ปีที่ 7 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม - ธันวาคม 2564
Volume 7 Number 2: July - December 2021

สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559

The Suicide Situation and Methods in Relation to Gender-Age-Region in Thailand in 2012-2016

จรรยารักษ์ มีวงษ์สม สุวรรณา โควะวินทวีวัฒน์ และ อรรถพล แช่มสุวรรณวงศ์
สาขานิติวิทยาศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Chanyarak Meewongsom, Suwanna Cowawintaweewat and Attaphol Chamsuwanwong
Department of Forensic Science, Faculty of Allied Health Sciences,
Thammasat University

Received April 12, 2021 | Revised October 11, 2021 | Accepted October 27, 2021

บทความวิจัย (Research Article)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 ในระดับภูมิภาค โดยนำข้อมูลการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย (20,234 ราย) มาวิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนแยกตามเพศ ช่วงอายุและวัย และร้อยละของวิธีการฆ่าตัวตายในภูมิภาค ศึกษาความสัมพันธ์ของวิธีการฆ่าตัวตายกับเพศ ช่วงวัย และภูมิภาคด้วยวิธี Chi-squared test รวมถึงการสัมภาษณ์ตัวแทนจิตแพทย์ พบว่าปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปี 2558 (6.47 ต่อประชากรแสนคน) และน้อยที่สุด คือปี 2557 (6.08) เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงในทุกปี 3.39-4.15 เท่า วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (30-89 ปี) มีอัตราการฆ่าตัวตายของช่วงอายุและวัยนั้นมากกว่า 6.30 ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดในแต่ละปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาคใต้มีแนวโน้มลดลง วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออกเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น ๆ และการใช้กระสุนปืน โดยวิธีที่ใช้มีความแตกต่างกันในภูมิภาค เพศ และช่วงวัย ($p < 0.001$) จิตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจำนวนคนฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยแนวทางการแก้ไขปัญหาคือการสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดในวัยเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน และการควบคุมอุปกรณ์การฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีระบบสาธารณสุขที่ดี ดังนั้นการศึกษาและวิเคราะห์เชิงลึกในแต่ละด้านจึงจำเป็นเพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินการของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: อัตราการฆ่าตัวตาย, ช่วงอายุ, วิธีการฆ่าตัวตาย, ภูมิภาค

Abstract

This study aimed to determine the suicide rates during the period 2012-2016 in region of Thailand. Suicide rates per 100,000 individuals were analyzed and percentage of suicide methods were calculated for gender and age ranges among Thai regions. Chi-squared test was used to analyze the association between methods used and gender, age ranges and regions. Also, the in-depth interview for suicides were obtained from psychiatrists. The highest suicide rate was observed in 2015 (6.47 deaths per 100,000) while the lowest suicide rate was observed in 2014 (6.08). The suicide rates were 3.39 – 4.15 times higher in men than in women. The suicide rates in adults and elders (age range of 30-89 years) were greater than 6.30. Northern Thailand showed the highest annual suicide rates. The suicide rates in Northeastern and Central regions showed the increasing trend whereas Southern region showed the decreasing trend. The most common methods of suicide were hanging, strangulation, and suffocation; followed by the use of pesticides and animal toxins; chemicals and other toxins; and bullets. The suicide methods used varied significantly between regions, gender and age ranges ($p < 0.01$). The opinion of most psychiatrists was a clear *tendency* for *suicide rate* to *increase*. The recommended solutions were to strengthen the cognitive immunity in childhood, family and community relationships; strictly control the devices used for suicide; and improve the public health system. Therefore, in-depth studies and analyzes of each area are needed to inform the basis for the more effective implementation of related government agencies.

Keywords: Suicide Rate, Age Range, Region, Suicide Method

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร จากสถานการณ์การฆ่าตัวตาย พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยร้อยละ 86 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายยังถูกจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรบนท้องถนน (World Health Organization Thailand, 2558) สำหรับในประเทศไทยนั้น มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน คือ น้อยกว่า 6.30 (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2560)

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างมาก การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตยังได้รับความสูญเสียจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การมีโรคประจำตัว ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ/นิสัยใจคอ (Junlawattaka, 2012; Boonrut, 2016; Thongchai,

2015) โดยมักเลือกวิธีในการฆ่าตัวตายที่ทำได้ง่ายและใช้อุปกรณ์ที่สามารถหาได้ง่าย ใกล้ตัว หรือเห็นได้ง่ายในชีวิตประจำวัน โดยวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายอาจจะเป็นวิธีที่เหมือนกันในช่วงอายุที่แตกต่างกัน แต่วิธีในการสังเกต หรือการแก้ปัญหานั้นอาจจำเป็นต้องใช้วิธีที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย

การรวบรวมข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดการกระตุ้นความคิดในการฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบแนวโน้มของอัตราผู้ที่เสียชีวิตในภูมิภาคต่าง ๆ จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลและผลการศึกษาไปใช้ประกอบกับแนวทางในการดูแล/ป้องกันกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมต่อไป ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายในภูมิภาคของประเทศไทย รวมถึงช่วงอายุ วัย และวิธีการฆ่าตัวตาย จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาในการฆ่าตัวตายมากขึ้น และยังเป็นการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและแนวโน้มการฆ่าตัวตายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2559) ในระดับภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยมีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ และวิธีการฆ่าตัวตาย และศึกษาความสัมพันธ์ของวิธีการฆ่าตัวตายกับช่วงอายุ เพศ และภูมิภาค รวมถึงการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากจิตแพทย์

ทบทวนวรรณกรรม

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยความสมัครใจ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ทั้งนี้ การกระทำนั้นอาจประสบผลสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็เป็นได้ การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า โดยอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และมีการคาดการณ์สถานการณ์ของตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2563 คนที่ฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านคน (Sriruenthong, 2011) อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายลดลงถึงร้อยละ 9 แต่เป็นช่วงเวลาเดียวกับการลดลงของจำนวนประชากรโลกทั้งเพศหญิงและเพศชาย (World Health Organization, 2016) ร้อยละ 78 ของการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2558 มักเกิดในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับต่ำ (World Health Organization, 2017)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายมีหลากหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม หากจะพยายามอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย โดยผ่านนักจิตวิทยาจะอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยในเรื่องนี้ถึงปัจจัยที่เป็นปัจจัยส่วนตัวในระดับบุคคล เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การเจ็บป่วยทางจิตหรือการใช้สารเสพติด แต่หากจะอธิบายเรื่องนี้โดยนักสังคมวิทยา จะถูกมุ่งเน้นไปในปัจจัยระดับของสังคม (Phillips, 2015)

การแบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายตามแนวคิดสังคมวิทยา ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าการฆ่าตัวตายในบุคคลเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม และอิทธิพลของกลุ่มสังคม เกิดเป็นความรู้สึกเสียสมดุลในชีวิตจากสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และผลักดันให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Durkheim, 1987)

การฆ่าตัวตายเป็นการตายโดยผิดธรรมชาติซึ่งต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย การชันสูตรพลิกศพมีหลากหลายวิธีที่จะสามารถกระทำได้โดยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นผู้ที่เข้าไปภายในสถานที่เกิดเหตุ เพื่อเก็บหลักฐานและให้ได้ซึ่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการสืบสวนสอบสวน ซึ่งวิธีการฆ่าตัวตายที่สามารถพบได้บ่อยที่สุด จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข่าวอาชญากรรมทางโทรทัศน์ หรือข่าวที่ถูกเผยแพร่ตามหน้าหนังสือพิมพ์ มักเป็นวิธีที่สามารถหาอุปกรณ์ได้ง่าย หรือไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ และอาจมีความทรมานที่น้อยสุดเท่าที่จะมีสติคิดได้ในสภาพอารมณ์หรือสภาพจิตใจขณะนั้น จะเห็นได้ว่า วิธีการใช้อาวุธปืน วิธีการใช้ของมีคม การแขวนคอ และการกระโดดน้ำ จะสามารถเห็นพยาธิสภาพของศพได้อย่างชัดเจน โดยการแขวนคอเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้ในการฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก (Chamsuwan, 2011)

ระเบียบวิธีวิจัย

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 ได้รับจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลประกอบด้วยเพศ อายุ จังหวัดและวิธีที่ถูกใช้ในการฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนเทียบกับข้อมูลประชากรกลางปี และการวิเคราะห์ร้อยละของวิธีการฆ่าตัวตาย แยกตามเพศ ช่วงอายุและวัยในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ภูมิภาคตามกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary for Ministry of Public Health, 2019) ได้แก่ ภาคเหนือ (17 จังหวัด) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (20 จังหวัด) ภาคกลาง (26 จังหวัด) และภาคใต้ (14 จังหวัด) การแบ่งช่วงอายุใช้การแบ่งเป็นช่วงละ 10 ปี และช่วงวัยเป็นวัยเด็ก (0-9 ปี) วัยรุ่น (10-19 ปี) วัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (Department of Older Persons, 2010; Siriruk, 2017; Petchratchart, 2016) และวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายแบ่งตามที่ระบุเป็น ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) รหัส X60-X84

2) เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการฆ่าตัวตายกับเพศ ช่วงวัย และภูมิภาค โดยการใช้ไคสแควร์ (Chi-Square Test) ซึ่งกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมไปถึงการวิจัยครั้งนี้ใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบไม่มีรูปแบบที่แน่นอน สามารถที่จะปรับเปลี่ยนคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ขณะที่ทำการสัมภาษณ์ และในการให้สัมภาษณ์ได้รับการตอบรับจากตัวแทนจิตแพทย์ 8 ท่าน ที่ทำงานในโรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชทั่วประเทศที่สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง (จาก 20 แห่ง) ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตวัยรุ่นราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครรินทร์ จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครรินทร์ จังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

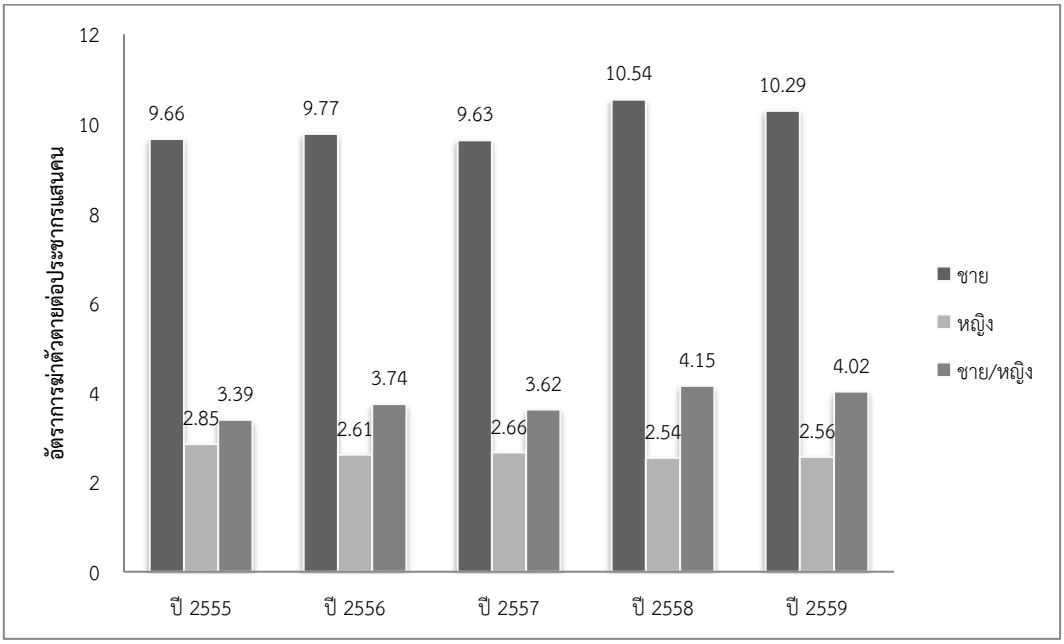
ผลการวิจัย

จำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายในช่วง 5 ปี จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555-2559 พบว่าปีที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปี 2558 จำนวน 4,205 คน และปีที่มีการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด คือปี 2557 จำนวน 3,952 คน และเมื่อนำจำนวนคนที่ฆ่าตัวตายมาเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศในแต่ละปี พบว่าการฆ่าตัวตายในช่วง 5 ปีดังกล่าวมีอัตราใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 6.08-6.47 (ตาราง 1) ซึ่งปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปี 2558 (6.47) และปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยที่สุดคือปี 2557 (6.08)

เพศ เมื่อจำแนกตามเพศของประชากรไทย (รูปภาพ 1) พบว่า เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนสูงกว่าเพศหญิงในทุกปีถึง 3.39-4.15 เท่า ปีที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปี 2558 โดยมีอัตราเท่ากับ 10.54 ปีที่เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ปี 2555 มีอัตราเท่ากับ 2.85

ตารางที่ 1 การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555-2559

ข้อมูล	ปี				
	2555	2556	2557	2558	2559
ประชากรทั้งหมด (คน)	64,266,365	64,621,302	64,955,313	65,027,401	65,013,495
ผู้ที่ฆ่าตัวตาย (คน)	3,985	3,961	3,952	4,205	4,131
อัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากรแสนคน)	6.20	6.13	6.08	6.47	6.35



ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายและหญิงในปี พ.ศ.2555-2559

ช่วงอายุและวัย ช่วงอายุที่มีจำนวนคนที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดในปี 2555-2557 และ 2559 คือ ช่วงอายุ 30-39 ปี และปี 2558 คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุในวัยผู้ใหญ่ทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในช่วงอายุและวัยนั้น (ตาราง 2) พบว่าวัยรุ่นช่วงอายุ 10-29 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วง 1.76-2.19 สำหรับในวัยผู้ใหญ่ (20-59 ปี) ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ ช่วงอายุ 30-39 ปี (8.53-9.09) และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ ช่วงอายุ 80-89 ปี (8.04-10.60) และพบว่าช่วงอายุ 30-89 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 6.30 โดยวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนที่วัยเดียวกันมากที่สุด คือ วัยผู้สูงอายุ (8.33-9.13)

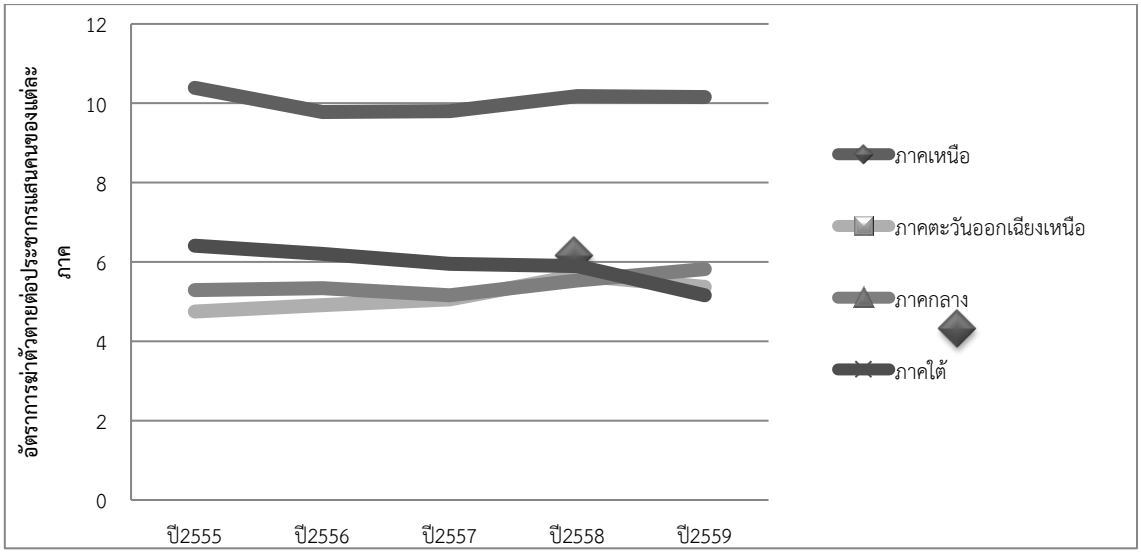
ภูมิภาค ผลการวิเคราะห์พบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนของภาคอยู่ในช่วง 9.78-10.39 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.75-5.66 ภาคกลาง 5.16-5.82 และภาคใต้ 5.16-6.41 (รูปภาพ 3) โดยภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนมากที่สุดในแต่ละปีของช่วงเวลาดังกล่าว โดยในช่วงปี 2555-2559 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาคใต้มีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายลดลงทุกปี

ในภาคเหนือจากทั้ง 17 จังหวัด พบว่า เกือบทุกจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในจังหวัดมากกว่า 6.30 ยกเว้น 1 จังหวัด คือจังหวัดพิจิตร ซึ่งตลอดในช่วง 5 ปีนั้นน้อยกว่า 6.30 (2.94-4.92) เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างวัยของประชากรในภาคเหนือ (รูปภาพ 4) พบว่า วัยผู้สูงอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในวัยนี้สูงที่สุดในทุกปี (13.49-14.42)

ตารางที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนตามช่วงอายุและวัยในปี 2555-2559

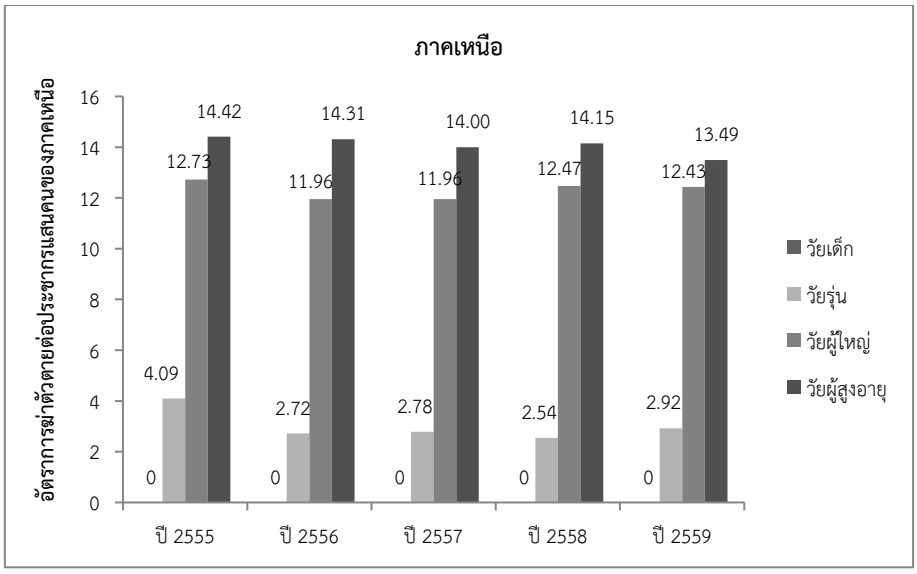
วัย	ช่วงอายุ (ปี)	อัตรา (จำนวน)				
		ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
วัยเด็ก	0-9	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
วัยรุ่น	10-19	2.19 (203)	2.12 (192)	1.82 (162)	1.76 (153)	1.89 (159)
วัยผู้ใหญ่	20-29	7.14 (686)	6.21 (593)	6.21 (591)	6.04 (570)	6.13 (577)
	30-39	8.87 (947)	8.84 (937)	8.53 (896)	8.99 (929)	9.09 (921)
	40-49	7.77 (828)	8.59 (919)	7.7 (824)	8.82 (939)	8.15 (863)
	50-59	7.52 (604)	7.35 (604)	8.34 702 ()	8.59 (748)	8.76 (787)
	รวมอายุ 20-59	7.86 (3,065)	7.81 (3,053)	7.7 (3,013)	8.14 (3,186)	8.05 (3,148)
วัยผู้สูงอายุ	60-69	8.39 (378)	7.84 (375)	8.71 (443)	8.80 (470)	8.43 (470)

วัย	ช่วงอายุ (ปี)	อัตรา (จำนวน)				
		ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
	70-79	9.20	9.01	8.82	9.85	8.64
		(234)	(236)	(237)	(272)	(246)
	80-89	10.60	9.50	8.09	9.46	8.04
		(97)	(96)	(89)	(111)	(100)
	90-99	6.03	4.65	4.76	6.96	3.38
		(8)	(7)	(8)	(13)	(7)
	100 ขึ้นไป	0	10.14	0	0	4.64
		(0)	(2)	(0)	(0)	(1)
	รวมอายุ 60 ขึ้นไป	8.84	8.34	8.57	9.13	8.33
		(717)	(716)	(777)	(866)	(824)



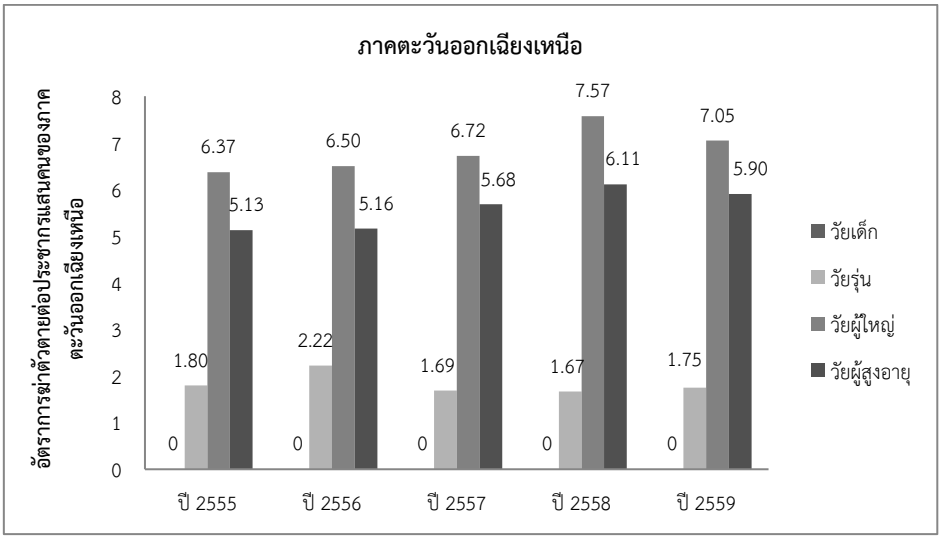
ภาพที่ 2 แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของแต่ละภูมิภาคในปี พ.ศ.2555-2559

ใน 20 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ส่วนใหญ่ของจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 6.30 ยกเว้น 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ นครราชสีมา บึงกาฬ บุรีรัมย์ มุกดาหาร เลย และศรีสะเกษ เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างวัย (รูปภาพ 5) พบว่า วัยผู้ใหญ่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในวัยนี้สูงที่สุดในทุกปี (6.37-7.57)

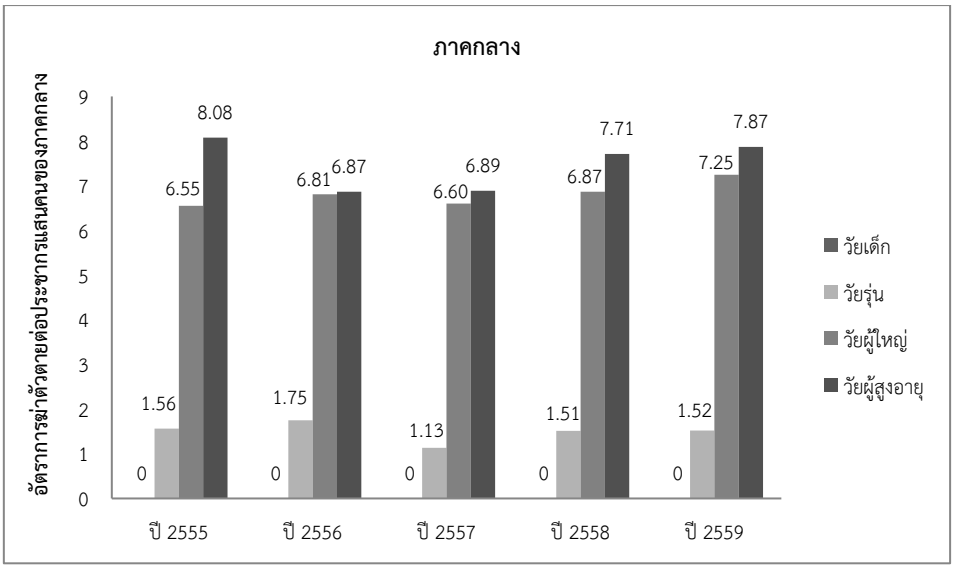


ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละวัยของภาคเหนือในปี 2555-2559

ใน 26 จังหวัดของภาคกลาง พบว่า มีถึง 22 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 6.30 ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ชัยนาท ตราด นครนายก นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี พระนครศรีอยุธยา เพชรบุรี ระยอง ราชบุรี ลพบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี และอ่างทอง เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างวัย (รูปภาพ 6) พบว่า วัยผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในวัยนี้สูงที่สุดในทุกปี (6.87-8.08)



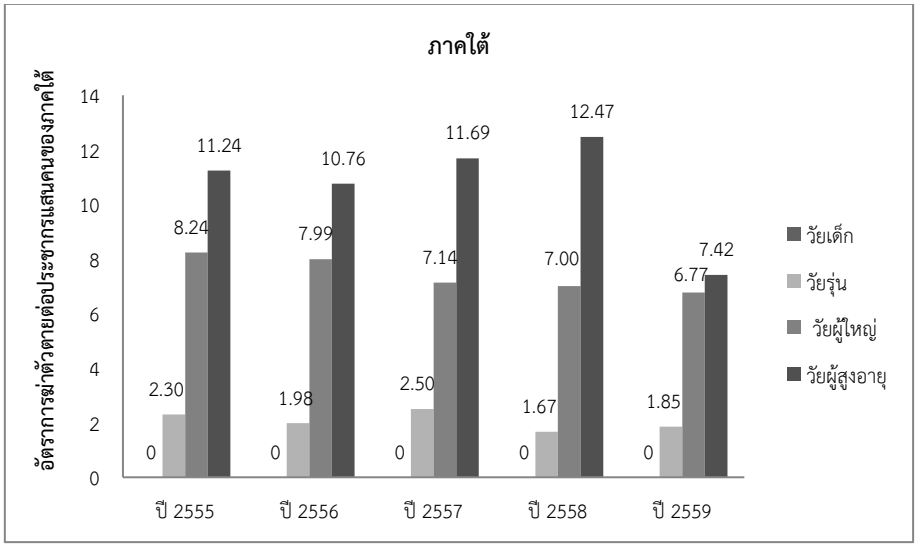
ภาพที่ 4 อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละวัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2555-2559



ภาพที่ 5 อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละวัยของภาคกลางในปี 2555-2559

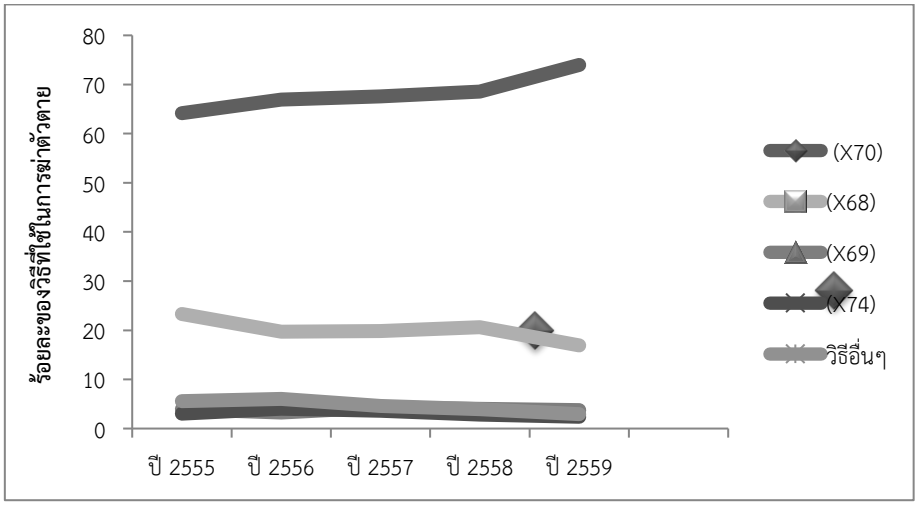
ในภาคใต้จากทั้ง 14 จังหวัด พบ 10 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 6.30 ได้แก่ จังหวัดกระบี่ ชุมพร ตรัง นครศรีธรรมราช พังงา พัทลุง ภูเก็ต ระนอง สงขลา และสุราษฎร์ธานี และตลอด 5 นั้น มี 4 จังหวัดที่น้อยกว่า 6.30 คือ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสตูล เมื่อเปรียบเทียบในระหว่างวัย (รูปภาพ 7) พบว่า วัยผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนในวัยนี้สูงที่สุดในทุกปี (7.42-12.47)

หากเปรียบเทียบช่วงอายุในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของภูมิภาคต่าง ๆ ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรช่วงอายุนั้นมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 30-39 ปี ยกเว้นภาคเหนือ คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี สำหรับในวัยผู้สูงอายุ ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี ในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ และช่วงอายุ 80-89 ปี ในภาคกลางและภาคใต้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแต่ละช่วงวัยของแต่ละภาค พบว่า ในทุกภาคเป็นวัยผู้สูงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในวัยนี้มากที่สุดในช่วง 5 ปี ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นวัยผู้ใหญ่



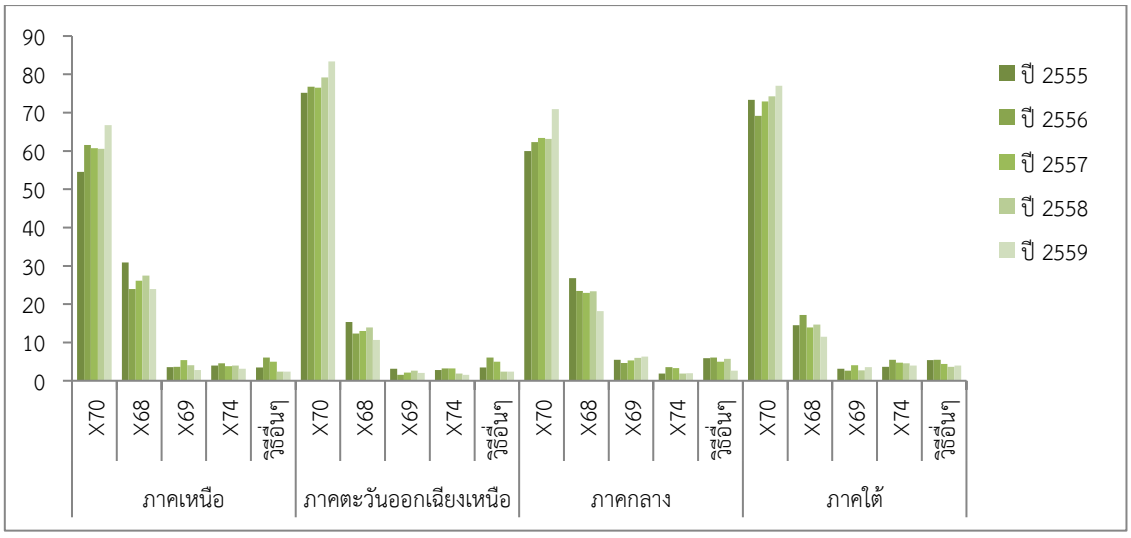
ภาพที่ 6 อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละวัยของภาคใต้ในปี 2555-2559

วิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตั้งแต่ปี 2555-2559 วิธีที่ถูกเลือกใช้กันมากที่สุดในการฆ่าตัวตาย คือ ICD-10 X70 การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก (ร้อยละ 64.17-73.98) รองลงมาคือ X68 การใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ (16.92-23.31) X69 การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด (3.78-4.30) และ X74 การใช้กระสุนปืนอื่น และที่ไม่ระบุรายละเอียด (2.04-4.04) รวมถึงวิธีอื่น ๆ (รวม 18 วิธี: X60-X66, X71-X73, X75-X76, X78, X80-X84) ร้อยละของวิธีการฆ่าตัวตายโดยวิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออกมีแนวโน้มในการใช้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น สำหรับวิธีการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น การใช้กระสุนปืนและวิธีที่อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง (รูปภาพ 8)



ภาพที่ 7 ร้อยละของวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2555-2559

เมื่อพิจารณาวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายในแต่ละภาค (รูปภาพ 9) พบว่า วิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดในทุกภาค คือ การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก โดยในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 54.53-66.78 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 75.22-83.40 ภาคกลาง 59.93-70.90 และภาคใต้ 69.15-76.99 วิธีที่ถูกเลือกใช้มากในลำดับที่สอง คือ การใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ โดยภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 23.95-30.86 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10.64-15.35 ภาคกลาง 18.19-26.80 และภาคใต้ 11.51-17.20 การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นและการใช้กระสุนปืน จะเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้สลับกันเป็นลำดับที่สามและที่สี่ในแต่ละปีของแต่ละภาค ยกเว้นภาคใต้ซึ่งวิธีที่ถูกเลือกใช้ในการฆ่าตัวตายมากเป็นลำดับที่สาม คือ การใช้กระสุนปืน และลำดับที่สี่ คือ การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น เมื่อเปรียบเทียบวิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก ในแต่ละภาค พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเลือกเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดและมีแนวโน้มการใช้วิธีนี้เพิ่มขึ้น



ภาพที่ 8 ร้อยละของวิธีที่ถูกใช้ในแต่ละภูมิภาคในปี 2555-2559

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวิธีการฆ่าตัวตายกับเพศ ช่วงวัย และภูมิภาค โดยใช้สถิติ Chi-square test (ตาราง 3) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของวิธีที่ใช้ในการตัวตายในระหว่างเพศ ($p < 0.01$) ช่วงวัย ($p < 0.01$) และภูมิภาค ($p < 0.01$) โดยเพศหญิงมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายด้วยพิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ (X68) พิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น (X69) และวิธีอื่น ๆ มากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายใช้วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก (X70) และการใช้กระสุนปืน (X74) มากกว่าเพศหญิง ในช่วงวัยรุ่นมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก มากกว่าวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ขณะที่วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีการฆ่าตัวตายด้วยการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้พิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น และการใช้กระสุนปืนมากกว่าวัยรุ่น สำหรับในภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายใช้วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออกมากกว่าในภาคเหนือและภาคกลาง ในขณะที่ภาคเหนือและภาคกลางผู้ที่ฆ่าตัวตายใช้ยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์มากกว่า ส่วนการใช้พิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นเป็นวิธีที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายใน ภาคกลางเลือกใช้มากกว่าภาคอื่น ๆ และการใช้กระสุนปืนวิธีที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายในภาคใต้เลือกใช้มากที่สุด

ตารางที่ 3 ร้อยละของวิธีที่ใช้ในการตัวตายในระหว่างเพศ ช่วงวัย และภูมิภาค ในช่วงปีพ.ศ. 2555-2559

ปัจจัย	ร้อยละของวิธีการฆ่าตัวตาย (n)					x^2	df	p-value
	X70	X68	X69	X74	วิธีอื่น ๆ			
เพศ								
ชาย	70.74 (11,235)	18.01 (2,860)	2.99 (475)	3.88 (616)	4.39 (697)	487.8	4	<0.001*
หญิง	59.39 (2,584)	27.60 (1,201)	7.06 (307)	0.62 (27)	5.33 (232)			

ปัจจัย	ร้อยละของวิธีการฆ่าตัวตาย (n)					x^2	df	p-value
	X70	X68	X69	X74	วิธีอื่น ๆ			
ช่วงวัย								
วัยรุ่น	78.25 (680)	13.35 (116)	2.19 (19)	2.07 (18)	4.14 (36)	63.2	8	<0.001*
วัยผู้ใหญ่	68.43 (10,583)	19.99 (3,091)	3.73 (577)	3.28 (507)	4.57 (707)			
วัยผู้สูงอายุ	65.54 (2,556)	21.90 (854)	4.77 (186)	3.03 (118)	4.77 (186)			
ภูมิภาค								
ภาคเหนือ	60.78 (3,600)	26.52 (1,571)	3.90 (231)	3.90 (231)	4.90 (290)	620.3	12	<0.001*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	78.36 (4,399)	13.02 (731)	2.32 (130)	2.49 (140)	3.81 (214)			
ภาคกลาง	64.07 (3,836)	22.83 (1,367)	5.58 (334)	2.51 (150)	5.01 (300)			
ภาคใต้	73.21 (1,984)	14.46 (392)	3.21 (87)	4.50 (122)	4.61 (125)			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการสัมภาษณ์จิตแพทย์

จิตแพทย์ที่ให้การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายนับวันมีจำนวนเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุที่สังคมมีความเปลี่ยนไปจากเดิมมาก ประกอบกับสภาพการณ์ในปัจจุบันนั้นมีการแข่งขันทางสังคมสูงขึ้นทำให้เกิดภาวะเครียดและกดดันจนทำให้เกิดการตัดสินใจฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง และจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบเป็นวงกว้าง ความคิดการฆ่าตัวตาย จึงไม่ถือว่าเป็นโรคทางจิตเภท แต่ถูกจัดว่าเป็นวิกฤตทางอารมณ์ของชีวิตในชั่วขณะหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการฆ่าตัวตายเพื่อจบความทรมานของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านสังคมในเรื่องของการแข่งขันทางสังคมที่ค่อนข้างสูง ด้านโรคประจำตัวทั้งโรคทางกายและโรคทางใจที่อาจจะไม่ได้เข้ารับการรักษา ด้านบุคลิกภาพหรือนิสัยที่อาจจะแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น ด้านเพศซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะอารมณ์ของเพศชายที่มีความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง ด้านอายุที่อาจเกิดความเปลี่ยนแปลงในหลากหลายด้านทั้งทางกายและทางใจ ด้านภูมิภาคที่แตกต่างกันไปตามลักษณะท้องถิ่น พื้นที่ วัฒนธรรมและความเชื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการยับยั้งเรื่องสติและการตัดสินใจ พฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออกมา โดยการสังเกตอาการจะประเมินจากหลาย ๆ ปัจจัยรวมกันร่วมกับการสังเกตจากบุคลิกภายนอก เช่น พฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์

สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหาจากข้อเสนอของจิตแพทย์ควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยการสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดในวัยเด็ก เน้นส่งเสริมการปลูกฝังในเรื่องของความฉลาดทางอารมณ์ให้เพิ่มมากขึ้น โดยสิ่งที่สำคัญในการเริ่มต้นแก้ปัญหาได้ดีที่สุด คือความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงการควบคุมอุปกรณ์ที่จะใช้สำหรับการฆ่าตัวตาย อาทิ สารกำจัดศัตรูพืชต่าง ๆ และอาวุธร้ายแรง (ปืน) ที่ควรเพิ่มความเข้มงวดในการควบคุม อีกทั้งการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านสื่อโดยมุ่งเน้นเป็นการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงมากกว่าการนำเสนอข่าวด้านลบ และที่สำคัญการแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องดูหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง รวมถึงเรื่องของระบบสาธารณสุข ความสัมพันธ์ภายในชุมชนในการร่วมมือดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดผลสำเร็จ และได้ประโยชน์ในทุก ๆ ฝ่าย ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดให้ได้ผลที่ดียิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในช่วงปี 2555-2559 แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในภาพรวมยังไม่ลดลง จึงทำให้เห็นว่าที่ผ่านมาแนวทางการปฏิบัติในเรื่องของการลดอัตราการฆ่าตัวตายของไทยอาจจะทำได้ไม่เท่าที่ควร ถึงแม้ว่าการรายงานการฆ่าตัวตายทั่วโลกในปี 2016 จะมีแนวโน้มว่ามีอัตราที่ลดลงแต่ยังไม่เป็นที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน (World Health Organization, 2019) นอกจากนี้ อัตราและวิธีการฆ่าตัวตายในไทยยังมีความแตกต่างกันในระดับภูมิภาค เพศ และช่วงอายุ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์เชิงลึกในแต่ละด้านเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับแนวทางการดำเนินการของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิผลมากขึ้น

การฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยสามารถที่จะเกิดขึ้นได้กับคนในทุกเพศและช่วงวัย เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนสูงกว่าเพศหญิงถึง 3.39-4.15 เท่า ซึ่งในต่างประเทศจะพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง (Hedegaard, Curtin & Warner, 2018) หากดูจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อายุที่น้อยที่สุดที่มีการฆ่าตัวตาย คือ อายุ 10 ปี และสูงที่สุด คือ 105 ปี อายุที่มีจำนวนคนและอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดในประเทศไทยคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี โดยช่วงอายุ 30-89 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 6.30 และวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนที่วัยเดียวกันมากที่สุด คือ วัยผู้สูงอายุ หากเปรียบในช่วงอายุและวัยเดียวกันจะพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายนั้นมากกว่าเป้าหมายที่ถูกกำหนดไว้ นอกจากนี้ยังกล่าวได้อีกว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ดูได้จากจำนวนประชากรของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Department of Older Persons, 2010) อาจทำให้โอกาสที่จะพบจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายในช่วงวัยผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากความเป็นอยู่และข้อจำกัด เช่น การขาดโอกาสด้านรายได้ด้วยข้อจำกัดของเรื่องสุขภาพ (Kotnun, 2018) ซึ่งการเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และแนวทางการรับมือเรื่องคุณภาพชีวิต ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่อาจใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้ผลดียิ่งขึ้น

ตามเกณฑ์เป้าหมายของอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ 6.30 (Bureau of Policy and Strategy, 2020) พบว่าปีที่อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนเกินกว่า 6.30 ในรอบ 5 ปีที่ศึกษานี้ คือ ปี 2558 และ 2559 หากดูในปี 2558 จะสอดคล้องกับการรายงานผลจากภาวะเศรษฐกิจภาคเกษตรกรรมของประเทศไทยในปี 2558 ของธนาคารแห่งประเทศไทย (Bank of Thailand, 2015) ที่รายงานไว้ว่าในปีดังกล่าวผลจากภาวะเศรษฐกิจมีการปรับตัวที่ลดลงซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่ง ด้านในปี 2559 จะเห็นได้ว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายที่ลดลงจากปี 2558 เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจ

เป็นผลสืบเนื่องมาจากปี 2558 ที่อาจมีการปรับตัวดีขึ้นจากปีก่อนอย่างช้า ๆ อาจไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเพียงเท่านั้น ยังคงมีปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะส่งผลถึงการตัดสินใจในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะพบได้ว่าเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการรายงานของ OECD ในปี 2016 ที่พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงในหลายประเทศ เช่น ในไอซ์แลนด์และโปแลนด์ผู้ชายมีมากกว่า 7 เท่า (OECD, 2019) ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล พบว่าเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง คือ 2.9:1 ใน พ.ศ. 2539 (Lotrakul, 1998) จะเห็นได้ว่าในปี 2559 อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายต่อเพศหญิง เพิ่มขึ้นมาเป็น 3.87: 1 กล่าวคือ อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมของผู้ชายที่มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความกล้าหาญ มีความเป็นผู้นำ มีพลังและอำนาจในการตัดสินใจ เชื่อมั่นและกล้าแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ (Chotiyannont, 2007) บทบาททางสังคมและวัฒนธรรมที่จะมีความต่างกันในทั้งเพศชายและเพศหญิง ความท้าทายของสังคมภายนอกก็อาจส่งผลให้เพศชายมีการสะสมของความเครียด ความกดดันจนกระทั่งเกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นนั้นอาจทำให้เกิดภาวะของการเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้อีกด้วย (Department of Mental Health, 2020) นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบระหว่างทวีป มีผลงานวิจัยว่า ความเครียดในชีวิตเฉียบพลัน เช่น การตกงาน การพนันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นตัวเร่งที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้ชายเอเชีย ขณะที่ความขัดแย้งในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผู้หญิงเอเชีย ปัญหาทางการเงินมักพบในการฆ่าตัวตายในเอเชียมากกว่าทางตะวันตก (Chen et al., 2011)

วิธีที่ถูกเลือกใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุดในทุกภาคของประเทศไทย คือ การแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก รองลงมา คือการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ และการใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ที่พบว่ากลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักใช้วิธีการผูกคอตนเอง (Prateepteranun, 2014) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล ที่ระบุว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมักใช้วิธีผูกคอตาย และการใช้ยาหรือสารเคมี (Lotrakul, 2003) ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาที่เลือกใช้วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออกและการใช้กระสุนปืนในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง (Hedegaard et al., 2018) เนื่องจากการครอบครองอาวุธปืนที่มีเพิ่มมากขึ้นภายในประเทศ (Siegel & Rothman, 2016)

ในด้านภูมิภาค จะพบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด ยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของหวาน ศรีเรือนทอง ที่พบว่า ในปี 2546 ภาคเหนือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากที่สุด (Sriruenthong, 2011) ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่รับรู้มานานแล้ว แต่ก็ยังคงมีผลเป็นเช่นเดิม อาจเป็นเหตุผลจากการที่ยังไม่มีวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุแท้จริงของการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการดำเนินการในระดับบุคลที่มีความเสี่ยงอาจยังไม่เพียงพอ อีกทั้งเรื่องของพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งบทบาทความรับผิดชอบในสังคมที่แตกต่างกัน (Department of Mental Health, 2020; Chotiyannont, 2007) สำหรับวิธีที่ถูกเลือกใช้ในแต่ละภาคยังคงพบว่า วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก การใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ และการใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น ยังคงถูกเลือกมากที่สุดในทุกภาค ยกเว้นในภาคใต้ที่วิธีการใช้กระสุนปืนถูกเลือกใช้มากกว่าวิธีการใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น ซึ่งยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใดในการเลือกวิธี แต่อาจเป็นผลจากอุปนิสัยใจคอ ที่อาคม เดชทองคำ เคยกล่าวไว้ว่า คนภาคใต้มักมีการโต้แย้งทางความคิดที่เปิดเผย ความหยิ่งทะนงในตนเองสูง ชอบชิงความเป็นผู้นำ ทำตนเป็นหัวเรือใหญ่ รักพวกพ้องมาก มีลักษณะฆ่าได้แต่หยามไม่ได้ (Dechtongkum, 2002)

ด้วยคุณลักษณะด้านนิสัยเช่นนี้ จึงอาจส่งผลให้คนภาคใต้มีอารมณ์ที่ดุดัน และฉุนเฉียวมากกว่าคนภาคอื่น แต่ด้วยด้านความรักความสามัคคีที่อาจจะมีมากกว่าจึงทำให้การดูแลซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือกันมีมากกว่าภาคอื่น ๆ และอาจส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายในภาคใต้น้อยกว่าภาคอื่น ๆ เพียงแต่ด้วยลักษณะนิสัยจึงอาจเลือกวิธีที่มีความรุนแรงมากกว่าภาคอื่น ๆ เพียงเท่านั้น

ด้านช่วงอายุในแต่ละภูมิภาคนั้น จะพบว่าในทุกภาคช่วงอายุที่มีอัตรามากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 30-39 ปี ยกเว้นภาคเหนือ คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี ซึ่งผลการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล ที่พบว่า ในปี 2541-2545 ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 15-39 ปี (Lotrakul, 1998) จะเห็นได้ว่าช่วงอายุนั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากผลการศึกษาก่อนหน้า และใกล้เคียงกับงานวิจัยของหวาน ศรีเรือนทองที่ระบุไว้ว่า กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ 55-59 ปี มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากที่สุด ซึ่งเกี่ยวข้องจากปัจจัยด้านทั้งสถานภาพและการงาน (Sriruenthong, 2011) สำหรับในวัยผู้สูงอายุ ในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ควรให้ความสำคัญในช่วงอายุ 70-79 ปี เช่นเดียวกันกับในภาคกลางและภาคใต้ช่วงอายุ 80-89 ปี ที่อาจจะมีปัจจัยสำหรับวัยสูงอายุที่จะนำมาแก้ไขปัญหานี้คล้ายคลึงกัน ส่วนมากมักเกิดจากเรื่องคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ยังมีข้อจำกัดในวัยผู้สูงอายุ เช่น การขาดโอกาสด้านรายได้ด้วย ข้อจำกัดของเรื่องสุขภาพ (Kotnun, 2018) ซึ่งจะสอดคล้องกับความคิดเห็นของจิตแพทย์ส่วนมากที่ได้ให้ความคิดเห็น ผลการศึกษานี้จึงทำให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาในแต่ละภูมิภาคนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดของแต่ละภูมิภาคเพราะถือว่าเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงมากที่สุด เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจเห็นผลได้ชัดเจนขึ้น

จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายนั้นยังไม่เห็นแนวโน้มที่ลดลงซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายมาอย่างต่อเนื่องในหลากหลายด้าน ทั้งทางด้านการรณรงค์การเลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในแต่ละพื้นที่ แต่ยังคงเป็นเพียงมาตรการแบบทั่วไป (Sriruenthong, 2011) ทั้งนี้วิธีการฆ่าตัวตายยังมีความแตกต่างในการเลือกใช้ตามเพศ ช่วงวัย และภูมิภาค กล่าวคือ การเลือกวิธีการฆ่าตัวตายอาจมีความเกี่ยวข้องในด้านปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลเอง หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีนั้นๆ โดยปัญหานี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลายในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงทักษะการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากัน และปัญหาทางสังคม เช่น การใช้สื่อในการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ที่เป็นไปในทางลบ การนำเสนอรายงานข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและพฤติกรรมเลียนแบบ จึงส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจ และความรู้สึกในขณะนั้นของแต่ละบุคคล ดังนั้น การเพิ่มมาตรการการป้องกัน การส่งเสริมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องในด้านอื่น ๆ อีก เช่น ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัวและชุมชน การจำกัดการเข้าถึงอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งแท้ที่จริงแล้วการแก้ไขปัญหานี้เพื่อเป็นการลดการสูญเสียซึ่งการฆ่าตัวตายนี้เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ แต่จำเป็นต้องศึกษาและวิเคราะห์ในเชิงลึกของแต่ละพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายด้านทั้งองค์กร ชุมชน และฝ่ายอื่น ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาในทุก ๆ ด้านพร้อมกัน หากแก้ไขเพียงด้านใดด้านหนึ่งอาจจะเป็นปัญหาในอีกด้านหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับคดีความหรือกระบวนการยุติธรรม มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านสภาพจิตใจเป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นภาพรวมของปรากฏการณ์การฆ่าตัวตาย แต่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุหรือการสังเกตอาการของผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายได้ งานวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่มีความประสงค์จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ก่อเหตุฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับคดีความต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย รวมถึงการศึกษาวิธีการและสัญญาณบ่งบอกว่าจะฆ่าตัวตายเพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น และการศึกษาถึงระดับจุลภาค เช่น โรงพยาบาล ตำบล อำเภอ เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของปัจจัยที่ส่งผลกระทบในแต่ละพื้นที่ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่งานนิติจิตเวชในประเมินและการดูแลบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชและมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมหรือความเป็นธรรมทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

Bank of Thailand, BOT. (2015). Thai Economic Status Report 2015. **Agricultural supply (economy).** Retrieved December 3, 2020 From https://www.bot.or.th/Thai/.

Boonrut, T. (2016). Suicidal Behaviors of Patients in Psychiatric Clinic in Hatyai Hospital. **Region *11* Medical Journal.** 30(1), 101-109. (In Thai).

Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2017). **Suicide Rate.** Retrieved January 30, 2019 From http://healthkpi.moph.go.th/

Chamsuwan, A. (2011). Suicide: Studied in Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province. **Journal of Srinagarind Medical.** 29(4), 1. (In Thai).

Chen, Y.-Y., Chien-Chang Wu, K., Yousuf, S., & Yip, P. S. F. (2011). Suicide in Asia: Opportunities and Challenges. **Epidemiologic Reviews**, 34(1), 129-144. doi:10.1093/epirev/mxr025.

Chotiyannont, S. (2007). **The roles of sex, gender-role, and degrees of individualism-collectivism in regret and regulatory focus.** Degree of Master of Arts Program in Social Pstchology Chulalongkorn University, Bangkok. (In Thai).
class01/388-100/Health_care_in_differently/index5.html. (In Thai).

Dechtongkum, A. (2002). The Identity of the South: Perspectives through the research of bull. **Journal of Parichart, Thaksin University**. 15(2), 33-42. (In Thai).

Department of Mental Health, DMH (2020). **Dissect 4 stress groups that affect health Where are we stressed?.** Retrieved December 1, 2020. From https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30321 (In Thai)

Department of Older Persons, DOP. (2010). **Elderly Act 2003 (Revised version 2010).** December 1, 2020. From http://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785. (In Thai).

Durkheim E. (1987). La división del trabajo social. **Ediciones Akal**.

Hedegaard, H., Curtin, S. C., & Warner, M. (2018). **Suicide rates in the United States continue to increase:** US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control jul 2561-1.pdf. (In Thai).

Junlawattaka, K. (2012). Self-harming behaviors (Suicide) Sakon Nakhon , in 2012. **Thai Journal of Community Mental Health.** 1(1), 24. (In Thai).

Kotnun, R. (2018). **An aging society with an economy Thailand, Bangkok.** Retrieved October 11, 2020. From https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/kpi/kpi-list/view/?id=42 (In Thai).

Lotrakul, M. (2003). Suicide in Thailand during 1998-2002. **Journal of the Psychiatric Association of Thailand.** 48(4), 251-259. (In Thai).

Lotrakul, M. (1998). Suicide trends in Thailand: sexual and adulthood aspects. **Journal of the Psychiatrist Association of Thailand.** 43(1), 2-13. (In Thai).

MonetaryPolicy/EconomicConditions/AnnualReport/AnnualReport/Annual_Y58_T.pdf. (In Thai).

OECD. (2019). **Suicide. In Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators**. Paris: OECD Publishing.

Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2019). **Mid-year population**. Retrieved May 24, 2019. From https://bps.moph.go.th/new_bps/ข้อมูลประชากรกลางปี. (In Thai).

Petchratchart, A. (2016). Cost and Quality of Life of Provincial Junior High School Students, Songkhla Province. **Journal of Nursing, Songklanagarind.** 36(Supplement), 56. (In Thai).

Phillips, J. A. (2015). Suicide, Sociology of A2 - Wright, James D. In **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)** (pp. 682-688). Oxford: Elsevier.

Prateepteranun, W. (2014). The rate of Suicide and Factors related to Suicidal behavior at Chophayayommarat Hospitak, Suphanburi Province**. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.** 28(3), 92. (In Thai).
prevention/road_safety_status/2015/GSRRS2015_Summary_Thai.pdf. (In Thai).

Siegel, M., & Rothman, E. F. (2016). Firearm ownership and suicide rates among US men and women, 1981–2013. **American journal of public health**, 106(7), 1316-1322.

Siriruk, T. (2017). **Health Care in Differently Age Population. Adult health and hygiene care.** Retrieved November 22, 2020. From https://meded.psu.ac.th/binlaApp/.

Sriruenthong, W. (2011). The Suicidality in Thai population: A National survey. **Jounal of The Psychiatric Association of Thailand**. 56(4), 415. (In Thai).

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2020). **Suicide rate.** Retrieved October 19, 2020. From http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1446. (In Thai).

Thongchai, W. (2015). Causes of Police Officer Suicide: case study in Police officer suicide during 2012 - 2013. **Journal of Clinical Psychology**. 46(1), 30-39. (In Thai).

World Health Organization. (2016). World health statistics 2016 : **monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** In suicide (pp. 62-63).

World Health Organization. (2017). Mental Health. **suicide data.** Retrieved January 12, 2019. From http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

World Health Organization. (2019). Suicide in the world. **In Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization.

World Health OrganizationThailand, WHO. (2015). **Global Status of Road. Safety:2015.** [PDF] Retrieved December 5, 2019. From http://www.who.int/violence_injury.

ประวัติผู้เขียน

คำนำหน้า ชื่อ-สกุล **นางสาวจรรยารักษ์ มีวงษ์สม ***
ตำแหน่ง/สถานะ นักศึกษาปริญญาโท
ที่อยู่หน่วยงาน/สังกัด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาขานิติวิทยาศาสตร์
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ elp_chanyarak@hotmail.co.th

คำนำหน้า ชื่อ-สกุล **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา โควะวินทวีวัฒน์**
ตำแหน่ง/สถานะ อาจารย์ประจำภาควิชา ระดับ 7
ที่อยู่หน่วยงาน/สังกัด วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาขานิติวิทยาศาสตร์
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ nee_cw@yahoo.com

คำนำหน้า ชื่อ-สกุล **พลตำรวจเอก อรรถพล แช่มสุวรรณวงศ์**
ตำแหน่ง/สถานะ ผู้อำนวยการหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสาขานิติวิทยาศาสตร์
ที่อยู่หน่วยงาน/สังกัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author)