



ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก

Risk Factor and Suicide Theory Associated with Suicide in Adolescents: A Narrative Reviews

สุพัตรา สุขาวหา*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล**

Supattra Sukhawaha*, Suwanna Arunpongpaisal**

* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Prasimahabhodi Psychiatric Hospital

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Khonkaen University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมองค์ความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

วิธีการศึกษา: เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก ในฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากล โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมเรื่องตามวัตถุประสงค์ แล้วนำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพหลักฐานทางวิชาการ สังเคราะห์และสรุปเป็นองค์ความรู้

ผลการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก ใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปตามเพศภาวะ ทฤษฎีที่นำมาอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ ทฤษฎีอีริกสัน (Erikson's theory) ทฤษฎีเหตุและผลในการฆ่าตัวตาย (rational-suicide theory) ทฤษฎีมุมมองเชิงนิเวศวิทยาต่อการฆ่าตัวตาย (ecological perspective approach) และทฤษฎีระบบครอบครัว (family system theory)

สรุป การทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและทฤษฎีในการอธิบายการฆ่าตัวตายมีความสำคัญควรนำไปพัฒนาผสมผสานให้เหมาะสมต่อการจัดบริการที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง ทฤษฎี วัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรม

Corresponding author: สุพัตรา สุขาวหา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(4): 359-378

ABSTRACT

Objective : To review the literature and collected the current body of knowledge about risk factors and theories associated with suicide in adolescence.

Methods : A narrative reviews of the literature was selected from electronic databases. This focused on the objective of reviewing evaluating the level of evidence, synthesis and summarizing to the body of current knowledge

Results : Risk factors associated with suicide in adolescence consisting of depression, schizophrenia, anxiety, previous attempted suicide, personality traits, drug abuse, living in poor attachment family, parental history of suicide attempts, low self-esteem, stressful life events, using inappropriate coping strategies. These factors are different in gender. The theories of suicide in adolescents including Erikson's theory, the rational-suicide theory, the ecological perspective approach suicide theory and family system theory

Conclusion : Understanding about risk factors and theories associated with suicide in adolescence are important. It should be integrated, appropriate and responsive service suicide prevention programs to adolescents who at risk of suicide and concern with different context of local area.

Keywords : suicide, risk factors, theory, adolescents, review literature

Corresponding author: Supattra Sukhawaha

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 359-378

A Narrative Reviews

บทนำ

ในทุกปีจะมีคนเกือบล้านคนที่ตายด้วยการฆ่าตัวตาย โดยอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรโลกในทุกกลุ่มอายุ เป็น 16 ต่อแสนประชากร หรือมีคนฆ่าตัวตาย 1 ราย ในทุก 40 วินาที การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุลำดับที่ 2 ของการตายในประชากรอายุ 15-29 ปี รองจากอุบัติเหตุจากการจราจร¹ การฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จาก 220 ประเทศทั่วโลกพบอัตรา 7.4 ต่อแสนประชากร เพศชาย 10.5 หญิง 4.1² ความชุกของการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีประมาณร้อยละ 15-25 ในขณะที่ประมาณการความชุกชั่วชีวิตในการพยายามฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นอยู่ที่ ร้อยละ 1.3-3.8 ในเพศชาย และร้อยละ 1.5-10.1 ในผู้หญิง³ สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย พ.ศ.2539-2546⁴ พบว่า อัตราการตายของวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี เฉลี่ย 6.92 ต่อแสนประชากร ส่วนข้อมูลปัจจุบันปี พ.ศ. 2554 พบการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทยอายุ 20-24 ปี มีอัตรา 6.01 ต่อแสนประชากร อายุ 15-19 ปี อัตรา 3.43 ต่อแสนประชากร โดยที่อัตราการฆ่าตัวตายภาพรวมในทุกกลุ่มอายุของประเทศ 6.03 ต่อแสนประชากร⁵

มีการศึกษาเชิงสำรวจพบว่าวัยรุ่นชายไทยในโรงเรียนมัธยมศึกษา พบว่าร้อยละ 4 ที่คิดและวางแผนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย⁶ เฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีวัยรุ่นมัธยมปลาย ร้อยละ 6.1 ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบมีนักเรียนมัธยมชาย ร้อยละ 5.7 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 7.4 เคยพยายามฆ่าตัวตาย⁷

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องการการป้องกันและแก้ไข เนื่องจากมีความรุนแรง อ่อนไหวต่อความรู้สึกของสังคม ยิ่งอายุน้อยเพียงใด ยิ่งนำมาซึ่งความรู้สึกสะเทือนใจต่อสังคมและนำมาซึ่งความสูญเสีย ทั้งจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ในการที่จะทำให้วัยรุ่นคนหนึ่งได้เติบโตขึ้นมาตามปกติและทำงานหารายได้

ทำประโยชน์ให้ครอบครัวและสังคม แต่ต้องมาหยุดอนาคตเนื่องจากการฆ่าตัวตาย หรือเกิดความพิการเนื่องจากพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ที่สำคัญคือ ลักษณะการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น มีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ โดยเกี่ยวข้องกับความหุนหัน พลันแล่น ขาดวุฒิภาวะ ความนึกคิดใคร่ครวญ ไตร่ตรอง ขาดความอดทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ⁸ จึงมีโอกาสเกิดได้ง่าย อีกทั้งการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีความถี่มากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก มักจะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยพบว่าวัยรุ่นถึง ร้อยละ 10 ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ใน 1 ปี และจะมากขึ้นเป็น ร้อยละ 20 ภายใน 7 ปีหรือมากกว่านั้น โดยวัยรุ่นที่ถือว่ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ วัยรุ่นชายที่มีอายุในช่วง 16-19 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคร่วมกับการใช้สารเสพติด มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น บุคลิกภาพก้าวร้าว หรือมีอาการทางจิต และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน⁹

การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและทฤษฎีที่นำมาอธิบายการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนการป้องกันและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นประเมินคุณภาพและรวบรวมองค์ความรู้จากวรรณกรรมที่มีการเผยแพร่และเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในเรื่องเพศภาวะ ปัจจัยเสี่ยง และทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

นิยามศัพท์

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำร้ายตนเอง ฆ่าตนเอง

จากความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตาย จนมีผลทำให้ตายจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempted) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวเอง หรือทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บอย่างชัดเจนจากความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตาย แต่ไม่ตาย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidal risk factors) หมายถึง ปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายของบุคคล

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง ความคิดที่บุคคลอยากตายไป โดยการฆ่าตัวเองให้ตาย

โอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicidality) หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นการรวมการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเข้าด้วยกัน ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ มุ่งเน้นไปที่ suicidality

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยมีการศึกษาตามขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดเป้าหมาย คำสำคัญในการสืบค้น ซึ่งคำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ suicide, attempted suicide, suicidal ideation, suicidality, gender, risk factor, predictive factor, trigger factors, theory, adolescents, teen, youth

2. ทำการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูล Cochrane database of systematic reviews, MEDLINE, EMBASE, PubMed, Google Scholar, Science Direct โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการเผยแพร่ภายในระยะเวลา 10 ปี นับจาก ค.ศ. 2006-2016 หรือ พ.ศ. 2549-2559

3. ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ Oxford Centre for Evidence-based

Medicine-levels of evidence (March 2009) เลือกหลักฐานทางวิชาการที่ตรงกับเป้าหมายของการศึกษา และมีระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือในหลักฐานทางวิชาการในระดับดี คือ ใช้วิธีการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยเป็นการศึกษาประเภท cohort study, case-control, RCT, systematic review

4. รวบรวมและประมวลองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นแนวคิดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศภาวะ (gender)

เพศภาวะกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

การศึกษาเกี่ยวกับเพศภาวะของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมที่นำมาซึ่งความเสี่ยงเป็นผลทางลบต่อสุขภาพ และการได้รับบาดเจ็บสูงกว่าเพศหญิง ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จของเพศชายสูงกว่าหญิง 2-4 เท่า ซึ่งตรงข้ามกับความคิดอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายที่เพศหญิงจะมีอัตราสูงกว่ามากกว่าเพศชาย 3-9 เท่า อายุที่เริ่มต้นในการพยายามฆ่าตัวตายเพศหญิงจะเริ่มที่อายุน้อยกว่าชาย³ นอกจากนี้พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เด็กผู้หญิงจะมีการทำร้ายตัวเองสูงกว่าเด็กผู้ชาย 4-5 เท่า และพบว่าเด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมีหลายกรณีที่ไม่ต้องการตาย แต่อธิบายว่าการกระทำนี้บอกถึงความต้องการที่จะหยุดความรู้สึกที่วัยรุ่นทนไม่ได้ อีกต่อไป หรือเพียงต้องออกไปจากสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดอย่างถึงที่สุด⁴

ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของ

A Narrative Reviews

อาการซึมเศร้า โดยเฉพาะระดับปานกลางถึงสูง การถูกทารุณกรรมทางเพศ ความเครียดและโรคจิตกึ่งวล ส่วนในเพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคที่เกิดจากการติดสุรา ซึ่งเพิ่มระดับความรุนแรงของความก้าวร้าว และเลือกวิธีการที่จะทำให้ตายได้สำเร็จ³ มีการศึกษาความแตกต่างของเพศภาวะในเรื่องความโกรธเพื่อใช้ในการทำนายความคิดอยากฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นอายุ 13-15 ปีของประเทศเกาหลีใต้ โดยใช้แบบประเมินความโกรธ (multidimensional anger inventory) และแบบประเมิน ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation questionnaire) พบว่าความโกรธเป็นตัวทำนายความคิดอยากฆ่าตัวตายในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงจะมีทั้งความโกรธ และความไม่พึงพอใจในการใช้ชีวิตที่โรงเรียน เป็นตัวทำนายความคิดอยากฆ่าตัวตาย¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า การฆ่าตัวตายในเพศหญิงมีความแตกต่างตามฤดูกาล โดยฤดูใบไม้ผลิมีการฆ่าตัวตายต่ำกว่าฤดูอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศชายไม่มีความแตกต่างตามฤดูกาล¹¹

ในการอธิบายความแตกต่างของการฆ่าตัวตายตามเพศภาวะหญิงและชายสรุปได้ดังนี้^{12,13}

- ในเพศชายพบมีพฤติกรรมก้าวร้าว กล้าใช้ความรุนแรง หุนหันพลันแล่น มากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะนำมาสู่การใช้วิธีการที่ทำให้การฆ่าตัวตายประสบความสำเร็จ เช่นการแขวนคอ การใช้สารพิษ คาร์บอนมอนอกไซด์ การใช้ปืน ส่วนในเพศหญิงใช้วิธีการกินสารพิษ ซึ่งมีผลในการถึงแก่ชีวิตต่ำกว่า
- มีความเป็นไปได้ที่จะมีอคติ (bias) ในการรายงานและจัดแบ่งประเภทการตายที่อาจทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างเพศภาวะในการฆ่าตัวตาย โดยเคยมีการโต้แย้งว่าเมื่อผู้หญิงฆ่าตัวตาย จะได้รับการยอมรับทางวัฒนธรรมต่ำกว่าเมื่อเพศชายฆ่าตัวตาย ผลกระทบที่ชัดเจนคืออาจทำให้ไม่มีการบันทึกหรือ

ตัดสินใจฆ่าตัวตายเพศหญิงฆ่าตัวตาย ดังนั้นการฆ่าตัวตายของเพศหญิงบางส่วนอาจอยู่ภายใต้การไม่บันทึก และการที่เพศหญิงส่วนใหญ่ฆ่าตัวตายโดยใช้สารพิษหรือใช้ยา ซึ่งบางครั้งอาจไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นการฆ่าตัวตาย ยกเว้นบางประเทศเช่น จีน ที่รายงานว่าเพศหญิงมีการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย โดยใช้สารพิษในการเกษตร ซึ่งหาได้ง่าย

- เพศหญิงมีความอดทนมากกว่า และนำความอดทนมาปรับตัวเพื่ออยู่กับสิ่งแวดล้อมได้ง่ายกว่า
- ความแตกต่างระหว่างจิตพยาธิสภาพ (psychopathology) ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าในเพศหญิงที่เป็นโรคแพนิค (panic disorder) จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ในขณะที่พบโรคติดสุราในเพศชายได้มากกว่า รวมทั้งการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า การใช้สารเสพติด (substance abuse) และการเป็นโรคซึมเศร้า (depression) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุ 17-18 ปี ได้ทั้งเพศชายและหญิง แต่สาเหตุเหล่านี้ย่อมแตกต่างกัน กล่าวคือเพศหญิงมักจะเกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (โรคซึมเศร้า) ขณะที่เพศชายเกิดจากการใช้สารเสพติด (substance abuse) และการมีพฤติกรรมรุนแรง (violence behavior) ต่อต้านสังคม (antisocial behaviors) รวมทั้งปัญหาในโรงเรียน (school related problem)

- ความแตกต่างระหว่างจิตสังคม (psychosocial) ประเด็นทางจิตสังคมที่นำมาอธิบายความแตกต่างของเพศภาวะในการฆ่าตัวตายคือ บทบาทในการปกป้องเด็กซึ่งได้รับการสนับสนุนให้มีความรับผิดชอบปกป้องเด็กผู้หญิงมากกว่า เด็กผู้หญิงจึงได้รับการปกป้องจากผู้ปกครองมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงจะแสวงหาความช่วยเหลือ เมื่อเกิด

ปัญหาทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย เช่น การใช้โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ

- ปัญหาการถูกละเมิดทางเพศ ชื่นใจทางเพศในเด็กและวัยรุ่น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนในการนำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่เป็นเหยื่อในการถูกข่มขืน ล่วงละเมิดจากวัยรุ่นชาย จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง และสูญเสียการทำหน้าที่ในครอบครัว การทารุณกรรมทางเพศเป็นปัจจัยที่ชัดเจนทำให้มีความเสี่ยงสูงในการคิดวางแผนฆ่าตัวตาย การทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บเป็น 10 เท่าและมีความเสี่ยงสูงในการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 15 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นชายที่ไม่ได้ถูกล่วงละเมิดทารุณกรรมทางเพศ

1.2 ยีน (gene)

อัตราการฆ่าตัวตายของฝาแฝดไข่ใบเดียวกันสูงกว่าฝาแฝดที่เป็นไข่คนละใบ (ร้อยละ 24.1 และ 2.8) การพยายามฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมประมาณร้อยละ 17-45 ในญาติที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้เกี่ยวกับการเกิดโรคทางจิตเวช

มีการศึกษาที่เกี่ยวกับโครโมโซมที่ทำให้คนพยายามฆ่าตัวตาย เป็นโครโมโซม 2p11, 2p12, และ 2p, 5q, 6q, 8p, 11q, และ Xq การศึกษารายงานการฆ่าตัวตายในสายเลือดของผู้ฆ่าตัวตาย พบความเกี่ยวข้องกับโครโมโซม 6q25.2 ในระบบซีโรโทนิน (serotonergic system) ซึ่งเป็นยีนในการส่งผ่าน serotonin 1A (5-HT1A), serotonin 1B (5-HT1B), และ 5-HT2A เป็นตัวจับ (receptors) monoamine oxidase A (MAOA) ซึ่งเป็น เอนไซม์ที่ทำให้ลดระดับของ serotonin และ tryptophan hydroxylase ซึ่งยับยั้ง การสังเคราะห์เอนไซม์ serotonin โดยตรวจพบในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่ายีน TPH2 เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า พบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างยีนพันธุกรรม 5-HTTLPR ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าที่

ตอบสนองต่อเหตุการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงในชีวิต (stressful life events) ส่วนเด็กที่มี MAOA gene ในระดับต่ำจะทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior) และเพิ่มความไวต่อการถูกระตุ้น (greater impulsivity) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของเพศชาย¹⁴ นอกจากนี้การศึกษา prospective study พบว่าบุตรที่เกิดจากคนที่เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับบุตรที่เกิดจากคนที่เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์แต่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าบุตรที่เกิดจากผู้ที่มีประวัติการฆ่าตัวตายมีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสูงกว่า ถึง 6.5 เท่าโดยปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญของการเกิดเหตุการณ์การฆ่าตัวตายคือการเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ มีโอกาสสูงเป็น 7 เท่า (OR=7.0; 95%CI=1.5-3.2)¹⁵

1.3 การมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depressive symptom) โรคซึมเศร้า พบได้ร้อยละ 49-64 ในวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ⁹ มีการศึกษาแบบ cohort study พบว่า วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าทำให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 8.78 เท่าของคนที่ไม่มีอาการ (OR = 8.78; 95%CI 1.15-67.11) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีร้อยละ 7.7 ที่ฆ่าตัวตาย¹⁶ การศึกษาแบบ cohort study พบว่าวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีอาการ 1.29 เท่า (OR=1.29;95% CI 1.23-1.35)¹⁷ การศึกษาแบบ cross sectional study พบว่าวัยรุ่น ที่มีอาการซึมเศร้า มีความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย 44 เท่า (OR = 44.05;95%CI 3.25-5.04)¹⁸ มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย 6.6 เท่า (OR = 6.61; 95%CI =4.05-10.79)¹⁹

A Narrative Reviews

1.4 มีความผิดปกติทางจิต เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) การศึกษาแบบ cohort study พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่า คนที่ไม่ได้เป็น 33.6 เท่า (OR =33.6; 95%CI 17.87-63.11)²⁰ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เป็นโรคจิตเภทมีสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่นอายุ อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีสูงกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่ 3 เท่า โดยเฉพาะใน 2 ปีแรก²¹

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่เป็นปัจจุบันพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการเป็นวัยรุ่นเพศชาย เคยพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง มีอาการซึมเศร้า มีอาการประสาทหลอนและหลงผิด ไม่รับรู้ในการเจ็บป่วยของตัวเอง มีโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วย มีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย และการใช้สุรา ยาเสพติด²²

1.5 มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน วัยรุ่นที่เคยฆ่าตัวตายเพียง 1 ครั้ง เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำถึง 15 ครั้ง ร้อยละ 30 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดเคยฆ่าตัวตายอีก 2-3 ครั้งในปีเดียวกัน และร้อยละ 14 เคยพยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้งในปีเดียวกัน²³ การศึกษาแบบ longitudinal study 2 ปี พบว่าวัยรุ่นที่เคยมีประวัติ ฆ่าตัวตายมาก่อนมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 20.13 เท่า ของวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย (OR = 20.13; 95% CI 1.83-220.55)¹⁵

1.6 ปัจจัยร่วมในเรื่องบุคลิกภาพ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบศึกษา personality traits ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า ความสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นปัจจัย ที่มีความสำคัญในการพยากรณ์การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคล ทั้งนี้หากมีความสิ้นหวังร่วมกับ

มีบุคลิกภาพเดิมแบบหวั่นไหวง่าย (neuroticism) และ เป็นคนที่ชอบเปิดเผย (extroversion) จะมีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงสุด นอกจากนี้ยังพบ ในคนที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว (aggression) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) โกรธง่าย (anger) อารมณ์แปรปรวน ง่ายไม่มั่นคง (irritability) ไม่เป็นมิตร (hostility) และ วิตกกังวล (anxiety)²⁴

1.7 การใช้สารเสพติด/การติดสุรา ในวัยรุ่นชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น substance use disorders มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่ไม่เป็น 5.09 เท่า (OR = 5.09; 95 %CI 2.81-9.25)²⁵ เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาแบบ retrospective study ว่าคนที่ใช้ยาเสพติดในวัยเด็กมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 3 เท่าของคนที่ไม่ใช้ (OR = 3.0; 95% CI 2.5-3.6) คนที่ติดสุราในวัยรุ่นมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 5 เท่า (OR = 5.0; 95% CI 4.1-6.2)²⁶ รวมทั้งการศึกษาแบบ cross sectional survey ในประเทศไทยที่พบว่า วัยรุ่นไทยที่มีการใช้สุรามีความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย 2.32 เท่า (OR = 2.32, 95% CI 1.21-4.44)⁷

1.8 มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรมทางเพศ การศึกษาแบบ retrospective cohort study พบว่าคนที่มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรมทางเพศในวัยรุ่น อย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่า ร้อยละ 3.8 ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายอีก 2-5 ครั้ง (p<.001)²⁶

1.9 การมีเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ (adverse stressful life events) และก่อให้เกิดความเครียด ทั้งที่มีหรือไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตก่อนที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ของวัยรุ่น พบว่าการฆ่าตัวตายที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทางลบที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต 3 เดือนก่อนจะฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ 1 สัปดาห์ก่อนฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่าง

บุคคล และเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น ถูกจับกุม ฟ้องร้องหรือถูกพิพากษา²⁷ เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย พบว่า เหตุการณ์ชีวิตในทางลบและความครุ่นคิด (rumination) ที่ส่งผ่านความตึงเครียดทางอารมณ์(emotional distress) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย²⁸

1.10 การใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective coping strategies) การศึกษาแบบ cross sectional survey ในวัยรุ่นประเทศเกาหลี พบว่าตัวแปรการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 1.08 เท่า (OR = 1.08, p = 0.002)¹⁸

1.11 รักร่วมเพศ (homosexual) หรือผู้รักร่วมสองเพศ (bisexual) มีการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นที่เป็นรักร่วมเพศ หรือไบเซ็กชวล มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า⁹ และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นหาก ครอบครัวไม่ยอมรับ การเป็นรักร่วมเพศ เช่น เกย์ เลสเบียน หรือเป็นรักร่วมสองเพศของวัยรุ่น จะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นถึง 8.35 เท่า (OR = 8.35 ,95% CI 3.90-17.85) เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ครอบครัวให้การยอมรับ²⁹

1.12 การได้รับยา antidepressant ในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ systematic review และ meta-analysis ที่เป็นปัจจุบัน โดยเลือกการศึกษาที่เป็นรายงานทางคลินิก (clinical report) ที่มีการปกปิดสองทาง (double blind) เกี่ยวกับผลการใช้ SSRI ต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในวัยรุ่น พบว่าการใช้ SSRI มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2.39 เท่า (OR=2.39,95% CI=1.31-4.33)³⁰ เช่นเดียวกับ systematic review ของ observation study ที่พบว่า

SSRI เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 1.92 เท่า (OR=1.92, 95% CI 1.51-2.44)³¹

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่และ

คนในครอบครัว การศึกษา cross-sectional survey พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจีน ได้แก่ ครอบครัวที่พ่อแม่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (เช่น มีการดูต่ำ การลงโทษทางกายอย่างรุนแรง การควบคุมลูกมากเกินไป ทำความคาดหวังของพ่อแม่ไม่สำเร็จ มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีขัดแย้งกัน) (OR=1.76; 95% CI 1.59, 1.95; p<.001), การแยกทางของพ่อแม่ (OR=1.30; 95% CI 1.22, 1.40; p<.001) และปัญหาทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว (OR=1.25; 95% CI 1.15 - 1.35;p<.001)²³ เช่นเดียวกับการศึกษา cross-sectional survey ในวัยรุ่นเกาหลี พบว่าวัยรุ่นที่เป็นบุตรของพ่อแม่ที่ทำหน้าที่ไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย 1.04 เท่า (OR = 1.04, p = 0.029)¹⁸ รวมทั้งการศึกษา cross-sectional survey ในประเทศไทย ที่พบว่า วัยรุ่นที่ขาดความผูกพันกับพ่อแม่มีความเสี่ยงในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย 2.26 เท่า (OR = 2.26; 95% CI = 1.09-4.67)⁷ และปัจจัยกระตุ้นด้านครอบครัวต่อการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทยจากการศึกษาเชิงคุณภาพตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คือการใช้คำพูดตำหนิที่รุนแรงพูดประชดให้ไปตายจากแม่³²

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 การมีเพื่อนที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำตัวแปลกแยกจากสังคม

การศึกษา longitudinal survey พบว่าการมีเพื่อนที่มีประวัติฆ่าตัวตาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่นชาย 1.71 เท่า (OR=1.71; 95% CI 1.095 - 2.671)วัยรุ่นหญิง เป็น 1.67 เท่า (OR=1.68 ;95% C.I. 1.253 - 2.207) รวมทั้งการไม่มี

A Narrative Reviews

เพื่อน หรือการแยกตัวจากสังคม มีความเสี่ยงทำให้วัยรุ่นหญิง พยายามฆ่าตัวตาย 2 เท่า (OR = 2.01; 95% CI, 1.073-3.765)³³

3.2 การเลียนแบบ (copy cat) สื่อมีผล ทำให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเรื่องวิธีการ และการที่สื่อแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ มีชื่อเสียง เป็นวัยรุ่นที่ได้รับความสนใจให้ความสำคัญ ทำให้วัยรุ่นอยากฆ่าตัวตายเพื่อทำให้ตนมีชื่อเสียงด้วย³⁴ มีการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสารคดีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายกับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น มี systematic review การศึกษาที่มีรายงานว่าสื่อมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 56 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าสื่อมีผลต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ระบุว่ารายงานที่นำมาวิเคราะห์ อาจมีอคติในการรายงาน อีกทั้งไม่ได้เป็นตัวแทนของข้อมูลการฆ่าตัวตายที่ปรากฏในองค์กรสำนักงานที่รับผิดชอบ และมีแนวโน้มที่อาจจะรายงานเกินความเป็นจริงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เช่น การใช้วิธีการ ฆ่าตัวตายให้ตายสำเร็จที่พบได้น้อยในชีวิตจริง³⁵

ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีทฤษฎีทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในการนำมาอธิบายการฆ่าตัวตาย โดยผู้เขียนได้จัดกลุ่มไว้ 2 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยตรง และทฤษฎีที่ใช้อธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล

1. ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นประกอบด้วย 4 ทฤษฎี

1.1 ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson (Erikson's theories)

ตามทฤษฎีของอีริกสัน (1963, 1968) ได้กล่าวว่าช่วงวัยของชีวิตมี 8 ระยะ ซึ่งมีช่วงที่ต้องเผชิญกับวิกฤติที่ต้องการแก้ปัญหาทางบวก ความล้มเหลว

ในการแก้ปัญหากระทบต่อพัฒนาการ และบุคลิกภาพในทางลบ และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

ทฤษฎีอีริกสันเป็นทฤษฎีแรกที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของบริบทสังคมในการทำความเข้าใจต่อพัฒนาการของบุคคล โดยมีส่วนที่เน้นถึงการฆ่าตัวตายโดยทำให้เข้าใจความหมายของความเปราะบางทางสังคม อารมณ์ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคล

ตามทฤษฎีอีริกสัน เมื่อพันธกิจตามพัฒนาการแต่ละระยะได้รับการแก้ไขปัญหา (เช่น วัยทารก : ความไว้วางใจ ไม่ไว้วางใจ วัยเด็ก : ความเป็นอิสระเชื่อมั่น กับความสงสัยหรือขี้อาย วันก่อนเรียน : ความคิดริเริ่มกับความรู้สึกลึกซึ้ง วัยเรียน : ความขยันหมั่นเพียรกับความด้อย) จะถูกนำมาพิจารณาถึงความสมบูรณ์ทางสุขภาพและไม่สมบูรณ์ทางสุขภาพของบุคคล เพื่อดูว่าบุคคลจะจัดการกับพันธกิจในแต่ละช่วงวัยได้อย่างไร

พัฒนาการของแต่ละคนแปรไปตามขอบเขตที่ความไว้วางใจได้รับการตอบสนอง ความล้มเหลวในการ ได้รับการตอบสนองหรือการสัมผัส จะนำมาซึ่งความเป็นคนขี้อายและขีระแวงสงสัย อันเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการขั้นต่อไป ซึ่งทำให้มีการปรับตัวที่ผิดปกติของเด็กที่สะสมความโกรธภายในและภายนอกไว้ ความโกรธ แสดงออกมาเมื่อบุคคลพบว่าสิ่งที่ไม่ต้องการทางอารมณ์ สังคม ความโกรธนำมาซึ่งการแสดงออกถึงความรุนแรง มีพฤติกรรมที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ

หากช่วงนี้วัยรุ่นสามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองโดยการทำสิ่งดี ๆ อะไรบางอย่างขึ้นมา (เช่น เรียนรู้ที่จะแสดงสมรรถนะหรือผลสำเร็จด้านการเรียน) เขานำความเชื่อมั่นติดตัวไปในอนาคตได้ ถ้าในช่วงเวลานี้ความพยายามของพวกเขาเกิดความล้มเหลวและ

ไม่ได้รับการประทับประคองสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เขาจะนำความรู้สึกว่าตนด้อยคุณค่าในตัวเองติดตัวไปด้วยในช่วงพัฒนาการต่อไปของชีวิต ความวิตกกังวลจากการแยกจากพ่อแม่ และความบกพร่องในหน้าที่ของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดในช่วงวัยนี้ โดยเฉพาะในสถานที่เกิดความขัดแย้งและความโกรธที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

มีการนำทฤษฎีของ Erikson มาใช้ในการอธิบายการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดย Portes และคณะ³⁶ โดยอธิบายว่า วัยรุ่นพยายามที่จะจัดการกับปัญหาซึ่งเป็นประเด็นให้เกิดความสับสนในบทบาทของตัวเองในช่วงที่เป็นวัยรุ่น วัยรุ่นต้องการคำตอบที่ว่า “ฉันคือใคร” ตั้งแต่การค้นหาตัวตนในเรื่องเพศ สังคม แนวคิดและวิถีทางอาชีพที่อยากจะเป็น และมักจะนำมาซึ่งความเครียดจากบริบทหลายอย่างที่มารวมกันในการค้นหาตัวเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทระหว่างเพศชายกับหญิง อาจทำให้เกิดการสับสนมากขึ้น ความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อม เช่น แรงกดดันจากพ่อแม่ ในการคาดหวังอยากให้ประสบความสำเร็จในการเรียน การย้ายครอบครัว การเข้าถึงยาเสพติดที่ง่าย และแรงกดดันจากเพื่อน ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายคล้ายจะปรากฏเมื่อเกิดความเครียด จากความคิดที่ยังไม่มีวุฒิภาวะ การขาดความเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ การไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่มันท่วมท้นและหาทางออกที่ชัดเจนได้

วัยรุ่นบางคนเกิดความสับสนที่จะค้นพบตัวตนของตน การรู้สึกด้อยกว่าคนอื่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว ความคาดหวังจากพ่อแม่ที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จอย่างสูง และพ่อแม่ที่มีพยาธิสภาพทางจิต เป็นปัจจัยเสี่ยง ของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ความคิดในการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิต แรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของ

วัยรุ่น เนื่องจากความขาดสติสัมปชัญญะ การไม่อยู่ในโลกความเป็นจริง และความคิดที่ไร้เหตุผล

1.2 The Rational-Suicide Theory

เป็นทฤษฎีที่มีการนำมาอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พัฒนาโดย Hamermesh และ Soss ในปี ค.ศ.1974 แต่ผู้นำนามอธิบายที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ Cutler และคณะ³⁷ การฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับวัยรุ่น โครงสร้างของครอบครัวมีความสำคัญในการป้องกันวัยรุ่นจากการกระทำเหล่านี้ และมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความทุกข์ของวัยรุ่นกับสมาชิกครอบครัว แต่จะเชื่อมโยงไปที่ไหนที่หากครอบครัวนั้นมีปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น อยู่กับพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมรุนแรง พลังงาน มาเป็นระยะเวลายาวนาน การฆ่าตัวตายมักจะเกิดเมื่อความอ่อนแอไม่มีความสุขเพิ่มขึ้นสูง เมื่อบุคคลถูกลดคุณค่า ซึ่งเกินความเป็นจริง บุคคลมักจะต้องการที่จะพยายามฆ่าตัวตายแม้จะไม่ได้อยากตายจริง

คำอธิบายเกี่ยวกับความพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น มีความจริงที่เกี่ยวข้อง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อแรกบุคคลมีความรู้สึกหลากหลาย ทุกคนมีช่วงเวลาที่ขึ้นสูงและต่ำ สำหรับวัยรุ่นความหลากหลายทางอารมณ์มีความสำคัญยิ่ง ความรู้สึกที่ขึ้นสูงมักจะสูงกว่าและความรู้สึกที่ต่ำมักจะต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ความจริงข้อที่สองคือสำหรับวัยรุ่น ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางการเงินที่เขาสามารถใช้มันเพื่อให้มีอิทธิพลเหนือคนอื่น วัยรุ่นยังอยู่ในจุดที่ปริมาณการใช้เงินมากกว่ารายได้ของตัวเอง ซึ่งความจริงของสองข้อนี้ มีการนำมาอธิบายทฤษฎีการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทฤษฎีกลยุทธ์ในการฆ่าตัวตาย (strategic suicide theory) วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการส่งสัญญาณไปยังคนอื่นว่าเขาไม่มีความสุขและเป็นการลงโทษคนอื่นที่

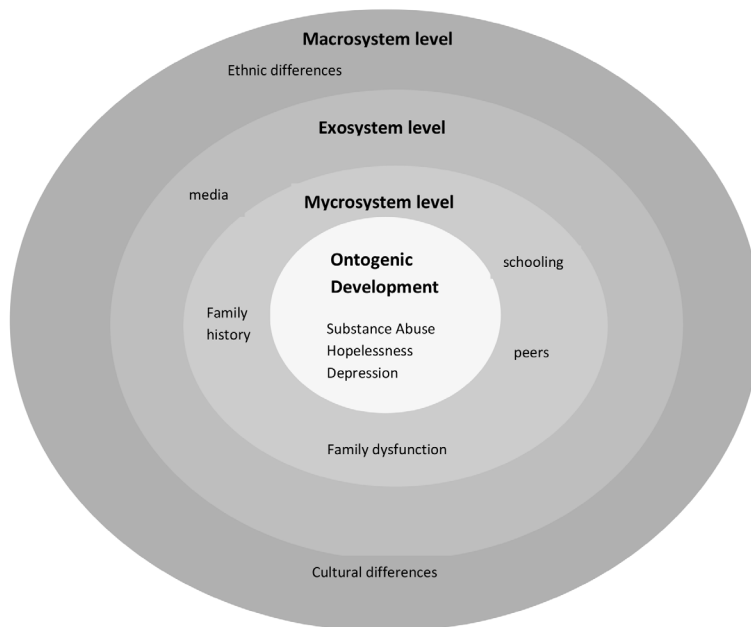
A Narrative Reviews

ทำให้พวกเขาไม่มีความสุข ในทฤษฎีนี้การพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้ต้องการให้ผลลัพธ์เป็นความตาย แต่เป็นทางที่วัยรุ่นใช้เพื่อมีอิทธิพลเหนือคนอื่นโดยไม่ได้ใช้เงินลงทุน 2) ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า (depression theory) มีหลายประเด็นที่ทำให้วัยรุ่นไม่มีความสุข วัยรุ่นจะไม่มีความสุขถ้าความเป็นเหตุเป็นผลในชีวิตของพวกเขาไป 3) ทฤษฎีการเลียนแบบ (contagion theory) ซึ่งบอกว่าสังคมเป็นตัวขยายผลของความเครียดในวัยรุ่นเป็นทวีคูณซึ่งจะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าหรือขยายปัจจัยที่นำไปสู่สัญญาณการฆ่าตัวตาย 4) ทฤษฎีเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการนำมากระทำ (the instrumentality theory) เมื่อเหตุการณ์ที่นำมาสู่การคิดฆ่าตัวตายและสิ่งที่ทำมากกว่าการวางแผนการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นจะทำตามทฤษฎีนี้โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกที่ไม่มีความสุข การฆ่าตัวตายสำเร็จหมายถึงการมีความพร้อมหมดทุกอย่างรวมทั้งอุปกรณ์ที่เขาจะใช้ฆ่าตัวตาย ดังนั้นการที่วัยรุ่นเข้าถึงปืน หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายได้มากในระดับที่พอๆ กับความรู้สึกที่เขาไม่มีความสุข

อย่างมาก มักจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สามารถเข้าถึงปืนหรืออุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้

1.3 ทฤษฎีมุมมองเชิงนิเวศวิทยา (The Ecological Perspective Approach)

มีการศึกษาที่นำ ecological model พัฒนาขึ้นโดย Bronfenbrenner's ในปี ค.ศ.1977 มาอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดย Ayyash-Abdo³⁸ โดยอธิบายว่าบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบที่ซ้อนกันอยู่ ประกอบด้วย microsystem, exosystem, และ macrosystem, ทั้งหมดซ้อนกันอยู่เป็นวงกลม microsystem (เช่น ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว) เป็นสิ่งแวดล้อมโดยตรง และถูกฝังตั้งอยู่ใน exosystem (เช่น อาชีพของพ่อแม่) ที่มีอิทธิพลโดยอ้อม macrosystem (เช่น วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อทางสังคม) ซึ่งรวมกันเป็นระบบการพัฒนาและเจริญเติบโตของสิ่งมีชีวิต (ontogenic system) หรือการรับรู้ ตัวเองของบุคคล (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการฆ่าตัวตาย ตามมโนทัศน์เชิงนิเวศวิทยา the ecological paradigm (ปรับปรุงจาก Ayyash-Abdo, 2002)

ลักษณะของ microsystem เป็นผลโดยตรงทันที จากครอบครัว เพื่อน กลุ่มทางศาสนา และเพื่อนบ้านที่มีอิทธิพลกับวัยรุ่น และนำมาซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย exosystem จะหมายถึง โครงสร้างทางสังคม (social structures) เช่น สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้านที่อยู่บริเวณเดียวกัน ที่ไม่มีผลต่อพัฒนาการของบุคคลโดยตรงแต่เป็นสิ่งที่อยู่รอบบริเวณที่บุคคลอาศัยอยู่ มีอิทธิพลอยู่ในวงล้อมในการจัดการว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างในบริเวณนั้น macrosystem เป็นชั้นนอกสุด ที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อตามเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ และค่านิยมที่เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ซึ่งได้รับอิทธิพลจากพัฒนาการเจริญเติบโตตามวัย

ในการประยุกต์ ecological model ในการจัดการกับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้เน้นไปที่การอธิบายแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีการผสมผสานกัน เป้าหมายคือมุ่งไปที่การส่งเสริมความเข้าใจว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมวัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ecological approach จะช่วยอธิบายว่าวัยรุ่นจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประวัติส่วนตัวในช่วงพัฒนาการเติบโตของชีวิตได้อย่างไร (เช่น ภาวะซึมเศร้า) อิทธิพลของบุคคลที่วัยรุ่นได้ติดต่อสัมพันธ์โดยตรง ในระบบ microsystems (เช่น บ้าน โรงเรียน) และสังคมในหน่วยที่ใหญ่ขึ้น ใน exosystems ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อวัยรุ่น (เช่น สื่อต่างๆ) และสังคมที่ใหญ่กว่าหรือ macrosystems (เช่น ความแตกต่างของวัฒนธรรมในมุมมองเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย)

1.4 ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory)

ทฤษฎีระบบครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีระบบ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ระดับของครอบครัวมากกว่าระดับความเป็นบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของครอบครัว

รูปแบบการสื่อสาร ความผูกพัน ยึดเหนี่ยว ความขัดแย้ง การแยกตัว การติดต่อ รวมทั้งการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัว การทำความเข้าใจ ทฤษฎีระบบครอบครัว เป็นการทำความเข้าใจวงจรของชีวิตในครอบครัวที่รวมเอาหลายทฤษฎีเข้าไว้ด้วยกัน ภายใต้แนวคิดเรื่องศาสตร์ของครอบครัว (family science) และสุขภาพจิต(mental health) จึงทำให้ทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้อธิบายมุมมองคนในวงจรครอบครัวและที่สำคัญทำให้อธิบายได้ว่าเพราะเหตุใด การกระทำของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งจึงมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่น เช่น ในครอบครัวที่มีเด็ก ทฤษฎีระบบครอบครัวจะมุ่งพิจารณาว่าพ่อ แม่ และลูกคนอื่น จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างไร เพื่อที่จะสร้างพฤติกรรมส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน สร้างชีวิตครอบครัวอย่างไรในภาพรวมความเป็นครอบครัว บางครอบครัวอาจจะสร้างความกดดันให้สมาชิกในครอบครัวเพื่อพึ่งคำสั่งจนเกิดเป็นความเครียด บางครอบครัวกระตุ้นให้สมาชิกมีความเป็นอิสระไม่พึ่งพาและเกิดความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งอาจมีสมาชิกในครอบครัวบางคนที่มีอิทธิพลและครอบงำสมาชิกคนอื่น บางคนอาจสามารถช่วยคนอื่นในครอบครัวให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นในทฤษฎีระบบครอบครัวจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของครอบครัวด้วย³⁹

ได้มีการศึกษาที่นำทฤษฎีระบบครอบครัวมาใช้เชื่อมโยงสู่การอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและช่วยในการบำบัดครอบครัว ภายใต้แนวคิดที่ว่าสมาชิกคนหนึ่ง ในครอบครัวมีผลต่อสมาชิกอีกคนหนึ่งเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว ระบบจะพยายามทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุลขึ้นดังเดิม แต่เมื่อไม่สามารถทำได้ เช่น จากกรณีศึกษาในครอบครัวที่เมื่อพ่อแม่เกิดความขัดแย้งกัน ลูกเห็นพ่อทำร้ายแม่ ต่ำหนิแม่ แม่เศร้า ซึ่งเป็นผลทางตรง ลูกเกิดความผูกพันกับแม่ สงสารแม่ อยากเข้าไปช่วย เวลาที่ลูกทำผิด ทำให้พ่อตำหนิแม่ มากขึ้นว่าเลี้ยงลูกไม่ดี ลูกเกิดความรู้สึกที่ตัวเองต้อง

A Narrative Reviews

รับผิดชอบกับการกระทำของตนที่ทำให้แม่ต้องเจ็บปวด ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตัวเองไม่ดีพอ ปกป้องแม่ไม่ได้ แล้วเกิดความกดดัน กลัวพ่อ สงสารแม่ แต่ช่วยอะไรไม่ได้ ไม่มีที่พึ่ง โดดเดี่ยว นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานใจ ซึมเศร้าและตัดสินใจฆ่าตัวตาย อันเป็นผลที่เกิดขึ้นจากวงจรครอบครัวที่มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งหลังจากวัยรุ่นฆ่าตัวตายแล้ว การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) และให้ความรู้แก่ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมาก ได้ช่วยให้พ่อแม่หันกลับมาทบทวนตัวเอง ได้คุยกัน ลดความขัดแย้ง และช่วยกันแก้ไขปัญหาว่าจะทำอย่างไรจึงจะช่วยลูกได้เพื่อให้ครอบครัวกลับมาสู่ความสมดุลอีกครั้ง⁴⁰

2. ทฤษฎีที่อธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีได้แก่

2.1 Durkheim's theory เป็นทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยาที่มีการนำมาใช้อธิบาย และแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายของบุคคลในสังคมมาเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบัน พัฒนาโดย Emile Durkheim⁴¹ โดยทฤษฎีนี้ เชื่อว่าฆ่าตัวตายมีอยู่ 4 แบบคือ

1) Egoistic suicide ซึ่งเป็นผลจากการขาดประสิทธิภาพในการผสมผสานความเป็นปัจเจกบุคคลกับสังคมซึ่งรวมไปถึงการผสมผสานความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างบุคคลและชีวิตครอบครัว ด้วยการรวมกันเป็นอันหนึ่งเดียวกันของครอบครัวที่มากยิ่งขึ้นภูมิคุ้มกันต่อการฆ่าตัวตายได้ดี ในเรื่องเกี่ยวกับการเมืองและชุมชน พบว่าสังคมที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ เนื่องจากสังคมมีความเข้มแข็งในการผสมผสานการมีส่วนร่วมของบุคคลเข้าไปในวิถีชีวิตของสังคม ซึ่งจะช่วยยับยั้งความเป็นปัจเจกบุคคลที่มากเกินไป ซึ่งจะทำให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเข้มแข็ง Egoistic suicide เชื่อว่าบุคคลนั้นมองว่าตนถูกแยกส่วนออกจากสังคม มีความรู้สึกว่าตนไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ สังคมมองไม่เห็นตัวเขา จึงฆ่าตัวตาย เพราะคิดว่า เขาไม่มีประโยชน์ที่จะอยู่ในสังคมนี้ต่อไป

เพราะสังคมนี้ไม่ต้องการเขาแล้ว สังคมอยู่อีกที่หนึ่ง ตัวเขาเองอยู่อีกที่หนึ่ง ตัวเขาจึงแยกส่วนออกมาจากสังคม เขาไม่สามารถเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้เลย เมื่อคิดว่าเขาไม่ได้เป็นอะไรกับสังคมแล้ว ไม่มีประโยชน์ ไม่มีคุณค่าอะไรกับสังคม เขาจึงสมควรที่จะตาย จึงลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

2) Altruistic suicide หรือการฆ่าตัวตายเพื่อพลีชีพ เป็นผลมาจากการที่บุคคลนำชีวิตของตัวเองเข้าไปยอมให้สังคมนอนเหนือตัวเขาเอง สังคมเป็นสิ่งที่เขาต้องศรัทธาหรือยึดมั่น การตายคือการพลีชีพให้กับสังคมนั้น เพื่อให้สังคมนอนได้ เช่น พลีชีพให้กับจักรพรรดิ หรือพลีชีพให้พระอัลเลาะห์ที่เขาศรัทธา แล้วทุกอย่างจะสูงขึ้น เนื่องจากอำนาจความเชื่อของกลุ่ม ซึ่งมีความเคร่งครัดมากในการสละชีพเพื่อแสดงความจงรักภักดีต่อสิ่งที่นับถือ การฆ่าตัวตายแบบนี้มีมากในสังคมและในกองทัพสมัยโบราณที่มีรูปแบบบังคับให้บุคคลต้องเชื่อฟังและยอมตาม โดยการสละชีวิตเพื่อเป้าหมายสูงสุดของกลุ่ม เช่นการสละชีวิตของทหารญี่ปุ่นในฝูงบิน Kamkaze ที่ขับเครื่องบินเข้าชนเรือของข้าศึกโดยยอมพลีชีพ และถูกยกย่องว่าเป็นการกระทำที่มีความหมาย เป็นการเสียสละเพื่อชาติ

3) Anomic suicide เป็นผลมาจากการขาดการควบคุมความเป็นปัจเจกบุคคลโดยสังคม เป็นสภาวะเรื้อรังที่เป็นผลมาจากเศรษฐกิจ ความต้องการของบุคคลและความพึงพอใจส่วนบุคคลที่ถูกควบคุมโดยสังคม ความเชื่อและการปฏิบัติโดยทั่วไป ที่บุคคลได้รับการเรียนรู้จะทำให้เขา รวบรวม สร้างสิ่งที่ Durkheim เรียกว่า "collective conscience" เมื่อมันได้รับการสร้างขึ้น ขอบเขตมันจะกว้างไปจนถึงอะไรที่เขาอดทนได้ถึงที่สุด เมื่อบุคคลทำตามกฎเกณฑ์ของสังคมจะเกิดความรู้สึกมั่นคง แต่เมื่อความต้องการหรือความพอใจไม่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคม บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง สับสน การฆ่าตัวตายจะเกิดเมื่อบุคคลไม่สามารถเผชิญกับโอกาสใหม่ที่เข้ามาในชีวิตของ

เขาได้ เมื่อถึงขีดจำกัดที่มากที่สุดและน้อยที่สุดที่เขาพิจารณาตามมุมมองของชีวิตที่เขาสร้างขึ้น Anomic suicide เชื่อว่าบุคคลนั้นอยู่ในแกนกลางของสังคมที่ห่อหุ้ม และสังคมที่ห่อหุ้มอยู่มีการเปลี่ยนแปลงหมดเกิดความโกลาหล (Kaos) จากความเปลี่ยนแปลง ทั้งครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เมื่อทุกอย่างเปลี่ยนไปหมดและตัวเขาเองควบคุมไม่ได้ ไม่รู้จะจัดการอย่างไร เพราะมันเปลี่ยนเร็วจนเขาไม่สามารถเผชิญแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ เขาจึงรู้สึกวุ่นวายมากจนไม่มีอะไรยึดเหนี่ยว ควบคุมไม่ได้ จึงฆ่าตัวตายดีกว่ามีชีวิตอยู่

4) Fatalistic การฆ่าตัวตายชนิดนี้ตรงกันข้ามกับ anomic suicide เป็นผลมาจากสังคมควบคุมหรือวางระเบียบบุคคลมากเกินไป เช่น การฆ่าตัวตายของกลุ่มคนที่เป็มหาส ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ ซึ่งทั้งหมด เกิดมาจากความบีบคั้นทางร่างกาย หรือการปกครองที่มีภรรดขี่ใช้อำนาจ มากเกินไป ถูกปิดกั้นความพยายามของบุคคลที่จะทำตามความปรารถนา หรือเกิดกับบุคคลที่เก็บกดจากระเบียบ กฎเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่มากเกินไป ซึ่ง Durkheim ได้กล่าวว่าการฆ่าตัวตายชนิดนี้อาจพบได้น้อยมีความสำคัญลดลงในสังคมสมัยใหม่

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์พัฒนาโดย Sigmund Freud มีผู้นำมาอธิบายความเชื่อมโยงต่อการฆ่าตัวตายโดยอธิบายว่าทุกคนมีความก้าวร้าวอยู่ในตัวเอง (internalized aggression) ที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า ความหลงตัวเองเป็นแรงจูงใจที่ซับซ้อนของการฆ่าตัวตายที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ตัวเองเป็นเหยื่อในการลงโทษตัวเอง (victim-introject) มีกลไกทางจิตคือ ใช้ตัวเองเป็นเหยื่อลงโทษตัวเอง จากความโกรธ ก้าวร้าวที่ไม่สามารถจัดการกับคนอื่น จึงได้หันความก้าวร้าว ความโกรธกลับมาเข้าหาตัวเอง⁴² แนวคิดในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการ

ฆ่าตัวตายตามทฤษฎี psychoanalytic เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจาก 4 สาเหตุ ได้แก่⁴³

1) การใช้ความโกรธมาลงที่ตัวเอง เมื่อไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้โกรธได้ (self-directed aggression) ความโกรธเป็นการตอบสนองที่ปรากฏออกมาจากการแตกของการยึดเหนี่ยวในตัวเอง (self-cohesion) ที่เป็นผลมาจากการถูกทำลายความรักความหลงตัวเอง (narcissistic injury) การฆ่าตัวตายเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความรู้สึกกระหว่างความรักความหลงตัวเอง (narcissistic) ความเดือดดาลพลุ่งพล่าน (rage) ความอับอาย (shame) หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตน (aversive self-awareness)

2) การไม่สามารถจัดการกับความเศร้าโศก ที่มาจากความสูญเสีย บุคคล หรือทรัพย์สินที่รักได้

3) การสูญเสียการทำงานของจิตสำนึก (disturbance of ego functioning) เช่น การปรับตัวที่ผิดปกติ และการใช้กลไกป้องกัน โดยการเสียสละตัวเอง (self-sacrificing defenses) ความบกพร่องในการตอบสนองต่อการสูญเสียและสิ่งที่ไม่พอใจ ตามความเป็นจริง (impaired reality testing in response to loss and dysphoria)

4) การพร่องความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นและคงความสัมพันธ์ไว้ (object relation) ใช้กลไกทางจิตที่ทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ได้ ใช้การโทษตัวเอง (introjections) ไม่เป็นมิตรกับคนรอบข้าง (hostility) และการแยกตัวเอง (isolation)

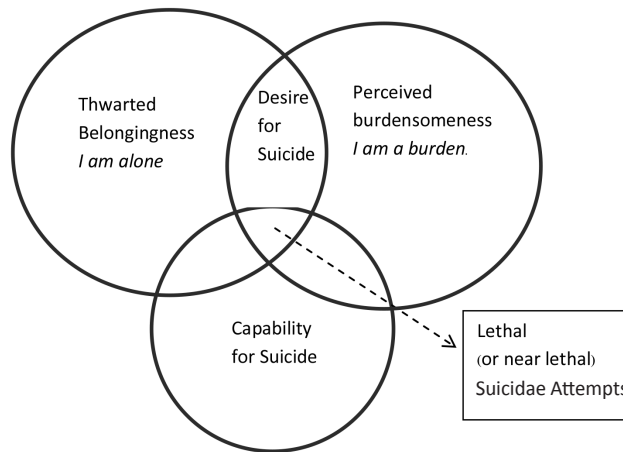
2.3 Interpersonal Theory of Suicide

มีการพัฒนาโดย Orden⁴⁴ พบว่ารากฐานของทฤษฎี Interpersonal Theory มีข้อสันนิษฐานว่าคนที่ตายโดยการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเขาสามารถและเขาต้องการ ตามกรอบแนวคิด มีโครงสร้างที่ถือเป็น

A Narrative Reviews

ศูนย์กลางของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 3 ประการ โดย 2 ประการมีความสัมพันธ์กับความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thwarted belongingness) และการรับรู้ว่าเป็นภาระ (perceived burdensomeness) อีกประการเกี่ยวกับศักยภาพ ที่เรียกว่า ศักยภาพในการฆ่าตัวตาย

capability for suicide ซึ่งถ้าหากมีศักยภาพจะทำให้บุคคลกลัวความตายน้อยลง ทนต่อการบาดเจ็บของร่างกายได้มากขึ้น จนในที่สุดนำไปสู่ความพยายามในการฆ่าตัวตายซึ่งเกิดผลตามมา 2 ประการได้แก่ การถึงแก่ความตาย (lethal) และเกือบถึงตาย (near lethal) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (assumptions of the Interpersonal theory of Suicide) (ปรับปรุงจาก Orden และคณะ, 2010)

ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) การถูกแบ่งแยกทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลชัดเจนต่อความคิดอยากฆ่าตัวตาย และนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ สมมุติฐานของทฤษฎีคือการขาดการติดต่อทางสังคม ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ธรรมชาติของคนต้องการความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (need to belong) ซึ่งจะรวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ภายในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน เมื่อบุคคลคิดตนไม่ได้เป็นเจ้าของ จะรู้สึกว่าตัวเองโดดเดี่ยว จนคิดฆ่าตัวตาย

ความรู้สึกว่าตนเป็นภาระ (perceived burdensomeness) จะประกอบด้วย ความขัดแย้งในครอบครัว การว่างงาน และการเจ็บป่วยทางกาย เป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ปัจจัยนี้เป็นเหตุการณ์

ทางลบที่เกิดขึ้น ซึ่งนำมาสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของบุคคลต่อครอบครัว และความขัดแย้งในใจ จนต้องหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีนี้ยังมีความเฉพาะที่จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของ สมมุติฐาน 4 ประการ ได้แก่

1) การไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดดเดี่ยว และการรับรู้ว่าคุณเป็นภาระเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดและมากพอที่จะทำให้คนเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2) เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ได้เป็นเจ้าของ และความรู้สึกว่าตนเป็นภาระ โดยมีมุมมองว่ามันเป็นสิ่งคงที่ และไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ (เช่น หมดหวังต่อสถานการณ์) จึงเป็นสาเหตุที่มากพอของความปรารถนาอยากฆ่าตัวตายโดยเร็ว และไม่มีการวางแผนล่วงหน้า

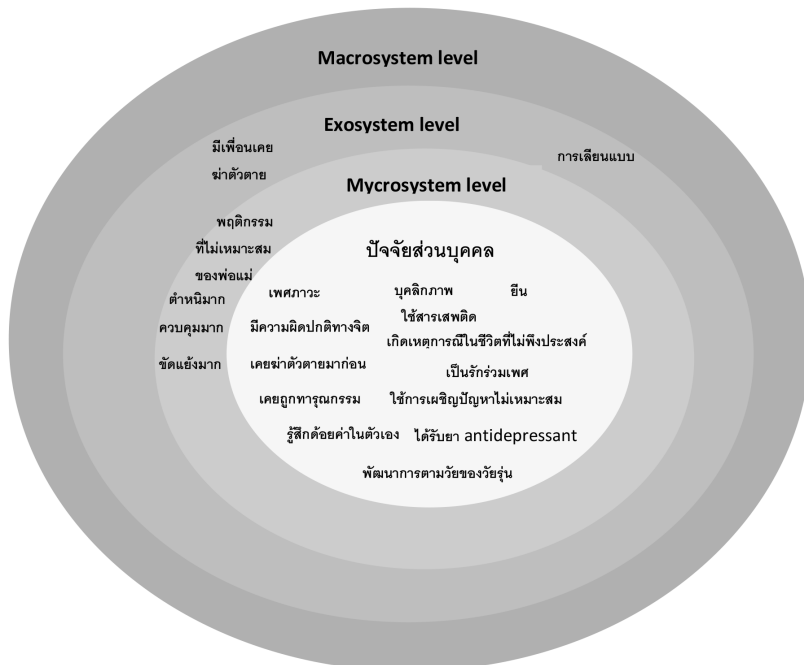
3) การเกิดขึ้นของแรงปรารถนาอยากตายร่วมกับความรู้สึกไม่กลัวตาย หรือไม่ได้กลัวมาก เป็นเงื่อนไขเพียงพอที่จะทำให้เกิด ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

4) การไม่ได้เป็นเจ้าของ รับรู้ว่าตนเองหมดหวัง ทำให้กลัวตายน้อยลงและเพิ่มความทนต่อการบาดเจ็บมากขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ตามมาคือเกือบตาย และฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

สรุป

มีหลายทฤษฎีและปัจจัยที่อธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แต่ละทฤษฎีมีจุดเด่นและข้อจำกัดในการนำมาอธิบายบริบทของสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยมุมมองของผู้เขียน ทฤษฎี Durkheim's Theory อาจนำมาอธิบายการฆ่าตัวตาย ในส่วนบริบทของคนไทยไม่ได้ เนื่องจากบริบทของสังคมที่แตกต่าง ตามมุมมองของผู้เขียน ทฤษฎีที่น่าจะอธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ได้อย่างครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม คือทฤษฎี ecological perspective approach ที่ทำให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้อย่างครอบคลุม ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลตัววัยรุ่น ที่มีทั้งเรื่องเพศภาวะ (ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ วัฒนธรรมไทย) บุคลิกภาพ ยีน การมีความผิดปกติทางจิต การใช้สารเสพติด การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นรักร่วมเพศ เคยถูกทารุณกรรม ใช้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม รู้สึกด้อยค่าในตัวเอง ได้รับยา antidepressant และพัฒนาการตามวัยของวัยรุ่น ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ การตำหนิมาก ควบคุมมาก ขัดแย้งมาก ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนเคยฆ่าตัวตาย และการเลียนแบบในสังคม อธิบายโดยใช้แผนภาพตามทฤษฎีได้ดังนี้



ภาพที่ 3 มุมมองการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยตาม ecological paradigm ใน ทฤษฎี ecological perspective approach

A Narrative Reviews

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีการเผยแพร่ในระดับสากล อาจมีข้อจำกัดในเรื่องการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนการศึกษาน้อย อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ที่รวบรวมไว้ อาจเป็นพื้นฐานในการนำมาใช้เพื่อการวางแผนป้องกันและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เบื้องต้นแต่ควรนำไปพัฒนาผสมผสานให้เหมาะสมต่อการจัดบริการที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละพื้นที่

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเฝ้าระวังและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แนวคิดเกี่ยวกับเพศภาวะช่วยให้เรามีแนวทางในการทำความเข้าใจปัจจัยส่วนบุคคล ตามธรรมชาติของวัยรุ่นหญิงและชาย โดยเฉพาะเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจะเกิดในเพศหญิงมากกว่าชายและมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย จึงควรเฝ้าระวังอย่างยิ่งในวัยรุ่นหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า วัยรุ่นชายมีการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงและมีความไวต่อการถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าเพศชาย จึงควรเฝ้าระวังในวัยรุ่นชายที่ใช้สารเสพติดและมีบุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น ไวต่อความโกรธและถูกกระตุ้น นอกจากนี้ยังควรต้องเฝ้าระวังอย่างสูงในวัยรุ่นที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน และมีปัญหาทางจิต หรือมีบุคลิกภาพประสาธ วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ รู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง

ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญมากต่อการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ทั้งตามการอธิบายในทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศและในประเทศไทย จึงควรเฝ้าระวังในวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก หรือมีภาวะ

ทะเลาะเบาะแว้งขาดความผูกพันกันระหว่างพ่อแม่และเด็ก หรือในครอบครัวที่มีสมาชิกเคยฆ่าตัวตายมาก่อน ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยด้านชุมชนสังคม ควรให้ความสำคัญในเรื่องเพื่อนและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเนื่องจากวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนกับกลุ่มเพื่อน ควรเฝ้าระวังในวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและควรมีการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงในโรงเรียน โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการจำแนกวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, Switzerland: WHO library Cataloguing-in-publication data; 2014
2. Wasserman D, Cheng QI, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. World Psychiatry 2005; 4:2.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006; 47(3-4):372-94.
4. Putthisri S, Lotrakul M. Adolescent Suicides in Thailand During 1996-2003. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2006; 51: 21-8.
5. Department of mental health. The national data suicide rates of Thailand 2015. Department of Mental Health Ministry of Public Health Thailand. Available from : <http://www.dmh.go.th/report/suicide/english/>

6. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N. Current drinking and health-risk behaviors among male high school students in central Thailand. *BMC Public Health* 2011; 11: 233.
7. 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.
8. Gibbs D. A Dissertation entitled Assessing Suicidal Cognitions in Adolescents: Establishing the Reliability and Validity of the Suicide Cognitions Scale. Submitted to the Graduate Faculty as partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Philosophy Degree in Psychology 2010. The University of Toledo
9. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 21s-33s.
10. Lee J, Choi H, Kim MJ, Park CG, Shin DS. Anger as a predictor of suicidal ideation in middle-school students in Korea: gender difference in threshold point. *Adolescence* 2009; 44(174): 433-46.
11. Mergl R, Havers I, Althaus D, Rihmer Z, Schmidtke A, Lehfeld H, et al. Seasonality of suicide attempts: association with gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 393-400.
12. Beautrais AL. Gender issues in young suicidal behavior. *Emerg Med* 2002; 14: 35-42
13. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 491-503.
14. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Uhampagne FA, Clayton P, et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior *Biol Psychiatry* 2009; 65: 556-63. doi:10.1016/j.biopsych.2008.11.021
15. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oguendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1364-70.
16. Sanchez-Gistau V, Baezal I, Arango C, Geozalez-Pinto A, de la Serna E, Parellada M, et al. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 59-66.
17. Silenzio VMB, Pena JB, Duberstein PR, Cerel J, Knox KL. Sexual Orientation and Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults. *Am J Public Health* 2007; 97: 2017-1.9
18. Kim HS, Kim HS. Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008; 39: 221-35.
19. Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, Kilpatrick DG, Naugle AE, Saunders BE. Risk factors for suicidal behavior among a National Sample of adolescents: implications for prevention. *J Trauma Stress* 2007; 20: 869-79.

A Narrative Reviews

20. Zhanga J, Li N, Tu XM, Xiao S, Jiaa C, et al. Risk factors for rural young suicide in China: A case-control study. *J Affect Disord* 2011; 129(1-3): 244-51.
21. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6: 10.
22. Hor K, Tayler K. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factor. *J Psychopharmacol* 2010; 24 (Supplement 4): 81-90.
23. Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamaniou E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med* 2009; 58: 95-102.
23. Xing XY, Tao FB, Wan YH, Xing C, Qi XY, Hao JH, et al. Family Factors Associated With Suicide Attempts Among Chinese Adolescent Students: A National Cross-Sectional Survey. *J Adolesc Health* 2010; 46: 592-99.
24. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits are correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 180-206 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x
25. Pitman A, Krysinska K, Osborn D, King M, Suicide in young man. *Lancet* 2012; 379: 2383-92
26. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, Household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA* 2001; 286(24): 3089-96.
27. Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 271-5.
28. Thanoi W. Adolescence suicide risk behavior predictive model : testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing) 2009. Faculty of graduate study. Mahidol University; 2009.
29. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics* 2009; 123: 346.
30. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gotzsche P. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016; 352: i65. | doi: 10.1136/bmj.i65.
31. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ* 2009; 180: 291-7.
30. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis *Clin Trials* 2006; 3: 73-90.

31. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behavior in youths with depression treated with new-generation antidepressants : Meta-analysis. *Bri J Psychiatry* 2006; 189: 393-8.
32. Sukhawaha S, Arunponpaisal S, Rungreungkulkij S. Attempted suicide triggers in Thai adolescents perspectives. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 334-41.
33. Bearman PS, Mood J. Suicide and friendships among american adolescents. *Am J Public Health* 2004; 94: 89-95.
34. 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(4): 386-405.
35. Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 123-38.
36. Portes PR, Sandhu DS, Longwell-Grice R. Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors . *Adolescence* 2002; 37(148): 805-14.
37. Cutler DM, Glaeser EL, Norberg KE. Explaining the Rise in Youth Suicide. *Risky Behavior among Youths: An Economic Analysis* 2001. University of Chicago Available from : <http://www.nber.org/chapters/c10690>
38. Ayyash-Abdo H, Lebaño B. Adolescent suicide : An Ecological approach inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ* 2002; 180: 291-7.
39. Fingerman KL, Bermann E. Applications of family systems theory to the study of adulthood. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 51: 5-29.
40. Berit G. Family therapy, system theory and suicidal behavior. *Norwegian journal Suicidologi* 1999.No.2
41. Durkheim E. *Suicide A Study in sociology*. Copyright by The Free Press, A corporation Printed in the United States of America by American Book-Knickerbocker Press, New York Designed by Sidney Solomon First Printing January; 1951
42. Meissner WW. Psychoanalytic notes on suicide. *Int J Psychoanalytic notes on suicide* 1977; 6: 415-47.
43. Nadine J. An Empirical study of the psychodynamics of suicide . *J Am Psychoanal Assoc* 1998; 46: 777-96.
44. Orden V, Kimberly A. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev* 2010; 117: 575-600.