

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วงพ.ศ. 2541-2545

มาโนช หล่อตระกูล*

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างพ.ศ.2541-2545

วิธีการศึกษา ศึกษาข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์หาอัตราการตายต่อประชากรแสนคนระหว่างพ.ศ.2541-2545 โดยเทียบกับข้อมูลประชากรกลางปีในปีนั้นๆ วิเคราะห์ดูแนวโน้มของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในด้านเพศ ช่วงวัย วิธีการที่ใช้ และภูมิภาค

ผลการศึกษา อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายระหว่างพ.ศ.2541-2545 เท่ากับ 8.1 ต่อแสนประชากร โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 3.4:1 เพศชายฆ่าตัวตายสูงสุดระหว่างช่วงอายุ 25-29 ปี (23.2 ต่อแสนประชากร) ในขณะที่เพศหญิงไม่พบความแตกต่างในแต่ละช่วงวัย ชัดเจนนัก วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้สูงสุดคือการแขวนคอ รองลงมาได้แก่การใช้สารเคมีทางการเกษตร พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงสุดในภาคเหนือ จังหวัดที่พบการเสียชีวิตสูงได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา เชียงราย และนครปฐม ตามลำดับ การติดเชื่อเอ็ดส์อาจมีส่วนสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสูงในภาคเหนือตอนบน

สรุป โครงการการป้องกันการฆ่าตัวตายควรมุ่งเน้นที่บุคคลวัยหนุ่มสาวโดยเฉพาะในเพศชาย จังหวัดที่ควรดำเนินมาตรการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องได้แก่เชียงใหม่และลำพูน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;48(4):251-9.

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย การติดเชื่อเอ็ดส์

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400

การฆ่าตัวตายมีผลกระทบสูงต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และยิ่งก่อความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก แม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา

การวางแผนป้องกันไขปัญหาการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญลำดับต้นๆ ในงานสุขภาพจิต การทราบแนวโน้มการฆ่าตัวตายตลอดจนรายละเอียดทางด้านระบาดวิทยา จะมีส่วนสำคัญในการช่วยจัดวางนโยบายให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลในด้านภูมิภาคที่มีการฆ่าตัวตายสูง จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายลำดับต้นๆ และเพศและช่วงวัยที่พบอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูง เป็นต้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการฆ่าตัวตายของประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2545 โดยศึกษารายละเอียดในด้านเพศ อายุ วิธีการที่ใช้ และอัตราในแต่ละภูมิภาค

วิธีการศึกษา

ข้อมูลในการศึกษานี้มาจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ทำการวิเคราะห์หาอัตราการตายต่อประชากรแสนคนระหว่างพ.ศ.2541-2545 โดยเทียบกับข้อมูลประชากรกลางปีของแต่ละจังหวัดในปีนั้นๆ ศึกษาข้อมูลโดยดูแนวโน้มของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในด้านเพศ ช่วงวัย วิธีการที่ใช้ และภูมิภาค

ผลการศึกษา

อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยเฉลี่ยระหว่างพ.ศ.2541-2545 เท่ากับ 8.1 ต่อแสนประชากรต่อปี อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในพ.ศ.2542 หลังจากนั้นจึงเริ่มมีแนวโน้มลดลง ล่าสุดในปีพ.ศ. 2545 พบ 7.8 ต่อแสนประชากร (ดูตารางที่ 1) สัดส่วนการฆ่าตัวตายระหว่างเพศชายต่อหญิงเฉลี่ย 5 ปีเท่ากับ 3.4 ต่อ 1

ภาพที่ 1 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุ พบการฆ่าตัวตายสูงสุดในช่วงวัยหนุ่มสาวอายุ 25-29 ปี (14.3 ต่อแสนประชากร) โดยเฉพาะในเพศชายที่ในวัยนี้พบสูงสุดถึง 23.2 ต่อแสนประชากร ในขณะที่เพศหญิงไม่พบความแตกต่างในแต่ละช่วงวัยชัดเจนนัก

แนวโน้มการฆ่าตัวตายในแต่ละช่วงวัยเมื่อจำแนกออกเป็น 4 ช่วง คืออายุ 15-24, 25-39, 40-59 และมากกว่า 60 ปี พบว่าการฆ่าตัวตายในวัย 15-24 ปีและ 25-39 ปี มีแนวโน้มลดลง ช่วงวัย 40-59 ปีก่อนข้างคงที่ ในขณะที่ช่วงวัยมากกว่า 60 ปีพบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มจาก 7.8 ต่อแสนประชากรในพ.ศ.2541 เป็น 10.1 ต่อแสนประชากรในพ.ศ.2545

วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้สูงสุด คือ การแขวนคอ ซึ่งสูงก่อนข้างคงที่ตลอด รองลงมาได้แก่การใช้สารเคมีทางการเกษตร อัตราการใช้สารพิษในบ้านลดลง การใช้สารทางการเกษตรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 2) เพศชายใช้วิธีการแขวนคอร้อยละ 59.5 ของวิธีการทั้งหมด

และใช้สารทางการเกษตรร้อยละ 12.3 ส่วนเพศหญิงใช้วิธีการแขวนคอร้อยละ 50.8 ของวิธีการทั้งหมด และใช้สารทางการเกษตรร้อยละ 21.6

ภาคที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงได้แก่ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคอีสาน โดยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 13.8, 8.5, 5.8 และ 5.5 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ภาพที่ 2) พบว่าภาคเหนือและภาคกลางมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง ในขณะที่ภาคอีสานและภาคใต้ใน พ.ศ. 2545 สูงเพิ่มขึ้นจากพ.ศ. 2544

จังหวัดที่พบการเสียชีวิตสูง 10 จังหวัดแรกได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน พะเยา เชียงราย นครปฐม ระยอง ชลบุรี แพร่ น่าน และลำปาง ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยในช่วง 5 ปีหลังโดยเฉลี่ยแล้วสูงกว่าก่อนหน้านี้ โดยในพ.ศ. 2542 สูงถึง 8.6 ต่อแสนประชากร และเพศชายพบสูงถึง 13.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประเทศ ผลกระทบนี้เป็นจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ.2540 โดยพบว่าในพ.ศ.2541 ภาวะเศรษฐกิจของประเทศหดตัวถึงร้อยละ 10.2 ภาวะการว่างงานเพิ่มจากเดิมร้อยละ 2 ของแรงงานรวมในพ.ศ.2539 มาเป็นร้อยละ 5.0 ในพ.ศ. 2541 และร้อยละ 5.3 ในพ.ศ. 2542¹ ธนู ซาติชนานนท์ ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจในระยะนั้นพบว่ากว่าร้อยละ 86 ของประชากรที่ศึกษาได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤติ โดยมีผลกระทบที่มีต่อประชากรในภาคกลางและภาคเหนือมากที่สุด²

อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยรวมอยู่ประมาณ 7-8 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ³ อย่างไรก็ตามเมื่อดูช่วงวัยที่พบบ่อยแล้วพบอัตราสูงสุดในวัยหนุ่มสาวในช่วงอายุ 25-29 ปี ลักษณะเช่นนี้ต่างจากแนวโน้มสากลที่จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงแปรตามอายุที่มากขึ้น^{4,5} ตัวอย่างเช่นในสหรัฐอเมริกาการฆ่าตัวตายในวัย 15-24 ปีพบร้อยละ 14 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด ขณะที่ในวัยมากกว่า 65 ปีพบร้อยละ 16.9 และมากกว่า 75 ปีพบร้อยละ 20⁶ ในประเทศทางเอเชีย เช่น ฮองกง จีน ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ก็พบการฆ่าตัวตายสูงในผู้สูงอายุเช่นกัน⁷⁻⁹

การที่ประชากรที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาวนี้ มีผลกระทบต่อประเทศในเชิงเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างมาก การศึกษาในระยะหลังได้ตระหนักถึงปัญหาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแต่ละช่วงวัยว่ามีน้ำหนักแตกต่างกัน การดูแต่ค่าเฉลี่ยโดยรวมว่าสูงหรือต่ำเท่านั้นการทำให้ประเมินปัญหาผิดประเด็นได้¹⁰ ประเทศที่แม้จะมีตัวเลขเฉลี่ยของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไม่สูง แต่หากประชากรที่เสียชีวิตอยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถก่อผลผลิตให้แก่ประเทศอีกยาวนาน ผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์จากการสูญเสียอาจจะมากกว่าประเทศที่มีตัวเลขเฉลี่ยการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูง แต่ประชากรที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ

ในด้านวิธีการการฆ่าตัวตายนั้น มาตรการในการป้องกันโดยการขจัดหรือจำกัดสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตายพบว่าได้ผลในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามในประเทศไทยวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้สูงสุดคือการแขวนคอ เป็นวิธีการที่ยากแก่การป้องกัน วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยรองลงมาได้แก่การใช้สารเคมีทางการเกษตรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การฆ่าตัวตายโดยใช้สารฆ่าวัชพืชหรือแมลงพบได้บ่อยในชนบท และเป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต สารที่นิยมใช้กันมากในการฆ่าตัวตายในประเทศไทยคือเม็ทโทมิล (methomyl) ซึ่งชื่อการค้าที่รู้จักกันในนามของแลนเนท (lannate) เป็นสารเคมีกำจัดแมลงในกลุ่มคาร์บาเมต¹¹

จากการศึกษาของอภิชัย มงคล¹² เมื่อเร็วๆ นี้ในจังหวัดจาก 4 ภูมิภาค พบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่จะทำแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ได้มีวางแผนไว้ก่อน และมักใช้วิธีกินสารเคมี การควบคุมสารเคมีอันตรายจึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ในหลายประเทศพบว่า การควบคุมการจำหน่ายสารเคมีทางการเกษตรที่ใช้บ่อยในการฆ่าตัวตายทำให้การฆ่าตัวตายลดลงได้¹³ ในประเทศที่มีการห้ามจำหน่ายทำได้ลำบาก อาจปรับใช้วิธีอื่น เช่น ในประเทศจีนบางมณฑลใช้วิธีเปลี่ยนสีหรือรสชาติของสารเคมีเหล่านั้น¹⁴ ในประเทศไทยปัจจุบันได้มีการผสมสีเช่น สีน้ำเงิน เข้าไปในสารเม็ทโทมิลด้วย¹¹ แต่ไม่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจากการใช้สารทางการเกษตรลดลงแต่อย่างไร

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในประชากรไทย คือ การติดเชื่อเอดส์ จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงมีความใกล้เคียงกับจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื่อเอดส์สูง เป็นที่น่าสังเกตว่าจังหวัดในภาคเหนือตอนบนแทบทั้งหมดติดอันดับ 10 จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดในประเทศ จากการศึกษาระยะสั้น ดันติพิวัฒน์สกุล และคณะ¹⁶ และธำรง สมบุญตนนท์และคณะ¹⁷ ที่เชียงใหม่โดยการสัมภาษณ์ญาติและผู้ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายพบว่าการติดเชื่อเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายในจังหวัดเหล่านี้ อาจสัมพันธ์กับการติดเชื่อเอดส์ หรือเป็นจากการที่ประชากรเหล่านี้มีการใช้ชีวิตที่เสี่ยงทำให้มีโอกาสติดเชื่อเอดส์สูง และมีความเสี่ยงต่อการประสบปัญหาชีวิตที่นำมาสู่การฆ่าตัวตาย หรืออาจเป็นจากการมีค่านิยมหรือ วัฒนธรรมบางประการในภาคเหนือที่ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มานิช หล่อตระกูลและคณะ¹⁸ ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงราย พบว่าเพศชายมีการใช้ชีวิตในที่เสี่ยง ปรับตัวต่อความกดดันได้ไม่ดีนัก ในขณะที่ปัญหาในเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากการนอกใจของคู่ครอง นอกจากนั้นเมื่อมีปัญหาทะเลาะกันในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นกับคู่ครองหรือพ่อแม่ก็มักจะมีการพูดไล่ให้ไปตายเสีย นี่อาจเป็นปัจจัยหนึ่งในเชิงค่านิยมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

ช่วงวัยที่พบการฆ่าตัวตายสูงคือวัยรุ่นหนุ่มสาวโดยเฉพาะในเพศชาย ซึ่งควรกำหนดเป็นประชากรเป้าหมายลำดับแรกในการวางแผนป้องกัน

ควรศึกษาวิจัยสารเคมีทางการเกษตรที่ใช้บ่อยในการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาค และ
แนวโน้มการเสียชีวิตจากสารเหล่านี้ ตลอดจนศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และเชิงจิต
สังคมจากการทำร้ายตนเองโดยสารเคมีเหล่านี้

ควรมีการศึกษาชีวิตสถิติและระบาดวิทยาของทั้งการฆ่าตัวตายและการติดเชื้อเอชไอวีโดย
เน้นที่เพศชายวัยเจริญพันธุ์ดูว่ามีความสัมพันธ์กันดังที่ตั้งข้อสังเกตไว้หรือไม่ รวมทั้งการศึกษา
วิจัยจากการสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิตในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดยิ่ง
ในด้านภูมิภาคนั้นนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายควรมุ่งเน้นที่จังหวัดทางภาคเหนือ
ตอนบน โดยเฉพาะเชียงใหม่ และลำพูน

กิตติกรรมประกาศ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยรายได้คณะ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2545

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. Markels M, Amin A, Mutebi, Vongviriyatham R, Akamatsu N, Tansaguanwong P, Udomthanakij T. Thailand Economic Monitor. October 1999. [Accessed October 15, 2003]. Available at: <http://www.worldbank.or.th/cgi-bin/load.cgi?monitor/economic/pdf/1999oct.pdf>.
2. ธนู ชาดิธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย. ภาวะเครียด กลไกการจัดการ กับภาวะเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2542; 7:29-36.
3. World Health Organization. Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. [Accessed October 15, 2003]. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/.
4. Bertolote JM, Fleischman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2002; 7(2):6-8.
5. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Wld Hlth Statist Quart* 1993; 46: 52-68.
6. American Association of Suicidology. U.S.A. Suicide: 1998A. Social Final Data. [Accessed September 5, 2003]. Available at: <http://www.suicidology.org/index.html>.
7. Pritchard C. Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 362-7.
8. Takahashi Y, Hirasawa H, Koyama K, Senzaki A, Senzaki K. Suicide in Japan: Present state and future directions for prevention. *Transcultural Psychiatry* 1998; 35:271-89.
9. Yip P, Tan R. Suicide in Hongkong and Singapore: A tales of two cities. *Internat J Soc Psychiatry* 1998;44:267-79.
10. Gunnell D, Middleton N. National suicide rates as an indicator of the effect of suicide on premature mortality. *Lancet* 2003; 20(362):961-2.
11. ไวโรฒ วณิชวงศา. อันตรายจากเม็ทโทมิล (Methomyl). ศูนย์ข้อมูลพิษวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [สืบข้อมูลเมื่อ 3 ตุลาคม 2546]. ข้อมูลจากโฮมเพจ http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c.asp?info_id=49.

12. อภิชัย มงคล. ระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย. บทคัดย่อการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546. หน้า 186. (วันที่ 19-21 สิงหาคม 2546 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร).
13. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, et al. Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. *Lancet* 2002; 360: 1163–7.
14. Pearson V, Phillips M, He F, Ji H. Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32:359-69.
15. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายจังหวัด ระหว่าง กันยายน พ.ศ.2527 - 30 มีนาคม พ.ศ.2547. [สืบข้อมูลเมื่อ 20 พฤษภาคม 2547] .ข้อมูลจากโฮมเพจ http://203.157.19.193/aids/Aidstab5_1.html.
16. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต, 2541.
17. ชำรง สมบุญตนนท์, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, ศรีเกษ วัฒนาวินิชกุล. การฆ่าตัวตาย : เปรียบเทียบปัจจัยและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วงก่อนและระหว่างภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2543; 8(1):1-7.
18. มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกกนิชะ, อัมพรศรี ธนไพศาล. ปัญหาชีวิตและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544; 46:37-48.

Suicide in Thailand between 1998 and 2002

Manote Lotrakul, M.D.*

Objective To examine the characteristic of suicides in Thailand between 1998 and 2002.

Method Data from the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health was obtained to analyze mortality from suicide. Data examined were rates, age groups, genders and methods of suicides during 1998-2002.

Results The average suicide rate during 1998-2002 was 8.1 per 100,000 with male to female ratio of 3.4:1. Male suicides were peak during aged 25-29 years (23.2 per 100,000) while female suicides showed less variation with age. Hanging was the most common method used followed by agricultural toxic substances. Suicide was most prevalent in upper northern region. Provinces with high suicide rates were Chiangmai, Lampoon, Phayao, Chiangrai, and Nakorn Pathom respectively. HIV infections may relate to the high prevalence of suicide in the North.

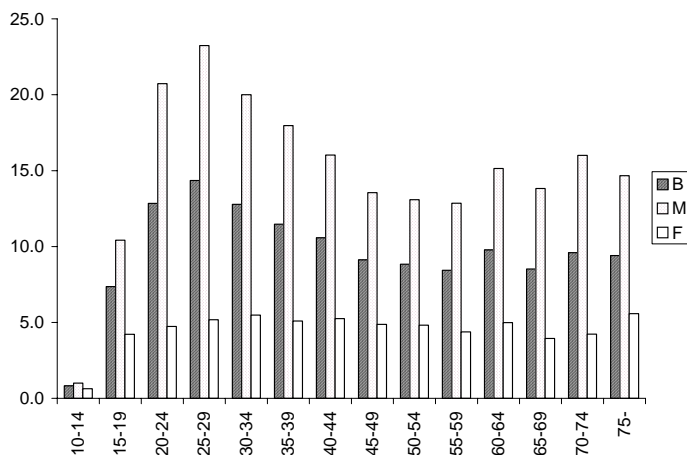
Conclusions Suicide prevention program should focus on males in early adult period. Particular attention should be given to provinces with highest suicide rates, i.e., Chiangmai and Lampoon. 6. **Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2003; 48(4):251-9.**

Key words : suicide, methods of suicide , HIV infection

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Rama VI Road, Bangkok 10400

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2541-2545

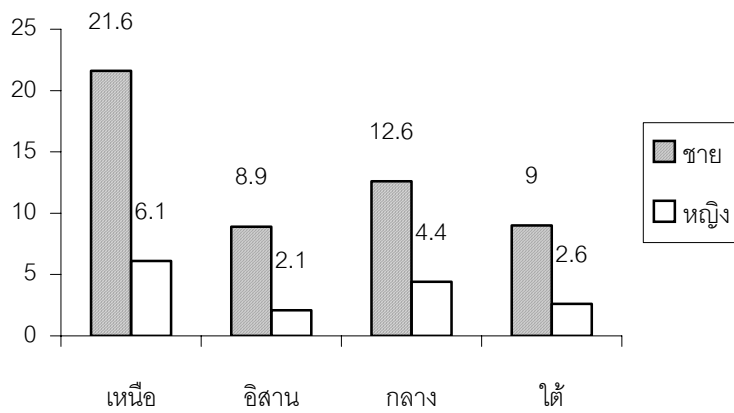
	2541	2542	2543	2544	2545	เฉลี่ย
จำนวน	4,964	5,290	5,189	4,803	4906	5,030
อัตรารวมต่อแสนประชากร	8.1	8.6	8.4	7.7	7.8	8.1
ชายต่อแสนประชากร	12.6	13.3	13.2	11.9	12.0	12.6
หญิงต่อแสนประชากร	3.7	3.9	3.7	3.6	3.8	3.7



ภาพที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามอายุ พ.ศ.2541-2545

ตารางที่ 2 วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อย พ.ศ.2541-2545 (ต่อล้านประชากร)

	2541	2542	2543	2544	2545	2541-2545
รวม						
ใช้ยา	2.1	4.8	4.8	4.5	4.9	4.2
สารการเกษตร	6.4	9.9	14.2	15.4	12.9	11.7
สารพิษ	10.1	4.8	1.7	2	2.9	4.3
แขวนคอ	48.2	46.1	48.3	44.2	47	46.8
ใช้ปืน	3.9	4.1	4.4	3.5	4.1	4
ชาย						
ใช้ยา	2.5	6.4	6.2	5.6	6.6	5.5
สารการเกษตร	8.4	13.5	19.4	20	16.2	15.5
สารพิษ	13.3	6.4	2.3	2.6	3.7	5.7
แขวนคอ	77.3	73.3	77.3	71.9	75.3	75
ใช้ปืน	7.4	7.3	8.4	6.8	7.9	7.6
หญิง						
ใช้ยา	1.8	3.1	3.4	3.5	3.2	3
สารการเกษตร	4.4	6.3	9	10.9	9.6	8
สารพิษ	7	3.1	1	1.4	2.2	2.9
แขวนคอ	19.3	19.3	19.6	17	19.1	18.8
ใช้ปืน	0.5	0.8	0.5	0.4	0.5	0.5



ภาพที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายต่อ 100,000 ประชากรจำแนกตามรายภาค ปี 2541-2545

ตารางที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายรายจังหวัด พ.ศ.2541-2545 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

จังหวัด	2541	2542	2543	2544	2545	2541-45
1. เชียงใหม่	29.8	31.2	25.6	23.1	21.9	26.3
2. ลำพูน	26.9	22.8	23.4	21.2	22.9	23.4
3. พะเยา	18.4	23.0	16.4	16.7	17.9	18.5
4. เชียงราย	17.3	17.2	18.5	11.7	12.8	15.5
5. นครปฐม	14.2	16.0	14.7	17.5	12.4	15.0
6. ระยอง	12.7	12.2	14.1	19.4	13.3	14.4
7. ชลบุรี	15.1	16.4	14.5	12.2	12.8	14.2
8. แพร่	19.0	12.1	12.6	13.1	12.8	13.9
9. น่าน	11.1	14.7	12.9	12.3	11.9	12.6
10. ลำปาง	11.3	13.5	13.5	12.6	12.0	12.6

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง กับจังหวัดที่มีผู้ป่วยเอดส์สูง (2541-2545)

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย		ผู้ป่วยเอดส์ ¹⁵	
จังหวัด	อัตราต่อแสน	จังหวัด	อัตราต่อแสน
1. เชียงใหม่	26.3	1. พะเยา	169
2. ลำพูน	23.4	2. ระยอง	134
3. พะเยา	18.5	3. เชียงราย	117
4. เชียงราย	15.5	4. ลำปาง	102
5. นครปฐม	15.0	5. ลำพูน	96
6. ระยอง	14.4	6. จันทบุรี	94
7. ชลบุรี	14.2	7. เชียงใหม่	79
8. แพร่	13.9	8. สมุทรปราการ	67
9. น่าน	12.6	9. ปทุมธานี	67
10. ลำปาง	12.6	10. แพร่	49
11. จันทบุรี	12.5	11. ราชบุรี	49
		12. นครปฐม	49