



# การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย ช่วง พ.ศ. 2539 - 2546

สุวรรณีย์ พุทธิศรี พ.บ.\*,  
มาโนช หล่อตระกูล พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาลักษณะการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2539-2546

**วิธีการศึกษา** ศึกษาข้อมูลจากสำนวนโศกนาฏกรรมและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์หาอัตราการตายต่อประชากรแสนคนระหว่าง พ.ศ. 2539-2546 โดยเทียบกับข้อมูลประชากรกลางปี นั้นๆ วิเคราะห์ดูแนวโน้มของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในด้าน เพศ วิธีที่ใช้ ภูมิภาค และเดือนที่กระทำการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งกลุ่มประชากรเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น (10-14ปี) กลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง (15-19ปี) กลุ่มวัยรุ่นตอนปลายรวมวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น (20-24ปี)

**ผลการศึกษา** อัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยของกลุ่มวัยรุ่นระหว่าง พ.ศ. 2539-2546 เท่ากับ 6.92 ต่อแสนประชากร สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.2:1 อัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยของแต่ละช่วงอายุ คือ กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง และกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายรวมวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น เท่ากับ 0.64, 7.43 และ 12.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในทุกกลุ่มอายุมีค่าสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงมาตลอดจนปัจจุบัน วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้สูงสุดทั้งในเพศหญิงและชาย คือ การแขวนคอ รองลงมา ได้แก่ การกินกาวยาพิษ สี่ น้ำยาทำความสะอาด และพบว่าวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้การกินกาวยาพิษ สี่ น้ำยาทำความสะอาด ลดลงไปเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ ภาคเหนือ และต่ำสุดคือ ภาคใต้ พบการฆ่าตัวตายสูงสุดในเดือนเมษายน และต่ำสุดในเดือนธันวาคม

**สรุป** อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นพบว่า กลุ่มวัยรุ่นตอนปลายรวมวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้นมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด โดยเฉพาะในเพศชาย ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับแนวนโยบายและมาตรการเบื้องต้นในการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มนี้

**คำสำคัญ** การฆ่าตัวตาย, วัยรุ่น, วิธีการฆ่าตัวตาย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 หน้า 21-28

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพระราม 6 กรุงเทพมหานคร 10400  
ที่ติดต่อ : rassk@mahidol.ac.th



# Adolescent Suicides in Thailand During 1996-2003

Suwannee Putthisri M.D.\* , Manote Lotrakul M.D. \*

---

## Abstract

**Objective:** To examine characteristics of adolescent suicides in Thailand during 1996-2004.

**Method :** Data from the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, was obtained to analyze mortality from suicide during 1996-2003. Data examined were rates, age groups, genders, methods of suicide and months of death. The study population were divided into 3 age groups : early adolescence (10-14 years), middle adolescence (15-19 years) and late adolescence include early adulthood (20-24 years).

**Result :** The average suicide rate of adolescents during 1996-2004 was 6.92 per 100,000. The male to female ratio was 3.2 : 1. Average suicide rates of early adolescence, middle adolescence, late adolescence include early adulthood were 0.64, 7.43 and 12.44 per 100,000 respectively. The highest rate of adolescent suicides was in 1997 and since then the rate has been decreasing. The most common method of suicide in both genders was hanging following by ingestion of domestic chemical substances. Using the later method has been decreasing since 1997. Adolescent suicide rate was highest in the northern region and lowest in the southern region. The highest and the lowest adolescent suicide rate were in April and December respectively.

**Conclusion :** In this study, the rate of suicide was highest in late adolescence include early adulthood especially in the male group. Suicide prevention strategies should be given priority to this age group.

**Key words:** suicide, adolescence, method of suicide

J Psychiatr Asso Thailand 2006; 51 (1): 21-28

---

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand.

สภาพสังคมในปัจจุบัน เป็นสภาวะที่มีความกดดันสูงทั้งทางเศรษฐกิจ สภาพสังคม สภาพปัญหาภายใน และระหว่างประเทศ ซึ่งมีผลต่อความเครียดของประชาชน หากพิจารณาถึงกลุ่มวัยรุ่นจะพบว่าปัจจัยของความเครียด นอกจากมาจากสภาวะทางสังคม ยังเกิดจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงในตัววัยรุ่นเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความคิด

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอาจเป็นเพียงผลลัพธ์อย่างหนึ่งของความไม่สอดคล้องกันของการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในตัวและภายนอกตัวของวัยรุ่น จากข้อมูลมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย<sup>1</sup> ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2540-30 มิ.ย. 2541 พบว่าในเด็ก วัยรุ่น จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (15-25 ปี) การฆ่าตัวตาย และถูกฆาตกรรม เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ในขณะที่ในสหรัฐอเมริกา การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของวัยรุ่น<sup>2</sup> การฆ่าตัวตายในเด็ก และวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่กำลังเพิ่มขึ้นมากทั้งในประเทศไทย และอีกหลายประเทศ<sup>3,4</sup> ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจ และทราบถึงลักษณะการฆ่าตัวตายของประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อมุมมองในการวางแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่อายุ 10-24 ปี ในช่วงปี 2539-2546 โดยพิจารณาในด้านเพศ อายุ วิธีการ ภูมิภาค และเดือนที่กระทำ

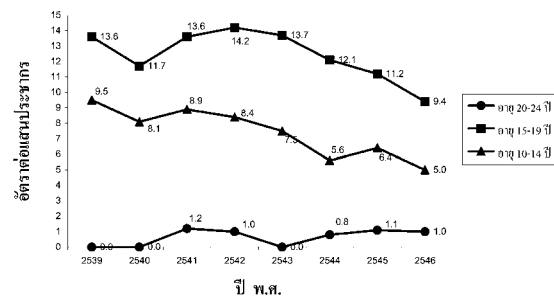
**วิธีการศึกษา**

ข้อมูลในการศึกษามาจากสำนวนนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ทำการวิเคราะห์หาอัตราการการตายต่อประชากรแสนคนระหว่าง พ.ศ. 2539-2546 เทียบกับข้อมูลประชากรกลางปีของแต่ละภาคในปีนั้น ๆ ศึกษาข้อมูลโดยดูแนวโน้มของการเสียชีวิต

จากการฆ่าตัวตายในด้านเพศ ช่วงวัย วิธีการที่ใช้ ภูมิภาค และเดือนที่กระทำ โดยแบ่งอายุออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-14 ปี) ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15-19 ปี) และช่วงวัยรุ่นตอนปลาย รวมวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20-24 ปี)

**ผลการศึกษา**

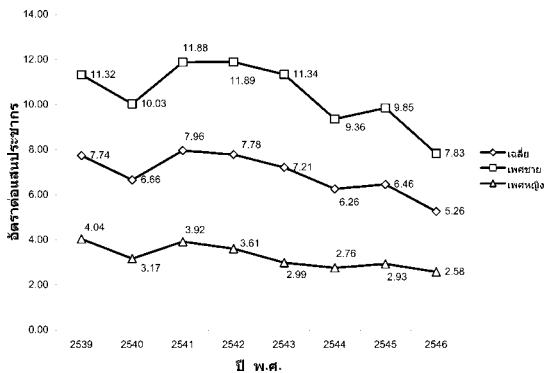
ผลการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยของแต่ละช่วงอายุพบว่า วัยรุ่นตอนปลายรวมวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-24 ปี) จะมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 12.45 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือวัยรุ่นตอนกลาง (15-19 ปี) และวัยรุ่นตอนต้น (10-14 ปี) ซึ่งเท่ากับ 7.49 และ 0.62 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากร 3 กลุ่มอายุ

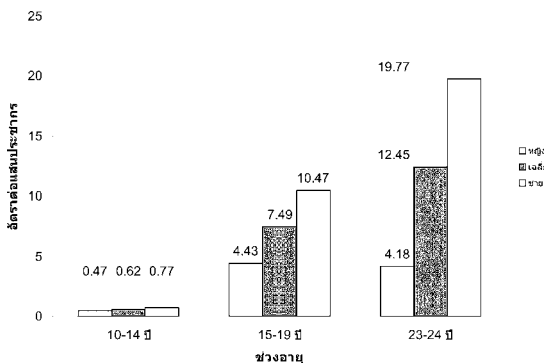
อัตราการฆ่าตัวตายของกลุ่มอายุ 10-24 ปี เฉลี่ยตลอดช่วงเวลา 8 ปี (2539-2546) เท่ากับ 6.92 ต่อแสนประชากร ปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ ปี 2541 ซึ่งเท่ากับ 7.96 และจากนั้นจนถึงปัจจุบันอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงทุกปี อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย และเพศหญิงต่อแสนประชากรเท่ากับ 10.43 และ 3.25 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3.2:1 อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชายสูงสุดในปี 2541 และ 2542 ซึ่งเท่ากับ 11.89 ต่อแสนประชากร และลดต่ำลงตั้งแต่ปี 2544 มาจนถึงปัจจุบัน อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหญิงสูงสุดในปี 2539 เท่ากับ 4.04 ต่อแสนประชากร จากนั้นอัตราการฆ่าตัวตายก็ลดลง และมา

เพิ่มอีกครั้งในปี 2541 เท่ากับ 3.92 ต่อแสนประชากร และอัตราการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ตามภาพที่ 2



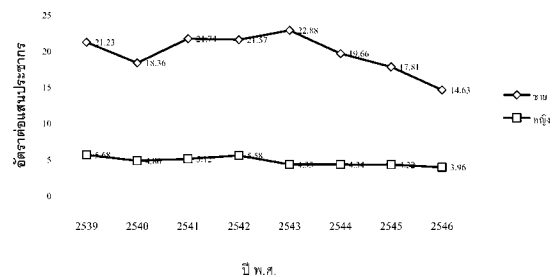
ภาพที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนกลุ่มอายุ 10-24 ปี

เมื่อดูอัตราการฆ่าตัวตายของแต่ละเพศในแต่ละช่วงอายุ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงในช่วงวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลายรวมวัยรุ่นใหญ่ตอนต้นมีความแตกต่างกันน้อยมาก จาก 4.43 เป็น 4.18 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ในเพศชายมีค่าแตกต่างกันอย่างชัดเจนจาก 10.47 เป็น 19.77 ต่อแสนประชากร ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายแบ่งตามช่วงอายุ (พ.ศ. 2539-2546)

การเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงวัยรุ่นตอนปลายรวมวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น (20-24 ปี) ของเพศชาย และหญิงพบว่า ในเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในปี 2543 เท่ากับ 22.88 ต่อแสนประชากร และตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นไป อัตราการฆ่าตัวตายก็ลดลงมาตลอด ในขณะที่เพศหญิงอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในปี 2542 เท่ากับ 5.58 ต่อแสนประชากร และตั้งแต่ปี 2543 อัตราการฆ่าตัวตายก็ลดลงมาตลอด ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 อัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนกลุ่มอายุ 10-24 ปี

วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดทั้งของเพศชายและหญิง คือ การแขวนคอ รองลงมา คือ การกินกาฬสี สบู่ น้ำยาทำความสะอาด และอันดับสาม คือ การกินยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง ดังตารางที่ 1 ส่วนการฆ่าตัวตายโดยการใช้อาวุธปืนมาเป็นอันดับสี่ และพบว่าในวัยรุ่นชายกระทำมากกว่าในวัยรุ่นหญิง 9 : 1

ตารางที่ 1 วิธีการฆ่าตัวตาย 5 อันดับแรก ในวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี

วิธีการ	เพศชาย (n)	เพศหญิง (n)
แขวนคอ	4,318	923
กินกาฬ สบู่ น้ำยาทำความสะอาด	568	386
กินยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า	559	365
ใช้ปืน	382	40
กินยาเกินขนาด	165	141

และลักษณะวิธีการฆ่าตัวตายตลอดระยะเวลา ตั้งแต่ปี 2539-2546 การแขวนคอเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดตลอด รองลงมาคือ การกินกาวยาสมุนไพร น้ำยาทำความสะอาด ซึ่งวิธีที่ 2 นี้ ต่อมาในปีหลังๆ มีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน และตั้งแต่ปี 2542 อันดับที่สองกลายเป็นการกินยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนคงที่ตลอด ส่วนการใช้ปืนพบว่ามีจำนวนคงที่ตลอดเช่นกัน ตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนประชากรในช่วงอายุ 10-24 ปี ที่ฆ่าตัวตายด้วยวิธีต่างๆ ตั้งแต่ปี 2539-2546

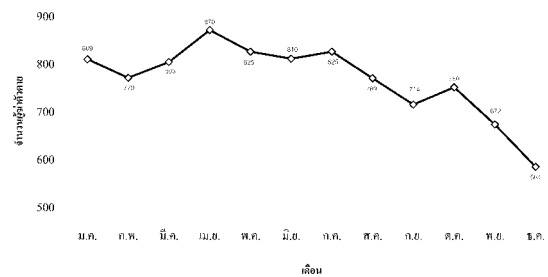
วิธีการ	ปี								รวม
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	
แขวนคอ	571	633	827	710	713	625	660	502	5241
กินกาวยาสมุนไพร น้ำยาทำความสะอาด	378	229	169	84	15	25	26	28	954
กินยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า	-	37	102	143	201	162	142	137	924
ใช้ปืน	58	49	54	62	55	51	52	41	422
กินยาเกินขนาด	-	9	29	63	65	58	45	37	306

ภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยสูงสุดของประชากรในวัย 10-24 ปี ตลอด 8 ปีการศึกษา ได้แก่ ภาคเหนือ รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคใต้ ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ในช่วงอายุ 10-24 ปี ของแต่ละภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546

ภาค	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
กลาง	7.14	7.58	8.5	7.82	7.55	6.66	6.99	5.12
อีสาน	6.63	5.32	6.30	6.71	5.81	5.16	5.66	5.74
เหนือ	12.72	9.13	11.97	12.91	10.42	8.87	8.47	8.58
ใต้	5.5	4.71	5.06	4.66	5.85	4.79	4.8	4.8

หากดูตามเดือน พบว่าในเดือนเมษายน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดเทียบกับเดือนอื่นๆ และในเดือนพฤศจิกายน และธันวาคม มีอัตราการฆ่าตัวตายเทียบกับเดือนอื่นๆ แล้วน้อยกว่าเดือนอื่นๆ โดยเดือนธันวาคม มีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยที่สุด ดังภาพที่ 5



**ภาพที่ 5** อัตราการฆ่าตัวตายเทียบระหว่างเดือน (พ.ศ.2539-2546)

**วิจารณ์**

อัตราการฆ่าตัวตายในปี 2541 สูงสุดเท่ากับ 7.96 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงกว่าในปี 2540 ถึง 1.3 ต่อแสนประชากร โดยหลังจากปี 2541 อัตราการฆ่าตัวตายนี้อาจลดลงทุกปี จนปี 2546 โดยในปี 2546 อัตราการฆ่าตัวตายนี้อาจต่ำสุดในรอบ 8 ปี ซึ่งเท่ากับ 5.26 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงสุดในปี 2541 อาจมาจากผลกระทบจากวิกฤตภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยรวมของระบบสังคม โดยเฉพาะประชากรในภาคกลางและภาคเหนือ จะได้รับผลกระทบสูงสุด<sup>5</sup>

อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละช่วงวัยพบว่า ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลาง มีค่าต่ำกว่าในช่วงวัยรุ่นตอนปลายต่อวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้นมาก ซึ่งน่าจะมาจากในเด็กยังไม่มีความสามารถในการวางแผน เพื่อจะทำให้การฆ่าตัวตายเป็นจริง<sup>6</sup> และพัฒนาการทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังยังไม่เกิดชัดเจนร่วมกับ ในเด็กครอบครัวยังให้การดูแลช่วยเหลือมากอยู่

และมีข้อมูลสนับสนุนว่าในเด็กที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ มักมีระดับพัฒนาการทางร่างกายและความคิดที่เกินวัย<sup>7</sup> ในขณะที่วัยรุ่นพัฒนาการทางด้านจิตใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้วัยรุ่นต้องการอิสระ ความเป็นตัวของตัวเอง และเริ่มแยกตัวจากระบบการช่วยเหลือของครอบครัว และโรงเรียน พัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้เด็กในกลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>8,9</sup> หากมีปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมาเสริมโอกาสฆ่าตัวตายก็จะเกิดขึ้น<sup>10-12</sup> อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุในการตัดสินใจฆ่าตัวตายก็พบในวัยรุ่นมากกว่าในเด็ก<sup>13,14</sup> มีการศึกษาระยะยาวว่าปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม และการพบเหตุการณ์ในชีวิตช่วงวัยรุ่นที่เป็นปัญหาจะกระทบต่อการเกิดโรคทางจิตเวช ความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ<sup>12,15,16</sup>

อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายในช่วงอายุ 15-24 ปี เท่ากับ 15.18 ต่อแสนประชากร มีตัวเลขใกล้เคียงกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก<sup>4</sup> ในปี 2538 ที่มีค่าเท่ากับ 14.2 ต่อแสนประชากร ซึ่งในเพศหญิงข้อมูลยังมีความแตกต่างกัน คือ ของไทยมีค่าเท่ากับ 4.30 ในขณะที่ขององค์การอนามัย มีค่าเท่ากับ 12.0 ทั้งนี้อาจเป็นอิทธิพลของวัฒนธรรมที่มีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง เช่น ในประเทศของกลุ่มประเทศในเอเชีย อัตราการฆ่าตัวตายของหญิงจะสูงกว่าประเทศอื่นชัดเจน จากวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้หญิงในประเทศเหล่านั้นมีคุณค่าในตนเองน้อยกว่าชายอย่างมากมาย ซึ่งวัฒนธรรมเหล่านี้ไม่ได้เป็นวัฒนธรรมของสังคมไทย

สำหรับอัตราส่วนการฆ่าตัวตายชายต่อหญิงของไทยใน 3 ช่วงอายุนี้เท่ากับ 3.2:1 น่าจะเกิดจากวิธีการฆ่าตัวตายของเพศชายที่รุนแรงกว่าและในหลายงานวิจัยพบว่า การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมาจากการร้องขอความช่วยเหลือที่บ่อยกว่า และความมั่นคงในการพยายามทำที่มีน้อยกว่าซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

วิธีการฆ่าตัวตายพบว่า การแขวนคอ เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดตลอดระยะเวลา 8 ปี ในขณะที่การฆ่าตัวตายโดยการกินกาวยา สี่ สนุ น้ำยาทำความสะอาด พบรองลงมา แต่จะเห็นได้ว่า วิธีการกินกาวยา สี่ สนุ น้ำยาทำความสะอาดมีการใช้น้อยลงทุก ๆ ปี ในขณะที่การกินยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้ามีปริมาณเพิ่มขึ้นชัดเจน ตั้งแต่ปี 2540 และคงที่มาตลอด ข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้สรุปว่ามีการใช้วิธีการกินกาวยา สี่ สนุ น้ำยาทำความสะอาดลดลง แต่อาจหมายถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการช่วยชีวิตดีขึ้น หรืออาจใช้วิธีนี้น้อยลง ส่วนการกินยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้ามีปริมาณเพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงการใช้เด็กและวัยรุ่นใช้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กเอื้อต่อการนำสารเหล่านี้มาใช้ในการฆ่าตัวตายได้ง่าย การฆ่าตัวตายจากการกินยาเกินขนาดก็เพิ่มเช่นกันดังนั้นมาตรการในการดูแลป้องกันสารที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตให้ยากลำบากต่อการนำไปใช้ก็น่าจะมีส่วนป้องกันเช่นกัน<sup>17</sup>

ประชากรในภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดเช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล<sup>18</sup> ที่ทำการศึกษากการฆ่าตัวตายในทุกช่วงอายุตั้งแต่ปี 2541-2545 ก็พบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด และจากการศึกษาของประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และคณะ<sup>19</sup> ที่เชียงใหม่ก็พบว่า การติดเชื่อเฮดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และประชากรในภาคเหนือมีอัตราผู้ติดเชื่อเฮดส์สูงกว่าทุก ๆ ภาคในประเทศไทย ดังนั้นการติดเชื่อเฮดส์อาจเป็นปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายที่สูงของประชากรภาคเหนือ

เดือนที่มีการฆ่าตัวตายต่ำสุดแตกต่างจากเดือนอื่นๆ คือ เดือนพฤศจิกายน และธันวาคม โดยเดือนธันวาคมมีจำนวนการฆ่าตัวตายต่ำสุดเท่ากับ 714 ราย ในขณะที่เดือนเมษายนจำนวนการฆ่าตัวตายสูงสุดเท่ากับ 870 ราย ซึ่งน่าจะเป็นอิทธิพลของการมีเทศกาลวันเริงในช่วงเดือนธันวาคม แต่คงไม่ได้ขึ้นกับการมีวัน

หยุดมาก เพราะในช่วงเทศกาลสงกรานต์ เดือนเมษายน ซึ่งมีวันหยุดมากอัตราการฆ่าตัวตายกลับสูงสุด

และเมื่อดูอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย และหญิงในแต่ละปีตลอดช่วงการศึกษา 8 ปีพบว่า นอกจากเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าในเพศหญิงทุกช่วงอายุแล้ว ยังพบว่าในช่วงตั้งแต่ปี 2543 อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่เพศหญิงค่อนข้างคงที่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศชายมีการแกว่งของอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างมาก ดังนั้นหากเราสามารถหาสาเหตุการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเพศชายร่วมกับการทำการป้องกันที่ดีพอจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงไปได้อย่างมาก

จากการศึกษาที่น่าจะนำไปสู่การศึกษาต่อไปกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และรวมถึงการทำวิจัยเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มวัยรุ่นว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในสถาบันการศึกษาจึงน่าจะเป็นประโยชน์มาก และมีหลายการศึกษาในต่างประเทศที่สรุปว่าการคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพียงอย่างเดียวไม่ได้เกิดประโยชน์<sup>20-23</sup> เท่าการเสริมทักษะในการแก้ปัญหา และการให้ความรู้แก่ผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น

## เอกสารอ้างอิง

- เส้นทางมรณะของคนไทย. กระทรวงสาธารณสุข, 2548. <http://203.157.19.191/way-death.htm> (สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 2548)
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender difference in suicide attempts from adolescence to young adult. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:427-34.
- Bretton JJ, Tousignant M, Bergeron L, Berhiauime C. Informant-Specific correlates of suicidal behavior in a community survey of 12-to-14-year-olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:723-30.
- WHO Statistical Information System. WHO, 2001 (online). Available from URL: <http://www.who.int/whoais> (Accessed 2003 Mar 5)
- ธนู ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย. ภาวะเครียดกลไกการจัดการกับภาวะเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2542;7:29-36.
- Shaffer D, Fisher P. The Epidemiology of suicide in children and adolescences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981;20:545-65.
- Shaffer D, Suicide in childhood and adolescence. *J Child Psychiatry* 1974;15:275-91.
- Aro H, Marttunen M, Lonngvist J. Adolescent development and Youth suicide. *Suicide Life Threat Behavior* 1993;23:359-65.
- Brent DA, Mority G. Developmental pathways to adolescent suicide. In : Cicehetti D, Toth SL, editors. *Adolescence: opportunities and Challenges*. Rochester symposium on development psychopathology. New York: University of Rochester Press, 1996;7:233-58.
- Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, puberty status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998;28:51-61.
- Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescent. *Am psycho* 1998; 53:221-41.

- 12 Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meaning, antecedents and endpoints. *Dev Psychopathol* 1996; 8:601-16.
- 13 Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorder: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:571-80.
- 14 Shaffer D, Garland A, Vieland, Underwood M, Busner C. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:588-96.
- 15 Rao U, Weissman MM, Martin JA, Hammond RW. Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:21-7.
- 16 Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.
- 17 มาโนช หล่อตระกูล. แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2547;49:59-77.
- 18 มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตายในประเทศไทยช่วง พ.ศ. 2541-2545. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2546;48:251-9.
- 19 ประเวศ ต้นติพิวัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2541.
- 20 Hider P. Youth suicide prevention by primary healthcare professionals: a critical appraisal of the literature. NZHTA report. Christ church: Christ church school of Medicine, 1998:4.
- 21 Berman AI, Jobes DA. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide life threat Behavior* 1995;25:143-54.
- 22 Vieland V, Whittle B, Garland A, Hicks R, Shaffer D. The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers: an 18-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:811-5.
- 23 Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl.2):70-4.