

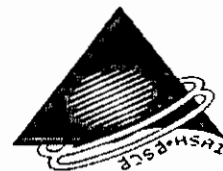
รายงานการวิจัย

ผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่มีต่อแนวโน้ม
การฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดของประเทศไทย

Impacts of Socio-economic Factors on Provincial Suicide Trends
in Thailand

ดร.ดรณวรรณ สมใจ

ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



เลขหมู่ HV 6548.T5 6133 ๗ 2554
เลขทะเบียน HS1914
วันที่ ๒7 มี.ค. 2555

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานวิจัยฉบับนี้นำเสนอผลการวิจัยในโครงการ ผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่มีต่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดของประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบเชิงประจักษ์ (positive approach) ศึกษาถึงการฆ่าตัวตายในมุมมองทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในระดับที่สามารถมองในภาพรวมของประเทศ เพื่อสามารถอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศ โดยเน้นศึกษาในมุมมองด้านเศรษฐกิจและสังคม และความแตกต่างกันทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยก็มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวเลขสถิติทุติยภูมิ (secondary data) เป็นหลักเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลสถิติทุติยภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2549 รวม 5 ปี เพื่อวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งแยกวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายแยกตามเพศ และแยกตามภูมิภาค เพื่อให้สามารถอธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

จากการวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากร และสามารถอธิบายความผันแปรของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดได้ร้อยละ 60

เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายเพศ พบว่าในทุกภูมิภาคเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง โดยที่ภาคเหนือทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงถึง 3.6 เท่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ การสูบบุหรี่ โดยจำแนกเป็นตัวแปรที่มีผลเชิงบวกซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง

ส่วนในเพชฌัญญ์ พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพชฌัญญ์ คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การว่างงาน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยจำแนกเป็นตัวแปรที่มีผลเชิงบวกซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของเพชฌัญญ์สูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ตัวแปรที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การว่างงาน การขยายตัวของชุมชนเมือง

ส่วนในระดับภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การขยายตัวของประชากรสูงอายุ ภาคเหนือ จะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรมและการว่างงาน รวมทั้งการเกิดโรคเอดส์ ส่วนภาคใต้จะขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเกิดโรคเอดส์ และความพิการ

จากผลสรุปจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันระหว่างเขตและระหว่างภูมิภาค ทางด้านเศรษฐกิจ ความยากจน การมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายของประชากรเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายของประชากร รวมทั้งในเพศชาย นอกจากความยากจนจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายแล้ว การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมยังส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายในเพศชายอีกด้วย ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความเครียดของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lester (1997) ซึ่งพบว่าความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียด

ในขณะเดียวกัน ในเพชฌัญญ์ อัตราการว่างงานสูงขึ้นกลับส่งผลลบต่ออัตราการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการพัฒนาทางเศรษฐกิจ กลับส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น การเข้าสู่ตลาดแรงงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายในเพชฌัญญ์สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นในต่างประเทศ เช่น Yong Hwan Noh (2009: 575-582) ศึกษาการว่างงานกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประเทศ OECD พบว่า การว่างงานมิได้ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเสมอไป ในเพชฌัญญ์ การว่างงาน และการมีบุตร เป็นการลดแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายในเพชฌัญญ์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อเพศชาย มากกว่าเพชฌัญญ์ ส่วนปัจจัยด้านสังคม ตัวแปรทุกตัวล้วนสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งในเพศชาย และเพชฌัญญ์ได้ดี ดังนั้นการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทาง

เศรษฐศาสตร์ และทฤษฎีทางสังคม นั่นคือการที่บุคคลมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะเนื่องมาจากอรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ (lifetime expected utility) นั้นลดลง หมายถึงเมื่อบุคคลประสบกับภาวะรายได้ลดลง หรือมีความสามารถในการหารายได้ลดลง จะส่งผลให้เกิดแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น รวมทั้งเหตุผลทางด้านสังคม การขาดการบูรณาการทางสังคม ภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคลไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้นการที่เกิดการหย่าร้าง ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายอันเกิดจากสุขภาพเสื่อมโทรม การรับรู้การเข้าใจเสื่อมถอย การสูญเสียทางด้านสังคม การเสียชีวิตของคู่ครอง การสูญเสียหน้าที่การงาน การปรับตัวหลังการเกษียณอายุ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่ประสบภาวะการหย่าร้าง เกิดภาวะโดดเดี่ยว แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งในปัจจัยด้านสุขภาพ การเป็นโรคเอดส์ ความพิการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อทั้งด้านสังคมส่งผลให้มีการบูรณาการทางสังคมต่ำ และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ความสามารถในการหารายได้ลดลง อรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ลดลง ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น

ในส่วนภูมิภาคสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภูมิภาคมีความต่างกัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การขยายตัวของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย อาจเนื่องมาจากเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุสูงที่สุดในประเทศ มีผู้สูงอายุอยู่ถึง 33.6% รวมทั้งผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.6) มีโรคเรื้อรังประจำตัว (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, 2553) ในขณะที่ภาคเหนือ อัตราการฆ่าตัวตายจะขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจ และการเกิดโรคเอดส์ เป็นตัวแปรสำคัญ การฆ่าตัวตายในภูมิภาคนี้จะขึ้นอยู่กับ การว่างงาน ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการที่มีความเครียดจากการพัฒนาของอุตสาหกรรม ซึ่งก่อให้เกิดการปรับตัว รวมทั้งการเกิดโรคเอดส์ ซึ่งภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่ประชากรเป็นโรคเอดส์สูงเป็นอันดับ 2 รองจากภาคกลาง (กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553) ส่วนในภาคใต้ อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไม่ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจ แต่จะขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเอดส์ และความพิการ

โดยสรุปการฆ่าตัวตายจัดเป็นดัชนีบ่งบอกคุณภาพชีวิตของประชากรในวัฒนธรรมนั้นๆ และเป็นดัชนีที่นิยมใช้กันมากที่สุดตัวหนึ่งในการบ่งชี้สภาวะสุขภาพของสังคม ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญประการหนึ่งในปัจจุบัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมาทั้งใน

ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จากการศึกษาโดยดูแนวโน้มจากสถิติระดับชาติ พบว่าการฆ่าตัวตายค่อนข้างจะเป็นแนวโน้มเฉพาะถิ่น นั่นคือการฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งระหว่างเพศมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย เน้นการกระจายรายได้ และการจ้างงานในระดับภูมิภาค จากผลของความยากจนส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย จึงควรเน้นการพัฒนา และการจ้างงานในชนบท เน้นให้ประชาชนในท้องถิ่นมีงานทำที่มั่นคง นอกจากเป็นการลดความยากจน ยังเป็นการลดการย้ายถิ่นของประชากร เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวอย่าร้าง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังอันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์และความสุข รวมทั้งควรมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในเพศชาย ที่น่าจะมีแนวโน้มเกิดการฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากเกิดการสูญเสียทรัพย์สินและรายได้อย่างรวดเร็ว เช่น หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ กลุ่มประชาชนต้องประสบกับภาวะยากจน กลุ่มผู้ตกงานถูกเลิกจ้าง หรือกลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร จากผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากร ส่วนหนึ่งเกิดจากการติดเชื่อเอดส์ และความพิการ ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากการจัดงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาลแล้ว การสร้างอาชีพให้กับกลุ่มคนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองได้ สามารถหารายได้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง เป็นการลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งนอกจากจะเป็นการสร้างรายได้แล้ว ยังสามารถทำให้ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ของผู้ติดเชื่อเอดส์ และผู้พิการ ควรเน้นมาตรการการให้คำปรึกษาในมุมที่ช่วยในการลดความคิดในการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในภาคเหนือ สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและสังคมให้เกิดการยอมรับ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้นยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจาก สารนิโคตินในบุหรี่มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มของระดับของการมีบุคลิกภาพแบบ Neuroticism ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะวิตกกังวลและเครียดมากกว่าคนอื่น ๆ ในเรื่องงาน ประเมินผลงานของตัวเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรืออาจไม่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ดังนั้นให้ความสำคัญกับการรณรงค์การเลิกบุหรี่ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของประชากรลงได้

ด้านการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ควรมีการเฝ้าระวังด้านความเครียด สุขภาพจิต และการปรับตัว โดยเน้นในกลุ่มของแรงงานภาคอุตสาหกรรม การส่งเสริมความร่วมมือของสถานประกอบการในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เพื่อลดความเครียดให้กับพนักงาน เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การมีสถานที่ให้พนักงานได้ออกกำลังกายหลังเลิกงาน เป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยลดความเครียดให้กับแรงงานได้อีกทางหนึ่ง รวมทั้งควรมีการส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ความสามัคคีของชุมชน การเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะเห็นว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการหย่าร้าง ความชราภาพ ล้วนเป็นผลให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดการบูรณาการด้านสังคม โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีความผูกพันกับครอบครัวมากกว่าชาย การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และสังคม เป็นสิ่งต่อต้านพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กิจกรรมนันทนาการ เพื่อป้องกันการแยกตัวออกจากสังคมสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถมีการดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยทุนสนับสนุนจากสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณสถาบันที่เห็นความสำคัญของงานวิจัยในครั้งนี้และได้กรุณาให้ทุนสนับสนุน รวมทั้งขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขรายงานให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัย

ธันวาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(10)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตการวิจัย	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิดการฆ่าตัวตาย	5
2.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย	20
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย	24
2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	30
2.5 สมมติฐานของการวิจัย	31
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
3.2 หน่วยในการวิเคราะห์	32
3.3 ตัวแปร นิยามปฏิบัติการ และตัวชี้วัด	32
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	35
3.5 แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา	36

บทที่ 4 ผลการวิจัย

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา 39

4.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุ 49

บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 ภาพรวมของการวิจัย 62

5.2 สรุปข้อค้นพบและตอบคำถามวิจัย 62

บรรณานุกรม 72

ภาคผนวก 76

· สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 Suicide per 100,000 people per year	21
2.2 สาเหตุการตายสำคัญ 10 อันดับแรกของคนไทย พ.ศ.2546-2550	22
2.3 จำนวนและอัตราการถูกฆ่าตายและการฆ่าตัวตาย พ.ศ.2550	23
2.4 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ	28
4.1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ 76 จังหวัด	40
4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย	50
4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยจำแนกตามภูมิภาค	51

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากร	2
2.1 การกระจายการบริโภคตลอดช่วงอายุ	16
2.2 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2520-2550	23
2.3 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2550 จำแนกตามอายุ	24
4.1 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบรายภาค	41
4.2 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบระหว่างเพศและระหว่างภูมิภาค	41
4.3 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของประชากร	42
4.4 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย	43
4.5 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิง	43
4.6 การหย่าร้างของประชากรเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค	44
4.7 จำนวนผู้พิการเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค	45
4.8 จำนวนผู้พิการเปรียบเทียบระหว่างปี	45
4.9 Kernel density estimate ของอัตราความพิการของประชากร	46
4.10 สัดส่วนคนจนเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค	47
4.11 จำนวนผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค	48
4.12 จำนวนผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบระหว่างปี	48
4.13 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากร	53
4.14 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรจำแนกตามเพศ	59

บทที่ 1

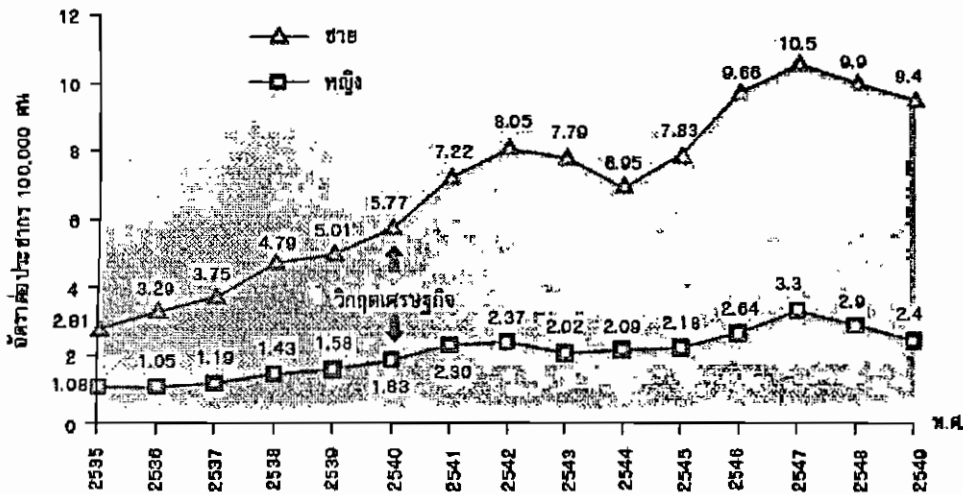
บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

อัตราการฆ่าตัวตายเป็นดัชนีหนึ่งในการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร การฆ่าตัวตาย (suicide) เป็นวิธีการที่บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งประกอบกิจกรรมบางอย่างอันจะทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลง การฆ่าตัวตายของคนในสังคมเป็นเครื่องบ่งชี้ของสภาวะสุขภาพของคนในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไขจากทุกๆ ส่วน ที่เกี่ยวข้อง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากรายงาน 10 อันดับ การตายของประชากรจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 7 ที่ทำให้ประชากรเสียชีวิต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ,กระทรวงสาธารณสุข. 2553)

การวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญลำดับต้นๆ ในงานสาธารณสุข การทราบสาเหตุและแนวโน้มการฆ่าตัวตายในภาพรวมและในระดับภูมิภาคของประเทศ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยจัดวางนโยบายให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลในด้านภูมิภาคที่มีการฆ่าตัวตายสูง

อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยมีอัตราสูงขึ้น พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย 2.81 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ.2535 และเพิ่มขึ้นเป็น 9.4 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ. 2549 อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยรวมอยู่ประมาณ 9-10 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตามเมื่อดูช่วงวัยที่พบบ่อยแล้วพบว่าอัตราสูงสุดในวัยหนุ่มสาวในช่วงอายุ 22-33 ปี ลักษณะเช่นนี้ต่างจากแนวโน้มสากลที่จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงแปรตามอายุที่มากขึ้น เช่นในสหรัฐอเมริกาการฆ่าตัวตายในวัย 15-24 ปีพบร้อยละ 14 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด ขณะที่ในวัยมากกว่า 65 ปีพบร้อยละ 16.9 และมากกว่า 75 ปีพบร้อยละ 206 ในประเทศทางเอเชีย เช่น ฮองกง จีน ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ก็พบการฆ่าตัวตายสูงในผู้สูงอายุเช่นกัน



ภาพที่ 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากร

แหล่งที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 227

การที่ประชากรที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาวนี้ มีผลกระทบต่อประเทศในเชิงเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างมาก ในประเทศไทยแม้จะมีตัวเลขเฉลี่ยของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไม่สูง แต่หากประชากรที่เสียชีวิตอยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถก่อผลผลิตให้แก่ประเทศอีกยาวนาน ผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์จากการสูญเสียจะมีมากกว่าประเทศที่มีตัวเลขเฉลี่ยการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูง แต่ประชากรที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ

นอกจากนั้นการฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และยังก่อความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก แม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด อาจทำให้พวกเขาไม่สามารถทำงานหรือหย่อนประสิทธิภาพในการทำงาน ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ในด้านความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งวัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดในช่วงอายุ 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยหลักในการก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของ

ครอบครัวอย่างสูง เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัวหรือลูกยังอยู่ในวัยเรียน หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ครอบครัวก็ขาดที่พึ่งไป

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคมนับเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายในประชากรวัยแรงงาน ในระหว่างปีพ.ศ. 2551 ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาทั้งในด้านการเมือง และเศรษฐกิจ ปัญหาจำนวนผู้ตกงานสูงขึ้น ส่งผลให้คนไทยจำนวนมากเกิดภาวะความเครียดจากการว่างงาน และสภาพการเงินฝืดเคือง สิ่งที่เกิดขึ้นต่อมาคือภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละประมาณ 1 ล้านคน หรือวันละ 2,739 คนเฉลี่ยชั่วโมงละ 114 คน หรือนาทีละ 2 คน และในปี 2563 จะมีคนเลือกที่จะ "ฆ่าตัวตาย" สูงถึง 1.5 ล้านคน สำหรับสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย อยู่ในอันดับที่ 71 ของโลกในช่วง พ.ศ.2541-2550 ข้อมูลจำนวนการฆ่าตัวตายที่ได้จากมรณบัตรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ชี้ว่าจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,442 รายต่อปี โดยในปี 2542 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยได้รับแรงกระแทกจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจนั้น การฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 5,200 ราย ต่อปี แต่ในปี 2550 มีจำนวนลดลงเหลือ 3,458 ราย (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2553) แบบแผนการฆ่าตัวตายของสังคมไทยที่น่าสนใจก็คือ มีพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำชัดเจนคือ อัตราสูงมากในจังหวัดทางภาคเหนือ โดยเฉพาะเชียงใหม่และลำพูน ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุด คือ ภาคใต้ เป็นที่น่าสนใจว่าบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจทำร้ายตนเองจนถึงชีวิต

การศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของประชากรไทย มักจะเป็นการศึกษาเชิงลึกรายบุคคล เกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาอันนำมาสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งยังไม่ได้มีการทำวิจัยในเรื่องของประเด็นทางด้านเศรษฐกิจสังคม กับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจในต่างประเทศ และความแตกต่างของสาเหตุของการฆ่าตัวตายในแต่ละภาคส่วนของประเทศ ซึ่งเชื่อว่าบริบทของจังหวัดในแต่ละภาคของประเทศ น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันมากระหว่างภาคของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ และระดับจังหวัด โดยนำตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มาศึกษาว่ามีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรไทยหรือไม่ และส่งผลแตกต่างกันอย่างไรในระหว่างภาคของประเทศไทย รวมทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยมาคาดประมาณการแนวโน้มอัตราการ

ฆ่าตัวตายของประชากรในอนาคตได้ เพื่อนำมาสู่การวางแผน นโยบายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน การฆ่าตัวตายของประชากรต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการฆ่าตัวตายในเพศชาย และหญิงของประชากรในระดับจังหวัด
2. เพื่อศึกษาว่ามีตัวแปรภายใต้ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพล และส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงปีที่ศึกษาในระดับจังหวัด และในจำนวนตัวแปรภายใต้ปัจจัยดังกล่าว มีตัวแปรใดที่ส่งผลกระทบมากที่สุด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภูมิภาค
4. เพื่อหาแบบจำลองที่สามารถคาดการณ์อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในอนาคต

1.3 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษากวาระหนึ่งแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต ช่วงเวลาในการศึกษา โดยศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย ในระดับจังหวัด รวม 76 จังหวัด ตั้งแต่พ.ศ. 2545-2549 รวมระยะเวลา 5 ปี

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข ได้เข้าใจถึงผลกระทบของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่ออัตราการฆ่าตัวตายโดยสามารถทราบปัจจัยที่มีผลของการฆ่าตัวตายในเพศชาย และเพศหญิง รวมทั้งความแตกต่างของสาเหตุของการฆ่าตัวตายในแต่ละภาคส่วนของประเทศ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่มีลักษณะเฉพาะลงไปในแต่ละพื้นที่ อันนำไปสู่การบริหารจัดการเชิงควบคุมและป้องกัน เพื่อให้สามารถลดอุบัติการณ์ การฆ่าตัวตายของประชาชนในระดับพื้นที่ลงได้
2. เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตายในอนาคต

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งหมายถึง การกระทำที่จะสิ้นสุดชีวิตตนเองโดยมีทั้งแบบหุ่นยนต์หรือมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า อาจเป็นการบอกกล่าวด้วยคำพูด หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เหตุผล คือ ต้องการหลีกเลี่ยงจากความสัมพันธ์สถานการณ์ที่อดทนไม่ได้หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงเป็นการกระทำที่ต้องการจบชีวิตของตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ (Elizabeth & Carol, 1996: 590) ในการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการฆ่าตัวตายของประชากร

ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ มองว่าชีวิตของมนุษย์หล่อหลอมจากความต้องการทางร่างกายแรงขับทางเพศ และสัญชาตญาณของความก้าวร้าว (ถวิล ธาราโกชน์ และศรัณย์ คำวิสุท, 2543: 15) โดยฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่า พฤติกรรมทั้งหมดที่บุคคลแสดงออกนั้นมาจากสัญชาตญาณแรงขับ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. สัญชาตญาณแห่งการมีชีวิต (Life instinct) หรือแรงขับทางเพศ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลได้พัฒนาและเจริญเติบโต และต่อสู้เพื่อให้ตนมีชีวิตอยู่

2. สัญชาตญาณแห่งความตาย (Dead instinct) หรือแรงขับของความก้าวร้าว เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอันไปสู่การทำลาย ซึ่งบุคคลทุกคนมีทั้ง 2 สัญชาตญาณนี้ ในบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ถ้ามีสัญชาตญาณแห่งการมีชีวิตมากกว่าสัญชาตญาณแห่งการตายก็จะมีไม่มีการฆ่าตัวตาย และฟรอยด์ เชื่อว่า คนที่ฆ่าตัวตายมีสัญชาตญาณแห่งการตายต่อตนเองอยู่แล้ว พื้นฐานของคนพวกนี้จะมีความโกรธต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายความโกรธนี้จะพุ่งเข้าหาตนเอง กลายเป็นโกรธ เกลียด และลงโทษตนเอง ก็เลยตัดสินใจฆ่าตัวตาย

คาร์ล เมนนิ่งเจอร์ (Karl Menninger) ให้ข้อสมมติฐานของการฆ่าตัวตายไว้ 3 ประการดังต่อไปนี้

1. พวกที่มีความปรารถนาจะเป็นผู้ฆ่า คือ ความอยากทำลายผู้อื่นซ่อนไว้ในใจ เขามีความคิดว่า ถ้าเขาจะตายก็ต้องมีคนอื่นตายตามเขาไปด้วย แต่แล้วทางออกก็มุ่งไปที่ตนเองก่อนพฤติกรรมเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นในตัวเองเล็ก ถ้าหากความต้องการของการถูกทำให้สับสนวุ่นวายเช่น กรณีทหารกำลังดูคนมอยู่ ถ้าหากมีใครคนหนึ่งเอนมออก เด็กทหารจะแสดงอาการได้อย่างมากก็คือ ร้องกรี๊ดออกมาด้วยความโกรธ บางคนอาจจะมีการทุบตีตนเอง หรือทำลายสิ่งของเสียหาย แต่ถ้าหากความรู้สึกแค้นที่เกิดขึ้นรู้สึกเก็บกดไว้ในใจมานาน ในทางกลับกันอาจจะนำไปสู่การทำลายตนเองก็ได้

2. พวกที่ปรารถนาเป็นเหยื่อ ได้แก่ พวก Masocism อย่างรุนแรง คือ ผู้ที่พอใจจะยอมรับความเจ็บปวด การพยายามฆ่าคนอื่นเป็นลักษณะสุดขั้วของความก้าวร้าว แต่การยอมรับการถูกฆ่า ก็คือรูปแบบอีกขั้วหนึ่งของการยอมจำนน (Form of submission) ความรู้สึกว่าตนเองควรจะต้องได้รับการลงโทษ

3. พวกที่ต้องการที่จะตาย ต้องการหนีโลกซึ่งเต็มไปด้วยความหลอกลวง ความสับสนวุ่นวายตามความคิดของเขา การเข้าไปสู่อีกโลกหนึ่งซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสุขกว่า ลักษณะของพฤติกรรมกลุ่มดังกล่าวจะพบได้จากในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต เข้าใจว่าความตายเป็นการหนีไปเพื่อที่จะได้กลับมาใหม่ เกิดความแตกต่างระหว่างจิตสำนึก และจิตไร้สำนึกในความต้องการตายและไม่ต้องการตาย เป็นผลให้เกิดความขัดแย้ง อันนำไปสู่การทำอัตวินิบาตกรรม

เมนนิ่งเจอร์เชื่อว่าบุคคลผู้กระทำอัตวินิบาตกรรมสำเร็จนั้นจะต้องมีความปรารถนาดังกล่าวครบทั้งสามชนิด ซึ่งวิธีการกระทำอาจต่างกันตามแต่ความปรารถนาใดจะรุนแรงกว่า เช่น ถ้าความปรารถนาที่จะฆ่ารุนแรงกว่าอาจจะกระทำโดยยิงตัวตาย หรือ ความปรารถนาที่จะถูกฆ่ารุนแรงกว่าอาจจะไปนอนใ้รถไฟทับ ส่วนความปรารถนาที่จะตายนั้นเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้บุคคลทำอัตวินิบาตกรรมสำเร็จหรือไม่ สำหรับผู้ที่ทำอัตวินิบาตกรรมแต่ไม่สำเร็จเพราะ ไม่มีความปรารถนาที่จะตายหรือมีความปรารถนาที่จะไม่ตายอยู่ในจิตไร้สำนึก (Karl Mernninger, 1966: 23 อ้างใน พระรัตนคุณ จันทโสภโณ, 2549: 50)

ซัลลีแวน (Sullivan) ได้วางทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่า บุคคลอาจจะถูกชักจูงและตอบสนองต่อบุคคลที่มีความสำคัญกว่าตน จุดสำคัญจึงอยู่ที่ความสัมพันธ์ของ

ตนเองกับบุคคลอื่น ได้แบ่งลักษณะบุคคลออกเป็น 3 ประการ คือ ในยามที่อยู่ในสภาวะมั่นคงปลอดภัย เขาจะเป็นสิ่งที่ดี (good me) ในสภาวะกังวล เขาจะเป็นสิ่งไม่ดี (bad me) และถ้าอยู่ในสภาพจิตที่เลวร้าย เขาจะอยู่ในสภาพที่ไม่มีตัวตน (not me) บุคคลจะประเมินตนเองจากการปฏิบัติของบุคคลอื่นที่ดีกว่าเขา ถ้าหากเมื่อใดที่ความมั่นคงและความปลอดภัยไม่สามารถแก้ไขได้ เขาอาจจะเปลี่ยนจากสิ่งไม่ดี ไปสู่สภาพที่ไม่มีตัวตน การคิดทำลายตัวเองเป็นหนทางหนึ่งในการที่จะหลุดพ้นจากความเศร้าเสียใจได้ (ธำรงค์ สมบุญตนนท์ และคณะ, 2542: 6)

ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamics theories) เชื่อว่าอาการทางจิต อาจเกิดจากการติด (fixation) กับพัฒนาการในระยะใดระยะหนึ่ง เนื่องจากการที่บุคคลไม่สามารถผ่านความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้นได้ ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไปได้ ดังนั้นแม้อายุของบุคคลนั้นจะผ่านระยะพัฒนาการไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจจะยังคงอยู่ นอกจากนี้อาการทางจิต อาจเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามหรือเมื่อบุคคลมีความลำบาก ในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้นเช่น เมื่อบุคคลได้รับความผิดหวังหรือมีความคับข้องใจอย่างมากจึงถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตใจในระยะต้นของชีวิต (regression) เพื่อช่วยให้ความกังวลลดลง เช่น การใช้จินตนาการ (fantasy) ซึ่งถือว่าเป็นการใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546: 28) ซึ่งมักจะมีประวัติเกี่ยวกับการสูญเสีย (Losses) (จำลอง ดิษยวณิช, 2522: 366) ซึ่งได้แก่

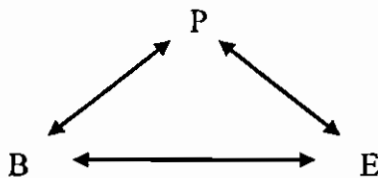
1. การสูญเสียของรักหรือคนรัก อวัยวะบางส่วนถูกตัดออกไป สุขภาพเสื่อมโทรม เป็นโรคเรื้อรัง และไม่มีทางรักษา พวกถูกแยกไปอยู่ต่างหากเมื่อโตแล้ว (Empty nest syndrome)
2. การเสียทรัพย์สินเงินทอง
3. การสูญเสียสถานะทางสังคม เป็นการเสียชื่อเสียงหรือเกียรติยศ ซึ่งก่อให้เกิดความอับอายขายหน้า

ทฤษฎีทางสังคม

ฮอว์นีย์ (Karn Horney) กล่าวว่า การพัฒนาการของเด็กจะเบี่ยงเบนไปเพราะถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม ศาสนา การเมืองและอื่นๆ คนหนุ่มสาวที่ขาดหลักประกันจะมีความคิดต่อโลกว่าไม่น่าอยู่ ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวล และการฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากเด็กที่ช่วยตนเองไม่ได้ และความรู้สึกที่เป็นปมด้อย ความรู้สึกที่ลึ้มเหลว ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงเป็นผลมาจากลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (วาริน ชมประเสริฐ, 2546: 21)

แอนดรูว์ เฮนรี่ เจมส์ ชอร์ต (Andrew Henny James Short) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อตอบสนองความคับข้องใจ (Frustration) ของตนเองมากกว่าบุคคลอื่น ตัวอย่างเช่น การที่บุคคลประสบความล้มเหลว ต้องการที่จะมีระดับสถานภาพทางสังคมให้เท่าเทียมบุคคลอื่น เช่น เป็นเพราะสถานภาพทางเศรษฐกิจ ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนคนฆ่าตัวตาย 2 ใน 3 คน เกิดจากความคับข้องใจในทางเศรษฐกิจ (อดุลย์ ดันประยูร, 2526: 72)

อัลเบิร์ต บันดูรา (Albert Bandura) นำเสนอทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ จึงเรียกการเรียนรู้จากการสังเกตว่า "การเรียนรู้โดยการสังเกต" หรือ "การเลียนแบบ" และเนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวอยู่เสมอ บันดูราอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกันดังภาพ



บันดูรา เชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมในปัจจุบันนี้ควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่ควรศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ การปฏิสัมพันธ์อาจอธิบายได้ จากภาพ

B = Behavior

P = Person

E = Environment

จะเห็นว่าพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากพฤติกรรมของมนุษย์นั้นมีส่วนในการตัดสินใจพฤติกรรมครั้งต่อไปของมนุษย์ ต่อมาได้พัฒนามาเป็น

ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) โดยที่ปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

ความสัมพันธ์ระหว่าง $P \leftrightarrow B$ แสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรมสิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการสนองตอบอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกายและระบบการรับรู้และระบบประสาท และมีผลพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง $E \leftrightarrow P$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ โดยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เขาอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายภาพของเขา เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ และความน่าสนใจของร่างกาย ที่ค่อนข้างจะแยกออกจากสิ่งที่เขาพูดแลพฤติกรรมกระทำ นอกจากนี้การสนองตอบนั้นยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสังคมของเขาอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่าง $B \leftrightarrow E$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดและเป็นทั้งผลผลิตของสภาพแวดล้อม (Albert Bandura, 1989: 1-60; เอกศิษฐ์ พันธุ์นพคุณ, 2553: 1-35)

อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) นักสังคมวิทยานักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส ศึกษาเรื่องอัตวินิบาตกรรมโดยวิธีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำอัตวินิบาตกรรมในสังคมต่างๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ค้นพบ คือ อัตราการทำอัตวินิบาตกรรมจะแปรผันตามลักษณะปัจเจกบุคคล (Individualism) ของแต่ละสังคมทฤษฎีของ เดอร์ไคม์ (Durkheim) กล่าวถึงสาเหตุหลักของอัตวินิบาตกรรมมี ๒ ประการ คือ บุรณาการทางสังคม และข้อกำหนดทางสังคม

1. บูรณาการทางสังคม (social integration) หมายถึง การเข้าร่วมของปัจเจกอย่างเต็มใจต่อกลุ่มสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ โดยถูกรวมเข้าด้วยกัน ด้วยค่านิยมและบรรทัดฐาน ฉะนั้น บุคคลที่มีบูรณาการทางสังคมคือ พวกที่ถูกขัดเกลามาให้ยอมรับบรรทัดฐานและค่านิยมของสังคมปฏิบัติตามบรรทัดฐานและค่านิยมโดยดี ไม่รู้สึกอึดอัดเปรียบเสมือนหุ่นกระบอก เนื่องจากพวกเขาอมเสียความเป็นอิสระ เพื่อแลกกับความรัก ความรู้สึก หรือการสนับสนุนเชิงศีลธรรมจากครอบครัว และเพื่อนบ้าน ผู้ที่มีการบูรณาการทางสังคมต่ำจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีการบูรณาการทางสังคมสูงกว่า (Thomas Maas, 2008: 1-44) ซึ่งสะท้อนออกมาในด้านของครอบครัว เช่น การเผชิญกับการหย่าร้าง โดยการหย่าร้างเป็นการลดความผูกพันในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดการลดการบูรณาการในสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว ยังมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ส่งผลให้การบูรณาการทางสังคมน้อยลงไปด้วย โดยเฉพาะในปัจจุบันที่แยกออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นต้น ดังเช่นงานวิจัยของ Kuncie and Anderson (2000: 155-162) พบความสัมพันธ์กับทฤษฎีของเดอร์ไคม์ในด้านการบูรณาการทางสังคม บุคคลที่มีการบูรณาการทางสังคมในครอบครัวที่ดี เช่น มีการแต่งงาน หรือมีบุตร จะมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ที่หย่าร้าง หรือผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า

โดย เดอร์ไคม์ เรียกการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีการบูรณาการทางสังคมต่ำนี้เรียกว่า altruistic suicide และ egoistic suicide

2. ข้อกำหนดทางสังคม (social regulations) หมายถึง ข้อบังคับ ข้อจำกัด หรือกฎระเบียบที่เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งข้อกำหนดทางสังคมเกี่ยวกับข้อกำหนดเชิงอำนาจของกลุ่มหรือสังคม ฉะนั้น บุคคลที่ถูกข้อกำหนดทางสังคมกำหนด คือ พวกที่ถูกควบคุมทางสังคม (social control) ความอึดอัดเมื่อถูกบังคับให้ทำตามสังคม พวกนี้เปรียบเหมือนคนคุกที่ต้องควบคุมเพื่อความปลอดภัยของคนอื่น พวกที่ถูกควบคุมทางสังคมจะถูกควบคุมอยู่กับสังคมในระดับเดียวกัน ถ้ามีมากเกินไป จะเป็นการจำกัดอิสรภาพ ขาดความยืดหยุ่น นำไปสู่การฆ่าตัวตายแบบ anomic suicide

ตามทฤษฎีของเดอร์ไคม์ (Durkheim) คนที่มีบูรณาการทางสังคมและข้อกำหนดทางสังคมน้อยเกินไปหรือมากเกินไป จะมีความโน้มเอียงมากที่จะเกิดอัตวินิบาตกรรม เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีบูรณาการทางสังคมและข้อกำหนดทางสังคมปานกลาง หรืออีกนัยหนึ่ง คือจะมีความสัมพันธ์แบบเส้นโค้ง (curvilinear relationship) ระหว่างบูรณาการทางสังคมและข้อกำหนดทางสังคมกับอัตวินิบาตกรรม

เดอริคไคม์ได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ (วาริน ชมประเสริฐ. 2546: 21-22)

1. การฆ่าตัวตายแบบอีโกอิสติก (Egoistic suicide) เป็นภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคลไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องได้แก่

- ศาสนา ผู้นับถือแคธอลิกฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้นับถือโปรเตสแตนต์
- เพศ เพศชายมีการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง
- ที่อยู่ ในเมืองมีการฆ่าตัวตายมากกว่าในชนบท
- สถานภาพทางสังคม ทหารมีการฆ่าตัวตายมากกว่าพลเรือน
- การสมรส คนโสด แม่หม้าย หย่าร้าง มีการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้สมรสการฆ่าตัวตายจะสูงในรายที่ไม่มีบุตรมากกว่าในรายที่มีบุตร
- ภูมิอากาศ การฆ่าตัวตายนี้อาจมีสูงในฤดูร้อนมากกว่าในฤดูหนาว
- ในรายที่มีการเจ็บป่วยทางจิตจะมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้มีจิตปกติ
- ภาวะสงคราม หรือภาวะวิกฤตการณ์ทางการเมือง อัตราการฆ่าตัวตายจะต่ำ

2. การฆ่าตัวตายแบบอัลทรูอิสติก (Altruistic suicide) เกิดขึ้นเนื่องจากมีอุดมการณ์มีการเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หรือคำนึงถึงความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม ไม่ได้คำนึงถึงตนเองแบบประเภทแรก การฆ่าตัวตายแบบอัลทรูอิสติกนี้ยังแบ่งเป็น

- แบบบังคับ
- แบบเลือกได้
- แบบเข้มแข็ง

3. การฆ่าตัวตายแบบอนอิมิก (Anomic suicide) การฆ่าตัวตายประเภทนี้เกิดขึ้นเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้สภาพปกติของสังคมถูกระทอนกระเทือน ขาดบรรทัดฐานทางสังคมมีช่องว่างเกิดขึ้นระหว่างเป้าหมายกับความเป็นจริง เดอริคไคม์ เห็นว่าความคาดหวังมีความสำคัญยิ่งกว่าความเป็นจริง และถือว่าอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดจากบุคคลที่เราเรียกว่า Marginal man ไม่ได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ในสังคมใหม่ และตนเองก็ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ

สังคมเดิมของตนได้ เช่น กรณีชนกลุ่มน้อย ชาวจีน ชาวญี่ปุ่น ที่เข้าไปอยู่ในสหรัฐอเมริกา พวกนี้จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนผิวขาว การฆ่าตัวตายแบบนี้เห็นได้จากสังคมที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ แต่คนปรับตัวไม่ทัน เกิดปมและรู้สึกท้อแท้ชีวิตไม่แน่นอน ไม่มีความหมายในแง่จิตวิทยา การฆ่าตัวตายเกิดจากความรู้สึกภายใน มองเห็นว่าตนเองไร้ค่า ทั้งที่ปกติก็เป็นคนรักตัวเอง หรือเกิดการสูญเสียต่าง ๆ เมื่อมีเหตุการณ์ใดที่ทำให้เริ่มดูถูกตัวเองแบบนี้มากขึ้นเท่าไร เขาก็จะเริ่มเกลียดตัวเอง และก้าวร้าวทำร้ายตัวเอง ในแง่สังคมวิทยา การฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา หรือบีบคั้นจนเขายอมตายเพื่อเป็นการหนีปัญหาที่เขา กำลังเผชิญ จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากความรู้สึกภายในและจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา

Gibbs & Martin (1964) มองว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งในบทบาทของตน ซึ่งมักจะเกิดเมื่อบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไปสู่สถานะใหม่ๆ ที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตขึ้น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย

นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล (2551: 1-7) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายว่ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่

1. โรคทางจิตเวช โดยโรคที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท การเสพติดสุรา และยาเสพติดต่างๆ
2. ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย สังคมที่มีลักษณะกลืนเกลียวและสามัคคี เป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามสภาพสังคมวุ่นวายและแตกแยก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลบางประการมีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่
 - 3.1 อายุ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มตามอายุ สำหรับผู้ชายการฆ่าตัวตายพบสูงสุดภายหลังอายุ 45 ปี สำหรับผู้หญิงพบสูงสุดภายหลังอายุ 55 ปี อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชายอายุ 65 ปี หรือมากกว่าสูงถึง 40 ต่อประชากร 1 แสนคน การพยายามฆ่าตัวตายพบในคนวัยสูงอายุน้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย แต่การฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้สูงกว่า
 - 3.2 เพศ ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง อัตราส่วนการฆ่าตัวตายระหว่างเพศชายกับเพศหญิงมีตั้งแต่ 2 : 1 ถึง 7 : 1 และมักจะใช้วิธีการที่รุนแรง
 - 3.3 สถานภาพสมรส ผู้ที่แต่งงานแล้วมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่าคนโสด แต่จะเพิ่มขึ้นกรณีหย่าร้าง หรือเป็นม่าย อัตราจะเพิ่มขึ้นเป็น 4-5 เท่า

3.4 อาชีพการงาน การมีงานทำจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้ซึ่งตกงานมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีความอ่อนแอทางจิตใจ และเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต ในช่วยเศรษฐกิจตกต่ำและการว่างงานมีอัตราสูง การฆ่าตัวตายจะเพิ่มสูงขึ้น

4. ปัจจัยทางจิตใจ ตามทฤษฎีนี้มีข้อสันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่คิดฆ่าตัวตายมีความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรู้สึกสิ้นหวังเป็นประเด็นสำคัญที่นำไปสู่แนวความคิดการฆ่าตัวตาย

5. ปัจจัยทางชีวภาพ การลดระดับลงของ serotonin ในสมองมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย มีงานวิจัยพบว่าในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายระดับสารย่อยสลายของสาร serotonin ในน้ำไขสันหลังลดต่ำลง

6. ปัจจัยทางพันธุกรรม พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย บางครั้งจะมีพันธุกรรมเป็นสาเหตุ เช่น การฆ่าตัวตายของเฮมิงเวย์เป็นการฆ่าตัวตายลำดับที่ 5 ของคนในครอบครัว

7. โรคทางกาย จากการศึกษาศพของผู้ซึ่งฆ่าตัวตายพบว่า ร้อยละ 25-75 ของผู้ป่วยมีโรคทางกายร่วมด้วย เช่น โรคเอดส์ โรคทางระบบประสาท เป็นต้น รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

มีงานวิจัยเชิงประจักษ์หลายงานสนับสนุนในด้านการบูรณาการทางด้านสังคม เช่น Sennett (2006) มองว่า สภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตายของประชากร เช่น การว่างงาน การมีรายได้ลดลง ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญอันส่งผลกระทบต่อการบูรณาการทางด้านสังคมของคน

นอกจากนั้น Lester (1989) สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ว่าส่งผลกระทบต่อ การบูรณาการทางด้านสังคมด้วยเช่นเดียวกัน เช่น การหย่าร้าง ขนาดของครัวเรือน การบริโภคสุรา เป็นต้น

ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์

ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่น่าจะสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายของประชากร ได้แก่ ทฤษฎีการบริโภค (Consumption Theory) ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 5 ทฤษฎี โดย ศ.ดร.บุญคง หันจางสิทธิ์ (2550: 329-346) ได้นำมาสรุปไว้ในหนังสือเศรษฐศาสตร์มหภาค ดังนี้

1. ทฤษฎีการเลือกบริโภคของผู้บริโภค (Theory of Consumer Choice) เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้บริโภคโดยใช้เส้นความพอใจเท่ากัน (Indifference Curve) มาวิเคราะห์โดยมีสมมติฐาน คือ ผู้บริโภคพยายามจะให้ได้อรรถประโยชน์สูงสุด จากรายได้ที่มีอยู่ในระยะปัจจุบันและอนาคต (Maximize Utility Subject to Income Constraint) การบริโภคของบุคคลจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับรายได้ทั้งปัจจุบันและอนาคต และขึ้นอยู่กับอัตราดอกเบี้ย และรสนิยมการบริโภค ซึ่งกำหนดด้วยเส้นความพอใจเท่ากันของผู้บริโภคเองว่าเป็นอย่างไร และเมื่อผู้บริโภครายขึ้นส่งผลให้ความพอใจสูงขึ้นตามไปด้วย

2. ทฤษฎีการบริโภคระยะสั้น (Short-run Consumption Function) เป็นทฤษฎีการบริโภคของเคนส์ ซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐานรายได้สัมบูรณ์ (Absolute Income Hypothesis) คือการบริโภคของระยะเวลาหนึ่งขึ้นอยู่กับรายได้ของระยะเวลานั้นโดยสัมบูรณ์

3. ทฤษฎีการบริโภคบนสมมติฐานของรายได้โดยการเปรียบเทียบของ เจมส์ ดูเซ็นเบอร์รี่ (James Duesenberry : Relative Income Hypothesis) ซึ่งได้ให้สมมติฐานรายได้แบบเปรียบเทียบ (Relative Income Hypothesis) ดังนี้

1. ในขณะที่ขณะหนึ่งจะมีรายได้เฉลี่ยของสังคม $\bar{Y}_t$ บุคคลที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยจะมีการบริโภคเฉลี่ย (APC) = C/Y สูง ทั้งนี้เพราะเขาจะพยายามบริโภคให้ทัดเทียมกับสังคม แม้ว่ารายได้ของเขาจะไม่สูงถึงระดับก็ตาม ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีรายได้สูงกว่ารายได้เฉลี่ยจะมี APC = C/Y ต่ำ ทั้งนี้เพราะระดับการบริโภคของเขาทัดเทียมกับสังคมอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องพยายามบริโภค ฉะนั้นการบริโภคของสังคมจึงยึดรายได้เฉลี่ยและการบริโภคโดยเฉลี่ยของสังคมเป็นบรรทัดฐาน ฉะนั้นการบริโภคตามสมมติฐานนี้จึงสัมพันธ์กับการกระจายรายได้ของสังคมด้วย

2. บุคคลในสังคมจะมีการแข่งขันในการบริโภค การเลียนแบบการบริโภคสินค้าใหม่ๆ เกิดขึ้นเสมอ (Demonstration Effect) ทุกคนจึงพยายามบริโภคให้เท่าเทียมหรือไม่น้อยหน้าคนอื่นในสังคม

3. เมื่อการบริโภคขึ้นสูงถึงระดับหนึ่ง ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่เคยชินพอสมควรแล้ว ถ้าหากรายได้ต้องลดต่ำลงมา ผู้บริโภคก็จะพยายามรักษาสถานะการบริโภคเดิมให้ใกล้เคียงที่สุด โดยการใช้เงินออมหรือขายทรัพย์สินที่มีอยู่เดิม เพื่อรักษาสถานะการบริโภคและระดับการบริโภคให้ใกล้เคียงกับระดับเดิม ทั้งนี้เข้าลักษณะของสังคมไทยที่เรียกว่า "จมไม่ลง" นั่นเอง

4. ทฤษฎีการบริโภคแบบวงจรแห่งชีวิต (The Life Cycle Theory of Consumption) ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานของทฤษฎีว่า "การตัดสินใจบริโภคและออมทรัพย์ของครัวเรือนในขณะใดขณะหนึ่งสะท้อนให้เห็นความพยายามอย่างมีสติไม่มากนักที่จะบรรลุผล คือสามารถกระจายการบริโภคตลอดช่วงชีวิตตามที่ต้องการ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่และสะสมตลอดช่วงชีวิตของครัวเรือน" ซึ่งตามทฤษฎีนี้ ระดับของการบริโภคของครัวเรือนไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้ปัจจุบันอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับรายได้ที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาว ผู้บริโภคจึงเป็นผู้วางแผนในการบริโภคตลอดช่วงอายุขัย ถ้าผู้บริโภคมีอายุยืนยาว N ปี และวางแผนจะขายบริการแรงงานไปทั้งหมด N ปี สมมติในปีแรกเขามีรายได้จากการขายแรงงานเท่ากับ Y_1 และสมมติต่อไปว่าในเวลาที่เหลืออีก $N-1$ ปี เขายขายแรงงานเฉลี่ยต่อปีได้เท่ากับ $\bar{Y}$ นอกจากนั้นเขายังมีสินทรัพย์สะสมมาถึงปัจจุบันมีมูลค่าเท่ากับ A_1 ฉะนั้นความร่ำรวยและทรัพยากร (W_1) ตลอดชีวิตที่เขาจะมีและคาดว่าจะมีในระยะนี้หรือระยะ t จะเท่ากับ

$$W_t = Y_t + (N-1) \bar{Y} + A_t, \quad t = 1, 2, \dots, N$$

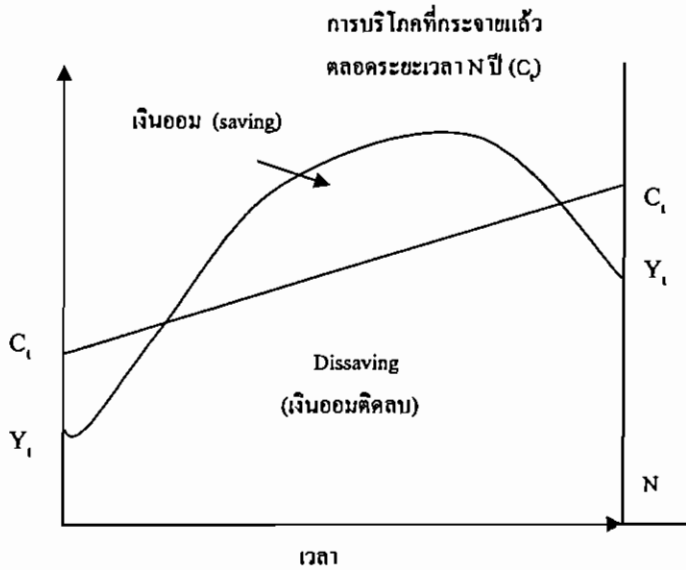
แต่เขาคาดว่าจะมีชีวิตยืนยาว N ปี ฉะนั้นในการวางแผนการบริโภคของเขา เขาจะต้องเฉลี่ยการบริโภคต่อปี ฉะนั้นการบริโภคในระยะ t จึงเท่ากับ

$$C_t = W_t / N = 1/N (Y_t + (N-1) \bar{Y} + A_t)$$

จะเห็นว่ารายจ่ายในการบริโภค (C_t) ขึ้นอยู่กับรายได้ที่ได้จากการขายแรงงานของตนตลอดชีวิต (Y_t) กับสินทรัพย์ที่สะสมตลอดชีวิต (A_t)

เส้นรายได้ตลอดชีวิต (Life time income profile) จะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในระยะต้น เพราะเริ่มทำงานจะได้รายได้ระดับหนึ่ง แต่พอมีประสบการณ์มากขึ้น รายได้จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นรายได้ของผู้บริโภคจึงสูงขึ้นเรื่อยๆ ในตอนแรก แต่เมื่ออายุสูงขึ้น จากความถดถอยของสุขภาพ ระดับรายได้จึงลดลง

ภาพที่ 2.1 การกระจายการบริโภคตลอดช่วงอายุ



ที่มา: ศ.ดร.บุญคง หันจางสิทธิ์, 2550: 340

5. ทฤษฎีการบริโภคบนสมมติฐานรายได้ถาวร (Theory of Consumption : Permanent Income Hypothesis) ศ.ดร.บุญคง หันจางสิทธิ์ ได้สรุปทฤษฎีนี้ว่า กล่าวถึง การบริโภคเป็นสัดส่วนกับรายได้ถาวร (Consumption is proportional to permanent income) โดยรายได้ถาวร คือ รายได้เฉลี่ยที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาวจากการขายแรงงาน ซึ่งรายได้เฉลี่ยที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาว หมายถึง ความมั่งคั่ง (Wealth) ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ฉะนั้นการบริโภคในปัจจุบันจึงมีได้ขึ้นอยู่กับรายได้ปัจจุบันเท่านั้น ฟังก์ชันการบริโภคระยะยาวของฟริดแมน คือ

$$C^P = k Y^P$$

Y^P คือรายได้ที่ถาวร k คือตัวคงที่โดยค่า k มากกว่า 0 แต่น้อยกว่า 1 หรือ $1 > k > 0$

ซึ่งค้านกับทฤษฎีของเคนส์ ที่เสนอว่าการบริโภคนั้นขึ้นอยู่กับรายได้ปัจจุบัน แต่ฟริดแมนเสนอว่าขึ้นอยู่กับรายได้เฉลี่ยที่ได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย ซึ่งฟริดแมนเรียกว่า รายได้ถาวร

(permanent income) โดยรายได้ที่เป็นลักษณะชั่วคราวจะไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภค (ตีรณ พงศ์มพัฒน์, 2550: 182-186)

ทุกคนต้องบริโภค และการบริโภคนำมาซึ่งความพึงพอใจ ผู้บริโภคเป็นผู้ที่มีเหตุผลทางเศรษฐกิจ ดังนั้นเขาจึงต้องแสวงหาความพอใจหรืออรรถประโยชน์สูงสุด (maximize utility) จากการใช้จ่ายเงินในการบริโภค

รายได้ตลอดช่วงอายุ (life time income) หรือรายได้ถาวรในอนาคต (permanent income) ประชาชนผู้บริโภคจะมีการบริโภค 2 ระยะ คือระยะปัจจุบัน (t) และระยะอนาคต ($t+1$) ผู้บริโภคจะมีชีวิตอยู่ใน 2 ระยะนี้ แต่ทำงานในระยะ t และปลดเกษียณตัวเองในระยะ $t+1$ หลังจากสิ้นสุดระยะที่สองหรือ $t+1$ แล้วก็สิ้นสุดชีวิตลงไปไม่มีรายได้และไม่มีการบริโภค ดังนั้นในระยะของการทำงาน ผู้บริโภคจะตัดสินใจแบ่งรายได้ออกเป็น 2 ส่วน ส่วนหนึ่งบริโภคในปัจจุบัน และอีกส่วนหนึ่งเก็บไว้เพื่อบริโภคในอนาคต

ระยะเวลา ประชากรรุ่น	t	$t+1$	$t+2$
1	ทำงาน	ปลดเกษียณ	-
2	-	ทำงาน	ปลดเกษียณ
3	-	-	ทำงาน

ที่มา: ตีรณ พงศ์มพัฒน์, 2550: 182

สมมติฐานของดูเซ็นเบอริ นักคิดในสังคมแข่งขันในการบริโภคและมีการเลียนแบบ สอดคล้องกับพฤติกรรมของคนในปัจจุบันมาก รวมทั้งพฤติกรรมการจมไม่ลง ของผู้บริโภคสะท้อนความจริงของพฤติกรรมการบริโภคของคนไม่น้อย

การนำทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์มาอธิบายปรากฏการณ์การฆ่าตัวตาย เริ่มมาจาก Hamermesh and Soss (1974) ซึ่งอ้างอิงมาจากฟังก์ชันอรรถประโยชน์ (utility function) ซึ่งประกอบด้วยรายได้ถาวร และอายุของแต่ละบุคคล ซึ่งรายได้ถาวรหมายถึงรายได้เฉลี่ยที่คาดหวังตลอดอายุขัยของบุคคล นั้นมาจากรายได้ที่แท้จริงในแต่ละปีคูณด้วยอายุของการทำงาน ซึ่งในแต่ละ

คนจะมีการคาดหมายรายได้ของตนเอาไว้ และจะนำมาซึ่งความพึงพอใจในการบริโภคจากรายได้ของตน และจะน้อยลงเรื่อยๆเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นต้นทุนในการมีชีวิตอยู่จะสูงขึ้นนั่นเอง ดังนั้นจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ สามารถนำมาอธิบายสมมติฐานของการฆ่าตัวตายได้ดังนี้

1. เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจจะลดลง เนื่องจากต้นทุนในการมีชีวิตอยู่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ
2. รายได้ที่เพิ่มขึ้นหมายถึงความพึงพอใจที่สูงขึ้น เนื่องจากระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้

ระดับของการบริโภคสูงขึ้นตามไปด้วย

จากสมมติฐานข้างต้นเราสามารถนำมาอธิบายการฆ่าตัวตายได้ว่า

1. อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุของประชากร
2. อัตราการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับรายได้ ถ้าบุคคลได้รับรายได้รวมที่สูง

ในชีวิต เขาย่อมคาดหมายถึงการบริโภคที่สูงตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจสูงในชีวิต แต่ถ้าเป็นแนวทางกลับกัน ย่อมส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายที่สูง

Crouch (1979) นำเสนอรูปแบบเช่นเดียวกับ Hamermesh and Soss โดยนำเสนอออกมาเป็นโมเดล โดยมีปัจจัย 2 ตัว ได้แก่ ผลรวมของความพอใจในชีวิต (E) และ ความไม่ชอบการฆ่าตัวตาย (E) ซึ่งจะเกิดการฆ่าตัวตายเมื่อ 2 ปัจจัยรวมกันได้น้อยกว่า 0

$$E+D < 0$$

ความพอใจในชีวิตจะเกิดจากรายได้รวมของแต่ละบุคคลอันจะนำมาซึ่งการตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าลดลงก็จะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้

ดังนั้นจากทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ อธิบายว่าการที่บุคคลมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย สามารถอธิบายได้ด้วย อรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดในระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ (lifetime expected utility) ถ้าอรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่นั้นลดลง ส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งอรรถประโยชน์สามารถสะท้อนออกมาในรูปของรายได้ในอนาคตนั่นเอง ภายใต้สมมติฐานนี้ อาจกล่าวได้ว่าถ้าความคาดหวังถึงรายได้ในอนาคตของบุคคลลดลง บุคคลมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงขึ้น ดังนั้นการพัฒนากิจการทางเศรษฐกิจจึงสามารถส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรลดลงได้ เนื่องจากการเพิ่ม ความคาดหวังในอรรถประโยชน์ในการมีชีวิตอยู่นั่นเอง ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายในระดับมหภาคหลายงานวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะ

ใช้ตัวแปร รายได้ ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และอัตราการว่างงานของประชากรเป็นตัววัดทางด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งสามารถใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายเหตุการณ์การฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้ที่คาดการณ์ในชีวิตลดลง ระดับของความสามารถในการบริโภคลดลง ส่งผลให้การฆ่าตัวตายสูงขึ้นได้

Morselli (1882) พบว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ เช่นการเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ราคาค่าอาหารสูงขึ้น ส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วย เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังต่ออุปสงค์ และความสามารถในการจ่ายลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ที่ปรับตัวไม่ทันคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้น

Antonio Rodriguez Andres (2005: 439-451) ศึกษาการฆ่าตัวตายของ 15 ประเทศในยุโรป โดยใช้ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า การหย่าร้าง การบริโภคสุรา การว่างงาน เหล่านี้ล้วนมีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ส่วนการมีบุตร และรายได้ที่เพิ่มขึ้นทำให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชายและผู้หญิงต่างกัน เช่น การหย่าร้างจะส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย โดยไม่พบความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง ส่วนเรื่องของเศรษฐกิจหรือรายได้จะส่งผลต่อเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

โดยสรุปทฤษฎีทางเศรษฐกิจและสังคม ล้วนสนับสนุนประเด็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ลักษณะบุคลิกภาพของคนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว หรือการชักจูงทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของคนเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมนั้น โดยเฉพาะ อิโมล์ เดอร์โคม ที่กล่าวถึง ประเด็นการบูรณาการทางสังคม ซึ่งพบว่าผู้ที่มีการบูรณาการทางสังคมต่ำ จะส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าผู้ที่มีการบูรณาการทางสังคมที่สูงกว่า นั้นแสดงให้เห็นว่า ถ้ามีปัจจัยใดมากระทบต่อตัวตนของคน หรือกระทบต่อสังคมที่เขาเข้าร่วมอยู่ หรือสถานะทางสังคมของผู้นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไป และผู้นั้นไม่สามารถปรับตัวได้ หรือมีการปรับตัวได้ยาก ย่อมส่งผลต่อการคิดฆ่าตัวตายตามมานั่นเอง นอกจากนั้นรายได้ที่คาดหวังของบุคคลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญทั้งด้านเศรษฐศาสตร์ที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลเช่นเดียวกัน ซึ่งปัจจัยที่มากระทบจากงานวิจัยในระดับมหภาคส่วนใหญ่ พบว่าเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นส่วนใหญ่ เช่นเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ในหลายๆ ประเทศอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรจะสูงขึ้นอย่างชัดเจน และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในอดีต เมื่อเวลาผ่านไปปัจจัยหรือตัวแปรนั้นๆ อาจจะไม่再有ผลอีกต่อไป หรือมีพลังในการทำนายปรากฏการณ์ลดน้อยลง เนื่องจาก

เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัฒนธรรม ค่านิยม ของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางกลับกัน ตัวแปรที่ไม่เคยมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในอดีต แต่กลับพบว่ามีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันอย่างชัดเจน (Sainsbury et al., 1980) เช่น ตัวแปรด้านการหย่าร้าง ซึ่งในอดีตมีอัตราการหย่าร้างต่ำ แต่ปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศแถบยุโรป เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากต่ออัตราการหย่าร้าง โดยเฉพาะในเพศชาย เนื่องจาก ค่านิยมการฟ้องร้องเรียกค่าเลี้ยงดูของฝ่ายหญิงเมื่อเกิดการหย่าร้างซึ่งฝ่ายชายต้องจ่ายเป็นจำนวนเงินที่สูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของฝ่ายชาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายในเพศชาย ซึ่งตัวแปรนี้จะไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่ออัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง เป็นต้น และนอกจากนั้นตัวแปรที่ส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตาย ยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมอีกด้วย เนื่องจากแต่ละพื้นที่ มีความต่างทางด้านวัฒนธรรม ค่านิยม บริบททางสังคมแตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ แต่อาจจะไม่มีผลในประเทศไทยก็ได้ หรือในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยซึ่งมีความต่างทางด้านวัฒนธรรม ตัวแปรที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายอาจจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคก็ได้

2.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย

จากสถิติการฆ่าตัวตายของ WHO อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกสูงขึ้น 5% - 62% ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยกลุ่มประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงๆ มักจะอยู่ในทวีปยุโรป เช่น Lithuania Russia Belarus Hungary Switzerland France Estonia Moldova Austria เป็นต้น ซึ่งการฆ่าตัวตายอยู่ที่ประมาณ 15.4-30.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย โดยสูงสุดอยู่ที่ประเทศ Lithuania โดยพบในเพศชาย (55.9 รายต่อประชากร 100,000 ราย) สูงกว่าเพศหญิง (9.1 รายต่อประชากร 100,000 ราย) ประมาณ 6 เท่าของเพศหญิง ส่วนประเทศในแถบเอเชียอัตราการฆ่าตัวตายสูงอยู่ที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ศรีลังกา ฮังการี เป็นต้น การฆ่าตัวตายอยู่ที่ประมาณ 11.5- 24.4 รายต่อประชากร 100,000 ราย โดยสูงสุดอยู่ที่ประเทศญี่ปุ่น โดยพบในเพศชาย (35.8 รายต่อประชากร 100,000 ราย) สูงกว่าในเพศหญิง (13.7 รายต่อประชากร 100,000 ราย) ประมาณ 2 เท่า ซึ่งสาเหตุมีทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การหย่าร้าง ความผันผวนของเศรษฐกิจซึ่งก่อให้เกิดความไม่มั่นคงในรายได้ของประชากรซึ่งมักพบในประเทศแถบยุโรป เช่นงานวิจัยของ Eiji Yamamura (2008:

1-12) พบว่า การหย่าร้าง การดื่มสุรา รวมทั้ง การว่างงาน จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นสาเหตุสำคัญต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในเกือบทุกประเทศ

ตารางที่ 2.1 Suicides per 100,000 people per year

	Country	Male	Female	Total pop.	Year
1	Lithuania	55.9	9.1	30.7	2008
2	Russia	53.9	9.5	30.1	2008
3	Belarus	63.3	10.3	28.3	2009
4	Kazakhstan	46.2	9	26.9	2007
5	Japan	35.8	13.7	24.4	2007
6	Guyana	33.8	11.6	22.9	2005
7	Ukraine	40.9	7	22.6	2005
8	South Korea	29.6	14.1	21.9	2006
9	Sri Lanka	N/A	N/A	21.6	1996
10	Hungary	37.1	8.6	21.5	2008
11	Latvia	34.1	7.7	19.9	2007
12	Slovenia	32.1	7.9	19.8	2008
13	Serbia and Montenegro	28.4	11.1	19.5	2006
14	Finland	28.9	9	18.8	2007
15	Belgium	27.2	9.5	18.2	1999
16	Croatia	26.9	9.7	18	2006
17	Switzerland	23.5	11.7	17.5	2006
18	France	25.5	9	17	2006
19	Estonia	29.1	6.2	16.5	2008
20	Uruguay	26	6.3	15.8	2004
21	Moldova	28	4.3	15.7	2007
22	Austria	23.8	7.4	15.4	2007
23	South Africa	25.3	5.6	15.4	2005

	Country	Male	Female	Total pop.	Year
24	Hong Kong	19.3	11.5	15.2	2006
25	Poland	26.8	4.4	15.2	2006

ที่มา: WHO, 2008

สำหรับในประเทศไทยในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่างพ.ศ. 2546-2550 การฆ่าตัวตาย และการถูกฆ่า เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย โดยมีความสำคัญอยู่ในอันดับที่ 8 หรือ 9 มาตลอด มีอัตราขึ้นลงอยู่ระหว่าง 11 ถึง 15 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน

ตารางที่ 2.2 สาเหตุการตายสำคัญ 10 อันดับแรกของคนไทยพ.ศ.2546-2550

(ต่อประชากร 1 แสนคน)

สาเหตุการตาย	2546	2547	2548	2549	2550
มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	78.9	81.3	81.4	83.1	84.9
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	56.9	58.9	57.6	59.8	56.7
โรคหัวใจ	27.7	26.8	28.2	28.4	29.3
ความมาด้นเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	34.5	34.8	29.2	24.4	24.3
ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด	23.9	26.3	22.4	22.0	22.5
ไตอักเสบ ไตพิการ และกลุ่มอาการของไตพิการ	19.2	18.6	20.2	20.6	21.5
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	13.0	12.0	14.6	14.4	13.9
การฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่นๆ	14.8	11.7	11.8	11.1	11.5
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	26.8	18.3	12.8	10.5	8.8
วัณโรคทุกชนิด	11.0	9.7	8.9	8.3	7.7

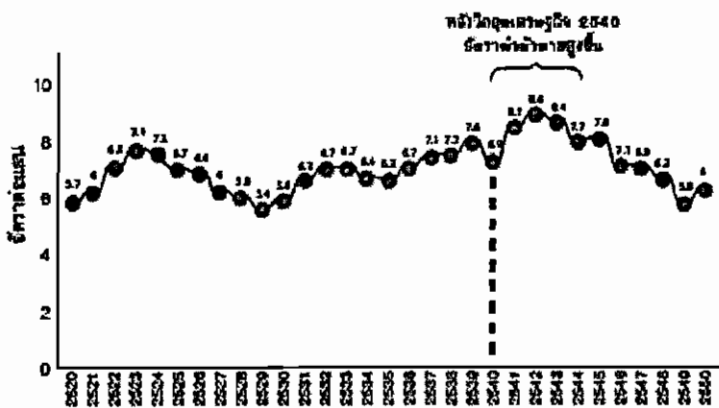
ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 2.3 จำนวนและอัตราการถูกฆ่าตายและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2550

การตายจากความรุนแรง	จำนวน (ราย)	อัตราต่อประชากร แสนคน	ร้อยละของการตาย จากความรุนแรง	ร้อยละของสาเหตุ การตายทั้งหมด
การถูกฆ่าตาย	3,467	5.5	48.0	0.9
การฆ่าตัวตาย	3,755	6.0	52.0	0.9
รวม	7,222	11.5	100.0	1.8

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข

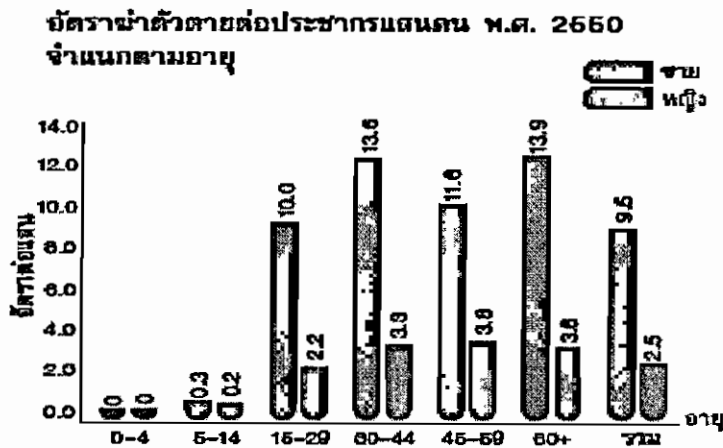
ภาพที่ 2.2 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2520-2550



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 : 91

โดยในช่วง 2-3 ปีหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 อัตราตายสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาจจะเนื่องมาจากปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องปรับตัวอย่างกะทันหันในช่วงเวลานั้น จากภาพจะเห็นได้ว่าหลังพ.ศ.2540 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.9 รายต่อแสนประชากร เป็น 8.5 รายต่อแสนประชากร

ภาพที่ 2.3 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2550 จำแนกตามอายุ



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 : 91

โดยช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในเพศชายอยู่ที่ช่วงอายุ 30-44 ปี และมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ส่วนในเพศหญิงอยู่ที่ช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป และเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า ในระดับภูมิภาคสถิติการฆ่าตัวตายสูงสุดในพ.ศ.2551 อยู่ที่ภาคเหนือ ในจังหวัด ลำพูน โดยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 17 รายต่อประชากร 1 แสนคน รองลงมาคือจังหวัดแพร่ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และเชียงราย ตามลำดับ (กระทรวงมหาดไทย, 2552)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

จากแนวคิดของการฆ่าตัวตายจะเห็นว่ามียุปัจจัยที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งในการศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของประชากร ที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการศึกษาในผู้ที่ทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต (parasuicide) ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในจังหวัดทางภาคเหนือ ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับบุคคล แต่ยังขาดการศึกษาในระดับมหภาคโดยเฉพาะปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในประเทศไทยจะเห็นว่าหลังจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ปีพ.ศ.2541 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งปัจจัยด้านโรคเรื้อรังและการติดเชื้อเอดส์ จะเห็นว่าจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงมีความใกล้เคียงกับจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อเอดส์สูง เป็นที่น่าสังเกตว่าจังหวัดในภาคเหนือตอนบนแทบทั้งหมดติดอันดับ 10 จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดในประเทศ จากการศึกษ

ของตำรวจ สมบุญตนนท์และคณะ ที่เชียงใหม่โดยการสัมภาษณ์และผู้ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายพบว่า การติดเชื้อเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายในจังหวัดเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ หรือเป็นจากการที่ประชากรเหล่านี้มีการใช้ชีวิตที่เสี่ยง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์สูง และมีความเสี่ยงต่อการประสบปัญหาชีวิตที่นำมาสู่การฆ่าตัวตายได้

ส่วนการศึกษาวิจัยเรื่องของการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ ในยุคแรกได้มีการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำการพยายามฆ่าตัวตาย ทั้งในแนวทางทฤษฎี และ เชิงประจักษ์ ต่อมาในปีค.ศ.1974 Hamermesh and Soss ได้นำทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาประยุกต์เพื่ออธิบายการฆ่าตัวตาย โดยนำปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาเพื่ออธิบายการฆ่าตัวตายของประชากร และหลังจากนั้นได้มีนักวิชาการได้ศึกษาแนวทางนี้ต่อมา เช่น Yang (1992 , 1995); Rossow (1993) เป็นต้น โดยนำปัจจัยต่างๆ เช่น อัตราการว่างงาน การเจริญเติบโตของเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้ดังนี้

1. รายได้ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ หรือความยากจน สามารถส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากร โดยกลุ่มประชากรที่ยากจน จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ ขาดความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่งผลให้ฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งรายได้ จะสามารถใช้ทำนายอัตราการฆ่าตัวตายได้ (Nisbet, 1996; Burnley, 1994) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Rodriguez-Andres (2005) พบว่าการฆ่าตัวตายลดลงในกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้น

2. สถานภาพสมรส ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันตามสถานภาพของการสมรส ผู้ที่หย่าร้างแยกทางหรือม่าย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่สมรส 4 ถึง 5 เท่า การมีบุคคลอื่นอยู่ในบ้านอาจเป็นปัจจัยปกป้อง ด้วยการลดความโดดเดี่ยวทางสังคม ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อผู้อื่น และช่วยเพิ่มโอกาสที่จะค้นพบเมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งงานวิจัยของต่างประเทศ เช่นประเทศนอร์เวย์ ก็พบเช่นเดียวกันว่า การหย่าร้างสามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2551; Lester, 1995; Mastekaasa, 1993 ; Stack, 1990)

3. สังคมเมือง/ชนบท สิ่งแวดล้อมในสังคมเมืองและสังคมชนบท รวมทั้งความเจริญทางด้านอุตสาหกรรม ล้วนส่งผลต่อการเกิดการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศ จากการศึกษาของ Lester (1997) ซึ่งพบว่าความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียด รวมทั้งเมื่อภาคอุตสาหกรรมเจริญมากขึ้น ความ

ต้องการแรงงานจึงเปลี่ยนไป มีความต้องการแรงงานที่มีทักษะเฉพาะมากขึ้น ส่งผลให้แรงงานที่ไม่มีทักษะส่วนหนึ่งต้องออกจากงาน (Manoj K. Pandey and Charanjit Kaur, 2009: 1-20) จนนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ แต่จะส่งผลไม่ชัดเจนในการเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในระหว่างสังคมเมืองกับชนบท Kelleher and Daly (1990) ศึกษาการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไอร์แลนด์ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของคนในชนบทสูงกว่าในชุมชนเมือง แต่ในประเทศอิตาลี การฆ่าตัวตายของประชากรในชุมชนที่เป็นเมืองสูงกว่าประชากรในชนบท (Micciolo et al., 1991) ในขณะที่ Cantor and Slater (1997) พบความสัมพันธ์นี้เฉพาะการฆ่าตัวตายในผู้ชายเท่านั้น และมีความงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่ไม่พบความสัมพันธ์นี้ เช่น Schneider and Greenberg (1994) เป็นต้น

4. อายุ อัตราการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันมากในแต่ละช่วงอายุ อัตราการฆ่าตัวตายเป็นมักจะสูงขึ้นในผู้ที่มีอายุมาก อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจะสูงกว่าอัตราในวัยรุ่นถึงร้อยละ 50 สาเหตุโดยมากมักจะเกิดจากการสูญเสีย และความเครียด เช่น การสูญเสียทางกายภาพ เนื่องจากสุขภาพไม่ดี โรคที่ทำให้เจ็บปวด ความบกพร่องของประสาทการรับรู้และอาการสมองเสื่อม หรือทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียของคู่ครองและอาชีพการงาน การสูญเสียอย่างอื่น ได้แก่ การสูญเสียรายได้ เนื่องจากเกษียณอายุ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียเหล่านี้อาจทำให้การติดต่อทางสังคมลดลงและแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยวอ้างว้างหมดกำลังใจ ฟังพาดูอื่นรู้สึกที่ตนเองไม่มีประโยชน์ เกิดความเครียด จนต้องพึ่งพายานอนหลับ ส่วนใหญ่มักมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และนำมาสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2551; Lester, 1993)

5. เพศ ในทุกประเทศซึ่งรายงานสถิติการฆ่าตัวตายกับองค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามอายุทั้ง 2 เพศ และอัตราในผู้ชายจะสูงกว่าผู้หญิง ในประเทศสหรัฐอเมริกา การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายพบในผู้ชายบ่อยกว่าในผู้หญิง โดยอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า ความแตกต่างทางเพศมีปัจจัยหลายอย่าง ดังต่อไปนี้

- ผู้ชายที่มีอาการซึมเศร้านักคิดสุร้ามกกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้ชายมีความเสี่ยงสูงกว่า

- ผู้ชายมักแสวงหาความช่วยเหลือหรือยอมรับการรักษาน้อยกว่า

- ผู้หญิงมีอาการขาดการควบคุมอารมณ์น้อยกว่า ยึดติดกับสังคมมากกว่า และเต็ม

ใจที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมาก ผู้หญิงที่มีเด็กเล็กๆ อยู่ในบ้านมักจะไม่ฆ่าตัวตาย

5. การเสพยาเสพติด มีการศึกษาในประเทศออสเตรเลียตะวันตก พบว่าร้อยละ 35.8 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งผู้ที่ดื่มสุรามักมีการแตกแยกด้านสัมพันธภาพ แต่มักจะไม่ค่อยมีประวัติทางจิตเวชหรือการรักษา พบแอลกอฮอล์ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 2 เท่า พืชจากแอลกอฮอล์ เป็นอาการที่พบร่วมกับการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ใช้แอลกอฮอล์

6. อาชีพการงาน การว่างงานอาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาเกี่ยวกับการเสียชีวิตระยะยาวแห่งชาติ (สหรัฐอเมริกา) จากการติดตามเป็นเวลา 2 ปี พบว่าผู้ชายที่ว่างงานเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มียางานทำถึง 2-3 เท่าสำหรับผู้หญิง การว่างงานส่งผลกระทบระยะยาว ผู้หญิงว่างงานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ามากเมื่อเทียบกับผู้ชายว่างงาน ซึ่งจะเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงทำงานถึง 3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) เช่นเดียวกับ Morrell et al. (1993) ซึ่งใช้ข้อมูลอนุกรมเวลา ตั้งแต่ ค.ศ. 1966-1990 ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าการว่างงานส่งผลให้การฆ่าตัวตายมีอัตราสูงขึ้นในเพศชาย ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ในเพศหญิง แต่ Platt et al. (1992) พบความสัมพันธ์ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง รวมทั้งการศึกษาในประเทศสวีเดน ของ Johansson and Sundquist (1997) และ Neumayer (2003) ก็พบความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน

7. โรคทางกาย โรคทางกายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น โดยเฉพาะ โรคเอดส์ ที่มักจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสภาพจิตใจ และการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จะมีความทุกข์ใจและจิตใจมีพยาธิสภาพอย่างมาก แต่ความรุนแรงของความผิดปกติของจิตใจจะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น วิธีการแก้ปัญหา ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความจริง จะไม่มีความสบายใจและมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การแก้ไขด้วยการดื่มสุรา จะทำให้สุขภาพจิตแย่ลง เช่นเดียวกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะเกิดความกังวล คือกลัวการเสียชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่น การเสียใจ ความพิการ และการถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ยังมีความกลัวเกี่ยวกับการแตกแยกทางด้านสัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่และสถานภาพทางการทำงาน

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่ทำการศึกษาสาเหตุที่แตกต่างกันระหว่างการฆ่าตัวตายของเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งพบว่ามีสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่นงานวิจัยของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรที่สูง พบว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายในเพศหญิงจะมา

จากทางด้านสังคมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก ผู้หญิงส่วนใหญ่ทำงาน part time จึงมีเวลาว่างที่จะใช้ในกิจกรรมของสังคม หรือการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านมากกว่า ดังนั้นสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับเพศหญิงสูงกว่า ซึ่งตรงข้ามกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงานจะส่งผลกับเพศชายมากกว่า เนื่องจากเพศชายใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานจึงส่งผลกับการฆ่าตัวตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ส่วนเพศชาย พบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจมีผลสูงกว่า ที่เห็นได้ชัดเจนจากในปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจของญี่ปุ่น อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งสัมพันธภาพในที่ทำงาน

จากการทบทวนงานวิจัยของต่างประเทศ การฆ่าตัวตายในระดับมหภาค ตัวแปรที่นำมาใช้ในการอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากร ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมสรุปได้ดังในตาราง

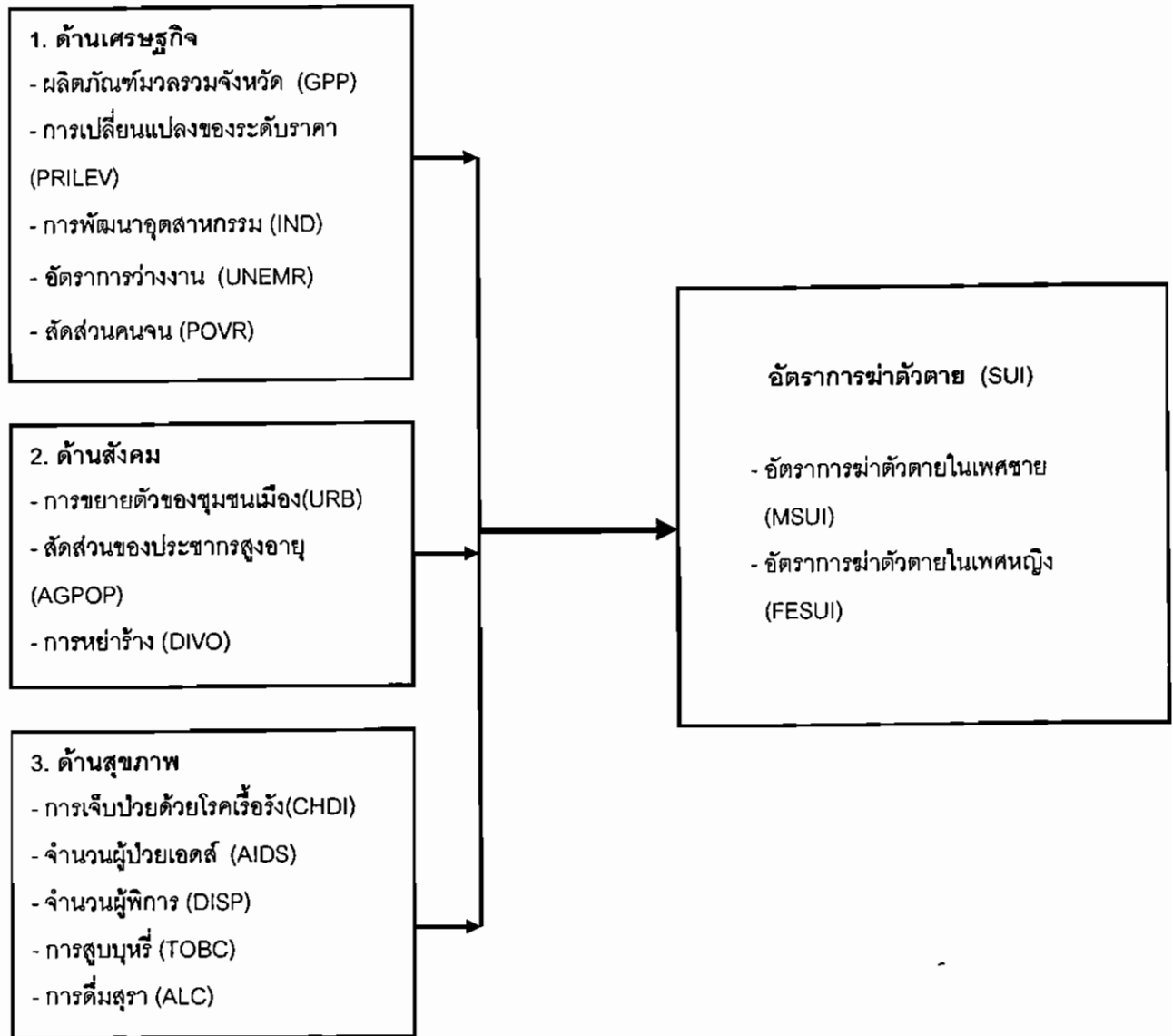
ตารางที่ 2.4 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ

ผู้วิจัย	วิธีการวิจัย	GDP	Divorce rates	Urbanization rate	Unemployment	Aging	Alcohol consumption	Poverty rate
Rossow (1993)	TS		/		/			
Yang and Lester (1995)	TS							
Lester and Yang (1998)	TS		/					
Ruhm (2000)	PD	/			/			
Kunze and Anderson (2002)	OLS	/		/	/			
	PD		/			/		/
Neumayer (2004)	PD		/		/			
Rodriguez (2005)	TS	/						
Shin-Jong Lin (2006)	PD	/			/	/		
Granados (2008)	TS	/	/					
Barstad (2008)	PD	/			/			
Yamamura (2008)	TS,PD,OLS		/		/		/	/
Koo and Cox (2008)	PD	/			/	/	/	
Yong-Hwan Noh (2009)	PD	/				/		

Estimation method: OLS, ordinary least square; TS, time-series; CS, cross section; PD, panel data

จากตารางจะเห็นได้ว่าในการศึกษาในระดับมหภาค มีปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ และสังคม
หลายปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชากรได้ รวมทั้งสามารถทำนาย
แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในอนาคตได้อีกด้วย

2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย



2.5 สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานข้อที่หนึ่ง ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การพัฒนาอุตสาหกรรมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานข้อที่สอง ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา อัตราการว่างงาน สัดส่วนคนจน น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานข้อที่สาม ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง สัดส่วนของประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานข้อที่สี่ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำนวนผู้พิการ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้อาศัยตัวเลขสถิติทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นหลักเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลสถิติทุติยภูมิ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 - 2549 รายจังหวัด เป็นเงื่อนไขทางเวลาในการวิเคราะห์ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์นั้น แม้จะอาศัยข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก แต่ก็ได้นำมาปรับให้เป็นข้อมูลตามดัชนีชี้วัดของตัวแปรที่ต้องการ ในบางตัวแปรเพื่อสร้างเป็นตัวแปรใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์

3.2 หน่วยในการวิเคราะห์

หน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) ของงานศึกษาวิจัยนี้คือ อัตราการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจริงของประชากรไทยแต่ละจังหวัดตามแนวทางการศึกษาเชิงประจักษ์ (positive approach) โดยเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ระดับจังหวัด นับตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2545 – 2549 รวมระยะเวลา 5 ปี

3.3 ตัวแปร นิยามปฏิบัติการ และตัวชี้วัด

1. อัตราการฆ่าตัวตาย (Suicide : SUI) จำนวนของผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต คิดเป็นรายต่อแสนประชากร ในการศึกษาจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะ คืออัตราการฆ่าตัวตายของประชากร อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย และอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิง โดยอาศัยข้อมูลจากรายงานสถิติของกระทรวงมหาดไทย

2. ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Products : GPP) มูลค่าการผลิตสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายของจังหวัด ซึ่งมีค่าเท่ากับมูลค่าเพิ่ม (value-added) จากกิจกรรมการผลิตสินค้า

และบริการทุกชนิดที่ผลิตขึ้นในขอบเขตของจังหวัดนั้นๆ โดยอาศัยข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3. การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา (Rate of Change in the Price Level : PRILEV) ภาวะเงินเฟ้อหรือภาวะที่ระดับราคาสินค้าและบริการโดยทั่วไปมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยจะใช้ตัวเลขอัตรา การเปลี่ยนแปลงของระดับราคาที่คำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภค (consumer price index : CPI) รายปี ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งพิจารณาจากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับราคาสินค้าอุปโภค บริโภคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อการอุปโภคบริโภค เนื่องจากเป็นเครื่องชี้ถึงการเคลื่อนไหว โดยเฉลี่ยของราคาสินค้า การเปลี่ยนแปลงในดัชนีราคาผู้บริโภคจะสะท้อนให้เห็นถึงอำนาจซื้อของ ประชาชน จึงสามารถใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคเป็นเครื่องมือที่วัดระดับอัตราเงินเฟ้อได้เป็นอย่างดี

4. การพัฒนาอุตสาหกรรม (Industrialization : IND) ระดับการพัฒนาอุตสาหกรรมที่แสดงให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่งคั่งของประเทศ โดยจะอาศัยตัวเลขจากจำนวนของแรงงานที่ทำงาน ในภาคอุตสาหกรรมรายปี ในแต่ละจังหวัด อันสะท้อนถึงรายได้ของแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมี บทบาทเป็นผู้บริโภคด้วยอีกทางหนึ่ง ซึ่งจัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

5. การขยายตัวของชุมชนเมือง (Urbanization : URB) ระดับการขยายตัวของชุมชนเมือง ที่แสดงให้เห็นถึงฐานะความมั่งคั่งของชุมชน ทั้งนี้อาศัยตัวเลขจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขต เทศบาลที่เป็นข้อมูลรายปีของแต่ละจังหวัด จัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

6. ประชากรสูงอายุ (Aging Population : AGPOP) ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยอาศัยตัวเลขจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

7. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Number of Patient in Chronic Disease : CHDI) ซึ่งโรคเรื้อรังได้ถูกนำมาใช้ในความหมายที่เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illnesses), โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases), โรคจากความเสื่อมถอย (Degenerative Diseases) ซึ่งโดยทั่วไป มีลักษณะร่วมกันคือ มีสาเหตุการเกิดที่ไม่แน่ชัด แต่มาจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย ระยะแฝงตัวยาว การดำเนินภาวะเจ็บป่วยยาวนาน จุดเริ่มต้นไม่ติดต่อโดยการสัมผัส ทำให้ร่างกายทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ พิกการ และมักรักษาไม่หายขาด ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศ เป็นภาระค่าใช้จ่ายแก่ชุมชน ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน ซึ่งสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและเป็นโรคเรื้อรังในปี ค.ศ. 2000 ทั่วโลก พบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรัง ถึงร้อยละ 59 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2020 จะมีอัตราการ

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 79 ของโรคที่เป็นสาเหตุการตายทั้งหมดของประเทศที่กำลังพัฒนาในงานวิจัยครั้งนี้จึงวัดจาก จำนวนของผู้ป่วยโรค หัวใจ มะเร็ง เบาหวาน จากการเก็บข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

8. การสูบบุหรี่ (Tobacco Consumption : TOBC) ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของประชากรในประเทศ อาศัยข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

9. การดื่มสุรา (Alcohol Consumption : ALC) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในประเทศ อาศัยข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

10. อัตราการว่างงาน (Unemployment Rate : UNEMR) อัตราส่วนระหว่างกำลังแรงงานของจังหวัด คิดจาก อัตราการว่างงาน = กำลังแรงงาน – กำลังแรงงานที่มีงานทำ *100/กำลังแรงงาน โดยอาศัยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

11. จำนวนการหย่าร้าง (Divorce : DIVO) การสิ้นสุดของชีวิตคู่ โดยการจดทะเบียนหย่า โดยอาศัยข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

12. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ โดยอาศัยข้อมูลจากสำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

13. สัดส่วนคนจน (Poverty Rate : POVR) บ่งชี้ภาวะความยากจน (Poverty Incidence) หมายถึง คนที่มีรายได้หรือค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจน ซึ่งสัดส่วนคนจนมีประโยชน์ในการบอกสถานการณ์ความยากจนว่ามีจำนวนคนจนอยู่เท่าไรมากน้อยเพียงใดในแต่ละพื้นที่มีหน่วยเป็นร้อยละ

$$\text{สัดส่วนคนจน} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N I(y_i \leq z) = \frac{N_p}{N}$$

N_p = จำนวนคนทั้งหมดที่มีรายได้ประจำ (หรือค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าเส้นความยากจน

N = จำนวนประชากรทั้งสิ้น

y_i = รายได้ประจำ (หรือค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน
 I = 1 ถ้า $(y_i < z)$
 = 0 ถ้า $(y_i > z)$
 z = เส้นความยากจน

14. จำนวนผู้พิการ (Disabled Person : DISP) จำนวนคนที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต หรือการใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องทางกายหรือจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม โดยอาศัยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนี้จะเป็นการนำข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) โดยในงานศึกษาลักษณะของข้อมูลเป็นแบบ Pooling of Cross-sectional and Time-series Data หรือ Panel Data โดยอาศัยข้อมูลระดับจังหวัด (76 จังหวัด) ในปีพ.ศ. 2545-2549 รวมระยะเวลา 5 ปี เนื่องจากการใช้ข้อมูลแบบ panel ที่รวมข้อมูลแบบอนุกรมเวลา และข้อมูลภาคตัดขวางเข้าด้วยกัน จะทำให้มีข้อมูลมากขึ้น และทำให้ Degree of Freedom เพิ่มขึ้น และลดปัญหาการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Collinearity) จึงเป็นผลให้การประมาณค่ามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการใช้ข้อมูลแบบ Panel ยังสามารถใช้วิเคราะห์ปัญหาทางสังคมศาสตร์ และทดสอบแบบจำลองที่มีความซับซ้อน ซึ่งไม่สามารถวิเคราะห์ได้ถ้าหากใช้เพียงข้อมูลแบบตัดขวาง (Cross-sectional Data) หรืออนุกรมเวลา (Time-series Data) อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อดำเนินการหาชุดของสมการ (Model) ที่เหมาะสมเพื่อเป็นการใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเหมาะสม การประมาณค่าแบบจำลองดังกล่าวใช้วิธี OLS (Ordinary Least Squares) และใช้เทคนิคการประมาณค่าด้วยการใช้แบบจำลองผลกระทบคงที่ (Fixed Effect Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่อาศัยหลักการนำค่าคงที่ซึ่งกำหนดให้คงที่ในทุกช่วงเวลา แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มของข้อมูลมาใส่ในแบบจำลอง โดยมีการตั้งสมมติฐานว่าความแตกต่างของข้อมูลจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าพารามิเตอร์หรือค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละกลุ่มข้อมูล

โดยสรุปในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติหลักด้วยโปรแกรม STATA Version 10.0 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบระยะยาว (Longitudinal Data) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย โดยแยกวิเคราะห์ 3 แบบ คือ การฆ่าตัวตายของประชากร การฆ่าตัวตายในเพศชาย และการฆ่าตัวตายในเพศหญิง เพื่อสามารถวิเคราะห์ได้ว่าการฆ่าตัวตายของทั้ง 2 เพศมีเหตุผลแตกต่างกันอย่างไร รวมทั้ง แยกวิเคราะห์ เป็นรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อให้ทราบว่า เหตุผลของการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภาคมีความแตกต่างกันอย่างไร

3.5 แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา

แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา เป็นฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการฆ่าตัวตาย กับตัวแปรภายใต้ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่างๆ ภายใต้ปัจจัยดังกล่าว ที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง ในระดับจังหวัด ตามที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ตามแบบจำลองของฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ที่ใช้สัญลักษณ์แทนตัวแปรที่กำหนด ดังนี้

$$SUI = f(GPP, PRILEV, IND, UNEMR, POVR, URB, AGPOP, DIVO, CHDI, AIDS, DISP, TOBC, ALC)$$

$$MSUI = f(GPP, PRILEV, IND, UNEMR, POVR, URB, AGPOP, DIVO, CHDI, AIDS, DISP, TOBC, ALC)$$

$$FESUI = f(GPP, PRILEV, IND, UNEMR, POVR, URB, AGPOP, DIVO, CHDI, AIDS, DISP, TOBC, ALC)$$

จากรูปแบบสมการฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ดังกล่าวข้างต้น สามารถเขียนในรูปของสมการถดถอยพหุได้ดังนี้

$$SUI_{ij} = a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBCij + b_{13}ALC_{ij} + e$$

$$MSUI_{ij} = a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBCij + b_{13}ALC_{ij} + e$$

$$FESUI_{ij} = a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBCij + b_{13}ALC_{ij} + e$$

โดยเมื่อ

a	= ค่าคงที่ (constant) ของสมการถดถอย
$b_1, \dots, b_{12}$	= ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (regression coefficient) ของตัวแปรอิสระ
SUI	= การฆ่าตัวตายของประชากร
MSUI	= การฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย
FESUI	= การฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิง
GPP	= ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด
PRILEV	= การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา
IND	= การพัฒนาอุตสาหกรรม
UNEMR	= อัตราการว่างงาน
POVR	= สัดส่วนคนจน
URB	= การขยายตัวของชุมชนเมือง
AGPOP	= ประชากรสูงอายุ
DIVO	= การหย่าร้าง
CHDI	= จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
AIDS	= จำนวนผู้ป่วยเอดส์
DISP	= จำนวนผู้พิการ

TOBC	= อัตราการสูญบุหรื
ALC	= อัตราการดื่มสุรา
e	= ค่าความคลาดเคลื่อน (residual)

ตัวห้อย ij คือ ชุดข้อมูลที่ j ของจังหวัด i

ในการใช้สมการถดถอยเพื่อการทำนายค่าตัวแปรตามได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผ่านข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ที่สำคัญ คือ 1) ตัวแปรจะต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative Variables) ที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval Scale) หรืออัตราส่วน (Ratio Scale) 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) 3) ตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง ที่เรียกว่า " ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ" (Multicollinearity) ซึ่งหมายถึง การที่ตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อกันในระดับสูง ซึ่งจะส่งผลให้การทดสอบค่า F และค่า t ไม่สอดคล้องกัน และอาจทำให้เครื่องหมายสัมประสิทธิ์ถดถอยตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็น 4) ค่าความคลาดเคลื่อนจะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) 5) ในกรณีที่ข้อมูลอนุกรมเวลา (Time Series Data) ค่าความคลาดเคลื่อนจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันโดยอัตโนมัติ (Autocorrelation) ซึ่งหากเกิดปัญหานี้จะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยขาดความแม่นยำ ค่าผิดพลาดมาตรฐานของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยคลาดเคลื่อนในบางกรณีอาจจะต่ำกว่าค่าที่ควรเป็นมาก ทำให้การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้น การจะนำสมการวิเคราะห์ถดถอยมาใช้กับข้อมูลอนุกรมเวลา จึงต้องตรวจสอบข้อกำหนดข้อนี้ว่าตัวแปรต่างๆ มีค่าความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกันหรือไม่ โดยใช้ Durbin-Watson Test ถ้าหากมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน 6) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนจะต้องมีค่าคงที่ในทุกค่าของตัวแปรอิสระ (Constant Variance หรือ Heteroscedascity)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงผลการวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด เนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด โดยแยกตามภูมิภาค เพื่อให้เห็นภาพความแตกต่างระหว่างภูมิภาคได้อย่างชัดเจน

2) การวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากร โดยอาศัยวิธีการประมาณค่าแบบจำลองแบบ Ordinary Least Square (OLS) โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อมูลภาคตัดขวางและอนุกรมเวลา (Pooling of Cross-sectional and Time-series Data หรือ Panel data) โดยอาศัยข้อมูลระดับจังหวัด (76 จังหวัด) ในปีพ.ศ. 2545-2549 รวมระยะเวลา 5 ปี เนื่องจากการใช้ข้อมูลแบบ panel ที่รวมข้อมูลแบบอนุกรมเวลา และข้อมูลภาคตัดขวางเข้าด้วยกัน จะทำให้มีข้อมูลมากขึ้น และทำให้ Degree of Freedom เพิ่มขึ้น และลดปัญหาการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Collinearity) จึงเป็นผลให้การประมาณค่าทางเศรษฐมิติมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการใช้ข้อมูลแบบ Panel ยังสามารถใช้วิเคราะห์ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์ และทดสอบแบบจำลองที่มีความซับซ้อน ซึ่งไม่สามารถวิเคราะห์ได้ถ้าหากใช้เพียงข้อมูลแบบตัดขวาง (Cross-sectional Data) หรืออนุกรมเวลา (Time-series Data) อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะ Panel Data นั้น อาจมีตัวแปรจำนวนมากที่ไม่ได้นำมารวมวิเคราะห์ (Omitted or Excluded Variables) ดังนั้นการควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคสถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Fixed Effects Model โดยใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ทางสถิติหลักด้วยโปรแกรม STATA Version 10.0

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์เบื้องต้นทางสถิติที่สำคัญของงานวิจัยก็คือการพรรณนาสถิติตัวแปรเดียว หรือการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ซึ่งจะเป็นการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปรแต่ละตัวที่จะนำไปใช้ใน

การวิเคราะห์ขั้นสูงต่อไป สถิติที่ใช้ในการพรรณนาตัวแปรเดียวที่สำคัญคือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ซึ่งเป็นภาพรวมของคุณลักษณะของตัวแปรระดับจังหวัดในแต่ละตัวที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ในบทนี้

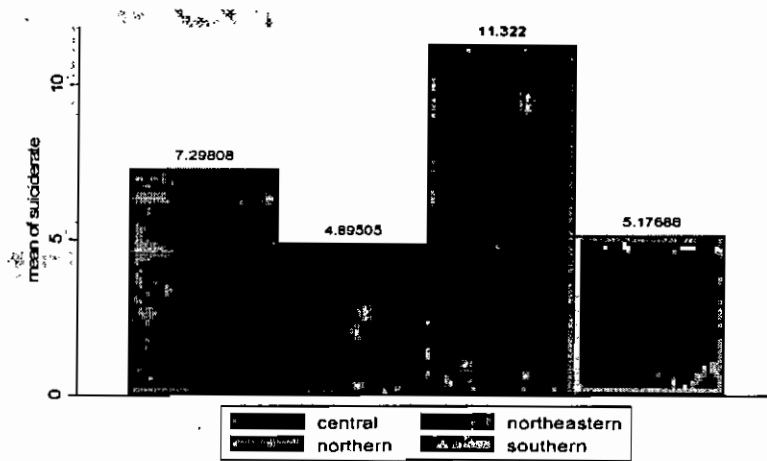
ตารางที่ 4.1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ 76 จังหวัด

ตัวแปร	Number				
	of Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
อัตราการฆ่าตัวตาย(ต่อแสนประชากร) (SUI)	380	7.21	3.73	0.43	24.99
อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย(ต่อแสนประชากร) (MSUI)	304	5.38	2.78	0.28	17.54
อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง(ต่อแสนประชากร) (FESUI)	304	1.67	1.00	0.00	4.65
ผลิตภัณฑ์มวลรวม (ล้านบาท) (GPPCAP)	380	0.05	0.06	0.01	0.39
การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา (PRIVE)	380	105.67	8.16	85.50	125.00
การพัฒนาอุตสาหกรรม (พันคน) (IND)	380	245.00	526.85	7.00	4818.45
อัตราการว่างงาน (UNEMR)	380	1.47	1.04	0.01	7.40
สัดส่วนคนจน (POVR)	222	12.16	10.65	0.18	52.53
การขยายตัวของชุมชนเมือง (พันคน)(URB)	380	256.49	648.68	19.53	5844.60
ประชากรสูงอายุ (พันคน)(AGPOP)	380	86.31	72.20	14.00	589.00
การหย่าร้าง(คน)	304	1107.57	1690.66	136.00	15158.00
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (คน) (CHDI)	380	445.63	496.55	38.00	4371.00
ผู้ป่วยโรคเอดส์(คน)	380	310.96	376.88	22.00	3590.00
จำนวนผู้พิการ(คน)	380	742.80	773.25	35.00	4376.00
อัตราการสูบบุหรี่ (TOBC)	380	10.56	3.38	1.30	19.20
อัตราการดื่มสุรา (ALC)	380	1.74	1.04	0.10	6.60

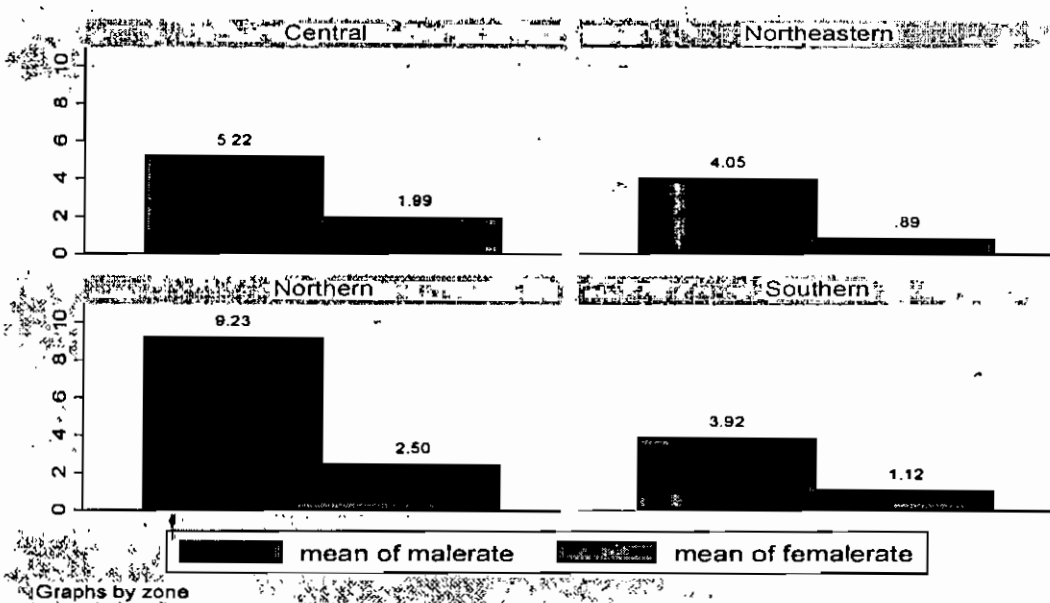
จากตารางพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในช่วง 5 ปีที่ทำการศึกษา โดยเฉลี่ยเท่ากับ

7.21 ต่อแสนประชากร โดยเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 3.2 เท่า

ภาพที่ 4.1 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบรายภาค



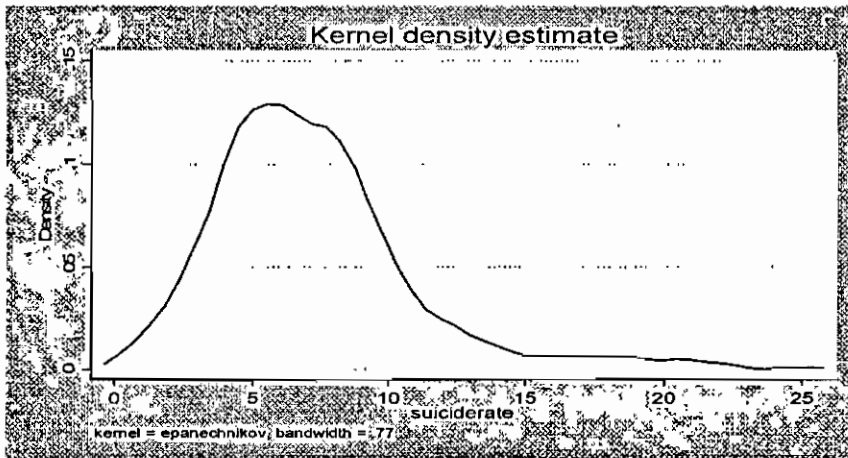
ภาพที่ 4.2 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบระหว่างเพศและระหว่างภูมิภาค



จากภาพจะเห็นว่ามีค่าความแตกต่างสูงมากในอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างภูมิภาคของประเทศไทย โดยเฉลี่ยพบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ และภาค

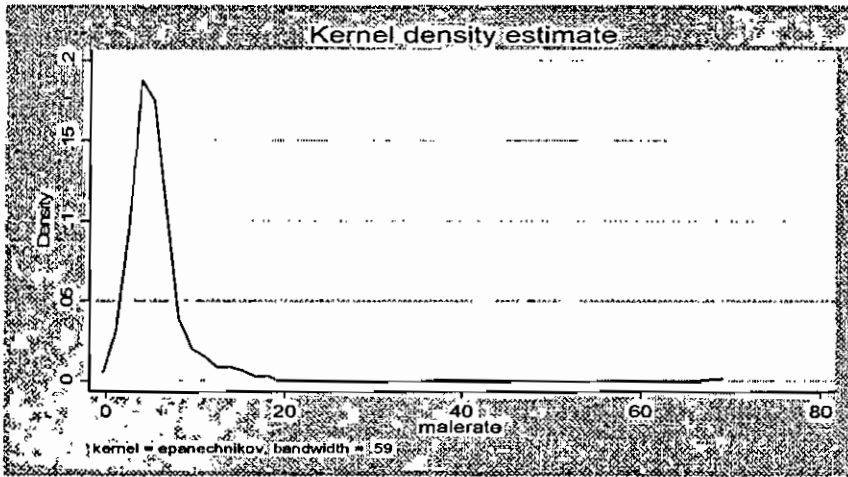
ตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ โดยความแตกต่างของภาคที่สูงสุดและต่ำสุดอยู่ที่ประมาณ 2.3 เท่า โดยเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายเพศ พบว่าในทุกภูมิภาคเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง โดยที่ภาคเหนือทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด

ภาพที่ 4.3 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของประชากร



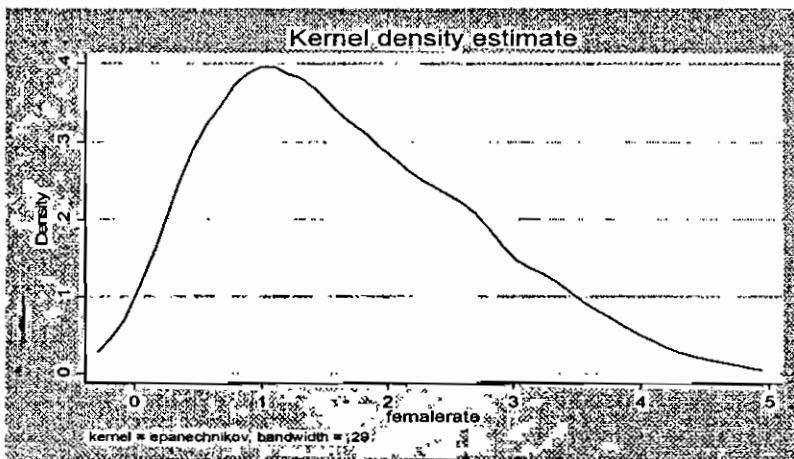
เมื่อพิจารณาการประมาณความหนาแน่นของการแจกแจงของข้อมูลโดยวิธี Kernel density estimate พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูง ซึ่งน่าจะเป็นจังหวัดที่เป็นปัญหาหรือควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ระยอง เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แพร่ ลำปาง ลำพูน และ อุดรดิตถ์ ซึ่งล้วนเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคเหนือ ยกเว้นจังหวัดระยอง

ภาพที่ 4.4 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย



เมื่อพิจารณาการประมาณความหนาแน่นของการแจกแจงของข้อมูลโดยวิธี Kernel density estimate พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูง ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ และ ลำพูน ซึ่งล้วนเป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคเหนือทั้งสิ้น

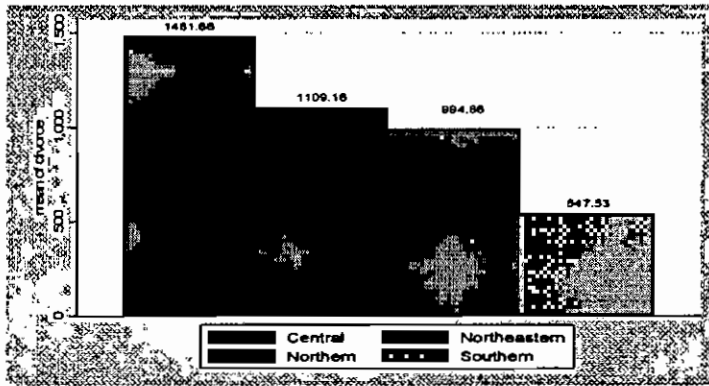
ภาพที่ 4.5 Kernel density estimate ของอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิง



เมื่อพิจารณาการประมาณความหนาแน่นของการแจกแจงของข้อมูลโดยวิธี Kernel

density estimate พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิงสูงที่สุดอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และ ลำพูน เช่นเดียวกับเพศชาย ซึ่งล้วนเป็นจังหวัด ที่อยู่ในภาคเหนือทั้งสิ้น

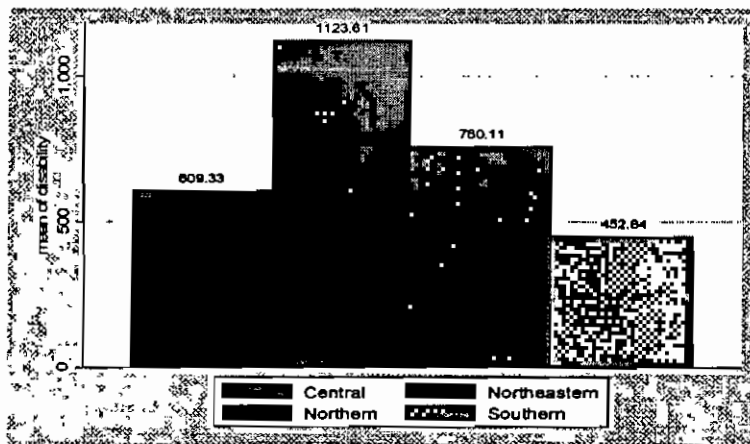
ภาพที่ 4.6 แสดงการหย่าร้างของประชากรเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค



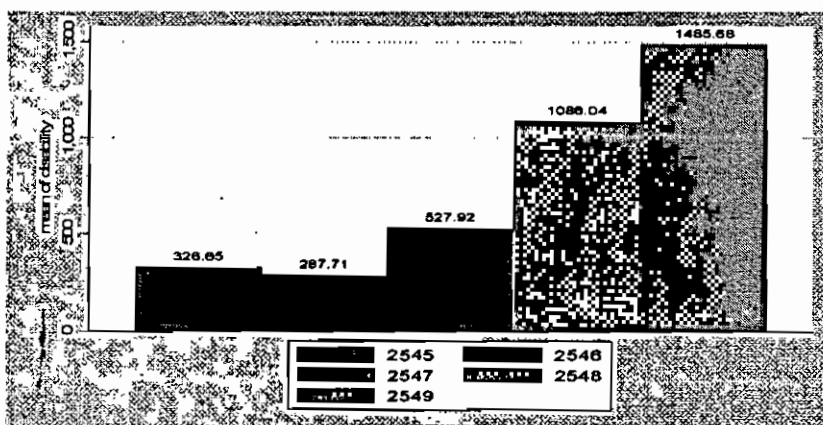
จากสถิติการหย่าร้างของประชากรระหว่างภูมิภาค พบว่า ภาคกลางมีสถิติการหย่าร้างสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ต่ำที่สุด ซึ่งปัญหาการหย่าร้างถือเป็นกรณีศึกษาที่วัดความล้มเหลวในการใช้ชีวิตคู่ของสามีภรรยาที่ไม่สามารถอยู่ร่วมกันได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อบริษัททั้งต่อคู่สมรส บุตร บิดามารดา ซึ่งส่งผลกระทบ โดยเฉพาะต่อสตรีหลังการหย่าร้างหรือที่เรียกว่าหญิงหม้ายจะเกิดปัญหามากที่สุด จากการวิจัยของพญณีนี นนท์ตุลา (2550) ที่ศึกษาเรื่องการปรับตัวของครอบครัวที่มีสตรีเป็นหัวหน้าครอบครัวภายหลังการหย่าร้าง พบว่า สตรีหลังการหย่าร้างจะมีความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกอับอายกับสถานภาพที่เป็นหม้าย ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจบีบคั้น ซึ่งหญิงหม้ายส่วนมากต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรตามลำพังเนื่องจากฝ่ายชายไม่ได้ช่วยเหลือจนเจอเรื่องเงินทอง หญิงหม้ายจึงต้องดิ้นรนหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและบุตร ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรอย่างเต็มที่ได้ เพราะต้องออกไปทำงานหารายได้ รวมทั้งบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ เช่น ถ้าหากเป็นสังคมเมือง การเป็นหญิงหม้ายก็ไม่ใช่เรื่องน่าอับอายแต่อย่างใด เพราะสภาพสังคมมีมิติวิถีชีวิตที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจใครมากนัก สังคมยอมรับการเป็นหม้ายได้ สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้หญิงหม้ายปรับตัวได้เร็ว และไม่เกิดความเครียดมากนัก แต่ถ้าเป็นสังคมชนบทที่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันอย่างแน่นแฟ้น และ

ยังยอมรับเรื่องการหย่าร้างไม่ได้ หรือยอมรับส่วนน้อย หญิงหม้ายจะเกิดความกดดันในการดำรงชีวิต เพราะอาจถูกขบขันนินทาจากชาวบ้าน หรือถูกมองในแง่เป็นผู้หญิงไม่ดี เป็นต้น

ภาพที่ 4.7 แสดงจำนวนผู้พิการเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค



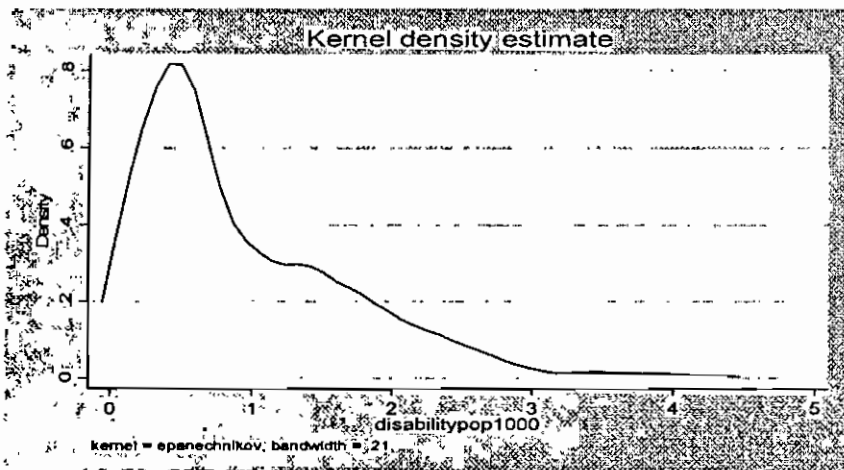
ภาพที่ 4.8 แสดงจำนวนผู้พิการเปรียบเทียบระหว่างปี



จากสถิติจำนวนผู้พิการของประเทศ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้พิการสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบรายปีพบว่าปี 2548 มีจำนวน

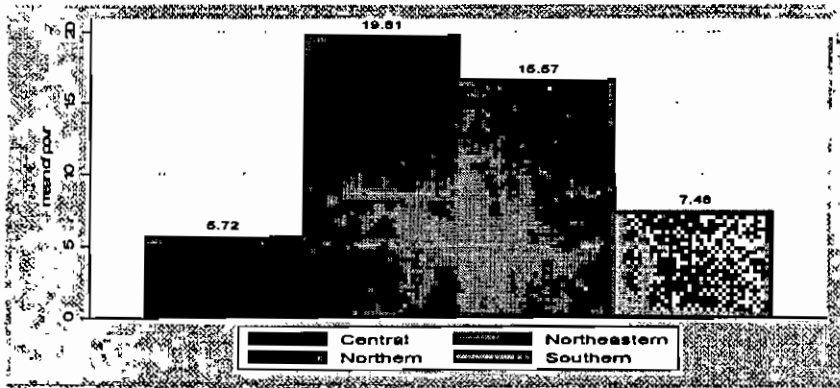
สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรณรงค์การจดทะเบียนผู้พิการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีการเริ่มรณรงค์ให้ผู้พิการในพื้นที่มาจดทะเบียน เพื่อจะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 โดยจากข้อมูลการจดทะเบียนของผู้พิการพบว่า ประเภทความพิการที่จดทะเบียนมากที่สุด คือ ความพิการทางกาย ร้อยละ 48.31 รองลงมาเป็นความพิการทางการได้ยิน และการสื่อสาร ร้อยละ 13.80 ความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 12.96 ความพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 10.41 ความพิการซ้ำซ้อน ร้อยละ 9.53 และความพิการทางจิตใจ ร้อยละ 4.20 ตามลำดับ

ภาพที่ 4.9 Kernel density estimateของอัตราความพิการของประชากร



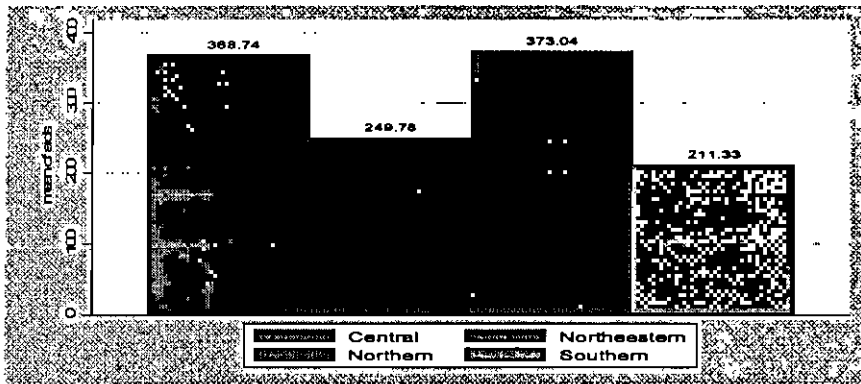
เมื่อพิจารณาการประมาณความหนาแน่นของการแจกแจงของข้อมูลโดยวิธี Kernel density estimate พบว่า เมื่อทำการถ่วงน้ำหนัก อัตราความพิการของประชากร กลุ่มสูงที่สุดอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี ปราจีนบุรี สมุทรสงคราม น่าน พะเยา แพร่ และลำพูน กลุ่มรองลงมาอยู่ในจังหวัดชัยนาท สระบุรี นครพนม ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ สุรินทร์ อำนาจเจริญ กำแพงเพชร เชียงราย ตาก พังงา ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราความพิการของประชากรสูงๆกระจายอยู่ใน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นส่วนใหญ่

ภาพที่ 4.10 แสดงสัดส่วนคนจนเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค

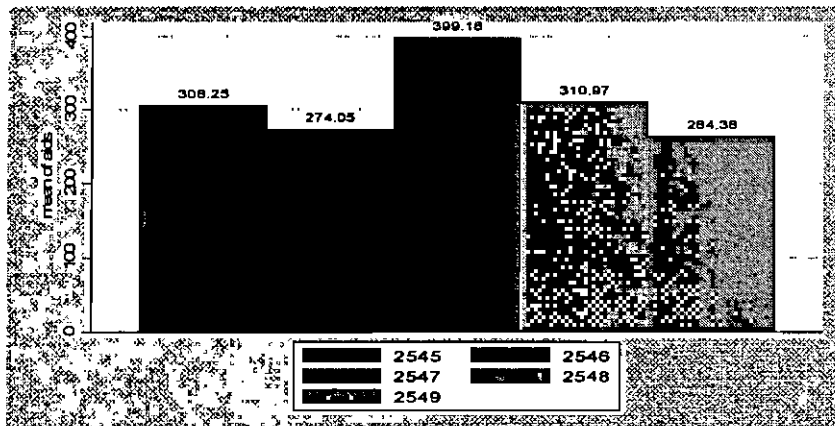


สัดส่วนคนจนส่วนมากอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง ตามลำดับ ซึ่งปัญหาความยากจน ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของการพัฒนาประเทศในปัจจุบัน ซึ่งคนจนจากค่านิยามจะหมายถึง บุคคลที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำที่ทุกคนในสังคมควรได้รับในการดำรงชีวิต โดยความต้องการพื้นฐานขั้น ต่ำนั้นสามารถกำหนดให้เป็นค่าของจำนวนเงินที่ครัวเรือนต้องใช้ในการหาซื้ออาหารที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่ง ค่าของจำนวนเงินดังกล่าวนี้ เรียกว่า เส้นความยากจน บุคคลใดที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุคคลนั้นถือว่าเป็นคนจน ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จึงมีโอกาที่จะมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากร ปัจจุบันได้มีมุมมองใหม่ในการมองภาวะความยากจน ที่มีได้พิจารณาเฉพาะการมีรายได้น้อยหรือการบริโภคน้อยเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติอื่นๆ ที่มีใช้ตัวเงิน (Non-monetary Dimension) โดยครอบคลุมถึงการขาดโอกาสด้านการศึกษา การรักษาพยาบาล และโอกาสอื่นในการพัฒนาคน การไร้อำนาจ การขาดสิทธิขาดเสียง ตลอดจนการตกอยู่ในความเสี่ยง และความหวาดกลัวอีกด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่ยากจน

ภาพที่ 4.11 แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค



ภาพที่ 4.12 แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบระหว่างปี



จำนวนผู้ป่วยเอดส์ภาคเหนือมีจำนวนสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ลดลงจากปี พ.ศ.2547 มาเป็นลำดับ สถิติการเอดส์ล่าสุดในปี ๒๕๔๘ ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ ๓๔-๔๖ ล้านคน โดยมีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยทั่วโลกวันละกว่า ๖,๐๐๐ คน โรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายของประชากรที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง โดยมีอัตราผู้ป่วยโรคเอดส์สูงสุดในภาคเหนือ และต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นการรายงานที่ระดับร้อยละ ๓๐-๖๐ ของจำนวนผู้ป่วยจริงซึ่งได้รับรายงานเท่านั้น ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการ

พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมในประเทศไทยประมาณ ๑,๒๕๐,๐๐๐ คน เป็นผู้เสียชีวิตแล้ว 289,000 คน โดยในแต่ละปีจะมีคนไทยกว่า 50,000 คน เสียชีวิตด้วยสาเหตุเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยผู้เสียชีวิตดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 90 เป็นประชากรวัยแรงงานอายุ 20-44 ปี และยังพบอีกว่า ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมาสาเหตุหลักของผู้ติดเชื้อรายใหม่คือ การใช้บริการทางเพศหรือเพศพาณิชย์ซึ่งมีถึงร้อยละ 85 ต่อมาความสำเร็จในการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดเปลี่ยนไป การติดต่อกันระหว่างคู่นอนและภรรยา และการใช้เข็มร่วมกันของผู้ใช้ยาเสพติด กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดในปัจจุบัน

4.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรโดยแยกวิเคราะห์เป็นรายเพศดังสมการ

$$\begin{aligned} \text{การฆ่าตัวตายของประชากร} &= a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + \\ &b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBC_{ij} \\ &+ b_{13}ALC_{ij} + e \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{การฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย} &= a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + \\ &b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBC_{ij} \\ &+ b_{13}ALC_{ij} + e \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{การฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิง} &= a + b_1GPP_{ij} + b_2PRILEV_{ij} + b_3IND_{ij} + b_4UNEMR_{ij} + \\ &b_5POVR_{ij} + b_6URB_{ij} + b_7AGPOP_{ij} + b_8DIVO_{ij} + b_9CHDI_{ij} + b_{10}AIDS_{ij} + b_{11}DISP + b_{12}TOBC_{ij} \\ &+ b_{13}ALC_{ij} + e \end{aligned}$$

ตารางที่ 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	Suicide	Male suicide	Female suicide
gppcap	4.62 (1.57)	2.92 (1.20)	2.06* (2.20)
cpi	-0.02 (-0.21)	-0.01 (-0.14)	-0.02 (-0.55)
industrial	4.24 (1.79)	4.53* (2.31)	0.48 (0.64)
unemployment	-0.23 (-1.35)	-0.04 (-0.33)	-0.17** (-3.13)
POVR	0.05* (2.27)	0.04* (2.04)	0.01 (1.48)
urbanization	-0.01** (-5.00)	-0.01** (-5.39)	-0.001* (-1.95)
aging	75.25** (6.06)	45.79** (4.47)	27.67** (7.01)
divorcepop1000	3.72** (5.71)	2.92** (5.43)	0.68** (3.29)
chronic	-0.39 (-0.48)	-0.49 (-0.74)	0.11 (0.43)
aidspop1000	3.89** (4.92)	3.21** (4.92)	0.73** (2.89)
disabilitypop1000	1.63* (1.96)	1.30 (1.90)	0.34 (1.29)
tobc	0.22** (2.52)	0.21** (2.99)	0.009 (0.36)
alc	0.16 (0.18)	0.06 (0.35)	0.11 (1.68)
constant	-6.53 (-0.53)	-5.06 (-0.50)	-0.46 (-0.12)
F	2.06	1.38	2.46
Prob>F	0.0000	0.0000	0.0000
R- squared	0.60	0.56 *	0.53

**, * denote 1%, 5% significant level respectively.

ตารางที่ 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยจำแนกตามภูมิภาค

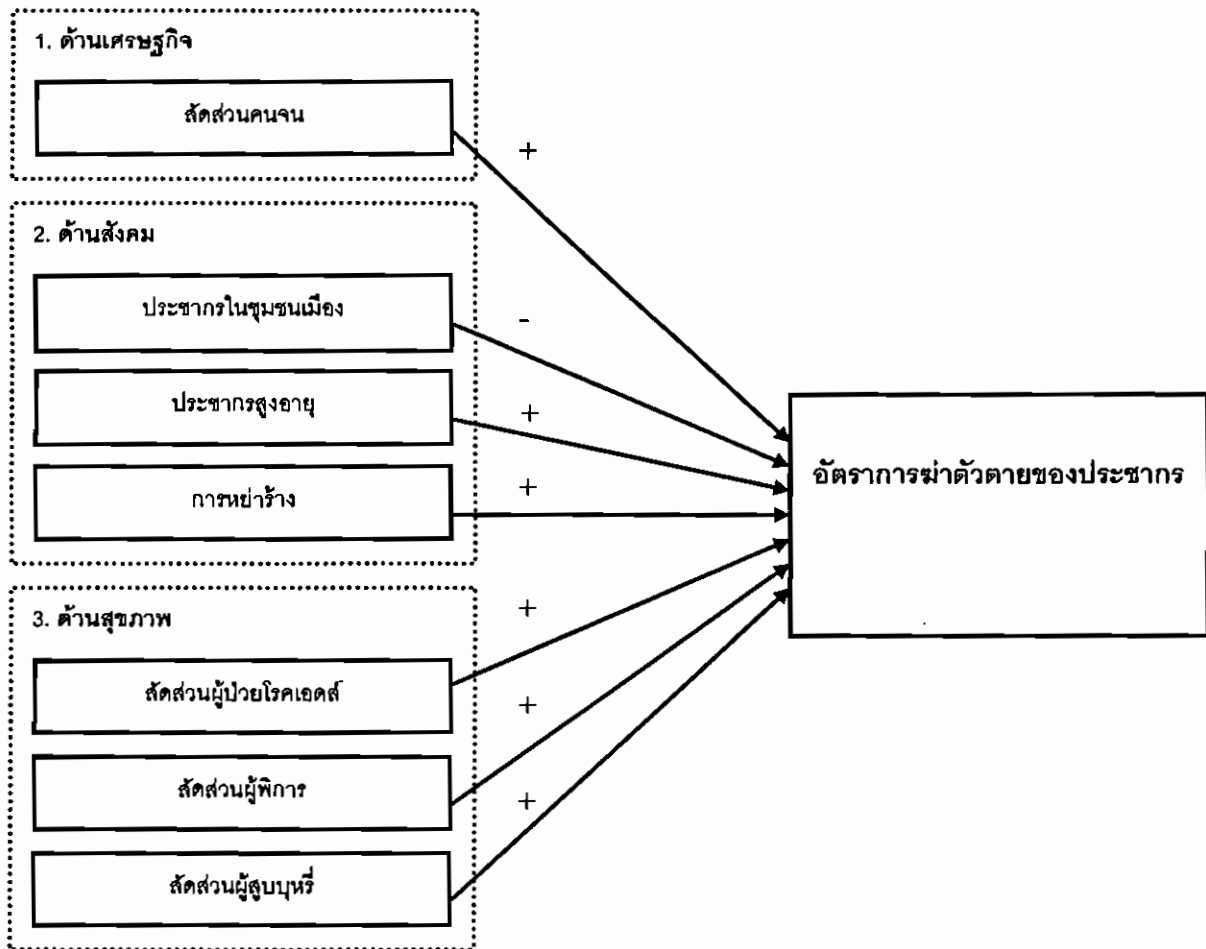
ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์			
	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
gppcap	11.54 (1.75)	-0.04 (-0.01)	-3.42 (-0.65)	-2.98 (-0.75)
cpi	0.15 (0.62)	0.04 (0.25)	0.37 (1.88)	0.41 (1.81)
industrial	-9.16 (-1.71)	8.72 (1.06)	28.41** (7.51)	11.34 (0.57)
unemployment	-0.61 (-1.55)	0.007 (0.05)	1.88* (2.53)	-0.27 (-1.02)
POVR	-0.07 (-1.32)	0.01 (0.65)	-0.01 (-0.32)	0.06 (0.94)
urbanization	-0.002 (-0.73)	-0.005 (-1.02)	-0.009 (-0.91)	-0.02** (-2.78)
aging	6.35 (0.31)	71.27** (2.75)	-17.01 (-0.29)	34.93 (0.81)
divorcepop1000	0.0001 (0.55)	0.0002 (0.90)	-0.0008 (-0.89)	0.002 (1.78)
chronic	0.11 (0.09)	0.85 (1.13)	-0.98 (-1.25)	-0.99 (-1.11)
aidspop1000	1.18 (1.05)	2.94 (1.31)	4.01* (2.43)	3.79* (2.52)
disabilitypop1000	1.13 (0.68)	-0.84 (-1.06)	-2.16 (-1.32)	5.44** (3.31)
tobc	0.04 (0.27)	0.10 (0.83)	0.29 (1.47)	0.08 (0.59)
alc	-0.33 (0.40)	-0.17 (-1.00)	0.40 (0.74)	-0.54 (-0.07)
constant	-4.55 (-0.18)	-8.98 (-0.45)	-30.02 (-1.49)	-39.99 (-1.68)
F	1.28	0.22	1.41	5.11
Prob>F	0.00	0.01	0.00	0.00
R- squared	0.52	0.60	0.87	0.84

**, * denote 1%, 5% significant level respectively.

ผลการศึกษาแบบจำลอง Fixed Effect

จากการศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากร ตาราง 4.2 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุแบบ fixed effect พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัดส่วนคนจน ผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ ซึ่งล้วนเป็นตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ส่วนการขยายตัวของชุมชนเมือง ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรลดลง

ภาพที่ 4.13 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากร



จากภาพตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด ตัวแปรที่มีผลทางบวกที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ได้แก่ สัดส่วนคนจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ ผู้สูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีผลทางลบที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรลดลง ได้แก่ ประชากรในชุมชนเมือง ซึ่งสามารถอธิบายเป็นรายปัจจัยได้ดังนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ

สัดส่วนคนจน

สัดส่วนคนจน หรือความยากจน สามารถส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากร จากทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายของ Hamermesh and Soss (1974) ที่กล่าวว่า รายได้ที่เพิ่มขึ้นหมายถึงความพึงพอใจที่สูงขึ้น เนื่องจากระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับของการบริโภคสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นอัตราการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับรายได้ ถ้าบุคคลได้รับรายได้รวมที่สูงในชีวิต เขาย่อมคาดหวังถึงการบริโภคที่สูงตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจสูงในชีวิต แต่ถ้าเป็นแนวทางกลับกัน ย่อมส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายที่สูง จากผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีดังกล่าว ในกลุ่มประชากรที่ยากจน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ การฆ่าตัวตายจะสูงขึ้น ซึ่งความยากจน จากคำนิยามจะหมายถึง บุคคลที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำที่ทุกคนในสังคมควรได้รับในการดำรงชีวิต โดยความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำนั้น สามารถกำหนดให้เป็นค่าของจำนวนเงินที่ครัวเรือนต้องใช้ในการหาซื้ออาหารที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่ง ค่าของจำนวนเงินดังกล่าวนี้ เรียกว่า เส้นความยากจน บุคคลใดที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุคคลนั้นถือว่าเป็นคนจน ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จึงมีโอกาที่จะมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากร ปัจจุบันได้มีมุมมองใหม่ในการมองภาวะความยากจน ที่มิได้พิจารณาเฉพาะการมีรายได้น้อยหรือการบริโภคน้อยเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติอื่นๆ ที่มีใช้ตัวเงิน (Non-monetary Dimension) โดยครอบคลุมถึงการขาดโอกาสด้านการศึกษา การรักษาพยาบาล และโอกาสอื่นในการพัฒนาคน การไร้อำนาจ การขาดสิทธิขาดเสียง ตลอดจนการตกอยู่ในความเสี่ยง และความหวาดกลัวอีกด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่ยากจน

นอกจากนั้นในปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ยังมีตัวแปรที่น่าสนใจซึ่งควรนำมากล่าวถึงได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างอ่อนๆ กับอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดที่มีการพัฒนาทางอุตสาหกรรมอย่างก้าวกระโดดได้ดี เช่น จังหวัดระยอง ซึ่งจากการพิจารณาการแจกแจงของข้อมูล โดยวิธี Kernel density estimate จังหวัดระยองเป็น

เพียงจังหวัดเดียวที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงที่ไม่ได้อยู่ในภาคเหนือ ซึ่งปัจจัยการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วจะสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรในจังหวัดได้ดี เนื่องจาก การพัฒนาอุตสาหกรรม เป็นการวัดจากจำนวนของแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งจากข้อมูลการฆ่าตัวตายของประชากรจากรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2553 พบว่าเป็นวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งประเทศ ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความเครียดของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้ดี เนื่องจากสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียด รวมทั้งเมื่อภาคอุตสาหกรรมเจริญมากขึ้น ความต้องการแรงงานจึงเปลี่ยนไป มีความต้องการแรงงานที่มีทักษะเฉพาะมากขึ้น ส่งผลให้แรงงานที่ไม่มีทักษะส่วนหนึ่งต้องออกจากงาน (Manoj K. Pandey and Charanjit Kaur, 2009: 1-20) สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน มีการปรับโครงสร้างอุตสาหกรรม เน้นผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูงขึ้นทำให้ตลาดแรงงานต้องการแรงงานที่มีทักษะสูง จนส่งผลให้เกิดการว่างงานในกลุ่มแรงงานที่มีทักษะน้อย ซึ่งพบว่าความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ดังเช่นจังหวัดที่มีการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว เช่น ระยอง มีผลให้โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดระยองเปลี่ยนแปลงจากระบบเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรมกึ่งยังชีพกึ่งขายไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรม และระบบเศรษฐกิจภาคบริการซึ่งพึ่งพิงกับภาคอุตสาหกรรมแทนการพัฒนาอุตสาหกรรมยังได้ดึงแรงงานอพยพจากต่างถิ่นเข้าสู่ชุมชนจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมหลายประการตามมา เช่น เกิดชุมชนแออัด อาชญากรรม และยาเสพติด การลักเล็กขโมยน้อย การแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่มากับแรงงานต่างถิ่น เป็นต้น ปัญหาทางสังคมที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ สมาชิกใหม่กับสมาชิกเดิมของชุมชนยังขาดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น และยังขาดความตระหนักในความรับผิดชอบร่วมกัน ขณะเดียวกันภาระการดำรงชีพที่เร่งรัดมากขึ้นก็ทำให้ความสัมพันธ์อันดีเครือญาติลดลงอย่างมากเช่นกัน ส่งผลให้สถาบันหรือองค์กรชุมชนที่เคยเข้มแข็งกลายเป็นองค์กรที่อ่อนแอ จนขาดพลังร่วมกันในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชุมชนจากรายงานสถานการณ์และการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน ของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (2553) สาเหตุการตายของประชาชนในจังหวัดระยอง ในปี 2548 พบว่า กลุ่มโรคที่ประชาชนเสียชีวิตมากที่สุด คือ กลุ่มสาเหตุภายนอกของการป่วยและการตาย(เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย) คิดเป็นร้อยละ 15 ของการตายทั้งหมด โดยในจังหวัดระยองมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 10.66 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ

2. ด้านสังคม

ประชากรในชุมชนเมือง

การมีความเป็นเมืองหรือการขยายของชุมชนเมืองที่มากขึ้น การที่ประชาชนคนเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมืองด้วยหลายเหตุผล เช่น ด้านการศึกษา โอกาสในการจ้างงาน เป็นต้น ซึ่งจากผลวิจัยพบว่า ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายต่ำลง สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า การแพร่ขยายของเมืองส่งผลให้เกิดโอกาสหลายอย่าง เช่นความเจริญที่เข้าไปสู่ชนบท การศึกษา รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ เหล่านี้ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายต่ำลงได้ จากงานวิจัยอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศจีน และอินเดีย และศรีลังกา พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของคนในชนบทสูงกว่าในเมืองถึง 3 เท่า ส่วนประเทศศรีลังกามากกว่า 2 เท่า (Lakshmi Vijayakumar et al., 2010) ซึ่งเกิดจากในเขตชนบท ประสบปัญหาการขาดสาธารณูปโภคที่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบคล้ายๆ กันในประเทศกำลังพัฒนา

ประชากรสูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดการฆ่าตัวตายเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายเกิดจากสุขภาพเสื่อมโทรม การรับรู้การเข้าใจเสื่อมถอย การสูญเสียทางด้านสังคมเกิดจากการเสียชีวิตของคู่ครอง การสูญเสียหน้าที่การงาน นอกจากนั้นผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาหลายประการ เช่นเกิดการสูญเสียรายได้ การปรับตัวหลังการเกษียณอายุ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของตน ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

การหย่าร้าง

ผู้ที่หย่าร้างแยกทางหรือม่าย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ อีมีล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) ซึ่งเป็นลักษณะของการฆ่าตัวตายแบบอีโกอิสติก (Egoistic suicide) เป็นภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคลไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้น การที่เกิดการหย่าร้าง แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งการได้รับแรงกดดันจากสังคมล้วนเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

3. ด้านสุขภาพ

สัดส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์

จากการศึกษาของ ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541, 25-57) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและด้านจิตใจ มีโอกาสที่จะเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สูง และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อควรเน้นด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นสำคัญ จะเห็นได้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ มักจะถูกกันออกจากสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บ้านที่อยู่อาศัย ครอบครัวและการสนับสนุนอย่างอื่น ซึ่งการถูกแยกออกจากสังคมเช่นนี้ตามทฤษฎีของอีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) จะเป็นลักษณะของผู้มีบูรณาการทางสังคมต่ำ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสูง

สัดส่วนผู้พิการ

ผู้ที่มีความพิการ ซึ่งแบ่งเป็นความพิการแต่กำเนิด และความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังนั้นจะพบมากที่สุด โดยเพศชายมีอัตราความพิการมากกว่าเพศหญิง ประเภทความพิการส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหว รองลงมาคือ พิการทางสายตา สติปัญญา และหูหนวก ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน คนพิการเข้าร่วมในสัดส่วนน้อยมากสำหรับเหตุผลสำคัญที่คนพิการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามที่กล่าวมาข้างต้น คือ ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีเวลา/โอกาส ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังอันดับต้นๆ คือ อัมพาต / อัมพฤกษ์ ตามด้วย หูตึง / หูหนวก (กระทรวงการพัฒนาลำบากและความมั่นคงของมนุษย์, 2548) ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต หรือไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติทั่วไปจำเป็นต้องมีการพึ่งพิงผู้อื่น โดยเฉพาะถ้าความพิการเกิดขึ้นภายหลังไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด จากทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamics theories) บุคคลที่ประสบภาวะเช่นนี้ต้องเผชิญกับภาวะความทุกข์ เป็นปมด้อย มีความตึงเครียดในจิตใจ ถ้าไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวได้ จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

สัดส่วนผู้สูบบุหรี่

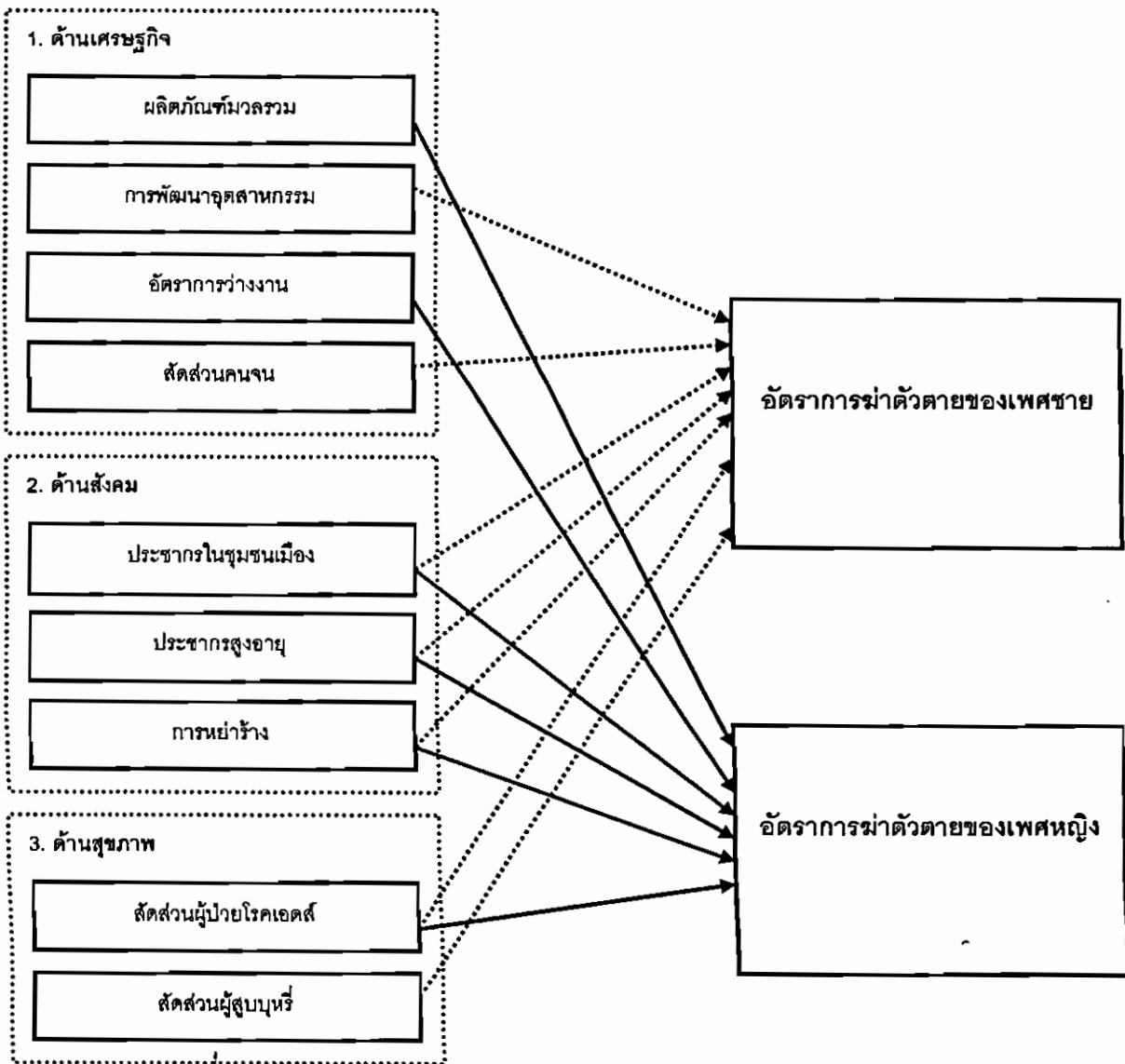
จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม และระหว่างการสูบบุหรี่กับการฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มที่ไปด้วยกันระหว่างการเป็นโรคซึมเศร้าและการสูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สารนิโคตินในบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในการ

เพิ่มของระดับของการมีบุคลิกภาพแบบ neuroticism (Jules Angst และ Puala J. Clayton, 1998: 55-62) ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะมีลักษณะความอารมณ์เสีย หงุดหงิด เคร้าสร้อย อ่อนแอ ไม่มั่นคง ได้ทุกเวลาและทุกสถานการณ์โดยไม่สมเหตุสมผล คนกลุ่มนี้มักมองตัวเองและสิ่งแวดล้อมในทางลบไว้ก่อน คนกลุ่มนี้มักจะวิตกกังวลและเครียดมากกว่าคนอื่นๆ ในเรื่องงาน ประเมินผลงานของตัวเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรืออาจไม่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จะเห็นได้ว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย

ความแตกต่างของปัจจัยการฆ่าตัวตายระหว่างเพศ

ในเพศชายตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม ความยากจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ ความเป็นเมือง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในเพศชาย เหมือนกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรรวม ส่วนตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การว่างงาน และ ความเป็นเมือง

ภาพที่ 4.14 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรจำแนกตามเพศ



จะเห็นว่าเพศชายตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศชายสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม ความยากจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ ความเป็นเมือง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในเพศชายเหมือนกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรรวม ส่วนตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายใน

เพศหญิงสูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การว่างงาน และ ความเป็นเมือง

ความแตกต่างของปัจจัยการฆ่าตัวตายระหว่างภูมิภาค

ในระหว่างภูมิภาค ภาคกลางไม่มีตัวแปรใดสามารถอธิบายสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรได้ ส่วน 3 ภาค มีตัวแปรที่สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ ประชากรสูงอายุ

ภาคเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม การว่างงาน และการเป็นโรคเอดส์

ภาคใต้ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ โรคเอดส์ ความพิการ และความเป็นเมือง

จะเห็นว่าตัวแปรที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือจะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่นการว่างงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน การพัฒนาอุตสาหกรรม กลับทำให้การฆ่าตัวตายของประชากรในภาคเหนือสูงขึ้นเช่นเดียวกับปัจจัยด้านการติดเชื้อเอดส์ ก็ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วย จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของธำรง สมบุญตานนท์ (2542) ที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่าในระยะก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ.2540 พบว่าการติดเชื้อเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญอันดับหนึ่ง ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญอันดับสอง ในระยะวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ.2540 ปัจจัยสำคัญอันดับหนึ่งคือปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนการติดเชื้อเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญอันดับสอง รวมทั้งการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ (2541) ที่เชียงใหม่พบว่าการติดเชื้อเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญของการฆ่าตัวตายเช่นกัน ซึ่งจากข้อมูลช่วงวัยของผู้ฆ่าตัวตายที่พบสูงสุดคือเพศชายวัย 20-34 ปี สูงสุดในช่วง 25-29 ปีก็อาจพอประมาณได้เช่นกันว่าเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์และมีอาการแสดงของโรค จึงส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย จากปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาค จะเห็นได้ว่า การว่างงาน และ โรคเอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายในประชากร โดยเฉพาะโรคเอดส์ ที่พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญในภาคเหนือและภาคใต้

โดยสรุปปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด ตัวแปรที่มีผลทางบวกที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ได้แก่ สัดส่วนคนจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ ผู้สูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีผลทางลบที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรลดลงได้แก่ ประชากรในชุมชนเมือง เมื่อจำแนกสาเหตุของการฆ่าตัวตายระหว่างเพศพบว่า จะเห็นได้ว่าเพศชายตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศชายสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม ความยากจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ ความเป็นเมือง ส่วนตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง โรคเอดส์ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การว่างงาน และ ความเป็นเมือง ส่วนในระหว่างภูมิภาค สามารถอธิบายได้ 3 ภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ ประชากรสูงอายุ ภาคเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม การว่างงาน และการเป็นโรคเอดส์ ภาคใต้ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ โรคเอดส์ ความพิการ และความเป็นเมือง ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ด้านสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรได้ แต่จะพบความแตกต่างในระหว่างเพศ ในเพศชายปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย จะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ส่วนในเพศหญิง ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายในเพศหญิงจะเป็นปัจจัยทางด้านสังคมเป็นหลัก ส่วนในระหว่างภูมิภาค ในภาคเหนือที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงที่สุด พบว่ามีปัจจัยที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายได้ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ และการไม่มีงานทำของประชากรในภูมิภาคเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตภาคเหนือ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้จะเป็นการสรุปภาพรวมการศึกษาวิจัย ผลการศึกษาและสรุปข้อค้นพบ บทสรุปของงานวิจัย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

5.1 ภาพรวมของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงประจักษ์ (positive approach) ศึกษาถึงการฆ่าตัวตายในมุมมองทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในระดับที่สามารถมองในภาพรวมของประเทศ เพื่อสามารถอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศ โดยเน้นศึกษาในมุมมองด้านเศรษฐกิจและสังคม และความแตกต่างกันทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งแต่ละภูมิภาคของประเทศก็มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวเลขสถิติทุติยภูมิ (secondary data) เป็นหลักเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลสถิติทุติยภูมิ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2545-2549 รวม 5 ปี เพื่อวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งแยกวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายแยกตามเพศ และแยกตามภูมิภาค เพื่อให้สามารถอธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5.2 สรุปข้อค้นพบและตอบคำถามวิจัย

5.2.1 การเปลี่ยนแปลงของการฆ่าตัวตายในเพศชาย และหญิงของประชากรในระดับจังหวัด

การฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดของประเทศไทย โดยเฉลี่ยตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2549 คิดเป็น 7.21 ต่อแสนประชากร โดยเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 3.2 เท่า โดยภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตามลำดับ โดยความแตกต่างของภาคที่สูงสุดและต่ำสุดอยู่ที่ประมาณ 2.3 เท่า โดยเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายเพศ พบว่าในทุกภูมิภาคเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง โดยที่ภาคเหนือทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงซึ่งน่าจะเป็นจังหวัดที่เป็นปัญหาหรือควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ระยอง เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แพร่ ลำปาง ลำพูน และ อุตรดิตถ์ ซึ่งล้วนเป็นจังหวัด ที่อยู่ในภาคเหนือ ยกเว้นจังหวัดระยอง ส่วนจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูง ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ และลำพูน ซึ่งล้วนเป็นจังหวัด ที่อยู่ในภาคเหนือทั้งสิ้น อัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิงสูงที่สุดอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และลำพูน เช่นเดียวกับเพศชาย ซึ่งล้วนเป็นจังหวัด ที่อยู่ในภาคเหนือทั้งสิ้นเช่นเดียวกัน

5.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยได้นำตัวแปร คือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์ ได้ผลดังนี้

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สัดส่วนคนจนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.05)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ประชากรสูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 75.25) และการหย่าร้างเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 3.72) ส่วนการขยายตัวของชุมชนเมืองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.01)

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 3.89) ความพิการเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1.63) และการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.22)

5.2.2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย

ผู้วิจัยได้นำตัวแปร คือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในเพศชาย ได้ผลดังนี้

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 4.53) สัดส่วนคนจนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.04)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ประชากรสูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 45.79) และการหย่าร้างเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2.92) ส่วนการขยายตัวของชุมชนเมืองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.01)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 3.21) และการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.21)

5.2.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง

ผู้วิจัยได้นำตัวแปร คือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในเพศหญิง ได้ผลดังนี้

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 2.06) อัตราการว่างงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.17)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ประชากรสูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 27.67)

และการหย่าร้างเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.68) ส่วนการขยายตัวของชุมชนเมืองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.001)

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 0.73)

5.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภูมิภาค

ผู้วิจัยได้นำตัวแปร คือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับภูมิภาค ได้ผลดังนี้

ภาคกลาง ไม่มีปัจจัยใดสามารถอธิบายได้

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเพียงปัจจัยทางด้านสังคมที่สามารถอธิบายสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ คือประชากรสูงอายุ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 71.27)

ภาคเหนือ มี 2 ปัจจัยที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคเหนือได้ ได้แก่

1) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 28.41) อัตราการว่างงานเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 1.88) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 4.01)

ภาคใต้ มี 2 ปัจจัยที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคใต้ได้ ได้แก่ 1)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมืองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = -0.02)

2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของ

ประชากรในภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 3.79) และความพิการ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สัมประสิทธิ์ถดถอย = 5.44)

5.2.4 สรุป

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ โดยจำแนกเป็นตัวแปรที่มีผลเชิงบวกซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ได้แก่ สัดส่วนคนจน การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง

เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ การสูบบุหรี่ โดยจำแนกเป็นตัวแปรที่มีผลเชิงบวกซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง

ส่วนในเพศหญิง พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิง คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การว่างงาน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยจำแนกเป็นตัวแปรที่มีผลเชิงบวกซึ่งส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิงสูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ตัวแปรที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การว่างงาน การขยายตัวของชุมชนเมือง

ส่วนในระดับภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การขยายตัวของประชากรสูงอายุ ภาคเหนือ จะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนา

อุตสาหกรรมและการว่างงาน รวมทั้งการเกิดโรคเอดส์ ส่วนภาคใต้จะขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเกิดโรคเอดส์ และความพิการ

จากผลสรุปจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ และระหว่างภูมิภาค ทางด้านเศรษฐกิจ ความยากจน การมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ของประชากรเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายของประชากร รวมทั้งในเพศชาย นอกจากความ ยากจนจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายแล้ว การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมยังส่งผลให้เกิดการฆ่า ตัวตายในเพศชายอีกด้วย ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความเครียดของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lester (1997) ซึ่งพบว่าความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของประชาชน เปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียด

ในขณะเดียวกัน ในเพศหญิง อัตราการว่างงานสูงขึ้นกลับส่งผลลบต่ออัตราการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการพัฒนาทางเศรษฐกิจ กลับส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น การที่เข้าสู่ตลาดแรงงานที่ เพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นในต่างประเทศ เช่น Yong Hwan Noh (2009: 575-582) ศึกษาการว่างงานกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประเทศ OECD พบว่า การว่างงานมิได้ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเสมอไป ในเพศหญิง การว่างงาน และการมี บุตร เป็นการลดแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายในเพศหญิง

ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ส่วน ปัจจัยด้านสังคม ตัวแปรทุกตัวล้วนสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งในเพศชาย และเพศ หญิงได้ดี จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ และทฤษฎีทาง สังคม ของ อีไมล์ เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) นั่นคือการที่บุคคลมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะ เนื่องมาจากอรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ (lifetime expected utility) นั้นลดลง นั่นคือเมื่อบุคคลประสบกับภาวะรายได้ลดลง หรือมีความสามารถในการหารายได้ลดลง จะส่งผลให้ เกิดแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นรวมทั้งเหตุผลทางด้านสังคม การขาดการบูรณาการทางสังคม ภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคล ไปยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้นการที่ เกิดการหย่าร้าง ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายอันเกิด

จากสุขภาพเสื่อมโทรม การรับรู้การเข้าใจเสื่อมถอย การสูญเสียทางด้านสังคม การเสียชีวิตของ คู่ครอง การสูญเสียหน้าที่การงาน การปรับตัวหลังการเกษียณอายุ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการ รักษาพยาบาลของตน ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่ประสบภาวะการณียาร้าง เกิด ภาวะโดดเดี่ยว แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งในปัจจุบันด้านสุขภาพ การเป็นโรคเอดส์ ความ พิกการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อทั้งด้านสังคมส่งผลให้มีการบูรณาการทางสังคมต่ำ และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ความสามารถในการหารายได้ลดลง ส่งผลให้อรรถประโยชน์คานาหมายสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ ลดลง ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น รวมทั้งการสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัว ตายในประชากรรวม และพบในเพศชาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในเพศหญิง

ในส่วนภูมิภาคสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภูมิภาคมีความต่างกัน ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ การขยายตัวของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย อาจเนื่องมาจากเป็น ภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุสูงที่สุดในประเทศ มีผู้สูงอายุอยู่ถึง 33.6% รวมทั้งผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.6) มีโรคเรื้อรังประจำตัว (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และ ผู้สูงอายุ, 2553) จึงเป็นสาเหตุให้มีอัตราการฆ่าตัวตายในภูมิภาคนี้ ในขณะที่ภาคเหนือ อัตราการ ฆ่าตัวตายจะขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจ และการเกิดโรคเอดส์ เป็นตัวแปรสำคัญ การฆ่าตัวตายในภาค นี้จะขึ้นอยู่กับ การว่างงาน ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการที่มีความเครียดจากการพัฒนาของอุตสาหกรรม ซึ่งก่อให้เกิดการปรับตัว รวมทั้งการเกิดโรคเอดส์ ซึ่งภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่ประชากรเป็นโรคเอดส์สูง เป็นอันดับ 2 รองจากภาคกลาง (กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553) ส่วนในภาคใต้ อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไม่ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจ แต่จะขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเอดส์ และความพิกการ

5.2.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ความสามัคคีของชุมชน การเพิ่ม สัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะเห็นว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายของ ประชากรส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการหย่าร้าง ความชราภาพ ล้วนเป็นผลให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดการบูรณาการด้านสังคม โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีความผูกพันกับครอบครัวมากกว่าชาย การมี สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม เป็นสิ่งต่อต้านพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นการฆ่า

ตัวตายในผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากการอยู่อย่างโดดเดี่ยว กังวลใจด้านการเงิน สุขภาพ ทรุดโทรม การต้องพึ่งพาผู้อื่น เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การส่งเสริมความเข้มแข็งของการรวมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในภูมิภาคที่มีประชากรสูงอายุขยายตัวอย่างมาก เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุซึ่งถูกทอดทิ้งมีจำนวนสูงถึงกว่า 4 แสนคน ทั้งนี้เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป กลายเป็นกระแสทุนนิยม ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัวให้กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ความรักความผูกพันในครอบครัวน้อยลง คนในครอบครัวมักแต่สนใจเรื่องการทำงาน จนอาจมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, 2553) จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กิจกรรมนันทนาการ การสร้างอาชีพ หรืองานอดิเรก เพื่อป้องกันการแยกตัวออกจากสังคม สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถมีการดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด

2. การเฝ้าระวังด้านความเครียด สุขภาพจิต และการปรับตัว โดยเน้นในกลุ่มของแรงงานภาคอุตสาหกรรม จากผลการวิจัยในระดับจังหวัดในภาพรวมพบความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาอุตสาหกรรม ในระดับอ่อนๆ และเห็นความสัมพันธ์อย่างชัดเจนในภาคเหนือ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีแรงงานนอกภาคเกษตรขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี 2545-2548 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.2 โดยเฉพาะในปี 2546 และปี 2547 ที่แรงงานขยายตัวมาก ซึ่งเปลี่ยนไปตามโครงสร้างการผลิตที่เน้นความสำคัญจากภาคเกษตรเป็นภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น (ทวีศักดิ์ ใจคำสืบ, 2553) จากการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนแรงงานนอกภาคเกษตรมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สังคมที่มีการพัฒนาไปสู่รูปแบบตะวันตก เหล่านี้ก่อให้เกิดความบีบคั้นสูงแก่ผู้ที่อยู่ในวัยเริ่มก่อร่างสร้างตัว ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบต่อสิ่งต่างๆ มากขึ้น รวมทั้งสังคมแห่งวัตถุนิยม ทำให้ต้องมีการแสวงหาทรัพยากรเพื่อการใช้จ่ายอย่างมาก แรงงานในภาคอุตสาหกรรมต้องมีการปรับตัวสูง ส่งผลให้เกิดความเครียด นำมาซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น การส่งเสริมความร่วมมือของสถานประกอบการในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เพื่อลดความเครียดให้กับพนักงาน เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การมีสถานที่ให้พนักงานได้ออกกำลังกายหลังเลิกงาน เป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยลดความเครียดให้กับแรงงานได้อีกทางหนึ่ง

3. การเน้นการกระจายรายได้ และการจ้างงานในระดับภูมิภาค สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจภาวะการดำเนินงานของประชากรปี 2552 เดือนมีนาคม พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ว่างงานทั้งสิ้น 7.11 แสนคน หรือคิดเป็นอัตราการว่างงาน ร้อยละ 1.9 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนผู้ว่างงานมากที่สุด 3.01 แสนคน และจังหวัดที่มีการแจ้งความประสงค์เดินทางไปทำงานต่างประเทศมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อุดรธานี นครราชสีมา ขอนแก่น ลำปาง และบุรีรัมย์ (กรมการจัดหางาน, 2553) จะเห็นว่าอัตราการว่างงานและการย้ายถิ่นมีสูง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการวิจัยระดับจังหวัดในภาพรวมยังพบว่าความยากจนส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย จึงควรเน้นการพัฒนา การจ้างงานในชนบท เน้นให้ประชาชนในท้องถิ่นมีงานทำที่มั่นคง นอกจากเป็นการลดความยากจนยังเป็นการลดการย้ายถิ่นของประชากร เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวอย่าร้าง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังอันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์และความสุข รวมทั้งควรมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในเพศชาย ที่น่าจะมีแนวโน้มเกิดการฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากเกิดการสูญเสียทรัพย์สินและรายได้อย่างรวดเร็ว เช่น หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกลุ่มประชาชนต้องประสบกับภาวะยากจน กลุ่มผู้ตกงานถูกเลิกจ้าง หรือกลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น

4. การรณรงค์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร จากผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากร ส่วนหนึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอดส์ และความพิการ ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากการจัดงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาลแล้ว การสร้างอาชีพให้กับกลุ่มคนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองได้ สามารถหารายได้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง เป็นการลดการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ของผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้พิการ ควรเน้นมาตรการการให้คำปรึกษาในมุมที่ช่วยในการลดความคิดในการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในภาคเหนือ สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและสังคมให้เกิดการยอมรับ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้นยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจาก สารนิโคตินในบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มของระดับของการมีบุคลิกภาพแบบ neuroticism (Jules Angst และ Puala J. Clayton, 1998: 55-62) ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะวิตกกังวลและเครียดมากกว่าคนอื่นๆในเรื่องงาน ประเมินผลงานของตัวเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักกลัว

ในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรืออาจไม่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ดังนั้นให้ความสำคัญกับการรณรงค์การเลิกบุหรี่ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของประชากรลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบถึงบริบทของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่น ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน

2. การศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตายในประชากรในภาพรวมของแต่ละช่วงวัย รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตชนบทและเขตเมือง โดยมีการแยกศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละกลุ่ม ซึ่งน่าจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2548. สถานการณ์ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2548. ค้นวันที่ 23 มิถุนายน 2553 จาก http://www.msociety.go.th/document/edoc/edoc_832.pdf.
- กรมการจัดหางาน. 2553. สรุปข้อมูลคนงานไทยเดินทางไปทำงานต่างประเทศ. ค้นวันที่ 8 พฤศจิกายน 2553 จาก <http://www.overseas.doe.go.th/Statistic/2.pdf>
- กรมควบคุมมลพิษ. 2553. รายงานสถานการณ์และการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ค้นวันที่ 23 มิถุนายน 2553 จาก http://www.pcd.go.th/Info_serv/pol_maptapoot_env2.html
- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2553. สรุปสถานการณ์เอดส์ ประเทศไทย. ค้นวันที่ 8 พฤศจิกายน 2553 จาก <http://203.155.220.217/aids>.
- จำลอง ดิษยวณิช. 2522. จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: พระสิงห์การพิมพ์.
- ตีรณ พงศ์มพัฒน์. 2550. เศรษฐศาสตร์มหภาค ทฤษฎี นโยบายและการวิเคราะห์สมัยใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิล ธาราโภชน และศรัณย์ ดำริสุข. 2543. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.
- ทวีศักดิ์ ใจคำสืบ. 2553. โครงสร้างแรงงานของภาคเหนือ. ค้นวันที่ 8 พฤศจิกายน 2553 จาก http://www.bot.or.th/Thai/EconomicConditions/Thai/North/ArticleAndResearch/DocLib_Article/2550_06@StructureLabor.pdf.
- อัมรงค์ สมบุญตนนท์ และคณะ. 2542. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บุญคง หันจางสิทธิ์. 2550. เศรษฐศาสตร์มหภาค. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. 2541. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.

- พฤตมณี นนท์ตุลา. 2550. การปรับตัวของครอบครัวที่มีสตรีเป็นหัวหน้าครอบครัวภายหลังการหย่าร้าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระรัตนคุณ จันทโสภณ (หมั่นมี). 2549. การศึกษาวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาอัตวินิบาตกรรมตามแนวพุทธจริยศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล. 2553. 4 วิถีคนไทย เสี่ยงซึมเศร้าฆ่าตัวตาย. ค้นวันที่ 1 มีนาคม 2553 จาก http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2009/thai2009_15.pdf
- มานิช หล่อตระกูล. 2541. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43(1): 2-13.
- วาริน ชมประเสริฐ. 2546. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย ดาริกานนท์. 2541. การสำรวจคุณภาพชีวิต และความคิดอยากฆ่าตัวตาย ของผู้ติดเชื้อ HIV. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 5:25-57.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552. สุขภาพคนไทย 2552 เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. 2553. สถิติผู้สูงอายุที่สำคัญ. ค้นวันที่ 2 พฤศจิกายน 2553 จาก http://www.opp.go.th/StatisticsOld_24-10-51.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. มิติหญิงชาย : ความแตกต่างบนความเหมือน. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. 2553. สาเหตุการตาย. ค้นวันที่ 1 มีนาคม 2553 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>.
- อดุลย์ ตันประยูร. 2526. ปัญหาสังคม. กรุงเทพฯ: พีรพัฒน์.
- เอกศิษฐ์ พันธธนพฤกษ์. 2553. Albert Bandura นักจิตวิทยาผู้คิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม. ค้นวันที่ 23 มิถุนายน 2553 จาก http://gotoknow.org/file/a_kasith2.pdf.

- Andres Antonio Rodriguez. 2005. Income inequality, unemployment, and suicide : a panel data analysis of 15 European countries. *Applied Economics*. 37: 439-451.
- Angst Jules and Clayton Paula J. 1998. Personality, smoking and suicide: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 51(1): 55-62.
- Barstad, A. 2008. Explaining changing suicide rates in Norway 1948–2004: the role of social integration. *Social Indicators Research*. 87: 47–64.
- Bandura, A. 1989. "Social cognitive theory". In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol.6. Six theories of child development. Greenwich, CT: JAI Press.
- Crouch, R. 1979. *Human behavior*. North Scituate: MA:Duxbury.
- Elizabeth, A. R., & Carol, E. K. 1996. *Suicide and Self Destructive Behavior*. California: Publishing Company Inc.
- Emile Durkheim. 1979. *A Study in Sociology*. New York: A Division of Simon & Schuster Inc.
- Gibbs, J.P. and Martin, W.T. 1964. *Status Integration and Suicide*. Eugene: University of Oregon Press.
- Hamermesh, D.S., and Soss, N.M. 1974. An economic theory of suicide. *Journal of political economy*. 82: 83-98.
- Koo, J. and Cox, M.W. 2008. An economic interpretation of suicide cycles in Japan. *Contemporary Economic Policy*. 26(1): 162–174.
- Kunce, M. and Anderson, A.L. 2002. The Impact of Socioeconomic Factors on Stage Suicide Rates: A Methodological Note. *Urban Studies*. 39: 155-162.
- Lester D. 1989. Specific Agents of Accidental and Suicidal Death. *Sociology and Social Research*. 73:182-184.
- Lester D. and Yang, B. 1998. *Suicide and Homicide in the 20th Century: Changes over Time*. New York: Nova Science.

- Lakshmi Vijayakumar et al. 2010. Socio-economic, Cultural and Religious Factors Affecting Suicide Prevention in Asia Retrieved February 20, 2010 from http://www.who.int/mental_health/resources/suicide_prevention_asia_chapter2.pdf
- Neumayer E. 2003. Socioeconomic factors and suicide rates at large-unit aggregate levels: a comment. *Urban Studies*. 40(13): 2769–2776.
- Rodriguez A.A. 2005. Income inequality, unemployment, and suicide: a panel data analysis of 15 European countries. *Applied Economics*. 37: 439–451.
- Rossow I. 1993. Suicide, alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. *Addiction*. 88: 1659–1665.
- Sainsbury P, Jenkins J and Levey A. 1980. The social correlates of suicide in Europe. In: Farmer R, Hirsch S, editors. *The suicide syndrome*. London: Croom Helm
- Sennett Richard. *Introduction On Suicide By Emile Durkheim*. London: Penguin Books
- Thomas Maas. 2008. Economic Correlates of Suicide Rates in OECD Countries. Scala Discussion Paper No. 6/2008 University of St.Gallen. p.1-44.
- Viren M. 1999. Testing the "natural rate of suicide" hypothesis. *International Journal of Social Economics*. 26(12): 1428–1440.
- Yamamura, E. 2008. The different impacts of socio-economic factors on suicide between males and females Retrieved February 20, 2010 from http://mpa.ub.uni-muenchen.de/15568/1/MPRA_paper_15568.pdf.
- Yang B. and Lester D. 1995. Suicide, homicide and unemployment. *Applied Economic Letters*. 2: 278–279.
- Yong Hwan No. 2009. Does Unemployment Increase Suicide Rates? The OECD Panel Evidence. *Journal of Economic Psychology*. 30: 575-582.
- WHO. 2008. List of countries by suicide rate Retrieved February 20, 2010 from http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในสมการถดถอยเชิงพหุ

	suici-te	gppcap	cpl	indust-l	unempl-t	POVR	urbani-n	aging	divorce	chronic
suiciderate	1.00									
gppcap	0.05	1.00								
cpl	-0.15	0.13	1.00							
industrial	0.19	-0.22	-0.11	1.00						
unemployment	-0.17	0.11	-0.13	-0.11	1.00					
POVR	0.00	0.00	-0.17	-0.36	0.19	1.00				
urbanization	-0.08	-0.08	0.00	0.67	-0.04	-0.43	1.00			
aging	0.45	-0.01	0.07	0.22	-0.20	-0.31	0.03	1.00		
divorce	-0.06	-0.07	-0.06	0.50	0.03	-0.15	0.71	-0.11	1.00	
chronic	-0.03	-0.06	0.12	0.05	0.08	0.14	0.04	-0.05	-0.07	1.00
aidpop1000	0.41	0.06	0.11	0.16	-0.08	-0.23	0.17	0.15	0.01	0.28
disabil~1000	0.23	0.00	0.36	0.12	-0.12	-0.02	-0.07	0.16	-0.07	0.14
tobc	0.00	0.10	-0.10	-0.58	0.12	0.40	-0.32	-0.29	-0.08	-0.05
alc	0.10	0.04	-0.20	0.24	0.12	0.15	0.08	-0.23	0.19	0.01
	aid~1000	dis~1000	tobc	alc						
aidpop1000	1.00									
disabil~1000	0.21	1.00								
tobc	-0.04	-0.12	1.00							
alc	0.03	0.02	-0.05	1.00						

```
. xtreg suicerate gppcap cpi industrial unemployment POVR urbanization aging divorcepop1000 chronic a
> idpop1000 disabilitypop1000 tobac alc,fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      149
Group variable: year                  Number of groups =       2

R-sq:  within = 0.6089                Obs per group:  min =      74
      between = 1.0000                  avg   =      74.5
      overall  = 0.5786                  max   =      75

corr(u_i, xb) = -0.1363                F(13,134)       =      16.05
                                      Prob > F          =      0.0000
```

suicerate	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
gppcap	4.625984	2.950064	1.57	0.119	-1.208729	10.4607
cpi	-.0243309	.1166051	-0.21	0.835	-.2549555	.2062936
industrial	4.244714	2.37392	1.79	0.076	-.4504857	8.939914
unemployment	-.2361887	.1754502	-1.35	0.181	-.5831986	.1108212
POVR	.0532042	.023401	2.27	0.025	.0069211	.0994873
urbanization	-.0118523	.0023725	-5.00	0.000	-.0165448	-.0071599
aging	75.25447	12.41572	6.06	0.000	50.69835	99.8106
divorce~1000	3.721233	.6521817	5.71	0.000	2.431331	5.011135
chronic	-.3896216	.8086381	-0.48	0.631	-1.988967	1.209724
aidpop1000	3.897036	.7920259	4.92	0.000	2.330547	5.463525
disabil~1000	1.632034	.8346945	1.96	0.053	-.0188462	3.282914
tobac	.2186998	.0867916	2.52	0.013	.0470412	.3903583
alc	.1694532	.2104441	0.81	0.422	-.2467687	.585675
_cons	-6.536265	12.32778	-0.53	0.597	-30.91846	17.84593
sigma_u	.94588147					
sigma_e	2.4154493					
rho	.13295886	(fraction of variance due to u_i)				

```
F test that all u_i=0:      F(1, 134) =      2.06      Prob > F = 0.1533
```

```
. xtreg malerate gppcap cpi industrial unemployment POVR urbanization aging divorcepop1000 chronic aidp
> op1000 disabilitypop1000 tobac alc,fe
```

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      149
Group variable: year                  Number of groups =       2

R-sq:  within = 0.5665                Obs per group:  min =      74
      between = 1.0000                  avg   =      74.5
      overall  = 0.5440                  max   =      75

corr(u_i, xb) = -0.1236                F(13,134)       =      13.47
                                      Prob > F          =      0.0000
```

malerate	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
gppcap	2.929027	2.434459	1.20	0.231	-1.885909	7.743964
cpi	-.0131771	.0962251	-0.14	0.891	-.2034936	.1771395
industrial	4.532591	1.959012	2.31	0.022	.658006	8.407175
unemployment	-.0474943	.1447854	-0.33	0.743	-.3338547	.2388661
POVR	.0393042	.019311	2.04	0.044	.0011103	.0774981
urbanization	-.0105499	.0019579	-5.39	0.000	-.0144222	-.0066776
aging	45.79993	10.24573	4.47	0.000	25.53566	66.0642
divorce~1000	2.923968	.538195	5.43	0.000	1.859512	3.988424
chronic	-.4907768	.6673064	-0.74	0.463	-1.810593	.829039
aidpop1000	3.216709	.6535976	4.92	0.000	1.924007	4.509411
disabil~1000	1.306458	.6888087	1.90	0.060	-.0558853	2.668802
tobac	.2141992	.0716223	2.99	0.003	.0725427	.3558557
alc	.0611463	.1736632	0.35	0.725	-.2823293	.404622
_cons	-5.069129	10.17316	-0.50	0.619	-25.18987	15.05161
sigma_u	.63768707					
sigma_e	1.9932832					
rho	.09284504	(fraction of variance due to u_i)				

```
F test that all u_i=0:      F(1, 134) =      1.38      Prob > F = 0.2428
```

```
. xtreg femalerate gppcap cpi industrial unemployment POVR urbanization aging divorcepop1000 chronic ai
> dpop1000 disabilitypop1000 tobac alc, fe
```

Fixed-effects (within) regression
Group variable: year

Number of obs = 149
Number of groups = 2

R-sq: within = 0.5340
between = 1.0000
overall = 0.4956

Obs per group: min = 74
avg = 74.5
max = 75

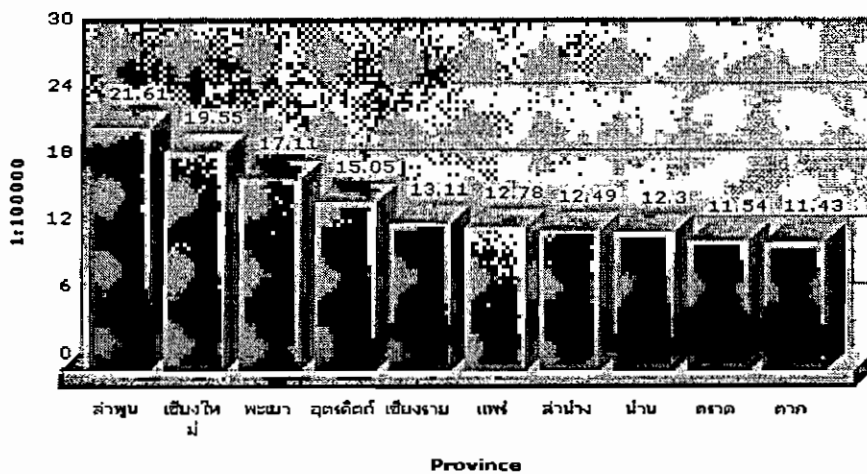
corr(u_i, Xb) = -0.1230

F(13,134) = 11.81
Prob > F = 0.0000

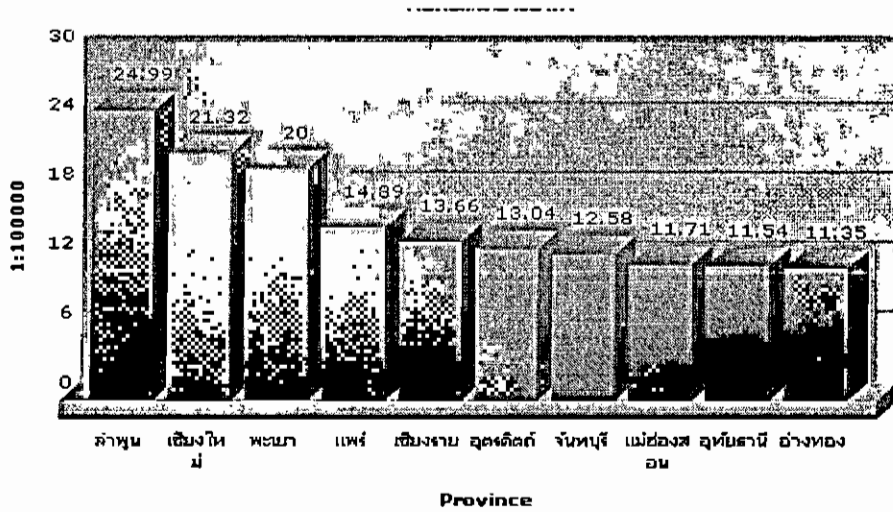
femalerate	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
gppcap	2.06631	.9377906	2.20	0.029	.2115239	3.921097
cpi	-.0203285	.0370674	-0.55	0.584	-.0936413	.0529843
industrial	.4822319	.7546411	0.64	0.524	-1.010317	1.974781
unemployment	-.1743513	.0557735	-3.13	0.002	-.2846616	-.0640409
POVR	.0109728	.0074389	1.48	0.143	-.0037401	.0256857
urbanization	-.0014687	.0007542	-1.95	0.054	-.0029603	.0000223
aging	27.67731	3.94681	7.01	0.000	19.87121	35.48341
divorce~1000	.6814018	.2073208	3.29	0.001	.2713573	1.091446
chronic	.1117134	.2570565	0.43	0.665	-.3966996	.6201264
aidpop1000	.7263785	.2517757	2.89	0.005	.2284101	1.224347
disabil~1000	.3424617	.2653395	1.29	0.199	-.1823337	.867257
tobac	.0099741	.02759	0.36	0.718	-.0445941	.0645424
alc	.1121126	.0668977	1.68	0.096	-.0201994	.2444247
_cons	-.4679287	3.918855	-0.12	0.905	-8.218741	7.282883
sigma_u	.32825663					
sigma_e	.76784282					
rho	.1545203	(fraction of variance due to u_i)				

F test that all u_i=0: F(1, 134) = 2.46 Prob > F = 0.1193

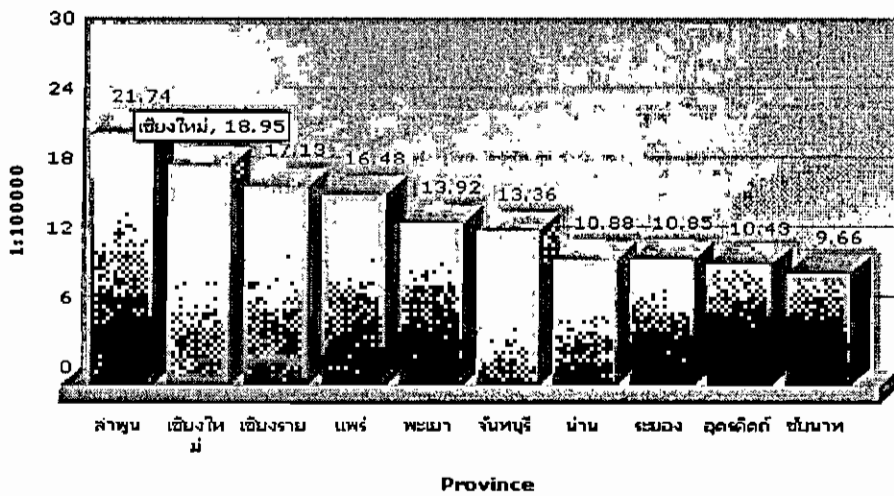
อัตราการฆ่าตัวตายพ.ศ.2545 (รายต่อแสนประชากร)



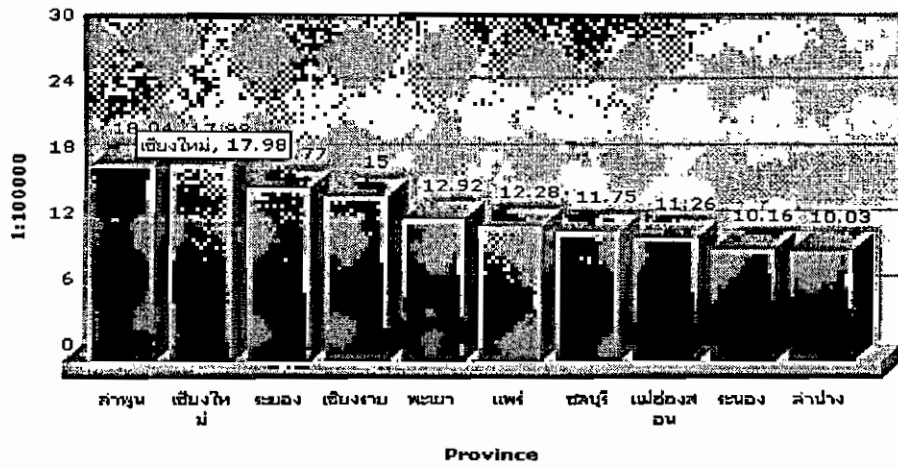
อัตราการฆ่าตัวตายพ.ศ.2546 (รายต่อแสนประชากร)



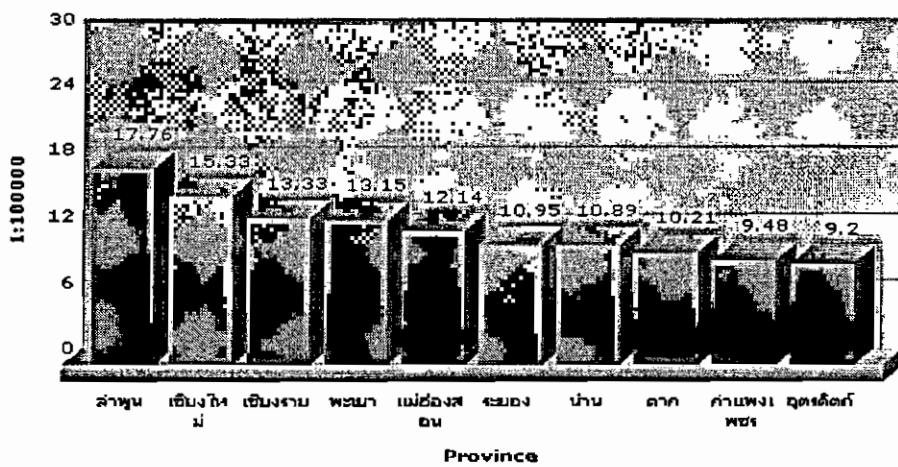
อัตราการฆ่าตัวตายพ.ศ.2547 (รายต่อแสนประชากร)



อัตราการฆ่าตัวตายพ.ศ.2548 (รายต่อแสนประชากร)



อัตราการฆ่าตัวตายพ.ศ.2549 (รายต่อแสนประชากร)



สถิติอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย(รายต่อแสนประชากร) ในปีพ.ศ. 2544-2552

