลา 10 ปี ประชากรที่ศึกษาคือผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562

เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ มรณบัตรที่ระบุสาเหตุการตายตามรหัส ICD-10 X60-X84[14] ซึ่งครอบคลุมการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองโดยเจตนา รวมถึงข้อมูลที่มีพื้นที่ที่อยู่อาศัยที่สามารถจำแนกได้ถึงระดับจังหวัด และมีข้อมูลเพศและอายุที่สมบูรณ์สำหรับเกณฑ์คัดออกได้แก่ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถจำแนกพื้นที่ได้ ผู้เสียชีวิตที่ไม่มีสัญชาติไทย และรายการที่มีข้อมูลขัดแย้งหรือไม่น่าเชื่อถือ การกำหนดเกณฑ์เหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้สำหรับการวิเคราะห์

แหล่งข้อมูลและการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในการศึกษาได้มาจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (สสส.) ผ่านเว็บไซต์ https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/[15] โดยแบ่งเป็นสองส่วนหลัก 1) ฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการตายและลักษณะของผู้เสียชีวิต ส่วน 2) ข้อมูลประชากรกลางปีจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งใช้เป็นตัวหารในการคำนวณอัตราตาย การใช้ข้อมูลจากแหล่งทางการเหล่านี้ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลมีความถูกต้องและครอบคลุมทั้งประเทศ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรตามในการศึกษาคืออัตราตายจากการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินภาวะการฆ่าตัวตายในประเทศ ตัวแปรอิสระแบ่งออกเป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ตัวแปรทางภูมิศาสตร์ ตัวแปรลักษณะประชากร และตัวแปรเวลา ตัวแปรทางภูมิศาสตร์ประกอบด้วย 5 ภูมิภาค 13 เขตสุขภาพ และ 77 จังหวัด ตัวแปรลักษณะประชากรรวมถึงเพศ (ชาย หญิง) และกลุ่มอายุ (10 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นช่วง 5 ปี) ส่วนตัวแปรเวลาครอบคลุมปี พ.ศ. 2553-2562 การกำหนดตัวแปรเหล่านี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียดและครอบคลุมหลายมิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการในสี่ขั้นตอนหลัก 1) คือการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งรวมถึงการคำนวณจำนวน ร้อยละ และอัตราตายต่อแสนประชากร เพื่อให้ภาพรวมของข้อมูลที่ศึกษา 2) คือการวิเคราะห์แนวโน้ม ซึ่งเปรียบเทียบอัตราตายระหว่างปี 2553 และ 2562 และคำนวณร้อยละการเปลี่ยนแปลงเพื่อดูทิศทางการเปลี่ยนแปลงของปัญหาการฆ่าตัวตาย 3) คือการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต่าง ๆ โดยคำนวณอัตราส่วนและความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 4) คือการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ ซึ่งจัดอันดับและระบุพื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ การวิเคราะห์เหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงรูปแบบและแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอย่างครอบคลุม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเข้มงวด การใช้ข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้และการเปิดเผยผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนานโยบายสาธารณะ ถือเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการใช้ข้อมูลเพื่อสาธารณประโยชน์ในทางที่สร้างสรรค์และมีจริยธรรม

ผลการศึกษา

ภาพรวมแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับประเทศ

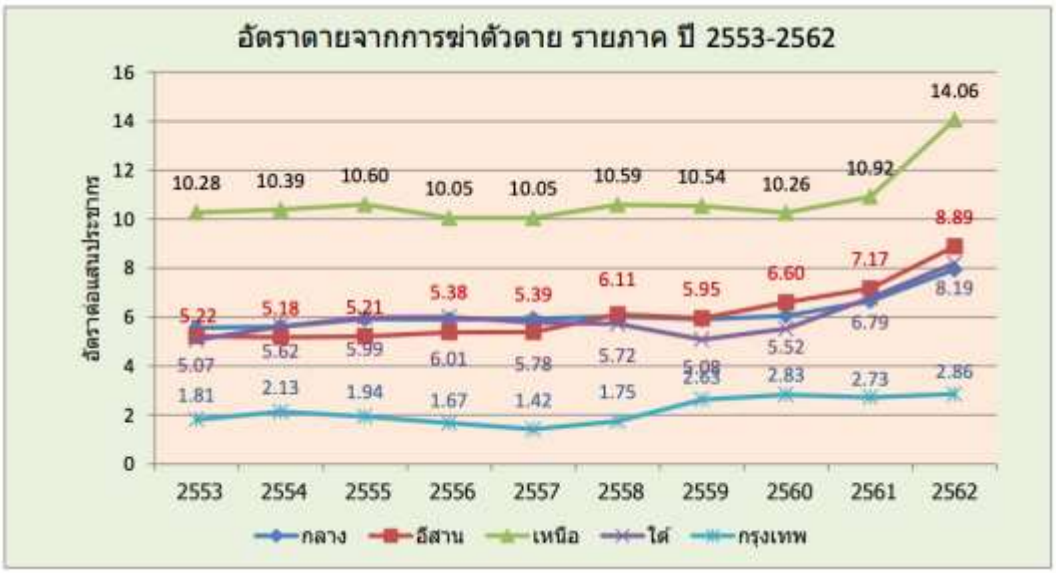
ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2562 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ อายุ 40-44 ปี (เพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 12.56 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 57%) และอายุ 60-64 ปี (เพิ่มขึ้นจาก 7.56 เป็น 11.50 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 52.1%) รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มอายุที่มีอัตราตายสูงสุดคือ อายุ 35-39 ปี (13.49 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ อายุ 30-34 ปี (13.03 ต่อแสนประชากร) และ อายุ 40-44 ปี (12.56 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกตคือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2560-2562 (จาก 5.17 เป็น 6.70 ต่อแสนประชากร)



ภาพที่ 1 แนวโน้มอัตราการตายตามช่วงอายุต่างๆ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

ความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาค

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับภูมิภาคพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2562 ภาคเหนือมีอัตราตายสูงสุดที่ 14.06 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ 8.19 ต่อแสนประชากร และภาคกลางที่ 8.89 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ภาคใต้และกรุงเทพมหานครมีอัตราตายต่ำสุดเท่ากันที่ 2.86 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนความแตกต่างระหว่างภาคเหนือและกรุงเทพมหานครอยู่ที่ 4.9:1 ซึ่งถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำที่สูงมาก แนวโน้มในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงปี 2561-2562 ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวโน้มอัตราการตายตามภูมิภาค ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

การวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ

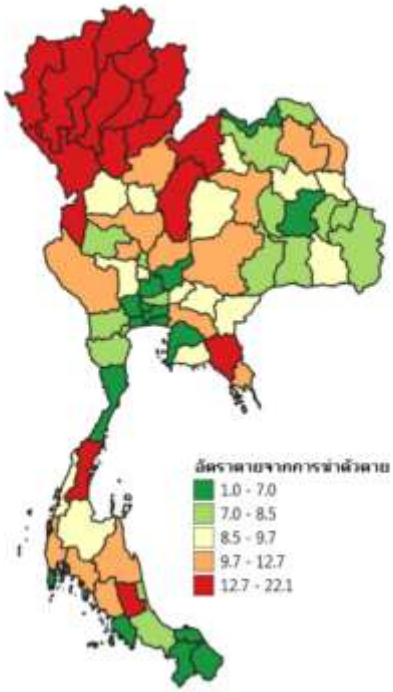
เมื่อวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ พบว่าเขต 1 (เชียงใหม่) มีอัตราตายสูงสุดที่ 16.47 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือเขต 2 (พิษณุโลก) ที่ 13.32 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) มีอัตราตายต่ำสุดที่ 2.86 ต่อแสนประชากร การกระจายนี้สะท้อนให้เห็นว่าเขตสุขภาพในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่าเขตอื่นๆ รายละเอียดในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวโน้มอัตราการตายตามเขตสุขภาพ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

พื้นที่เสี่ยงสูงระดับจังหวัด

จากการวิเคราะห์ 77 จังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2562 มีลำพูนเป็นอันดับหนึ่งด้วยอัตรา 22.10 ต่อแสนประชากร ตามด้วยแม่ฮ่องสอน (20.40), น่าน (19.29), แพร่ (17.16), พะเยา (16.33), ตาก (16.23), เชียงใหม่ (16.15), พัทลุง (15.82), เลย (14.87), และลำปาง (14.77) ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกตคือจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุมภาคเหนือครองตำแหน่ง 7 ใน 10 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ พะเยา เชียงใหม่ และลำปาง ขณะที่จังหวัดอื่นๆ มาจากเขตสุขภาพที่ 2 (ตาก), เขตสุขภาพที่ 8 (เลย), และเขตสุขภาพที่ 12 (พัทลุง) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้มข้นของปัญหาการฆ่าตัวตายในภาคเหนือเป็นพิเศษ รายละเอียดในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แนวโน้มอัตราการตายตามเขตสุขภาพ ปี 2553 – 2562
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูล การตาย (มรณบัตร) และ จำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (https://www.hiso.or.th/thaihealthstat)

รูปแบบการกระจายตามเพศและอายุ

ในทุกภูมิภาคและทุกกลุ่มอายุ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราส่วนประมาณ 3-8 เท่า และความแตกต่างนี้เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มอายุสูงมีความแตกต่างมากกว่ากลุ่มอายุน้อย สำหรับรูปแบบการกระจายตามอายุในปี พ.ศ. 2562 พบรูปแบบที่แตกต่างจากหลายประเทศ โดยกลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุดที่ 13.49 ต่อแสนประชากร ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 60-64 ปีและ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราตายในระดับสูงที่ 11.50 และ 10.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปีมีอัตราตายค่อนข้างต่ำที่ 3.49 ต่อแสนประชากร

การเปลี่ยนแปลงในช่วงปี 2561-2562

ช่วงปี 2561-2562 เป็นช่วงที่น่าสังเกต เนื่องจากหลายภูมิภาคมีอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยภาคเหนือมีการเพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 10.92 เป็น 14.06 ต่อแสนประชากร คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 28.7% ตามด้วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เพิ่มขึ้นจาก 6.79 เป็น 8.19 ต่อแสนประชากร หรือเพิ่มขึ้น 20.6% ในขณะที่ภาคใต้มีการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 2.73 เป็น 2.86 ต่อแสนประชากร การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม หรือนโยบายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น

การศึกษานี้เผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงกว่ากรุงเทพมหานครถึง 4.9 เท่า จังหวัดลำพูน แม่ฮ่องสอน น่าน และแพร่ เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงสุด กลุ่มอายุ 35-39 ปี กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบทั่วไปในประเทศพัฒนาแล้ว เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่าในทุกภูมิภาค ความเหลื่อมล้ำเหล่านี้สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ และความแตกต่างทางวัฒนธรรม การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบบูรณาการที่คำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษานี้ควรนำไปสู่การทบทวนนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ และการพัฒนากลยุทธ์ป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การวิจัยต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงเชิงลึกและการประเมินผลโปรแกรมป้องกันจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ในการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยภาคเหนือมีอัตราตายสูงกว่ากรุงเทพมหานครถึง 4.9 เท่า ซึ่งเป็นความแตกต่างที่สูงกว่าที่พบในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ การศึกษาระบบทบทวนวรรณกรรมโดย Casant และ Helbich[16] ที่วิเคราะห์ 24 การศึกษาทั่วโลก พบว่าพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมืองอย่างสม่ำเสมอ ในออสเตรเลีย การศึกษาโดย Sankaranarayanan และคณะ[17] พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเขตเมือง 2.7 เท่า ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาโดย Fontanella และคณะ[18] พบอัตราส่วนระหว่างชนบท-เมืองประมาณ 1.9 เท่าในกลุ่มเยาวชน

ปัจจัยหลักที่อาจอธิบายความเหลื่อมล้ำนี้ประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ซับซ้อน ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับรายได้ต่ำกว่าเขตเมือง ความยากจนและปัญหาหนี้สินจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรที่ประสบปัญหาราคาผลผลิต การศึกษาระบบทบทวนโดย Mohatt และคณะ[19] ระบุว่าความเครียดทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชนบทของสหรัฐอเมริกา

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากพื้นที่ห่างไกลมีจำนวนจิตแพทย์และนักจิตวิทยาต่อประชากรต่ำกว่าเขตเมือง ระบบส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การศึกษาในออสเตรเลียโดย Fitzpatrick และคณะ[20] พบว่าแม้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทจะได้รับการวินิจฉัยและรักษา แต่ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงกว่า ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาในด้านคุณภาพและความต่อเนื่องของการรักษา

ปัจจัยทางวัฒนธรรมก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน โดยทัศนคติต่อการขอความช่วยเหลือทางจิตใจใน

ชุมชนชนบทอาจแตกต่างจากเขตเมือง การมองการเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นเรื่องน่าอายอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การทบทวนวรรณกรรมโดย Hirsch[5] ระบุว่าวัฒนธรรมการพึ่งพาตนเองและการต่อต้านการเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนชนบทเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ความโดดเด่นของกลุ่มอายุวัยทำงาน

การที่กลุ่มอายุ 35-39 ปีมีอัตราตายสูงสุดเป็นสิ่งที่แตกต่างจากรูปแบบทั่วไปในประเทศพัฒนาแล้วซึ่งมักพบอัตราสูงในผู้สูงอายุ[12] ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย Kanchanatawan และคณะ[3] ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-64 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี 2013-2019

ปรากฏการณ์นี้อาจเชื่อมโยงกับความกดดันทางเศรษฐกิจที่เป็นลักษณะเฉพาะของกลุ่มวัยนี้ เนื่องจากเป็นวัยที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง ทั้งการเลี้ยงดูบุตรและดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่โอกาสในการเปลี่ยนอาชีพหรือเพิ่มรายได้มีจำกัด สถานการณ์นี้เรียกว่า "sandwich generation" ที่ต้องรับภาระทั้งสองด้าน ความเครียดจากการแข่งขันทางสังคมในยุคปัจจุบันก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง โดยความคาดหวังในการประสบความสำเร็จและการเปรียบเทียบทางสังคมในยุคโซเชียลมีเดียสร้างแรงกดดันเพิ่มเติม

ความเหลื่อมล้ำทางเพศและบทบาททางสังคม

การที่เพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง 3-8 เท่านั้นสอดคล้องกับรูปแบบทั่วโลก แต่อัตราส่วนในประเทศไทยสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกซึ่งอยู่ที่ประมาณ 1.8 เท่า[21] ในสหรัฐอเมริกา CDC[22] รายงานว่าชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าหญิงประมาณ 3.8 เท่า และในยุโรป การศึกษาข้ามชาติโดย Niederkrotenthaler และคณะ[22] พบว่าความตั้งใจจริงในการฆ่าตัวตาย (serious suicide attempt) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้เกี่ยวข้องกับบทบาทชายหัวหน้าครอบครัวในวัฒนธรรมไทย ซึ่งสร้างความกดดันในการเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวหลัก และความรู้สึกล้มเหลวเมื่อไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพในออสเตรเลียโดย Creighton และคณะ[23] พบว่าวัฒนธรรมความเป็นชายที่ต้อง "แข็งแกร่ง" และไม่แสดงความอ่อนไหวเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขอความช่วยเหลือทางจิตใจ

นอกจากนี้ ชายมักเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า การศึกษาในสหรัฐอเมริกาโดย Hedegaard และคณะ[24] พบว่าชายใช้อาวุธปืน 60% ขณะที่หญิงใช้เพียง 30% ซึ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่า

การเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2561-2562

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2561-2562 เป็นประเด็นที่น่าสนใจ โดยเฉพาะภาคเหนือที่มีการเพิ่มขึ้น 28.7% และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เพิ่มขึ้น 20.6% การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมหลายประการ รวมถึงการชะลอตัวของเศรษฐกิจโลกและในประเทศ ภัยแล้งที่ส่งผลกระทบต่อภาคเกษตรกรรม และการเปลี่ยนแปลงนโยบายสวัสดิการที่อาจส่งผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประชาชนในพื้นที่เหล่านี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลการศึกษา การใช้ข้อมูลทุติยภูมิอาจมีปัญหาการรายงานที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ระบบการบันทึกข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ การศึกษาใน Thailand โดย Snowdon และ Lu[25] ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีอัตราการตายที่ "ไม่ทราบสาเหตุ" สูงถึง 26% ซึ่งอาจซ่อนการฆ่าตัวตายจำนวนมาก

การจำแนกสาเหตุการตายอาจไม่แม่นยำ เนื่องจากปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม เช่น การไม่ต้องการให้การตายถูกจำแนกเป็นการฆ่าตัวตายเพื่อรักษาศักดิ์ศรีของครอบครัว นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตใจ สถานะทางเศรษฐกิจ และเหตุการณ์ชีวิตที่สำคัญ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างลึกซึ้ง การขาดข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบริบททางสังคม-วัฒนธรรมเชิงลึกในแต่ละพื้นที่ก็เป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการทำความเข้าใจรูปแบบการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นแหล่งข้อมูลหลักในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
2.รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนไทย 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
3.Helbich M, et al. Urban-rural inequalities in suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0172724.
4.Santana P, et al. Suicide in Europe: spatial distribution and socioeconomic integration. Eur J Public Health. 2015;25(4):597-603.
5.Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence, and prevention. Crisis. 2006;27(4):189-99.
6.Fontanella CA, et al. Widening rural-urban disparities in youth suicides, United States, 1996-2010. JAMA Pediatr. 2015;169(5):466-73.
7.จุฑารัตน์ แก้วก่า, และคณะ. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2562. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;32(1):45-58.
8.วรรณภา คำแหง และคณะ. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2555–2561. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2563;16(2):180-191.
9.Patel V, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet. 2018;392(10157):1553-1598.
10.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความยากจนของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงาน นศช.; 2563.
11.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพจิต พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
12.Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:l94.
13.Freeman A, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). PLoS One. 2016;11(6):e0157107.
14.World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://icd.who.int/browse10/2016/en.

15.สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ระบบข้อมูลสถิติสุขภาพไทย พ.ศ. 2553-2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; 2563. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/

16.Casant J, Helbich M. Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: a literature review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2669. doi:10.3390/ijerph19052669.

17.Sankaranarayanan A, Carter G, Lewin T. Rural-urban differences in suicide rates for current patients of a public mental health service in Australia. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(4):376-382. doi:10.1521/suli.2010.40.4.376.

18.Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, Campo JV. Widening rural-urban disparities in youth suicides, United States, 1996-2010. JAMA Pediatr. 2015;169(5):466-473. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3561.

19.Mohatt NV, Kreisel CJ, Hoffberg AS, Wendleton L, Beehler SJ. A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States. J Rural Health. 2021;37(3):565-575. doi:10.1111/jrh.12532.

20.Fitzpatrick SJ, Handley T, Powell N, Read D, Inder KJ, Perkins D, Brew BK. Suicide in rural Australia: A retrospective study of mental health problems, health-seeking and service utilisation. PLoS One. 2021;16(7):e0245271. doi:10.1371/journal.pone.0245271.

21.Chang Q, Yip PSF, Chen YY. Gender inequality and suicide gender ratios in the world. J Affect Disord. 2019;243:297-304.

22.Centers for Disease Control and Prevention. Suicide Data and Statistics. Atlanta, GA: National Centers for Injury Prevention and Control; 2024. Available from: https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html

23.Creighton G, Oliffe J, Ogrodniczuk J, Frank B. You've gotta be that tough crust exterior man: Depression and suicide in rural-based men. Qual Health Res. 2017;27(12):1882-91.

24.Hedegaard H, Garnett MF, Crosby AE. Urban-rural differences in suicide rates, by sex and three leading methods: United States, 2000-2018. NCHS Data Brief. 2020;(373):1-8.

25.Snowdon J, Lu TH. Rates and Age Patterns of Suicide and Undetermined Death in Thailand. J Psychiatry Behav Sci. 2019;2(3):1-12.