



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

และความรู้สึกสำนึกในความขอบคุณนี้ใคร่ขอเป็นบุญกุศลต่อไปยังผู้เสียชีวิตที่เป็นแหล่ง 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 สรุปคือในทุกการศึกษ้อัตราการฆ่าตัวตายพบในแพทย์สูงกว่าในประชากรทั่วไปและกลุ่มอาชีพอื่น 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 ในการศึกษาเรื่องจิตแพทย์ไทยกับการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆทั้งหมด18 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

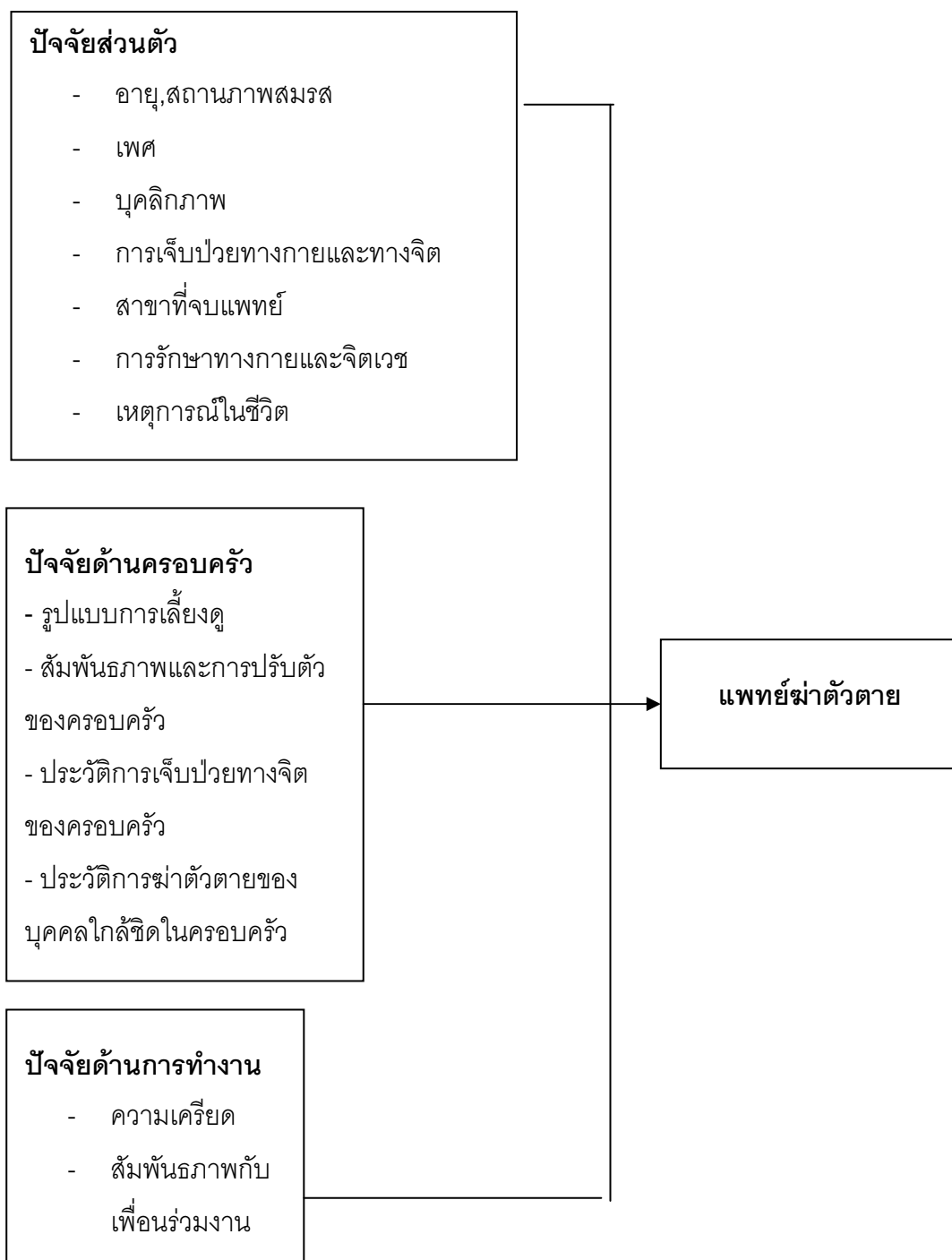
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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, และความต้องการที่จะหลีกหนี²⁰

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

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ^{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 การฆ่าตัวตายเกิดจากสภาวะติญานความตายหันเข้าหาตนเอง บุคคลที่ฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกเกลียดชังเป็นปรปักษ์เกิดขึ้น ในความเกลียดชังที่ว่านี้มีความปรารถนาซ่อนอยู่ 3 อย่างคือ ความปรารถนาที่จะฆ่า ความปรารถนาที่จะถูกฆ่า และความปรารถนาที่จะตาย

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

การพยายามฆ่าตัวตายอาจทำให้อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นมานานแล้วดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้ลงโทษตนเองหรือลงโทษบุคคลอื่น ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากใช้

วิธีการหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพื่อต่อสู้กับอารมณ์ซึมเศร้าที่ตนเองทนไม่ไหวแล้ว หรือต่อสู้กับความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกหมดหวังจึงเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดตัวหนึ่งของอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าอาจจะฆ่าตัวตายในขณะที่อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นแล้ว

กระบวนการที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

มานิช หล่อตระกูล และคณะ²⁴ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่มีในประเทศไทย พบว่า สภาพปัญหาคัดต้นที่สำคัญและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกัน 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

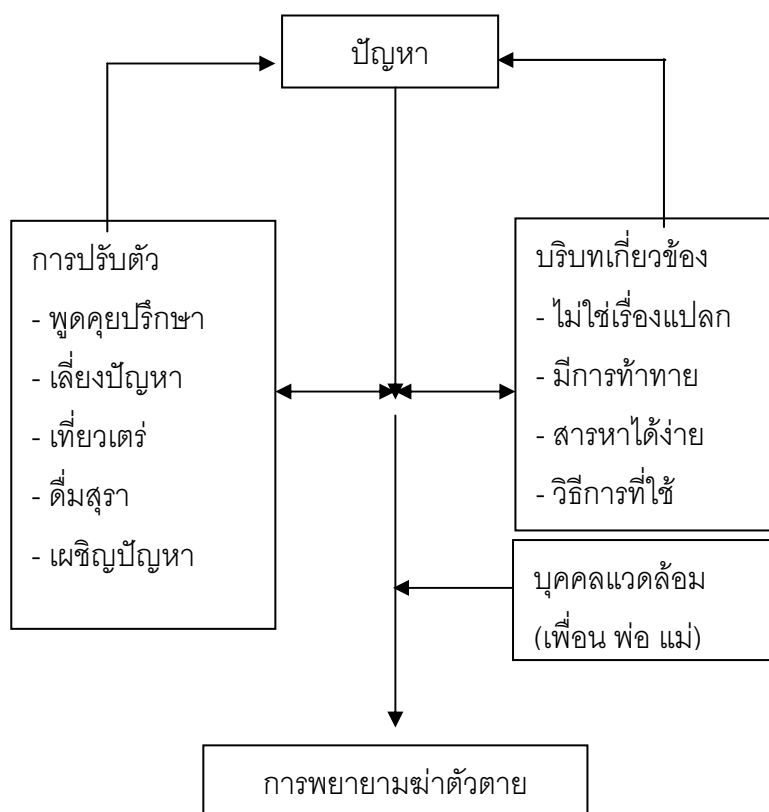
1. ญาติลำเอียงไม่ใส่ใจ ไม่เข้าใจตนเอง ครึ่งหนึ่งของชายที่พยายามฆ่าตัวตายยังเป็นโสด ซึ่งปัญหากดดันที่สำคัญจะเป็นปัญหากับคนในครอบครัวหรือญาติ เช่น พี่ชาย แม่ ป้า หรือยาย ลักษณะร่วมกันประการหนึ่งในผู้พยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้คือ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของเขานี้ ล้วนเป็นบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อเขาไม่ในด้านจิตใจ 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

หรืออาจเกิดจากพันธุกรรมของความรุนแรงของพันธุกรรม ซึ่งทำให้ระดับ serotonin ในสมองลดลงได้

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

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 อภิชาติ 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 การฆ่าตัวตายเป็นที่ปรากฏในผู้ที่ชอบอยู่โดยลำพังและมีประวัติการฆ่าตัวตายภายในครอบครัว 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 การฆ่าตัวตายมีสูงในกลุ่มว่างงานมากกว่าผู้ที่มืงานทำ การฆ่าตัวตายมักจะเกิดเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจภาวะซึมเศร้า 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 ของชายที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งฆ่าตัวตายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคภายใน 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 การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้มีส่วนหลักันหรือแตกต่างกันอยู่ระดับหนึ่ง 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 และ ร้อยละ 23 เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcohol abuse or dependence) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ฆ่าตัวตายอายุน้อยและสูงอายุ มีการศึกษาพบว่าในกลุ่มของคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีปัญหา Substance use disorders และ antisocial personality disorder ส่วนในกลุ่มที่อายุมากกว่า 30 ปี พบปัญหาเรื่องของโรคทางอารมณ์และ cognitive disorders ปัจจัยความเครียดที่เป็นเหตุกระตุ้น (Precipitant stressors) ที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี คือ การแยกกันอยู่ (Separation) การถูกปฏิเสธ (Rejection) ว่างงาน (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

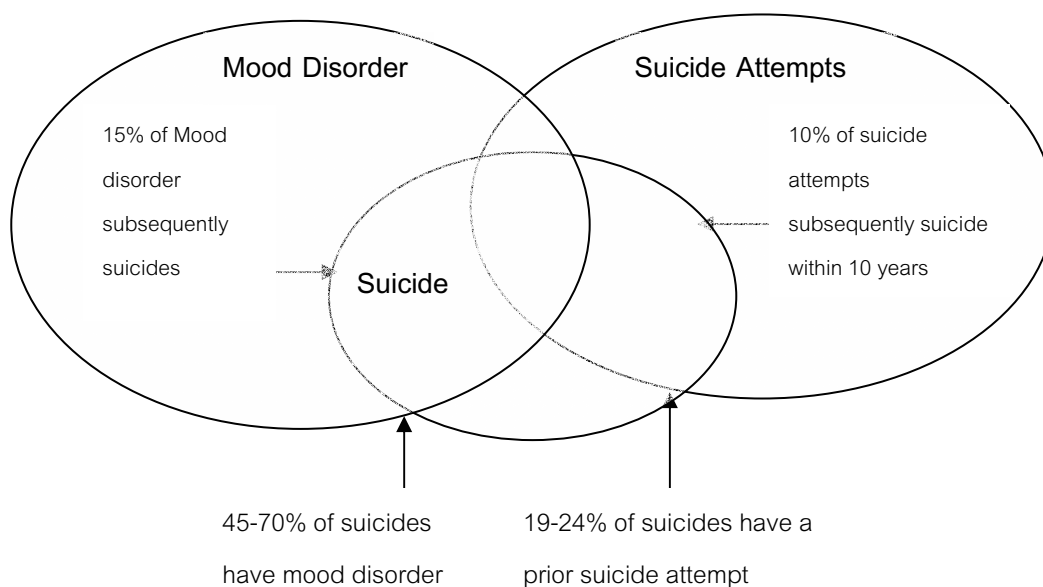
- **ปัญหามโนทัศน์**

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

ความเครียดเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายและการปรับตัวที่ผิดปกติทางจิตใจ 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 จึงเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูลและหลายแหล่งบันทึก

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 แนะนำถึงการตั้งคำถามวิจัยและการสร้างสมมุติฐานที่จะบ่งบอกถึงรูปแบบของการศึกษารวมไปถึงขอบเขตที่กำหนดในศึกษา 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 โดยส่วนใหญ่จะกระทำในระยะเวลา 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

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะใช้จิตแพทย์ 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 และมึนงงงุนงง 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 การเข้ายาบางชนิด 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 “บางทีอาจจะใช่” เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลใดที่ผู้วิจัยได้มาและข้อมูลใดที่ยังขาดไป ผู้วิจัยควรตระหนักอยู่เสมอว่าการขาดไปของข้อมูลสำคัญ เช่น เมื่อไม่นานนี้ได้เคยรับการตรวจรักษาโรคบางอย่าง หรือการปรากฏกลุ่มอาการบางอย่างชัดเจน ไม่ได้จำเป็นต้องหมายความว่า ไม่เคยปรากฏ ถ้าพ่อแม่ของผู้ตายแยกกันอยู่ ควรได้ข้อมูลทั้งจาก 2 ฝ่าย และตรวจสอบข้อมูลที่พ้องกันของทั้งสอง อย่างไรก็ตามการนำข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมารวมกัน ย่อมทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือมากขึ้น

การทำการศึกษาดังกล่าวด้วยวิธีการ Psychological Autopsy ให้ความหมายที่มีคุณค่ามากในการที่จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายและการหาแนวทางป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ การได้เข้าไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลทำให้การสืบสวนได้มาซึ่งข้อเท็จจริงและเห็นถึงระดับความเสียหายที่ปรากฏ แต่อย่างไรก็ตามการทำ Psychological Autopsy มีข้อจำกัดและปัญหาที่ต้องพิจารณามากมาย การวางแผนอย่างรัดกุมจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้และมีคุณค่า¹⁸

การรายงาน

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

จริยธรรมและข้อกฎหมาย

ผู้ศึกษาควรที่จะตระหนักในแง่จริยธรรมซึ่งเป็นผลจากการใช้วิธีนี้ในการศึกษา กรณีความลับของผู้ตายและผู้ให้ข้อมูลถือเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ในขณะเดียวกันผู้ศึกษาควรตระหนักต่อความรู้สึกที่ว่า สมาชิกของครอบครัวอาจจะกำลังเผชิญอยู่ในระยะของการสูญเสีย (Grieving process) ซึ่งมักจะมีอารมณ์ทุกข์ทรมาน 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 เป็นวิธีการหลักและยังอาจเป็นไปได้ดีกว่าแพทย์ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัย รักษาหรือถูกมองข้ามไป และยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างแพทย์ชายและแพทย์หญิงพบว่า 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 และการติดสุราและสารเสพติด ⁴⁷⁻⁵¹ Foster T และคณะ (1999) ⁵² ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยใน Axis II บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) เช่นต่อต้านสังคม (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

ในการศึกษาเรื่องความแตกต่างของอายุและพฤติกรรมการแสดงออกที่นำไปสู่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 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 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย 5 ปัจจัยหลักคือ เหตุการณ์ที่นำไปสู่การสูญเสีย (Loss event) พฤติกรรมฆ่าตัวตายในญาติชั้นต้น (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 คูพิทักษ์ 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 ส่วนเพศหญิงนิยมใช้กินสารต่าง ๆ มากกว่า และเมื่อศึกษาลักษณะปัญหากดดัน การปรับตัวและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายตายในแ่งมุมของความแตกต่างทางเพศ พบว่า ปัญหากดดันของเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากคู่รักหรือสามีไม่มีหญิงอื่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกไม่มั่นคง ในขณะที่เพศชายจะมีปัญหาทะเลาะกับญาติใกล้ชิดหรือคู่ครอง เพศหญิงมักปรึกษาคนใกล้ชิดแต่ไม่มีคนให้ความสนใจอย่างจริงจังหรือพอให้คำแนะนำได้ ส่วนเพศชายมักไม่พูดปรึกษาใคร และมีการปรับตัวต่อปัญหา

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

และในปี พ.ศ. 2544 โดยอภิชัย มงคล และคณะ³ ศึกษาาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย 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 ทำการศึกษาจากใบมรณบัตรและรายงานของสถานีนอนามัย 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.ค. 39) และช่วงระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 41-ต.ค. 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 ชูประภาวรรณ⁵ 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