

การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่

(Suicide in Chiang Mai)

นักวิจัย

ธำรงค์	สมบุญตนนท์	MD.
สุรสิงห์	วิศุทธิ์ตัน	Dr.PH.
ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	MPH.
ศรีเกษ	ธัญญาวิชกุล	MS.
มนตรี	นามมงคล	MD.
ประสิทธิ์	เมธาธราธิป	MD.
อุบล	หมุดธรรม	BSc.
เมธิ	วงศ์วิระพันธ์	MS.

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยมีความปรารถนาอันแรงกล้าที่จะขอแสดงความขอบคุณต่อบุคคลและสถาบันต่างๆที่มีส่วน
ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ กลุ่มบุคคลแรกก็คือญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัว
ตาย ที่ยอมเสียสละเวลาอันมีค่ายอมทนทานประสบการณ์ที่เข้มข้นถ่ายทอดข้อมูลให้ทีมงานวิจัย ขอขอบคุณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสวนปรุง ศูนย์สุขภาพจิต 2 และศูนย์
พัฒนาวิชาการการปรึกษาเรื่องเอดส์ ที่ผู้บริหารเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยศึกษาปัญหานี้ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณหลักในการวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลที่มีส่วน
ในการเก็บข้อมูล หายที่สุดที่ไม่สามารถลืมเลือนได้คือผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ขอให้ดวงวิญญาณของ
ท่านไปสู่สุคติเกิด

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2542

สารบัญ

บทที่	หน้า
1. บทนำ : ความเป็นมาและสภาพปัญหา	1
2. ทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
3. ระเบียบวิธีวิจัย	18
4. ผลการวิจัย	22
5. สรุปและอภิปรายผล	65
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	76

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศต่างๆ จำแนกตามเพศ	14
2. จำนวนและอัตราฆ่าตัวตายระหว่างปี 2517-2527 ของกรุงเทพฯ	15
3. จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวอย่าง	22
4. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามกลุ่มอายุ	23
5. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ	24
6. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม	24
สถานภาพสมรส	
7. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม	25
ระดับการศึกษา	
8. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาชีพ	26
9. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามรายได้	27
10. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามวิธีการ	28
ฆ่าตัวตาย	
11. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามช่วง	29
เวลาที่ฆ่าตัวตาย	
12. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตาย สรุปตามประวัติส่วนตัวและประวัติสมาชิกใน	29
ครอบครัวที่สำคัญ	
13. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม	30
ลักษณะนิสัยของผู้ที่ฆ่าตัวตาย	

14. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามการบอกหรือแสดงท่าทีจะทำร้ายตนเอง	31
14.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองกับอายุ	31
15. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามสาเหตุที่ญาติบอกว่าย่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	32
16. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ สรุปตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์	34
17. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาการซึมเศร้า	36
17.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการส่งสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย	37
17.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและรายได้	37
18. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามปัญหาจากการดื่มสุรา	38
18.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการดื่มสุราและเพศ	39
19. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาการทางจิต	39
20. เปรียบเทียบอัตราฆ่าตัวตายและอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์รายอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่	41
21. เปรียบเทียบอัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดในแต่ละภาคของประเทศไทย	42
22. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกรายอำเภอ	

23. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตาม กลุ่มอายุ	43
24. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ	44
25. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกสถานภาพสมรส	44
26. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามระดับ การศึกษา	45
27. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามอาชีพ	45
28. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามรายได้	46
29. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามวิธีการ ที่ใช้ฆ่าตัวตาย	46
30. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกช่วงเวลา ที่ฆ่าตัวตาย	47
31. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามประวัติ ส่วนตัว และประวัติครอบครัวที่สำคัญ	47
32. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามลักษณะ นิสัยของผู้ตาย	48
33. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามการบอก หรือการแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง	48
34. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามสาเหตุ ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	49
35. จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะเศรษฐกิจ จำแนกตามอาการ ซึมเศร้า	50
36. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกสถานที่เก็บข้อมูล	51

37. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามกลุ่มอายุ	51
38. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามเพศ	52
39. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามสถานภาพ	52
40. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามระดับการศึกษา	53
41. . จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำแนกตามอาชีพ	53
42. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายได้	54
43. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย	54
44. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำร้ายตนเอง	55
45. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามประวัติส่วนตัวและประวัติ ครอบครัวที่สำคัญ	55
46. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามลักษณะนิสัยของพยายาม ฆ่าตัวตาย	56
47. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามการบอกหรือการแสดงท่าที ว่าจะทำ ร้ายตนเอง	57
48. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวข้อง กับการพยายามฆ่าตัวตาย	58
49. จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามอาการซึมเศร้า	59
50. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ	60
51. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามเพศ	60
52. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสถานภาพสมรส	61

53. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ	62
เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามอาชีพ	
54. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ	63
เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย	
55. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติ	64
เศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	

สารบัญแผนภูมิ

รูปที่	หน้า
1. แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายที่เก็บข้อมูลได้จำแนกตามกลุ่มอายุ	23
2. แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่เกี่ยวข้องและไม่ได้เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ	33
3. แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มอายุ	35
4. แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราจำแนกตามกลุ่มอายุ	38

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ค.2539 - เม.ย. 2540 รวม 12 เดือน) ของทุกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ (2) กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ค.2541 - ต.ค. 2541 รวม 6 เดือน) ของ 3 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ (3) กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย (พ.ค.2541- ต.ค. 2541 รวม 6 เดือน) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้คือ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปีคือร้อยละ 58.9 และร้อยละ 69.9 ตามลำดับ ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปีถึงร้อยละ 42.0 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างหรือกรรมกร ร้อยละ 49.8 และ 46.5 ตามลำดับ ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างหรือกรรมกรเช่นกันคือร้อยละ 28.7 วิธีการฆ่าตัวตายที่นิยมปฏิบัติในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 กลุ่มคือ กินสารพิษ(สารเคมีเกษตร) และแขวนคอ โดยกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนวิกฤติเศรษฐกิจใช้วิธีกินสารเคมีร้อยละ 48.1 แขวนคอร้อยละ 45.6 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจคือร้อยละ 41.1 และ ร้อยละ 43.8 ตามลำดับ แต่แตกต่างกับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งใช้วิธีกินสารเคมี ถึงร้อยละ 89.9 การส่งสัญญาณแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองพบว่าทุกกลุ่มมีการแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองในอัตราที่สูงคือในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 50.2 และ 49.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมีการส่งสัญญาณร้อยละ 34.5 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้ความรู้แก่ชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมักจะเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์เป็นปัจจัยอันดับที่หนึ่งที่ญาติผู้ฆ่าตัวตายให้ข้อมูลคือร้อยละ 29.4 รองลงไปคือการติดเชื้อร้อยละ 18.7 และโรคเรื้อรังร้อยละ 17.8 ส่วนกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์เป็นปัจจัยอันดับที่หนึ่งเท่ากับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ญาติผู้ฆ่าตัวตายให้

ข้อมูลคือร้อยละ 21.7 รองลงไปที่คือการติดสุราร้อยละ 11.0 และโรคจิตร้อยละ 8.2 สำหรับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองมากที่สุดคือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น ปัญหาพ่อแม่ , ชีวิตสมรส และคู่รักรวมร้อยละ 66.4 รองลงไปที่คือปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 26.0 ในประเด็นของภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างฆ่าตัวตายสำเร็จในรอบ 1 ปี, กลุ่มตัวอย่างฆ่าตัวตายสำเร็จในรอบ 6 เดือน และกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย มีอาการเข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 เป็น Depressive episode F32 ร้อยละ 42.7 , 45.8 และ 44.5 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบอัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่กับจังหวัดอื่นๆทั่วประเทศนั้นพบว่าในปี 2539 อัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 24.12 ต่อแสนประชากร เป็นอันดับที่สองของประเทศ ส่วนในปี 2540 พบว่าอัตราฆ่าตัวตายเท่ากับ 27.79 ต่อแสนประชากรเป็นอันดับที่หนึ่งของประเทศ ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและลดความรุนแรงในปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดต่างๆในประเทศไทยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบสอบถามการฆ่าตัวตายจะเป็นต้นแบบในการศึกษาการฆ่าตัวตายของจังหวัดอื่นๆในประเทศไทยได้

Abstract

The purpose of this study was to investigate the characteristics of people who committed suicide in Chiang Mai and to compare suicide rates in various provinces in Thailand. There were 3 target populations: (A) people who committed suicide during the one year period May 1996-April 1997, before the economic crisis; (B) people who committed suicide during the 6 month period May 1998-October 1998, after the economic crisis; and (C) people who attempted suicide and received treatment at 4 hospitals during the 6 month period May 1998-October 1998.

The results are : In the groups of those who committed suicide (A and B), the majority of victims were in the age group 25-44 years (58.9% and 68.8 respectively). In the group of those who attempted suicide (C), the majority of victims were in the age group 15-24 years (42.0%). Most of the victims killed themselves by drinking poisonous substances or hanging themselves (48.1% and 45.6 %, in group A and 41.1% and 43.8% respectively in group B). In the group of those who attempted suicide, most drank poisonous substance (89.9 %). As for warning signs, 50.2 % of the victims in group A, 49.3 % in group B, and 34.5 % in group C had communicated suicidal ideas at least once to their close relatives or friends; (A prevention program could be established by educating people about the importance of warning signs like this). The causes of suicide were multi-factorial components. In the group A HIV/AIDS was the most common (29.4%). The second most common was alcohol-related (18.7%), and the third was chronic disease (17.8%). In group A, fifty-six victims had been tested for HIV; 46 were HIV positive. Of the HIV positives only 41.3 % (19 cases) had received counseling; almost all (89.1%) had symptoms of AIDS. In group B HIV/AIDS and economic problems were the most common factors, the percentages being the same (23.3%). In attempted suicide, problems about family members and lovers were the most common (58%). As for

depression, 42.7 % of the victims in group A, 45.8 % in group B, and 44.5 % in group C met the criteria for depressive episode F32.

The suicide rates for Chiang Mai in 1996 and 1997 were 24.12 and 27.79 per 100,000 respectively. Chiang Mai had the highest incidence of suicide in Thailand in 1997 and the second highest in 1996. Results of this study could be applied to suicide prevention programs to lower suicide rates in other provinces; in particular the questionnaires developed in this study could be used elsewhere in Thailand.

บทที่ 1

บทนำ (Introduction)

ข่าวการฆ่าตัวตายปรากฏบ่อยขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จนหลายคนเกิดคำถามขึ้นในใจว่า เกิดอะไรขึ้นกับบุคคลเหล่านี้ อะไรทำให้เขาและเธอตัดสินใจฆ่าตัวตาย เป็นผลจากการเลี้ยงดู หรือเป็นเพราะปัญหาเศรษฐกิจ การมีผู้รู้จักคุ้นเคยจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายเป็นประสบการณ์ที่น่าตกใจและสะเทือนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากผู้ฆ่าตัวตายเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นลูก เป็นสามีหรือภรรยาญาติพี่น้องเพื่อนฝูงอาจเกิดความสงสัยว่าการฆ่าตัวตายมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระทำของพวกเขาหรือไม่ พวกเขาทำอะไรผิดไป ทำไมจึงไม่ทันสังเกตและให้ความช่วยเหลือผู้เสียชีวิต การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม (suicide) เป็นวิธีการที่บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งประกอบกิจกรรมบางอย่างอันจะทำให้ชีวิตของตนสิ้นสุดลง การฆ่าตัวตายของคนในสังคมเป็นเครื่องบ่งชี้ของสภาวะสุขภาพของคนในสังคมที่ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง หรืออยู่ในสภาพที่หลงผิด ไม่อาจยับยั้งตัวเองได้จนเกิดความรู้สึกท้อแท้ที่จะอยู่ร่วมโลกกับคนอื่นอีกต่อไป การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมที่จะต้องได้รับการแก้ไขจากทุกๆส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับบุคลากรสาธารณสุขการฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 400,000 คน หรือประมาณวันละ 1096 คนและในแต่ละภูมิภาคก็มีอัตราการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและการเข้าถึงอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรกสำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุระหว่าง 15-24 ปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก [1] สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นการรวบรวมผู้ป่วย (ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย) ที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จันทร์เพ็ญ ชูประภววรรณและคณะได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2517-2527 โดยวิธีรวบรวมข้อมูลจากสำนวนการสอบสวนของตำรวจและรายงานการชันสูตรพลิกศพจากโรงพยาบาล โดยพบว่าอัตราฆ่าตัวตายใน ปีพ.ศ.2527 เท่ากับ 8.61 :100,000 ประชากร และยัง

พบว่าสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโรคจิตหรือโรคประสาท และปัญหาชีวิตสมรส [2] จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่ใหญ่ที่สุดในภาคเหนือที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมค่อนข้างมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ในขณะที่เดียวกันพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่เป็นอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศ [3] และมีการฆ่าตัวตายสูงมากอย่างต่อเนื่องมาอย่างน้อย 4 ปี โดยมีการฆ่าตัวตายในระหว่างปี พ.ศ. 2537-40 เท่ากับ 373, 391, 369, และ 436 คน หรือมีการฆ่าตัวตายมากกว่าวันละหนึ่งคน คิดเป็นอัตราต่อแสนของประชากร เท่ากับ 25.32, 25.84, 23.80, และ 27.68 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

ปัญหาฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน แต่เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่เดิมของจังหวัดเชียงใหม่และจากรายงานการวิจัยของหน่วยงานอื่น ๆ เป็นข้อมูลที่ศึกษาจากรายงานมรณบัตรและจากการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่เพียงพอในการนำข้อมูลมาวางแผนแก้ไขปัญหาดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายจากชุมชนเพิ่มเติม เพื่อนำมาประกอบการวางแผนแก้ไขปัญหาลดและป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย ของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดที่สำคัญในแต่ละภาค

นิยามศัพท์เฉพาะ

การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต

การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองโดยมีจุดมุ่งหมายให้ตาย แต่ไม่ตาย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันป่าตองและโรงพยาบาลดอยสะเก็ด ที่แพทย์วินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตายและจากการสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล

การฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ หมายถึง ผู้ที่ฆ่าตัวตายในช่วงเวลาก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย (2 กรกฎาคม 2540) ในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่างเดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือนเมษายน 2540

การฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ หมายถึง ผู้ที่ฆ่าตัวตายช่วงที่เกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจคือ หลังวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่างเดือนพฤษภาคม 2541 ถึงเดือนตุลาคม 2541

ภาวะซึมเศร้า (Depressive episode F 32) ตามนิยามจำแนกโรค ICD 10 หมายถึง ผู้มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป (ตามอาการในแบบสอบถาม) ร่วมกับเกณฑ์เพิ่มเติมที่ใช้ในการศึกษาที่ว่า หนึ่งในสี่ของอาการที่missingต้อง "มีอาการมึนเศร้า" หรือ "ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ" ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า

ผู้มีอาการทางจิต หมายถึง ผู้มีอาการพูดคนเดียว หูแว่ว หรือมีความกลัวหรือมีความเชื่อที่แปลก เช่น คิดว่ามีคนมาทำร้าย

ผู้มีปัญหาติดสุรา หมายถึง ผู้มีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาครอบครัว หรือปัญหาทางกฎหมาย โดยมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา

ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่ใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือตอนบน อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 310 เมตร ส่วนกว้างที่สุดจากทิศตะวันตกถึงตะวันออกประมาณ 138 กม. ส่วนยาวจากเหนือจดใต้ประมาณ 320 กม. ภูมิประเทศโดยทั่วไปจังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่บริเวณที่ราบเชิงเขา มีพื้นที่ประมาณ 20,107 ตารางกิโลเมตร

ภูมิอากาศของจังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ที่มีอากาศเย็นสบายน่าอยู่ ดินฟ้าอากาศทั่วไปเหมาะแก่การทำการเกษตร สามารถปลูกพืชได้เกือบทุกชนิดในทุกฤดูกาล อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปี 26 องศาเซลเซียส อุณหภูมิในฤดูร้อนเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียสและในฤดูหนาวเฉลี่ย 13.9 องศาเซลเซียส ประชากรของจังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2539 มีทั้งสิ้น 1,542,439 คนเป็นชาย 772,864 คน หญิง 769,572 คน ประชากรในเขตเทศบาล 181,595 คน จังหวัดเชียงใหม่ มีชนกลุ่มน้อยที่เป็นชาวเขารวมทั้งสิ้น 190,564 คน ประชากรร้อยละ 97 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 1.5 นับถือศาสนาคริสต์ และร้อยละ 1.0 นับถือศาสนาอิสลาม การแบ่งเขตการปกครอง จังหวัดเชียงใหม่แบ่งเขตการปกครองเป็น 22 อำเภอและ 2 กิ่งอำเภอมีจำนวนตำบล 204 ตำบลและ 1861 หมู่บ้าน [28]

ข้อมูลทางด้านสังคมวัฒนธรรมและประเพณี

เมืองเชียงใหม่มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน มีชื่อที่ปรากฏในตำนานว่า “นพบุรีนครพิงค์เชียงใหม่” เป็นอาณาจักรล้านนาไทยของพระยามังราย และมีอายุครบ 700 ปีใน พ.ศ. 2539 ชาวเชียงใหม่ได้สืบทอดวัฒนธรรมและประเพณีดั้งเดิมซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของตนเองมาเป็นเวลายาวนาน โดยทั่วไปการดำรงชีวิตของชาวเชียงใหม่คล้ายกับชาวเหนือโดยทั่วไปคือใช้ชีวิตที่เรียบง่าย ดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมและมีบางส่วนที่อยู่ใกล้เมืองมีอาชีพรับจ้างหรือทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

ข้อมูลสถานสุขภาพ

สาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญในผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2540 คือ โรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อ และโรคติดเชื้อและปรสิต โดยมีอัตราเท่ากับ 35276.6, 18790.0, 14758.5, และ 10348.6 ต่อแสนตามลำดับ สาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญในผู้ป่วยในอันดับแรกคือโรคเอดส์อัตรา 387.4 ต่อแสนประชากร รองลงไปคือ การติดเชื้อในลำไส้ และปอดบวม อัตรา 326.9 และ 253.8 ต่อแสนตามลำดับ

สาเหตุการตายอันดับแรกในปี 2539 คือ เอ็ดส์โดยมีอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 116.7 อันดับรองลงมาคือ โรคหัวใจและโรคของระบบหายใจ อัตราเท่ากับ 109.7 และ 80.4 ตามลำดับ สำหรับการฆ่าตัวตายพบว่าเป็นปี พ.ศ.2539 อยู่ในอันดับที่ 5 อัตรา 23.8 ต่อแสนประชากร [29]

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน

ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (อังกะโน ประเสริฐ รักไทยดี, วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ตค.-ธค.2534 หน้า 21-23) ได้สรุปว่า การฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากแรงกระตุ้นอันเป็นสัญชาตญาณเดิมของมนุษย์ที่มุ่งตาย (Thamatos) ฟรอยด์เชื่อว่ามียูกันกับสัญชาตญาณตรงข้ามคือมุ่งชีวิต(Eros) การฆาตกรรมก็คือการก้าวร้าวต่อชีวิตคนอื่น แต่การฆ่าตัวตายเป็นการก้าวร้าวต่อตนเอง ลักษณะและอาการจะเป็นบุคคลที่เกลียดตัวเอง บุคลิกภาพเดิมมักจะเป็นคนที่จริงจัง เอาแต่อารมณ์ ก้าวร้าว กระตือรือร้น และชอบมีความสำนึกผิดในสิ่งที่ตนได้กระทำลงไปอยู่เสมอ

คาร์ล เมนิงเจอร์ (Karl Meninger) เห็นด้วยกับฟรอยด์ที่ว่า สัญชาตญาณความขัดแย้ง 2 ประการในตัวบุคคลคือ การฆ่าตัวตาย เกิดจากสัญชาตญาณในการทำลาย(self-destruction) เพื่อสัญชาตญาณการดำรงชีวิต(self-preservation) และให้ข้อสมมุติฐานของการฆ่าตัวตายไว้ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. พวกที่มีความปรารถนาจะเป็นผู้ฆ่า(wish to kill) คือมีความอยากทำลายผู้อื่นซ่อนไว้ในใจ มีความคิดว่า ถ้าเขาจะตายก็จะต้องมีคนอื่นตายตามไปด้วย แต่แล้วทางออก พฤติกรรมเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นในตัวเด็กเล็ก ถ้าหากความต้องการของเด็กถูกทำให้สับสนวุ่นวาย เช่น กรณีเด็กกำลังดูคนมอมยา หากมีใครไปรบกวนอารมณ์ เด็กทารกจะแสดงอาการร้องกรี๊ดออกมาด้วยความโกรธ บางครั้งอาจจะแสดงอาการทุบตีตัวเอง หรือทำลายสิ่งของเสียหาย แต่ถ้าหากเป็นผู้ใหญ่ ความรู้สึกแค้นที่เกิดขึ้นถูกเก็บกดไว้ในใจมานาน ในทางกลับกันอาจจะนำไปสู่การทำลายตนเองได้

2. พวกที่ปรารถนาเป็นเหยื่อ(wish to be killed) คือผู้ที่พอใจจะยอมรับความเจ็บปวด(Masochism) การพยายามฆ่าคนอื่นเป็นลักษณะสุดขีดของความก้าวร้าว แต่การยอมรับการถูกฆ่า ก็คือ รูปแบบอีกขั้วหนึ่งของ การยอมจำนน ความรู้สึกว่าตนเองควรจะต้องได้รับการลงโทษ

3. พวกที่ต้องการที่จะตาย(wish to die) ต้องการหนีโลกซึ่งเต็มไปด้วยความหลอกลวง ความสับสน วุ่นวาย ตามความคิดของเขา การเข้าไปสู่อีกโลกหนึ่งซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสุขกว่า ลักษณะพฤติกรรมของกลุ่มดังกล่าวจะพบได้จากคนในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ซัลลีแวน (Sullivan) ได้วางทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่า บุคคลอาจจะถูกชักจูงและตอบสนองต่อบุคคลที่มีความสำคัญกว่าตน จุดสำคัญจึงอยู่ที่ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ได้แบ่งลักษณะบุคคลออกเป็น 3 ประการคือ ในยามที่อยู่ในสภาวะมั่นคงปลอดภัย เขาจะเป็นสิ่งที่ดี(good me) ในสภาวะกังวล เขาจะเป็นสิ่งไม่ดี(bad me) และถ้าอยู่ในสภาวะที่เลวร้าย เขาจะอยู่ในสภาวะที่ไม่มีตัวตน(not me) บุคคลจะประเมินตัวเองจากการปฏิบัติของบุคคลอื่นที่ดีกว่าเขา ถ้าหากเมื่อใดที่ความมั่นคงและความปลอดภัยไม่

สามารถแก้ไขได้ เขาอาจจะเปลี่ยนจากสิ่งไม่ดี ไปสู่สภาพที่ไม่มีตัวเอง การคิดทำลายตัวเองเป็นหนทางหนึ่งในการที่จะหลุดพ้นจากความเศร้าเสียใจได้

ทฤษฎีทางสังคม

ฮอว์นีย์(Karl Horney) ไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีแห่งสัญชาตญาณของฟรอยด์ เขากล่าวว่า การพัฒนาการของเด็กจะเบี่ยงเบนไปเพราะถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม ศาสนา การเมืองและอื่น ๆ คนหนุ่มสาวที่ขาดหลักประกันจะมีความคิดต่อโลกว่าไม่น่าอยู่ ซึ่งสิ่งนี้จะมีผลต่อความวิตกกังวล และการฆ่าตัวตายก็เป็นผลมาจากเด็กที่ช่วยตัวเองไม่ได้และความรู้สึกที่เป็นปมด้วย ความรู้สึกที่ลึ้มเหลว ตามการคาดคะเนของสังคม ฮอว์นีย์สรุปว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

เดอร์ไคม์(Emile Durkheim) นักสังคมวิทยาพบว่า สังคมมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย และได้แบ่งการฆ่าตัวตายเป็น 3 ประเภทคือ

1. Egoistic Suicide การฆ่าตัวตายประเภทนี้เกี่ยวกับตนเอง(Ego) เป็นสำคัญ บุคคลมีความผูกพันกับชุมชนน้อย ผู้คนต่างถือตัวใครตัวมัน ความร่วมมือระหว่างกันลดน้อยลง กลับมาเห็นแก่ตัวมากขึ้น การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นถ้าเขาไม่สามารถปรับตัวเองเข้ากับสังคมได้

2. Altruistic Suicide การฆ่าตัวตายที่ยึดถือกลุ่ม การฆ่าตัวตายแบบนี้เป็นทางเลือกของกลุ่มซึ่งได้รับการยอมรับและแยกออกเป็นข้อย่อยดังนี้

- 2.1 การฆ่าตัวตายโดยถูกบังคับ (obligatory altruistic suicide) เกิดจากสภาพของวัฒนธรรมและประเพณีของสังคมนั้น ๆ เช่น การเนิรรรยาต้องฆ่าตัวตายตามสามี โดยโดดเข้ากองไฟในสังคมอินเดียโบราณ

- 2.2 การฆ่าตัวตายแบบเลือกได้ (optional altruistic suicide) โดยยึดถือว่าการปฏิบัติเช่นนี้เป็นการรักษาเกียรติภูมิของครอบครัวและสังคม

- 2.3 การฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง (acute altruistic suicide) เช่น การเผาตัวเองตายเพื่อเป็นการประท้วงการเมือง

3. Anomic Suicide เกิดขึ้นในสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดสภาวะปั่นป่วน ขาดบรรทัดฐานที่แน่นอนเช่น คนที่มีฐานะร่ำรวยและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน อาจมีความรู้สึกว่าเป็นการล้มเหลวในชีวิตอย่างสิ้นเชิง และอาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย

เดอร์ไคม์ ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม มีอิทธิพลต่อบุคคลมาก การที่ปัญหาการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยแวดล้อม เช่น เมืองขึ้นทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติและศาสนา

การจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นความสูญเสียที่คนส่วนมากรู้สึกว่ามันน่าเกิดขึ้น และอาจสงสัยว่าเหตุใดคนเราจึงตัดสินใจฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากการฆ่าตัวตายนั้นเกิดขึ้นในผู้มีอายุน้อย หรือในผู้ที่ยังมี

ครอบครัวอยู่เบื้องหลัง การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นคู่กับมนุษย์มาช้านาน และอาจแบ่งสาเหตุการฆ่าตัวตายออกเป็นปัจจัยทางสังคม ทางจิตใจ และทางการแพทย์

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยทางสังคม

แม้การฆ่าตัวตายของแต่ละคน จะมีสาเหตุและความเป็นมาที่แตกต่างกัน แต่มักมีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก [4] สังคมที่มีความสับสน วุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน สมาชิกในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส จะเกิดความรู้สึกแปลกแยก ไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ การฆ่าตัวตายในสังคมเช่นนี้จะเพิ่มมากขึ้น [5] เช่นเดียวกันกับสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง เน้นการแข่งขันในหมู่เยาวชน ค่านิยมต่าง ๆ จะสั่นคลอน พบปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การหย่าร้าง ความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น [6,7] ความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตาย

การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้น ภายหลังจากนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพของการฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายที่เกิดตามมามักใช้วิธีการเดียวกัน

ปัจจัยทางจิตใจ

ผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตนเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ [8] ผู้คิดฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้ที่เลี่ยงปัญหาหรือเน้นแต่การบรรเทาอารมณ์ [9] การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีจากปัญหาที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไข

ปัจจัยทางชีวภาพ/การแพทย์

การศึกษาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญคือ ภาวะซึมเศร้าและการติดสุรา [10] แม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าและการติดสุรา น่าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม แต่จากการศึกษาพบว่า อารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น มีอาการหวาดระแวง มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากกรรมพันธุ์ นักวิทยาศาสตร์ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้มีอาการดังกล่าว และพบว่าการรักษาด้วยยาเพื่อปรับการทำงานของระบบสารเคมีในสมอง ช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาทางจิตใจ โดยเฉพาะหากมีอาการรุนแรงหรือมีอาการทางจิตจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษา แต่การรักษาจะได้ผลดีที่สุดและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ หากให้การรักษาทั้งทางยาและทางจิตใจควบคู่กันไป โดยการช่วยเหลือทางจิตใจจะเน้นการปรับความคิดและเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ เช่นเดียวกับปัญหาการติดสุราที่พบสาเหตุทางกรรมพันธุ์ร่วมด้วย

ภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรง และมีประวัติเคยพยายามมาก่อนจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ปัญหาติดสุรา เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย มีปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาในที่ทำงาน หรือมีปัญหาทางกฎหมายจากการดื่มสุรา

มุมมองทางการแพทย์เชื่อว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้น ส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง การรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงนับเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช หากมีเวลาไตร่ตรองทบทวนปัญหาชีวิต พิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ให้รอบด้านมากขึ้น มักจะเปลี่ยนใจ ไม่ต้องการตาย การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกราย มักมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการ การให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตาย และป้องกันการฆ่าตัวตาย จึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลผู้นั้น

สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย	
ด้านสังคม	ความรู้สึกโดดเดี่ยว แปรกแยก
ด้านจิตใจ	ความสิ้นหวัง
ด้านการแพทย์	ความเจ็บป่วยทางจิตเวช

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

เราอาจแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ คือ

การคิดฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่เสียชีวิต และ

การฆ่าตัวตาย

ผู้คิดฆ่าตัวตาย

คนทั่วไปอาจมีความคิดชั่ววูบที่อยากตาย ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย หรือเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รัก ในการศึกษาจำนวนผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการสำรวจทางโทรศัพท์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตจากผลกระทบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2540 จนถึงเดือนกันยายน 2541 พบผู้มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 4.1 - 11.3 ของผู้ตอบคำถาม โดยผู้ว่างงานมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าผู้ที่ยังประกอบอาชีพ [11]

การสำรวจข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ข้าราชการตำรวจ ข้าราชการสาธารณสุข และข้าราชการครูในจังหวัดเชียงใหม่ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจจำนวนร้อยละ 14.9, 11.6, 7.7 ตามลำดับ [12] ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ พบมีความคิดฆ่าตัวตายจำนวนร้อยละ 18.6 [13] การศึกษา

ในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า เด็กนักเรียนร้อยละ 12 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายก่อนอายุจะครบ 16 ปี และร้อยละ 3 เคยพยายามทำร้ายตนเอง [14] ในกลุ่มผู้เคยทำร้ายตนเอง มีเพียงส่วนน้อยที่ไปขอรับบริการทางสุขภาพจิต [15]

แต่ละขณะ จึงมีคนไทยประมาณร้อยละ 5-10 มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยคนบางกลุ่มอาจมีความคิดเช่นนั้น มากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้ตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้คิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้ สึกถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ หหมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และการตายเปรียบเสมือนการหลีกหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ [16] อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลง อีกใจก็ไม่อยากตาย เพราะยังมีห่วงทางใจ อาจเป็นพ่อแม่ คู่ครองหรือลูก หรือยังมีความกลัวตายอยู่ลึก ๆ จิตใจจึงวุ่นวายสับสน เมื่อมีเหตุมากระทบอีกเพียงเล็กน้อยก็อาจจะตัดสินใจทำร้ายตนเอง ความลังเลภายในใจนี้เป็นเสมือนกุญแจสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ที่ผู้ช่วยเหลือจะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตายตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ต่อของตนเอง และมีโอกาสพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบด้านมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกประมาณว่า มีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวนมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10 - 20 เท่า จากการศึกษาพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีโอกาสทำซ้ำและประสบความสำเร็จได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีหลังการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และร้อยละ 10 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา

การสำรวจผู้พยายามฆ่าตัวตายในยุโรปและอเมริกา พบว่า ผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวนร้อยละ 4-5 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน [17] ทั้งนี้ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอาจไม่ได้ไปรับความช่วยเหลือใด ๆ จากโรงพยาบาลทั่วไปหรือหน่วยบริการทางสุขภาพจิต การศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิตที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ

สารพิษ [18-20] และเมื่อสัมภาษณ์ในรายละเอียด พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ไม่เกิดอันตรายรุนแรง มักจะไม่มี ความเจ็บป่วยทางจิตเวช และเป็นการทำร้ายตนเองขณะโกรธเคือง ด้วยอารมณ์ชั่ววูบ มากกว่าจะกระทำเพราะความ สิ้นหวังในชีวิต [21] โรคจิตเวชที่พบบ่อยคือ โรคประสาท โดยเฉพาะที่มีอารมณ์เศร้า และบุคลิกภาพผิดปกติ [22] นพ.สมพร บุชราทิจ ได้คำนวณจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในเวลาหนึ่งปีในเขตกรุงเทพฯ ว่ามีประมาณ 175 คนต่อ ประชากร 100,000 คน [23] แต่ละวันจึงมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ตลอดเวลา โดยมีคนหายอย่างน้อย 50,000 - 100,000 คน ทำร้ายตนเองในแต่ละปี

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ [24]

- 90 % มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่ง
- 66 % พบแพทย์ในระยะหนึ่งเดือนก่อนการฆ่าตัวตาย
- 40 % พบแพทย์ในระยะหนึ่งสัปดาห์ก่อนการฆ่าตัวตาย
- 33 % แสดงความคิดจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน
- 25 % เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเป็นผู้ชาย มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช มีการวางแผนฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีการที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และทำในช่วงเวลาและสถานที่ที่คนอื่นจะช่วยเหลือได้ยาก ขณะที่ผู้ทำร้ายตนเอง โดยไม่เสียชีวิต มักเป็นหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำอย่างหุนหันพลันแล่น โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทำในเวลาและสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาสช่วยเหลือ ผู้ทำร้ายตนเองจำนวนไม่ มากที่ตั้งใจจะจบชีวิตของตนเองลงจริง ส่วนใหญ่มักทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะความน้อยใจ ชื่นเคืองใจ ซึ่ง ถือเป็นวิธีการหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือ แต่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการลงมือทำ ครั้งแรก

ปัจจัยที่พิจารณา	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
เพศ	ส่วนใหญ่เป็นหญิง	เป็นชายมากกว่าหญิง
ความเจ็บป่วยทางจิตเวช	ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช	มักมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช
การวางแผนล่วงหน้า	ไม่มีการวางแผนล่วงหน้า	มีการวางแผนล่วงหน้า
อันตรายของวิธีการที่ใช้	อันตรายไม่มากหรือไม่มีอันตราย	อันตรายรุนแรง
โอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือ	มาก	น้อย

ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะส่งสัญญาณเตือนบางประการก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น การสำรวจในอเมริกาพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 2 ใน 3 เคยพูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย และมากกว่า 1 ใน 3 แสดงความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจนก่อนลงมือทำ การส่งสัญญาณนี้มักสื่อให้กับคนมากกว่าหนึ่งคน [25] แม้ว่าตัวเลขดังกล่าว จะไม่สามารถนำมาใช้กับประเทศไทยได้โดยตรง เนื่องจากเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรมและระบบบริการให้ความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่เรียนรู้จากการศึกษาต่าง ๆ คือ

ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กระทำขณะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้

ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือในช่วงก่อนลงมือทำ ซึ่งแสดงถึงความต้องการความช่วยเหลือเช่น ไปพบแพทย์ แต่ไปด้วยปัญหาอาการทางกาย ไม่ใช่ปัญหาอยากฆ่าตัวตาย การไปใช้บริการ ณ จุดใดจุดหนึ่งก่อนการฆ่าตัวตายนี้นี้ เป็นช่องทางหนึ่งที่เราจะพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่จะสื่อความคิดฆ่าตัวตายนอกมาก่อนลงมือทำ เราจึงต้องให้ความสำคัญกับการพูดหรือสื่อถึงความคิดฆ่าตัวตาย และหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

การฆ่าตัวตายจึงเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ อัตราการฆ่าตัวตายของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันได้มาก ตั้งแต่ต่ำสุดที่มีรายงาน คือเม็กซิโก 2.3 ต่อประชากรแสนคนต่อปี จนถึงสูงสุด ฮังการี 38.6 ต่อประชากรแสนคนต่อปี [26] สำหรับประเทศอื่น ๆ ที่คนไทยส่วนใหญ่รู้จักกันดีมีอัตราการฆ่าตัวตายดังนี้

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศต่างๆจำแนกตามเพศ (อัตราเทียบกับประชากร 100,000 คนต่อปี ตัวเลขของปีล่าสุดเท่าที่มี)

ประเทศ	อัตราการฆ่าตัวตาย ในผู้ชาย	อัตราการฆ่าตัวตาย ในผู้หญิง	อัตราการฆ่าตัวตาย รวม
ฮังการี	58.0	20.7	38.6
ศรีลังกา	48.8	22.3	35.8
ฝรั่งเศส	29.6	11.1	20.1
เยอรมัน	24.9	10.7	17.5
ญี่ปุ่น	20.6	11.8	16.1
สิงคโปร์	14.7	11.5	13.1
แคนาดา	20.4	5.2	12.7
สหรัฐอเมริกา	19.9	4.8	12.2
อังกฤษ	12.4	3.6	7.9
ไทย	4.5	4.5	5.8
เม็กซิโก	3.9	0.7	2.3

ค่าตัวเลขต่าง ๆ เหล่านี้ มีความน่าเชื่อถือแตกต่างกันไป ขึ้นกับคุณภาพระบบข้อมูลของแต่ละประเทศ

การประเมินอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ที่มีรายงานอย่างเป็นระบบ คือ รายงานของ พญ.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และ พล.ต.ต. วิสุทธิ กิตติวัฒน์ [2] ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากสำนวนการสอบสวนของตำรวจทุกสถานีในกรุงเทพ ฯ ที่ส่งข้อมูลไปรวมที่กองวิจัยและวางแผน กรมตำรวจ ทั้งนี้ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า “ตามกฎหมายถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นการตายผิดธรรมชาติ จะต้องได้รับการสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจทุกกรณี ข้อมูลจากการสอบสวนย่อมมีความถูกต้องและครบถ้วน” ผลการศึกษา พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของคนกรุงเทพ ฯ เพิ่มขึ้นจาก 4.85 ต่อแสนในปี 2517 เป็น 8.61 ต่อแสนในปี 2527 หรือเพิ่มขึ้นราว 2 เท่าในเวลา 10 ปี โดยกลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือช่วง 15-24 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 25-34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 1.5 เท่า ดังรายละเอียด

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราผู้ฆ่าตัวตาย ระหว่างปี 2517 – 2527 ของกรุงเทพมหานคร

ปี พ.ศ.	จำนวน (ราย)	ประชากรกรุงเทพ (X 1,000,000) คน	อัตราต่อประชากร แสนคน
2517	195	4.018	4.85
2518	191	4.178	4.57
2519	202	4.353	4.64
2520	285	4.535	6.28
2521	257	4.724	5.44
2522	311	4.922	6.32
2523	321	5.126	6.26
2524	336	5.350	6.28
2525	322	5.540	5.81
2526	335	5.733	5.84
2527	510	5.923	8.61

พญ.สุดสบาย จุลกัทพพะ ศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากใบมรณบัตรทั่วประเทศ พบว่า ในปี 2533 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.9 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.8 เท่า ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-25 ปี รองลงมาคือ 26-35 ปี จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 6 อันดับ ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน จันทบุรี สิงห์บุรี ระยอง เชียงราย (อัตราต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 19.32, 16.76, 14.11, 13.80, 13.44, 13.37 ตามลำดับ) โดยใช้วิธีผูกคอตาย รับประทานยา และยิงตัวตาย [3]

พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายที่รายงานในใบมรณบัตร หากเทียบกับข้อมูลที่ได้จากสำนวนสอบสวนของตำรวจ จะต่ำกว่าประมาณร้อยละ 10 ถึง 50 ดังนั้น แม้ว่าในปัจจุบัน รายงานจากใบมรณบัตรจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ให้ภาพรวมของประเทศได้ดี แต่ตัวเลขที่ได้จะต่ำกว่าความเป็นจริงไม่มากนัก การที่อัตราการฆ่าตัวตายจากรายงานใบมรณบัตรต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ เช่นกัน องค์การอนามัยโลกประเมินว่าอัตราที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ตั้งแต่ร้อยละ 20-400 [2]

สิ่งหนึ่งทางการศึกษาทั้งสองชี้ให้เห็นตรงกันคือ การฆ่าตัวตายของคนไทยเกิดขึ้นสูงสุดในผู้มีอายุระหว่าง 15-35 ปี การศึกษาที่สำคัญทั้งสองนี้ ช่วยแสดงให้เห็นภาพรวมของปัญหาการฆ่าตัวตายได้เป็นอย่างดี แต่ไม่สามารถตอบคำถามในการวางแผนป้องกันปัญหาได้เพียงพอ ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของวิธีการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อทบทวนจากผลการศึกษาต่าง ๆ พหุจะสรุปประเด็นสำคัญที่จะประยุกต์ใช้ได้ในประเทศไทย ได้แก่

- การฆ่าตัวตายมีเหตุปัจจัยต่าง ๆ จำนวนมาก ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต ภาวะทางจิตใจ นิสัยการแก้ปัญหา แหล่งช่วยเหลือทางสังคม สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจและโอกาสในการเข้าถึงวิธีการทำร้ายตนเอง เช่น มีปืนหรือยาในครอบครอง เป็นต้น
- ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมและการเข้าถึงอุปกรณ์และวิธีการฆ่าตัวตายมีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตาย
- อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มคนว่างงาน ผู้หย่าร้างหรือเป็นหม้าย และผู้ที่เติบโตจากครอบครัวที่แตกแยกจะสูงกว่าคนทั่วไป
- การเจ็บป่วยทางจิตเวช คือสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย เมื่อจำแนกตามโรค จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ดังนี้ [24]

โรคจิตเภท (Schizophrenia)	10 %
โรคจิตทางอารมณ์ (Affective disorder)	15 %
ปัญหาบุคลิกภาพ (Personality disorder)	15 %
ติดสุรา (Alcohol dependence)	15 %

- อายุของผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในประเทศไทย อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน ขณะที่ในประเทศตะวันตกจะเป็นผู้สูงอายุ
- ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา ประเทศต่าง ๆ เช่น อังกฤษ อเมริกา ออสเตรเลีย เป็นต้น มีอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ [27]

- การฆ่าตัวตายในเยาวชน มักเกี่ยวข้องกับปัญหาครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ อารมณ์เศร้า การว่างงาน การถูกทำร้ายหรือถูกเอาเปรียบทางเพศในวัยเด็ก การใช้สารเสพติด การมีอุปกรณ์หรือวิธีการในการฆ่าตัวตาย และ การรับรู้ข่าวสารการฆ่าตัวตายจากสื่อมวลชน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มุ่งเน้นที่จะอธิบายให้เข้าใจลักษณะของกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ครอบคลุมทั้งจังหวัด เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่เกิดขึ้นระหว่างเดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือนเมษายน 2540 รวม 12 เดือน
2. กลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูลรายใหม่ที่เกิดขึ้นในเวลาข้างหน้า (Prospective Study) แบ่งเป็นกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2541 รวม 6 เดือน โดยกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จเก็บข้อมูลเฉพาะพื้นที่ 3 อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงคือสันทราย สันป่าตอง และดอยสะเก็ด สำหรับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันคือ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด และเพิ่มโรงพยาบาลระดับจังหวัดอีก 1 แห่งคือโรงพยาบาลนครพิงค์

3.2 ประชากรที่ศึกษา

- 1) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (ก่อนวันที่ 2 กรกฎาคม 2540) ที่เสียชีวิตระหว่างเดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือนเมษายน 2540 รวม 12 เดือน
- 2) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (หลังวันที่ 2 กรกฎาคม 2540) ที่เสียชีวิตระหว่างเดือนพฤษภาคม 2541 ถึงเดือนตุลาคม 2541 รวม 6 เดือน

- 3) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 4 แห่งของจังหวัดเชียงใหม่ คือ โรงพยาบาล สันทราย โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลดอยสะเก็ดและโรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2541 รวม 6 เดือน

3.3 วิธีการศึกษา

มีขั้นตอนดำเนินงานดังต่อไปนี้

- (1) รวบรวมรายชื่อ และรายละเอียดต่างๆของผู้ที่ฆ่าตัวตายจากใบมรณบัตรในช่วงก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือนตุลาคม 2540)
- (2) รวบรวมรายชื่อผู้ที่ฆ่าตัวตายเพิ่มเติมที่ไม่มีในข้อ (1) จากแต่ละสถานีนอนามัย
- (3) กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย
- (4) สร้างแบบสอบถาม และทดสอบแบบสอบถาม
- (5) สร้างทีมเก็บข้อมูล
- (6) ฝึกอบรมทีมเก็บข้อมูล โดยผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลทุกคน ผ่านการอบรมทักษะการปรึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นเวลา 5 วัน และได้รับการอบรมเพิ่มเติมเรื่องการช่วยเหลือญาติผู้ฆ่าตัวตาย เพื่อปรับสภาพจิตใจต่อการสูญเสียเป็นเวลา 1 วัน
- (7) เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ทุกรายที่มีในข้อ (1) และ (2) โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทาง โดยไม่จำเป็นต้องเรียงตามข้อคำถาม เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปโดยราบรื่นและเหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทำหน้าที่ประสานงานเพื่อนัดหมายสมาชิกในครอบครัวผู้เสียชีวิต ขอความยินยอมในการสัมภาษณ์ ถ้าไม่พบผู้ให้ข้อมูลจะเก็บข้อมูลอีกครั้ง

- (8) เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ที่มีในข้อ (1) และ (2) ในรายที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในครั้งที่ 1 ถ้าหากไม่สามารถหาบ้านของผู้เสียชีวิตพบ หรือญาติปฏิเสธการสัมภาษณ์ หรือเดินทางไปที่บ้านสองครั้งแล้วไม่พบ จึงตัดออกจากการศึกษา
- (9) ทีมงานเก็บข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจทุกรายที่เสียชีวิตในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนเมษายน 2541 ในพื้นที่อำเภอสนทราย สันป่าตองและดอยสะเก็ด
- (10) ทีมงานเก็บข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนทราย โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลดอยสะเก็ดและโรงพยาบาลนครพิงค์
- (11) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่ใช้สัมภาษณ์ญาติ/ผู้ใกล้ชิดผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากคณะผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ทั้งด้านจิตเวชและสาธารณสุข (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) แบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่างๆดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป
- เหตุกระตุ้นและวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย
- แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน
- การใช้บริการ
- การดำเนินชีวิตก่อนเกิดเหตุทำร้ายตนเอง
- ข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ
- การวินิจฉัยทางจิตเวช

แบบสอบถามได้ถูกตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นก่อนที่จะนำไปใช้ รวมทั้งการ pre-test ในกลุ่มญาติผู้ฆ่าตัวตายและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ก่อนที่จะเก็บข้อมูล

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่เหมาะสม เช่น descriptive statistic, Chi-squared test , Correlation coefficient เป็นต้น

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

4.1 กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ(เดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือน เมษายน 2540 รวม 12 เดือน) ของทุกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่

4.1.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เก็บได้จากรายงานมรณบัตร รายงานของสถานเอนามัยและกลุ่มตัวอย่าง

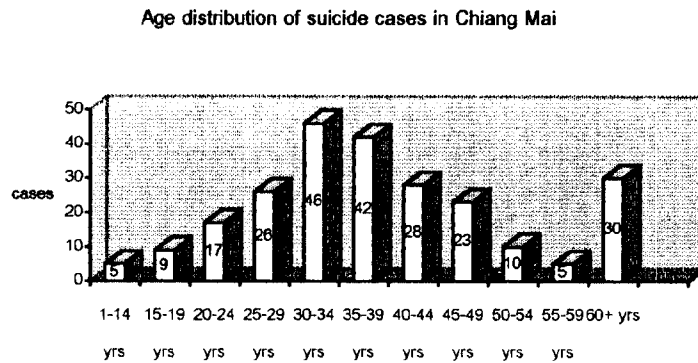
ข้อมูลจากมรณบัตร	ข้อมูลจากสถานเอนามัย	ความคลาดเคลื่อน	ข้อมูลที่ได้		
			มรณบัตร	เพิ่มเติมจาก สอ	รวม
335	369	9.2	207	34	241

พบว่า ข้อมูลการฆ่าตัวตายจากรายงานมรณบัตร คลาดเคลื่อนจากข้อมูลการฆ่าตัวตายจากสถานเอนามัย ร้อยละ 9.2 สามารถเก็บข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้ทั้งสิ้น 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด แยกเป็นข้อมูลจากรายงานมรณบัตร 207 ราย และข้อมูลเพิ่มเติมจากสถานเอนามัย 34 ราย

ส่วนที่เหลือ 128 ราย (ร้อยละ 34.7) ที่เก็บข้อมูลไม่ได้มีลักษณะต่างๆ ไปคล้ายคลึงกับส่วนที่เก็บข้อมูลได้ กล่าวคืออายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน $p > 0.05$ (mean = 41.0 ปี และ 39.1 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นเดียวกัน ($p = 0.8$) วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายก็คล้ายกันคือกินสารเคมีเกษตรและแขวนคอ $p = 0.83$ และ ส่วนสาเหตุสำคัญที่เก็บข้อมูลไม่ได้ครบทุกรายทั้งที่ได้เก็บข้อมูลถึง 2 ครั้งคือ ไม่พบญาติผู้เสียชีวิตเพราะมักจะย้ายบ้านไปอยู่ที่อื่น และไม่มีผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นเด็กและพบคนอื่นที่ไม่ทราบประวัติของผู้ตาย จำนวน 120 ราย (32.5%) และญาติ/ผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความร่วมมือ 8 ราย (2.2%)

4.1.2 กลุ่มอายุ

รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงจำนวนตัวอย่างผู้ที่ฆ่าตัวตายที่เก็บข้อมูลได้จำแนกตามกลุ่มอายุต่าง ๆ



พบว่ากลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่จะเป็นช่วงอายุ 25-49 ปี โดยที่กลุ่ม

อายุ 30-34 ปีมีจำนวนการฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อน ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวนที่เก็บได้		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต่ำกว่า 14 ปี	4	1	5	2.1
15-24 ปี	24	2	26	10.8
25- 34ปี	57	15	72	29.9
35-44 ปี	65	5	70	29.0
45-54ปี	29	4	33	13.7
55-59ปี	5	0	5	2.1
60+ ปี	28	2	30	12.4
รวม	212	29	241	100.0

จากข้อมูลที่เก็บได้ พบว่ากลุ่มอายุ 25-34 ปี มีอัตราฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือร้อยละ 29.9 รองลงมากลุ่ม

อายุ 35-44 ปี ร้อยละ 29.0

4.1.3 เพศ/สถานภาพสมรส

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	212	88.0
หญิง	29	12.0
รวม	241	100.0

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 และเพศหญิงร้อยละ 12.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามสถาน

ภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	76	31.5
คู่อยู่ด้วยกัน	81	33.6
คู่แยกกันอยู่	27	11.2
หย่า	25	10.4
หม้าย	19	7.9
ไม่มีข้อมูล	13	5.4
รวม	241	100.0

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน

คู่สมรส ร้อยละ 33.6 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 31.5

4.1.4 การศึกษา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามระดับ

การศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	22	9.1
ประถม	186	77.2
มัธยม	25	10.4
อนุปริญญา	1	0.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	2.1
ไม่ระบุ	2	0.8
รวม	241	100.0

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.2 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ

ละ 2.1 เท่านั้นที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

4.1.5 อาชีพ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	เพศ		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
รับราชการ	2	1	3	1.2
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	8	5	13	5.4
ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	17	6	23	9.5
รับจ้าง/กรรมกร	113	7	120	49.8
เกษตรกร	45	7	52	21.6
นักเรียน	4	1	5	2.1
นักศึกษา	1	-	1	0.4
ว่างงาน	18	1	19	7.9
ค้าปลีก	-	4	4	1.7
พระสงฆ์	1	-	1	0.4
รวม	209	32	241	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อน ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 49.8

รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 21.6 และอาชีพลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ

4.1.6 รายได้

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำแนกตามรายได้

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้	143	59.3
ไม่พอใช้	69	28.6
ไม่มีรายได้	24	10.0
ไม่มีข้อมูล	5	2.1
รวม	241	100.0

รายได้ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่าร้อยละ 59.3 เป็นผู้ที่มีรายได้

พอใช้ และร้อยละ 28.6 รายได้ไม่พอใช้ ส่วนร้อยละ 10.0 เป็นผู้ไม่มีรายได้

4.1.7 วิธีการ/เวลาฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามวิธี

การที่ใช้ฆ่าตัวตาย

วิธีการ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
กินสารเคมี	101	15	116	48.1
แขวนคอ	98	12	110	45.6
ใช้ปืน	9	1	10	4.2
ใช้มีด	3	-	3	1.3
ฉีดยาเข้าเส้น	1	-	1	0.4
กระโดดลงน้ำ	1	-	1	0.4
รวม	213	28	241	100

วิธีการฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่ใช้มากที่สุดคือกินสารเคมี

ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือการแขวนคอ ร้อยละ 45.6

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มาตายสำเร็จก่อน ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามช่วงเวลาที่มาตาย

เวลา	จำนวน	ร้อยละ
06.00 -11.59 น.	59	24.5
12.00 -17.59 น.	71	29.5
18.00 – 23.59 น.	39	16.2
24.00 - 05.59 น.	47	19.5
ไม่ระบุเวลา	25	10.3
รวม	241	100.0

ผู้ที่มาตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่ใช้เวลามาตายในช่วง 12.00 น.-17.59 น. ถึงร้อยละ 29.5 รองลงมาช่วงเวลา 06.00-11.59 น. ร้อยละ 24.5 และที่ไม่ระบุเวลาซึ่งมีถึงร้อยละ 10.3 เนื่องจากพบศพแล้ว แต่ไม่สามารถระบุเวลาไม่ได้

4.1.8 ประวัติส่วนตัวที่สำคัญ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มาตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามประวัติส่วนตัว และครอบครัวที่สำคัญ

ประวัติที่สำคัญ	จำนวน	ร้อยละ
เคยทำร้ายตนเองมาก่อน	41/241	17.0
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติมาตาย	24/241	9.9
เคยใช้ยาทางจิตเวช	52/241	21.6
เคยใช้สารเสพติด	27/241	11.2

ประวัติส่วนตัวของผู้ที่มาตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจพบว่า ร้อยละ 17.0 มีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน โดยสมาชิกในครอบครัวมีประวัติมาตายถึง ร้อยละ 9.9 ผู้ที่มาตายสำเร็จ ร้อยละ 21.6 เป็นผู้ที่มีประวัติใช้ยาทางจิตเวชมาก่อน และเคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 11.2

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม

ลักษณะนิสัยของผู้ที่ฆ่าตัวตาย

ลักษณะนิสัย	จำนวน	ร้อยละ
เจ็บขริ้ม ไม่ค่อยพูด	98	40.7
แถมใส สนุกสนาน	63	26.1
ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย	26	10.8
นิสัยดี	19	7.9
ใจดีใจเย็น	12	5.0
จริงจังรับผิดชอบ	6	2.5
อื่นๆ	17	7.0
รวม	241	100.0

ลักษณะนิสัยของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.7

เป็นผู้ที่มีนิสัยเจ็บขริ้มไม่ค่อยพูด และร้อยละ 26.1 เป็นผู้ที่มีนิสัย ำเริงแถมใส

4.1.9 การบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม

การบอกหรือการแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง

เคยบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง	ร้อยละ	จำนวน
ไม่เคยบอก	49.8	120
เสี่ยงกับคนใกล้ชิด	19.1	46
บอกเมื่ออยากตาย	13.7	33
เขียนจดหมายลาตาย	5.0	12
บอกเมื่อมีโรคประจำตัว	5.4	13
บอกเป็นเหตุสยตายแน่	1.7	4
บ่นไม่สบายซึมเศร้า	1.2	3
เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	1.2	3
ซื้อยามาเก็บไว้	0.8	2
อื่นๆ	2.1	5
รวม	100.0	241

พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ร้อยละ 50.2 มีการส่งสัญญาณหรือการแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองอย่างใดอย่างหนึ่งต่อบุคคลที่ใกล้ชิด โดยมีการเสี่ยงคนใกล้ชิดมากที่สุด ร้อยละ 19.1 และบอกเมื่ออยากตาย ร้อยละ 13.7

ตารางที่ 14.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองกับกลุ่มอายุ

การบอก/แสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง	ต่ำกว่า 14 ปี	15-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	45-59 ปี	60+ ปี	รวม
เคย	0	11	32	33	24	17	117
ไม่เคย	5	15	40	35	12	13	120
รวม	5	26	72	68	36	30	237

$$\chi^2_{\text{trend}} = 6.8; p = 0.008$$

เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มอายุแล้วพบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่อายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะส่งสัญญาณการทำร้ายตนเองมากขึ้นด้วย ($p < 0.05$)

4.1.10 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

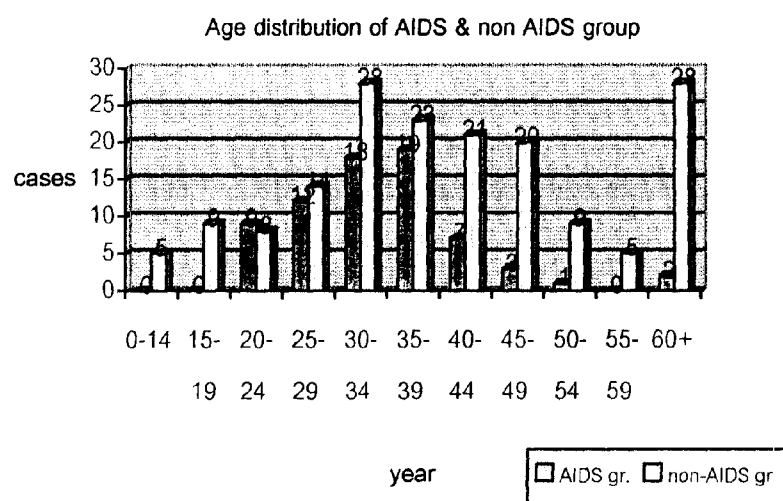
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่ญาติบอกสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย(สาเหตุที่เกี่ยวข้องอาจมีมากกว่า 1 อย่างในแต่ละคน)

สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ติดเชื่อเฮดส์	44	20.8	4	13.8	48	19.9
ติดสุรา/เมาสูรา	44	20.8	1	3.5	45	18.7
โรคประจำตัวเรื้อรัง	39	18.4	4	13.8	43	17.8
ปัญหาชีวิตสมรส	31	14.6	12	41.4	43	17.8
ปัญหาเศรษฐกิจ	29	13.7	8	27.6	38	15.8
ป่วยทางจิตเวช	23	10.9	2	6.9	25	10.4
ปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง/ลูก	19	9.0	5	17.2	24	10.0
สงสัยว่าตนเองเป็นเฮดส์	22	10.4	1	3.5	23	9.5
รู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น	16	7.6	2	6.9	18	7.5
ติดยาเสพติด	17	8.0	0	0	17	7.0
ถูกสงสัยเป็นขโมย กลัวติดคุก	8	3.8	0	0	8	3.3
ปัญหาความรัก	6	2.8	1	3.5	7	2.9
คู่สมรสเสียชีวิต	3	1.4	0	0	3	1.2
อื่นๆ	3	1.4	0	0	3	1.2

พบว่า การติดเชื่อเฮดส์เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจมากที่สุดถึงร้อยละ 19.9 รองลงมาสงสัยว่าตนเองติดเชื่อเฮดส์ร้อยละ 9.5 ติดสุรา/เมาสูรา ร้อยละ 18.7 โรคประจำตัวเรื้อรังร้อยละ 17.8 ปัญหาชีวิตสมรสร้อยละ 17.8 และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 15.8 เมื่อจำแนกตามเพศแล้วพบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือการติดเชื่อเฮดส์และการติดสุรา เมาสูรา ร้อยละ 20.8 เท่ากัน รองลงมาปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 18.4 และปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 14.6 ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศหญิงมากที่สุดคือปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 27.6 รองลงมาปัญหากับพ่อแม่ พี่น้อง ลูก ร้อยละ 17.2 และปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 13.8

4.1.11 การติดเชื้อเอดส์

รูปที่ 2 จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่ญาติบอกว่า "เกี่ยวข้อง" และ "ไม่เกี่ยวข้อง" กับการติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ



พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์จะอยู่ในช่วงอายุวัยรุ่นและวัยทำงาน (กลุ่มอายุ 20-39 ปีเป็นส่วนใหญ่)

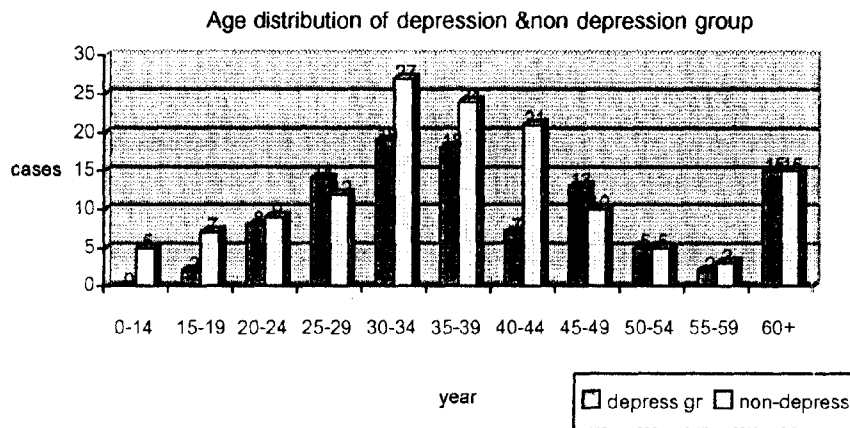
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ สรุปรวมประเด็นที่เกี่ยวกับโรคเอดส์

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับเอดส์	71/241	29.5
เคยตรวจเอดส์	68/241	28.2
ผลตรวจเอดส์เป็นบวก	46/241	19.1
เคยได้รับการปรึกษา	19/46	41.3
ติดเชื้อเอดส์และมีอาการของโรคเอดส์	41/46	89.1
ติดเชื้อเอดส์และมีปัญหาสุขภาพ	42/46	91.3

การศึกษานี้พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่เคยตรวจและทราบผลว่าติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 19. และในกลุ่มนี้ร้อยละ 89.1 มีอาการของโรคเอดส์ และมีเพียงร้อยละ 41.3 เท่านั้นที่ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดบอกว่าเคยได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์

4.1.12 ภาวะซึมเศร้า

รูปที่ 3 จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่มีปัญหาหรืออาการที่ "เกี่ยวข้อง" และ "ไม่เกี่ยวข้อง" กับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มอายุ



พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าจะอยู่ในช่วงอายุเกือบทุกกลุ่มอายุ โดยที่ในบางกลุ่มอายุจะมีสัดส่วนของผู้มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เช่นกลุ่มอายุ 45-49 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตาย จำแนกตามอาการซึมเศร้า (ตอบได้มากกว่า 1

อาการ)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปั่นแป้ง ดุมีอารมณ์เศร้า	142/241	58.9
2. ไม่สนใจหรือ ไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบ	82/241	34.0
3. ซ่อนเพศหรือไม่มีแรง	104/241	43.2
4. นอนไม่หลับ	103/241	42.7
5. พุดช้าลงพุดน้อยลง	99/241	41.1
6. ต่ำหนืดตนเองมองตนเองในแง่ไม่ดี	73/241	30.3
7. หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี	63/241	26.1
8. กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวาย	63/241	26.1
9. รับประทานอาหารไม่ได้	58/241	24.1
ผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย	103/241	42.7
Depressive episode F32		

อารมณ์เศร้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้มีอัตราร้อยละ 58.9 (142 ราย) ตามนิยามจำแนกโรค ICD 10 ว่า "ภาวะซึมเศร้า" (Depressive episode F32) ระดับปานกลางหมายถึงผู้มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป ร่วมกับเกณฑ์เพิ่มเติมที่ใช้ในการศึกษาไว้ว่าหนึ่งในสี่ของอาการที่มีจะต้อง "มีอารมณ์เศร้า" หรือ "ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ" ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า พบผู้เข้าเกณฑ์ดังกล่าวร้อยละ 42.7 (103 ราย)

ตารางที่ 17.1 เปรียบเทียบการส่งสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตายกับกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	มีการส่งสัญญาณเตือน	ไม่มีการส่งสัญญาณเตือน	รวม
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า	71	32	103
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า	46	88	134
รวม	117	120	237

$$\chi^2=28.4; p < 0.0001$$

ในประเด็นของการส่งสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเองโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึม

เศร้าพบว่า การส่งสัญญาณเตือนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($p < 0.05$)

ตารางที่ 17.2 เปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในประเด็นรายได้

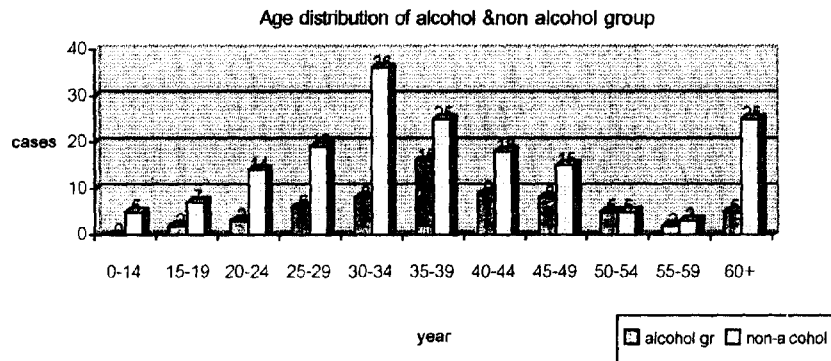
รายได้	กลุ่มมีภาวะซึมเศร้า	กลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า	รวม
พอใช้	70	96	166
ไม่พอใช้	30	40	70
รวม	100	136	236

$$\chi^2=0.009; p = 0.9$$

.เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความพอเพียงของรายได้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p=0.9$)

4.1.13 ปัญหาจากการดื่มสุรา

รูปที่ 4 จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่ "มีปัญหา" และ "ไม่มีปัญหา" เกี่ยวกับการดื่มสุรารายงานตามกลุ่มอายุ



การกระจายของกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราพบว่าอยู่ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุนั้นๆ

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตาย จำแนกตามปัญหาจากการดื่มสุรา (ตอบได้ มากกว่า 1 อาการ)

ปัญหาจากการดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ญาติระบุว่าติดสุราในระยะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต	81/241	33.6
มีปัญหาสุขภาพจากการดื่ม	33/241	13.7
มีปัญหาครอบครัวจากการดื่ม	51/241	21.2
มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง(ปัญหากฎหมาย)จากการดื่ม	10/241	4.1
มีปัญหาสุขภาพหรือครอบครัวหรือกฎหมายจากการดื่ม	64/241	26.6

การดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จากความเห็นของญาติผู้เสียชีวิตในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เสียชีวิตร้อยละ 33.6 (81 ราย) "ติดสุรา" ในระยะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต แต่ถ้าให้นิยามคำว่า "ผู้มีปัญหาติดสุรา" หมายถึง ผู้มีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาครอบครัวหรือปัญหาทางกฎหมายจากการดื่มสุรา พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์ร้อยละ 26.6 (64 ราย)

ตารางที่ 18.1 เปรียบเทียบกลุ่มที่มีปัญหาติดสุรากับเพศ

เพศ	มีปัญหาติดสุรา	ไม่มีปัญหาติดสุรา	รวม
ชาย	61	147	208
หญิง	3	25	28
รวม	64	172	236

$$\chi^2 = 5.0; p < 0.05$$

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีปัญหาติดสุรากับเพศพบว่า ผู้ชายมีปัญหาติดสุรามากกว่าผู้หญิง ($p < 0.05$)

4.1.14 อาการทางจิต (Psychotic symptoms)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาการ

ทางจิต

อาการทางจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีพฤติกรรมที่แปลกไปเช่น แยกตัว ยึดคนเดียว	50/241	20.7
พูดคนเดียวมีอาการหูแว่ว	40/241	16.6
มีความกลัวหรือมีความเชื่อที่แปลก เช่นคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย	28/241	11.6

อาการทางจิตในระยะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิตที่บรรจุไว้ในการศึกษาครั้งนี้แสดงในตารางข้างต้น แต่เนื่องจากการแยกตัว อาจถูกตีความจากญาติว่าเป็นการแยกตัวทั่วไปที่ไม่ใช่อาการทางจิต ผู้วิจัยจึงตัดอาการนี้ (อาการที่3ในตาราง) ออกจากการวิเคราะห์และให้นิยาม "ผู้มีอาการทางจิต" ว่าหมายถึง ผู้มีอาการพูดคนเดียว หูแว่ว หรือมีความกลัวหรือมีความเชื่อที่แปลก เช่นคิดว่ามีคนจะมาทำร้าย จากนั้นพบว่ามีผู้มีอาการทางจิตจำนวน 47 รายคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด

4.1.15 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราฆ่าตัวตายและอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์

ตารางที่ 20 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จและอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์รายอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่

อำเภอ	อัตราฆ่าตัวตาย ต่อแสนประชากร	อัตราป่วยโรคเอดส์ ต่อแสนประชากร
1	52.82	82.60
2	31.22	151.13
3	46.89	239.94
4	29.06	215.68
5	22.96	137.84
6	38.97	174.21
7	9.18	133.33
8	12.94	126.87
9	14.63	88.86
10	28.71	115.38
11	36.59	195.71
12	18.38	119.60
13	28.73	127.46
14	16.46	90.36
15	25.36	171.60
16	31.35	189.76
17	10.88	92.05
18	26.39	97.96
19	44.10	140.92
20	18.34	156.26
21	21.41	81.93
22	23.71	178.26
23	14.40	46.81
24	6.61	30.10

Correlation coefficients =0.56

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรกับอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ต่อแสนประชากร

กร(รายงาน506/1) ของแต่ละอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.56

(ถ้าตัด outlier 1 อำเภอออกไปจะมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.70)

4.1.16 เปรียบเทียบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทย

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่กับจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทย ปี 2539

จังหวัด	อัตราฆ่าตัวตาย พ.ศ.2539 : 100,000 ประชากร(อันดับ)	อัตราฆ่าตัวตาย พ.ศ.2540 : 100,000 ประชากร(อันดับ)
ภาคเหนือ		
เชียงใหม่	24.12 (2)	27.79 (1)
ลำพูน	27.34 (1)	24.06 (2)
เชียงราย	17.51 (3)	19.01 (3)
พะเยา	16.80 (4)	13.51(6)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
จันทบุรี	16.18 (5)	13.90 (5)
ระยอง	11.36(10)	15.09 (4)
ตราด	9.57(22)	11.16(8)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		
นครราชสีมา	8.51(29)	6.99(32)
ขอนแก่น	4.51(65)	4.65(60)
อุดรธานี	5.47(53)	3.17(71)
ภาคใต้		
สงขลา	5.16(57)	3.90(66)
นครศรีธรรมราช	5.08(58)	6.50(38)
ภูเก็ต	4.47(62)	5.51(49)
ภาคกลาง		
อ่างทอง	8.36(32)	5.54(47)
สุพรรณบุรี	8.77(26)	7.64(24)
กรุงเทพมหานคร	3.46(71)	5.38(49)

เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดต่างๆในประเทศไทยในปี 2539 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 24.2 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นที่สองรองจากจังหวัดลำพูน และในปี 2540 มีอัตราเท่ากับ 27.79 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ ในขณะที่จังหวัดขอนแก่นมีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 4.51 และ 4.65 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 และในปี 2540 ตามลำดับ และจังหวัดสงขลาเท่ากับ 5.16 และ 3.90 ต่อแสนประชากรในปี 2539 และในปี 2540 ตามลำดับ

4.2 กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2541 รวม 6 เดือน) ของพื้นที่ 3 อำเภอ

4.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ
จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนเสียชีวิต	ข้อมูลที่เก็บได้	ร้อยละ
สันทราย	40	40	100.0
สันป่าตอง	25	21	84.0
ดอยสะเก็ด	14	12	85.7
รวม	79	73	92.4

เก็บข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจทั้ง 3 อำเภอ จำนวน 73 ราย

คิดเป็นร้อยละ 92.4 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด

4.2.2 กลุ่มอายุ

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม
กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
15 – 24 ปี	4	2	6	8.2
25 – 34 ปี	23	3	26	35.6
35 – 44 ปี	18	7	25	34.3
45 – 59 ปี	9	1	10	13.7
60 ปีขึ้นไป	4	2	6	8.2
รวม	58	15	73	100

พบว่ากลุ่มอายุ 25 - 34 ปี มีอัตราฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ ร้อยละ 35.6 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
ร้อยละ 88.5 (23/26 คน) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี คือ ร้อยละ 34.2

4.2.3 เพศ

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	58	79.5
หญิง	15	20.5
รวม	73	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ร้อยละ 79.5 เป็นเพศชาย ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 20.5

4.2.4. สถานภาพสมรส

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	21	28.7
คู่อยู่ด้วยกัน	43	58.9
คู่แยกกันอยู่	4	5.5
หย่า	4	5.5
หม้าย	1	1.4
รวม	73	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และยังอยู่ด้วยกัน คือ ร้อยละ 58.9 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 28.7

4.2.5. การศึกษา

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	2	2.7
ประถมศึกษา	54	74.0
มัธยมศึกษา	11	15.1
อนุปริญญา	5	6.8
ไม่ระบุ	1	1.4
รวม	73	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ร้อยละ 74 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 15.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4.2.6 อาชีพ

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	เพศ		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
รับราชการ	3	-	3	4.2
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	5	3	8	11.3
ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	3	1	4	5.6
รับจ้าง/กรรมกร	26	7	33	46.5
เกษตรกร	6	1	7	9.9
นักเรียน	1	-	1	1.4
นักศึกษา	1	-	1	1.4
อาชีพอิสระ	2	-	2	2.8
ว่างงาน	3	1	4	5.6
แม่บ้าน	-	1	1	1.4
ค้าประเวณี	-	1	1	1.4
อื่น ๆ	3	1	4	5.6
ไม่ระบุ	2	-	2	2.8
รวม	55	16	71	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 46.5 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 78.8 (26/33) รองลงมาอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจ ร้อยละ 11.3

4.2.7. รายได้

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามรายได้

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้	36	49.3
ไม่พอใช้	30	41.1
ไม่มีรายได้	1	1.4
ไม่ระบุ	6	8.2
รวม	73	100

รายได้ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจพบว่า ร้อยละ 49.3 เป็นผู้มียาได้พอใช้ และรายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 41.1

4.2.8 วิธีการ / เวลาฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย

วิธีการ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
แขวนคอ	27	5	32	43.8
กินยา / สารเคมี	22	8	30	41.1
ใช้ปืน	5	-	5	6.9
กระโดดจากที่สูง	1	-	1	1.4
กระโดด	2	1	3	4.1
ไม่ระบุ	1	1	2	2.7
รวม	58	15	73	100

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ ร้อยละ 43.8 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.4 (27/32 คน) รองลงมา กินยา/สารเคมี ร้อยละ 41.1 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน คือ ร้อยละ 73.3 (22/30 ราย)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามช่วงเวลาที่ใช้ฆ่าตัวตาย

ช่วงเวลา	จำนวน	ร้อยละ
06.00 – 11.59	24	33.0
12.00 – 17.59	22	30.1
18.00 – 23.59	11	15.1
24.00 – 05.59	12	16.4
ไม่ระบุ	4	5.4
รวม	73	100.0

เวลาที่ใช้ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลา 06.00 – 11.59 น. ถึง ร้อยละ 33.0 รองลงมาฆ่าตัวตายช่วงเวลา 12.00 – 17.59 น. ร้อยละ 30.1

4.2.9 ประวัติส่วนตัว

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวที่สำคัญ

ประวัติที่สำคัญ	จำนวน	ร้อยละ
เคยทำร้ายตนเองมาก่อน	9/67	12.3
สมาชิกในครอบครัวเคยทำร้ายตนเอง	4/70	5.7
เคยใช้ยาทางจิตเวช	23/70	32.8
เคยใช้สารเสพติด	3/70	4.2

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจร้อยละ 12.3 เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน ร้อยละ 5.7 เคยมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเคยทำร้ายตนเองมาก่อน และเคยใช้ยาทางจิตเวช ร้อยละ 32.8

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามลักษณะนิสัยของผู้ที่ฆ่าตัวตาย

ลักษณะนิสัย	จำนวน	ร้อยละ
ร่าเริง แจ่มใส	40	54.8
เงียบขรึม	16	21.9
ใจร้อน ขี้หงุดหงิด	7	9.6
ใจดี เรียบร้อย	3	4.1
จริงจัง รับผิดชอบ	2	2.8
อื่นๆ	5	6.8
รวม	73	100

ลักษณะนิสัยของผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ พบว่าร้อยละ 54.8 เป็นผู้ที่มีนิสัยร่าเริงแจ่มใส รองลงมาร้อยละ 21.9 มีนิสัยเงียบขรึม

4.2.10 การบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตามการบอกหรือการแสดงท่าทีจะทำร้ายตนเอง

วิธีการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยบอก	37	50.7
เมื่อโรคประจำตัว	15	20.5
เมื่อชีวิต	6	8.2
เคยทำร้ายตนเอง	3	4.1
ปนไม่สบายใจ	2	2.7
เขียนจดหมายลาไว้	2	2.7
อื่นๆ	8	11.1
รวม	73	100

ผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจมีการส่งสัญญาณและแสดงท่าทีจะทำร้ายตนเองอย่างใดอย่างหนึ่งมีจำนวน ถึงร้อยละ 49.3 โดยการบอกผู้ใกล้ชิดว่าเมื่อตนเองจากโรคประจำตัว ร้อยละ 20.5

4.2.11 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำแนกตาม ที่ญาติบอกสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (สาเหตุที่เกี่ยวข้องอาจมีมากกว่า 1 อย่างในแต่ละคน)

สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เศรษฐกิจ	15	25.9	6	40.0	21	28.8
ติดเชื่อเอดส์	15	25.9	4	26.7	19	26.0
ชีวิตสมรส	9	15.1	8	53.3	17	23.3
โรคจิต/ประสาท	11	19.0	1	6.6	12	16.4
ติดสุรา	7	12.1	1	6.6	8	11.0
โรคทางกาย	5	8.6	1	6.6	5	6.8
ปัญหากับพ่อแม่	3	5.2	0	0	3	4.1
สงสัยตัวเองเป็นเอดส์	2	3.4	0	0	2	2.7
ติดยาเสพติด	2	3.4	0	0	2	2.7
ติดการพนัน	1	1.7	0	0	1	1.4
กลัวติดคุก	1	1.7	0	0	1	1.4
พ่อแม่ติดเชื่อเอดส์	1	1.7	0	0	1	1.4
ข่มขู่จากแก๊งยาเสพติด	1	1.7	0	0	1	1.4
ไม่ระบุ	3	5.2	1	6.6	4	4.1

พบว่าปัญหาเศรษฐกิจเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ร้อยละ 21.7 รองลงมาติดเชื่อเอดส์ ร้อยละ 19.6 ชีวิตสมรส ร้อยละ 17.5 และโรคจิต/ประสาท ร้อยละ 12.4 เมื่อแยกตามเพศแล้วพบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจและ ปัญหาการติดเชื่อเอดส์ ร้อยละ 25.9 เท่ากัน รองลงมาปัญหาโรคจิต โรคประสาท ร้อยละ 19.0 และปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 15.1 ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศหญิงมากที่สุดคือปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 53.3 รองลงมาปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 40.0 และปัญหาการติดเชื่อเอดส์ ร้อยละ 26.7

4.2.12 ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่าง ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จำแนกตาม

อาการซึมเศร้า (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. บ่นเบื่อ ดุมีอารมณ์เศร้า	63/72	87.5
2. ไม่สนใจหรือ ไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบ	36/72	50.0
3. อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง	21/72	29.1
4. นอนไม่หลับ	33/72	45.8
5. พุดซ้ำลงพุดน้อยลง	36//72	50.0
6. ดำเนินตนเองมองตนเองในแง่ไม่ดี	11/72	15.2
7. หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี	14/72	19.4
8. กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวาย	21/72	29.2
9. รับประทานอาหารไม่ได้	14/72	19.4
ผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย	33/72	45.8
Depressive episode F32		

อารมณ์เศร้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้มีอัตราร้อยละ 87.5 (63 ราย) ตามนิยามจำแนกโรค ICD 10 ว่า “ภาวะซึมเศร้า” (Depressive episode F32) ระดับปานกลางหมายถึงผู้มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป ร่วมกับเกณฑ์เพิ่มเติมที่ใช้ในการศึกษานี้ว่าหนึ่งในสี่ของอาการที่มีจะต้อง “มีอารมณ์เศร้า” หรือ “ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ” ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า พบผู้เข้าเกณฑ์ดังกล่าวร้อยละ 45.8 (33 ราย)

4.3 กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย (ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2541 รวม 6 เดือน)

4.3.1 กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสถานที่เก็บข้อมูล

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
นครพิงค์	64	53.8
สันป่าตอง	27	22.7
สันทราย	17	14.3
ดอยสะเก็ด	11	9.2
รวม	119	100.0

จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ โรงพยาบาลนครพิงค์ ร้อยละ 53.8 รองลงมาโรงพยาบาลสันป่าตอง ร้อยละ 22.7

4.3.2 กลุ่มอายุ

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
< 14 ปี	2	2	4	3.4
15 - 24 ปี	23	27	50	42.0
25-34 ปี	22	15	37	31.1
35-44 ปี	7	5	12	10.1
45 - 59 ปี	7	4	11	9.2
60 ปีขึ้นไป	3	2	5	4.2
รวม	64	55	119	100

พบว่ากลุ่มอายุ 15 - 24 ปีมีอัตราการทำร้ายตนเองมากที่สุดคือ ร้อยละ 42 รองลงมา กลุ่มอายุ 25 - 34 มีร้อยละ 31.10 และกลุ่มอายุ 35 - 44 มีร้อยละ 10.1 ตามลำดับ

4.3.3. เพศ

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	61	51.3
หญิง	54	45.4
ไม่ระบุ	4	3.4
รวม	119	100

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.4

4.3.4 สถานภาพสมรส

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	49	41.2
แต่งงานแล้ว		
อยู่ด้วยกัน	56	47.1
แยกกันอยู่	12	10.1
หย่า	1	0.8
ไม่ระบุ	1	0.8
รวม	119	100

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่แต่งงานแล้วและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 47.1 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 41.2

4.3.5 การศึกษา

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ย้ายมาตาย จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	7	5.9
ประถมศึกษา	54	45.4
มัธยมศึกษา	34	28.6
อนุปริญญา	19	16.0
อื่น ๆ เช่น พระ	1	0.8
ไม่ระบุ	4	3.3
รวม	119	100

ผู้ที่ย้ายมาตาย ร้อยละ 45.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 28.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4.3.6 อาชีพ

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ย้ายมาตาย จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
รับราชการ	3	1	4	3.5
ค้าขาย/ธุรกิจ	8	5	13	11.3
ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	5	5	10	8.7
รับจ้าง/กรรมกร	20	13	33	28.7
เกษตรกร	7	3	10	8.7
นักเรียน	3	9	12	10.4
นักศึกษา	2	4	6	5.2
อาชีพอิสระ	2	2	4	3.5
ว่างงาน	8	8	8	13.9
พระสงฆ์	1	0	1	0.9
แม่บ้าน	-	2	2	1.7
ไม่ระบุ	2	2	4	3.5
รวม	61	54	115	100.0

ผู้ที่ย้ายมาตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 28.7 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 (20/33 คน) รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 13.9 และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 11.3

4.3.7 รายได้

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามรายได้

สถานภาพรายได้	จำนวน	ร้อยละ
พอใช้	35	29.4
ไม่พอใช้	38	32.0
ไม่มีรายได้	20	16.8
ไม่ระบุ	26	21.8
รวม	119	100

รายได้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าเป็นผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ 32.0 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 29.4 และเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ซึ่งต้องพึ่งครอบครัว ร้อยละ 16.8

4.3.8. วิธีการ / เวลาฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการ	เพศ		จำนวน	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
กินยา / สารเคมี	52	52	107	89.9
ใช้มีด	5	1	6	5.0
แขวนคอ	2	1	3	2.5
ใช้ปืน	1	-	1	0.8
กระโดดเข้ากองไฟ	1	-	1	0.8
ไม่ระบุ	1	-	1	0.8
รวม	62	54	119	100

วิธีการที่ใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ กินยา / สารเคมี ร้อยละ 89.9 แยกเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 50 รองลงมาใช้มีดกรีด / แทง ร้อยละ 5.0

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำร้ายตนเอง

ช่วงเวลา	จำนวน	ร้อยละ
06.00 – 11.59 น.	17	14.3
12.00 – 17.59 น.	25	21.0
18.00 – 23.59 น.	51	42.9
24.00 – 05.59 น.	10	8.4
ไม่ระบุ	16	13.4
รวม	119	100

เวลาที่ใช้ทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลาค่ำ 18.00 - 23.59 น. ร้อยละ 42.9 รองลงมา ช่วงเวลาบ่าย 12.00 - 17.59 น. ร้อยละ 21.0

4.3.9. ประวัติส่วนตัว

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามประวัติส่วนตัวและครอบครัวที่สำคัญ

ประวัติที่สำคัญ	จำนวน	ร้อยละ
เคยทำร้ายตนเองมาก่อน	27/119	22.7
สมาชิกในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย	11/119	9.2
เคยใช้ยาทางจิตเวช	25/119	21.0
เคยใช้สารเสพติด	18/119	15.1

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า ร้อยละ 22.7 เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน และร้อยละ 9.2 เคยมีประวัติว่าสมาชิกในครอบครัวเคยทำร้ายตนเองมาก่อนและเคยใช้ยาทางจิตเวช ร้อยละ 21.0

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามลักษณะนิสัย

ลักษณะนิสัย	จำนวน	ร้อยละ
เสียจริต	35	29.4
ใจร้อน ขี้หงุดหงิด	28	23.5
ร่าเริง แจ่มใส	23	19.3
เอาแต่ใจตนเอง	6	5.0
ใจดี เรียบร้อย	6	5.0
ขี้น้อยใจ	3	2.5
จริงจัง รับผิดชอบ	2	1.7
เชื่องค่อนง่าย	2	1.7
อื่น ๆ	6	5.0
ไม่ระบุ	8	6.7
รวม	119	100

ลักษณะนิสัยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ พบว่าร้อยละ 29.4 มีนิสัยเสียจริต รองลงมาร้อยละ 23.5 มีนิสัยใจร้อน ขี้หงุดหงิด และร้อยละ 19.3 มีนิสัยร่าเริงแจ่มใส

4.3.10. การบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง

ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามการบอกหรือการแสดงว่าจะทำร้ายตนเอง

วิธีการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยบอก	78	65.5
บอกเป็นนัย ๆ	13	10.9
บ่นทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ อยากตาย	9	7.6
บอกคนใกล้ชิดว่าจะฆ่าตัวตาย	5	4.2
สั่งเสีย	5	4.2
เขียนจดหมาย	4	3.4
อื่น ๆ	2	1.6
ไม่ระบุ	3	2.5
รวม	119	100

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้แสดงท่าทีและส่งสัญญาณให้บุคคลใกล้ชิดทราบว่าจะตนเองอยากฆ่าตัวตายมีจำนวนร้อยละ 34.5 โดยบอกคนใกล้ชิดเป็นนัย ๆ ร้อยละ 10.9 และบ่นทุกซี้ใจ ไม่สบายใจ ร้อยละ 7.6

4.3.11. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้บอกสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 อย่างในแต่ละคน

สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชีวิตสมรส	9	14.1	28	50.9	37	31.1
ปัญหาเศรษฐกิจ	26	40.1	5	9.1	31	26.0
ปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง	11	17.2	16	29.1	27	22.7
ปัญหาความรัก	7	10.9	8	14.5	15	12.6
โรคทางกาย	3	4.7	3	5.5	6	5.0
ติดสุรา	5	7.8	0	0	5	4.2
ติดยาเสพติด	6	9.4	0	0	6	5.0
ปัญหาญาติพี่น้อง	5	7.8	1	1.8	6	5.0
โรคจิต	3	4.7	0	0	3	2.5
ติดเชื้อเอดส์	3	4.7	0	0	3	2.5
อื่น ๆ	0	0	1	1.8	1	0.8
ไม่ระบุ	0	0	1	1.8	1	0.8

พบว่าปัญหาชีวิตสมรสเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ร้อยละ 31.1 รองลงมา ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 26.0 ปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง ร้อยละ 22.7 และปัญหาความรัก ร้อยละ 12.6 เมื่อแยกตามเพศแล้วพบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 40.1 รองลงมาปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง ร้อยละ 17.2 และปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 14.1 ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศหญิงมากที่สุดคือ ปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 50.9 รองลงมาปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง ร้อยละ 29.1 และปัญหาความรัก ร้อยละ 14.5

4.3.12 ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามอาการซึมเศร้า (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. บ่นเบื่อ ดุมีอารมณ์เศร้า	65/119	54.6
2. ไม่สนใจหรือ ไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบ	45/119	37.8
3. อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง	47/119	39.5
4. นอนไม่หลับ	64/119	53.8
5. พุดซ้ำลงพุดน้อยลง	38/119	31.9
6. ต่ำหนิตนเองมองตนเองในแง่ไม่ดี	58/119	48.7
7. หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี	36/119	30.3
8. กระสับกระส่าย หรือกระวนกระวาย	32/119	26.9
9. รับประทานอาหารไม่ได้	31/119	26.1
ผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย	53/119	44.5
Depressive episode F32		

อารมณ์เศร้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในระยะ 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้มีอัตราร้อยละ 54.6 (65 ราย) ตามนิยามจำแนกโรค ICD 10 ว่า "ภาวะซึมเศร้า" (Depressive episode F32) ระดับปานกลางหมายถึงผู้มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป ร่วมกับเกณฑ์เพิ่มเติมที่ใช้ในการศึกษานี้ว่าหนึ่งในสี่ของอาการที่มีจะต้อง "มีอารมณ์เศร้า" หรือ "ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ" ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า พบผู้เข้าเกณฑ์ดังกล่าวร้อยละ 44.5 (53 ราย)

**4.4 เปรียบเทียบคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายระหว่างผู้ที่ฆ่าตัวตาย
สำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ (12 เดือนของทุกอำเภอ) ระหว่างเกิดภาวะวิกฤติ
เศรษฐกิจและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย (6 เดือน 3 อำเภอ)**

ตารางที่ 50 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิดภาวะ
วิกฤติเศรษฐกิจและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 14 ปี	5	2.1	-	-	4	3.4
15 - 24 ปี	26	10.8	6	8.2	50	42.0
25 - 34 ปี	72	29.8	26	35.6	37	31.1
35 - 44 ปี	70	29.0	25	34.3	12	10.1
45 - 59 ปี	38	15.8	10	13.7	11	9.2
60 ปีขึ้นไป	30	12.4	6	8.2	5	4.2
รวม	241	100.0	73	100.0	119	100.0

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้วพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัว
ตายสำเร็จก่อนและระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 29.8 และ 35.6
ตามลำดับ ส่วนกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 42.0

ตารางที่ 51 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิด
ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามเพศ

เพศ	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	212	88.0	58	79.5	61	51.3
หญิง	29	12.0	15	20.5	54	45.4
ไม่ระบุ	-	-	-	-	4	3.4
รวม	241	100.0	73	100.0	119	100.0

เมื่อเปรียบเทียบ เพศผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้วพบว่า ส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0, 79.5 และ 51.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 52 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	76	31.5	21	28.7	49	41.2
คู่อยู่ด้วยกัน	81	33.6	43	58.9	56	47.1
คู่ แยกกันอยู่	27	11.2	4	5.5	12	10.1
หย่า	25	10.4	4	5.5	1	0.8
หม้าย	19	7.9	1	1.4	-	-
ไม่ระบุ	13	5.0	-	-	1	0.8
รวม	241	100.0	73	100.0	119	100.0

เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพสมรสผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้ว ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 33.6 , 58.9 และ 47.1 ตามลำดับ รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 31.5 , 28.8 และ 41.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 53 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	3	1.2	3	4.2	4	3.5
ค้าขาย/ธุรกิจ	13	5.4	8	11.3	13	11.3
ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ	23	9.5	4	5.6	10	8.7
รับจ้าง/กรรมกร	120	49.8	33	46.5	33	28.7
เกษตรกร	52	21.6	7	9.9	10	8.7
นักเรียน	5	2.1	1	1.4	12	10.4
นักศึกษา	1	0.4	1	1.4	6	5.2
อาชีพอิสระ	-	-	2	2.8	4	3.5
ว่างงาน	19	7.9	4	5.6	16	13.9
แม่บ้าน	-	-	1	1.4	2	1.7
ค้าประเวณี	4	1.7	1	1.4	-	-
พระสงฆ์	1	0.4	-	-	1	0.9
อื่น ๆ	-	-	4	5.6	-	-
ไม่ระบุ	-	-	2	2.8	4	3.5
รวม	241	100.0	71	100.0	115	100.0

เมื่อเปรียบเทียบ เพศผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0, 79.5 และ 51.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 54 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย

วิธีการ	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แขวนคอ	110	45.6	32	43.8	3	2.5
กินยา/สารเคมี	116	48.1	30	41.1	107	89.9
ใช้มีด	3	1.3	-	-	6	5.0
ใช้ปืน	10	4.2	5	6.9	1	0.8
ฉีดยาเข้าเส้น	1	0.4	-	-	-	-
กระโดดน้ำ	1	0.4	3	4.1	-	-
กระโดดจากที่สูง	-	-	1	1.4	-	-
กระโดดเข้ากองไฟ	-	-	-	-	1	0.8
ไม่ระบุ	-	-	2	2.7	1	0.8
รวม	241	100.0	73	100.0	116	100.0

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการใช้ฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยกยารฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้วพบว่า กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการกินยา/สารเคมีมากที่สุดคือ ร้อยละ 48.1 และ 89.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจจะใช้วิธีแขวนคามากที่สุดคือ ร้อยละ 43.8 รองลงมาใช้วิธีกินยา/สารเคมีร้อยละ 41.1

ตารางที่ 55 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

สาเหตุที่เกี่ยวข้อง	ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ		ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ		พยายามฆ่าตัวตาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ติดเชืเอชไอวี	48/241	19.9	19/97	19.6	3/119	2.5
ติดสุรา/เมาสุรา	45/241	18.7	8/97	8.2	5/119	4.2
โรคทางกาย	43/241	17.8	5/97	5.2	6/119	5.0
ปัญหาชีวิตสมรส	43/241	17.8	17/97	17.5	37/119	31.0
ปัญหาเศรษฐกิจ	38/241	15.8	21/97	21.7	31/119	26.0
โรคทางจิต	25/241	10.4	12/97	12.4	3/119	2.5
ปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง	24/241	10.0	3/97	3.1	27/119	22.7
สงสัยตนเองเป็นเอชไอวี	23/241	9.5	2/97	2.1	-	-
รู้สึกว่าตนเป็นภาระผู้อื่น	18/241	7.5	-	-	-	-
ติดยาเสพติด	17/241	7.0	2/97	2.1	6/119	5.0
กลัวติดคุก	8/241	3.3	1/97	1.0	-	-
ปัญหาความรัก	7/241	2.9	-	-	15/119	12.6
สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิต	3/241	1.2	-	-	-	-
ชีวิต						
ติดการพนัน	-	-	1/97	1.0	-	-
พ่อแม่ติดเชืเอชไอวี	-	-	1/97	1.0	-	-
ข่มขู่จากแก๊งยาเสพติด	-	-	1/97	1.0	-	-
อื่น ๆ	3/241	1.2	4/97	4.1	6/119	5.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	1/119	0.8

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายทั้ง 3 กลุ่มแล้วพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ติดเชืเอชไอวี ร้อยละ 19.9 รองลงมาติดสุรา/เมาสุรา ร้อยละ 18.7 ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 21.6 รองลงมาปัญหาติดเชืเอชไอวี ร้อยละ 19.58 ส่วนผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 31.1 รองลงมาปัญหากับพ่อแม่/พี่น้อง/ลูก ร้อยละ 22.7

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ที่จะค้นหาลักษณะเฉพาะและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของกลุ่มประชากรที่ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนป้องกันและเสนอแนะแนวทางที่จะป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศต่อไป

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ เก็บข้อมูลของผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่างเดือนพฤษภาคม 2539 ถึงเดือนเมษายน 2540 (12 เดือน) ใน 24 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ตาย
2. กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ เก็บข้อมูลของผู้ที่ฆ่าตัวตายระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2541 (6 เดือน) ใน 3 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ คือ สันป่าตอง สันทราย และดอยสะเก็ด โดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ตาย
3. กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ คือ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลสันทรายและโรงพยาบาลดอยสะเก็ด โดยการสัมภาษณ์ตัวผู้พยายามฆ่าตัวตายและญาติผู้ใกล้ชิด ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25 - 44 ปี คือร้อยละ 58.9 และ 69.9 ตามลำดับ แตกต่างกับบางประเทศ เช่น แคนาดา เยอรมัน และสหรัฐอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี และวัยสูงอายุ (30,31,32) ส่วนกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่

อยู่ในช่วงวัยรุ่นคือ อายุ 15 - 24 ปี ถึงร้อยละ 42.0 ด้านรายได้พบว่า กลุ่มฆ่าตัวตายก่อนวิกฤติเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ถึงร้อยละ 59.3 กลุ่มฆ่าตัวตายระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจมีรายได้พอใช้ร้อยละ 21.9 และกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายมีรายได้พอใช้ร้อยละ 29.4

ผู้ที่ฆ่าตัวตายก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือร้อยละ 88. และ 79.5 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าชายต่อหญิงเกือบเท่ากัน คือ 1.1 : 1 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศโดยทั่วไป แต่จะแตกต่างจากประเทศจีนซึ่งพบว่าผู้หญิงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายโดยมีอัตราฆ่าตัวตายผู้ชายต่อผู้หญิง เท่ากับ 0.77 : 1 (36) ด้านอาชีพพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ทั้ง 3 กลุ่มคือ ร้อยละ 49.8 , 46.5 และ 28.7 ตามลำดับ

วิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ใช้วิธีกินสารเคมีและแขวนคอในอัตราใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มฆ่าตัวตายก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจใช้วิธีกินสารเคมีร้อยละ 48.1 แขวนคอร้อยละ 45.6 กลุ่มฆ่าตัวตายระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ใช้วิธีการกินสารเคมี ร้อยละ 41.1 แขวนคอร้อยละ 43.8 แต่แตกต่างกับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มักใช้วิธีการรุนแรงน้อยกว่า ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่กินสารเคมี มีถึงร้อยละ 89.9 รองลงมาใช้มีด ร้อยละ 5.0 มีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่ใช้วิธีการแขวนคอ ในต่างประเทศเช่น ออสเตรเลีย พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ใช้วิธีแขวนคอ (33) ในฮ่องกง ร้อยละ 47.2 เป็นการฆ่าตัวตายโดยวิธีการกระโดดตึกสูงและร้อยละ 30.8 เป็นการแขวนคอตาย ส่วนในประเทศฝรั่งเศสร้อยละ 38 เป็นการแขวนคอ ร้อยละ 23 ใช้ปืน ร้อยละ 13 กินยาเกินขนาด [35] เห็นได้ว่าวิธีการฆ่าตัวตายมักจะเป็นวิธีการที่ทำได้ง่ายหรือใช้วัสดุหาได้ง่ายในสภาพแวดล้อมนั้นๆ สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีการจำหน่ายสารเคมีทางการเกษตรอย่างแพร่หลาย จึงทำให้ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีฆ่าตัวตายโดยการกินสารเคมีทางการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ มาตรการควบคุมสารเคมีทางการเกษตรที่เหมาะสมและการให้ความรู้แก่ร้านจำหน่ายสารเคมีเกษตรในการสังเกตลูกค้า ตลอดจนการเก็บรักษาสารเคมีของการเกษตร อาจจะช่วยป้องกันหรือลดอันตรายจากการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้

ครอบคลุมของการให้คำปรึกษาสูงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจจำเป็นต้องครอบคลุมไปถึงสถานบริการเอกชนที่ให้ บริการตรวจเลือดด้วย

ปัจจัยรองลงมาที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ คือ ติดสุรา/เมาสุรา ร้อยละ 18.7 โรคประจำตัวเรื้อรังและปัญหาชีวิตสมรสมีอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 17.8 และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 15.8 เมื่อแยกตามเพศแล้วพบว่า ปัญหาการติดเชื้อเอดส์และปัญหาการติดสุรา เมาสุรา เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือ ร้อยละ 20.8 เท่ากัน ส่วนเพศหญิงนั้นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 41.4 รองลงมาปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 27.6 สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เป็นอันดับหนึ่ง คือการติดเชื้อเอดส์และสงสัยว่าตนเองติดเชื้อเอดส์มีถึงร้อยละ 21.7 ซึ่งเท่ากับปัจจัยทางเศรษฐกิจคือ ร้อยละ 21.7 เช่นเดียวกับ เมื่อแยกตามเพศแล้วพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาการติดเชื้อเอดส์ เป็นสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.9 เท่ากัน ส่วนเพศหญิงปัญหาชีวิตสมรสเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือร้อยละ 53.3 รองลงมาปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 40.0 จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจฆ่าตัวตาย ในกรณีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยจะแตกต่างจากกลุ่มฆ่าตัวตายและเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงมากสามารถแก้ไขได้ เช่น ปัญหาชีวิตสมรส ร้อยละ 31.1 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 26.0 ปัญหาพ่อแม่ ร้อยละ 22.7 และปัญหาความรัก ร้อยละ 12.6 แต่เมื่อแยกตามเพศแล้วพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของเพศชายมากที่สุดคือร้อยละ 40.1 ส่วนเพศหญิงคือปัญหาชีวิตสมรสถึงร้อยละ 50.9 สาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ซับซ้อน บุคคลที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายอาจจะมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งสาเหตุขึ้นไป

การส่งสัญญาณก่อนฆ่าตัวตาย

ผู้ที่ฆ่าตัวตายก่อนและระหว่างภาวะวิกฤตเศรษฐกิจประมาณครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 50.2 และ 49.3 พยายามส่งสัญญาณหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองแก่คนใกล้ชิด การแสดงออกอาจอยู่ในรูปแบบหลากหลายเช่น สั่งเสียกับคนใกล้ชิด บ่นเบื้ออยากตาย เขียนจดหมายลาตาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาใน

ยิ่งงกที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายส่งสัญญาณให้แก่ผู้อื่น [34] ประเด็นนี้สามารถนำมาผลิตสื่อในรูปแบบต่างๆเพื่อให้สมาชิกในชุมชนตระหนักและให้ความสำคัญของการสังเกตอาการของคนใกล้ชิด โดยไม่คิดว่าคำพูดหรือการส่งสัญญาณเหล่านั้นเป็นเรื่องไม่จริงจัง จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหานี้ได้อีกทางหนึ่ง

ปัญหาทางสุขภาพจิต

ในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 42.7 และ 45.8 ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตายพบว่าร้อยละ 44.5 มีอาการเข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสที่พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายร้อยละ 45-70 มีภาวะซึมเศร้า [38] ในประเทศนิวซีแลนด์พบว่าการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 13-24 ปี เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช การด้อยโอกาสทางสังคมและการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก (childhood adversity) [39] ในประเด็นของการติดสุรา มีผู้ที่รายงานว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จติดสุราในระยะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 33.6 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะติดสุรา[40]

ผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มใหญ่ มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องในระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบัน ผู้มีภาวะซึมเศร้ามักมีประวัติไปพบแพทย์หรือส่งสัญญาณก่อนลงมือทำ ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบบริการให้มีการเพิ่มขีดความสามารถในการวินิจฉัยและรักษาภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนเร่งสร้างความเข้าใจและการยอมรับบริการสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการอย่างทันท่วงทีอันจะส่งผลให้ช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตายลงได้

อัตราการฆ่าตัวตาย

กรณีของจังหวัดเชียงใหม่ในระยะเวลา 1 ปีที่ศึกษา ถ้าไม่รวมกลุ่มที่ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และเชื่อว่าสัดส่วนของผู้ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เป็นเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ จะทำให้อัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดนี้ลดลงจากอัตรา 25.46 เป็น 17.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับจังหวัดต่างๆก็จัดอยู่ในลำดับต้นๆของประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ พญ.สุตสabay จุลกัทพพะเมื่อ พ.ศ.2533

(ช่วงที่โรคเอดส์ระบาดในระยะแรกๆ) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 19.32 ต่อแสนประชากร [3] แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะตัดการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ออกไป หรือนับแต่อดีต (ประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา) การฆ่าตัวตายของประชากรจังหวัดเชียงใหม่ก็มีอัตราที่สูงอยู่

เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดต่างๆทั่วประเทศพบว่าจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงมากคือใน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2540 มีอัตราฆ่าตัวตายต่อแสนเท่ากับ 24.12 และ 27.79 ตามลำดับ โดยที่ในปี 2539 อัตราฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงใหม่อยู่อันดับที่สองของประเทศและในปี 2540 อยู่ในอันดับที่หนึ่งของประเทศ ตัวอย่างอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรของจังหวัดอื่นๆและ(อันดับที่)ในปี พ.ศ. 2540 มีดังนี้ จังหวัดเชียงรายอัตราฆ่าตัวตาย 19.01(3), ลำพูน 24.08(2), ระยอง 15.09(4), นครราชสีมา 6.99 (32), สงขลา 3.90(66), กรุงเทพมหานคร 5.38 (49) เมื่อพิจารณาในภาพรวมของประเทศแล้วจะพบว่าจังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงกระจายอยู่ในบางพื้นที่เช่น ภาคเหนือ และภาคตะวันออก ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะแตกต่างกันในแต่ละเขต(regional variation) และกลุ่มประชากรต่างๆ เช่นในสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในรัฐทางด้านตะวันตก(14.1:100,000) และในกลุ่ม non-Hispanic whites และ American Indians เชื่อได้อีกว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย (social and environmental factor) [38] เช่นเดียวกับในประเทศจีน [36]

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายในระยะเวลาก่อนที่ประเทศไทยจะประสบปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาทางเศรษฐกิจอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนร่วมทำให้ประชาชนฆ่าตัวตายมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีถึงแม้ปราศจากวิกฤติทางเศรษฐกิจก็ตามอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดภาคเหนือและบางจังหวัดในประเทศไทยก็มีอัตราที่สูงอยู่ เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสังคมที่เกิดจากปัจจัยต่างๆผสมผสานกัน สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีการร่วมมือกันดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ให้เป็นรูปธรรมโดยรับตัวจากหน่วยงานหลายๆฝ่ายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการที่จะลดผลกระทบของอันตรายจากพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง กลวิธีในรูปแบบต่างๆน่าจะถูกนำมาประยุกต์ใช้ อาทิเช่น ระบบการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (suicide surveillance efforts), การรณรงค์กับกลุ่มประชาชนทั่วไปรวมทั้งการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการส่งสัญญาณของผู้ที่จะฆ่าตัวตาย (public education campaigns) โดยใช้สื่อรูปแบบต่างๆ, การให้บริการในภาวะวิกฤติ (crisis intervention services) และกิจกรรมการ

ช่วยเหลือครอบครัว (family support program) ที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่นนั้นๆ
อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ควรนำข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละ
อำเภอ ไปวิเคราะห์และนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขปัญหามาตัวตายในพื้นที่ของตนเอง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์สุขภาพจิต ตำรวจ เจ้าหน้าที่บรรเทาสาธารณภัย ฯลฯ ควรนำข้อมูล
การฆ่าตัวตายไปวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ควรนำข้อมูลไปพัฒนาการครอบคลุมสถานบริการให้คำปรึกษา
และคุณภาพการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์
4. ควรทำการศึกษาต่อไปในลักษณะของCohort Study ในแต่ละกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ว่างงาน
วัยรุ่น ครอบครัว ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Mental Health, World Health Organization: Guidelines for the Primary Prevention of Mental Neurological, and Psychological disorders:4. Suicide. Geneva: World Health Organization, 1993:4.
2. จันทร์เพ็ญ ขุประภาวรรณ และวิสุทธิ กิตติวัฒน์: **อัตวินิบาตกรรมในกรุงเทพมหานคร ปี 2517-2527** (รายงานการวิจัย) กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2528.
3. สุดสมัย จุลกัทพเพ: **การสำรวจภาวะฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2533**. สารคดีราช 2536,45 (4),245-254.
4. Babbie E: **The practice of social research**, 6th ed. Belmont: Wadsworth Publishing; 1992.
5. Tuckett D: **An introduction of medical sociology**. London: Tavistock Publication; 1976.
6. Helman CG: **Culture, Health, and Illness: An introduction for health professionals**, 2nd ed. Oxford: Butterworth Heinemann; 1990.
7. Myers DG: **Exploring social psychology**. New York: McGraw-Hill; 1994.
8. Weishaar ME, Beck A: **The suicidal patient: how should the therapist respond?** In Hawton. Oxford: Oxford University Press; 1990.
9. Chartananondh T: **Stress, Coping and Suicidal Ideation in the time of economic crisis in Thailand. Paper presented at 7th Congress of ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health**. Kuala Lumpur, December 1998.
10. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P: **Oxford Textbook of Psychiatry**, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996.
11. สำนักงานปฏิรูประบบงานกรมสุขภาพจิต: **ผลการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในรอบ 1 ปี** (เอกสารทางวิชาการ) กรุงเทพฯ 2541.

12. มนต์รี นามมงคล, วรณีย์ เดชะสุข, อัจฉนา เชาว์ประยูร และ คณะ: **การเปรียบเทียบความเครียด
ความคิดอยากฆ่าตัวตายและความคิดอยากฆ่าผู้อื่นของข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่** (รายงานวิจัย)
ศูนย์สุขภาพจิต 2 กรมสุขภาพจิต 2540.
13. ศิริชัย ดาภิการันนท์: **การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี**
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541,5(3): 29-34.
14. Fergusson DM, Lynskey MT: Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort
of 16-year- old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995,34(10):1308-
1317.
15. Friedman H, Asnis GM, Boeck M, Difiore J : Prevalance of specific suicidal behavior in
a high school sample. *Am J Psychiatry* 1987, 144 (9):1203-1206.
16. ประเวศ ดันติพัฒน์สกุล: **ฝ่าวิกฤติชีวิตด้วยการปรึกษา**. เชียงใหม่: Identity Group 2541.
17. Division of Mental Health, World Health Organization. Guidelines for the Primary
Prevention of Mental Neurological, and Psychological disorders:4. Suicide. Geneva:
World Health Organization,1993:5.
18. สมภพ เรื่องตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติไกร แก้วมณีกรังษี และกนกกรัตน์ สุขะตุงคะ:
ลักษณะเฉพาะของผู้ทำอัตวินิบาตกรรม การศึกษาผู้ป่วย 27 ราย. สารสัริราช 2518,27(6),771-783.
19. สุวิทนา อารีพรวค: **การพยายามฆ่าตัวตายของคนไทย**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2522,
24(3):261-280.
20. สาวิตรี อัมมณางค์กรชัย: **ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**. สงขลา
นครินทร์เวชสาร 2530,5(3),275-280.
21. Bassaratid S, Kaewpanukrunsee K, Puranasariddhi K, Ruangtrakool S: Attempt Suicide
in Bangkok. *J Med Assoc Thailand* 1975,58 (3):138-142.

22. สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วมณีกรังษี และกนกรัตน์ สุชะตุงคะ:
การศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 105 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช 2518,27(3),317-334.
23. สมพร บุษราทิจและคณะ อ้างถึงในสมภพเรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วมณีกรังษีและกนก
 รัตน์ สุชะตุงคะ:**การศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 105 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช.** สารศิริราช
 2518:27(3),317-334
24. Department of Health: The Health of the Nation: Key Area Handbook:Mental Illness.
 Lancashire: Health Publication Unit; 1993.
25. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW: Attempted suicide among young
 adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*
 1992,149(1):41-44.
26. Division of Mental Health, World Health Organization. Guidelines for the Primary
 Prevention of Mental Neurological, and Psychological disorders:4. Suicide. Geneva:
 World Health Organization,1993:6.
27. Hawton K, Jenkins R: Suicide in prevention in Psychiatry, In Paykel. London: Gaskell;
 1994.
28. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่: **รายงานประจำปีงบประมาณ 2540.** (เอกสารเผยแพร่)
 เชียงใหม่:16.
- 29 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่: **รายงานประจำปีงบประมาณ 2539.** (เอกสารเผยแพร่) เชียงใหม่
 :45-46.
30. Mao Y, Hasselback P, Davies JW, *et al.*: Suicide in Canada: an epidemiological
 assessment. *Can J Public Health* 1990,81(4):324-328.
31. Centers for Disease Control. Suicide among children, adolescents, and young adults
 --United States. *MMWR* 1995, 44(15):289-291.

32. Eriemeier N: Suicidal behavior in the age. *Z Gerontol* 1988,21(5):267-276.
33. Schony W, Hofmann G, Sommereder M: Epidemiology of suicide in upper Austria. *Wien Med Wochenschr* 1984,134(12):301-305.
34. Lo WH, Leung TM: Suicide in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry* 1985,19(3):287-292.
35. Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F: Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994,20(5):495-503.
36. Pritchard C: Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996,93(5):362-367.
37. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์โรคเอดส์. (เอกสารอัดสำเนา) เชียงใหม่: 2541.
38. Centers for Disease Control: Regional Variation in Suicide Rate---United States,1990-1994. *MMWR* 1997,46(34); 789-793.
39. ประเสริฐ รักไทยดี : วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ ปีที่ 3 น. 4 (ตค.-ธค.),2534.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการฆ่าตัวตายสำเร็จ

วันที่...../...../..... สถานที่สัมภาษณ์/เก็บข้อมูล.....

แหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูล (เกี่ยวข้องกับอะไรกับผู้ตาย).....

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตาย

1. รหัสประจำตัว(ผู้เสียชีวิต).....

2. อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน

☐ ประถม

☐ มัธยม

☐ อนุปริญญา

☐ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

4. เชื้อชาติ

☐ ไทย

☐ จีน

☐ พม่า

☐ ลาว

☐ ชาวไทยภูเขาเผ่า.....

☐ อื่นๆ

5. ศาสนา

☐ พุทธ

☐ อิสลาม

☐ คริสต์

☐ อื่นๆ

6. ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ อยู่คนเดียว

☐ อยู่กับเพื่อน

☐ อยู่กับคู่สมรส

☐ อยู่กับพ่อแม่/ญาติพี่น้อง

☐ อื่นๆ

7. สถานภาพสมรส ☐ ไม่เคยแต่งงาน

☐ แต่งงานแล้ว จำนวน.....ครั้ง

สภาพปัจจุบัน

☐ อยู่ด้วยกัน

☐ แยกกันอยู่

☐ หย่า

☐ หม้าย

มีบุตร/ธิดา รวม.....คน

ผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้ป่วย.....คน

8 อาชีพ

☐ รับราชการ

☐ ค้าขาย/ธุรกิจ

☐ ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ

☐ รับจ้าง/กรรมกร

☐ เกษตรกร

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

รายละเอียดของอาชีพ.....

(ให้ขยายความเพื่อแสดงถึงรายละเอียดที่มีผลต่อการเข้าถึงวิธีการทำร้าย เช่น รับราชการ ให้เดิม เป็นต้น) เป็นตำรวจ ครู เป็นต้น)

9. รายได้เฉลี่ยของผู้เสียชีวิตบาท/เดือน

☐ พอใช้ ---มีเงินสะสม

---ไม่มีเงินสะสม

☐ ไม่พอใช้ ---มีหนี้สิน

---ไม่มีหนี้สิน

ได้ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก.....

ไม่มีรายได้เพราะ.....

10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวบาท/เดือน

11. จำนวนสมาชิกในบ้านที่ผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่.....คน

เหตุกระตุ้นและวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

12. เหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้ฆ่าตัวตาย

.....
.....

รายละเอียดของการฆ่าตัวตาย

13. วัน/ เวลา /สถานที่

.....

14. วิธีการใช้ครั้งนี้

☐ กินยา/สารเคมี

☐ แขว่นคอ

☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....

☐ ใช้ปืนยิงที่.....

☐ กระโดดที่สูง.....

☐ อื่นๆ

15. เขาเคยบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตัวเองหรือไม่ (เช่น แจกของใช้ส่วนตัวให้ผู้อื่น พูดเป็นนัยหรือ พูด บ่น ทำพินัยกรรม เป็นต้น) ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

.....

16. ตอนที่(ชื่อผู้เสียชีวิต)ฆ่าตัวตาย คิดว่ามีโอกาสที่ผู้อื่นจะพบและให้ความช่วยเหลือหรือไม่ (ผู้ตอบเล่าเหตุการณ์ และประเมินในความเห็นของผู้ป่วยเอง และผู้สัมภาษณ์ประเมินแยกต่างหาก)

ผู้ให้ข้อมูล

☐ เป็นไปได้ยาก

☐ เป็นไปได้

☐ เป็นไปได้มาก

☐ ประเมินไม่ได้

เพราะ.....

ผู้สัมภาษณ์

☐ เป็นไปได้ยาก

☐ เป็นไปได้

☐ เป็นไปได้มาก

☐ ประเมินไม่ได้

เพราะ.....

17. เคยมีเหตุการณ์ลักษณะนี้เกิดขึ้นกับ(ชื่อผู้ตาย) มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
ถ้ามี ครั้งที่แล้วเขาแก้ไขปัญหอย่างไร และปัญหาคลี่คลายดีขึ้นได้อย่างไร ต่างจากครั้งนี้อย่างไร
.....
.....
18. เขาเคยพยายามทำร้ายตัวเองมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ทำมาแล้ว.....ครั้ง
(ถ้าเคย) “ ครั้งที่แล้วเกิดอะไรขึ้น ” ช่วยเล่ารายละเอียดด้วย
- ครั้งที่ 1 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนวค่อ ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....
เหตุกระตุ้น.....
เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร เช่น สองเดือนก่อน).....
- ครั้งที่ 2 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนวค่อ ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....
เหตุกระตุ้น.....
เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร).....
- ครั้งที่ 3 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนวค่อ ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....
เหตุกระตุ้น.....
เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร).....

2. แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน

- (ชื่อผู้ตาย)มีญาติที่ใกล้ชิดหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่.....
(ชื่อผู้ตาย)มีเพื่อนสนิทหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่.....
ความสัมพันธ์ของ(ชื่อผู้ตาย)กับญาติพี่น้องเป็นอย่างไร.....
(ชื่อผู้ตาย)เคยขอความช่วยเหลือ ในปัญหาที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่.....
☐ ไม่เคย ☐ เคย
รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

3. การใช้บริการ

- เขาเคยใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านในระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย
รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

เขาเคยไปหาหมอดู/ร่างทรง/ปรึกษาพระ ในระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

4. การดำเนินชีวิตก่อนเกิดเหตุทำร้ายตนเอง

ด้านสุขภาพและความปลอดภัยทางกาย (สอบถามถึงสุขภาพทั่วไปและอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ท้องผูก) โดยถามคำถามเหล่านี้เป็นการเปิดประเด็นการพูดคุย

สุขภาพของเขาเป็นอย่างไร.....

มีอาการอะไรบกวนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

มีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

ต้องกินยาประจำหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย ☐ ไม่ทราบ

ผล ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าผลเป็นบวก ให้ตอบคำถามต่อไปนี้

เขามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพหรือมีอาการอะไรบกวนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ (อาการและระยะเวลาที่เป็น).....

เขาเคยได้รับการรักษาที่ไหนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

เขาเคยได้รับการปรึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

เขามีอาการอะไรที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่สามารถสังเกตได้หรือไม่ (ตอบโดยผู้สัมภาษณ์)

☐ ไม่มี ☐ มี คือ (อาการและระยะเวลาที่เป็น).....

ด้านระบบความคิดและความเชื่อ (ความคิดเห็นเกี่ยวกับชีวิตต่อตนเอง ความคาดหวัง ความเชื่อทางศาสนา

ความผิดปกติทางความคิด เช่น หลงผิด หวาดระแวง ความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น)

☐ ไม่ ☐ เชื่อ คือ.....

เขามีเรื่องอะไรที่อาจทำให้ไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ด้านความรู้สึก (อารมณ์ต่าง ๆ เช่น กังวล โกรธ เศร้า รู้สึกผิด สุนัข ความรู้สึกต่อตนเอง ความเหมาะสมและ
การแสดงออกของอารมณ์ที่เกิดขึ้น)

อารมณ์ของเขาในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร.....

เขาเคยบนเบาะหรือดูเศร้าไปหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย คือ(รายละเอียด).....

ด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่

ระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุ เขา

รับประทานอาหารได้ตามปกติ	☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ☐ ไม่ทราบ
นอนหลับได้ดี	☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ☐ ไม่ทราบ
ขับถ่ายปกติ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ
ผ่อนคลายได้อย่างเพียงพอ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ
มีปัญหาไม่ลงรอย/ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ
ยังพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ
ทำงานได้ตามปกติ	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ
มีโอกาสดำรงสิ่งที่ชอบได้	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่ทราบ

5. ข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ

ช่วยบรรยายลักษณะนิสัยของ(ชื่อผู้ตาย).....

เวลาเขามีเรื่องผิดใจกับคนในครอบครัวอย่างไร.....

ในครอบครัวเขามีใครเคยพยายามทำร้ายตัวเองหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ใช้วิธี..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ในครอบครัวเขามีใครเคยฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ใช้วิธี..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

(ชื่อผู้ตาย)ดื่มสุราหรือไม่

☐ ไม่ ☐ ดื่ม ปริมาณที่ดื่มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาต่อวัน
ปริมาณที่ดื่มในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....ต่อวัน

(ชื่อผู้ตาย)มีปัญหาสุขภาพจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ

(ชื่อผู้ตาย)มีปัญหาครอบครัวจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

(ชื่อผู้ตาย)มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือปัญหากฎหมายจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

(ชื่อผู้ตาย)เคยใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ตอบต่อในรายละเอียด)

สารตัวที่ 1ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

สารตัวที่ 2ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

สารตัวที่ 3ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

(ชื่อผู้ตาย)เคยใช้ยาทางจิตเวช เช่นยาคลายกังวล/ นอนหลับ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ.....

(ชื่อผู้ตาย)เคยรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ.....

ในครอบครัวเขามีใครเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ (บุคคลและอาการที่เป็น)

6. การวินิจฉัยทางจิตเวช

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (ชื่อผู้ตาย)มีอาการต่อไปนี้หรือไม่

(ทำเครื่องหมาย หน้าอาการที่มี หากในบรรดานั้นมีอาการมากกว่าหนึ่ง ให้ขีดเส้นใต้อาการที่มี เช่น มีอาการเศร้า หดหู่ ญาติ
หักว่าซึมไป และเขียนบรรยายเพิ่มเติมในช่องว่างหลังข้อความ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ในด้านอาการและระยะเวลาที่เป็น

ทำเครื่องหมาย + หน้าข้อความหากไม่มีอาการนั้น กรุณาทำเครื่องหมายหน้าอาการทุกข้อ

.....มีอาการเศร้า หดหู่ หรือญาติหักว่าซึมไป

.....ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ

.....นอนไม่หลับ

.....รับประทานอาหารไม่ได้(หรือทานได้มากกว่าปกติ)

.....พูดน้อยลง พูดช้าลง

.....อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง

.....ดูกังวลใจมาก

.....ตำหนิตนเอง มองตนเองในแง่ไม่ดี

.....หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี

.....กระสับกระส่ายหรือกังวลใจ

.....ติดสุรามากขึ้น

.....ใช้สารเสพติด

.....ทุแ้ว หรือญาติบอกว่าพูดคนเดียว

.....มีความกลัวหรือความเชื่อที่แปลก เช่น คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย.....

" มีอะไรเพิ่มเติมที่ผม (ดิฉัน)ยังไม่ได้ถามและคุณคิดว่าอาจทำให้เราเข้าใจการเสียชีวิต (ชื่อผู้ตาย)ได้ดีขึ้น"

.....

.....

.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

(บันทึกข้อสังเกตเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ด้านหลังของแบบสอบถามนี้)

.....

แบบสอบถามผู้พยายามฆ่าตัวตาย

วันที่...../...../..... สถานที่สัมภาษณ์/เก็บข้อมูล.....

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. รหัสประจำตัวผู้ป่วย.....

2. อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน

☐ ประถม

☐ มัธยม

☐ อนุปริญญา

☐ ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

4. เชื้อชาติ

☐ ไทย

☐ จีน

☐ พม่า

☐ ลาว

☐ ชาวไทยภูเขาเผ่า.....

☐ อื่นๆ

5. ศาสนา

☐ พุทธ

☐ อิสลาม

☐ คริสต์

☐ อื่นๆ

6. ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ อยู่คนเดียว

☐ อยู่กับเพื่อน

☐ อยู่กับคู่สมรส

☐ อยู่กับพ่อแม่/ญาติพี่น้อง

☐ อื่นๆ

7. สถานภาพสมรส ☐ ไม่เคยแต่งงาน

☐ แต่งงานแล้ว จำนวน.....ครั้ง

สภาพปัจจุบัน ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย

มีบุตร/ธิดา รวม.....คน

ผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของผู้ป่วย.....คน

8 อาชีพ

☐ รับราชการ

☐ ค้าขาย/ธุรกิจ

☐ ลูกจ้าง/รัฐวิสาหกิจ

☐ รับจ้าง/กรรมกร

☐ เกษตรกร

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

รายละเอียดของอาชีพ.....

(ให้ขยายความเพื่อแสดงถึงรายละเอียดที่มีผลต่อการเข้าถึงวิธีการทำร้าย เช่น รับราชการ ให้เต็ม เป็นตำรวจ ครู เป็นต้น)

9. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยบาท/เดือน

- ☐ พอใช้ ---มีเงินสะสม
---ไม่มีเงินสะสม
- ☐ ไม่พอใช้ ---มีหนี้สิน
---ไม่มีหนี้สิน
- ได้ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจาก.....

ไม่มีรายได้เพราะ.....

10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวบาท/เดือน
11. จำนวนสมาชิกในบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่.....คน

เหตุกระตุ้นและวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

12. เหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้ทำร้ายตัวเอง

.....

.....

.....

รายละเอียดของการทำร้ายตัวเอง

13. วัน/ เวลา /สถานที่

.....

14. วิธีการที่ใช้ครั้งนี้ ☐ กินยา/สารเคมี ☐ แขว่นคอ
- ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่..... ☐ ใช้ปืนยิงที่.....
- ☐ กระโดดที่สูง..... ☐ อื่นๆ

15. ผู้ป่วยเคยบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตัวเองหรือไม่ (เช่น แจกของใช้ส่วนตัวให้ผู้อื่น พูดเป็นนัยหรือ

พูดบ่น ทำพิธีกรรม เป็นต้น) ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

.....

.....

18. ตอนที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง คิดว่ามีโอกาสที่ผู้อื่นจะพบและให้ความช่วยเหลือหรือไม่ (ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์และประเมินในความเห็นของผู้ป่วยเอง และผู้สัมภาษณ์ประเมินแยกต่างหาก)

ผู้ป่วย ☐ เป็นไปได้ยาก ☐ เป็นไปได้ ☐ เป็นไปได้มาก ☐ ประเมินไม่ได้

เพราะ.....

ผู้สัมภาษณ์ ☐ เป็นไปได้ยาก ☐ เป็นไปได้ ☐ เป็นไปได้มาก ☐ ประเมินไม่ได้

เพราะ.....

เคยมีเหตุการณ์ลักษณะนี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ถ้ามี ครั้งที่แล้วผู้ป่วยแก้ไขปัญหายังไร และปัญหาคลี่คลายดีขึ้นได้อย่างไร ต่างจากครั้งนี้อย่างไร

.....
.....

18. ผู้ป่วยเคยพยายามทำร้ายตัวเองมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ทำมาแล้ว.....ครั้ง
(ถ้าเคย) “ ครั้งที่แล้วเกิดอะไรขึ้น ” ช่วยเล่ารายละเอียดด้วย

ครั้งที่ 1 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนงคอก ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....

เหตุกระตุ้น.....

เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร เช่น สองเดือนก่อน).....

ครั้งที่ 2 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนงคอก ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....

เหตุกระตุ้น.....

เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร).....

ครั้งที่ 3 วิธีการที่ใช้ ☐ กินยา/สารเคมี.....☐ แขนงคอก ☐ ใช้มีดกรีด/แทงที่.....
☐ ใช้ปืน ยิงที่..... ☐ กระโดดจากที่สูง.....☐ อื่น ๆ.....

เหตุกระตุ้น.....

เวลา (ห่างจากปัจจุบันเท่าไร).....

2. แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุน

ผู้ป่วยมีญาติที่ใกล้ชิดหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่.....

ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่.....

ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติพี่น้องเป็นอย่างไร.....

ผู้ป่วยเคยขอความช่วยเหลือ ในปัญหาที่เกี่ยวกับการทำร้ายตนเองครั้งนี้หรือไม่.....

☐ ไม่เคย ☐ เคย

รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

3. การใช้บริการ

ผู้ป่วยเคยใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านในระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

ผู้ป่วยเคยไปหาหมอ/ร่าทรง/ปรึกษาพระ ในระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

รายละเอียด(จากใคร / ที่ไหน / เมื่อไหร่).....

4. การดำเนินชีวิตก่อนเกิดเหตุทำร้ายตนเอง

ด้านสุขภาพและความปลอดภัยทางกาย (สอบถามถึงสุขภาพทั่วไปและอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ท้องผูก) โดยถามคำถามเหล่านี้เป็นการเปิดประเด็นการพูดคุย

สุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างไร.....

มีอาการอะไรบกวนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

มีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

ต้องกินยาประจำหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี คือ.....

เคยตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ดส์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ผล ☐ บวก ☐ ลบ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าผลเป็นบวก ให้ตอบคำถามต่อไปนี้

ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพหรือมีอาการอะไรบกวนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ (อาการและระยะเวลาที่เป็น).....

ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาที่ไหนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ผู้ป่วยเคยได้รับการปรึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ผู้ป่วยมีอาการอะไรที่เกี่ยวข้องกับโรคเอ็ดส์ที่สามารถสังเกตได้หรือไม่ (ตอบโดยผู้สัมภาษณ์)

☐ ไม่มี ☐ มี คือ (อาการและระยะเวลาที่เป็น).....

ด้านระบบความคิดและความเชื่อ (ความคิดเห็นเกี่ยวกับชีวิตต่อตนเอง ความคาดหวัง ความเชื่อทางศาสนา
ความผิดปกติทางความคิด เช่น หลงผิด หวาดระแวง ความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น)

☐ ไม่ ☐ เชื่อ คือ.....

ผู้ป่วยมีเรื่องอะไรที่อาจทำให้ไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ด้านความรู้สึก (อารมณ์ต่าง ๆ เช่น กังวล โกรธ เศร้า รู้สึกผิด สนุก ความรู้สึกต่อตนเอง ความเหมาะสมและ
การแสดงออกของอารมณ์ที่เกิดขึ้น)

อารมณ์ของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร.....

ด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่

ระยะ 1 เดือนก่อนเกิดเหตุ ผู้ป่วย

รับประทานอาหารได้ตามปกติ	☐ ไม่ได้ ☐ ได้
นอนหลับได้ดี	☐ ไม่ได้ ☐ ได้
ขับถ่ายปกติ	☐ ไม่มี ☐ มี
ผ่อนคลายได้อย่างเพียงพอ	☐ ไม่มี ☐ มี
มีปัญหาไม่ลงรอย/ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	☐ ไม่มี ☐ มี
ยังพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ	☐ ไม่มี ☐ มี
ทำงานได้ตามปกติ	☐ ไม่มี ☐ มี
มีโอกาสทำสิ่งที่ชอบได้	☐ ไม่มี ☐ มี

5. ข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ

ช่วยบรรยายลักษณะนิสัยของตนเอง.....

เวลาที่มีเรื่องผิดใจกับคนในครอบครัวทำอย่างไร.....

ในครอบครัวมีใครเคยพยายามทำร้ายตัวเองหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ใช้วิธี..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ในครอบครัวมีใครเคยฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ใช้วิธี..... เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

ผู้ป่วยดื่มสุราหรือไม่

☐ ไม่ ☐ ดื่ม ปริมาณที่ดื่มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาต่อวัน

ปริมาณที่ดื่มในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา.....ต่อวัน

ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ

ผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัวจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ผู้ป่วยมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือปัญหากฎหมายจากการดื่มหรือไม่

☐ ไม่ ☐ มี คือ.....

ผู้ป่วยเคยใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ตอบต่อในรายละเอียด)

สารตัวที่ 1ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

สารตัวที่ 2ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

สารตัวที่ 3ปริมาณ.....ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

ผู้ป่วยเคยใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาลดความวิตกกังวล/ นอนหลับ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ.....

ผู้ป่วยเคยรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ.....

ในครอบครัวมีใครเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คือ (บุคคลและอาการที่เป็น)

6. การวินิจฉัยทางจิตเวช

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

(ทำเครื่องหมาย หน้าอาการที่มี หากในบรรทัดนั้นมีอาการมากกว่าหนึ่ง ให้ขีดเส้นใต้อาการที่มี เช่น มีอาการเศร้า หดหู่ ญาติ
หักว่าซึมไป และเขียนบรรยายเพิ่มเติมในช่องว่างหลังข้อความ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ในด้านอาการและระยะเวลาที่เป็น

ทำเครื่องหมาย + หน้าข้อความหากไม่มีอาการนั้น) กรุณาทำเครื่องหมายหน้าอาการทุกข้อ

.....มีอาการเศร้า หดหู่ หรือญาติหักว่าซึมไป

.....ไม่สนใจหรือไม่อยากทำสิ่งที่เคยชอบหรือพอใจ

.....นอนไม่หลับ

.....รับประทานอาหารไม่ได้(หรือทานได้มากกว่าปกติ)

.....พูดน้อยลง พูดซ้ำลง

.....อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง

..... दुกั่วงวลใจมาก

.....ตำหนิตนเอง มองตนเองในแง่ไม่ดี

.....หลงลืม ใจลอย สมาธิไม่ดี

.....กระสับกระส่ายหรือกังวลใจ

.....ติดสุรามากขึ้น

.....ใช้สารเสพติด

.....หูแว่ว หรือญาติบอกว่าพูดคนเดียว

..... มีความกลัวหรือความเชื่อที่แปลก เช่น คิดว่ามีคนจะทำร้าย.....

“ มีอะไรเพิ่มเติมที่ผม (ดิฉัน) ยังไม่ได้ถามและคุณคิดว่าเป็นสิ่งที่ทำให้คุณไม่สบายใจอีกหรือไม่”

.....

.....

.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากญาติ (ถ้ามี)

.....

.....
