



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 4/5 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์
ไทย)

โดย

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ

มีนาคม 2547

สัญญาเลขที่ RDG 4630006

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

เรื่อง “การสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของแพทย์ไทย”
(โครงการย่อยที่ 4/5 เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของแพทย์
ไทย)

คณะผู้วิจัย

สังกัด

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข |

โครงการนี้เป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สสส.และ สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้กำเนิดขึ้นด้วยการเล็งเห็นถึงความสำคัญของคุณค่าในทรัพยากรมนุษย์ ที่มี ความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ที่อาจต้องสะดุดลงด้วยปัญหาที่ไม่น่าเกิดขึ้นก่อนวัยอันควรนั้น คือการฆ่าตัวตาย ที่เป็นทั้งปัญหาทางสุขภาพจิตในระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกต้องวิตกกังวล มาตลอดและเป็นภาพที่บาดใจต่อผู้ที่ใกล้ชิด ที่ไม่อยากแม้กระทั่งรู้ขึ้นมาในความทรงจำที่จะมี ผลต่ออนาคตในวันรุ่งของชีวิตบุคคลที่เหลืออยู่

แต่อย่างไรก็ตามวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความตั้งใจของหลายหน่วยงาน หลายสถาบัน หลายบุคคลที่ไม่อยากให้ความเจ็บปวดนี้ดำเนินต่อไป อันจะนำมาซึ่งความรู้ในระดับหนึ่งที่หวังว่า จะเป็นจุดเริ่มที่จะบรรเทาเบาบางปัญหานี้ลงไปได้บ้าง

ต้องขอขอบคุณ คณะผู้วิจัยทุกท่าน ศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์นายแพทย์สุจิต สุวรรณชีพ ที่มีส่วนร่วมใน ความเห็น ความร่วมมือกันคิดว่าทั้งจากเอกสาร และประสบการณ์และร่วมแรงร่วมใจในการทำวิจัย นี้

ขอบคุณสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยนายแพทย์ปรีชา ศตวรรษอำรง นาย แพทย์ธีระ ลีลำนันทกิจ และ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์ ที่ให้ความ สนับสนุนทางด้านนโยบายในการดำเนินการนี้

และที่สุดของความสำคัญในการวิจัย หากขาดบุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูล ทั้งญาติ เพื่อนพ้อง ครูบาอาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยชีวิตทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้รายละเอียดต่างๆ รายงานวิจัยนี้คงไม่สามารถสำเร็จลงได้

และความรู้สึกสำนึกในความขอบคุณนี้ใคร่ขอเป็นบุญกุศลต่อไปยังผู้ที่เสียชีวิตที่เป็นแหล่ง สำคัญของความรู้ผ่านชีวิตของท่านในหลากหลายมุมมองในการศึกษานี้ สำนึกในเจตนาที่จะนำ ความรู้ที่ได้จากท่านทั้งหลายมาช่วยเยียวยา และป้องกันให้ผู้อื่นที่เป็นทุกข์ ณ ขณะนี้และภายหน้า มีชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยเหลือประเทศชาติได้ต่อไปในอนาคต

ชื่อการวิจัย: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์ไทย
 คณะผู้วิจัย: ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ
 ผู้สนับสนุน: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยการฆ่าตัวตายในแพทย์ไทยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรแพทย์ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในแพทย์ โดยใช้วิธีการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological Autopsy) ซึ่งเป็นวิธีการเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ตาย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ประชากรที่ศึกษาคือ แพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ที่มีรายชื่อและข้อมูลจากฐานข้อมูลของแพทยสภา และค้นหาเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลอื่น โดยทำการศึกษาย้อนหลังก่อนปี 2545 เท่าที่จะหาข้อมูลได้จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย และเพศหญิง 1 ราย ผลการศึกษา พบว่า อายุที่พบบ่อยสุดในช่วง 30-49 ปี ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง 11 ราย สูติแพทย์สูงสุด 3 ราย จิตแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ พบสาขาละ 2 ราย วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ 6 ราย รองลงมาคือการยิงตัวตาย 5 ราย ใช้สารฉีดเข้าเส้นเลือด 5 ราย กินยานอนหลับเกินขนาด 1 ราย และกระโดดตึก 1 รายปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต พบถึง 11 ราย โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคซึมเศร้า และพบว่า การมีข้อขัดแย้งระหว่างบุคคลและการสูญเสีย เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ 6 ราย (โดยจำแนกเป็นปัญหาขัดแย้งกับคนรัก รวมถึงการหึงหวงและชู้สาว 3 ราย กับคนในครอบครัว 2 ราย และเป็นเรื่องของ การสูญเสียคนรัก 1 ราย) รองมาคือการเจ็บป่วยทางจิต และ ปัญหาทางด้านหน้าที่การงานและปัญหาทางกฎหมาย แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือการตระหนักในปัญหาโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า โดยให้มีการค้นหาและได้รับการรักษาอย่างมีมาตรฐานและให้แพทย์เห็นความสำคัญของสถาบันครอบครัว

Risk factors for suicide among Thai physicians

Taweessin Visanuyothin*, Kingdoa Srivaranundh*, Pattama Siriwej*, Kanchana Suttineam*, Cholporn Kongkum*, Daungta Kunrattanayan* et. al.

Abstract

OBJECTIVES: The aim of this study was to investigate the risk factors related to the suicide in Thai physicians and prevention

METHODS: The study focused on 18 doctors who had committed suicide before January 2002, identified by death certificates and the report data from Thai Medical Council. Consensus case reports were assembled by using the psychological autopsy method. Study methods included semi-structured and in-depth interviews of next of kin and interviews of friends and medical or mental health services workers who had treated the suicide victims.

RESULTS: The sample consisted of 18 subjects (17 males, one female). Age range were 30-49 YO. Most victims were specialists (11 from 18; 3 Gynecologists, 2 Psychiatrists, 2 Pediatricians, 2 Surgeons and 1 internal medicine, 1 radiologist) Methods of suicide: 6 Hanging, 5 gun shots and 5 Intravenous drug. Psychiatric disorders were found 11 from 18, depressive disorder was the most common. Interpersonal conflict and/or loss was the most common factors leading to suicide (6 from 18), the second was psychiatric problems and the third was work problems

CONCLUSIONS: In assessing suicide risk a history of interpersonal conflicts and loss and the presence of co-morbid psychiatric and personality disorders are particularly important. The most important strategies for suicide prevention in Thai physicians are prevention, detection and management of psychiatric disorders especially depressive disorder and to encourage family supporting system.

Key Words: Thai, Physician impairment, Suicide, Psychological autopsy

* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department Of Mental Health, Ministry of Public Health, Bangkok 10600

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
กรอบแนวคิด	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความหมายและประเภทของการฆ่าตัวตาย	5
สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย	7
ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตาย	12
ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย	13
กระบวนการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological autopsy)	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	44
ประชากรที่ศึกษา	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
ลักษณะทางประชากรของแพทย์ที่เสียชีวิต	48
ข้อมูลการเสียชีวิต และ วิธีการฆ่าตัวตาย	50
ประวัติส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ	51
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	56
แหล่งที่มาของข้อมูลและความร่วมมือ	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	60
สรุปผลการวิจัย และอภิปราย	60
ปัญหาและอุปสรรค	65
ข้อเสนอแนะ	66
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	77
ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์	78
แบบสัมภาษณ์	94
แบบบันทึกรายงาน	96
แบบฟอร์มการนัดหมายทางโทรศัพท์	100
หนังสือตกลงยินยอม	101

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะทางประชากร	49
ตาราง 2 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามวิธีการฆ่าตัวตาย	51
ตาราง 3 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามการเข้าถึงสาเหตุการเสียชีวิต หรือการเปิดเผยข้อมูลการเสียชีวิตต่อญาติ	51
ตาราง 4 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลำดับการเกิด	52
ตาราง 5 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย	52
ตาราง 6 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามของประวัติการใช้ยาหรือ สารเสพติด	52
ตาราง 7 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย	53
ตาราง 8 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตาม ICD 10 (Axis I) ภายหลังการชันสูตรเชิงจิตวิทยา	54
ตาราง 9 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะบุคลิกภาพ (Axis II) ภายหลังการชันสูตรทางจิตวิทยา	55
ตาราง 10 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามโรคทางกาย (Axis III) ภายหลัง การชันสูตรทางจิตวิทยา	55
ตาราง 11 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามประเภทของปัญหาที่ปรากฏ	56
ตาราง 12 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัญหา Interpersonal Conflict/Loss	56
ตาราง 13 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่า ตัวตาย	57
ตาราง 14 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัจจัยด้าน Interpersonal Conflict/Loss	57
ตารางที่ 15 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามแหล่งข้อมูล	58
ตาราง 16 จำนวนของผู้เสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบการได้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูล	59
ตาราง 17 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามความครบถ้วนของการได้ข้อมูล	59

บทที่ 1

บทนำ

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสำคัญของงานสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความรุนแรง และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกวัน จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชากรโลกมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น องค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (WHO) กล่าวว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งการฆ่าตัวตาย จากรายงานการสำรวจจากทั่วโลกในปี 2002 พบว่ามีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1,000,000 คน ต่อปี หรือประมาณวันละ 2,740 คน และ การฆ่าตัวตายจัดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายอันดับที่ 6 ในคนกลุ่มอายุ 15-59 ปี¹ สำหรับประเทศไทย มีรายงานถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่พบมากขึ้นมาตลอด ข้อมูลในการศึกษาได้จากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมสถิติจากมรณะบัตรทั่วประเทศในแต่ละปี วิเคราะห์อัตราการฆ่าตัวตายระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีแรก (พ.ศ. 2520-2529) เป็น 6.7 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีหลัง (พ.ศ. 2530-2539)² และจากรายงานโดย อภิชัย มงคลและคณะในปีพ.ศ.2545³ พบว่ามีอัตราฆ่าตัวตายเท่ากับ 8.2 ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามมีการประเมินว่าจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายน่าจะมีมากกว่านี้ อันเนื่องมาจากความไม่ถูกต้องของการรายงานถึงสาเหตุการตาย^{4,5} นับเป็นการสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาลทั้งทาง สังคม และเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัว โดยเฉพาะถ้าผู้ตายนั้มีการศึกษา มีหน้าที่รับผิดชอบการงานที่สำคัญ มีศักยภาพที่จะช่วยเหลือประเทศชาติหากยังมีชีวิตอยู่ตามอายุขัยเฉลี่ยต่อไปได้อีกมากมาย ในประเทศพัฒนาแล้ว ต่างก็ให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัย ลงในกลุ่มวิชาชีพต่างๆเฉพาะ เช่น แพทย์ วิศวกร ครู⁶ และบุคลากรการแพทย์อื่นๆ⁷ ซึ่งพบอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงและ ทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อันนำมาซึ่งวิถีทางของการป้องกันการฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มต่อไป

แพทย์ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีรายงานว่าม้อัตราในการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปดัง รายงานจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา^{8,9} เดนมาร์ค¹⁰ ออสเตรเลีย¹¹ ฟินแลนด์¹² และเป็นกลุ่มประชากรที่นักวิจัยที่สนใจเรื่องฆ่าตัวตายให้ความสนใจในการศึกษามาก โดยมีรายงานการ

วิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาถึงสาเหตุการเสียชีวิต เป็นการศึกษาค้นคว้าในลักษณะ systematic review ถึงอัตราการเสียชีวิตของแพทย์จากการฆ่าตัวตาย จากหลายประเทศที่มีรายงาน เช่น เดนมาร์ก , south Africa, สหรัฐอเมริกา, อังกฤษ และ เวลส์, นอร์เวย์, สวีเดน, ฟินแลนด์ และ ออสเตรเลียพบว่าความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป แพทย์ชายประมาณ 1.1-3.4 เท่าและแพทย์หญิง 2.5-5.7 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวิชาชีพอื่น เท่ากับ 1.5-3.8 เท่าในเพศชายและ 3.7-4.5 เท่าในเพศหญิง สรุปคือในทุกการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายพบในแพทย์สูงกว่าในประชากรทั่วไปและกลุ่มอาชีพอื่น ¹³ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิชาชีพแพทย์นั้นมีความลำบากยากเข็ญนับตั้งแต่เริ่มเรียนแพทย์ ก็เรียนด้วยความลำบากต้องตรากตรำ รับผิดชอบต่อชีวิตคน ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของแพทย์ ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากลักษณะงานที่มีความเครียด ¹⁴ ความขัดแย้งในบทบาทวิชาชีพ ความคาดหวัง และความต้องการของสังคมเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนไปในทางลบ ประชาชนเริ่มสนใจและพิทักษ์สิทธิของตน ส่งผลให้มีการเรียกร้องผลประโยชน์ ค่าตอบแทน ค่าชดเชย หากมีการกระทำที่ผิดพลาดอันสืบเนื่องจากแพทย์ ทำให้แพทย์เกิดความเครียด กลัวถูกฟ้องร้อง นอกจากนั้นวิชาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เสี่ยง กล่าวคือ การปฏิบัติงานของแพทย์ทำให้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งคุกคามสุขภาพ หลากหลายประเภทได้แก่ การติดเชื้อ สารเคมีต่างๆ รังสี ฯลฯ ซึ่งส่งผลเสียและเกิดอันตรายต่อสุขภาพ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความคิดของแพทย์ อาจทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ¹⁵

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาการฆ่าตัวตายในหลายเรื่อง แต่การศึกษาเรื่องฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์โดยเฉพาะมีจำนวนน้อย มีเพียงกล่าวถึง ในการศึกษาเรื่องจิตแพทย์ไทยกับการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆทั้งหมด 18 ราย เป็นชาย 14 ราย หญิง 4 ราย อายุตั้งแต่ 36-84 ปี อายุเฉลี่ย 58.2 ปี สาเหตุที่เสียชีวิตอันดับหนึ่งได้แก่ โรคมะเร็ง สำหรับการฆ่าตัวตายของจิตแพทย์เพียงรายเดียว ¹⁶

การศึกษาวิจัยการฆ่าตัวตายมีความยากลำบาก ในด้านการหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย วิธีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายนั้นกระทำได้หลายวิธี วิธีที่มีการยอมรับในการศึกษาเชิงวิจัยคือ การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา หรือ Psychological Autopsy ¹⁷ เป็นวิธีการเชิงคุณภาพ จะได้มาซึ่งข้อมูลการฆ่าตัวตายที่ค่อนข้างแม่นยำตรง จุดประสงค์รวมของการทำ Psychological Autopsy คือ การรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมแวดล้อมของผู้ตายแต่ละคนเพื่อที่พยายามจะเข้าใจในเหตุผลของการฆ่าตัวตาย ¹⁸ โดยมีการสัมภาษณ์ กับบุคคลที่

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการป้องกันเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของแพทย์ต่อไป คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่สืบค้นข้อมูลการฆ่าตัวตายของแพทย์โดยวิธีการ Psychological Autopsy จึงเป็นมูลเหตุจูงใจให้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาป้องกันการฆ่าตัวตายของแพทย์ และใช้เป็นฐานข้อมูลต่อไป

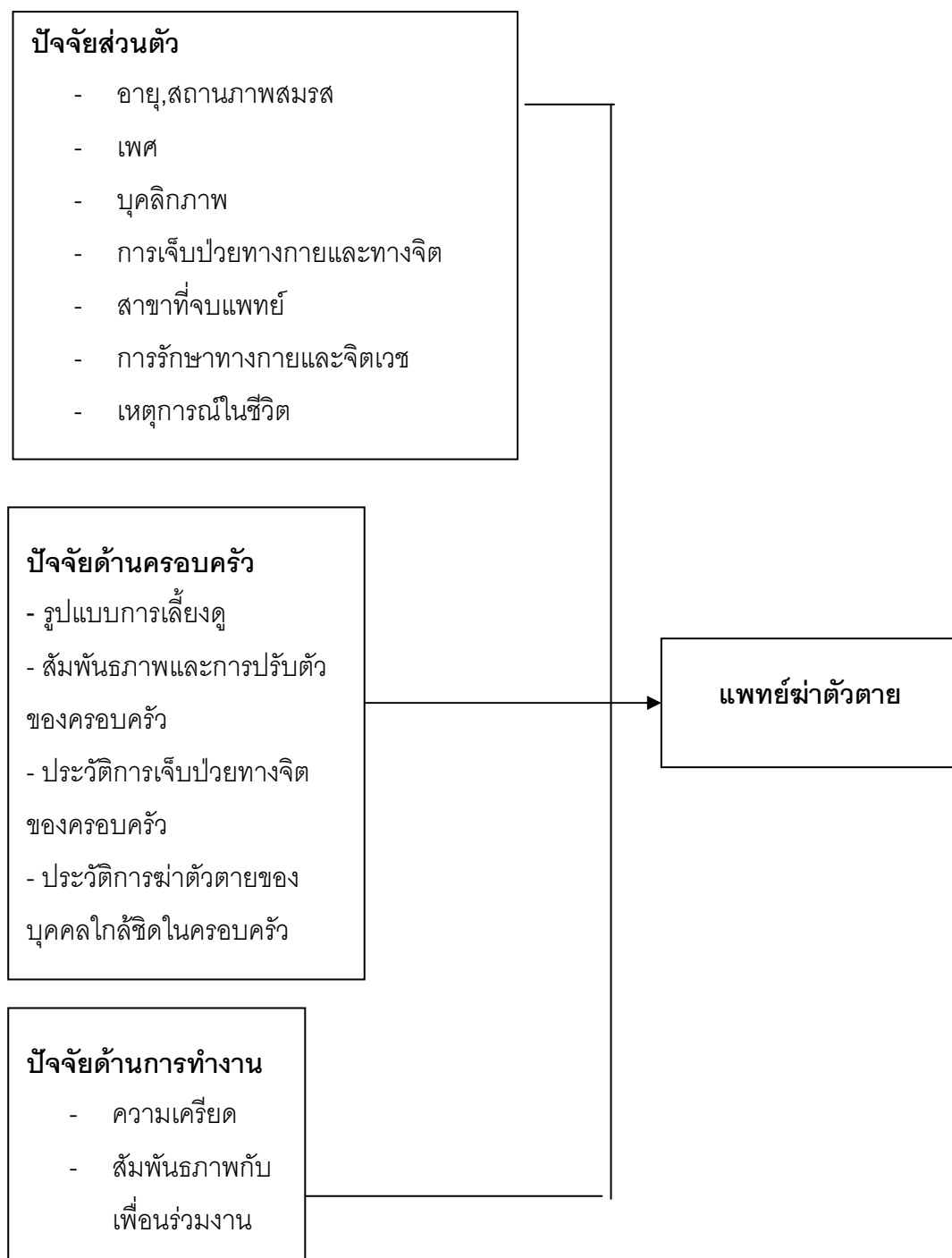
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรแพทย์ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์
3. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในแพทย์

นิยามศัพท์เฉพาะ

- Suicide หมายถึง การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตของบุคคลหนึ่ง¹⁹
- Attempt Suicide หรือ การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองโดยจุดมุ่งหมายให้ตายแต่ไม่ตาย
- Committed Suicide หรือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต
- Psychological Autopsy หรือ การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการสืบค้นข้อมูล การฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากญาติใกล้ชิดของผู้เสียชีวิต บุคลากรทางสาธารณสุขและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- Equivocal Death หมายถึง การตายที่คลุมเครือ ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด

กรอบแนวคิด



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตายนับเป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่น่าสนใจ มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้มากมาย ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่องแพทย์ฆ่าตัวตาย ได้นำเสนอโดยลำดับดังนี้

1. ความหมายและประเภทของการฆ่าตัวตาย
2. สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย
3. ระบาดวิทยา
4. ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
5. กระบวนการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological autopsy)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและประเภทของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึง การกระทำที่บุคคลมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากการถูกบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตโดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาหรือการกระทำทางอ้อมที่เป็นการฆ่าตัวตาย โดยที่การฆ่าตัวตายเป็นความคิดที่อยู่ในระดับที่บุคคลมีสติสัมปชัญญะที่ต้องการจะทำลายตนเอง¹⁹ คำว่า Suicide มาจากภาษาลาติน ที่มีความหมายว่า self-murder ซึ่งเป็นความปรารถนาที่จะตายของบุคคลนั้น เริ่มตั้งแต่การมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไปจนถึงกระทั่งถึงกระทำการฆ่าตัวตาย บางคนอาจมีเพียงความคิดแต่ไม่เคยเลยไปถึงขั้นลงมือกระทำ บางคนวางแผนเป็นวัน เดือน หรือแม้แต่เป็นปีก่อนลงมือกระทำ ในขณะที่บางคนสามารถลงมือกระทำการฆ่าตัวตายโดยไม่มีการไตร่ตรองล่วงหน้าด้วยซ้ำ มีการตายบางประการ ที่ไม่สามารถหาสาเหตุการตายได้ หรืออุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถอธิบายได้หรือพฤติกรรม

บางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเอง อาจเรียกได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตายแบบเรื้อรัง เช่น การติดยาหรือสารเสพติด โรคอ้วน หรือแม้กระทั่งความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Edwin Shneidman ได้กล่าวว่าการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับความล้มเหลว หรือความต้องการที่ไม่สมปรารถนา(unfulfilled needs), ความรู้สึกสิ้นหวังและไร้ผู้คอยช่วยเหลือ (feeling of hopelessness and helplessness), ความขัดแย้งในความรู้สึกระหว่างความต้องการอยู่รอดกับความกดดันที่ไม่สามารถทนต่อไปได้, ทางเลือกที่ตีบแคบ, และความต้องการที่จะหลีกเลี่ยง²⁰

ได้มีผู้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายไว้หลายรูปแบบ การจำแนกตามประเด็นด้านความคิด และประเภทของบุคคล ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ในด้านความคิดของการฆ่าตัวตายแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ²¹

1. Suicide Ideation ซึ่งเป็นความคิดหรือความฝันที่จะตาย รวมทั้งการทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บหรือเป็นการแสดงออกโดยการเขียนจดหมาย, วาดรูป ที่สื่อออกถึงความตาย
2. Suicide Threats เป็นทั้งคำพูดหรือการเขียนที่แสดงถึงการพยายามทำร้ายตนเอง แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ
3. Suicide gestures เป็นการกระทำที่ทำร้ายตนเองโดยไม่ได้ต้องการเสียชีวิตหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่แสดงออกเพื่อให้คนใกล้ชิดได้เห็นและสนใจ เช่น ใช้มีดพลาสติกกรีดข้อมือ
4. Suicide attempts เป็นการมุ่งที่จะทำร้ายตนเอง โดยทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บจากเล็กน้อยจนถึงมาก แต่ยังไม่สำเร็จ
5. Completed or successful suicide คือ ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ถ้าจำแนกการฆ่าตัวตายตามประเภทของบุคคล มี 4 ประเภท ดังนี้

1. The intended suicide เป็นบุคคลที่พยายามกระทำทุกวิธีการในการทำร้ายตนเองเพื่อนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่สำเร็จ

2. Subintention people เป็นบุคคลที่มีความตั้งใจในการทำร้ายตนเองน้อยลงแต่ก็ยังทำทารุณตัวเองไปเรื่อย ๆ
3. Unintentional people เป็นบุคคลที่บังเอิญตกอยู่ในความตายที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุหรือโดยธรรมชาติ
4. Comtraintended people เป็นบุคคลที่รู้ที่จะกระทำการฆ่าตัวตายแต่ไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำจริงๆ

2. สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Etiology)

ในเรื่องของสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายนั้น มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายได้กล่าวไว้ โดยจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางด้านสังคม ^{20, 22, 23}

E mile Durkheim มีความเชื่อว่า สังคมมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อการฆ่าตัวตาย และได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น ประเภทต่างๆ ในเชิงสังคมวิทยา ได้แก่

1. Egoistic suicide การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเพราะบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ บุคคลที่โสดจึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพราะขาดการบูรณาการรวมเป็นหนึ่งเดียวแบบครอบครัว (family integration) ชีวิตคู่ที่มีบุตรด้วยจะเป็นเกราะป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีที่สุด สังคมชนบทจะมีการบูรณาการรวมกับครอบครัวมากกว่าสังคมเมือง การฆ่าตัวตายในสังคมชนบทจึงน้อยกว่าในสังคมเมือง
2. Altruistic suicide การฆ่าตัวตายที่เกิดจากลัทธิเห็นแก่ประโยชน์คนอื่นเป็นหลัก หรือบูรณาการรวมหน่วยของตนเองเข้ากับสังคมหน่วยใดหน่วยหนึ่งอย่างมากเกินไป เช่น การคว้านท้อง (ฮาราคีรี) ของทหารญี่ปุ่นในสงคราม
3. Anomic suicide การฆ่าตัวตายของบุคคลที่การบูรณาการ รวมหน่วยเข้ากับสังคมมีความระส่ำระสาย ทำให้พฤติกรรมประเพณีของตนเองต้องเปลี่ยนไป มักพบในบุคคลที่ฆ่าตัวตายในขณะที่เศรษฐกิจของตนเองเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย หรือเป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในขณะที่สังคมขาดเสถียรภาพ มาตรฐานและเจตคติในสังคมแตกสลาย

ปัจจัยทางจิตวิทยา ^{20, 22, 23}

ทฤษฎีของ Sigmund Freud เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาทฤษฎีแรกๆที่อธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตาย โดยเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความก้าวร้าวถูกรานได้หันกลับเข้าหาตนเองที่จริงในขั้นต้นความโกรธนี้มีต่อบุคคลหรือต่อวัตถุที่เป็นที่รักที่ตายหรือจากไป บุคคลพยายามทำใจกับการสูญเสียด้วยการรับหรือสร้างภาพลักษณ์ของบุคคลหรือวัตถุนั้นไว้ในจิตใจของตนเอง อย่างไรก็ตามแม้จะทำเช่นนั้นแล้วความโกรธก็ยังไม่หายไป และเนื่องจากภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นได้อยู่ในจิตใจของตนเองแล้ว ความโกรธต่อภาพลักษณ์นั้นจึงเสมือนเป็นการโกรธต่อตนเอง การฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้นตามมา

ทฤษฎีของ Karl Menninger ซึ่งอาศัยทฤษฎีของ Sigmund Freud โดยกล่าวว่าการฆ่าตัวตายเป็นฆาตกรรมที่วกเข้าหาตนเอง (inverted homicide) กล่าวคือ แรกทีเดียวบุคคลโกรธบุคคลอื่น ต่อมาความโกรธนั้นได้ถูกหันกลับเป็นการโกรธตนเอง หรืออธิบายในอีกแง่หนึ่งคือการฆ่าตัวตายเป็นการหลบหลีกไม่ให้ตนเองต้องรับโทษ และได้อธิบายต่อไปว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากสัญชาตญาณความตายหันเข้าหาตนเอง บุคคลที่ฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกเกลียดชังเป็นปรีภักซ์เกิดขึ้น ในความเกลียดชังที่ว่านี้มีความปรารถนาซ่อนอยู่ 3 อย่างคือ ความปรารถนาที่จะฆ่า ความปรารถนาที่จะถูกฆ่า และความปรารถนาที่จะตาย

ทฤษฎีปัจจุบัน ซึ่งไม่เชื่อว่าจะมีจิตพลวัตที่เฉพาะหรือบุคลิกภาพที่เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย หมายความว่า จิตพลวัตของการฆ่าตัวตายมีหลายแบบ บุคคลที่มักจะฆ่าตัวตายตามการฟ้องฝันไว้ก่อนมักจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ เป็นบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียบุคคลหรือวัตถุที่ตนเองรัก หรือความหลงใหลรักตนเองถูกทำร้าย (Narcissistic injury) หรือเป็นบุคคลที่อารมณ์ถูกกระทบกระเทือนอย่างท่วมท้นจนทำให้โกรธเดือดดาล หรือทำให้รู้สึกผิด หรือเป็นบุคคลที่นึกเกลียดบุคคลที่ฆ่าตัวตายไปก่อนหน้านี้แล้ว ก่อนที่จะฆ่าตัวตายบุคคลมักจะมีการฝันเพื่อเกิดขึ้นก่อนว่าอะไรจะเกิดขึ้นถ้าเขาฆ่าตัวตาย การฝันเพื่อฝันมักจะเป็นการใช้การฆ่าตัวตายเป็นการแก้แค้นหรือแก้แค้น หรือเพื่อเรียกร้องอำนาจกลับคืนมา หรือเพื่อที่จะควบคุมเหตุการณ์ หรือเพื่อเป็นการลงโทษ หรือเพื่อเป็นการบุญข้ายัญตนเอง หรือเพื่อช่วยชีวิตผู้อื่น หรือเพื่อหนีเหตุการณ์ หรือเพื่อให้ตนเองหลับไป หรือเพื่อไปพบกับบุคคลที่ตายไปก่อนหน้านี้แล้ว

การพยายามฆ่าตัวตายอาจทำให้อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นมานานแล้วดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้ลงโทษตนเองหรือลงโทษบุคคลอื่น ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากใช้

วิธีการหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพื่อต่อสู้กับอารมณ์ซึมเศร้าที่ตนเองทนไม่ไหวแล้ว หรือต่อสู้กับความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกหมดหวังจึงเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดตัวหนึ่งของอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะฆ่าตัวตายในขณะที่อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นแล้ว

กระบวนการที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

มานิช หล่อตระกูล และคณะ²⁴ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่มีในประเทศไทย พบว่า สภาพปัญหากดดันที่สำคัญและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกัน ในระหว่างเพศหญิงและชายดังนี้

ปัญหาที่สำคัญในเพศหญิง แบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่

1. คู่ครองนอกใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยที่พฤติกรรมของฝ่ายชายเป็นไปทั้งโดยเปิดเผย หรือไปแอบมีผู้หญิงอื่นแล้วฝ่ายภรรยาจับได้บอกให้เลิกคบ ไม่ยอมเลิก ในขณะที่ฝ่ายหญิงจริงจังกับเรื่องนี้มากฝ่ายชายกลับไม่เห็นเป็นเรื่องใหญ่ หลายคนรู้สึกไร้ค่าที่ฝ่ายหญิงคาดหวังหรือสอบถามเรื่องนี้ การคบกับหญิงอื่นมีทั้งแบบผ่านๆหรือคบค่อนข้างนาน
2. ถูกทุบตีทำร้ายร่างกาย การทุบตีทำร้ายร่างกายกันในครอบครัว (Domestic violence) เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในชีวิตครอบครัวของสตรี ในบางคนก็ถูกทุบตีโดยพ่อแม่
3. คู่ครองไม่ไว้ใจ โดยฝ่ายชายคิดว่าคู่ครองตนเองนอกใจ ทำให้ฝ่ายหญิงรู้สึกเสียใจน้อยใจ ไม่ทราบว่าทำอย่างไรฝ่ายชายจึงจะเชื่อ หญิงในกลุ่มนี้มักมีลักษณะอารมณ์อ่อนไหวง่ายไม่ชอบอยู่คนเดียวและออกจะติดการเที่ยวเตร่ ฝ่ายหญิงจะถือว่าตนเองบริสุทธิ์ใจและสามารถยืนยันได้ว่าไม่ได้ไปมีอะไรกับใครแต่ฝ่ายชายหรือทางครอบครัวมักไม่รับฟังเหตุผล ยอมรับไม่ได้กับพฤติกรรมเช่นนี้ ทำให้ฝ่ายหญิงรู้สึกกดดันไม่มีทางออกต่อปัญหาของตน
4. อยู่กันโดยไม่ได้แต่งงานในการศึกษานี้พบว่ามีหลายคนที่อยู่ด้วยกันไม่ได้แต่งงาน ซึ่งจะเป็นในลักษณะของการคบกันแบบแฟน แต่มีการได้เสียกัน โดยไม่ได้อยู่อาศัยด้วยกัน ต่างกับการ “อยู่ก่อนแต่ง” ในแนวคิดสมัยใหม่ที่เป็นการลองอยู่กัน

ด้วยกันใช้ชีวิตร่วมกัน ว่าไปกันได้ไหมก่อนที่จะตัดสินใจแต่งงานกันอย่างเป็นทางการ ซึ่งสัมพันธ์ภาพเช่นนี้จะไม่มีความมั่นคงเท่าใดนัก

ส่วนปัญหากดดันที่สำคัญในเพศชาย ได้แก่

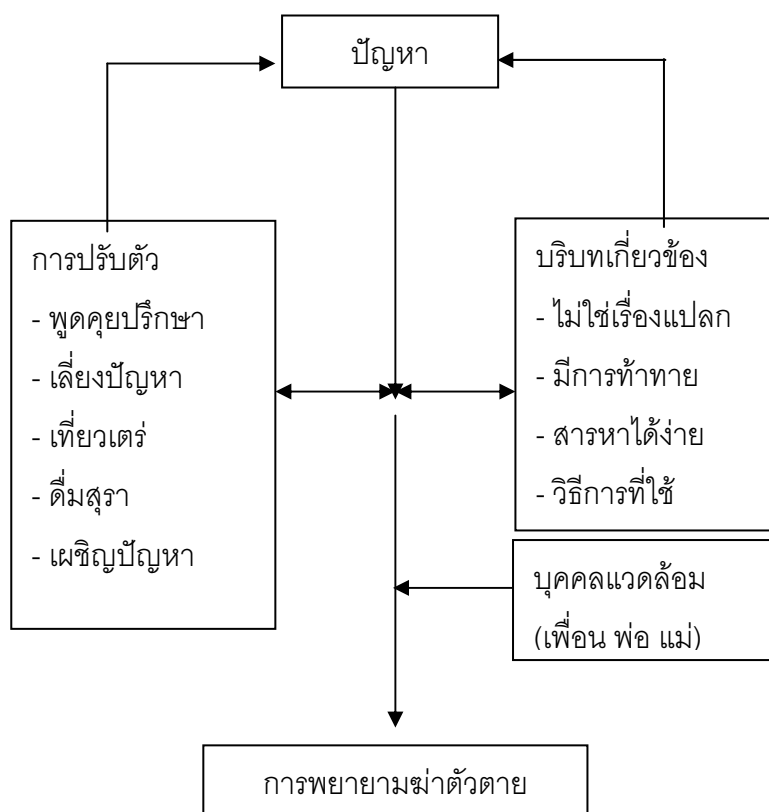
1. ญาติลำเอียงไม่ใส่ใจ ไม่เข้าใจตนเอง ครึ่งหนึ่งของชายที่พยายามฆ่าตัวตายยังเป็นโสด ซึ่งปัญหากดดันที่สำคัญจะเป็นปัญหากับคนในครอบครัวหรือญาติ เช่น พี่ชาย แม่ ป้า หรือยาย ลักษณะร่วมกันประการหนึ่งในผู้พยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้คือ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของเขานี้ ล้วนเป็นบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อเขาไม่ในด้านจิตใจ ก็ในแง่ที่เขายังคงต้องพึ่งพาบุคคลนั้นๆ อยู่ ซึ่งเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความคับข้อง คับแค้นใจจากการที่ความรู้สึกในเชิงก้าวร้าวของตนเองไม่สามารถแสดงออกมาได้โดยตรง ถูกปิดกั้นจากมโนธรรม หรือจากสถานการณ์จริงที่ตนเองยังต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่

มักคิดกันว่าเพศชายเป็นเพศเข้มแข็ง ไม่สนใจเรื่องหยาบคาย สนใจเรื่องนอกบ้านมากกว่าในบ้านแต่สิ่งที่พบในการศึกษานี้คือ พวกเขาต้องการความรัก ความเข้าใจจากคนใกล้ชิด ไม่ต่างไปจากเพศหญิงแต่อย่างใด

2. ภรรยาไม่ยอมรับตนเอง ในผู้ที่มีภรรยาแล้วปัญหากดดันส่วนใหญ่ก็มาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคู่ครองของตน เช่น ตบตีภรรยาแล้วภรรยาหนีกลับไปอยู่กับพ่อแม่ ไปตามแล้วภรรยาไม่ยอมกลับ เลิกกันแล้วภรรยาไม่ยอมให้ตนเองดูแลลูก หรือกลัวกลุ่มใจที่ภรรยาจะแฉว่าตนเองมีผู้หญิงอื่น ไม่ทราบว่าจะชี้แจงอย่างไร เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในการศึกษานี้ยังไม่สามารถขยายว่าเป็นความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด อีกทั้งยังอาจไม่ได้ไปถึงลักษณะปัญหาที่พบในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ได้

แผนภาพที่ 1 ลำดับเหตุการณ์ของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



ปัจจัยทางด้านชีววิทยา^{20, 22}

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม การฆ่าตัวตายอาจจะมีสาเหตุจากพันธุกรรม บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมีประวัติว่าครอบครัวมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ญาติสายตรงของผู้ป่วยทางจิตเวชมีโอกาสจะฆ่าตัวตายเป็น 8 เท่าของกลุ่มควบคุม ญาติสายตรงของผู้ป่วยทางจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโอกาสจะฆ่าตัวตายเป็น 4 เท่าของญาติสายตรงของผู้ป่วยทางจิตเวชที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย

พันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ โดยเกิดควบคู่กับความผิดปกติอารมณ์ซึมเศร้า ชนิด Major depressive disorder หรืออารมณ์ซึมเศร้าใน Bipolar I disorder หรือเป็นควบคู่กับพันธุกรรมของการเป็นจิตเภทหรือภาวะติดสุรา พันธุกรรมของการฆ่าตัวตายอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับหรือทำหน้าที่เพียงเสริมพันธุกรรมของความผิดปกติทางจิตเวช

หรืออาจเกิดจากพันธุกรรมของความหุนหันพลันแล่น ซึ่งทำให้ระดับ serotonin ในสมองลดลงได้

2. ปัจจัยทางเคมีเชิงประสาทวิทยา (Neurochemistry) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มหนึ่งจะมีการพร่องของระดับ serotonin เนื่องจากระดับของ 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ได้ลดลงในสารน้ำของสมองและไขสันหลัง ยิ่งพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีที่รุนแรงระดับของ 5-HIAA จะยิ่งลดน้อยลง ซึ่งระดับของ 5-HIAA จะลดลงอยู่แล้วในผู้ป่วยที่ควบคุมความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ได้ไม่ดี นักทฤษฎีหลายท่านพยายามเข้าใจว่าการฆ่าตัวตายเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของการควบคุมความหุนหันพลันแล่นที่ไม่ดี

3. ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตาย

รายละเอียดเกี่ยวกับระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้

อุบัติการณ์ (Incidence)

จากรายงานการสำรวจการฆ่าตัวตาย ทั่วโลกในปี 2002 พบว่ามีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1,000,000 คน ต่อปี หรือประมาณวันละ 2,740 คน สำหรับประเทศไทย ค่าเฉลี่ยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีแรก (พ.ศ. 2520-2529) เป็น 6.7 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีหลัง (พ.ศ. 2530-2539)² และจากรายงานโดย อภิชัย มงคลและคณะ³ รายงานในปี 2545 พบว่ามีอัตราฆ่าตัวตายเท่ากับ 8.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายอาจมีการคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้คือ การจงใจแจ้งสาเหตุของการตายผิดไปจากที่เป็นจริง อุบัติเหตุจนถึงแก่ความตายบางกรณีน่าจะเกิดจากความตั้งใจ และอาจเกิดจากการฆาตกรรมแต่แจ้งเป็นเรื่องการฆ่าตัวตาย และการตายในลักษณะที่คลุมเครือไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Equivocal Death) ส่วนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของแพทย์ที่ได้มีผู้รวบรวมไว้ในหลายประเทศพบตั้งแต่ 18-124 คนต่อแสนประชากร ต่อปี¹³

4. ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (Risk factors of Suicide)^{3, 20, 25}

4.1 ปัจจัยส่วนตัว

- เพศ

เพศ นับว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการศึกษาพบว่า เพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 4 เท่า ในทุกช่วงอายุ แต่ผู้หญิงกลับมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย 4 เท่า เช่นเดียวกัน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศไทยที่พบว่าสัดส่วนของการฆ่าตัวตายในเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 77.4 และร้อยละ 22.6 ตามลำดับ) และเพศหญิงมีความพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 38.6 ตามลำดับ)³

- อายุ

อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามอายุ และวิกฤติสุดในช่วงวัยกลางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คนอายุมากมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อายุน้อยแต่มักจะฆ่าตัวตายสำเร็จเสมอ อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตายเริ่มมีอัตราสูงขึ้นในวัยรุ่นหนุ่มสาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชายอายุ 15-24 ปี ซึ่งในประเทศไทยนั้นเมื่อวิเคราะห์การฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จเปรียบเทียบกับโครงสร้างอายุของประชากรทั่วไปแล้ว พบว่าเพศและวัยที่มีอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่าสัดส่วนของประชากรในกลุ่มเพศและวัยเดียวกัน คือ เพศหญิง ช่วงอายุ 10-39 ปี และเพศชาย ช่วงอายุ 20-49 ปี

- สถานภาพสมรส

การแต่งงานและการมีบุตรดูเหมือนจะเป็นตัวลดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ การฆ่าตัวตายเป็นปรกติในผู้ที่ชอบอยู่โดยลำพังและมีประวัติการฆ่าตัวตายภายในครอบครัว แต่จากการสำรวจในประเทศไทยผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ “สมรสแล้ว” และ “อยู่ด้วยกัน” รองลงมา คือ “เป็นโสด” และ “สมรสแล้วแต่แยกกันอยู่” ตามลำดับ

- อาชีพ

คนที่มีสถานะทางสังคมสูงกว่ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่า แต่ในสังคมเสื่อมโทรมก็มีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสูงสุดคือ เกษตรกร (ร้อยละ 31.7) ในขณะที่ต่างประเทศ พบว่าผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้หึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หึงทั่วไป

มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าแพทย์ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัญหาทางจิต ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นโรคซึมเศร้าและการติดสารเสพติด บ่อยครั้งที่พบว่าแพทย์เหล่านั้นมีประสบการณ์ที่ไม่ดี อาจจะเป็นด้านหน้าที่การงาน ด้านส่วนบุคคล และครอบครัว แพทย์ที่ฆ่าตัวตายทั้งหญิงและชายมักใช้ยาเกินขนาดมากกว่า และฆ่าตัวตายโดยการยิงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเป็นผู้จ่ายยาและมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับยานับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์ฆ่าตัวตาย มีหลักฐานยืนยันว่าแพทย์ผู้หึงมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนค่อนข้างสูงและอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในระหว่างกลุ่มแพทย์ พบว่าจิตแพทย์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุด ตามมาด้วยจักษุแพทย์และวิสัญญีแพทย์ แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเท่าเทียมกันในทุกสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงได้แก่ นักดนตรี ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านกฎหมาย หนายความ และนายหน้าขายประกัน การฆ่าตัวตายมีสูงในกลุ่มว่างงานมากกว่าผู้ที่มีการทำงาน การฆ่าตัวตายมักจะเกิดขึ้นในช่วงที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจภาวะซึมเศร้า การว่างงาน และจะลดลงเมื่ออยู่ในช่วงเวลาที่บุคคลนั้นมีงานทำและท่ามกลางภาวะสงคราม

- วิธีการ

ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงซึ่งสัมพันธ์กับวิธีการที่ใช้ อันได้แก่ การยิงตัวตาย แหวนคอ หรือกระโดดตึก ในขณะที่ผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการกินยาระงับประสาทเกินขนาดหรือใช้ยาพิษ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวโน้มการใช้ปืนมีเพิ่มขึ้นในผู้หญิงเช่นกัน แต่ถ้ามองในภาพรวมวิธีการฆ่าตัวตายที่นิยม

ที่สุดคือการแขวนคอ ในประเทศไทยพบว่า การกินสารเคมีเป็นวิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 46.4) ซึ่งสอดคล้องกับอาชีพที่พบว่าฆ่าตัวตายสูงสุดของไทยคือ เกษตรกร เพราะคนกลุ่มนี้มักจะเข้าถึงสารเคมี ยาฆ่าแมลง ยาปราบศัตรูพืช มากกว่าอาชีพอื่น วิธีการรอลงมา คือการกินยา และการผูกคอตตามลำดับ แต่เมื่อจำแนกออกเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าการผูกคอต เป็นวิธีที่ทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด รอลงมาคือกินสารเคมี และการยิงตัวตาย ตามลำดับ

- ปัญหาสุขภาพกาย

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพร่างกายและการเจ็บป่วยกับการฆ่าตัวตาย พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีประวัติการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง ร้อยละ 32 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการรับการรักษาจากแพทย์ภายในระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 50 ของชายที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งฆ่าตัวตายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรภายใน 1 ปี

โรคทางระบบประสาทที่มีการศึกษาเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบได้บ่อย คือ Huntington disease, Multiple sclerosis, Parkinson disease, Epilepsy และ Traumatic spinal cord injury แต่ข้อมูลที่ได้ยังเป็นเพียงข้อมูลศึกษาย้อนหลังจากประวัติและบันทึกทางการแพทย์ซึ่งความเชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตายยังคงต้องมีการศึกษาต่อในระยะยาว ส่วนโรคอื่น ๆ ที่มีการกล่าวถึงบ้าง เช่น เนื้องอกในสมอง (Cerebral neoplasm) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebral vascular accidents) ซึ่งรายงานพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคซึมเศร้าร่วมด้วยสูง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ฆ่าตัวตายได้ และผู้ป่วยลมชักจะได้รับยา Barbiturates และยาอื่นบางชนิดที่มีผลต่อระบบประสาท ซึ่งอาจทำให้ฆ่าตัวตายได้²⁵

ในโรคที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยได้แก่ Cushing's disease, Klinefelter's syndrome และ Prophyria ซึ่งความแปรปรวนทางอารมณ์ล้วนเกี่ยวข้องกับโรคเหล่านี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือแม้กระทั่งการพยายามฆ่าตัวตาย คือการสูญเสียการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ากิจกรรมการ

เคลื่อนไหวนั้นเป็นส่วนสำคัญในการประกอบอาชีพหรือกิจกรรมสันตนาการของบุคคลนั้นๆ ซึ่งมักพบในผู้หญิง และมีภาวะเจ็บปวดรุนแรงและเรื้อรัง

- ปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัยทางด้านจิตเวชนั้นมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ ในการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจึงจำเป็นต้องเข้าใจในระบบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ซึ่งกล่าวโดยสังเขปดังนี้

ความหมายของโรคในทางจิตเวช^{26, 27, 28}

โรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวชนั้นบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในผู้ที่ปกติ ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV ได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. เมื่อมีอาการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางคลินิก และอาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต ทุกข์ทรมาน บกพร่องในกิจกรรมต่างๆ หรือมีกิจวัตรด้านต่างๆ จำกัดลงมาก
2. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นที่สังคมนั้นๆ ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียผู้ที่ตนรัก พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศ หรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆ กับสังคมไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาวะดังข้อแรก

การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น เช่น แทนที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีอาการอะไรบางอย่างในการเจ็บป่วยครั้งนี้ การสื่อสารสั้นๆ แทน ว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการในกลุ่ม Depressive disorders ก็สามารถทำให้มีความเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการวิจัย โดยทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรค และทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition(DSM-IV)²⁷ เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ.1994
2. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10)²⁸ เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992 เป็นระบบมาตรฐานที่ใช้ในกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในการรายงานโรคต่างๆ

ในยุคก่อนๆ การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้มีส่วนหลักกันหรือแตกต่างกันอยู่ระดับหนึ่ง แต่ในปัจจุบันทั้งสองระบบนี้แนวคิดส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน โดยต่างก็พยายามปรับให้ใกล้เคียงกันขึ้น

ลักษณะสำคัญของ DSM-IV

1. Descriptive Approach ส่วนใหญ่ของโรคใน DSM-IV เป็นการวินิจฉัยโดยยึดอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่อิงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งในแง่ของสาเหตุ
2. Diagnostic Criteria การจำแนกโรคใน DSM-IV ใช้วิธีดูว่าเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยหรือไม่ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในการศึกษาและวิจัย เพราะมีเกณฑ์ที่ใช้ในการแยกโรคที่ชัดเจน ข้อควรตระหนักสำหรับนักศึกษา ได้แก่ ในทางปฏิบัตินั้นอาจพบว่าอาการของผู้ป่วยเหลื่อมล้ำหรือก้ำกึ่งกันระหว่างหลายๆ โรค มิได้ตรงตามเกณฑ์ของแต่ละโรคตามทฤษฎีไปทั้งหมด และผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคเดียวกันอาจมีอาการสำคัญแตกต่างกันได้ เกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV ที่เป็นข้อๆ นั้นจะยึดตามอย่างเคร่งครัดเฉพาะในการวิจัย ส่วนในเวชปฏิบัตินั้นจะใช้เกณฑ์เหล่านี้เป็นเพียงแนวทางในการวินิจฉัยเท่านั้น มิได้ยึดตายตัว
3. Multiaxial Evaluation เพื่อให้ผู้ตรวจสนใจผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน มิใช่สนใจแต่เพียงการวินิจฉัยโรคเท่านั้น ใน DSM-IV จึงได้กำหนดให้ประเมินผู้ป่วยใน 5 ด้าน (axis) ด้วยกัน ได้แก่

Axis I โรคทางจิตเวชและภาวะอื่นๆทางจิตเวช

Axis II personality disorders และ mental retardation ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

Cluster A มีบุคลิกภาพแบบพฤติกรรมแปลกประหลาดหรือหวาดระแวง

Cluster B เจ้าอารมณ์ หุนหันพลันแล่น

Cluster C วิดกกังวลสูง

Axis III ภาวะความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยในขณะนั้น ไม่ว่าจะเกี่ยวข้อง
กับ Axis I หรือไม่ก็ตาม

Axis IV ปัญหาจากจิตสังคมหรือสิ่งรอบตัวที่มีส่วนสำคัญในการก่อโรคหรือ
ทำให้โรคกำเริบ

Axis V เป็นการประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วยโดยรวม โดยใช้ global
assessment of functioning scale อาจเป็นการประเมินขณะก่อนป่วย ขณะ
ป่วยครั้งนี้ หรือขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความสำคัญของโรคทางจิตเวชกับการฆ่าตัวตาย

ในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบว่ามีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 94 และ ร้อยละ 68 มีความทุกข์ทรมานจากโรคทางจิตเวช 1-2 โรค ร้อยละ 45 เป็นโรคทางอารมณ์ และร้อยละ 23 เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcohol abuse or dependence) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ฆ่าตัวตายอายุน้อยและสูงอายุ มีการศึกษาพบว่าในกลุ่มของคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีปัญหา Substance use disorders และ antisocial personality disorder ส่วนในกลุ่มที่อายุมากกว่า 30 ปีพบปัญหาเรื่องของโรคทางอารมณ์และ cognitive disorders ปัจจัยความเครียดที่เป็นเหตุกระตุ้น (Precipitant stressors) ที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี คือ การแยกกันอยู่ (Separation) การถูกปฏิเสธ (Rejection) ว่างาน (unemployment) และปัญหาทางกฎหมาย (Legal troubles) ในกลุ่มอายุที่มากกว่า 30 ปี พบว่าความเครียดที่มาจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายพบได้บ่อยกว่า^{20, 29}

โรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย²⁰

Depressive disorders โรคทางอารมณ์เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และโรคซึมเศร้าถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาในประชากรทั่วไป พบว่า 30%-64% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Primary depressive disorder) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 ใน 6 (15%) คนจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจากรายงานของ Finnish Suicide Research Center พบว่าเป็นเพศชาย 63% เพศหญิง 37% อายุโดยเฉลี่ย 50 ปี และเพศชายถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายนั้กไม่ได้รับการรักษามาก่อน และพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับยารักษาอาการซึมเศร้าหรือได้รับแต่ขนาดไม่เพียงพอ มีเพียง 3% เท่านั้นที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าในขนาดที่เพียงพอ 7% ได้รับการทำจิตบำบัดทุกสัปดาห์ และ 3% ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) มี 8% ที่ใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในการฆ่าตัวตายในด้านการรับการรักษาโรคซึมเศร้าพบว่าเพศชายได้รับการรักษาน้อยกว่าเพศหญิงและใช้วิธีในการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่า มีผู้ป่วยประมาณ 50% ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าจากการบริการทางจิตเวชในช่วงเวลาก่อนเสียชีวิต แต่มีเพียง 2-3 รายเท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ กลุ่มผู้ศึกษานี้สรุปว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการรักษาและการติดตาม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าเพศชาย

Schizophrenia ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง มีประมาณ 10% ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตายนั้สำเร็จจะทำในระหว่างช่วง 2-3 ปีแรกของการเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ อายุน้อยและพบว่า 75% เป็นชาย สถานะภาพสมรสโสด ประมาณ 50% เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายนั้มาก่อน และมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตายนั้สำเร็จ ส่วนในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายนั้เนื่องมาจากประสาทหลอนหรือหลงผิดคิดว่ามีผู้ที่จะมาทำร้าย มีจำนวนเปอร์เซ็นต์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ฆ่าตัวตายนั้ จะพบในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก หลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 1 ใน 3 เสียชีวิตในขณะที่เป็นผู้ป่วยใน

Alcohol Use Disorders ผู้ติดสุรามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงตลอดชีวิตของการฆ่าตัวตายเท่ากับ 2.2-3.4% พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มักจะฆ่าตัวตายสำเร็จ หลังจากมีการติดสุราเป็นเวลาหลายปี โรคที่พบร่วมด้วยที่สำคัญ คือ โรคซึมเศร้า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตมีส่วนสำคัญในการฆ่าตัวตาย มีการศึกษาพบว่า มีการสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับคนใกล้ชิด (loss of a close relationship) เป็นปัจจัยกระตุ้นที่พบได้บ่อยที่สุด ส่วนเหตุอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาทางการเงิน และปัญหาทางด้านกฎหมาย มีเพียง 1 ใน 50 รายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ไม่พบเหตุกระตุ้น มีผลสรุปจากนักวิจัยหลายคนพบว่า ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นเมื่อจำนวนของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพิ่มขึ้น³⁰

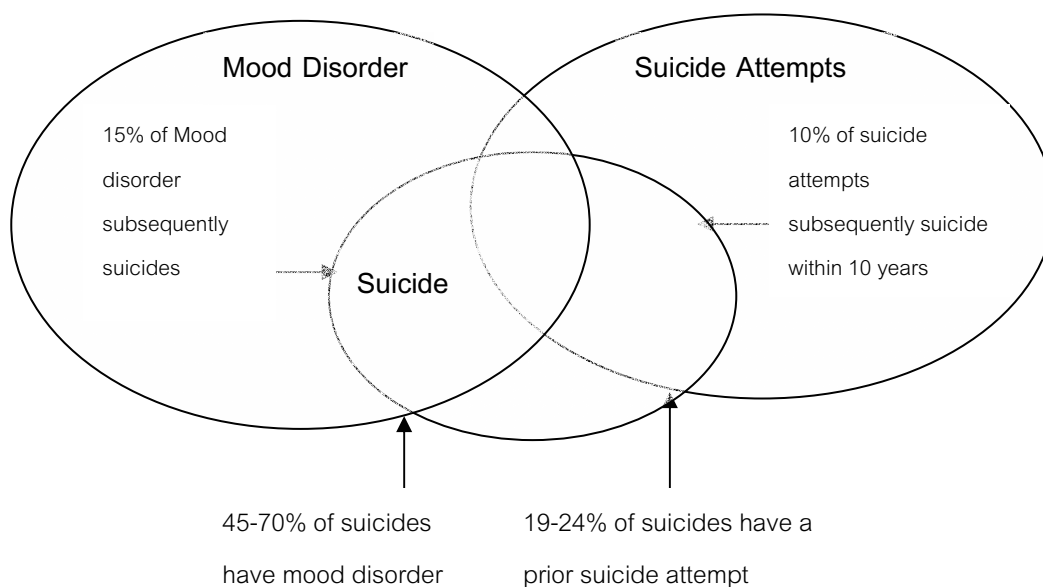
- **ปัญหามโนทัศน์**

บุคลิกภาพผิดปกติที่ทำให้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วย Borderline และ antisocial personality disorder มีการศึกษาเร็วๆ นี้ใน Finnish Group พบโดยวิธีการ psychological autopsy ในผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีปัญหามโนทัศน์ผิดปกติพบว่าเกือบทั้งหมด (95%) มีความสัมพันธ์กับโรคใน Axis I คือ โรคซึมเศร้า, การติดสารเสพติด หรือทั้งสองโรค การศึกษาของกลุ่ม Finnish Group พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) มีการวินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติ Cluster B (เจ้าอารมณ์) ซึ่งพบได้ร้อยละ 4-5 ในประชากรทั่วไป ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ฆ่าตัวตายมีบุคลิกภาพแบบ Cluster C (ความวิตกกังวลสูง) และมีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่มีปัญหามโนทัศน์แบบ Cluster A (พฤติกรรมแปลกประหลาด)³¹

- **ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต**²⁰

การพยายามฆ่าตัวตายในอดีตอาจจะเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าผู้นั้นมีอัตราเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น มีหลายการศึกษาระบุว่า ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายเคยมีความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในครั้งที่สองจะเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 3 เดือนของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่านั้นแต่ยังเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังของบุคคลนั้นด้วย ผู้ที่มีความต้องการที่จะตายอย่างจริงจังมักจะได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าเสมอ ปัจจัยนี้มักพบในเพศชาย สูงอายุ เป็นโสดหรือแยกจากคู่สมรส และอาศัยโดยลำพัง

ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนทางอารมณ์ การฆ่าตัวตายสำเร็จ และการพยายามฆ่าตัวตาย แสดงดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนทางอารมณ์ การฆ่าตัวตายสำเร็จ และการพยายามฆ่าตัวตาย

4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว²³

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นพื้นฐานในการสร้างลักษณะนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคล การอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัวมี ผลต่อการพัฒนาด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัวที่มี สภาพไม่ปกติ ไม่มีระเบียบ ไม่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลในทางจิตใจ ไม่มีความผูกพันรักใคร่กัน เหล่านี้จะทำให้คนในครอบครัวขาดความรัก ความอบอุ่น มองโลกแง่ร้าย จิตใจเศร้าหมอง เมื่อเกิดความรู้สึกผิดหวังหรือสูญเสีย จะไม่สามารถรับมือหรือปรับตัวได้ จะโศกเศร้าเสียใจมากกว่าคนทั่วไป และอาจใช้กลไกทางจิตชนิด Introjections โดยรับเอาความไม่ดีมาไว้กับตนเอง ความรู้สึกไร้ค่าและอารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้น การรักลูกหรือปกป้องลูกมากเกินไป คอยช่วยเหลือดูแล ควบคุมทุกอย่างจะมีผลให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาอาจเป็นแรงจูงใจหรือเป็นเหตุให้อยากตายและพยายามฆ่าตัวตายได้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในครอบครัวนั้นมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัวหรือมีประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

4.3 ปัจจัยด้านการทำงาน

ความเครียดเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายและการปรับตัวที่ผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งล้วนมีส่วนที่ทำให้แพทย์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการศึกษาย้อนหลังพบว่าแพทย์มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคทางกายมากกว่าประชากรทั่วไป แต่สำหรับโรคทางจิตไม่พบความแตกต่าง สรุปคือ ความเครียดที่เกิดจากการทำเวชปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปรับทางด้านอารมณ์ แต่ไม่ถึงกับทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับความเครียดในอาชีพอื่น³²

ได้มีผู้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายและสิ่งที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตในจิตแพทย์ประเทศฟินแลนด์ พบว่า จิตแพทย์และจิตแพทย์เด็กรายงานว่าตนเองเกิดความเบื่อหน่าย ซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางจิตมากกว่ากลุ่มแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไปรวมถึงสุขภาพจิตในกลุ่มของจิตแพทย์และจิตแพทย์เด็กควรที่จะได้รับความสนใจดูแล³³

5. กระบวนการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological autopsy) ^{18,29, 34, 35}

เมื่อพูดถึงการฆ่าตัวตาย สิ่งแรกที่ทุกคนมักนึกถึงคืออะไรเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นตัดสินใจฆ่าตัวตาย ปัจจัยอะไรที่เป็นตัวกระตุ้นให้คนหนึ่งกล้าที่จะหยุดชีวิตตนเอง คนเหล่านี้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากคนทั่วไปหรือไม่ หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของคนหนึ่งคนใดสามารถกระตุ้นให้ใครก็ตามที่ประสบกับปัจจัยนั้นตัดสินใจฆ่าตัวตายทุกคนหรือไม่ ผู้ใกล้ชิดหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายล้วนมีส่วนที่ต้องรับผิดชอบในการฆ่าตัวตายของคนๆหนึ่งหรือไม่ คำถามเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นที่ต้องมีการศึกษาหาคำตอบซึ่งวิธีการที่จะนำมาใช้น่าจะเป็นการมองย้อนไปข้างหลังรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ที่ฆ่าตัวตาย เก็บทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาวิเคราะห์หาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยแนวทางที่ว่านี้ก็คือ การทำ Psychological autopsy หรือ การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา

มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องแยกความหมายของคำว่า Psychological Autopsy กับการชันสูตรศพ Physical autopsy ซึ่งมีข้อแตกต่างกันคือ การชันสูตรศพ หรือ Physical

autopsy จะมุ่งประเด็นไปที่ทางกายภาพเป็นหลัก ในขณะที่การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา หรือ Psychological Autopsy จะครอบคลุมทั้งที่ได้จากการชันสูตรศพทางกายภาพ รวมกับข้อมูลที่ได้จากด้านอื่นๆ เช่น จิตใจ และสังคม เข้ามาเป็นกระบวนการในการประเมินหาสาเหตุการตาย

คำว่า Psychological Autopsy โดยตัวมันเองบอกถึงกระบวนการในการทำให้เกิดความกระจ่างในเรื่องของสาเหตุการตาย และเน้นไปในส่วนของสภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของ การตาย ประมาณ 5-20% ของการเสียชีวิตทั้งหมดมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุการตาย เนื่องจากความไม่ชัดเจนหรือความถูกต้องของข้อมูล ความไม่ชัดเจนและความไม่แน่นอนของสาเหตุการตายนี้ถูกเรียกว่า การตายอย่างคลุมเครือ (Equivocal deaths)

Shneidman, E.s., 1981³⁴ ให้ความหมายของการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา ว่าเป็น การศึกษาย้อนหลังถึงประวัติชีวิตของผู้ที่เสียชีวิต ซึ่งรวมถึงการตรวจสภาพทางร่างกาย สภาพจิต และข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้เสียชีวิต เพื่อที่จะนำข้อมูลนั้นมาตัดสินถึงสาเหตุของการเสียชีวิต ทำให้ได้ข้อมูลกระบวนการที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ตาย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของผู้ตาย เพื่อให้เข้าใจในเหตุแห่งการฆ่าตัวตายของผู้นั้น

Ritchie EC, 2002³⁵ กล่าวว่ามีการใช้วิธี Psychological Autopsy ในการเรียนรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและค้นหาสาเหตุของการตายที่คลุมเครือในกองทัพสหรัฐมาเป็นเวลานาน คำว่า “Psychological Autopsy” ในปัจจุบันถูกจำกัดความในแง่ของการหาสาเหตุของการเสียชีวิต ทางด้านปัญหาทางจิตในผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการตายที่คลุมเครือ ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในการฆ่าผู้อื่น ฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุ หรือจากเหตุธรรมชาติอื่นๆ ด้วย

สรุปได้ว่า การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยาเป็นวิธีในการวิจัยในลักษณะการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังอย่างกว้างขวางและครอบคลุมจากผู้เกี่ยวข้องกับผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จุดมุ่งหมายของกระบวนการนี้ คือ ทำความกระจ่างและหาข้อมูลที่ถูกต้องในด้านต่าง ๆ เช่น สถานการณ์ในชีวิต (Life situation), บุคลิกภาพ (Personality) ตลอดจนปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและการรักษาที่เกิดขึ้นก่อนการฆ่าตัวตาย

ในปัจจุบันมีกว่า 20 โครงการใหญ่ในการใช้วิธีชันสูตรศพเชิงจิตวิทยานี้ในหลายประเทศ และแตกต่างวัฒนธรรม เช่น อเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อิสราเอล ไต้หวัน และอินเดีย ทำให้ได้ข้อมูลสะสมในภาพรวมถึงเหตุของการฆ่าตัวตาย, ลักษณะของผู้เสียชีวิต และปัญหาที่พบร่วมกันในการที่จะวางแผนทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ระดับหนึ่ง

ประวัติของการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา³⁶

มีการวิจัยเรื่องการฆ่าตัวตายมาตั้งแต่ช่วงปี 1920 เป็นต้นมาในกรุงปารีส และในช่วงปี 1930 ในกรุงนิวยอร์ก แต่อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยาที่เป็นแนวใหม่ครั้งแรกถูกริเริ่มโดย Eli Robins และเพื่อนของเขาใน Washington University ที่ St Louis, สหรัฐอเมริกา ในปี 1956 – 1957 โดยศึกษาผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 134 รายในเวลา 1 ปี จากนั้นอีก 2 – 3 ปีต่อมาก็มีการศึกษาอีกโดย Dorpar และ Ripley เป็นการศึกษาครั้งที่สองที่เมือง Seattle ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น Robert Litman, Norman Farberow และ Edwin Schneidman ซึ่งอยู่ที่ Los Angeles Suicide Prevention Center (LASPC) ได้ร่วมกันพัฒนาวิธีการศึกษาเพื่อช่วยให้แพทย์ที่มีหน้าที่ทำการสอบสวนถึงเหตุการณ์ตายที่มาจากการฆ่าตัวตายหรืออันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ Edwin Schneidman เป็นผู้ที่ตั้งชื่อ “Psychological Autopsy” ในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามกลุ่ม LASPC ศึกษาในการตายที่มาจากหลายหลายสาเหตุ แต่ต่อมา Robins และคณะได้นำวิธีนี้มาสืบสวนในเหตุการณ์ตายจากการฆ่าตัวตาย ได้ทำให้เกิดการสัมภาษณ์แบบมาตรฐาน กับญาติของผู้เสียชีวิต

ในยุโรปมีการใช้วิธีนี้ครั้งแรกโดย Barraclough และคณะที่ประเทศอังกฤษในปี 1966 – 1969 โดยศึกษาผู้ฆ่าตัวตาย 100 ราย จากนั้นมาก็มีการนำมาศึกษาในอีกหลายประเทศในภาพรวมจากการศึกษาพบว่าไม่มีปัญหาด้านวัฒนธรรมที่แตกต่างมีการนำมาใช้เก็บข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายได้อย่างหลากหลายครอบคลุม

การศึกษาระยะแรก (First Generation) เป็นลักษณะ Uncontrolled, Descriptive ในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยมุ่งไปที่การหาข้อมูลลักษณะทั่วไปของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยยังมีข้อจำกัดบางประการอยู่ แต่ในช่วง 10 ปี หลังมานี้ถือเป็นระยะที่สอง (Second Generation) ของ Psychological Autopsies โดยส่วนใหญ่จะศึกษาแบบ Case – Control Design โดยมีกลุ่มควบคุมที่ดึงมาจากกลุ่มประชากรทั่วไป และใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐาน ที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช และโรคที่เกิดร่วม (Co – morbidity) ทั้งในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุม

จุดประสงค์ของการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา

(Purpose of the Psychological autopsy)

Shneidman, E.s., 1981³⁴ กล่าวถึง จุดประสงค์ของการทำ Psychological autopsy เพื่อตอบคำถามอย่างน้อย 3 ข้อ คือ

1. ทำไมเขาจึงทำอย่างนั้น
2. เขาตายอย่างไร เมื่อใด และทำไมจึงตายในช่วงเวลานั้น
3. อะไรคือสาเหตุของการตายที่น่าจะเป็นมากที่สุด

Isometsa ET., 2001³⁶ กล่าวว่า Psychological autopsy เป็นหนึ่งในเครื่องมือวิจัยที่น่าเชื่อถือที่สุดในการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตาย วิธีการคือการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่สามารถหาได้ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตโดยผ่านการสัมภาษณ์ในลักษณะแบบมีโครงสร้าง (Structured interview) กับสมาชิกของครอบครัว, ญาติ หรือเพื่อนตลอดจนบุคลากรด้านสุขภาพ และรวมถึงข้อมูลที่รวบรวมได้จากบันทึกในประวัติการรักษาทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และเอกสารทางด้านนิติเวช ดังนั้น Psychological autopsy จึงเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล และหลายแหล่งบันทึก

Ebert B.W. (1987)³⁷ ได้อธิบายถึง Psychological Autopsy ว่าเป็นกระบวนการที่ออกแบบขึ้นมาเพื่อประเมินปัจจัยต่างๆ ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก และสัมพันธภาพของบุคคลที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาจะมุ่งที่ประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การสืบสวนหาระบาดวิทยาซึ่งระบุได้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ฆ่าตัวตาย
2. ศึกษาถึงรายละเอียดของแต่ละบุคคลถึงเหตุผลของการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นไปได้
โดยการทำ Psychological Autopsy

แม้จะมีการนำ Psychological autopsy มาหาสาเหตุการตายอื่นที่นอกเหนือไปจากการฆ่าตัวตาย แต่ในการศึกษาเรื่องฆ่าตัวตาย วิธีการ Psychological Autopsy ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ การทำ Psychological Autopsy ทำให้สามารถศึกษาได้ถึงปัจจัยรอบด้านที่อาจเป็นเหตุกระตุ้นทำให้เกิดการเสียชีวิต วิธีการนี้ช่วยให้เข้าใจกระบวนการฆ่าตัวตายในลักษณะที่เกิดจากหลากหลายปัจจัย และเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยในอนาคต ในกระบวนการทำ Psychological Autopsy ควรจะมีการสัมภาษณ์ด้วยความเหมาะสมและ

เป็นลักษณะของการรักษาควบคุมกันไปด้วย โดยต้องไม่ลืมที่จะให้ความเคารพต่อญาติของผู้เสียชีวิต ผลการศึกษาในเรื่องทางด้านสถิติจะมีความสำคัญและทำให้เกิดความเข้าใจและค้นหาวิธีการในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ความถูกต้องของใบมรณบัตรมีความสำคัญมากต่อการวิเคราะห์ทางสถิติในเรื่องการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลกในปัจจุบัน

รูปแบบการวิจัยโดยทั่วไป

กระบวนการในการทำมี 2 ส่วน คือ

- 1) การสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวและผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ อย่างครอบคลุม
- 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตหรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับของผู้เสียชีวิต

การศึกษาที่เป็นแบบดั้งเดิม (Typical) มีผู้ให้สัมภาษณ์หลักอยู่เพียงหนึ่งหรือสองคนเท่านั้น เช่น คู่สมรส, คนรัก, พ่อแม่ หรือลูกที่เป็นวัยผู้ใหญ่ หรือญาติอื่น ๆ ที่อยู่ลำดับขั้นถัดออกไป และแหล่งข้อมูลทางด้านการแพทย์ได้จาก แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เคยดูแลผู้ตายมาก่อน

Keith Hawton และคณะ¹⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องของการฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา หรือ Psychological autopsy เน้นมาถึงการตั้งคำถามวิจัยและการสร้างสมมุติฐานที่จะบ่งบอกถึงรูปแบบของการศึกษารวมไปถึงขอบเขตที่กำหนดในศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์ สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือ การให้คำจำกัดความของการ “ฆ่าตัวตาย” ว่ามีคำจำกัดความแค่ไหน อย่างไร ที่ประเทศอังกฤษ จะใช้คำตัดสินของลูกขุน หรือศาลเป็นเกณฑ์ว่าบุคคลนั้นฆ่าตัวตายหรือไม่ แม้ว่าที่จริงเขาไม่ได้ฆ่าตัวตายชัดเจน แต่การตายด้วยอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ หรือ เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์โดยขับไปคนเดียว เมื่อได้สืบสวนลงในรายละเอียดแล้วอาจถือว่าบุคคลนั้นมีเจตนาฆ่าตัวตายก็ได้ เมื่อได้จำนวนตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัยมาแล้วไม่ได้หมายความว่าความที่จะมีความเป็นไปได้ 100% ที่จะสัมภาษณ์ได้ครบถ้วน จากประสบการณ์ในอังกฤษ พบว่าส่วนใหญ่สัมภาษณ์ได้เพียง 50-60% ในแต่ละรายเท่านั้น

แหล่งข้อมูล^{18, 29, 35}

แหล่งข้อมูลขึ้นอยู่กับขอบเขตที่จะทำการศึกษา ซึ่งโดยทั่วไปมักจะครอบคลุมใน กลุ่มหลักดังต่อไปนี้

1. ญาติและกลุ่มเพื่อน

พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือ คนรัก เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด ถ้ามีทุนและเวลาเพียงพอ ควรสัมภาษณ์ให้ได้มากกว่าหนึ่งคน อย่างเช่น เด็กที่ฆ่าตัวตายรายหนึ่ง เพื่อนสนิทสามารถให้ข้อมูลเรื่องการที่เด็กติดยาได้ แต่พ่อแม่เด็กไม่เคยทราบ เป็นต้น บางครั้งข้อมูลที่ได้อาจไม่ชัดเจนนักถ้าผู้ให้ข้อมูลแยกกันอยู่กับผู้ตาย หรือผู้ตายแยกจากครอบครัวไปอยู่ตามลำพัง ข้อมูลที่ได้ก็อาจไม่สมบูรณ์ เช่น พ่อแม่อาจไม่เคยรู้เรื่องการเจ็บป่วยหรือการรักษาใดๆของลูก เป็นต้น ในการศึกษาที่ประเทศฟินแลนด์³⁶ ใช้การสัมภาษณ์แบบ Face – to – Face Interview เป็นการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวกับสมาชิกของครอบครัว ซึ่งมักจะทำที่บ้านของพวกเขา โดยมีการตกลงยินยอมให้สัมภาษณ์เป็นหลักฐานก่อนจะเข้าไปสัมภาษณ์ โดยส่วนใหญ่จะกระทำในช่วงเวลา 4 เดือนหลังมีการฆ่าตัวตาย แบบสัมภาษณ์ เป็นลักษณะ Structured Interview ครอบคลุมทั้งชีวิตประจำวัน พฤติกรรม ปัจจัยด้านครอบครัว การใช้สุรา สารเสพติด ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การแสวงหาความช่วยเหลือ และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนการเสียชีวิตนั้น (Recent Life Event)

2. แพทย์ผู้รักษา

ส่วนใหญ่เราจะทราบชื่อแพทย์ผู้รักษาจากบันทึกของเจ้าหน้าที่ชันสูตร ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์เหล่านี้มักจะให้ความร่วมมือดี จะสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพที่ผู้ตายได้พบในช่วง 12 เดือนก่อนเสียชีวิต โดยสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวใช้แบบสอบถามแบบ ข้อที่ครอบคลุมด้านสถานะทางสุขภาพ การรักษาที่ได้รับ ความเครียดทางจิตใจและสังคม และระดับความสามารถในหน้าที่การงาน ส่วนกลุ่มผู้ให้ความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์อาจสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวหรือทางโทรศัพท์ก็ได้

3. เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ

ในการศึกษาของประเทศฟินแลนด์ เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพจะเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตายได้ค่อนข้างมากจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่

ชั้นสูตร เนื่องจากเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรแต่ละคนอาจมีทัศนคติที่แตกต่างกันในเรื่อง การศึกษาแบบนี้ จึงอาจมีทั้งเห็นด้วยและร่วมมือ หรือไม่เห็นด้วยและไม่ค่อยให้ ความร่วมมือได้ เพราะอย่างน้อยก็ดูเหมือนเป็นการเพิ่มภาระงาน แต่ส่วนใหญ่ มักจะให้ความร่วมมือดี ซึ่งเหตุผลสำคัญคือการต้องการปกป้องญาติผู้ตาย เจ้าหน้าที่ ชั้นสูตรศพต้องการความมั่นใจว่า ผู้วิจัยจะไม่กดดันญาติผู้ตายจนเกินไปในเวลา ที่สัมภาษณ์ และต้องการคำยืนยันว่าผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้รวบรวมมาอย่าง เหมาะสม

4. แหล่งข้อมูลอื่น เช่น บันทึกเวชระเบียนในกรณีที่ผู้ตายมีอาการป่วยทางกาย หรือจิต ก่อนเสียชีวิต นับเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่อาจจะบ่งชี้สาเหตุการฆ่าตัวตายได้

การสัมภาษณ์

การติดต่อขอสัมภาษณ์ในครั้งแรกโดยโทรศัพท์หรือขอเข้าพบเป็นวิธีการที่ได้ผลดี แต่ ญาติบางรายอาจรู้สึกไม่พอใจ ทางที่ดีควรติดต่อโดยทางจดหมายก่อนแล้วตามด้วยการโทรศัพท์ เพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดที่จะเข้าไปติดต่อกับญาติ คือ ระหว่าง 3 เดือน - 1 ปี หลังเสียชีวิต และควรหลีกเลี่ยงการติดต่อในช่วงครบรอบวันเสียชีวิต วันเกิดของผู้ตาย หรือในวัน สำคัญของครอบครัว เช่น วันปีใหม่ คริสมาสต์ เป็นต้น

การนัดสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ที่จะให้ข้อมูลคนอื่นๆ ควรนัดที่บ้านของผู้นั้น หรือสถานที่ กลางๆ ที่เหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์ อยู่ระหว่าง 2-5 ชั่วโมง ซึ่งควรจะต้องแจ้งผู้ให้ข้อมูล ทราบล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละคน แต่ละความสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยควรร่างแบบ สัมภาษณ์ให้ครอบคลุมในทุกประเด็นที่จะสามารถสอบถามได้ และต้องมีความยืดหยุ่นและปรับ เปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และตามความต้องการของผู้ให้ข้อมูล โดยเริ่มจากคำถามปลายเปิด ก่อนที่จะขมวดเป็นคำถามปลายปิดในช่วงท้าย อาจเริ่มจากการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมแวดล้อม ของการเสียชีวิต ก่อนที่จะมุ่งประเด็นไปที่สิ่งสำคัญที่สุดที่อยู่ในใจของผู้ให้ข้อมูล

ควรหลีกเลี่ยงการจดบันทึกต่างๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ การบันทึกเทปน่าจะเป็น ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด เพราะจะทำให้การสัมภาษณ์ลื่นไหลไปด้วยดี แต่ทั้งนี้ต้องขออนุญาต ผู้ให้ข้อมูลก่อน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอย่างมากคือ การให้ความเคารพในการตายของบุคคล ผู้ให้ข้อมูล ควรมีอิสระที่จะปรึกษาในประเด็นที่ละเอียดอ่อน และจะขอยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้หากรู้สึกไม่ สบายใจ

ต้องไม่ลืมว่าญาติทุกคนไม่ใช่จะมีมุมมองเหมือนกันเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำเป็นต้องให้การยอมรับในมุมมองที่แตกต่างนั้นด้วย การสัมภาษณ์ควรเป็นไปอย่างช้าๆ และต้องยุติเมื่อผู้ให้สัมภาษณ์ รู้สึกโศกเศร้า หรือไม่สบายใจ ผู้สัมภาษณ์ควรพยายามที่จะจบการสัมภาษณ์ด้วยความรู้สึกที่ดี และถ้าช่วยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ คลายความเครียดลงได้บ้างก็ควรกระทำ รายละเอียดของคำถามอาจกระทบใจผู้ถูกสัมภาษณ์จนทำให้มีปฏิกิริยาบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นความโศกเศร้า ความโกรธหรือความรู้สึกผิดก็ตาม แต่ในทางกลับกันอาจเป็นประโยชน์ในการที่ผู้ให้ข้อมูลได้มีโอกาสทบทวนเกี่ยวกับรายละเอียดของการตาย ถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโศกเศร้ามากในช่วงที่ให้สัมภาษณ์นั้น ผู้สัมภาษณ์จำเป็นต้องช่วยเหลือให้ผ่านวิกฤติการณ์นั้นให้ได้ก่อน จึงจะดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไป

การสัมภาษณ์ แบบ Psychological Autopsy ควรระวังปัญหาด้านจริยธรรมด้วย เช่น การถามคำถามเฉพาะที่เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ตายได้รับ ต้องไม่พาดพิงหรือนำไปสู่ประเด็นที่ว่า การรักษาใดที่ผู้ตายควรได้รับ เพราะอาจทำให้ญาติรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ตายได้อย่างถูกต้อง หรืออาจโกรธสถานพยาบาลที่ผู้ตายไปรับบริการว่าให้การดูแลไม่ถูกต้องจนทำให้ต้องตาย เป็นต้น

ผู้สัมภาษณ์

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ มักจะใช้จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ บางการศึกษามีการใช้นักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาลจิตเวชร่วมด้วย เป็นการนำประสบการณ์ทางด้านจิตเวชมาใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อจะเก็บข้อมูลต่างๆ ในลักษณะการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้สัมภาษณ์ควรเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญทางด้านคลินิก และประสบการณ์ด้านการสัมภาษณ์ทางสังคมเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีความสามารถในการเข้าอกเข้าใจ (Empathy) และช่วยเหลือผู้รับการสัมภาษณ์ในกรณีที่เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจในขณะที่สัมภาษณ์

การประเมิน

การรวบรวมข้อมูลควรนำไปสู่การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Psychiatric disorder) ซึ่งโดยปกติ จะใช้ ICD หรือ DSM แบบคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ควรนำไปสู่การวินิจฉัยที่ค่อนข้างตรงชัดเจนและกระชับ เพื่อให้การสัมภาษณ์ใช้เวลาน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายอาจพบบางแง่มุมในการสัมภาษณ์ที่น่าเป็นทุกข์เพราะอาจไปสะท้อนลักษณะนิสัยเชิงลบ หรือ Personality disorder ของผู้ตาย ซึ่งเช่นเดียวกับการรวบรวมข้อมูลควรนำไปสู่การวินิจฉัยแบบคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ควรนำไปสู่การระบุ Personality disorder ที่ค่อนข้างตรง ชัดเจนและกระชับที่สุด มี

บุคลิกภาพและลักษณะนิสัยหลายประการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น หุนหันพลันแล่น ขาดการยั้งคิด ก้าวร้าว และมุทะลุดุร้าย เป็นต้น

การประเมินเหตุการณ์สำคัญและปัญหาที่ผ่านมาในชีวิต

การประเมินเหตุการณ์สำคัญที่ผ่านเข้ามาในชีวิตผู้ตาย ดูเหมือนเป็นเรื่องค่อนข้างยาก เพราะบางครั้งญาติอาจมองเห็นว่าเรื่องบางเรื่องเล็กน้อยเกินกว่าจะใส่ใจ ถ้าจะให้ดีที่สุดอาจจะถามถึงปัญหาที่มักกระทบผู้ตายก่อนที่จะตัดสินใจฆ่าตัวตาย แต่ถ้าสามารถรวบรวมข้อมูลมาได้ ก็อาจนำมาพิจารณาร่วมกันในคณะผู้วิจัยแล้วพิจารณาว่าประเด็นใดสำคัญและอาจเกี่ยวข้องกับการตาย เช่น การมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การถูกออกจากงานหรือจำเป็นต้องออกจากงาน เป็นต้น ผู้วิจัยควรรวบรวมเนื้อหาตามลำดับเหตุการณ์ แล้วดูพัฒนาการการป่วยทางจิตที่อาจปรากฏออกมา ซึ่งอาจทำให้มองเห็นกระบวนการหรือวิถีทางที่นำไปสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น เพื่อจะได้นำไปค้นหาแนวทางป้องกันในรายต่อไป

Schneidman (1969) ³⁸ ได้จัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่จะได้จากการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่บ่งบอกถึงผู้เสียชีวิต เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และรายละเอียดอื่นๆ
2. รายละเอียดของการตาย ซึ่งรวมถึงสาเหตุหรือวิธีและรายละเอียด
3. ประวัติชีวิตของผู้เสียชีวิต เช่น บิดา มารดา พี่น้อง การแต่งงาน การเจ็บป่วยทางกาย การรักษาทางด้านร่างกาย การทำจิตบำบัด และประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
4. ประวัติการเสียชีวิตของครอบครัว เช่น การฆ่าตัวตาย มะเร็ง หรือโรคที่รุนแรงจนถึงชีวิต อายุที่เสียชีวิต และรายละเอียดอื่นๆ
5. บุคลิกลักษณะและรูปแบบการดำเนินชีวิต (Life style)
6. รูปแบบการตอบสนองต่อความเครียดของผู้เสียชีวิต การมีภาวะคับข้องใจ และช่วงเวลาของการเสียสมดุลทางจิตใจ (Periods of disequilibrium)
7. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2-3 วันถึง 12 เดือน ที่ทำให้เกิดภาวะคับข้องใจ กดดัน เครียด หรือทำให้วิตกกังวล

8. ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ตลอดชีวิตของผู้เสียชีวิตและในขณะเสียชีวิต
9. ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ซึ่งรวมถึงแพทย์ผู้รักษาด้วย
10. ความเพ้อฝัน ความฝัน ความคิด หรือความกลัวที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต อุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย
11. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนการเสียชีวิต เช่น ลักษณะนิสัย งานอดิเรก การกิน กิจกรรมทางเพศ และกิจวัตรประจำวันอื่นๆ
12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้เสียชีวิต เช่น การประสบความสำเร็จ การวางแผนในชีวิต
13. ประเมินถึงความตั้งใจที่จะเสียชีวิต
14. ลำดับวิธีการที่ทำให้เสียชีวิต (ความเป็นไปได้ของวิธีการที่ทำให้เสียชีวิต)
15. ปฏิกริยาของผู้เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต
16. ข้อเสนอแนะ

ปัญหาที่สำคัญที่ต้องระมัดระวังในความเชื่อถือได้ของข้อมูลคือ ความอคติในการให้ข้อมูลของญาติและเพื่อนผู้ตาย อันเนื่องมาจากความเศร้าโศกเสียใจจากการตายทำให้เวลาระลึกลึก ย้อน อาจทำให้เกิดการบิดเบือนข้อมูลโดยไม่ตั้งใจได้ บางครั้งอาจเลือกจำ หรือระลึกได้แต่สิ่งที่ดีๆ และเลือกที่จะลืมในด้านลบ หรืออาจเป็นในทางกลับกัน ก็ได้ การไม่ใส่ใจในข้อมูลบางด้านของผู้ตาย เช่น พ่อแม่มักไม่ระวังในปัญหาบางอย่างที่อาจเกิดขึ้นกับลูก เช่น การใช้จ่ายบางชนิด ความสนใจในเรื่องเพศ หรือการมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ เป็นต้น อาจทำให้มีการคิดปฏิเสธไว้ในใจ ล่วงหน้า โดยเฉพาะถ้าข้อมูลนั้นนำไปสู่สาเหตุการตายที่ไม่ค่อยดี ด้วยเหตุนี้การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายมากกว่า 1 คนจึงเป็นทางออกที่ดีที่จะยืนยันข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือ โดยนำข้อมูลที่ได้จากญาติแต่ละคน หรือผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายมารวบรวม แล้ววิเคราะห์หาบทสรุปที่ถูกต้องของผู้ตาย แต่ละราย

การรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ควรนำมาหาข้อสรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในที่ประชุมของผู้ร่วมวิจัย เช่น สรุปว่ารายนี้มีการป่วยทางจิตหรือไม่ ปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายคืออะไร โดยอาจใช้การจัดอันดับความน่าจะเป็น เช่น ในประเด็นนี้

“ชัดเจน แน่نون” หรือในบางประเด็นอาจเป็นเพียงความ“เป็นไปได้” หรือ “บางที่อาจจะใช่” เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลใดที่ผู้วิจัยได้มาและข้อมูลใดที่ยังขาดไป ผู้วิจัยควรตระหนักอยู่เสมอว่าการขาดไปของข้อมูลสำคัญ เช่น เมื่อไม่นานได้เคยรับการตรวจรักษาโรคบางอย่าง หรือการปรากฏกลุ่มอาการบางอย่างชัดเจน ไม่ได้จำเป็นต้องหมายความว่า ไม่เคยปรากฏ ถ้าพ่อแม่ของผู้ตายแยกกันอยู่ ควรได้ข้อมูลทั้งจาก 2 ฝ่าย และตรวจสอบข้อมูลที่พ้องกันของทั้งสอง อย่างไรก็ตามการนำข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมารวมกัน ย่อมทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือมากขึ้น

การทำการศึกษาดังกล่าวด้วยวิธีการ Psychological Autopsy ให้ความหมายที่มีคุณค่ามากในการที่จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายและการหาแนวทางป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ การได้เข้าไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลทำให้การสืบสวนได้มาซึ่งข้อเท็จจริงและเห็นถึงระดับความที่ปรากฏ แต่อย่างไรก็ตามการทำ Psychological Autopsy มีข้อจำกัดและปัญหาที่ต้องพิจารณามากมาย การวางแผนอย่างรัดกุมจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้และมีคุณค่า¹⁸

การรายงาน

ผู้ที่ศึกษาโดยใช้วิธี Psychological Autopsy ควรจะดำเนินการตามโครงร่างที่กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลจากกระบวนการที่มีการบันทึกที่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลงในข้อมูลดั้งเดิมที่พบอาจทำให้มีการสรุปที่ผิดพลาดในรายงาน ซึ่งควรนำเสนอในลักษณะของข้อมูลเสริม (Supplemental report) เพื่ออธิบายว่า พบสิ่งใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมและข้อสรุปอย่างไร

จริยธรรมและข้อกฎหมาย

ผู้ศึกษาควรที่จะตระหนักในแง่จริยธรรมซึ่งเป็นผลจากการใช้วิธีนี้ในการศึกษา กรณีความลับของผู้ตายและผู้ให้ข้อมูลถือเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ในขณะเดียวกันผู้ศึกษาควรตระหนักต่อความรู้สึกที่ว่า สมาชิกของครอบครัวอาจจะกำลังเผชิญอยู่ในระยะของการสูญเสีย (Grieving process) ซึ่งมักจะมีอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรง วิดกกังวล และอาจกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกผิดให้เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ให้สัมภาษณ์ได้ ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจึงไม่ได้เป็นเพียงแต่การเก็บข้อมูล ถาม-ตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยไม่ตระหนักในความต้องการทางด้านการปกป้องจิตใจของผู้ให้ข้อมูลเลย

ข้อที่ถือปฏิบัติบ่อย ๆ ในการสัมภาษณ์ครั้งแรก คือ การส่งจดหมายหรือโทรศัพท์ ไปยังผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อติดต่อให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการศึกษานี้ และถ้าผู้ให้สัมภาษณ์

ยินยอมจึงมีการตกลงเซ็นใบยินยอมให้การสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้มีสิทธิ์ในการปฏิเสธ หรือหยุดให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และให้เกียรติให้ความเคารพต่อผู้ตายเสมอ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้เกิดความยุ่งยาก เช่น ผู้ตายมีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือติดสารเสพติด ดังนั้นคำถามในการวิจัยควรตั้งคำถามในเชิงของความเข้าใจและเคารพในผู้ตายมากกว่าที่จะพยายามเก็บแต่ข้อมูล ซึ่งอาจทำให้เกิดความทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น

สรุป

Psychological Autopsy เป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าในการศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตาย อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นวิธีพื้นฐานสำหรับการศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตาย นอกจากจะทำให้เข้าใจถึงทุกปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการตายแล้ว ยังทำให้เข้าใจถึงบทบาทและสภาพจิตใจของผู้เสียชีวิตก่อนตายได้ด้วย ประโยชน์ที่สำคัญในการศึกษานี้จะทำให้เกิดการวางแผนงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อไปในอนาคต และสำหรับญาติหรือผู้ใกล้ชิด กระบวนการในการสัมภาษณ์จะช่วยให้ผู้ที่ใกล้ชิดผ่านกระบวนการสูญเสียไปได้ด้วยดี การประเมินอย่างถูกต้องจะเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไปในอนาคต

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อหาปัจจัยในการฆ่าตัวตาย มีความสำคัญในด้านทำความเข้าใจกับปัญหา และสามารถแยกแยะปัจจัยต่างๆออกมาเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไปในอนาคต มีงานวิจัยที่ศึกษาทั้งในกลุ่มคนที่เสียชีวิตไปแล้วจากการฆ่าตัวตาย และผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งในกลุ่มทั้งสอง วิธีในการให้ได้ข้อมูลมาก็มีความแตกต่าง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิดจากการวางแผนการศึกษาและมีแนวทางและทักษะในการสัมภาษณ์กับผู้ใกล้ชิดกับผู้ตาย มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายดังนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

Revicki DA และ May HJ. 1985³⁹ ศึกษาอัตราการการตายของแพทย์ พบว่า แพทย์มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็น 2-3 เท่าของประชากรทั่วไป มีการศึกษาย้อนหลังจากใบมรณบัตรใน North Carolina ตั้งแต่ปี 1978-1982 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์ไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรชายผิวขาวที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี ในกลุ่มประชากรแพทย์พบว่า มีอัตราการ

ฆ่าตัวตายสูงสุดในกลุ่มที่สูงอายุ หย่าร้าง และมีการเสียชีวิตของคู่สมรส วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือ การยิงตัวตายและการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญกับการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญคือ โรคซึมเศร้า ตติยาหรือสารเสพติด และการเกษียณอายุ

Samkoff และคณะ (1995) Rich & Pitts (1997) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ.1980-1988 ทำการศึกษาแพทย์ผู้เสียชีวิต ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25-39 ปี จำนวน 3 รัฐ พบว่ามีแพทย์ฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 26 และอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์เพศหญิงในช่วงอายุ 25-34 ปี เท่ากับ 7.1:100,000 ราย และแพทย์เพศชายเท่ากับ 6.8:100,000 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการฆ่าตัวตายคือ Primary Affective Disorder ถึงร้อยละ 65 Pitts และคณะ (1979)⁴⁰ ศึกษาการฆ่าตัวตายของแพทย์เพศชายในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง ค.ศ.1967-1972 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์ 3 ในแสนคน แพทย์ที่ฆ่าตัวตายมีอายุเฉลี่ย 57.3 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไป วิธีการที่แพทย์เพศชายใช้ฆ่าตัวตายที่พบบ่อยคือการใช้สารพิษ ส่วนแพทย์เพศหญิงฆ่าตัวตายโดยวิธีการใช้ยามากกว่าการใช้อาวุธปืน

มีการศึกษาสาเหตุการตายของแพทย์ในหลายประเทศ เช่นที่ประเทศฟินแลนด์ Rimpela AH และคณะ¹² รายงานว่าในปี 1971-1980 พบว่ามีอัตราการตายที่ต่ำในโรคต่อไปนี้คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเนื้องอก, อุบัติเหตุ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นแต่อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่น

ประเทศออสเตรเลีย โดย Schlicht SM และคณะ (1990)¹¹ ได้มีการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและการตายที่เกี่ยวข้องของแพทย์ พบว่าสาเหตุการตายอันดับต้นๆ คือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular disease) และโรคมะเร็ง สำหรับแพทย์ชาย SMR ของการฆ่าตัวตายเท่ากับ 113 ซึ่งเท่ากับ 2 เท่าของ SMR ที่เป็นสาเหตุการตายรวมจากโรคอื่นๆ สำหรับแพทย์หญิง SMR ของการฆ่าตัวตายเท่ากับ 501

ส่วนในประเทศอังกฤษและเวลส์ได้มีการศึกษาโดย Carpenter LM และคณะ (1997)⁴¹ ถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของแพทย์ใน ตั้งแต่ปี 1962-1979 โดยจำแนกตาม 17 กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง ผลพบว่ามีแพทย์ที่เสียชีวิต 2,798 คน อายุระหว่าง 25-74 ปี มีการเสียชีวิตจากการใช้สารพิษ (Accidental poisoning) ในแพทย์ชายและการฆ่าตัวตายในแพทย์หญิง

ที่ประเทศเดนมาร์ก Juel K และคณะ (1999)¹⁰ ศึกษาถึงสาเหตุการเสียชีวิตของแพทย์ในช่วงปี 1973-1992 ในลักษณะ Prospective cohort study ในจำนวนแพทย์ทั้งหมด 21,943 คน

เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป พบว่าแพทย์มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป แต่การฆ่าตัวตายมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เท่ากับ 1.6 เท่าสำหรับเพศชาย และ 1.7 เท่าสำหรับเพศหญิง อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะจากสารพิษ

Alexander BH et al (2000)⁴² ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการเสียชีวิตของวิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคกระเพาะและโรคหัวใจนั้นไม่ความแตกต่างกัน แต่วิสัญญีแพทย์จะมีความเสี่ยงสูงกว่าในการฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติด

Frank E และคณะ (2000)⁹ เมื่อทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการเก็บข้อมูล เหตุของการเสียชีวิตของแพทย์จาก 28 รัฐ ในระหว่างปี 1984-1995 ค้นพบว่า อายุเฉลี่ยที่แพทย์เสียชีวิตในแพทย์ผิวขาว อายุ 73 ปี ผิวดำ 68.7 ปี ซึ่งมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทนายความ 10 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุของการตายในแพทย์เพศชายผิวขาวใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ที่พบบ่อยกว่าคือ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) อุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย

การศึกษาเรื่องแพทย์ที่ฆ่าตัวตายโดยเปรียบเทียบกับอาชีพอื่น

Aasland et al (2001)⁴³ ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์นอร์เวย์เปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นในช่วงปี ค.ศ.1960-1989 ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนการเสียชีวิตของชาวนอร์เวย์ทั้งหมด พบว่ามีแพทย์ทั่วไป 82 รายที่ฆ่าตัวตาย จำนวน 9 รายเป็นแพทย์หญิง อัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์เพศชาย 47.7 ต่อแสนประชากร เพศชายในกลุ่มอาชีพอื่นที่เรียนระดับมหาวิทยาลัย 20.1 ต่อแสนประชากร และเพศชายในกลุ่มอาชีพอื่นที่ไม่ได้เรียนระดับมหาวิทยาลัย 22.7 ต่อแสนประชากรจากการเปรียบเทียบในกลุ่มที่ศึกษา พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย ของแพทย์สูงกว่ากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม แต่ทุกกลุ่มของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีอายุใกล้เคียงกัน แพทย์ที่อยู่คนเดียวฆ่าตัวตายมากกว่าแพทย์ที่มีคู่สมรสหรือแพทย์ที่มีเพื่อนอยู่ด้วย วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใช้สารพิษ ในแพทย์เพศชายถึง ร้อยละ 52 และในแพทย์เพศหญิงถึง ร้อยละ 85 สรุปได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์เป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไป

ส่วนในประเทศอังกฤษ และแคว้นเวลส์ Hawton K et al (2001)⁴⁴ พบว่า อัตราในการฆ่าตัวตายของแพทย์หญิงสูงกว่าประชากรทั่วไป ในขณะที่แพทย์ชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปและสัดส่วนของอัตราการตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแพทย์หญิง

และชายและยังมีความแตกต่างในแต่ละสาขาเฉพาะทาง เช่นวิสัญญี เวชศาสตร์ชุมชน เวชปฏิบัติทั่วไปและจิตเวช ซึ่งมีความแตกต่างกันมากเมื่อเปรียบเทียบในโรงพยาบาลทั่วไป

ในประเทศฟินแลนด์ Lindeman S et al (1997)⁶ ศึกษาการฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์ วิศวกรและครู โดยศึกษารายงานการวินิจฉัยโรคจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มแพทย์เกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะพบในแพทย์หญิงมากกว่าแพทย์ชาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ฆ่าตัวตายและยังพบว่าส่วนใหญ่จะมีการใช้ยานอนหลับกลุ่มบาร์บิทูเรต เป็นวิธีการหลักและยังอาจเป็นไปได้อีกว่าแพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย รักษาหรือถูกมองข้ามไป และยังพบว่าการฆ่าตัวตายระหว่างแพทย์ชายและแพทย์หญิงพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจนแต่เคยมีการสำรวจพบว่าแพทย์หญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงอาชีพอื่นๆและประชากรทั่วไป โดยรายงานว่าฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านกายและจิตใจ (Mental and somatic disorders)

Grellner W. et al (1998)⁴⁵ ศึกษาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแพทย์ พยาบาล เภสัช นักเคมี นักชีวภาพ ในประเทศเยอรมันนีซึ่งมีการพิจารณาถึงวิธีการฆ่าตัวตายพบว่า วิธีการฆ่าตัวตายมีตั้งแต่กินยา ฉีดยา แหวนคอ ใช้พิษไซยาไนด์ กระโดดตึก ยิงตัวตาย จมน้ำและตกรางรถไฟ โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า การฆ่าตัวตายโดยการฉีดยาเข้าเส้นพบบ่อยมากในวิสัญญีแพทย์ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิสัญญีแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับยา รู้จักยาและวิธีการมากกว่าแพทย์สาขาอื่นๆ

ซึ่งสอดคล้องกับที่มีการศึกษาที่ประเทศอังกฤษตั้งแต่ปี 1957-1983 โดย Neil HA และคณะ (1987)⁴⁶ ในวิสัญญีแพทย์ที่เป็นชาย พบว่าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ใน 221 ราย SMR เท่ากับ 202 ซึ่งสูงกว่า 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเพศชายใน Social class 1

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยทางจิต

ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตายมีหลายปัญหา แต่ปัญหาที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายคือปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และการติดสุราและสารเสพติด⁴⁷⁻⁵¹ Foster T และคณะ (1999)⁵² ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยใน Axis II บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) เช่น ต่อด้านสังคม (antisocial), มีพฤติกรรมหลบหลีก (avoidant) และพึ่งพาอาศัยคนอื่นอยู่เสมอ (dependent)

Cavanagh JT และคณะ²⁹ ได้ทำการศึกษาโดยวิธีการ Psychological Autopsy ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการฆ่าตัวตาย โดยการค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ในระบบ MEDLINE, BIDS ISI และ PSYCHLIT พบว่าโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับการฆ่าตัวตาย

Suominen และคณะ (2002)⁴⁸ ได้ทำการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลทั่วไป การศึกษาพบว่า ร้อยละ 88 มีโรคทางจิตเวช โดยพบมากที่สุดคือ Major depression มีข้อเสนอแนะจากการประชุมของสมาคมแพทยสหรัฐอเมริกาพบว่า แพทย์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไปและพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของแพทย์ ดังนั้น ควรจะมีการตระหนักถึงโรคนี้และให้การรักษาอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตาย⁵³

Lindeman S และคณะ (1996)¹³ Rihmer Z และคณะ (1993)⁵⁴ พิจารณาถึงอัตรา การฆ่าตัวตายและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง อัตราของแพทย์ที่ทำงานกับอัตราของโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับอัตราการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าถ้ามีการตระหนักถึงโรคซึมเศร้าในแง่ใดจะพบ อัตราการฆ่าตัวตายน้อยในที่แห่งนั้น

มีการศึกษา โดย Heila H (1998)⁵⁵ การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่ กำลังป่วย มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และยังพบว่าการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นหลังป่วยด้วยโรคจิตเภท และผู้หญิงมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าชายในระหว่างที่มีอาการป่วยซึ่งต่างกับในบาง การศึกษา Saarinen, PI. & Lethonen. J. (1999)⁵⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหญิงและชายมีโอกาสฆ่าตัวตายเท่ากัน ผู้หญิงวัยกลางคนมีอาการซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 88 และผู้ชายอายุน้อยใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง ในบางการศึกษาพบว่าประวัติมีเจตนาฆ่าตัวตายมาก่อน และ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบในระยะเวลา 3 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย โดยไม่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกฆ่าตัวตาย ร้อยละ 52 มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 22 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 79 ผู้รักษาไม่เชื่อว่าตลอดระยะเวลาที่มาับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และ ร้อยละ 29 ผู้ป่วยมีความคิดหวาดระแวงมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการแยกตัวเองเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้แนะนำว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่แยกตัวร่วมกับมีพฤติกรรมหวาดระแวงเป็นสัญญาณของความเสี่ยงฆ่าตัวตาย Saarinen, PI. & Lethonen. J.

(1999)⁵⁶ ได้ศึกษาการวัดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ Logistic regression ในการทำนายการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยบอกผู้อื่นเกี่ยวกับการวางแผนฆ่าตัวตาย ระหว่าง 3 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย มีการฆ่าตัวตาย 1 ครั้งหรือมากกว่า ความสามารถในการทำงานลดลง สังเกตพบภาวะซึมเศร้าระหว่างการสัมภาษณ์ และระหว่างสัมภาษณ์ผู้ป่วยสื่อถึงแผนการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาเรื่องความแตกต่างของอายุและพฤติกรรมการแสดงออกที่นำไปสู่ฆ่าตัวตาย สำเร็จ Conwell Y และคณะ (1998)⁵⁷ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายมีอายุระหว่าง 21-92 ปี ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการการตัดสินใจและวางแผนในการทำร้ายตนเอง ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรงและมีสัญญาณเกี่ยวกับความตั้งใจทำร้ายตัวเองน้อยลง พฤติกรรมที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน การให้ความช่วยเหลือในระยะวิกฤตได้ผลน้อยในผู้สูงอายุ ซึ่ง Harwood, D. และคณะ⁵⁸ ได้ศึกษาความผิดปกติทางจิตและปัจจัยทางบุคลิก ภาพที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุ โดยจำแนกอัตราการป่วยทางจิตเวชและตัวแปรด้านบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับผู้ที่ตายด้วยวิธีธรรมชาติ ผลการ ศึกษาพบว่า ร้อยละ 77 มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 63 มีภาวะซึมเศร้า และ ร้อยละ 44 มีบุคลิกภาพผิดปกติ ที่พบบ่อยที่สุดคือ anankastic or anxious traits

การศึกษาการฆ่าตัวตายโดยวิธีการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological Autopsy)

Vijayakumar L และคณะ (1999)⁴⁷ ได้รายงานว่ นอกจากกลุ่มประเทศทางตะวันตกแล้ว ประเทศในแถบประเทศทางเอเชีย เช่นประเทศอินเดีย ก็ได้มีการศึกษาการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีวัฒนธรรม สังคม และเชื้อชาติที่แตกต่างจากทางตะวันตก วัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยใช้วิธี Psychological autopsy เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย คือการมีโรคทางจิตเวช ใน Axis I มีประวัติครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และมีเหตุการณ์สำคัญในชีวิตเกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมา จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคล้ายคลึงกันกับประเทศอื่นๆ

Zhang J และคณะ^{59, 60} กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 เขาได้นำวิธีการและเครื่องมือซึ่งพัฒนาขึ้นจากประเทศตะวันตก คือ Psychological Autopsy โดยอยู่บนพื้นฐานของสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่ฆ่าตัวตาย 66 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 66 รายของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้วิจัยพบว่า การสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายที่ฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาระหว่าง 2-6 เดือน

หลังจากฆ่าตัวตาย วิธี Psychological Autopsy นี้สามารถนำมาใช้ได้ดี ในวัฒนธรรมของคนจีน Phillips MR และคณะ (2002) ⁶¹ รายงานว่าในการศึกษาเดียวกันนี้ว่า ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ของการฆ่าตัวตาย คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Previous suicide attempt) มีความเครียด (Acute stress) ในช่วงเวลานั้น มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Low quality of life) มีความเครียดเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (High chronic stress) มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงกับบุคคลอื่นในช่วงระยะเวลา 2 วันก่อนเสียชีวิต มีประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตายในญาติและเพื่อนที่ใกล้ชิด ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้จะเพิ่มขึ้นถ้ามีปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ข้อนี้อยู่ร่วมกัน จากการศึกษาพบว่าผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 96 มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 6 อย่าง ร้อยละ 85 มีปัจจัยเสี่ยง 4-5 อย่าง และร้อยละ 30 มีปัจจัยเสี่ยง 2-3 อย่าง ดังนั้นในการป้องกันการฆ่าตัวตายต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ในหลายข้อ ในแต่ละบุคคล

ส่วนในประเทศไต้หวัน Cheng AT และคณะ (2000) ⁶² ได้มีการศึกษาใน ลักษณะ Case control psychological autopsy study ในผู้ฆ่าตัวตาย และในผู้ที่ยังมีชีวิต พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฆ่าตัวตาย 5 ปัจจัยหลักคือ เหตุการณ์ที่นำไปสู่การสูญเสีย (Loss event) พฤติกรรมฆ่าตัวตายในญาติขั้นต้น (Suicide behavior in first degree relatives) โรคซึมเศร้า (ICD-10 Major depressive episode) โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบ Emotionally unstable การติดสารเสพติด (Substance dependence) การป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายควรที่จะมุ่งไปสู่การป้องกันในปัจจัยทั้ง 5 นี้เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายลง

การศึกษาการฆ่าตัวตายกับความผิดปกติของบุคลิกภาพ Isometsa ET. และคณะ 1996⁶³ ในผู้ที่ฆ่าตัวตายที่มีประวัติว่ามีความผิดปกติของบุคลิกภาพ โดยศึกษาในลักษณะ Psychological autopsy ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมดมีบุคลิกภาพผิดปกติในลักษณะ Axis I อย่างน้อย 1 อาการ มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 95 หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย หรือมีทั้ง 2 อย่าง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด Type B personality disorders และ ผู้ที่ใช้สารเสพติดพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด มีบุคลิกภาพชนิด Type B Personality disorders ถึง 79% และมีประวัติใช้สารเสพติด 40 % และเมื่อศึกษาความไวของประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต เป็นตัวชี้วัดของปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, ระยะเวลาระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายครั้งก่อน จนถึงการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และ การเปลี่ยนวิธีในการฆ่าตัวตายจนทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 56 ของผู้ฆ่าตัวตาย เสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก ร้อยละ

62 เป็นเพศชาย มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีในการพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 2 วิธีแตกต่างกัน

ในด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของบุคลิกภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม โดย Heikkinen ME (1997) ⁶⁴ ทำการศึกษาแบบ Psychological Autopsy เก็บข้อมูลจากคนที่ฆ่าตัวตายใน 1 ปีในประเทศฟินแลนด์เช่นกันพบว่า กลุ่มที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าฆ่าตัวตายได้บ่อย ผู้ที่ฆ่าตัวตายที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เป็นผู้ที่สูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือมีความสับสนระหว่างกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวฆ่าตัวตายมากในวัยหนุ่ม

การศึกษาวิจัยการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

สำหรับเรื่องการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาไว้ในหลายประเด็น หากเมื่อเจาะจงเฉพาะวิชาชีพแพทย์แล้ว ไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาไว้ เว้นแต่ ชูติชัย ปานปรีชา และพิสมัย คู่พิทักษ์ ¹⁶ ซึ่งทำการศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2532 เรื่องจิตแพทย์ไทยกับการเสียชีวิต พบว่า การฆ่าตัวตายนั้น จิตแพทย์ไทยพบเพียงรายเดียว ซึ่งมีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคทางจิตเวชและฆ่าตัวตายโดยใช้สารพิษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศโดยพบว่า จิตแพทย์ฆ่าตัวตายก่อนอายุ 40 ปี มีสาเหตุจากการเก็บกดและความเศร้า และมักจะใช้สารพิษในการฆ่าตัวตาย

ส่วนในการศึกษาการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปโดย มาโนช หล่อตระกูล (2541, 2544) ^{2, 24} ศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของคนไทยในช่วงสองทศวรรษ ได้มีการศึกษาในช่วงปี 2535-2539 โดยศึกษาจากใบมรณบัตรทั่วประเทศ พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีแรก (พ.ศ. 2520-2529) เป็น 6.7 ต่อแสนประชากรในช่วง 10 ปีหลัง (พ.ศ. 2530-2539) โดยในทศวรรษหลัง เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน วิธีฆ่าตัวตายที่พบบ่อยในเพศชายได้แก่ แหวนคอ ส่วนเพศหญิงนิยมใช้กินสารต่างๆมากกว่า และเมื่อศึกษาลักษณะปัญหากดดัน การปรับตัวและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายตายในแ่งมุมของความแตกต่างทางเพศ พบว่า ปัญหากดดันของเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากคู่รักหรือสามีไม่มีหญิงอื่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกไม่มั่นคง ในขณะที่เพศชายจะมีปัญหาทะเลาะกับญาติใกล้ชิดหรือคู่ครอง เพศหญิงมักปรึกษาคนใกล้ชิดแต่ไม่มีคนให้ความสนใจอย่างจริงจังหรือพอให้คำแนะนำได้ ส่วนเพศชายมักไม่พูดปรึกษาใคร และมีการปรับตัวต่อปัญหา

ในทางลบ เช่น ดื่มสุรา ออกเที่ยวหนีปัญหา การฆ่าตัวตายเสมือนเป็นที่รับรู้กันในชุมชนว่าหากคนเราทุกข์ใจมาก หรือไม่มีทางออกก็อาจฆ่าตัวตายได้ มีบางรายที่คนใกล้ชิดเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือเมื่อทะเลาะกันรุนแรงจะมีการทำร้ายหรือไล่อีกฝ่ายให้ไปตายเสีย ลักษณะการฆ่าตัวตายจะเป็นแบบ "ชั่วคราว" ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินสารพิษ เช่น ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง และยานอนหลับ เป็นต้น เพศชายบอกเพราะยาอยู่ใกล้ตัว ส่วนเพศหญิงเห็นว่าเป็นวิธีการที่ไม่ทรมานโดยสารพิษเหล่านี้เป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในบ้านหรือหาซื้อได้ง่าย

และในปี พ.ศ. 2544 โดยอภิชัย มงคล และคณะ³ ศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย โดยศึกษาในผู้ที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตใน 7 จังหวัด จาก 4 ภูมิภาค พบว่าอัตราการทำร้ายตนเองเท่ากับ 51.47 ต่อประชากรแสนคน อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.2 ต่อประชากรแสนคน สัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ คือ ปัญหาความน้อยใจ คนใกล้ชิดดูดำ หรือว่ากล่าวรอนลงมา คือ ปัญหาผิดหวังในความรัก/หึงหวง และ ปัญหาโรคเรื้อรัง/พิการ/เสียโฉมตามลำดับ วิธีการที่ใช้ทำร้ายตนเอง ที่พบบ่อยที่สุดคือ การกินสารเคมี ส่วนใหญ่ไม่ได้คิดวางแผนทำร้ายตนเองมาก่อน

ส่วนการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายโดย สุรสิงห์ วิศรุตรัตนและคณะ (2542)⁶⁵ ทำการศึกษาจากใบมรณบัตรและรายงานของสถานีอนามัย จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบการสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิต พบว่าผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี เพศชาย วิธีการที่ใช้กินสารพิษ(สารเคมีเกษตร) และแขวนคอ มีการส่งสัญญาณแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเองกับคนใกล้ชิด สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย คือ การติดเชื้อเอดส์ ติดสุรา และโรคเรื้อรัง ในประเด็นของภาวะซึมเศร้าพบว่า มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 เป็น Depression episode (F32)

มีการศึกษาโดย อารง สมบุญตุนนท์ 2543⁶⁶ เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายและลักษณะเฉพาะของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 39-ต.ศ. 39) และช่วงระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 41-ต.ศ. 41) ในพื้นที่ 3 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ที่ฆ่าตัวตาย พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายช่วงระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นจากช่วงก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ในช่วงก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พบว่า การติดเชื้อเอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ในทางกลับกันช่วงระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ปัจจัยสำคัญอันดับหนึ่งคือ ปัญหาเศรษฐกิจ และรองลงมาคือการติดเชื้อเอดส์ ตัวแปรอื่นที่

ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การบอกหรือแสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ฆ่าตัวตาย ในช่วงก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจและช่วงระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ⁵⁴ ได้ศึกษา สาเหตุการตายของคนไทยใน 6 จังหวัด ในช่วงปี พ.ศ.2540-2541 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิดถึงประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ก่อนเสียชีวิต และใช้คู่มือการสอบสวนสาเหตุการตาย (Verbal Autopsy) พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ เป็นญาติจริงและเป็นญาติสายตรง คือบุตรหรือคู่สมรส สาเหตุการเสียชีวิตทุกกลุ่มอายุคือเป็นโรคติดเชื้อ HIV มากที่สุด เป็นกลุ่มคนวัยทำงาน รองลงมาเป็นวัณโรคปอด รองลงมาเป็นโรคระบบไหลเวียนเลือด มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน ร้อยละ 4.6 สาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายคือปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโรคจิตหรือโรคประสาท และปัญหาชีวิตสมรส อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังกล่าวว่าอัตราการฆ่าตัวตายอาจมีการรายงานคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้คือ การจงใจแจ้งสาเหตุของการตายผิดไปจากที่เป็นจริง อุบัติเหตุจนถึงแก่ความตายบางกรณีน่าจะเกิดจากความตั้งใจ แต่ไม่สามารถสืบสวนสอบสวนถึงเหตุที่มาจากการฆ่าตัวตายได้

ในเรื่องของการศึกษาระบาดวิทยาของการพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดย ประยุทธ์ เสรีเสถียร และคณะ (2541)⁶⁷ ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ (2541)⁶⁸ พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-45 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายรับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลได้แก่ ผู้ที่เคยรับการรักษาทางจิตเวช โดยมีกลุ่มโรคทางจิตเวช เวชเป็น Anxiety และ Depression การได้รับการวินิจฉัย Adjustment disorder มีพฤติกรรมการดื่มสุรา/สูบบุหรี่เมื่อมีความทุกข์ใจ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมการไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ เหตุผลที่พยายามฆ่าตัวตาย เพราะขัดแย้งกับคู่สมรส ขัดแย้งกับญาติ วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายคือ การกินสารพิษ

การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)โดย ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยนต์ดิลก (2541)⁶⁹ พบว่า ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตายเนื่องจากปัญหาครอบครัวมากที่สุด รองลงมาทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ เป็น Adjustment disorder with depression and

anxiety และ Major depression วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายที่ใช้อยู่ที่สุดคือ การกินยาที่ได้จากแพทย์ รองลงไปใช้วิธีการผูกคอตาย

สำหรับในเรื่องทัศนคติต่อการฆ่าตัวตาย โดย กนกรัตน์ สุชะตุงคะ⁷⁰ พบว่า คนทั่วไปยังไม่อยากตายจริงๆ และคิดถึงการฆ่าตัวตายว่าเป็นบาป ผู้ชายส่วนมากคิดว่าเป็นเพราะผิดคำสอนทางศาสนา ส่วนผู้หญิงคิดว่าเพราะเป็นการทำลายชีวิตก่อนเวลาอันสมควรมากที่สุด และคำตอบที่ว่าไม่บาปนั้นทั้งชาย-หญิง ตอบตรงกันว่า เป็นเพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคลไม่ได้ทำให้คนอื่นเดือดร้อน และสาเหตุที่ทำให้คนฆ่าตัวตายมากที่สุดในสายตาของคนทั่วไปคือสาเหตุทางใจต่างๆ

เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนาและสุชีรา ภัทรายุตวรรัตน⁷¹ ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทยเพื่อหาความชุกของความคิดฆ่าตัวตาย และทัศนคติที่มีต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างโดยอิงจากแนวคิดของ Schneidman พบว่าความชุกของความคิดที่จะฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 17.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ของการฆ่าตัวตายที่มองว่าเป็นความเชื่อที่ผิดนั้น สามารถจำแนกประชากรออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายหากประสบกับวิกฤตในชีวิต พบว่าทั้งสามกลุ่มต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจริง ๆ จะไม่บอกคนอื่น และไม่แน่ใจว่าควรถามและเอาใจใส่ผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือไม่ นอกจากนี้ยังพบว่าในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่เคยคิดฆ่าตัวตายมีทัศนคติในด้านลบต่อการฆ่าตัวตายว่าเป็นการหนีปัญหา แต่กลุ่มที่ยังคงคิดฆ่าตัวตายกลับมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นการแก้ปัญหาและเป็นทางออกของปัญหา และพบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่จะฆ่าตัวตายกับการมีบุคคลใกล้ชิดที่เคยฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนถึงทัศนคติที่ถูกต้องต่อคนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และแนวทางการช่วยเหลือผู้มีความคิดอยากตาย

จากรายงานการวิจัยการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทย ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน มีงานวิจัยหลายฉบับที่มีผลการวิจัยตรงกัน ว่าเพศชายฆ่าตัวตายด้วยวิธียิงตัวตายเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นการแขวนคอและกินสารเคมี และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อัตราการพยายามฆ่าตัวตายของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ตัดสินใจฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด โดยมีความขัดแย้งกับ กับบิดา/มารดา สามี/ภรรยา และคู่รัก ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรที่ศึกษา (Target Population)

ประชากรที่ศึกษาคือ แพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ที่มีรายชื่อและข้อมูล จากฐานข้อมูลของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และค้นหาเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลอื่น โดยทำการศึกษาย้อนหลังก่อนปี 2545 เท่าที่จะหาข้อมูลได้จำนวนรวมทั้งสิ้น 18 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย และเพศหญิง 1 ราย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2545 ถึง ตุลาคม พ.ศ.2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการที่ใช้ศึกษา ได้แก่ การสัมภาษณ์ญาติและผู้เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของการทำ Psychological Autopsy ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำ Psychological autopsy ของต่างประเทศ และได้มีการประชุมเพื่อวางขอบเขตโครงสร้างการสัมภาษณ์ (Semi-structure Interview) ซึ่งจะครอบคลุมประเด็นต่างๆของผู้เสียชีวิตเพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป โดยก่อนที่จะนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ ได้มีการทดลองการใช้แบบสัมภาษณ์และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมมีความครอบคลุมและถูกต้องของเนื้อหา

ขอบเขตเนื้อหาของการสัมภาษณ์ ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส หน้าที่การงาน
2. รายละเอียดของการเสียชีวิต (เช่น พฤติกรรมแวดล้อม วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย การไตร่ตรองในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
3. ภูมิหลังของครอบครัว รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและประวัติการทำร้ายตนเอง
4. ชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น การศึกษา
5. บุคลิกภาพและลักษณะนิสัย
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ บิดา มารดา ครอบครัว ภรรยา เพื่อน
7. การนับถือศาสนาและลัทธิ
8. ปัญหาสุขภาพกายและจิต
9. รูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด
10. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้ๆ ภายใน 1 ปีก่อนเสียชีวิต เช่น ความว้าวุ่นใจ ความกดดัน ความตึงเครียด หรือการคาดหวังต่อปัญหา
11. การติดสารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือยา
12. การมีปัญหาด้านกฎหมาย
13. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนการเสียชีวิต (งานอดิเรก ลักษณะนิสัย การกิน รูปแบบกิจกรรมทางเพศ และกิจวัตรประจำวันอื่นๆ)
14. เหตุการณ์สำคัญๆ ในชีวิต
15. การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
16. การใช้บริการทางการแพทย์หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นก่อนการเสียชีวิต
17. ปฏิกริยาของผู้แวดล้อมต่อการเสียชีวิต

ผู้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสิ้น 14 คน โดยแบ่งเป็น 7 ทีมๆ ละ 2 คน โดยแหล่งข้อมูลที่จะทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล ได้แก่

1. กลุ่มญาติ เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี หรือ ภรรยา
2. กลุ่มเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา
3. กลุ่มเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนแพทย์
4. แพทย์ผู้ดูแลรักษา ตลอดจน Medical Record หรือแหล่งข้อมูลโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ชั้นสูตร ตำรวจ เอกสารอื่นๆ เช่น หนังสือพิมพ์

ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์ ต้องสร้างความเข้าใจและอธิบายเหตุผลกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน เพื่อการร่วมมือที่ดี การสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์ 1 คน และผู้ช่วยสัมภาษณ์อีก 1 คน เพื่อช่วยประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน จำนวนชั่วโมงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 2-5 ชั่วโมงซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ถูกสัมภาษณ์ และจำนวนครั้งที่ใช้ในการสัมภาษณ์จนเสร็จสิ้นขึ้นอยู่กับแต่ละราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รายชื่อแพทย์ผู้เสียชีวิตจากพหุสภาวะแล้ว ทีมวิจัยได้นำมาวางแผนประชุมปรึกษาเพื่อหารูปแบบการทำงานร่วมกัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. หาข้อมูล ซึ่งได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ ของแหล่งข้อมูล โดยค้นหาหมายเลขโทรศัพท์จากชื่อหรือนามสกุล ที่ได้ จาก Internet ในกรณีของเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนแพทย์สามารถขอข้อมูลได้จากฐานข้อมูลของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ โดยสุ่มเลือกจากหมายเลขใบประกอบโรคศิลป์ที่ใกล้เคียง
2. นำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการเดินทางและการสัมภาษณ์ จัดตารางการเดินทางและมอบหมายผู้รับผิดชอบ
3. ออกหนังสือในนามศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ถึงผู้ถูกสัมภาษณ์หรือแหล่งข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และให้ข้อมูล
4. ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ทั้งโดยการจดบันทึก และบันทึกเทป ถ้าแหล่งข้อมูลอนุญาต
5. ถอดเทป ลงบันทึกวิจัยแต่ละราย
6. ประชุมปรึกษาทุกเดือน (พฤษภาคมสุดท้ายของเดือน) ในลักษณะประชุมปรึกษาโรค (CaseConference) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ หาข้อวินิจฉัยโรค ตลอดจนหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เป็นเหตุในการฆ่าตัวตายของผู้เสียชีวิต โดยมีจิตแพทย์ซักถามอยู่ร่วมการประชุม ในกรณีที่เคยมีการวินิจฉัยโรคอยู่ก่อน ต้องหาแหล่งข้อมูลยืนยันมากกว่า 1 แหล่ง และนำมาเข้าประชุมเช่นเดียวกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล หากข้อมูลใดที่ได้มามีขาดความน่าเชื่อถือและไม่สามารถลงการวินิจฉัยได้ แต่สงสัยว่ามีโรคทางจิตเวชที่น่าจะเป็น จะให้ผู้วิจัยกลับไปหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ลงรายละเอียดเรื่องนั้นๆ อีกครั้งหนึ่งจากหลายแหล่งข้อมูล แล้วกลับมานำเสนอในที่ประชุมทีมวิจัยเพื่อหาข้อสรุป

ในที่สุด ซึ่งในการประเมินโรคทางจิตเวชและบุคลิกภาพผิดปกติ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากสัมภาษณ์ครบทุกรายแล้ว นำมาวิเคราะห์สถิติและภาพรวม และวิเคราะห์ลงในรายละเอียดของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายจากทุกกลุ่มเป้าหมาย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ซึ่งเป็นการศึกษาคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั่วประเทศที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกรายที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของแพทยสภา โดยทำการศึกษาย้อนหลังก่อนปี 2545 เท่าที่จะหาข้อมูลได้ ใช้รูปแบบการศึกษาด้วยวิธี ชันสูตรเชิงจิตวิทยา โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากรของแพทย์ที่เสียชีวิต
2. ข้อมูลการเสียชีวิต และ วิธีการฆ่าตัวตาย
3. ประวัติส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
5. แหล่งที่มาของข้อมูลและความร่วมมือ

1. ลักษณะทางประชากรของแพทย์ที่เสียชีวิต

แพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ได้รับข้อมูลจากแพทยสภามีจำนวนทั้งสิ้น 18 ราย
 ซึ่งมีลักษณะทางประชากร ตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน
เพศ	
ชาย	17
หญิง	1
อายุ ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 67 ปี เฉลี่ย 41.4 ปี	
20-29 ปี	4
30-39 ปี	5
40-49 ปี	5
50-59 ปี	2
60 ปีขึ้นไป	2
สถานภาพสมรส	
โสด	9
คู่	9
การศึกษา	
แพทย์เฉพาะทาง	11
แพทย์ทั่วไป	7
สาขาเฉพาะทาง	
สูติ-นรีเวช	3
จิตเวช	2
กุมารเวช	2
ศัลยกรรม	2
อายุรกรรม	1
รังสี	1

ตาราง 1 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน
สถานภาพการทำงาน	
รับราชการอย่างเดียว	6
รับราชการและคลินิก	3
อยู่ระหว่างศึกษาแพทย์เฉพาะทาง	3
คลินิกอย่างเดียว	2
ไม่ทำงาน	2
เอกชน	1
เกษียณ	1

จากตาราง 1 แพทย์ที่ศึกษาเกือบทั้งหมด เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 49 ปี จำนวนรวมทั้งสิ้น 10 ราย สถานภาพสมรสทั้งโสดและคู่มีจำนวนเท่ากัน ในด้านการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง 11 ราย อยู่ในสาขาสูติ นรีเวชมากที่สุด 3 ราย รองลงมาเป็นสาขาจิตเวช กุมารเวช และศัลยกรรม สาขาละ 2 ราย ส่วนใหญ่รับราชการเพียงอย่างเดียว จำนวน 6 ราย รองลงมาคือรับราชการและทำคลินิกด้วย ซึ่งมีจำนวนเท่ากับแพทย์ที่อยู่ระหว่างการศึกษาแพทย์เฉพาะทางคือ ประเภทละ 3 ราย

2. ข้อมูลการเสียชีวิต และ วิธีการฆ่าตัวตาย

สำหรับข้อมูลการเสียชีวิต ในด้านวิธีการทำร้ายตนเองของผู้เสียชีวิตได้จำแนกเป็น 2 วิธีคือ การทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ และ วิธีการให้สารพิษแก่ร่างกาย นอกจากนี้คือการแฉ่งถึงสาเหตุการตายหรือเปิดเผยการเสียชีวิตต่อญาติ ดังแสดงในตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามวิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการฆ่าตัวตาย	จำนวน
1.การทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ(Self – injury)	
1.1 แขนวคอ	6
1.2 ยิงตัวตาย	5
1.3 กระโดดตึก	1
2.การใช้สารพิษ	
2.1 ฉีดสารเข้าเส้นเลือด	5
2.2 ใ้ยาเกินขนาด	1

จากตาราง 2 พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ใช้วิธีการฆ่าตัวตายด้วยการทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ โดยการแขวนคอบมากที่สุด จำนวน 6 ราย รองลงมาใช้วิธียิงตัวตาย และฉีดสารเข้าเส้น มีจำนวนเท่ากันคือ 5 ราย

ตาราง 3 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามการแจ้งถึงสาเหตุการเสียชีวิตหรือการเปิดเผยข้อมูล การเสียชีวิตต่อญาติ

สาเหตุ	จำนวน
ฆ่าตัวตาย	14
ขาดอากาศหายใจ	2
เลือดออกในกระเพาะ	1
หัวใจล้มเหลว	1

จากตาราง 3 พบว่า ส่วนใหญ่ จะมีการเปิดเผยข้อมูลว่าฆ่าตัวตาย มีการแจ้งเหตุการณ์ตาย ว่าขาดอากาศหายใจ 2 ราย เลือดออกในกระเพาะและหัวใจล้มเหลว อย่างละ 1 ราย

3. ประวัติส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกประวัติส่วนตัวออกเป็น ลำดับการเกิดของผู้เสียชีวิต ลักษณะของบุคลิกลักษณะ การอยู่อาศัย ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด ส่วนประวัติการเจ็บป่วย ได้จำแนกออกเป็น ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการ

เจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการฆ่าตัวตาย ตลอดจนปัญหาบุคลิกภาพและปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหลังการชันสูตรทางนิติวิทยา ดังแสดงในตาราง 4 ถึง 10

ตาราง 4 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลำดับการเกิด

ลำดับการเกิดของผู้เสียชีวิต	จำนวน
ลูกคนกลาง	9
ลูกคนโต	4
ลูกคนเดียว	3
ลูกคนเล็ก	1
ไม่มีข้อมูล	1

จากตาราง 4 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นลูกคนกลาง จำนวนถึง 9 ราย รองลงมา เป็นลูกคนโต และลูกคนเดียว 4 รายและ 3 ราย ตามลำดับ

ตาราง 5 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย

ลักษณะการอยู่อาศัย	จำนวน
อยู่กับครอบครัว	9
อยู่คนเดียว	8
อยู่กับแฟน	1

จากตาราง 5 พบว่า ผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่กับครอบครัว กับอยู่คนเดียว มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 9 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้เสียชีวิตที่อาศัยอยู่กับแฟนมีเพียงรายเดียว

ตาราง 6 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามของประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด

ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด	จำนวน
มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด	10
ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด	6
ไม่ได้ข้อมูล	2

จากตาราง 6 พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด อันได้แก่ สุรา บุหรี่ จำนวน 9 ราย และมี 1 รายที่ใช้ยา Phenobarbital รวมแล้วทั้งสิ้น 10 ราย รองลงมาคือไม่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดใดๆ จำนวน 6 ราย และมี 2 รายที่ไม่ได้ข้อมูล

ตาราง 7 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน
ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย	
ปกติแข็งแรงดี	11
มีการเจ็บป่วยทางกาย	6
ไม่ทราบ	1
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต(ก่อนการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา)	
ไม่มีโรคทางจิตเวช	12
Major depression	4
Organic delusional disorder	1
ไม่มีข้อมูล	1
การรักษาทางจิตเวช	
ไม่เคย	13
เคย	4
ไม่ทราบ	1
ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาทางจิตเวช	
ก่อนหน้านี้มากกว่า 1 ปี	3
ใกล้ช่วงเวลาที่เสียชีวิต	1
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของผู้เสียชีวิต	
ไม่มี	16
ไม่ทราบ	2
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว	
ไม่มี	13
ไม่ทราบ	5
ประวัติเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว	
ไม่มี	14
ไม่ทราบ	4

จากตาราง 7 ในเรื่องประวัติการเจ็บป่วยทางกาย พบว่า ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ในส่วนที่มีการเจ็บป่วยทางกาย มีจำนวน 6 ราย โดยป่วยเป็นโรคหอบหืด เส้นเลือดในสมองอุดตัน ความดันโลหิตสูง พยาธิในสมองร่วมกับมะเร็งเม็ดเลือดขาว เบาหวาน และเอชดี

อย่างละ 1 ราย ด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องโรคทางจิตเวช มีประวัติ Major depression จำนวน 4 ราย Organic delusional disorder 1 ราย ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องโรคทางจิตเวช พบว่าเคยได้รับการรักษา 4 ราย โดย 3 ใน 4 ผู้ที่มีประวัติได้รับการรักษา นั้น รักษามาก่อนหน้าการเสียชีวิต นานกว่า 1 ปี ส่วนประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

จากประวัติข้างต้นซึ่งมาจากแหล่งข้อมูล เข้าสู่กระบวนการทำการชันสูตรเชิงจิตวิทยา โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาเข้าประชุมทีมผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์หาการวินิจฉัยโรคจาก Axis I-III ดังตาราง 8-10

ตาราง 8 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตาม ICD 10 (Axis I) ภายหลังการชันสูตรเชิงจิตวิทยา

การจำแนกโรค	จำนวน
F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms	4
F32 Depressive episode	1
F43.2 Adjustment disorders	2
F13.2 Mental and behavioral disorders due to use of sedatives or hypnotics : Dependence syndrome	2
F20 Schizophrenia	1
F06.2 Organic delusional disorder	1
ไม่มีข้อมูล	1
ไม่มีโรคทางจิตเวช	6

จากตาราง 8 หลังจากการทำ การชันสูตรเชิงจิตวิทยาแพทย์ผู้เสียชีวิต เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Axis I) พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสูงสุดคือ 5 ราย เป็น severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2) 4 ราย และ Depressive episode (F32) 1 ราย รองลงมาเป็น Adjustment disorders (F43.2) และ Mental and behavioral disorders due to use of sedatives or hypnotics : Dependence syndrome (F13.2) ในจำนวนที่เท่ากันคือ 2 ราย ส่วน Schizophrenia (F20), Organic delusional disorder (F06.2) พบเท่ากันชนิดละ 1 ราย ในขณะที่ไม่พบโรคทางจิตเวช 6 ราย และไม่มีข้อมูล 1 ราย

ตาราง 9 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามลักษณะบุคลิกภาพ (Axis II) ภายหลังการชันสูตรทางจิตวิทยา

บุคลิกภาพ	จำนวน
Cluster A (พฤติกรรมแปลกประหลาด)	2
Cluster B (เจ้าอารมณ์)	4
Cluster C (ความวิตกกังวลสูง)	2
ไม่สามารถจัดกลุ่มได้	10

จากตาราง 9 ภายหลังการชันสูตรทางจิตวิทยา พบแพทย์ที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาบุคลิกภาพ คิดเป็นจำนวน 10 ราย มีบุคลิกภาพแบบพฤติกรรมแปลกประหลาด (Cluster A) 2 ราย เจ้าอารมณ์ (Cluster B) 4 ราย และวิตกกังวลสูง (Cluster C) 2 ราย

ตาราง 10 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามโรคทางกาย (Axis III) ภายหลังการชันสูตรทางจิตวิทยา

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน
ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย	
ปกติแข็งแรงดี	11
หอบหืด	1
เส้นเลือดอุดตันในสมอง	1
ความดันโลหิตสูง	1
พยาธิในสมองและมะเร็งเม็ดเลือดขาว	1
เบาหวาน	1
เอดส์	1
ไม่ทราบ	1

จากตาราง 10 ในเรื่องประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ภายหลังการชันสูตรทางจิตวิทยา ไม่พบความแตกต่างจากก่อนหน้าการทำการชันสูตรเชิงจิตวิทยา คือ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 11 ราย ในส่วนที่มีการเจ็บป่วยทางกาย พบว่าป่วยเป็นโรคหอบหืด เส้นเลือดในสมองอุดตัน ความดันโลหิตสูง พยาธิในสมองร่วมกับมะเร็งเม็ดเลือดขาว เบาหวาน และเอดส์ อย่างละ 1 ราย

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์จำแนกออกเป็นตามปัญหาที่ปรากฏที่คาดว่าจะมีผลเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และปัญหาที่เป็นเหตุกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งแพทย์ผู้เสียชีวิตแต่ละรายต่างมีปัญหาที่ปรากฏและปัญหาที่เป็นปัจจัยกระตุ้นได้มากกว่าปัญหาเดียวในแต่ละบุคคล ดังแสดงในตาราง 11 ถึง 14

ตาราง 11 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามประเภทของปัญหาที่ปรากฏ

ปัญหาที่ปรากฏ	จำนวน
Interpersonal conflict/Loss	12
หน้าที่การงาน/กฎหมาย	7
การเจ็บป่วยทางกาย	6
การเจ็บป่วยทางจิต	5
การเรียน	2
การติดยาหรือสารเสพติด	2

จากตาราง 11 พบว่า ปัญหาที่ปรากฏของแพทย์ที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็น Interpersonal conflict /Loss 12 ราย รองลงมาเป็นปัญหาด้านหน้าที่การงาน/กฎหมาย 7 ราย ปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย 6 ราย และการเจ็บป่วยทางจิต 5 ราย ปัญหาการเรียนและปัญหาการติดยาหรือสารเสพติด 2 ราย

ตาราง 12 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัญหา Interpersonal conflict/Loss

ปัญหาที่ปรากฏ	จำนวน
Interpersonal conflict/Loss (n=12)	
-คนรัก	6
-ครอบครัว	4
-สูญเสีย	2

จากตาราง 12 เมื่อจำแนกปัญหา Interpersonal conflict/Loss พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนรัก 6 ราย รองลงมาเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 4 รายและมีปัญหาเรื่องการสูญเสีย 2 ราย

ตาราง 13 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย	จำนวน
Interpersonal conflict/Loss	6
การเจ็บป่วยทางจิต	4
หน้าที่การงาน/กฎหมาย	3
การเรียน	1
การเจ็บป่วยทางกาย	2
ไม่ทราบ	2

จากตาราง 13 พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นอันเป็นปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย 3 ลำดับแรก ได้แก่ปัญหาด้าน Interpersonal conflict/Loss 6 ราย การเจ็บป่วยทางจิต 4 รายและปัญหาด้านหน้าที่การงาน 3 ราย

ตาราง 14 จำนวนของผู้เสียชีวิต จำแนกตามปัจจัยด้าน Interpersonal conflict/Loss

ปัจจัยกระตุ้นที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย	จำนวน
Interpersonal conflict/Loss (n=6)	
-คนรัก	3
-ครอบครัว	2
-สูญเสีย	1

จากตาราง 14 เมื่อจำแนกตามปัจจัยด้าน Interpersonal conflict/Loss พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนรัก 3 ราย รองลงมาเป็นปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 2 ราย และมีปัญหาเรื่องการสูญเสีย 1 ราย

5. แหล่งที่มาของข้อมูล ความร่วมมือ

แหล่งข้อมูลที่ทำให้สามารถศึกษาถึงรายละเอียดของผู้เสียชีวิตแต่ละคนในเรื่องของเหตุผลหรือปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย หรือที่เรียกว่า การทำ Psychological autopsy นั้น ได้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ซึ่งในผู้เสียชีวิตแต่ละรายจำเป็นต้องได้ข้อมูลประกอบกันครบทั้ง 4 แหล่งแต่ด้วยข้อจำกัดบางประการทำให้บางราย ได้ข้อมูลไม่ครบ ดังแสดงในตาราง 15 ถึง 17

ตารางที่ 15 จำนวนรายของแหล่งข้อมูลที่ได้จากจำนวนผู้เสียชีวิต 18 ราย

แหล่งข้อมูล	จำนวน
กลุ่มญาติ	
สามี/ภรรยา	5
ญาติอื่นๆ	4
บิดา/มารดา	3
พี่น้อง	3
ไม่ได้ข้อมูลจากกลุ่มญาติ	3
กลุ่มเพื่อนร่วมงาน (ได้ข้อมูลมากกว่า 1กลุ่ม)	
ผู้ร่วมงานอาชีพอื่น	12
ผู้ร่วมงานอาชีพเดียวกัน	9
ผู้บังคับบัญชา	7
กลุ่มเพื่อนแพทย์	
ได้ข้อมูล	17
ไม่ได้ข้อมูล	1
กลุ่มแพทย์ผู้รักษา/เวชระเบียน/หนังสือพิมพ์	
หนังสือพิมพ์	10
เวชระเบียน/ใบชันสูตร	6
แพทย์ผู้รักษา	2

จากตาราง 15 พบว่า ในกลุ่มญาติ ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นสามีหรือภรรยา ของผู้เสียชีวิต 5 ราย รองลงมาจะเป็นญาติอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติสนิท 4 ราย ส่วนในกลุ่มเพื่อนร่วมงานพบว่า ได้รับข้อมูลจากเพื่อนร่วมงานต่างอาชีพมากที่สุด 12 ราย รองลงมาจึงจะเป็นเพื่อนร่วมงานที่เป็นแพทย์ด้วยกัน 9 ราย ส่วนในกลุ่มที่เรียนแพทย์ สามารถติดตามข้อมูลได้เกือบครบทุกราย ในกลุ่มสุดท้ายที่เป็นด้านของแพทย์ผู้รักษา (กรณีที่มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือทางจิต หรือแพทย์ที่ชันสูตรศพ) บันทึกจากเวชระเบียน และหนังสือพิมพ์ พบว่า ได้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์มากที่สุด 10 ราย รองลงมาเป็นบันทึกจากเวชระเบียน หรือใบชันสูตร 6 ราย และได้ประวัติจากแพทย์ที่ดูแลรักษา 2 ราย

ตาราง 16 จำนวนของแหล่งข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบการได้ข้อมูลจากผู้เสียชีวิต 18 ราย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน
กลุ่มเพื่อนแพทย์	17
กลุ่มเพื่อนร่วมงาน	17
กลุ่มญาติ	15
กลุ่มแพทย์ผู้รักษา/เวชระเบียน/หนังสือพิมพ์	13

จากตาราง 16 เมื่อเปรียบเทียบการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้จากเพื่อนแพทย์ และเพื่อนร่วมงานมากที่สุดในสัดส่วนเท่ากันคือ 17 ราย รองลงมาคือ กลุ่มญาติ 15 ราย

ตาราง 17 จำนวนของผู้เสียชีวิตจำแนกตามความครบถ้วนของการได้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน
ได้ข้อมูลครบทั้ง 4 กลุ่ม	10
ได้ข้อมูล 3 กลุ่ม	7
ได้ข้อมูลเพียงกลุ่มเดียว	1

จากตาราง 17 พบว่าการได้รับข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่สัมภาษณ์ได้ครบทุกกลุ่ม 10 ราย รองลงมาจะได้ข้อมูล 3 กลุ่ม 7 ราย และได้ข้อมูลเพียงกลุ่มเดียว 1 ราย

บทที่ 5

สรุป อภิปราย วิจัย และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์ไทย โดยการใช้วิธีการชั้นสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological Autopsy) ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ซึ่งเป็นการศึกษาคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั่วประเทศที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกรายที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของแพทยสภา โดยทำการศึกษาย้อนหลังก่อนปี 2545 เท่าที่จะหาข้อมูลได้ ผลการศึกษาได้ข้อสรุปลักษณะทั่วไปทางประชากร ดังนี้

ประชากรที่ศึกษาเป็นแพทย์ไทยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 18 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย และเพศหญิง 1 ราย มีอายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 67 ปี เฉลี่ย 41.4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิตเรื่อง ระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2544³ ที่พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาของ Lindeman S และคณะ¹³ กลับพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของแพทย์ชายมีประมาณ 1.1-3.4 และแพทย์หญิงประมาณ 2.5-5.7 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในกรณีการศึกษานี้ การได้รายชื่อจากฐานข้อมูลของแพทยสภามีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลและการแจ้งสาเหตุการตายที่แท้จริง จึงไม่อาจสรุปได้ชัดเจนว่าเพศเป็นปัจจัยสำคัญในแพทย์ ที่จะบอกได้ว่าแพทย์ชายฆ่าตัวตายมากกว่าแพทย์หญิง

ในด้านสถานภาพสมรสนั้น ทั้งสถานภาพสมรสโสดและคู่มีจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง 11 ราย มากกว่าแพทย์ทั่วไป ที่มีจำนวน 7 ราย โดยพบว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาสูติ-นรีเวช มากที่สุด คือ 3 ราย จิตเวช กุมารเวช ศัลยกรรมพบเท่ากันคือสาขาละ 2 ราย ส่วนอายุรกรรม และรังสีวิทยา พบสาขาละ 1 ราย ซึ่ง Hawton K⁴⁴ และคณะได้เคยศึกษาไว้เรื่องความแตกต่างในแต่ละสาขาวิชาเฉพาะทางที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบว่า แพทย์สาขาวิสัญญี พบมากที่สุด รองลงมาคือจิตแพทย์ และแพทย์ในชุมชน (community health) ในด้าน

สถานภาพการทำงาน ส่วนใหญ่รับราชการเพียงอย่างเดียว 6 ราย รองลงมาคือรับราชการและทำคลินิกด้วย 3 ราย อยู่ระหว่างการศึกษาแพทย์เฉพาะทาง 3 ราย ส่วนที่ทำคลินิกเพียงอย่างเดียว มีจำนวนเท่าๆกับไม่ได้ทำงาน คืออย่างละ 2 ราย ส่วนที่ทำงานโรงพยาบาลเอกชน และเกษียณอายุ พบ อย่างละ 1 ราย

จากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการได้มาซึ่งข้อมูลรายชื่อแพทย์ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มีระบุในข้อมูลของแพทยสภาถึงสาเหตุการตายจากฆ่าตัวตายเพียง 14 ราย อีก 4 รายได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมผู้วิจัยที่รู้จักเป็นการส่วนตัว และจากการสัมภาษณ์เพื่อนแพทย์รายอื่นแล้วได้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแสดงถึงปัญหาของการลงและเก็บข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศก็พบปัญหานี้เช่นเดียวกัน¹³ คาดว่าการรายงานการฆ่าตัวตายในกลุ่มแพทย์น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น⁷²

ในส่วนของประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้สรุปตามประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้

1. สาเหตุสำคัญหรือปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ในประเด็นของสาเหตุสำคัญหรือปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย พบว่า ประเด็นการมีข้อขัดแย้งระหว่างบุคคลและการสูญเสีย เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ 6 ราย โดยจำแนกเป็นปัญหาขัดแย้งกับคนรักรวมถึงการหึงหวงและชู้สาว 3 ราย กับคนในครอบครัว 2 ราย และเป็นเรื่องของการสูญเสียคนรัก (คนรักเสียชีวิตไปก่อนหน้านี้) 1 ราย ซึ่ง Sullivan (1931) ผู้ก่อตั้งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เชื่อว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดจากการรับรู้ความคิดฆ่าตัวตายด้วยตนเองซึ่งมีสาเหตุมาจากความขัดแย้งส่วนบุคคล (Interpersonal conflict) ส่วน Stuart & Larsis (1997) เชื่อว่าลักษณะของ Bereavement แยกตัว หรือหย่าร้างเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย จากรายงานการศึกษาในประเทศไต้หวัน ในลักษณะ Case control study ในผู้ฆ่าตัวตาย 113 รายและในผู้ที่ยังมีชีวิต 226 คน ที่มีกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ และสถานที่อยู่อาศัย เหมือนกันในประเทศไต้หวัน พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฆ่าตัวตาย 5 ปัจจัยหลักคือ เหตุการณ์ที่นำไปสู่การสูญเสีย (Loss event) , พฤติกรรมฆ่าตัวตายในญาติขั้นต้น (Suicide behavior in first degree relatives) , โรคซึมเศร้า (ICD-10 Major depressive episode) , โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบ Emotionally unstable , การติดสารเสพติด (Substance dependence)⁶²

ในส่วนประเด็นของสาเหตุสำคัญหรือปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายที่พบรองลงมา คือปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งพบถึง 4 ราย โดยพบว่า เป็น Severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2) 2 ราย เป็น Schizophrenia (F20) 1 ราย และเป็น Organic delusional disorder (F06.2) 1 ราย ผู้เสียชีวิตทั้ง 4 รายเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมาแล้ว โดยใน 3 ราย รักษาไม่นานเกินกว่า 1 ปี และอีก 1 รายที่เหลือ ได้รับการรักษาในช่วงใกล้เสียชีวิต ซึ่ง Conwell, Y และคณะ⁷³ ได้สรุปจากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และการวินิจฉัย ตาม Axis I ในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และ โรคทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป Lindeman S และคณะ⁷⁴ เป็นการศึกษาในแพทย์ 7 คนที่ฆ่าตัวตายใน Helsinki โดยใช้วิธี Psychological autopsy ทั้ง 7 รายได้รับจาก วินิจฉัยว่าเป็น Current mood disorder 2 ใน 7 เป็น Bipolar disorder 5 ใน 7 มีป่วยเป็นโรคทางกาย ไม่มีรายใดได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเพียงพอด้วยยารักษาซึมเศร้าหรือ ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizing drugs) ตลอดจนจิตบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาในฮังการี⁵⁴ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในแพทย์ ผลพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอัตราของแพทย์ที่ทำงานกับอัตราของโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับอัตราการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าถ้ามีการตระหนักถึงโรคซึมเศร้าในแง่ใดจะพบอัตราการฆ่าตัวตายน้อยในที่แห่งนั้น

ปัญหาทางด้านหน้าที่การงานและปัญหาทางกฎหมาย ที่นำไปสู่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย พบ 3 ราย โดยเป็นเรื่องปัญหาในหน้าที่การงานและเพื่อนร่วมงาน 2 ราย ส่วนใหญ่เนื่องมาจากลักษณะนิสัยเฉพาะของผู้เสียชีวิต เช่น การเป็นคนตรงเกินไป เสียสละเกินไป ใจร้อน เอาจริงเอาจังกับงาน คาดหวังผลงานสูง เข้มงวด เป็นต้น เป็นปัญหาทางกฎหมายที่เกิดจากการเขียนใบรับรองแพทย์ไม่ตรงกับความเป็นจริง 1 ราย ซึ่งทั้งนี้เนื่องจากความปรารถนาดีของผู้เสียชีวิตที่ต้องการให้เรื่องราวยุติโดยดีทุกฝ่าย โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ทำให้เครียด แก่ปัญหาไม่ตก ประกอบกับการเป็นแพทย์ที่มีประวัติการทำงานที่ดีเด่นมาตลอด ทำให้ไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย พบว่าเป็นปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดย 2 รายที่พบ ป่วยเป็นเอดส์ 1 ราย และ เส้นเลือดในสมองอุดตันและมีอาการทางสมองจนไม่สามารถทำงานได้ 1 ราย สุดท้ายคือปัญหาการเรียนแพทย์ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย พบ 1 ราย เนื่องจากรายนี้ถูกญาติบังคับให้เรียนแพทย์โดยที่ตนเองไม่ชอบ มีความเครียดมาตลอด

ระหว่างการศึกษาศัลยกรรม การเป็นแพทย์ใช้ทุน จนล่าสุดในระหว่างการศึกษาด้านเฉพาะทาง ผู้เสียชีวิต ต้องทำวิจัยและเกิดความเครียด กังวล จนเขียนระบุไว้ในจดหมายลาตาย มีการศึกษาว่า ความเครียดที่เกิดจากการทำเวชปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปรับทางด้านอารมณ์ แต่ไม่ถึงกับทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับความเครียดในอาชีพอื่น ส่วนในเรื่องของความเหนื่อยหน่ายในวิชาชีพนั้น พบว่าจิตแพทย์เกิดความเบื่อหน่าย ซึมเศร้า และมีความผิดปกติทางจิต มากกว่ากลุ่มแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ³² จากรายงานของ Lindeman S. และคณะ⁷⁵ ศึกษาถึงสาเหตุของที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตายในแพทย์พบว่า แต่ละรายล้วนมีปัญหาจากหลายปัญหาเช่น ป่วยด้วยโรคทางจิตและโรคทางกาย และปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2. รายละเอียดของการฆ่าตัวตาย

ในเรื่องรายละเอียดของการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ 6 ราย รองลงมา คือการยิงตัวตาย 5 ราย โดย 3 ใน 5 รายนี้ ยังคู่กรณี คือคนรักเสียชีวิตด้วย มีการฉีดยาเข้าเส้น 5 ราย โดยฉีดยา KCL ในน้ำเกลือ 3 ราย ใช้ KCL ผสม Sodium Pentothal 1 ราย ซึ่งรายนี้มีประวัติการใช้ยาประเภท Phenobarbital เป็นประจำ Lindeman S และคณะ (1997)⁶ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มแพทย์ที่ประเทศฟินแลนด์ พบว่าส่วนใหญ่จะมีการใช้ยานอนหลับกลุ่มบาร์บิทูเรต และกล่าวด้วยว่า มีความเป็นไปได้ที่แพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย รักษา หรือถูกมองข้ามไป มีการใช้ Valium ผสม Sodium Pentothal 1 ราย ซึ่งยาทั้งหมดนี้มีทั้งการเบิกจ่ายด้วยตนเอง การเบิกจ่ายผ่านเพื่อนแพทย์ด้วยกันโดยอ้างว่าญาติไม่สบาย จะนำไปรักษาญาติ และจากการเข้าไปหยิบฉวยได้เองจากในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อที่น่าพึงระวังในการเข้าถึงยา KCL และยาอื่นๆ ที่น่าจะได้มีมาตรการป้องกันการเบิกจ่ายที่รัดกุมกว่าที่เป็นอยู่ มีการกินยานอนหลับเกินขนาด 1 ราย ซึ่งรายนี้มีประวัติดื่มสุรามากด้วย แพทย์วินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตว่า เลือดออกในกระเพาะจนเสียชีวิต พบกระโดดตึก 1 ราย ซึ่งเป็น Equivocal death เนื่องจากญาติและผู้ใกล้ชิดไม่แน่ใจว่าเป็นการฆ่าตัวตายจริงหรือไม่ เพราะไม่มีเหตุจูงใจใดที่ทำให้ตัดสินใจจบชีวิตอย่างนั้น ซึ่ง Rich & Pitts (1979)⁴⁰ ได้ทำการศึกษาไว้ว่าแพทย์นิยมฆ่าตัวตายโดยใช้น้ำหรือสารพิษมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงยาได้ง่ายกว่าคนทั่วไปตลอดจนรู้ถึงสรรพคุณและการออกฤทธิ์ของยาเป็นอย่างดี

3. ปัญหาบุคลิกภาพและลักษณะนิสัยและสัมพันธภาพส่วนบุคคล

ในเรื่องปัญหาบุคลิกภาพ ได้จำแนก ออกเป็น 3 กลุ่มสำคัญ คือ พฤติกรรมแปลกประหลาด (Cluster A) เจ้าอารมณ์ (Cluster B) และ ความวิตกกังวลสูง (Cluster C) ส่วนประเภท

ที่เหลือคือไม่สามารถจัดกลุ่มได้ จากการศึกษาพบว่า แพทย์ที่เสียชีวิตมีปัญหาของบุคลิกภาพ 8 ราย และไม่มีปัญหา หรือไม่สามารถจัดกลุ่มได้ หรือไม่ชัดเจน 10 ราย โดยในกลุ่มที่มีปัญหาบุคลิกภาพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นคนเจ้าอารมณ์ (Cluster B) จำนวน 4 ราย พฤติกรรมดังกล่าวเช่น เวลาเครียดจะยิงปืนขึ้นฟ้า ขว้างปาข้าวของ หรืออารมณ์ขึ้นลงแปรปรวนง่าย พฤติกรรมแปลกประหลาด (Cluster A) มีจำนวน 2 ราย ได้แก่ พฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ การจ้วงนักสืบติดตามภรรยา เป็นต้น และ ความวิตกกังวลสูง (Cluster C) มีจำนวน 2 ราย ได้แก่ พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ ทำงานอะไรต้องให้ดีเลิศและสมบูรณ์แบบที่สุด ถ้าไม่เป็นไปตามคิดจะกังวลมากและมีความทุกข์ ซึ่ง Stuart & Larsis (1997) ได้กล่าวไว้เช่นกันว่าบุคลิกภาพ (Personality traits) มี 3 บุคลิกภาพที่สำคัญที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้คือ บุคลิกภาพก้าวร้าว (Hostility) บุคลิกภาพหุนหันพันแล่น (Impulsivity) และ บุคลิกภาพซึมเศร้า (depression) การศึกษาของกลุ่ม Finnish Group พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) มีการวินิจฉัยบุคลิกภาพผิดปกติ Cluster B (เจ้าอารมณ์) ซึ่งพบได้ร้อยละ 4-5 ในประชากรทั่วไป ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ฆ่าตัวตายมีบุคลิกภาพแบบ Cluster C (ความวิตกกังวลสูง) และมีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแบบ Cluster A (พฤติกรรมแปลกประหลาด)³¹

4. ภูมิหลังครอบครัวและประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

ในเรื่องภูมิหลังครอบครัวในประเด็นของลำดับการเกิด พบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นลูกคนกลาง จำนวน 9 ราย รองลงมาเป็นลูกคนโต 4 ราย เป็นลูกคนเดียว 3 ราย และเป็นลูกคนเล็ก 1 ราย ในเรื่องของลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 9 ราย อยู่คนเดียว 8 ราย และอยู่กับคนรัก 1 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับที่ Aasland และคณะ (2001)⁴³ ได้ศึกษาในแพทย์นอร์เว พบว่า แพทย์ที่อยู่คนเดียวฆ่าตัวตายมากกว่าแพทย์ที่มีคู่สมรสหรือมีเพื่อนอยู่ด้วยการแต่งงานและการมีบุตรจะเป็นตัวลดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ในผู้ที่ชอบอยู่โดยลำพังและมีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว แต่จากการสำรวจในประเทศไทยผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ “สมรสแล้ว” และ “อยู่ด้วยกัน”³

ในประเด็นอื่นๆเท่าที่รวบรวมข้อมูลได้ พบเรื่องของบิดามารดามักจะวางกรอบให้ผู้เสียชีวิต การเลี้ยงดูแบบที่ถูกตามใจ ถูกคาดหวังสูง หรือเข้มงวดมาก การที่บิดามารดาแยกทางกัน การถูกเลี้ยงแยกจากบิดามารดาและพี่น้อง การมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต การมีประวัติชีวิตคู่ครั้งก่อนล้มเหลว

สำหรับประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีการพยายามฆ่าตัวตาย 2 ราย โดยผู้เสียชีวิตมักจะพูดถึงเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการวางแผนฆ่าตัวตายให้เพื่อนฟังเป็นระยะ และทุกคนพยายามตามดูแล อีกรายพบว่าผู้เสียชีวิตเคยพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยบอกว่าถ้าไม่อยากตายแบบทรมานก็ใช้ฉีดยาชนิดหนึ่งเข้าเส้นแล้วก็หลับ หัวใจจะค่อยๆหยุดเต้น นอกนั้นจะเป็นการเปรย หรือบ่นว่าอยากตายแต่ไม่มีพฤติกรรมแสดงออกชัดเจน การพยายามฆ่าตัวตายในอดีตอาจเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าผู้นั้นมีอัตราเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น มีหลายการศึกษาระบุว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายเคยมีความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในครั้งที่สองจะเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 3 เดือนของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก⁵⁹

5. ปฏิกริยาของผู้เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต

สำหรับปฏิกริยาของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดรู้สึกเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นเรื่องที่คาดไม่ถึง มีทั้งการโทษตัวเองและโทษผู้เกี่ยวข้องบางราย ความรู้สึกผิดหวังที่ผู้เสียชีวิตกระทำการฆ่าตัวตายเช่นนี้ ผู้เกี่ยวข้องหลายรายยังอยู่ในภาวะเศร้าโศกจนถึงปัจจุบัน และมีบางรายที่ปฏิเสธที่จะพูดถึงเรื่องนี้อีก

ปัญหาและอุปสรรค

1. ฐานข้อมูลแพทย์สภายังไม่สมบูรณ์ การแจ้งประวัติการตายไม่ชัดเจนในบางราย ต้องค้นหาจากแหล่งอื่นเพิ่ม เช่นหนังสือพิมพ์ หรือการบอกต่อจากผู้ให้สัมภาษณ์รายอื่นๆ
2. ญาติยังให้ความร่วมมือน้อย โดยเฉพาะญาติสายตรง มักจะปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล โดยอ้างว่าไม่อยากพูดถึงอีก โดยเฉพาะถ้าญาติหรือผู้ให้ข้อมูลนั้นมีเหตุเกี่ยวข้องหรือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้เสียชีวิตฆ่าตัวตาย
3. สำหรับการแจ้งถึงสาเหตุการเสียชีวิตหรือการเปิดเผยข้อมูลการเสียชีวิตต่อญาติ พบว่าส่วนใหญ่ญาติรับรู้ฆ่าตัวตาย แต่มีบางรายได้รับแจ้งว่าขาดอากาศหายใจบ้าง เลือดออกในกระเพาะจนเสียชีวิตบ้าง และหัวใจล้มเหลวบ้าง แสดงให้เห็นถึงความคลาดเคลื่อนในการรายงานอันจะทำให้ข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายบิดเบือนไป ซึ่งกรณีดังกล่าว

เกิดจากการที่ไม่สามารถยอมรับความจริงได้ของญาติ หรืออาจนำไปสู่การกล่าวโทษตนเองของญาติที่เป็นเหตุให้เกิดการฆ่าตัวตายในบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันการสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์จากการฆ่าตัวตาย ควรพึงตระหนักถึงปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้
 - ในระดับโรงเรียนแพทย์ ควรมีการคัดกรองผู้ที่เหมาะสมต่อการเป็นแพทย์ ดังนั้นการรับนักศึกษาแพทย์ ควรมีการตรวจวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาบุคลิกภาพ ความกดดัน หรือความสนใจในวิชาชีพ โดยละเอียด ตลอดจนการให้ความรู้ ตระหนักในการให้ความรู้ด้านสังคม และติดตามพฤติกรรมของนักศึกษาแพทย์อย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาที่เรียนหรือฝึกอบรม รวมถึงการให้ความสำคัญต่อ โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช เป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของแต่ละบุคคล ควรมีการสำรวจอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตของแพทย์ไทย เพื่อให้ความรู้ และการรักษาอย่างทันที่ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การป้องกัน และรักษาโรคทางจิตเวชในระยะเริ่มต้นจะสามารถลดการสูญเสียที่จะตามมาได้
 - ในระดับหลังจบการศึกษาแล้วพบว่า หน่วยงานต้นสังกัด หรือผู้บริหารหน่วยงานที่แพทย์ทำงานอยู่ ควรให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในหมู่เพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือมีการเจ็บป่วยทางจิต
 - การปรับตัวในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มักได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นผู้ที่มีความเฉลียวฉลาด ผู้ที่เรียนแพทย์มักได้รับการยกย่องเชิดชูว่าเป็นคนเก่ง มีความสามารถ ทั้งจากครอบครัวและสังคมรอบข้าง อันอาจทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองสูงตามมา เมื่อต้องประสบปัญหา บางรายอาจไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง การมีระบบดูแลแพทย์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างศิษย์-อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา-ผู้ใต้บังคับบัญชา อาจลดความรุนแรงของปัญหาลงได้

- ชีวิตครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดที่สุดของบุคคล ปัญหาที่พบจากการศึกษาคือการขาดความเข้าใจกันภายในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส ปัญหาการนอกใจคู่รัก อันนำไปสู่การหึงหวงและเรื่องชู้สาว ควรหาข้อมูลทางด้านนี้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป
 - แพทย์ควรมีระบบที่สนับสนุนให้แพทย์ที่เจ็บป่วย เข้ารับการรักษาทันทีทั้งทางกายและจิต อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อป้องกันการรักษาตนเองที่อาจต่ำกว่ามาตรฐานหรืออาจส่งจ่ายยาที่เป็นอันตรายต่อตนเองโดยที่ผู้อื่นไม่ทราบได้
2. การจัดทำฐานข้อมูลแพทย์เสียชีวิตของแพทยสภา ควรมีข้อมูลที่ครบถ้วน และวินิจฉัยเหตุการณ์ตายตามความเป็นจริง เพื่อสามารถสืบค้น และศึกษาในกรณีอื่นๆต่อไป
 3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ เช่น อุบัติการณ์โรคทางจิตเวช (prevalence rates of mental illness) รูปแบบการแสวงหาการช่วยเหลือ (patterns of seeking help) , ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อแพทย์ต้องรับการรักษาทางจิต, ทั้งทางสภาพความเป็นอยู่ ทางสังคม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในเชิงลึกเพื่อหาแนวทางในการป้องกันในอนาคตต่อไป

สรุป

ปัญหาการฆ่าตัวตายในแพทย์ไทย เป็นปัญหาที่สะท้อนถึงปัญหาหลากหลายอย่างของทั้งแพทย์แต่ละบุคคล และยังสะท้อนถึงปัญหาทั้งในด้าน ชีวภาพ จิตใจ และสภาพสังคม (Bio-psycho-social Model) แพทย์เป็นบุคคลระดับเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม ที่ประชาชนให้ความสำคัญและเชื่อถือ แต่กลับต้องเผชิญกับความบกพร่องทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับแล้วแสดงออกมาเป็นการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดภาพที่รุนแรงในวงกว้างและยุ่งยาก แพทย์กลุ่มที่มีความบกพร่องนี้มีปัญหาในการในการค้นหาความผิดปกติและเข้ารับการรักษา ถึงแม้ว่าในสายตาคนภายนอกจะเห็นว่ามีความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีก็ตาม ความรุนแรงของปัญหา การต่อต้านการรักษาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในข้อมูลที่ศึกษาวิจัย และในความเป็นจริงพบว่า ปัญหาโดยส่วนใหญ่ของแพทย์เป็นปัญหาที่แก้ไขได้และสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ ถ้าพยายามที่จะค้นหาและหาทางแก้ไขปัญหานั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องน่าจะได้เพิ่มความตระหนักในปัญหา โดยเฉพาะปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ที่พบว่าเป็นปัจจัย

สำคัญในการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และชี้แจงการจัดการอย่างเหมาะสมกับแพทย์ที่มีปัญหาเหล่านั้น ในอนาคตการพยายามที่จะประเมินแพทย์ที่มีความบกพร่องและให้ความช่วยเหลือและเข้าใจในกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่จำเป็นยิ่ง การป้องกันปัญหาความยุ่งยากทางด้านจิตใจของแพทย์และครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญแต่ก็ยังมีการศึกษาทางด้านนี้น้อย ควรที่จะมีการพัฒนาระบบการศึกษาโดยตรงในการป้องกันปัญหาเหล่านี้

บรรณานุกรม

1. World Health Organization, The World Health Report 2003 Shaping the Future. 2003, Geneva.
2. มาโนช หล่อตระกูล, แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2541. 43(1): p. 67-83.
3. อภิชัย มงคล, รายงานระบาคติวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ.2544. 2545.
4. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, เส้นทางมรณะที่แท้จริงของคนไทย กับข้อเสนอปรับปรุงระบบ รายงานการตาย. แพทยสมาคม. 261-266. 2544
5. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, รายงานผลการศึกษาศาเหตุการตายในประเทศไทย. 2543.
6. Lindeman, S., et al., Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. Acta Psychiatr Scand, 1997. 96(1): p. 68-71.
7. Balarajan, R., Inequalities in health within the health sector. BMJ., 1989. 299(6703): p. 822-5.
8. Ullmann, D., et al., Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. Jama, 1991. 265(18): p. 2352-9.
9. Frank, E., H. Biola, and C.A. Burnett, Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med, 2000. 19(3): p. 155-9.
10. Juel, K., J. Mosbech, and E.S. Hansen, Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. Int J Epidemiol, 1999. 28(3): p. 456-60.

11. Schlicht, S.M., et al., Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust*, 1990. 153(9): p. 518-21.
12. Rimpela, A.H., et al., Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet*, 1987. 1(8524): p. 84-6.
13. Lindeman, S., et al., A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*, 1996. 168(3): p. 274-9.
14. Olkinuora, M., et al., Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1990. 25(2): p. 81-6.
15. Miller, N.M. and R.K. McGowen, The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*, 2000. 93(10): p. 966-73.
16. ชูชาติย์ ชานปรีชาและพิสมัย คู่พิทักษ์, การศึกษาเรื่องจิตแพทย์ไทยกับการเสียชีวิต. ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 34(4) : 295-305, 2532.
17. Shneidman, E.S., The Psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav*, 1981. 11: p. 325-340.
18. Hawton, K., et al., The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*, 1998. 50(2-3): p. 269-76.
19. Shneidman, E.S., *Suicidology: contemporary developments*. 1976, New York: Grune & Stratton.
20. Sadock, B.J., H.I. Kaplan, and V.A. Sadock, *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. 2003, Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins. xv, 1460.
21. Fortinash, K.M. and P.A. Holoday-Worret, *Psychiatric-mental health nursing*. 1st ed. 1996, St. Louis, Mo.: Mosby. 1 v..

22. สุชาติ พหลภาคย์. การฆ่าตัวตาย. ความผิดปกติทางอารมณ์. โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ทขอนแก่น หน้า 151-161, 2542.
23. จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์. ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2534.
24. มาโนช หล่อตระกูล สุพรรณณี เกกينة และ อัปษรศรี ธนไพศาล, สภาพปัญหาและการปรับตัวในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย. ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(1): 37-48, 2544.
25. Schiffer, R.B., S.M. Rao, and B.S. Fogel, Neuropsychiatry. 2nd ed. 2003, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. xiv, 1252.
26. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิตย์. การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. จิตเวชศาสตร์รายมาธิบัติ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสวิชาญการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร หน้า 65-72, 2539.
27. American Psychiatric Association. and American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV., Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. 4th ed. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association. xxvii, 886.
28. World Health Organization., The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992, Geneva: World Health Organization. xii, 362.
29. Cavanagh, J.T., et al., Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med, 2003. 33(3): p. 395-405.
30. Conner, K.R., A.L. Beautrais, and Y. Conwell, Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. J Stud Alcohol, 2003. 64(4): p. 551-4.

31. Sadock, B.J. and V.A. Sadock, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. 2000, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2 v. (Ixiv, 3344).
32. Krakowski, A.J., Stress and the practice of medicine--the myth and reality. *J Psychosom Res*, 1982. 26(1): p. 91-8.
33. Korceila, J.A., et al., Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health*, 2003. 31(2): p. 85-91.
34. Shneidman, E.S., Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life Threat Behav*, 1981. 11(4): p. 195-364.
35. Ritchie, E.C. and M.G. Gelles, Psychological autopsies: the current Department of Defense effort to standardize training and quality assurance. *J Forensic Sci*, 2002. 47(6): p. 1370-2.
36. Isometsa, E.T., Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry*, 2001. 16(7): p. 379-85.
37. Ebert, B.W., Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional psychology : Research and Practice*, 1987. 11(1): p. 52-56.
38. Shneidman, E.S., Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *Int Psychiatry Clin*, 1969. 6(2): p. 225-50.
39. Revicki, D.A. and H.J. May, Physician suicide in North Carolina. *South Med J*, 1985. 78(10): p. 1205-7.
40. Pitts, F.N., Jr., et al., Suicide among U.S. women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry*, 1979. 136(5): p. 694-6.

41. Carpenter, L.M., A.J. Swerdlow, and N.T. Fear, Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med*, 1997. 54(6): p. 388-95.
42. Alexander, B.H., et al., Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 2000. 93(4): p. 922-30.
43. Aasland OG, E.O., Schweder T., Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med*, 2001. 52(2): p. 259-65.
44. Hawton, K., et al., Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*, 2001. 55(5): p. 296-300.
45. Grellner, W., M. Kukuk, and F. Glenewinkel, [About suicide methods of physicians, medical personnel and related professions]. *Arch Kriminol*, 1998. 201(3-4): p. 65-72.
46. Neil, H.A., et al., Mortality among male anaesthetists in the United Kingdom, 1957-83. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1987. 295(6594): p. 360-2.
47. Vijayakumar, L. and S. Rajkumar, Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand*, 1999. 99(6): p. 407-11.
48. Suominen, K., et al., General hospital suicides--a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry*, 2002. 24(6): p. 412-6.
49. Henriksson, M.M., et al., Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 1993. 150(6): p. 935-40.
50. Foster, T., K. Gillespie, and R. McClelland, Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 1997. 170: p. 447-52.

51. Thacore, V.R. and S.L. Varma, A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000. 21(1): p. 26-30.
52. Foster, T., et al., Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 1999. 175: p. 175-9.
53. Center, C., et al., Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*, 2003. 289(23): p. 3161-6.
54. Rihmer, Z., W. Rutz, and J. Barsi, Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physicians in Hungary. *Acta Psychiatr Scand.*, 1993. 88(6): p. 391-4.
55. Heila, H., et al., Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1997. 154(9): p. 1235-42.
56. Saarinen, P.I., J. Lehtonen, and J. Lonnqvist, Suicide risk in schizophrenia: an analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr Bull*, 1999. 25(3): p. 533-42.
57. Conwell, Y., et al., Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1998. 6(2): p. 122-6.
58. Harwood, D., et al., Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001. 16(2): p. 155-65.
59. Zhang, J., et al., Studying suicide with psychological autopsy: social and cultural feasibilities of the methodology in China. *Suicide Life Threat Behav*, 2002. 32(4): p. 370-9.

60. Zhang, J., et al., Studying Chinese suicide with proxy-based data: reliability and validity of the methodology and instruments in China. *J Nerv Ment Dis*, 2003. 191(7): p. 450-7.
61. Phillips, M.R., et al., Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 2002. 360(9347): p. 1728-36.
62. Cheng, A.T., et al., Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*, 2000. 177: p. 360-5.
63. Isometsa, E.T., et al., Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1996. 153(5): p. 667-73.
64. Heikkinen, M., et al., Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 1997. 95(1): p. 49-57.
65. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และศรีเกษ ัญญาวินิชกุล, การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่. *ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 7(2): 70-76. 2542.
66. อารงค์ สมบุญตนนท และคณะ, การฆ่าตัวตาย : เปรียบเทียบปัจจัยและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วงก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. *ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 8(1): 1-7, 2543.
67. ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ, การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 43(1):14-21, 2541.
68. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ อภิพรศรี ธนไพศาล และ สุพรรณิ เกกينة, รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คนของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประชากรุเคราะห์. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 43(1): 2-13, 2541
69. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลก, การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 43(1): 39-55, 2541.

70. กนกรัตน์ สุระตุงคะ และโกวิท บวรณสัมฤทธิ์, ทศนคติของชาวบ้านต่อการฆ่าตัวตาย. ว. จิตวิทยาคลินิก. 8(1): 36-43} 2520.
71. เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา และสุชีรา ภัทราวุฒวรรตน์, ความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 44(4): 329-343, 2542.
72. Richings, J.C., G.S. Khara, and M. McDowell, Suicide in young doctors. Br J Psychiatry, 1986. 149: p. 475-8.
73. Conwell, Y., et al., Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am J Psychiatry, 1996. 153(8): p. 1001-8.
74. Lindeman, S., et al., Treatment of mental disorders in seven physicians committing suicide. Crisis, 1999. 20(2): p. 86-9.
75. Lindeman, S., E. Laara, and J. Lonnqvist, Medical surveillance often precedes suicide among female physicians in Finland. A case-control study. J Occup Environ Med, 1997. 39(11): p. 1115-7.

ภาคผนวก

ตัวอย่างข้อมูลที่ได้การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยกระบวนการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา (Psychological Autopsy) ในแพทย์ผู้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย รวมทั้งสิ้น 18 ราย ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์โดยจำแนกตามประเด็นต่างๆ เพื่อนำเสนอเป็นตัวอย่างในแต่ละประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย
2. เหตุการณ์สำคัญที่ปรากฏในชีวิต
3. ปัญหาบุคลิกภาพและลักษณะนิสัย และสัมพันธภาพส่วนบุคคล
4. ภูมิหลังครอบครัว และประวัติการทำร้ายตนเอง
5. ปฏิกริยาของผู้เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต

1. ปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ในประเด็นของปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย คณะผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็นปัจจัยย่อยดังนี้

- 1.1 ด้าน Interpersonal conflict / Loss
- 1.2 ด้านหน้าที่การงาน/ปัญหาทางกฎหมาย
- 1.3 ด้านการเรียนแพทย์
- 1.4 ด้านการเจ็บป่วยทางจิต
- 1.5 ด้านการเจ็บป่วยทางกาย

1.1 Interpersonal conflict / Loss

“มีคนบอกว่าเป็นจดหมายที่เขียนตัดพ้อถึงแม่ ว่าตนเองรักแม่แต่กลัวว่าจะเรียนไม่จบ”

“หลังจากการสอบสวนคดีได้แยกสาเหตุผู้สาว 2 ประเด็นหลัก คือหลังจากทั้งคู่มีความสัมพันธ์กันแล้วฝ่ายหญิงพยายามที่จะมัดตัวผู้เสียชีวิต ทั้งที่รู้ว่าเมื่อผูกมัดแล้วทำให้ผู้เสียชีวิตคิดไม่ตกว่าจะลงเอยด้วยวิธีใด ซึ่งก่อนหน้านี้ ผู้เสียชีวิตมีเรื่องทะเลาะกับภรรยาในเรื่องดังกล่าว อีกประเด็นหนึ่งคือหลังจากทั้งคู่มีความสัมพันธ์กันมานาน ฝ่ายหญิงพยายามตีตัวออกห่าง เนื่องจากเกรงใจญาติของตัวเองคือภรรยาผู้เสียชีวิต ประกอบกับฝ่ายหญิงเป็นคนสว่นน่ารัก และมีกิริยาท่าทางดี มีชายหนุ่มมาติดพันมากมาย ทำให้ผู้เสียชีวิตเกิดความหึงหวงซึ่งเจ้าหน้าที่เชื่อว่ามาจากสาเหตุหลังมากกว่า เพราะฝ่ายหญิงพยายามหนีออกจากบ้านพักของผู้เสียชีวิตมาแล้วครั้งหนึ่ง”

“มารู้ข่าวจากเพื่อนๆว่า เพื่อนเสียชีวิตโดยการยิงตัวตาย และยิงผู้หญิงตายด้วย เนื่องจากสาเหตุชู้สาวและได้จากการอ่านข่าวหนังสือพิมพ์”

“หึงหวงภรรยามาก (Jealousy delusion) มีเรื่องทะเลาะกับภรรยาบ่อยและหลงผิดคิดว่าภรรยาไม่ซื่อสัตย์”

“ผู้เสียชีวิตมีคู่มั่นที่จะแต่งงานด้วย แต่ต้องมีปัญหาคับแค้นใจและผิดหวังกับคู่มั่นซึ่งคู่มั่นมีอายุน้อยกว่าผู้เสียชีวิตมาก”

“ตนเองไร้ศักดิ์ศรี เหมือนคนไม่มีศักดิ์ศรีแต่ไม่รู้จะอย่างไร เพราะรักฝ่ายหญิงมาก”

“ภรรยาให้ลูกสาวด่าว่าพ่อถ้าไม่ได้ตั้งใจ ผู้เสียชีวิตเกิดเรื่องทะเลาะกับญาติเรื่องมรดก ภรรยาเป็นจุดที่ทำให้ผู้เสียชีวิตทะเลาะกับญาติพี่น้อง”

1.2 หน้าที่การงาน / ปัญหาทางกฎหมาย

“เครียด ส่วนมากจะมาจากหน้าที่การงานของสาธารณสุข ที่ขัดแย้งกันมากอันดับหนึ่งก็คือเรื่องเงิน”

“อายุเริ่มมากแล้ว อยากจะพักบ้าง ถ้าอยู่ไปตัวผู้เสียชีวิตเองคิดว่าต้องติดคุกแน่ เพราะจะไปยิงหมอใหญ่แน่ๆ เลย เพราะยังงี้ก็ต้องทำงานร่วมกับหมอใหญ่อยู่ดี”

“ถ้าถามว่าเป็นไปได้ไหมว่าเครียดมากๆ ถึงขั้นฆ่าตัวตาย ก็มี ส่วน ต้องยอมรับว่าผู้เสียชีวิตมีความเครียดมากในเรื่องงาน ก็น่าจะมีส่วนในเรื่องนี้เยอะ”

“แต่สาเหตุใหญ่ที่ทำให้เสียชีวิต คือ มีการอุดหนุนในเส้นเลือดในสมอง เลยทำให้ล้ม ความจำและมีมือใช้การไม่ได้ไปชั่วขณะ แต่ความจริงเกิดโรคนี้ก็หาใช่เอง ไม่ได้ตั้งใจอะไร ตอนนั้นที่เกิดเรื่องก็ได้เจอกับผู้เสียชีวิต ก็ยังบอกเลยว่าไม่เห็นเป็นอะไรเลย ความจำอะไรทุกอย่างยังดี แต่ตอนนั้นผู้เสียชีวิต เริ่มมีเก็บกดอยู่ในใจ มีปมด้อยในใจ ว่าถ้าเป็นหมอผ่าตัด และใช้มือผ่าตัดไม่ได้ ก็ไม่มีประโยชน์”

“2 อาทิตยีก่อนฆ่าตัวตายมีปัญหาเครียดเรื่องระบบงานในแผนกและมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมหอพักค่อนข้างรุนแรง”

1.3 การเจ็บป่วยทางกาย

“ก็เท่าที่ฟังจากพวกแพทย์เขานั่งคุยกันว่ามันน่าจะเป็น HIV ทั้งสองคน ก็เลยตัดสินใจทั้งคู่ว่าจะฆ่าตัวตาย”

“ยังงี้ก็ออกดีกว่า เพราะทำอะไรไม่ได้ มือทำไม่ถนัดแล้ว ไม่อยากขวางทางคนอื่น”

1.4 การเจ็บป่วยทางจิต

“มีปัญหาเครียดเรื่องครอบครัว ภรรยาและลูกๆ ใช้เงินเยอะ หลังจากแบ่งสมบัติแล้ว ใช้เงินจนหมด ต้องขายที่ ขายสมบัติทุกอย่าง ทำให้เครียดเข้าใจว่าภรรยาและลูกเป็นสาเหตุทำให้ผู้เสียชีวิตฆ่าตัวตาย”

“เพื่อนสนิทที่อยู่โรงพยาบาลเดียวกันลงมาเรียนต่อเฉพาะทางที่กรุงเทพฯ ทำให้ผู้เสียชีวิตเจ็บลงบ้าง ไม่สดใสเหมือนเดิม แต่ไม่ถึงกับซึมเศร้า แยกตัว”

“อยู่ๆผู้เสียชีวิตเกิดมีความเครียด จะหายตัวไปจากโรงพยาบาล 2-3 วัน”

“ผู้เสียชีวิตหายตัวไปขณะที่ขึ้น ฝึกปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหออายุรกรรมได้ ประมาณ 2 สัปดาห์ เริ่มมีภาวะเครียด ซึม แยกตัว และหายตัวไปจากโรงพยาบาล “

“ผู้เสียชีวิตขอกลับไปทำงานต่อ ไม่อยากใช้ทุนอยากทำงาน และยังไม่ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการลาออกจากอาชีพแพทย์ ในสายตาของอาจารย์แพทย์คิดว่าผู้เสียชีวิตเริ่มดีแล้วอยากสู้ต่อไป แต่บางครั้งผู้เสียชีวิตยังมีความลังเลไม่มั่นใจในตัวเอง และมีความรู้สึกผิดว่าตนเองขาดความรับผิดชอบ เนื่องจากขาดราชการ “

“เหตุการณ์ที่เป็นต้นเหตุให้ผู้เสียชีวิตตัดสินใจทำร้ายตนเอง เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกไปรับรองแพทย์ให้กับคดีผู้ป่วยถูกรถชน”

“ผู้เสียชีวิตพูดกับเพื่อนร่วมงานว่าตนเองคิดดีทำดีและคนอื่นๆสบายทำไมตนเองต้องมาเป็นทุกข์คนเดียว”

“หลังจากนั้นผู้เสียชีวิตเริ่มเครียดจะพูดบ่นว่า”ผมเป็นอย่างนี้เพราะกระดากใบนี้” “ทำไมต้องทำอาจารย์ก็สอนแล้ว” “จะไม่ยอม จะเอาชีวิตเป็นเดิมพัน” “จึงหาหนังสือทางด้านกฎหมายมาศึกษาเกี่ยวกับการปลอมแปลงเอกสาร “

“ครอบครัวมีปัญหาเกี่ยวกับภรรยา บิดา มารดา ผู้เสียชีวิตไม่ชอบภรรยา และเข้ากับครอบครัวได้ไม่ดี ครอบครัวไม่ยอมรับ ผู้เสียชีวิตคงมีเรื่องกดดันพอสมควรกับครอบครัว”

“พอขายที่ได้แล้วมีปัญหา ลูกคนนั้นจะเอาอย่างนี้ลูกคนนี้จะเอาอย่างนั้น ทำให้เครียดมาก พอไม่มีเงินก็ทุกข์ มีเงินก็ทุกข์ ลูกจะเอาเท่านั้นเท่านั้น ช่วงแรกก็ธรรมดาไม่รวย ตอนหลังได้มรดกจากขายที่ได้แล้วผู้เสียชีวิตก็ป่วย คือ เครียด”

“เคยพูดว่ามีเงินก็ลำบาก ลูกๆ ขอแบ่ง”

“ก่อนเกิดเหตุผู้เสียชีวิตทำหลักฐานเอกสารพินัยกรรม ยกที่ดินให้น้องสาว ฉีกภาพที่ถ่ายคู่กับฝ่ายหญิงจำนวนหลายภาพและของที่รักหายไปจากห้องรวมทั้งเตรียมอาวุธปืนไว้”

“คนรักของผู้เสียชีวิตอายุมากกว่า มีเรื่องทะเลาะกันบ่อยเกือบทุกวัน น้อยวันนักที่จะไม่ทะเลาะกัน...สาเหตุก็เป็นเรื่องเล็กๆน้อยๆและเป็นเรื่องความต้องการของฝ่ายหญิง”

“ก็มีเรื่องเกี่ยวกับภรรยาและเรื่องส่วนตัวบ้าง มันก็เป็นเรื่องธรรมดา ทุกครอบครัวก็มีเพราะบางคนแต่งงานกันไปนานๆ แล้วก็เพิ่งรู้ว่านิสัยบางอย่างก็ไม่เหมาะต่อกัน แต่อันนี้มองว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน... มีระหองระแหงกันมาก่อนนิดหน่อย แล้วก็มีความรักที่แตกเข้ามา แต่ว่าจุดใหญ่ก็คือพยาธิสภาพกับความที่มีปมด้อยที่เก็บกดในใจลึกๆ “

“ขัดแย้งกับทางญาติ ไม่รู้จะทำยังไงนี่ก็ญาติพี่น้อง นี่ก็ภรรยา”

2.2 หน้าที่การงาน / ปัญหาทางกฎหมาย

“มีการประชุมกันเพื่อที่จะหาผู้อำนวยการในโรงพยาบาล... เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีคนอื่นเลือกไป ผู้ตายบ่นกับเพื่อนว่าไม่มีใครยอมเสียสละไป ทั้งๆ ที่รู้ว่าตนเองมีวุฒิภาวะต่ำกว่าคนอื่น แต่เนื่องจากคนอื่นไม่มีใครเสียสละไป ตนจึงต้องเสียสละยกมืออาสาไปทำงานนี้ จากการทำงานก็ทุ่มเทกับการทำงานให้ รพ.มาก”

“จะมีปัญหาเรื่องเพื่อนหมอ ที่เอาแต่ใจตัวเอง ชอบทิ้งงาน... ผู้ได้บังคับบัญชาครอบครัว และผู้เสียชีวิตเห็น และได้ว่ากล่าวตักเตือน และจนต้องนำบัญชีการเงินมาทำเอง... ลูกน้องไม่ค่อยชอบผู้เสียชีวิต”

“การทำงานผู้เสียชีวิตเป็นคนจริงใจทุกอย่าง แล้วมีคนมาอยู่ระดับเหนือเขาเขาทำงานไม่ถูก...บริษัทยามาก็ไม่เอาเปอร์เซ็นต์ เลยโดนอคติว่าผู้เสียชีวิตไม่เอาแต่เจ้านายจะเอา เคยถึงขนาดไม่พอใจ เคยชักปืนจะฆ่ากัน แต่มีคนมาห้ามเอาไว้...ขัดแย้งกันมากกับหัวหน้า”

“พอออกจากสาธารณสุขถ้าลูกน้องมาหาผู้เสียชีวิต เจ้านายก็จะไม่ให้เงินเดือนขึ้น ไม่ให้ขั้น ไม่ให้ซี ทั้งๆ ที่ผู้เสียชีวิต ดูแลมาก่อน”

“ระยะหลังได้ข่าวว่าผู้เสียชีวิตมีปัญหาที่ทำงาน เข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ จึงลาออกมาเปิดคลินิกส่วนตัว...หลังจากผู้เสียชีวิตเสียชีวิตได้ข่าวว่าผู้เสียชีวิตมีปัญหาทางครอบครัว”

“ลักษณะการทำงานของผู้เสียชีวิตมักจะใจร้อน จริงจังและส่วนใหญ่จะเป็นเผด็จการณแต่อาจจะเนื่องจากผู้เสียชีวิตเป็นคนที่วิสัยทัศน์กว้างไกลทำให้ทุกคนก็ยอมรับและทุกคนก็ยอมตามผู้เสียชีวิต”

“การทำงานของผู้เสียชีวิตจะเป็นลักษณะเอาจริงเอาจัง เครียดกับงาน สิ่งแล้วต้องทำทันที นอกจากนี้บางครั้งมีความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานในที่บริหารบ้าง มักจะเป็นเรื่องงานในการพัฒนาโรงพยาบาลแต่ก็ผ่านไปได้ด้วยดีเนื่องจากทุกคนเข้าใจว่าความคิดของผู้เสียชีวิตที่จะทำในเรื่องต่างๆ ถึงแม้ว่าจะไม่ค่อยเห็นด้วยนัก แต่ทุกคนคิดในทางบวกว่าเป็นประโยชน์แก่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงทำให้ไม่มีปัญหาอะไร”

“เป็นแพทย์ที่มีความรับผิดชอบสูง จริงจัง ไม่ถือนัด เข้ากับเพื่อนร่วมงานทุกระดับ เป็นคนตรง พูดตรงๆ มีความเข้มงวดในการทำงาน คาดหวังผลงานสูง ผู้ร่วมงานต้องทำทันทีเมื่อได้รับการมอบหมาย ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชารู้สึกเครียด บางครั้งมีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานในระดับบริหารที่มีความเห็นไม่ตรงกันแต่ก็ผ่านไปได้ด้วยดีทุกครั้ง บางครั้งเสียงดัง แสดงอารมณ์โกรธเมื่อทีมบุคลากรไม่ได้ตั้งใจ ขณะช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อเวลาผ่านไปผู้เสียชีวิตจะเข้าไปขอโทษบุคลากร “

“ปกติแล้วผู้เสียชีวิตจะเป็นนายที่ดีเวลามีเรื่องอะไรก็จะรับเพียงคนเดียว จะไม่ทำให้ผู้ร่วมงานคนอื่นเดือดร้อนไปด้วย”

2.3 การเจ็บป่วยทางกาย

“ไม่ยอมให้หมอดตรวจ เขาถือว่าเป็นหมอแล้วทำไมต้องให้หมอรักษาด้วย เราก็เป็นหมอรักษาตัวเองได้”

“ทำงานได้ 4-5 ปี เกิดอุบัติเหตุตกบันได มีเลือดคั่งในสมอง ทำให้เดินตัวเอียง ทำงานช้า พุดช้า ลังงานไม่ค่อยได้ เขียนหนังสือไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่ายจึงลาออกจากเทศบาล ทำคลินิกอย่างเดียว แต่ก็ทำได้ไม่ดี”

“2 ปีก่อนเสียชีวิต มี ตัวพยาธิในสมอง รักษาด้วยยาทางระบบประสาทเป็นประจำมาตลอด ไม่ได้ผ่าตัด”

“ไม่ทราบว่าคุณเสียชีวิตเริ่มมีความระแวงหรือยังเพราะว่าตอนที่ไปเป็น แพทย์ประจำบ้าน ศัลยกรรม เป็น Herpes zoster ตอนนั้นถ้ารู้ว่าใครเป็นอย่างนี้ก็สงสัยเรื่องจะเป็น HIV และก็ ได้ถามคุณเสียชีวิตว่าไปเจาะเลือดหรือเปล่า คุณเสียชีวิตบอกไม่กล้าไปเจาะ และก็บอกว่าไม่เจาะ”

“จากที่เพื่อนๆ คนสนิทเล่าว่า เหมือนลักษณะว่าเขาคงมีแฟนหลายคน ก่อนจะมาคบกับคุณนี้ เพราะฉะนั้น ก็เลยไม่แน่ใจว่า ติด HIV มาจากคนนั้นหรือเปล่า “

“ตอนที่เสียชีวิตเริ่มสมองจำไม่ได้ บางทีเห็นของก็จำไม่ได้ แต่รู้ว่ามันคืออะไร ก็พยายามจะบอกกับลูกๆ แต่ลูกๆ ก็ไม่แน่ใจก็คงหัวเราะบ้าง สิ่งเหล่านี้ก็เลยสะสมอยู่ในใจที่ทำให้เกิดปมด้อย แล้วก็ Depress ลึๆ”

2.4 การเจ็บป่วยทางจิต

“เพื่อนๆ เห็นอาการของผู้ตายผิดปกติในช่วง ปี 5 มีอาการรุ่มร้อนขึ้น Word ดูผู้ป่วยซ้ำไปมา คิดมากอยู่คนเดียว แยกตัว มองดูเข้าได้กับ Depression ได้พาไปพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา คิดว่าน่าจะมี Depression + OCD”

“ประมาณปี 2536 ผู้เสียชีวิตเปิดคลินิก เริ่มเปิดการทำงาน ก็จะลดการทำงานลง ก็จะอยู่แต่บ้าน ฟังแต่ธรรมะทั้งวันทั้งคืน อ่านหนังสือธรรมะ อยู่ดีๆ ผู้เสียชีวิตก็จะเบื่อขึ้นมา หายไปเป็นวันๆ ติดต่อกไม่ได้ แต่สุดท้ายก็โทรมาบอกว่าตอนนี้ไปนอนอยู่ที่คอนโดที่ระยอง กลุ่มใจ จะเห็นอะไร ขวาวหูขวาวตาไปหมด รำคาญเพื่อนร่วมงาน ใครทำอะไรก็รำคาญ ไม่ถูกใจ เบื่อโลก อยากอยู่คนเดียว จะเก็บตัว “

“ไม่ซี้กแล้ว แต่มีอาการระแวง หูแว่ว อย่างเช่นตอนไปเล่นสนุก แล้วก็ดื่มเหล้าแล้ว แล้ว เขาก็จะเป็นคนเจ้าวางแผน ก็บอกให้ภรรยาไป เดี่ยวออกคนละทาง เขาบอกว่าจะมีคนมาดักอุ้ม

เขา แต่ตอนนั้นมีอาการเมื่อด้วย และอีกอย่างหนึ่ง ตอนเข้าห้องน้ำแล้วเขาก็ออกมา แล้วเขาก็บอกว่า มีคนจะมาลือคเขา “

“ผู้เสียชีวิตกลัว จะเครียดมากเรื่องที่พี่ชายเป็น CVA คือกลัวว่าจะเป็นแบบนั้น เพราะเขาบอกว่าจะจัดการกับตัวเอง”

“เคยกับผู้เสียชีวิตไว้ ตอน 50 กว่าๆ 60 เริ่ม Depress และไม่สบายใจอยากฆ่าตัวตาย ตอนนั้น ผู้เสียชีวิตเคยบ่นให้ฟัง ที่บ้านของผู้เสียชีวิตนั้นผู้เสียชีวิตเป็นลูกไล่ตลอด ลูกชายเป็นคนดี แต่ลูกสาวเข้าข้างแม่ ด่าว่าพ่อด้วย ก้าวร้าวกับพ่อด้วย”

“ก่อนที่จะเสียชีวิตผู้เสียชีวิตสงสัยว่าตนเองมีความผิดปกติในเลือด แต่แพทย์ตรวจแล้วก็ไม่เจอ เลยกลายเป็น Depression คิดว่าตัวเองเป็นโน่น เป็นนี่ แพทย์จับมา Admit ก็ไม่เจออะไร”

“ผู้เสียชีวิตเดินทางมารายงานตัวช้ากว่าเพื่อนๆ รุ่นเดียวกันประมาณ 6 เดือน เนื่องจากมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตทำให้เรียนจบช้ากว่าเพื่อนๆ และทางมหาวิทยาลัยได้ส่งต่อเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและขอให้ผู้บังคับบัญชาช่วยเหลือด้วยทางผู้บริหารรับทราบข้อมูลและคอยช่วยเหลืออยู่ห่างๆ”

“ข้อมูลจากจิตแพทย์ผู้รักษา ให้ข้อมูลว่าผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depression) ตั้งแต่นั้นเป็นนักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 4 มาด้วยอาการเครียด เบื่อ ท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่อยากเรียน สาเหตุน่าจะมาจากงานหนักมากและเครียด”

2.5 การเรียน

“แต่คุณแม่อีกบังคับให้เรียนหมอ แต่ผู้เสียชีวิตไม่ชอบ แต่ชอบวาดรูป”

“บิดาอยากให้ลูกทุกคนเป็นแพทย์เพราะเป็นอาชีพที่มั่นคง แต่ลูกผู้พี่บอกว่าผู้เสียชีวิตไม่ชอบอาชีพแพทย์ มีปัญหาขณะฝึกตอนเป็น Intern”

“ผู้เสียชีวิตเดิมไม่ชอบอาชีพแพทย์อยู่แล้ว ประกอบกับมีอาจารย์ที่เคยสอนผู้เสียชีวิตมาชักชวนให้เป็นอาจารย์ จึงเลิกทำคลินิก”

“จนมาวันหนึ่งบิดาได้รับโทรศัพท์จากผู้เสียชีวิตว่า เรียนไม่ไหวแล้ว เรียนไม่ได้แล้ว แต่ไม่ทราบเหตุผลอื่น”

2.6 Drug & Alcohol

“ดื่มเหล้ามาก อ้วนลงพุง เพื่อนๆ ล้อกันว่าไม่ตายด้วยโรคตับก็ต้องโรคหัวใจ”

“ได้ข่าวตลอดว่าเขาดื่มมาก”

“ท่านเป็นแพทย์ถ้ารู้ว่าเป็นโรคประจำตัวก็คงไม่น่าจะดื่มสุรา เวลาท่านดื่มมากๆ ก็ไม่กล้ามีใครห้าม “

“ทานมาก แต่ถ้าจะติดน่าจะติดเพื่อนมากกว่า เพราะถ้าไม่มีเพื่อนก็จะทานเหล้าไม่ได้จะไปทานเหล้ากับเพื่อนๆ ที่จะเป็นคนตรงๆ เหมือนกัน พบกับเพื่อนทุกวันเสาร์ ถ้าทานแล้วจะทานไม่หยุดเลย ตั้งแต่ 4 โมงเช้าถึงตีสี่ห้า และปริมาณเยอะมาก และพอวันอาทิตย์ก็จะพักผ่อน ไม่ดื่มเหล้าเลย “

“ไม่แน่ใจว่าซื้อเองหรือว่าเอาจากห้องผ่าตัด เพราะปกติหมอสูติ จะเข้าห้องผ่าตัดก็จะหยิบยาอะไรเองได้ เพราะเนื่องจากมันอยู่ที่โต๊ะวิสัญญีในห้องผ่าตัด ถ้าแอบหยิบขึ้นมาสักหลอดหนึ่งก็ไม่มีใครรู้ เพราะเจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้เช็ค “

“เวลาเครียดก็จะให้ยาตัวเอง อาจจะกินยาระงับความเครียด”

“ส่วนใหญ่จะกินยาก็จะไปซื้อเอาเอง ไม่ได้เบิก ก็วันที่ไปเจอตอนวันที่เสียชีวิตก็จะเห็นยาพวกนี้เต็มไปหมดเลย เป็นยาพวกทางจิตเวช แก้อาการที่เป็นร้อยเป็นพันเม็ดเลย เพราะยาพวกนี้ไม่สามารถเบิกจากโรงพยาบาลได้เยอะขนาดนี้ “

“เพื่อนร่วมงานให้ข้อมูลว่ามีประวัติการใช้ยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชมาตั้งแต่ปฏิบัติงานอยู่ที่จังหวัด... จะมีการหยุดงานไปโดยไม่แจ้งไม่ลาเป็นระยะๆ และเมื่อกลับมาปฏิบัติงานบางครั้งยังหลงเหลือร่องรอยของความเครียดจะไม่พูดคุยกับใคร”

3. ปัญหาบุคลิกภาพและลักษณะนิสัย และ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3.1 ปัญหาบุคลิกภาพและลักษณะนิสัย

ในด้านปัญหาบุคลิกภาพ หลังจากผ่านการชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา และนำเข้าสู่ที่ประชุมปรึกษารายกรณีแล้ว คณะผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่ามีบุคลิกภาพผิดปกติเนื่องจากไม่มีรายงานทางการตรวจวินิจฉัยขณะผู้ตายมีชีวิต แต่ได้จำแนกบุคลิกภาพออก (Trait) เป็น 4 ประเภท ตามลักษณะ คือ

1. Cluster A (พฤติกรรมแปลกประหลาด)
2. Cluster B (เจ้าอารมณ์)
3. Cluster C (ความวิตกกังวลสูง)
4. ไม่สามารถจัดกลุ่มได้

1. Cluster A (พฤติกรรมแปลกประหลาด)

“เรื่องของการเบี่ยงเบนทางเพศบ้างไหม ก็คือมีหลายคนสงสัยเหมือนกัน เพราะแต่งตัวค่อนข้างเนี้ยบ กลีบค่อนข้างโค้ง”

“เป็นคนขี้อาย เก็บตัว แต่ไม่บุคลิกภาพถึงกับเป็น Schizoid Personality ไม่ค่อยสูงส่งกับผู้อื่น”

“มีเรื่องทะเลาะกับภรรยาเนื่องจากหึงหวงภรรยามาก เคยจ้องนักสืบติดตามภรรยา เคยทะเลาะกันถึงขั้นขังภรรยาไว้ในบ้าน”

2. Cluster B (เจ้าอารมณ์)

“เคยพูดล้อเล่นหย�กับเพื่อนๆ จนเกิดอารมณ์โกรธได้ผลักกเพื่อนนักเรียนแพทย์ด้วยกันและมีท่าทีจะชกต่อยกัน เพื่อนๆห้ามไว้ได้ทัน”

“เวลาเครียดเขาจะไม่ระบายที่อื่น เขาจะระบายในบ้าน โดยเฉพาะแม่บ้านต้องรับบทหนักทุกอย่าง โกรธกับคนอื่นก็มาลงที่ภรรยาหมด...ทำลายข้าวของแล้วจะหายเครียด ชกต่อยก็มี เคยชกหน้าภรรยา แต่ไม่ได้ทำกับลูกๆ”

“มีปืนแต่ไม่ทำร้าย เคยแต่ยิงขู่อื่นๆ ถ้าโกรธใคร บางทีคนที่โกรธไปแล้วแต่พอเห็นหน้าภรรยาก็โกรธ ก็ยิงขู่อื่นๆอีก”

“เป็นคนจริงจังกับการทำงาน เป็นคนตรง พูดจากขวานผ่าซาก ยึดความเท่าเทียมกัน มีความคาดหวังในการทำงานสูง รักษาคนไข้ให้ดีที่สุด...เมื่อโกรธแล้วจะยับยั้งไม่ได้ ขว้างปาข้าวของ ทำทลาย แต่เมื่ออารมณ์สงบแล้ว รับฟังคำชี้แจงได้”

“มีอารมณ์ฉุนเฉียว ใจร้อนวู่วาม เคยทะเลาะกับเพื่อนร่วมงานและเคยถูกร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องนี้”

“เดิมเป็นคนมีนิสัย Biphasic อารมณ์ ครั้นเคร่งก็จะสนุกสนานมาก สลับกับบางช่วงจะซึมเศร้า เพื่อนๆจะรู้ว่าเมื่อไหร่ที่ซึมแยกตัวไม่พูดคุยกับใครก็จะปล่อยเขาไปสักพัก 1-2 วันก็จะดีขึ้น แล้วกลับมาว่าเจ๋งเหมือนเดิม”

3. Cluster C (ความวิตกกังวลสูง)

“มีลักษณะของ Obsessive Compulsive Personality คือ จะทำอะไรให้ดีที่สุด และรับผิดชอบในงานทุกอย่างที่เข้ามาถ้าเกิดผิดพลาดจะคิดว่าตนเองบกพร่อง คิดในทางลบกับตนเองเสมอ”

“ตอนสอบเข้าเรียนแพทย์ได้ที่ 1 ของชั้นปี มีความลังเลในการที่จะเลือกคณะแพทย์ คิดวนไปวนมา 4 ครั้ง”

“มีเรื่องความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเรียนคลินิก เป็นลักษณะย้ำคิดย้ำทำ ในเรื่องการเรียน กลัวเรียนไม่จบ เพื่อนๆ เห็นผิดปกติ เช่น การหมกมุ่นอยู่กับการทำรายงานผู้ป่วยหรือวิชานั้นๆ จนมากเกินไป”

“ลักษณะ เข้าได้กับบุคลิกภาพย้ำคิด ย้ำทำ มี Super Ego สูง มีความรับผิดชอบสูง พยายามที่จะเสียสละแม้ว่าจะต้องรับภาระในงานนั้น ๆ เพียงคนเดียว ได้ประวัติว่าอยากพยายามทำให้ดีที่สุด เพื่อให้ญาติคนหนึ่งภูมิใจในตัวของตน แต่ถ้าทำไม่ดีก็รู้สึกผิด”

“เป็นคนขี้กังวล ทำวิจัยได้เร็วกว่าคนอื่น เช่น เพื่อนทำได้เพียง 0-10% แต่ตนทำได้ 50% ก็ยังกังวล เครียดว่าจะทำได้หรือไม่ จะผ่านหรือไม่”

“หลังจากได้รับรางวัลผู้เสียชีวิตก็ยิ่งทำงานมากขึ้นและช่วงหลังก็จะเครียดง่ายขึ้นอีก ทั้งนี้ผู้เสียชีวิตบอกว่าต้องเป็นตัวอย่างที่ดีและจะพลาดไม่ได้”

“จนกระทั่งมีเหตุการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุเกิดขึ้น ทำให้ผู้เสียชีวิตกังวลมากจนบางครั้งบ่นว่านอนไม่หลับ ซึ่งภรรยาสังเกตเห็นว่าผู้เสียชีวิตเครียดมากและบอกว่าจะต้องทำงานให้มากขึ้นจะได้ไม่คิดมาก”

4. ไม่สามารถจัดกลุ่มได้

“นิสัย มั่นใจในตนเอง เป็นคนตั้งใจทำอะไร ก็ต้องให้สำเร็จ ถ้าไม่พอใจจะเจียน”

“เป็นคนตรงและเป็นคนที่ความคิดแบบจะให้ทุกอย่างบริสุทธิ์ขาวสะอาดไปหมด ซึ่งมันเป็นไปไม่ได้”

“เที่ยวเก่ง ชอบกินเหล้า ถ้ากินแล้วจะกินจนเมา ค่อนข้างจะเมาเยอะเหมือนกัน ถ้าวันไหนไม่ได้อยู่เวรจะกินเหล้าหนัก ก็มีเที่ยวกลางคืนตามสถานบันเทิง จะไปเกือบทุกคืน”

“ผู้เสียชีวิตจะเป็นคนมี 2 บุคลิก คือโดยปกติจะเป็นลูกคนเล็ก ถูกตามใจมาตลอด ไม่เคยถูกขัดใจ ทั้งจากบิดา มารดา หรือพี่น้อง เป็นคนขี้เล่น ชอบสนุก ร่าเริง แต่อีกบุคลิกหนึ่งก็คือเป็นผู้นำ ตั้งใจ และจริงจังในการทำงานมาก สามารถตัดสินใจในเรื่องบางเรื่องของครอบครัวได้ และเป็นคนจริงจัง”

“สังเกตตอนเด็กๆ ว่าถ้าพี่น้องเล่นกันและไม่เล่นกับเขา ผู้เสียชีวิตก็จะเข้าไปแทรกคล้ายๆ เรียกเรื่องความสนใจให้มาสนใจในตัวของเขาบ้าง “

“เวลาผู้เสียชีวิตเวลาพูดกับใครจะไม่ค่อยสบตาคน จะก้มหน้าก้มตาหลบๆ ไม่ค่อยมั่นใจในตัวเอง”

“เป็นคนพูดน้อย แต่งกายสุภาพเรียบร้อย เปลี่ยนสีทรงผมและเปลี่ยนกลิ่นน้ำหอมบ่อย บางครั้งทาอายแชโดว์อื่นๆ ขณะขึ้นปฏิบัติงาน พูดจาสุภาพเป็นผู้ชาย”

3.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

“ผู้เสียชีวิตรักคนไข่มาก เดี่ยวนี้หาหมอเหมือนเขาไม่ได้แล้ว ไม่ว่าจะรวยหรือจนเขาดูแลเท่าเทียมกันหมด ไปตรวจคนไข้ตามบ้านกิ่งวิถี วิทยุรักษ์ สถานสงเคราะห์บางแค”

“3 เดือนก่อนเสียชีวิตเปลี่ยนไป คือ แยกตัว เงียบขรึม ไม่สูงส่งกับใคร”

4 ภูมิหลังครอบครัว และประวัติการทำร้ายตนเอง

4.1 ภูมิหลังครอบครัว

“คุณแม่เป็นคนปิดตัวเอง ถ้าจะเอาต้องได้ แต่ตามใจลูกถ้าอยากได้อะไรให้ทุกอย่าง แต่ถ้าท่านอยากได้อะไรต้องได้”

“เป็นลูกคนเดียวในครอบครัว ถูกเลี้ยงดูโดยตามใจให้เกือบทุกอย่าง เป็นเด็กที่อยู่ในโอวาทของบิดา-มารดา และมารดามีการเลี้ยงดูลักษณะ over involvement”

“ผู้เสียชีวิตไม่เคยพูดถึงครอบครัวและไม่มีรูปครอบครัวให้ดูและจากเพื่อนหญิง คนสนิท เล่าว่าขณะคบกันไม่เคยพูดถึงครอบครัวเลย”

“ไม่เปิดเผยเรื่องญาติพี่น้อง แม้แต่กับเพื่อน ไม่มีรูปภาพของญาติพี่น้อง ทำเหมือนลึกลับ”

“ที่นิสัยไม่ชอบสูงส่งกับใครไม่ใช่เป็นแต่ผู้เสียชีวิตแค่คนเดียว พี่น้องทุกคนก็นิสัยแบบนี้ด้วยไม่ชอบสูงส่งกับใคร ไม่ใช่ผู้เสียชีวิตเป็นคนผิดปกติเพราะพี่น้องก็เป็นเหมือนกันหมด แต่ถึงเวลาทานข้าวก็ทานด้วยกัน คุยกัน”

“พวกพี่น้องจะไม่ค่อยยุ่งกับเรื่องส่วนตัวของแต่ละคน พี่น้องก็จะไม่ค่อยรู้ถึงปัญหาของกัน และกัน ไม่ว่าจะเรื่องสุขหรือเรื่องทุกข์”

4.2 ประวัติทางด้านความคิดและการทำร้ายตนเอง

“เรื่องเบื่อชีวิตพูดเรื่อยๆ ว่าเหนื่อยอยากตาย พูดตอนเวลาเหนื่อยๆจะพูดจนเป็นเรื่อง ธรรมดา”

“ขณะขับรถกลับบ้าน ผู้เสียชีวิตเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยขับรถชนสะพาน ในขณะนั้นผู้เสียชีวิตโทรหาแพทย์รุ่นพี่ และบอกให้ผู้เสียชีวิตแวะคุยที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ระหว่าง เดินทางพอดีจึงสามารถป้องกันไว้ได้”

“ พูดถึงการเตรียมปืน แต่ปืนอยู่กับมารดา เบิกยา Amitriptyline และบอกเพื่อน เพื่อน จึงนำไปทิ้ง”

“ผู้เสียชีวิตมักจะพูดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการวางแผนฆ่าตัวตาย ให้เพื่อนฟังเป็นระยะ และทุกคนพยายามตามดูแล ซึ่งขณะนั้นสามารถเรียนและรับผิดชอบงานได้ตามปกติ ยกเว้นไม่ค่อยมีสมาธิ”

“ผู้เสียชีวิตเคยถามว่าระหว่างบวชกับฆ่าตัวตายจะทำอย่างไหนดี เพราะว่าเบื่อ”

“ผู้เสียชีวิตเคยพูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยบอกว่าถ้าไม่อยากตายแบบทรมานก็ใช้ฉีดยาชนิดหนึ่งเข้าเส้นแล้วก็หลับ หัวใจจะค่อยๆหยุดเต้น ส่วนการผูกคอตายหรือฆ่าตัวตายวิธีอื่นนั้นทรมาน และยังบอกอีกว่าถ้าไม่มีจุดหมายที่ผู้เสียชีวิตเขียนจะคิดว่าเป็นการฆาตกรรม”

“ผู้เสียชีวิตเคยเล่าให้ฟังว่าตนเองเคยไปดูหมอมาตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษาแพทย์ว่าเป็นคนอายุสั้นจะเสียชีวิตอายุ 39 ปี จึงจำเป็นต้องรีบทำงานให้มากๆ”

5. ปฏิกริยาของผู้เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต

“ที่ไม่ได้เชิญไปที่บ้านเพราะว่าเรื่องนี้คุณแม่ไม่ทราบ ว่า ผู้เสียชีวิตฆ่าตัวตาย แต่ทราบ ว่าขาดอากาศหายใจ เพราะคุณแม่ทำใจไม่ได้”

“ทุกคนเสียใจกันหมดเลย มางานศพเต็มทุกคืน ในการเสียชีวิตก่อนหน้านี้ได้เขียนบันทึกไว้ว่าให้ไว้ที่วัดไหน ให้สวดแค่ 3 คืน ไม่ต้องเก็บศพไว้นาน ไม่ต้องขอพระราชทาน ผลงานที่ทำมา ไม่ต้องตีพิมพ์ คนที่ทำงานรู้หมดแล้วไม่ต้องพิมพ์ให้เสียเงิน จะบันทึกก่อนเสียชีวิตประมาณ 10 ปี แล้ว คิดว่าชีวิตไม่แน่นอน”

“รู้สึกเสียต่อการเสียชีวิตของผู้เสียชีวิต เพราะเป็นคนดี มีน้ำใจ เป็นแพทย์ที่มีระบบการทำงานดี ขยัน ทำงานมาก เอาใจใส่ผู้ป่วย คิดเงินไม่แพง รักษาคนไข้แบบจนหรือรวยเท่ากัน

“ไม่คิดว่าจะฆ่าตัวตายแต่คงมีปัญหาเรื่องครอบครัวและการเงิน... ไม่คิดว่าจะฆ่าตัวตาย คงจะเครียดเรื่องลูกและภรรยาขายที่ดินได้ก็ใช้เงินหมด เป็นหนี้สิน”

“มารดาผู้เสียชีวิต “ ขอร้องให้ปิดข่าว “ ญาติคนอื่นๆ ไม่ทราบถึงการฆ่าตัวตายของผู้เสียชีวิต”

“มารดาของผู้เสียชีวิตยังมีภาวะโศกเศร้าจนถึงปัจจุบัน(ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแก่บิดาผู้เสียชีวิตในการดูแลมารดาของผู้เสียชีวิตและการติดต่อขอความช่วยเหลือ)”

“คือดิฉันจะโทษตัวเองว่าวันนั้นถ้าเราไม่หนีกลับบ้านผู้เสียชีวิตจะไม่ฆ่าตัวตาย พี่ๆ ก็บอกว่าไม่ต้องคิดมากหรอก เขาน่ะคิดอยู่ตลอดเวลาเรื่องฆ่าตัวตาย “

“ชาวบ้านก็บอกว่าตายเพราะความบ้า คือ มองในแง่ไม่ดี แม้แต่เพื่อนที่คบกันในละแวกบ้านก็คิดอย่างนั้นเหมือนกัน...ไม่ค่อยมีใครเศร้าโศก...เพราะไม่ค่อยมีใครสนใจผู้เสียชีวิตเท่าไร แต่ชาวบ้านจะเป็นหนี้ผู้เสียชีวิตค่ารักษาพยาบาล รักษาแล้วก็ได้ไม่ ให้ แต่ผู้เสียชีวิตก็ไม่เคยทวง “

“บิดา มารดาและญาติทั้งของผู้เสียชีวิตและภรรยา รวมทั้งลูกสาว รู้สึกเศร้า เสียใจ ผิดหวัง ไม่มีใครในครอบครัวอยากจะพูดถึงเหตุการณ์อันเลวร้ายที่ผ่านมาอีก”

“เพื่อนคิดว่าไม่น่าเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ได้...เพื่อนสนิทคิดว่า มีสาเหตุจากคู่มั้นที่ทำให้ ผู้เสียชีวิตผิดหวังและคับแค้นใจ...บิดา-มารดา ไม่อยากพูดถึงเรื่องนี้อีก เพราะเสียใจมาก”

“ในงานศพทุกฝ่ายก็ไป แต่ทางญาติจะไม่ให้ฝ่ายหญิงเข้างาน แต่พี่สาวบอกว่าตนเอง อยากทำตามที่คุณเสียชีวิตบอก คือการให้อภัย”

“ญาติและเพื่อนๆ ไม่มีใครทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าทำไมเป็นแบบนี้...ญาติพี่น้อง และแฟนสาวเสียใจมาก ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์นี้”

“ทุกคนที่ทราบข่าว คาดไม่ถึงว่าผู้เสียชีวิตจะทำร้ายตนเอง เพราะไม่มีอาการหรือ เหตุการณ์น่าที่ชัดเจนพอจะสรุปได้ว่าอะไรคือสาเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวของผู้เสียชีวิต ไม่ทราบเลยว่าสาเหตุเกิดจากอะไร เพราะผู้เสียชีวิตไม่เคยเล่าให้ฟัง”

“ผู้แวดล้อมผู้เสียชีวิตคิดว่าน่าจะถูกละเมิด”

แล้วอำพรางคดีว่าตกจากตึก ไม่มีสาเหตุที่จะฆ่าตัวตาย เพราะกำลังเตรียมจะแต่งงาน ไม่มีเรื่องขัดแย้งกับใคร แฟนก็คบกันมีความสุขส่วนใหญ่เห็นว่าตำรวจปิดคดีเร็วเกินไป ญาติรู้สึก ว่าไม่ได้รับความร่วมมือจากนิติเวช เท่าที่ควร สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีปัญหาการ งาน การเงิน การเรียน ไม่มีความผิดปกติทางจิตจึงไม่น่าจะฆ่าตัวตาย”

“บรรยากาศในงานศพเมื่อเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลชุมชนรู้ข่าวต่างตกใจ ไม่เชื่อ เรื่องที่เกิดขึ้นและรีบเดินทางมาช่วยจัดพิธีกรรม อยู่เฝ้าตลอด ช่วยเหลือเท่าที่สามารถช่วยได้ เพื่อน ร่วมงานรู้สึกเสียใจตายแพทย์ที่ดี และไม่เคยทราบมาก่อนว่าผู้เสียชีวิตมีปัญหาทางด้านจิต ป่วยเป็น โรคซึมเศร้า เท่าที่เห็นพฤติกรรมการแสดงออกเหมือนคนทั่วไป ไม่พบความผิดปกติอะไร”

“คิดไม่ถึงว่าผู้เสียชีวิตจะทำอะไรอย่างนี้เพราะเท่าที่คบกันมาทราบว่าผู้เสียชีวิตไม่ชอบ วิธีการทำร้ายตนเองเป็นอย่างมาก”

แบบสัมภาษณ์

การแนะนำตัว

ผม ชื่อ.....กับ.....เป็นตัวแทน มาจาก.....

อยากขอสัมภาษณ์ข้อมูลของคุณหมอ.....ตามที่ได้เคยติดต่อทางโทรศัพท์ ไม่ทราบว่า คุณมีความสัมพันธ์อะไรกับคุณหมอ..... ตอนนี้คุณพร้อมหรือยังครับ ในการคุยกันตรงนี้เรา ขออนุญาตที่จะบันทึกเทปไว้เพื่อนำไปถอดเทป และข้อมูลที่คุณให้ทั้งหมดจะเป็นความลับ

เหตุการณ์ขณะเสียชีวิต

คุณพอที่จะเล่าให้ฟังได้ไหมครับว่าตอนนี้คุณหมอเสียชีวิตเรื่องราวเป็นยังงัยครับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

- เหตุเกิดขึ้นอย่างไร
- เริ่มต้นยังงัย
- คุณอยู่ที่ไหน และคุณทราบเหตุการณ์ได้อย่างไร
- คุณพอจะทราบเหตุผลไหมครับว่า เป็นเพราะอะไรคุณหมอจึงตัดสินใจทำร้ายตนเอง
- อะไรเป็นสาเหตุ (เกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน ความสัมพันธ์ครอบครัว ประวัติเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ)

การทำงาน

- ตอนนั้นคุณหมอกำลังทำงานที่ไหน ตำแหน่งอะไร สาเหตุที่เกิดจากการงานเป็นในลักษณะไหน เป็นเรื่องเนื้องาน, การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

ครอบครัว

- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณหมอกับครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง
- เรื่องที่ทำให้คุณหมอเครียดตอนนั้นเป็นเรื่องอะไร
- คุณทราบได้อย่างไร
- คุณหมอเคยไปปรึกษาใครหรือไม่

ประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช

- ตอนนั้นคุณหมอมีอาการอะไรบ้าง เริ่มมีตั้งแต่เมื่อไหร่ รายละเอียดของอาการ เคยรักษาที่ไหนบ้าง
- ผลการรักษาเป็นอย่างไร นอกจากคุณทราบแล้วมีใครทราบอีกบ้าง
- อาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องอะไรกับการเสียชีวิตอย่างไร

ประวัติเจ็บป่วยทางกาย

- โรคเรื้อรังที่ทราบ โรคภัยแรง
- โรคที่เป็นอยู่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตอย่างไร

- คุณหมอที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่
- มีผลกระทบต่อชีวิตทางด้านไหนบ้างหรือไม่
- คุณหมอเคยแก้ปัญหาเหล่านี้หรือไม่
- คุณพอจะทราบไหมว่าจุดไหนที่คุณหมอดัดสินใจทำร้ายตัวเอง

ความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง

- นอกจากเรื่องที่คุณเล่าให้ฟัง คุณหมอมมีปัญหาเรื่องอื่นๆ ด้วยหรือเปล่า เช่น ความดัน เบาหวาน ปกติคุณหมอใช้สารเสพติดหรือไม่ เช่น ยาอนาโบล

ประวัติครอบครัว

คุณพอจะบอกได้ไหมว่าคุณหมอมีพี่น้องกี่คน คุณพ่อ แม่เป็นคนมีนิสัยอย่างไร มีความสัมพันธ์ยังไงกับคุณหมอบ้าง พี่น้องทำงานอะไร คนไหนมีอิทธิพลต่อคุณหมอมากที่สุด ทั้งแง่ดีและไม่ดี

- คุณพอจะทราบไหมว่าความสัมพันธ์ของคุณหมอกับครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง
- มีใครในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่ ทางกาย/ทางจิต

ประวัติส่วนตัว

- พอจะเล่าชีวิตในวัยเด็กของคุณหมอได้ไหมว่าเป็นอย่างไรบ้าง พี่เลี้ยงอยู่ที่ไหน มีการโยกย้ายถิ่นฐานหรือเปล่า การเรียนเป็นยังไง ช่วงเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน มีอะไรเป็นจุดหักเหในชีวิต คุณคิดว่าคุณหมอเป็นอย่างไร เวลามีปัญหาเขาจะแก้ไขยังไง เวลาเจ็บป่วยจะดูแลตัวเองอย่างไร เคยมีการก้าวร้าวหรือเปล่า
- คุณหมอเองมีแนวคิดหรืออุดมคติในการเป็นแพทย์อย่างไร
- คุณพอจะทราบไหมว่าเพื่อนร่วมงานของคุณหมอมองคุณหมอเป็นอย่างไร
- ก่อนคุณหมอจะไม่สบาย คุณหมอใช้ชีวิตส่วนตัวอย่างไรบ้าง การกิน การนอน การออกกำลังกาย เคยดื่มสุราไหม เที่ยวไหม
- คุณหมอเคยเล่าเรื่องส่วนตัวให้คุณฟังบ้างหรือไม่
- เท่าที่ผ่านมาคุณพอจะรู้จักเพื่อนคุณหมอบ้างหรือไม่ เพื่อนแต่ละคนเป็นอย่างไร
- เคยมีความขัดแย้งกับเพื่อนๆหรือไม่ อย่างไร

(ผมรู้สึกเสียใจแทนคุณและครอบครัวที่คุณหมอจากไปและขอขอบคุณที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นและนำไปใช้ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพของแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น)

แบบรายงานการสัมภาษณ์การชันสูตรศพเชิงจิตวิทยา

Psychological Autopsy Report

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- Case ลำดับที่.....
- เพศ
- เชื้อชาติ
- อายุ
- สถานภาพสมรส.....

2. รายละเอียดการเสียชีวิต

- วันที่เสียชีวิต.....
- รายละเอียดการเสียชีวิต
- วิธีการ

.....

.....

.....

.....

- สิ่งที่พบจากการชันสูตร

-

3. มี Axis I Disorder หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

ถ้ามี การวินิจฉัย คือ.....

4. มี Axis II Disorder หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

ถ้ามี การวินิจฉัย คือ.....

5. ประวัติโดยย่อของผู้เสียชีวิต

บิดา มารดา ผู้ปกครอง

.....

.....

.....

.....

พี่น้อง

.....

.....

.....

.....

คู่สมรส

.....

.....

.....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

.....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา

.....

มีรายงานเรื่องอาการทางจิตปรากฏหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

6. มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

7. มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

8. ประวัติการเสียชีวิตของคนในครอบครัวผู้เสียชีวิต (มะเร็ง, การเจ็บป่วยรุนแรง, อายุที่เสียชีวิต และรายละเอียด อื่นๆ

.....

9. บุคลิกลักษณะและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้เสียชีวิต

.....

.....

.....

.....

10. รูปแบบการตอบสนองต่อความเครียด, อารมณ์ว่าวุ่นใจ, และช่วงเวลาแห่งการเสียสมดุล

.....

11. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะใกล้ๆ ภายใน 1 ปี ก่อนเสียชีวิต เช่น ความว่าวุ่นใจ, ความกดดัน, ความตึงเครียด หรือการคาดหวังต่อปัญหา

.....

.....

.....

12. แอลกอฮอล์หรือยา มีบทบาทอะไรบ้างต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือการตายของผู้เสียชีวิต

.....

13. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

.....

.....

14. จินตนาการ, ความฝัน, ความคิด, ลางสังหรณ์ หรือความกลัวที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต, อุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย

.....

15. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนการเสียชีวิต (งานอดิเรก, ลักษณะนิสัย, การกิน, รูปแบบกิจกรรมทางเพศ, และกิจวัตรประจำวันอื่นๆ)

.....

16. ข้อมูลที่สัมพันธ์กับ “บางด้าน” ของชีวิต (ความก้าวหน้า, ความสำเร็จ, แผนการในชีวิต)

.....

17. การประเมินความตั้งใจที่จะเสียชีวิต

.....

18. ลำดับวิธีการที่ทำให้เสียชีวิต (ความเป็นไปได้ของวิธีการที่ทำให้เสียชีวิต)

.....

19. ปฏิกริยาของผู้แวดล้อมต่อการเสียชีวิต

.....

แบบฟอร์มการนัดหมายทางโทรศัพท์

ชื่อผู้ตาย.....

เพศ..... อายุ.....ปี

สาเหตุการตาย.....

รายละเอียดกลุ่มเป้าหมาย

1. บิดา/ มารดา/ สามี/ ภรรยา /ญาติสนิท

ชื่อ	เกี่ยวข้องเป็น	ที่อยู่	โทรศัพท์	วัน/เวลานัดหมาย	จำนวนครั้งของการติดต่อ

2. เพื่อนร่วมงาน/ ผู้บังคับบัญชา

ชื่อ	เกี่ยวข้องเป็น	ที่อยู่	โทรศัพท์	วัน/เวลานัดหมาย	จำนวนครั้งของการติดต่อ

3. เพื่อนร่วมรุ่น /เพื่อนสนิท

ชื่อ	เกี่ยวข้องเป็น	ที่อยู่	โทรศัพท์	วัน/เวลานัดหมาย	จำนวนครั้งของการติดต่อ

4. แพทย์ผู้ดูแลรักษา / โรงพยาบาล / สถานีดำรง / อื่นๆ

ชื่อ	เกี่ยวข้องเป็น	ที่อยู่	โทรศัพท์	วัน/เวลานัดหมาย	จำนวนครั้งของการติดต่อ

ชื่อผู้นัด.....

วันที่เริ่มติดต่อ..... ถึงวันที่.....

จำนวนครั้งของการติดต่อ..... ครั้ง

หนังสือตกลงยินยอมร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ที่เสียชีวิต ในโครงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตแพทย์ไทย

สถานที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์

ข้อมูลแพทย์ผู้เสียชีวิตชื่อ

ชื่อผู้สัมภาษณ์

ชื่อผู้สังเกตการณ์

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์) ได้รับทราบถึงโครงการวิจัยเรื่อง โครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแพทย์ไทยในหัวข้อ การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของแพทย์ จากคณะผู้ทำการวิจัย ถึงประโยชน์และความคุ้มค่าของการให้ข้อมูลอย่างชัดเจนรวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ ดังนั้นข้าพเจ้าจึงตกลงยินยอมร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูลข้าพเจ้าได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยว่าเพื่อต้องการทราบสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยด้านจิตสังคม ประวัติการเจ็บป่วย รวมถึงปัญหาบุคลิกภาพที่มีผลต่อการเสียชีวิตของแพทย์ และเพื่อค้นหาแนวทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

ในการสัมภาษณ์ข้อมูลนั้นข้าพเจ้าจะได้รับการอธิบายถึงเหตุผลและวิธีการสัมภาษณ์อย่างละเอียด จะได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์ 1 คน และมีผู้สังเกตการณ์อีกหนึ่งคน โดยใช้วิธีการบันทึกเทปเพื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง บุคคลที่มาสัมภาษณ์ข้าพเจ้านั้นเป็นเจ้าหน้าที่ด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลด้านจิตเวช

ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 – 5 ชั่วโมง โดยจำนวนครั้งและเวลาที่ใช้นั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมในการให้ข้อมูลของข้าพเจ้า หากว่าข้าพเจ้ารู้สึกสะเทือนใจหรือลำบากใจในการให้ข้อมูลข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลนั้น ๆ ได้

ข้าพเจ้าทราบว่านอกจากข้าพเจ้าแล้วยังมีบุคคลอื่นที่จะให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มญาติสนิท กลุ่มเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา กลุ่มเพื่อนร่วมรุ่นแพทย์ แพทย์ผู้ดูแล รวมถึงเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ที่แพทย์ผู้เสียชีวิตเกี่ยวข้อง เพื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลในการวินิจฉัยที่ชัดเจนต่อไป

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์นั้นจะถูกนำไปวิเคราะห์ปรึกษาร่วมกันในคณะผู้วิจัยและข้าพเจ้าสามารถสอบถามคณะผู้สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ทุกเรื่องที่ข้าพเจ้าไม่

เข้าใจและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับการอธิบายอย่างละเอียด รวมถึงมีสิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ทุกขณะที่สัมภาษณ์ หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้สัมภาษณ์หรือคณะทำการวิจัยได้ที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โทร.0 2437 0200-8 ต่อ 4286, 4277

การตัดสินใจในการตกลงยินยอมให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตนั้นเกิดจากความยินยอมและสมัครใจของข้าพเจ้าเอง ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนข้อตกลงในการให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าได้รับหนังสือตกลงยินยอมให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของแพทย์ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกันกับฉบับนี้ 1 ฉบับแล้วเพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ผู้สัมภาษณ์และผู้สังเกตการณ์เรียบร้อยแล้ว

วันที่	เดือน	พ.ศ.	ลายมือชื่อ
			(.....)

พยาน	พยาน
ชื่อ – สกุล	ชื่อ – สกุล
ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ

ผู้สัมภาษณ์	ผู้สังเกตการณ์
ชื่อ – สกุล	ชื่อ – สกุล
ลายมือชื่อ	ลายมือชื่อ