

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นใน ประเทศไทย : อุบัติการณ์ สาเหตุ และการป้องกัน

สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, สุพร อภินันท์เวช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน จากข้อมูลพบว่าสาเหตุการตายในวัยรุ่นในลำดับต้น ๆ มาจากการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการในแต่ละด้านที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันวัยรุ่นถือเป็นวัยที่ประปรายต้องเผชิญกับปัญหาหลากหลายที่อยู่รอบตัว ทำให้บางครั้งวัยรุ่นเลือกที่จะจัดการปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัว สถานศึกษา และสังคมรอบตัววัยรุ่นรายดังกล่าว นำมาซึ่งความสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมวิทยา มีความจำเพาะแตกต่างจากวัยอื่น ข้อมูลจากรายงานของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีความแตกต่างกันในบางส่วน ขึ้นอยู่กับรูปแบบสังคม วัฒนธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่หน่วยงานระดับนานาชาติให้ความสำคัญและกล่าวถึงอย่างมาก บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เรื่องอุบัติการณ์ สาเหตุ และการป้องกัน โดยรวบรวมมาจากการศึกษาและวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ผู้อ่านได้ตระหนัก เห็นความสำคัญ เกิดความรู้ความเข้าใจ ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทยและวัยรุ่นทั่วโลก และนำไปสู่การวางแผนป้องกันปัญหาต่อไปได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย; วัยรุ่น; อุบัติการณ์; สาเหตุ; การป้องกัน

Title : Adolescent Suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention
Somboon Hataiyusuk, Suporn Apinuntavech
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.
Siriraj Med Bull 2020;13(1):40-47

Abstract

Adolescent suicide is a major issue in Thailand. According to prior data, suicide is one of the leading causes of death in adolescents. Adolescent is in the period of vulnerable, rapid changes in various development, sudden increase in responsibilities, including daily life struggles. For these reasons, adolescents sometimes choose to handle life difficulties with suicide. Adolescent suicide can affect families, schools and society, leading to enormous loss. Causes and factors related to adolescent suicide, either biological, psychological, or social aspect, is different compared to other ages. Studies from different countries were reported in different results depending on diverse socioeconomic background. Adolescent suicide prevention is a global agenda that has been discussed

extensively. The aim of this article is to review the incidence, cause and prevention of adolescent suicide. We reviewed both national and international articles to help the readers realize and understand adolescent suicide problems in Thailand and around the world. This knowledge would lead to proper prevention of adolescent suicide.

Keywords : Suicide; adolescent; incidence; causes; prevention

Correspondence to: Somboon Hataiyusuk

E-mail: somboon.hat@mahidol.edu

Received 19 April 2019 **Revised** 7 December 2019 **Accepted** 14 December 2019

<http://dx.doi.org/10.33192/Simedbull.2020.05>

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (UN) กำหนดอัตราการฆ่าตัวตายเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals)¹ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับนานาชาติ เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายนั้นส่งผลทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายจำนวนกว่า 800,000 รายต่อปี และประมาณ 1 ใน 3 เกิดในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น² ทั้งนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความกดดันหลายด้าน รวมทั้งสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นสังคมดิจิทัล ส่งผลต่อพัฒนาการในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านดังกล่าวไม่เหมาะสม ส่งผลให้วัยรุ่นหาทางออกโดยการฆ่าตัวตายมากขึ้น ทั้งนี้วัยรุ่นยังมีศักยภาพในการสร้างสรรค์และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังหลักของประเทศได้ ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้ทราบสาเหตุและการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

อุบัติการณ์

ข้อมูลจากทั่วโลกพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของคนอายุ 15-29 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี² โดยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 6.9 ต่อแสนประชากร³ คิดเป็นจำนวน 52,750 คน⁴ สถิติดังกล่าวอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการลงบันทึก

สาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตายบางครั้งเกี่ยวข้องกับ การตีตรา (stigma) ไม่ทราบสาเหตุการตายที่แท้จริง ทั้ง ๆ ที่สาเหตุดังกล่าวเกิดจากการฆ่าตัวตาย⁵ วัยรุ่นชายอายุ 15-19 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นหญิงคิดเป็น 2.6 เท่า ในขณะที่ประเทศแถบเอเชียบางประเทศพบผู้หญิงอายุ 15-24 ปี เสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย⁶ ความชุกของความคิดอยากฆ่าตัวตายในวัยรุ่นร้อยละ 15-25 และความชุกชั่วชีวิตในการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นชายร้อยละ 1.3-3.8 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 1.5-10.1⁷

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่พ.ศ.2493-2533 เพิ่มขึ้นร้อยละ 300 และค่อย ๆ ลดลงจนเหลือร้อยละ 28 ในพ.ศ.2556⁸ ข้อมูลเมื่อพ.ศ.2559 พบว่าคนอายุ 15-24 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,723 คน คิดเป็นร้อยละ 17 โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ 20.1 และ 5.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁹ และพบว่าคนอายุ 10-24 ปี ร้อยละ 7.4¹⁰ พยายามฆ่าตัวตาย อัตราส่วนความคิดอยากตายในเพศหญิงร้อยละ 21-31 สูงกว่าเพศชายที่มีอัตราร้อยละ 13-20¹¹ อัตราส่วนการพยายามฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า⁸

สำหรับประเทศไทย เมื่อปีพ.ศ.2551 วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8.8 (เพศชายร้อยละ 9.9 เพศหญิงร้อยละ 7.7)¹² สุวรรณีย์ พุทธิศรีและคณะ

ได้ศึกษาข้อมูลพ.ศ. 2539-2546 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยของวัยรุ่นเท่ากับ 6.92 ต่อแสนประชากร สัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 3.2 ต่อ 1¹³ กรมสุขภาพจิตรายงานสถิติอัตราการฆ่าตัวตาย พ.ศ.2560 รวมทุกกลุ่มอายุ 6.03 ต่อแสนประชากร โดยอยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.53 อายุ 20-29 ปี 575 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.62¹⁴ การศึกษาของมาโนช หล่อตระกูล เมื่อพ.ศ.2547 พบว่า อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงในการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นไทย คือ 2-3 ต่อ 1 ในช่วงอายุก่อนเข้าวัยรุ่น และสูงขึ้นเป็น 3-5 ต่อ 1 ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น¹⁵

รายงานการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีมีน้อยมาก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตายได้น้อยที่สุดในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี⁵ เนื่องจากความคิดเกี่ยวกับความตายในเด็กยังไม่พัฒนาจนเกิดเป็นความตระหนักต่อเรื่องการตาย แต่เริ่มมีแนวคิดเรื่องความตาย (concept of death) ในระยะวัยเด็กตอนปลายถึงวัยรุ่นตอนต้น อีกทั้งพบโรคซึมเศร้าในเด็กเล็กน้อย สอดคล้องกับการพัฒนาทางสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ในเรื่องความรู้สึกสิ้นหวังหรือท้อแท้¹⁶ นอกจากนี้วัยรุ่นยังเข้าถึงรูปแบบวิธีการฆ่าตัวตายได้มากกว่าเด็ก¹¹

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่พบว่ารูปแบบการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเกี่ยวข้องกับความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรอง ขาดความอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ¹⁷ การพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเกิดบ่อยกว่าในผู้ใหญ่ โดยผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกไม่สำเร็จอาจจะพยายามทำซ้ำอีก เนื่องจากสาเหตุของปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างถูกวิธี ในวัยรุ่นไทยอายุ 15-20 ปี ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง พบว่า การมีโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด กลุ่มโรคจิตหรืออาการหลงผิด และกลุ่มโรคอารมณ์และพฤติกรรม นอกจากนี้ เพศหญิงมีโอกาสกระทำซ้ำมากกว่าเพศชาย 2 เท่า และบุคคลที่วัยรุ่นพัก

อาศัยด้วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ¹⁸

วิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างระหว่างวัยรุ่นในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และทั่วโลก ทั้งนี้สาเหตุเกี่ยวข้องกับรูปแบบสังคม วัฒนธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิธีการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีทั่วโลกพบว่าวิธีที่วัยรุ่นใช้มากที่สุดคือการแขวนคอ ตามมาด้วยวัยรุ่นหญิงใช้การกินสารเคมี วัยรุ่นชายใช้อาวุธปืน¹⁹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา วิธีการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรกที่วัยรุ่นนิยมใช้คือ ใช้อาวุธปืนร้อยละ 45 ทำร้ายขาดอากาศหายใจร้อยละ 40 และใช้สารพิษร้อยละ 8 การมีอาวุธปืนจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สูงสุดปัจจัยหนึ่งของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา²⁰ วัยรุ่นที่มีปืนอยู่ภายในบ้านมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายโดยใช้ปืนมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีปืนภายในบ้าน

ส่วนวิธีการที่วัยรุ่นไทยใช้มากที่สุดจากการรายงานในพ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 คือ การแขวนคอและการกินสารเคมี^{13, 21} อันดับสามคือการใช้อาวุธปืน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแตกต่างกับการศึกษาในปีต่อ ๆ มา โดยการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังของโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2548-2552 จำนวน 112 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.7 มีโรคทางจิตเวชร้อยละ 23.2 โดยเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือร้อยละ 14.3 ใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุดร้อยละ 44.6 รองลงมาคือกินสารเคมีร้อยละ 24.1²² ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2557-2558 พบว่า มีจำนวน 31 คน เป็นเพศหญิง 22 คน ใช้วิธีกินสารเคมี(น้ำยาล้างห้องน้ำ) และ กินยาเกินขนาด อย่างละเท่ากันคือ 15 คน มีเพียง 1 คนที่ใช้วิธีแขวนคอซึ่งเป็นเพศชาย²³ จะเห็นว่าส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย และใช้วิธีกินสารเคมีหรือยา ส่วนการฆ่าตัวตายด้วยวิธีที่รุนแรงเช่นการแขวนคอ การใช้อาวุธปืน มักเป็นวิธีที่พบมากในเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยรุ่นต่างประเทศ¹⁹ ซึ่งมักนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ

สาเหตุการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นผลลัพธ์จากสาเหตุต่าง ๆ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมวิทยา โดยรวมคือมีพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่มาก ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุหลักสาเหตุเดียวของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในที่นี้จะกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านคือ

ปัจจัยด้านชีวภาพและพันธุกรรม

ปัจจัยด้านชีวภาพและพันธุกรรมเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามีหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคู่แฝดและการรับเป็นบุตรบุญธรรมที่สนับสนุนว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม มากกว่าการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อม โดยพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปตั้งแต่ 4-6 เท่า²⁴ คู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เป็นไข่คนละใบ⁶ โรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคอารมณ์ (mood disorders) โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือ โรคการใช้สารเสพติด (substance use disorders) พบว่าการส่งผ่านในครอบครัวทางพันธุกรรม²⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็น 3 เท่า ในวัยรุ่นที่เคยประสบเหตุการณ์ดังกล่าวตอนเด็ก²⁵

ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ มีการศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีความสัมพันธ์กับยีนในระบบ serotonin จำนวน 3 ชนิด คือ tryptophan hydroxylase (TPH), serotonin transporter (SERT), และ serotonin A receptor gene รวมทั้งความไม่สมดุลของ serotonin เกี่ยวข้องกับการยับยั้งซึ่งใจไม่ดี (poor impulse-control) เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่ก่อให้เกิดความรุนแรงหรือหุนหันพลันแล่นในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้²⁶ ส่วนโครโมโซมที่เกี่ยวข้องคือ โครโมโซม 2p11, 2p12, 2p, 5q, 6q, 8p, 11q และ Xq¹⁷

ปัจจัยด้านจิตใจและโรคทางจิตเวช

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลให้บุคคลแต่ละคนมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตที่

แตกต่างกันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น เหตุการณ์กระทบกระเทือนใจในชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ลบ รู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวกดดันให้ทำอะไรไม่ได้หรือแม้แต่การขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา²⁷ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ รวมทั้งบุคลิกภาพบางประเภท เช่น ผู้ที่ว้าวาม หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว วิตกกังวลมาก ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่น²⁸ การศึกษาของสุพัตรา สุขาว พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้วัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายนั้น มาจากการถูกกระตุ้นด้วยคำพูดหรือการตำหนิที่รุนแรง การไล่ให้ไปฆ่าตัวตาย และความรู้สึกถูกทิ้งข้างจากคนรัก²⁸ ซึ่งเป็นลักษณะของความรู้สึกทางอารมณ์ที่หวั่นไหวไม่มั่นคงในความสัมพันธ์

สำหรับโรคจิตเวชพบว่า โรคที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น คือ โรคซึมเศร้า โรคเกร (conduct disorder) โรคการใช้สารเสพติด^{24, 26} โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคความผิดปกติของการกินอาหาร¹¹ จากการศึกษาติดตามระยะยาว พบว่า วัยรุ่นที่เป็นโรคหรือมีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดความคิดอยากตายมากกว่าปัจจัยทางจิตสังคมอื่น ๆ ซึ่งในที่สุดจะนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย²⁹

ปัจจัยด้านสังคมวิทยา

ปัจจัยด้านสังคมวิทยาเป็นลักษณะของสังคมแวดล้อมของวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน เศรษฐฐานะ ที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จากการศึกษาด้านครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม พบว่า การเลี้ยงดูชนิดก้าวร้าวกดดัน ปัญหาการสื่อสารกันในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างพ่อแม่และเด็ก การทารุณกรรมเด็ก เป็นลักษณะที่พบในวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย^{8, 24, 26} การฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวจัดว่าเป็นตัวแบบให้กับวัยรุ่นส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย²⁶ ในส่วนของภาวะเศรษฐฐานะมีการศึกษาพบว่าภาวะยากจนในครอบครัวสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย²¹ จากการศึกษาติดตามระยะยาวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่นกับการฆ่าตัวตาย พบว่า ยังมีเหตุการณ์ใน

วัยเด็กมากเท่าไร ยิ่งมีความสัมพันธ์ต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าว ได้แก่ การเสียชีวิตของพ่อหรือแม่หรือพี่น้องในครอบครัว พ่อแม่ที่มีการใช้สารเสพติดอย่างหนัก พ่อแม่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างหนัก(มีการรักษาตัวในโรงพยาบาล) พ่อแม่ถูกจำคุกหรือมีคดีทางกฎหมาย การแยกทางของพ่อแม่ การย้ายบ้านบ่อยมากกว่า 2 ครั้ง²⁵

นอกจากนี้กลุ่มเพื่อน กลุ่มทางสังคมที่มีความชอบในทางเดียวกัน เช่น กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป 2-6 เท่า^{8, 30}

กลุ่มเพื่อนและโรงเรียนพบว่าเป็นปัจจัยด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น การเห็นเพื่อนฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่น 2-4 เท่าเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีเพื่อนฆ่าตัวตาย^{26, 31} การถูกรังแกทางสังคมออนไลน์ หรือวัยรุ่นหญิงที่แยกตัว มีความเสี่ยงกว่าวัยรุ่นที่มีเพื่อนมาก และวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา มีโอกาสฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่ยังอยู่ในระบบการศึกษา^{8, 26} รวมถึงความสัมพันธ์กับคนรัก²² การสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล³² พบว่า เป็นสาเหตุกระตุ้นที่สำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่เคยทำ โดยพบว่าวัยรุ่นที่เคยฆ่าตัวตาย 1 ครั้งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ 15 ครั้ง¹⁷ และยังมีรายงานว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะสูงที่สุดในระยะเวลา 1 ปีแรกหลังจากพยายามฆ่าตัวตายครั้งก่อนหน้าอีกด้วย ร้อยละ 40 ของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายรายงานว่า เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนครั้งนี้¹¹

ปัจจัยด้านสังคมวิทยาที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ สื่อสารมวลชน ซึ่งในปัจจุบันมีการนำเสนออย่างน่าสนใจ มีการฉายภาพซ้ำเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ทำให้เด็กและวัยรุ่นรับรู้และเรียนรู้ในทางที่ไม่เหมาะสม ได้ จากงานวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อต่อการฆ่าตัว

ตายของวัยรุ่น พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มเลียนแบบการแก้ปัญหาคล้ายกับสิ่งที่ได้เห็นจากสื่อ^{26, 31} นอกจากนั้นแล้วหากสื่อมวลชนนำเสนอมุมมองว่าวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้รับความสำคัญ¹⁷ เนื้อหาที่น่าตื่นเต้น การนำเสนอวิธีการฆ่าตัวตายอย่างละเอียด⁶ การฆ่าตัวตายของคนมีชื่อเสียง³³ ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเช่นกัน ประเด็นสุดท้ายที่ควรให้ความสำคัญไม่แพ้ประเด็นอื่น คือ การเข้าถึงอุปกรณ์การทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้วัยรุ่นฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น เช่น ปืน มีด เชือก สารเคมี ยา ในประเทศที่เข้าถึงอาวุธปืนง่ายเช่นสหรัฐอเมริกา พบว่า วัยรุ่นใช้ปืนในการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าประเทศไทยที่ใช้วิธีแขวนคอและกินสารเคมี ซึ่งหาได้ง่ายกว่า²⁶ เป็นต้น

การป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

หน่วยงานระดับนานาชาติทั้ง UN และ WHO เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกช่วงวัย มีการพูดถึงประเด็นการป้องกันตั้งแต่ระยะเวลากว่า 30 ปีก่อนหน้านี้ ในปีพ.ศ.2554 WHO ได้ตีพิมพ์รายงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับโลกขึ้นเป็นครั้งแรก เน้นไปที่ความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ทุกภาคส่วน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานและบริบทของแต่ละประเทศ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยหน่วยงานภาครัฐ ผ่านการวางแผนระดับยุทธศาสตร์และนโยบายของแต่ละประเทศอีกด้วย ข้อมูลของประเทศไทยในรายงานฉบับดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้ WHO ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศที่มีการวางแผนการป้องกันแล้วบางส่วนว่าควรวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตาย และช่องว่างของการดำเนินการในปัจจุบัน³⁴

การป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นแบ่งเป็นการป้องกันแบบทั่วไป เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจ การเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง การเพิ่มความตระหนักถึงปัญหา³⁴ นอกจากนั้นคือการป้องกันแบบเลือกเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและในรายที่มีข้อบ่งชี้⁶ โดยพิจารณาจากปัจจัยสาเหตุ เช่น เพศภาวะ การกลั่นแกล้งรังแก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ทักษะการจัดการปัญหา การใช้โรงเรียนเป็นฐานในการป้องกันปัญหาดังกล่าวถือเป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจ เช่น การคัดกรองวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง การฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น³⁵ ทั้งในระดับครูอาจารย์และเพื่อนวัยรุ่นด้วยกันเอง ต่างส่งผลดีในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น⁶ การป้องกันปัญหาดังกล่าวโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน มีรายงานว่าการอบรมผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้การเรียนทางคอมพิวเตอร์ได้ผลทั้งในแง่ความรู้ และทัศนคติในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น³⁶ ซึ่งการใช้รูปแบบออนไลน์มาในการจัดการเรื่องการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจะช่วยลดอุปสรรคในแง่ต่าง ๆ เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้³⁷

การป้องกันการฆ่าตัวตายและการให้การช่วยเหลือในปัจจุบันในกลุ่มวัยรุ่นของประเทศไทยเน้นที่โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยมีหลักการ คือ 1) ให้ความรู้ 2) ลดการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง 3) ลดระยะเวลาของการเป็นโรค 4) ป้องกันการฆ่าตัวตาย 5) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค มีการสร้างเครือข่ายเชื่อมต่อโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ³⁸ ในปีพ.ศ.2549 มีการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินงานวิจัย พัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้านั้นดำเนินการในทุกช่วงวัย เริ่มด้วยการใช้แบบสอบถามคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) โดยฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามแก่พ่อแม่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับชุมชนและโรงพยาบาล หากพบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า จะให้ทำแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งมีการบันทึกและรายงานผลผ่านระบบออนไลน์ มีการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การนัดติดตาม การส่งต่อผู้ป่วยหากเกินขีดความ

สามารถ หลังจากส่งกลับสู่โรงพยาบาลระดับอำเภอ มีการเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน เพื่อประเมินภาวะการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นจึงติดตามทุก 6 เดือนไปอีก 2 ครั้ง และเฝ้าระวังโดยใช้แบบคัดกรอง 9Q และ 8Q จนไม่พบว่ามีความเสี่ยงหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปอีก 6 เดือน จึงหยุดการรักษาด้วยยา แต่หากมีการกลับเป็นซ้ำ ก็จะรักษาโดยการเริ่มต้นวงจรการรักษาใหม่ดังกล่าวข้างต้น ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.05 ในปีพ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 48.5 ในปีพ.ศ.2559³⁸ นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมความรู้และการสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชน โดยมีการพัฒนา สื่อ บทความ บทเพลง สปอตโฆษณา หนังสือ ไปสเตอร์ แผ่นพับ หนังสือ อ่านเล่น และอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมหรือชุมชนนั้น

บทสรุป

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เป็นเรื่องที่สังคมโลกให้ความสนใจ อุบัติการณ์และสาเหตุคล้ายคลึงกันในแต่ละทวีป การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ควรเร่งดำเนินการ โดยการป้องกันควรคำนึงถึงปัจจัยสาเหตุ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่จะเข้าถึงวัยรุ่นได้มากขึ้น ทั้งวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแล้ว ทั้งนี้ประเทศไทยยังคงต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาวิจัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.วัลลภา บุญพรหมมา หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น สำหรับข้อมูลการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในโรงพยาบาลขอนแก่น ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ให้ทุนสนับสนุนการนำเสนอบทความด้วยวาจาในงานประชุม 7th Asia Pacific Regional Conference of the International Association for Suicide Prevention ประเทศญี่ปุ่น ปีพ.ศ. 2559

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. Sustainable development goals [cited 2019 Apr 1]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org>.
2. WHO. Health statistics and information systems 2019 [cited 2019 Apr 1]. Available from: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.
3. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 oecd countries. *Psychiatry Investig* 2018;15:376-83.
4. WHO. Number of suicide globally in young people, 2016 2016 [cited 2019 Apr 1]. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/globally_in_young_people_2016.JPG?ua=1.
5. WHO. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.
7. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-94.
8. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016;138.
9. National Institute of Mental Health. Suicide [updated Apr 2019; cited 2019 Apr 1]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml#part_154969.
10. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth risk behavior surveillance - united states, 2017. *MMWR Surveill Summ* 2018;67:1-114.
11. Kennebeck S, Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: Epidemiology and risk factors[cited 2019 Apr 1]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-behavior-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-risk-factors>.
12. Peltzer K, Pengpid S. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:462-73.
13. Putthhisri S, Lotrakul M. Adolescent suicides in thailand during 1996-2003. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006;51:21-8.
14. Department of mental health. Suicide rates: Thailand during 1997-2017 [cited 2019 Apr 1]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/english/age.asp>.
15. Lotrakul M. Suicide. In: Udomrath P, ed. *Epidemiology of mental health problems and psychiatric disorders in thailand*. Songkhla: Lim Brother Press; 2004. p. 61-81.
16. Apter A, Wasserman D. Adolescent suicide. In: King RA, Apter A, editors. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.p.63-85.
17. Sukhawaha S, Arunpongpaial S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: A narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017;62:359-78.
18. Ekasawin S. Multiple suicides among psychiatric adolescents. *Journal of Mental Health of Thailand* 2004;12:54-63.
19. Kolves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:155-64.
20. Starsburger VC, Brown RT, Braverman PK, Rogers PD, Holland-Hall C, Coupey SM. Adolescent violence and suicide. *Adolescent medicine: A handbook for primary care*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2006.
21. Panyayong B. Suicide among children and adolescent in thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006;51:11-20.
22. Trachoo A, Kaewpornsawan T, Panyapas S. Suicidal behavior in children and adolescents who received treatment at siriraj hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58:323-32.
23. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น. สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ.2557-2558. 2558.
24. Brent DA, Mann JJ. Familial factors in adolescent suicidal behavior. In: King RA, Apter A, editors. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.p.86-117.
25. Bjorkenstam C, Kosidou K, Bjorkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: Cohort study of adolescents and young adults in sweden. *BMJ* 2017;357:j1334.
26. Hawton K, O'Connor RC, Saunders KEA. Suicidal behavior and self-harm. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry 6th ed*. West Sussex: Wiley Blackwell; 2015. p.893-910.
27. Thompson EA, Mazza JJ, Herting JR, Randell BP, Eggert LL. The mediating roles of anxiety depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:14-34.
28. Sukhawaha S, Arunpongpaial S, Rungreangkulkij S. Attempted suicide triggers in thai adolescent perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30:334-41.
29. Mazza JJ, Reynolds WM. A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28:358-74.
30. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
31. Insel BJ, Gould MS. Impact of modeling on adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:293-316.
32. Bilsen J. Suicide and youth: Risk factors. *Front Psychiatry* 2018;9:540.
33. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:1037-42.
34. WHO. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018.
35. Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and

- behaviours for adolescent suicide prevention: A systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018;12:29.
36. Ghoncheh R, Gould MS, Twisk JW, Kerkhof AJ, Koot HM. Efficacy of adolescent suicide prevention e-learning modules for gatekeepers: A randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2016;3:e8.
37. Bailey E, Rice S, Robinson J, Nedeljkovic M, Alvarez-Jimenez M. Theoretical and empirical foundations of a novel online social networking intervention for youth suicide prevention: A conceptual review. *J Affect Disord* 2018;238:499-505.
38. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health* 2017; 6:34-8.