

บทความพิเศษ

การฆ่าตัวตาย (SUICIDE)

อำนาจ รัตนวิสัย

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทนำ

จากสภาวะความเครียดและหลายปัจจัยที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่งผลให้มีคนจำนวนไม่น้อยที่ตัดสินใจ “หนี” ปัญหาทุกอย่างด้วยการ “ฆ่าตัวตาย” ซึ่งองค์การอนามัยโลก¹ ได้เปิดเผยตัวเลขที่น่าตกใจว่า โดยเฉลี่ยแล้วมีคนทั่วโลกฆ่าตัวตายถึงวันละเกือบ 3,000 คน เท่ากับว่าปีๆ หนึ่งจะมีคนฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ล้านคน และตัวเลขก็มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับจำนวนของผู้ที่ลงมือทำร้ายตัวเองที่มีมากกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 10-20 เท่าแน่นอนว่าคนกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในอนาคต

ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งลดอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลก เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบด้านอื่นๆ ตามมา ดังนั้นจึงได้กำหนดให้ทุกวันที่ 10 กันยายนของทุกปี เป็น “วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก” (world suicide prevention day) โดยประกาศเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 2003 หรือ พ.ศ. 2546 เพื่อให้คนทั่วโลกตระหนักว่า การฆ่าตัวตายนั้นสามารถป้องกันได้ และให้มีการเผยแพร่ข้อมูล ปรับปรุงพัฒนาการอบรมให้ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นพร้อมกันนี้ องค์การอนามัยโลกก็ยังได้กำหนดหัวข้อ (Theme) การรณรงค์ในปีล่าสุดไว้ด้วยได้แก่ พ.ศ. 2554 : Preventing Suicide in Multicultural Societies¹

พฤติกรรมที่สวนทางกับความต้องการอยู่รอดตามธรรมชาตินี้เกิดขึ้นเรื่อยมานับแต่อดีตกาล แม้ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมส่วนใหญ่แทบทุกชาติทุกภาษา มีบันทึกไว้ในปรัชญาอริสโตเติลโบราณ บทบัญญัติของคาสนาฮินดู พุทธ คริสต์ อิสลาม ล้วนห้ามฆ่าตัวตาย ถือเป็นบาปอันยิ่งใหญ่จะต้องได้รับโทษทุกข์ทรมาน สังคมไทยก็คุ้นเคยกับการฆ่าตัวตายมานาน เห็นได้จากวรรณคดีและนิทาน เช่น ชุนช้างขุนแผน ปลายทอง เาะปา ลิลิตพระลอ การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนรอบข้าง เป็นตราบาปในใจผู้ใกล้ชิดบางรายไปตลอดชีวิต เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สร้างความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจอย่างมหาศาล แนวโน้มการฆ่าตัวตายกำลังเปลี่ยนไปจากกลุ่มชายสูงอายุไปเป็นในกลุ่มอายุน้อยซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังหลักต่อผลิตผลของประเทศชาติ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

Durkheim² การฆ่าตัวตายมิใช่พยาธิสภาพเฉพาะบุคคล แต่อธิบายได้ด้วยคุณสมบัติทางสังคม 2 ประการคือการผูกพันและความคุมในสังคม (social integration & regulation) ซึ่งใช้แบ่งการฆ่าตัวตายเป็น 4 กลุ่มคือ

Egoistic Suicide : สังคมเสื่อม ครอบครัวยากจน ไม่จำเป็นต้องพึ่งพากัน ทำให้ไร้จุดหมายในชีวิต เช่น ในเมืองใหญ่จะพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง

Altruistic Suicide : ผูกพันกับกลุ่มมากจนยอมสละชีพเพื่อกลุ่มหรือสังคม เช่น นักบิน Kamikaze ของญี่ปุ่น พระเวียดนาม ประท้วงสงครามโดยเผาตัวเอง และ ผู้ก่อการร้ายโดยระเบิดพลีชีพ

Anomic Suicide : ขาดสิ่งควบคุมบุคคลให้ทำตามบรรทัดฐานของสังคม ส่วนใหญ่มาจากเศรษฐกิจหรือสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ปรับตัวไม่ทัน เช่น ล้นหวงเมื่อเสียคนรัก ตกงานป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เอ็ดส์

Fatalistic Suicide : กฎระเบียบในสังคม กดขี่ รุกล้ำเสรีภาพ ความตายเป็นทางเดียวที่จะหนีให้พ้นโชคชะตา นักสังคมวิทยารุ่นใหม่ นำมาอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายสูงของคนญี่ปุ่นว่าเป็นไปเพื่อหลุดพ้นจากกฎแห่งสังคม

Phillip³ อธิบายคลื่นแห่งการทำตามกันในสังคมซึ่งเกิดขึ้นนานมาแล้วโดยใช้คำ *Werther Effect* จากกรณียิงตัวตายของตัวเองใน *The Sorrows of Young Werther* ของ Goethe เมื่อ ค.ศ. 1774 หนึ่งปีหลังจากนั้นในยุโรปมีการยิงตัวตายในลักษณะเดียวกันจำนวนมาก ผลต่อเนื่องคือมีความพยายามกำหนดวิธีการเผยแพร่ข่าว เพื่อให้สื่อมวลชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเลียนแบบฆ่าตัวตาย (Copycat Suicide)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา

Freud อธิบายการฆ่าตัวตาย ว่าเป็นความก้าวร้าว อยากทำลาย แรงขับให้ฆ่าผู้อื่น ซึ่งหมุนย้อนกลับเข้าตนเอง ซึ่งใน ค.ศ. 1938 **Menninger**⁴ อธิบายต่อว่า anger out - ปราบปรามที่จะฆ่า

ถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็น anger in - ปรารถนาจะถูกลงโทษ และถูกเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็น escape - ปรารถนาที่จะตาย

Adler⁵ มองว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายใช้ความเจ็บปวดจากความผิดหวังของตน ไปสร้างความเจ็บปวดให้ผู้อื่น

Farberow กับ **Schneidman**⁶ ให้แนวคิด cry for help คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มิได้ต้องการความตายจริงๆ แต่การกระทำนี้เป็นการสื่อขอความช่วยเหลือและความสนใจ หรือ เพื่อสื่อความท้อแท้สิ้นหวัง ต้องการหลุดพ้นไปจากความทรมานใจอันสุดจะทนทาน หรือจากความเคียดแค้นรุนแรงสุดจะยอมรับได้

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้อื่นๆ เช่น คนในตระกูลที่มีผู้ฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งบางส่วนมีไข้โรคทางจิตเวชที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแต่เป็นเรื่องของการเรียนรู้ เช่น วิธีรับมือกับความคับข้องใจ การยอมรับและเลียนแบบการฆ่าตัวตาย รวมทั้งจากปัญหาการอบรมเลี้ยงดูบุตร ซึ่งอาจมีการละเลยทอดทิ้ง การทารุณกรรมทางกายหรือทางเพศ ซึ่งส่งผลให้เกิดลักษณะหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น⁷

ทฤษฎีทางพันธุกรรมและระบบประสาท

การวิจัยพบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ยังไม่สามารถระบุแน่ชัดว่าเป็นยีนตัวใด แม้จะพบว่ายีนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ serotonin มีความสัมพันธ์กับความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แต่ผลการศึกษายังไม่ชัดเจนพอ ผลการศึกษาในคนที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าระบบการทำงานของ Serotonin อยู่ในระดับต่ำ และพบว่าต่ำที่สุดในคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่าจุดที่มีการทำงานผิดปกติของระบบดังกล่าวนี้อยู่ที่ ventromedial prefrontal cortex ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับความก้าวร้าว ซึ่งอาจมีผลให้ฆ่าตัวตายได้ในสภาพแวดล้อมที่กดดันและอารมณ์ที่ถูกบีบคั้น

ยังมีการศึกษาทางชีวภาพอื่นๆ เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเครียดและการฆ่าตัวตาย ซึ่งยังมีผลไม่ชัดเจนเท่า Serotonin เช่น การศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาท Dopamine, Noradrenaline และ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) Axis⁷

ระบาดวิทยา

สถิติการฆ่าตัวตาย เป็นหนึ่งในเครื่องบ่งชี้คุณภาพของสังคม การบันทึกสถิติมักแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide หรือ suicide) อีกกลุ่มเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต

(attempted suicide) กลุ่มหลังนี้มีทั้งผู้ที่ตั้งใจจริงแต่รอดชีวิต เรียกว่า failed suicide และกลุ่มผู้มิได้เจตนาตายจริง ซึ่งนักวิชาการเริ่มใช้คำอื่นแทนให้ชัดเจนขึ้น เช่น parasuicide หรือ self-injury, self-poisoning

โดยทั่วไปจะพบการพยายามฆ่าตัวตาย 10-20 เท่าของการฆ่าตัวตายสำเร็จ และเนื่องจากแพทย์มักบันทึกแต่ภาวะทางกายที่เป็นผลจากการทำร้ายตนเอง ข้อมูลจะเชื่อถือได้น้อยกว่าสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเป็นรายงานของรัฐ

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของชาติต่างๆ ทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น ซ้ำๆ อาจเป็นผลจากการลดลงของภาวะที่ถูกสังคมตราหน้าคนฆ่าตัวตายว่าเป็นบาปหรืออาชญากรรม จึงมีกรณีบันทึกได้มากขึ้น ตามสถิติการฆ่าตัวตายที่ประเทศต่างๆ รายงานและองค์การอนามัยโลกรับรองล่าสุด⁸ มีความผันแปรแตกต่างกันมาก โดยจะพบอัตราต่ำกว่า 1 คนต่อแสนคน ใน กลุ่มประเทศมุสลิม เช่น ซิเรีย อียิปต์ และเลบานอน กลุ่มที่มีสถิติฆ่าตัวตายสำเร็จในอัตราสูง คือ กลุ่มยุโรปตะวันออก กือานา ศรีลังกา และ ญี่ปุ่น ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการบันทึกและวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกัน จึงนำมาเปรียบเทียบกันได้ยาก ควรดูเป็นแนวโน้มระยะยาวหลายๆ ปี

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา โดยสถิติในปี พ.ศ. 2553 ที่กระทรวงสาธารณสุข⁹ รวบรวมมา พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 5.90 คนต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศแถบเอเชียถือว่าประเทศไทยมีตัวเลขของการฆ่าตัวตายต่ำกว่าประเทศอื่น ขณะที่ข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี 2548-2553 พบว่า วัยทำงานอายุระหว่าง 15-59 ปี เป็นกลุ่มคนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ 7.1 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในจำนวนนี้กลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 4.6 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 2.2 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ทั้งนี้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเกือบ 4 เท่าตัวของการฆ่าตัวตายของทุกปี

อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายต่อเพศหญิงของประเทศไทยจะเหมือนกับการศึกษาในทางตะวันตกซึ่งพบว่าเพศชายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า ในขณะที่ผู้ที่พยายามฆ่า

ตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นหญิง โดยมีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 4 ต่อ 1

วิธีการฆ่าตัวตายนั้นเพศชายเกือบครึ่งจะใช้วิธีการรุนแรงโดยใช้การแขวนคอตนเอง รองลงมาคือใช้อาวุธปืน ส่วนในเพศหญิงนิยมวิธีกินสารอันตราย ซึ่งได้แก่การกินยาเกินขนาดและสารเคมีมากกว่าการแขวนคอ ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้พบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ในปัจจุบันการฆ่าตัวตายจะเห็นวิธีแปลกๆ เพิ่มขึ้น เช่น การใช้ก๊าซพิษจากระถยนต์ ใช้ถุงพลาสติกครอบศีรษะ การนัดกันเพื่อไปฆ่าตัวตายหมู่พร้อมกัน รวมทั้ง การฆ่าผู้อื่นและฆ่าตัวตายตาม

ยุทธศาสตร์การป้องกัน

การฆ่าตัวตายเป็นภาวะแทรกซ้อนประการหนึ่งของความเจ็บป่วยทางจิตเวช การศึกษาพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมดมีความผิดปกติทางจิตเวชขณะลงมือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60 มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ที่เหลือคือ schizophrenia, alcoholism, substance abuse, personality disorders และโรคอื่นๆ แต่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชส่วนใหญ่ไม่ได้ฆ่าตัวตายต้องมีหลายๆ ปัจจัยมาเสริมกัน รูปแบบหนึ่งที่อธิบายพฤติกรรมฆ่าตัวตายคือ stress-diathesis model⁷ stressors คือความกดดันในชีวิตและทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย และนำไปสู่การลงมือฆ่าตัวตายได้ในขณะที่มี diathesisหรือปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ การมองโลกในแง่ร้าย ลึนหวังต่อแท้ ความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น (aggression/impulsivity) การมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายได้อย่างใกล้ตัว ทศนคติต่อการฆ่าตัวตาย (เลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยอิทธิพลสื่อและสังคม) และปัจจัยอื่นๆ

ผู้มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มสูงว่าจะเป็นผู้มองโลกในแง่ร้าย ลึนหวังต่อแท้ หุนหันพลันแล่นและก้าวร้าว อันเป็นปัจจัยนำทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรง บ่อยขึ้น และพร้อมที่จะลงมือกระทำได้ง่าย แนวโน้มนี้พบในผู้มีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตายเช่นกัน พฤติกรรมฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางจิตเวชที่ทำให้เสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมกับปัจจัยนำดังกล่าว มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรงอื่นๆ มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-4 เท่า อัตราเสี่ยงจะยิ่งสูงกว่านี้ในกลุ่มโรคระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคลมชัก ติดเชื้อเอชไอวี โรค Huntington อาการบาดเจ็บที่ศีรษะและโรคหลอดเลือดสมอง โรคทางสมองเหล่านี้มีผลให้เกิดอาการซึม

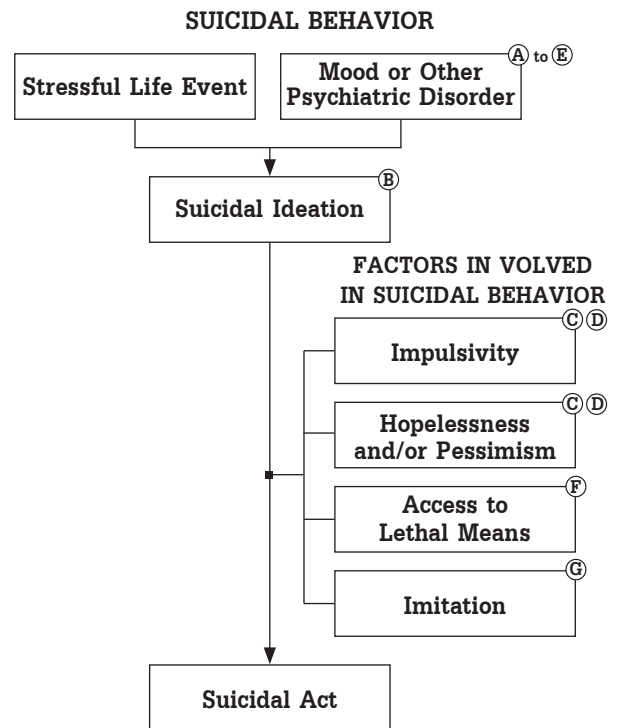
เศร้า ร่วมกับความหุนหันพลันแล่นและก้าวร้าว จึงขาดการยับยั้งต่อความคิดฆ่าตัวตาย

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความยากจน ปัญหาการว่างงาน และผู้ที่ถูกโดดเดี่ยวทางสังคมในกรณีต่างๆ เช่น การหย่าร้างหรือสูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด คนในวัยชราและการถูกทอดทิ้ง การต้องขังในเรือนจำ ฯลฯ ความผิดปกติทางจิตเวชอาจเป็นเหตุแห่งความตกต่ำของฐานะทางสังคมเหล่านี้ และทั้งสองประการต่างก็ทำให้ความกดดันในชีวิตมีระดับรุนแรงขึ้น การฆ่าตัวตายจะเพิ่มอัตราเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายได้อย่างใกล้ตัว เช่น อาวุธปืน สารพิษ ยาฆ่าศัตรูพืช

ยุทธศาสตร์ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายหลักๆที่ใช้ปฏิบัติสำหรับแต่ละเป้าหมายและปัจจัยนำ ตามรูปแบบ stress-diathesis model ได้แสดงไว้ด้วยตัวอักษรในวงกลม ในภาพที่ 1 ดังนี้¹⁰

- A โครงการให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชน และแพทย์ในระดับปฐมภูมิ
- B ระบบค้นหาและยับยั้งผู้มีความเสี่ยง
- C การรักษาทางยา (การใช้ยาต้านเศร้าและยาต้านโรคจิต)
- D จิตบำบัด และโครงการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา



ภาพที่ 1 แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการป้องกัน

E การติดตามดูแลรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย

F จำกัดการมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ ไม่ให้อยู่ใกล้ตัว

G กำหนดวิธีปฏิบัติของสื่อมวลชนในการเผยแพร่ข่าวฆ่าตัวตาย

การศึกษารายงานในห้วงปี พ.ศ. 2509-2548 บ่งชี้ว่ามาตรการที่กล่าวมานั้น ส่วนที่มีผลชัดเจนในการลดอัตราการฆ่าตัวตายคือการอบรมแพทย์ให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าและระบบจำกัดการมีสิ่งที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ไม่ให้อยู่ใกล้ตัว

การฆ่าตัวตายในกองทัพ

ทหารทุกชาติจะได้รับการปลูกฝังมาทุกยุคสมัยให้พร้อมที่จะพลีชีพเพื่อชาติ ยอมตายดีกว่าที่จะอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรี เห็นตัวอย่างการเผชิญหน้ากับความตายอย่างเด็ดเดี่ยว เช่น พิธีคว้านท้องตนเองของซามูไรที่เรียกว่า seppugū (คนไทยคุ้นเคยในชื่อ ฮาราคิรี) หรือกับตันเรือรบที่ถูกทำลาย จะไม่สละเรือหนีเอาตัวรอด ผู้ตายจะได้รับการยกย่องเยี่ยงวีรบุรุษ แต่ทหารฆ่าตัวตายหนีความทุกข์ทรมานก็เกิดขึ้นได้เสมอ ทหารรัสเซียมีอัตราฆ่าตัวตายสูงถึง 20 คนต่อแสนประชากรในปี 2550 มีผู้วิจารณ์ว่าเป็นผลจากการที่กองทัพถูกตัดทอนงบประมาณอย่างต่อเนื่องมาหลายปี กำลังพลมีขวัญกำลังใจตกต่ำ มีรายงานว่าทหารชั้นผู้น้อยถูกข่มเหงทารุณกรรมและทำให้อายบ่อยมาก¹¹ ทหารสหรัฐฯ ที่ต้องจากบ้านจากครอบครัวไปปฏิบัติงานภายใต้ความบีบคั้นกดดันในอิรัก มีอัตราฆ่าตัวตายสูงติดต่อกันหลายปี สถิติในปี 2548 สูงถึง 19.9 คนต่อแสน¹²

โดยทั่วไปอัตราฆ่าตัวตายในทหารน่าจะต่ำกว่าพลเรือนกลุ่มอายุเดียวกัน เพราะได้คัดเลือกกลั่นกรองผู้มีสุขภาพแข็งแรงพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี โครงสร้างสังคมเข้มแข็งเกื้อหนุน มีหน่วยแพทย์ดูแลใกล้ชิด สามัคคีผูกพันในหน่วยสูง เช่นในสหรัฐฯ พลเรือนเพศชายกลุ่มอายุเท่าๆ กับทหาร (20-34 ปี) มีอัตราฆ่าตัวตาย 21.5 คนต่อแสน ส่วนในกองทัพมีอัตรา 12.3 คนต่อแสน ซึ่งพบว่าเป็นการยิงตัวตายสูงถึงร้อยละ 61 (ข้อมูลปี 2523 - 2535) งานวิจัยระบุว่าทหารมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเพราะเข้าถึงอาวุธได้ง่าย ขาดกฎหมายใช้อาวุธ และเลือกอาชีพนี้ตามพื้นฐานความก้าวร้าวของคนวัยฉกรรจ์

กองทัพในประเทศที่พัฒนาแล้วให้คุณค่าต่อชีวิตทหารสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆ่าตัวตายระหว่างทำหน้าที่ในสถานการณ์สงคราม จะทำลายขวัญกำลังใจของเพื่อนร่วมรบและสาธารณชนอย่างรุนแรง จึงพยายามแก้ไขป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มเป้า

หมายหลักคือทหารชั้นผู้น้อย มีระบบค้นหาและยับยั้งผู้มีความเสี่ยง ทั้งโดยเพื่อนทหารด้วยกัน ผู้บังคับบัญชา และเจ้าหน้าที่ฝ่ายแพทย์ เข้มงวดเรื่องอาวุธ กระสุน วัตถุระเบิด ไม่อนุญาตให้เข้าถึงและใช้นอกหน้าที่ ลดโอกาสที่จะให้ครอบครองโดยไม่อยู่ในสายตาของเพื่อนทหารหรือผู้บังคับบัญชา และโดยการพิจารณาประวัติบุคคลของผู้ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงอาวุธร้ายแรง เป็นต้น¹³

บทสรุป

ในส่วนของปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบปัจจัยของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย แต่หากเจาะลึกเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น จะพบว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ผิดหวังในเรื่องความรัก ประสบกับปัญหาการเรียนและปัญหาทางด้านครอบครัว อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็ไม่ควรนิ่งนอนใจเพราะปัญหาการฆ่าตัวตาย นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคนใกล้ชิดของผู้ที่คิดสั้นเองแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วยโดยเฉพาะหากผู้ที่ฆ่าตัวตายอยู่ในวัยทำงานแล้ว “ครอบครัว” ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มิมีบทบาทสำคัญที่สุด ควรจะเฝ้าระวังและระวัง และพูดคุยให้กำลังใจคนในครอบครัวให้มาก นอกจากนี้ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมมือกันเฝ้าระวังพร้อมทั้งส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะในการแก้ปัญหาชีวิตให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตายให้น้อยลงเรื่อยๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide prevention. Available http://who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Accessed May 2011.
2. Durkheim E. *Suicide: A Study in Sociology*. Translated by John Spaulding. New York: Free Press, 1951.
3. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implication of the Werther effect. *American Sociological Review* 1974;39:240-54.
4. Menninger K. *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace & World, 1938.
5. Adler A. *Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: HarperCollins, 1958.
6. Farberow NL, Schneidman ES. *The Cry for Help*. New York: McGraw Hill, 1961.
7. Mann JJ. *A current perspective of suicide and attempted suicide*.

- Ann InternMed* 2002;136:302-11.
8. World Health Organization. Country reports and charts Web page. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html Accessed May 2011.
 9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน [รายเขต]. ข้อมูลเมื่อ 30 เมษายน 2551 จาก <http://www.dmh.go.th/report/population/regionsearch.asp>
 10. Mann JJ. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
 11. Sunday Herald Sun. March 19, 2008. Military suicides highest in Russia. Available at: <http://www.news.com.au/heraldsun/story/0,21985,23400829-5005961,00.html>
 12. The Washington Post. August 16, 2007. Army Suicides Highest in 26 Years. Available at: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/08/15/AR2007081502027.html>
 13. Mahon MJ. Suicide Among Regular Duty Military Personnel: A Retrospective Case-Control Study of Occupation-Specific Risk Factors for Workplace Suicide. *Am J Psychiatry* 2005;162:1688-96.

