



คุณภาพชีวิตของคนไทย: นัยจากสถิติการฆ่าตัวตาย

Quality of Life of Thai People: The Implication from Suicide Statistics

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น
อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยกรุงเทพ
E-mail: supachet.c@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยการพิจารณาจากอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยในระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัด ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 ซึ่งได้จากกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของคนไทยในระดับประเทศยังอยู่ในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเห็นได้จากการที่อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค พบว่าประชาชนในภาคเหนือต้องการการยกระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุดจากการที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศสำหรับภาคใต้ แม้จะมีคุณภาพชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ แต่ก็ยังเป็นภูมิภาคเดียวในประเทศที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่าประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนต้องการการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศอีกด้วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุข การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม สถิติการฆ่าตัวตาย

Abstract

This article aims to study the living quality of Thai people through examining the suicide rate statistics of Thai people at the national, regional and provincial levels from 2004 to 2009 obtained from the Department of Mental Health. The findings reveal that the living quality of Thai people in general, though currently sitting at

mediocre level, is continuously improving. An evidence supporting this fact is a steady decline of suicide rates over the period. In term of regional level, people in the North are in need of living quality improvement the most given that their suicide rates ranking highest in the country. Although people in the South have the second highest quality of living, their quality of life has become worsening and they are the only group experiencing such down trend. This problem also requires an immediate solution. In term of provincial level, people in Mae Hong Son are in need of better living quality the most since their suicide rate rank fourth in the country and it has been increasing at the fastest pace compared to those of other provinces.

Keywords: Quality of Life, Well-Being, Economic and Social Development, Suicide Statistics

บทนำ

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของประชาชนในประเทศถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Development) ของทุกประเทศไม่ว่าจะมีระบบการปกครองหรือระบบเศรษฐกิจแบบใดก็ตาม ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศจะนำมาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อมต่อไป ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศจะพัฒนาได้ต้องเริ่มที่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศโดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เมื่อประชาชนได้รับการยกระดับคุณภาพชีวิตแล้ว ประเทศจึงจะมีการพัฒนาไปได้อย่างยั่งยืนนั่นเอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการยกระดับคุณภาพชีวิตจะมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาสังคมในทุกระดับ ทั้งระดับตัวบุคคล ระดับชุมชน ระดับชาติ และระดับโลก แต่การให้คำนิยามและการวัดระดับคุณภาพชีวิตยังเป็นประเด็นที่หาข้อสรุปอย่างชัดเจนไม่ได้จนถึงปัจจุบัน

นักวิชาการตลอดจนองค์กรต่างๆ ในประเทศและระหว่างประเทศ ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้

ต่างๆ กัน เช่น คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ นั่นคือการที่จะกล่าวว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ก็ต่อเมื่อประชาชนในครอบครัวหรือชุมชนนั้นมีชีวิตความเป็นอยู่บรรลุเกณฑ์ตามความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ ซึ่งเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่กำหนดไว้นั้น สามารถแปรเปลี่ยนไปได้ตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนั้นๆ (คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท, 2540) ในขณะที่ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกหรือมุมมองของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตนเองในบริบทของระบบวัฒนธรรมและค่านิยมที่ตนเองใช้ชีวิตอยู่ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังในชีวิต และกรอบในการดำรงชีวิต โดยคุณภาพชีวิตของบุคคลจะได้อิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเป็นอิสระ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความเชื่อและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หรือ

ความอยู่ดีมีสุข หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำที่ทั่วถึง มีรายได้ พอเพียงต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง อยู่ใน สภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการ ที่ดีของภาครัฐอีกด้วย

จากตัวอย่างของคำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตข้างต้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า คุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ทั้งปัจจัยเชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เช่น รายได้ การได้รับการศึกษา ปัจจัยพื้นฐาน การมีงานทำ ฯลฯ และปัจจัยเชิงอัตวิสัย (Subjective Indicators) เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความอบอุ่นในครอบครัว สุขภาพจิตที่ดี การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ฯลฯ ลักษณะดังกล่าวทำให้เป็นเรื่องยากที่จะสามารถสร้าง มาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม หรือในประเทศได้อย่างครอบคลุม หรือเป็นที่ยอมรับใน ระดับชาติและนานาชาติโดยปราศจากข้อโต้แย้ง ดังนั้น บทความเรื่องนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอมุมมองต่อ ระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยผ่านสถิติการฆ่าตัวตาย โดยจะทำการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด โดยอาศัยอัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวบ่งชี้ ทั้งนี้แม้ว่า การฆ่าตัวตายของคนในสังคมจะไม่ใช่วัดชี้คุณภาพ ชีวิตโดยตรง กล่าวคือ อัตราการฆ่าตัวตายเป็นเพียงหนึ่งใน ปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ในขณะที่ คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ เป็นจำนวนมาก แต่เชื่อว่าการฆ่าตัวตายจะสะท้อนระดับความความอยู่ดี มีสุขของคนในสังคมทั้งเชิงวัตถุวิสัย¹และอัตวิสัย² ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลที่มีชีวิตที่อยู่ดีมีสุขทั้งกายและใจ ย่อมไม่ฆ่าตัวตายนั่นเอง

มาตรฐานระดับคุณภาพชีวิต

เนื่องจากความสำคัญของระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในสังคมที่มีต่อการพัฒนาประเทศ จึงได้มี ความพยายามอย่างต่อเนื่องของนักวิชาการและองค์กร ต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในการศึกษาและ พัฒนาดัชนีเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต โดยดัชนีชี้วัด คุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่าง กว้างขวางในระดับนานาชาติในปัจจุบัน ได้แก่ ดัชนี การพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ดัชนีการพัฒนามนุษย์เป็นตัวบ่งชี้ระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมที่ถูกนำมาใช้วัดระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งคิดค้นขึ้นในปี ค.ศ. 1990 โดยนักเศรษฐศาสตร์ชาว อินเดียซึ่งได้รับรางวัลโนเบลสาขาสถิติศาสตร์ชื่อว่า Amartya Sen โดยในปัจจุบันดัชนีการพัฒนามนุษย์ได้ ถูกนำไปใช้โดยสหประชาชาติเพื่อวัดระดับการพัฒนา และระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ภายใต้โครงการ United Nations Development Program หรือ UNDP โดย HDI จะวัดระดับคุณภาพ ชีวิตของคนใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ วัดโดยอายุขัย เฉลี่ยของประชาชนในประเทศ ด้านการศึกษา วัดโดย จำนวนปีเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษาและจำนวนปีคาดหมาย ที่จะได้รับการศึกษา และ ด้านมาตรฐานการครองชีพ วัดโดย รายได้ประชาชาติต่อบุคคล (UNDP, 2010a)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าดัชนีการพัฒนามนุษย์จะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและถูกนำไปใช้ในการวัด คุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ ทั่วโลก แต่ก็ได้มีการวิพากษ์วิจารณ์ความน่าเชื่อถือของ ดัชนี การพัฒนามนุษย์ในฐานะตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตอย่าง กว้างขวางเช่นเดียวกัน เช่น McGillivray (1992) Streeten (1995) Sagar and Najam (1998) และ Bagolin (2004) ซึ่งส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่าดัชนีการ พัฒนามนุษย์วัดคุณภาพชีวิตได้เพียง 3 ด้านเท่านั้น โดยทั้ง 3 ด้านล้วนเป็นปัจจัยในเชิงรูปธรรมทั้งสิ้น ดังนั้น ดัชนีการพัฒนามนุษย์ยังไม่สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิต ได้อย่างครบถ้วนนั่นเอง

¹ วัตถุวิสัย (Objective) หมายถึง ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุ โดยไม่เกี่ยวกับ ความคิดหรือความรู้สึก

² อัตวิสัย หรือ จิตวิสัย (Subjective) หมายถึง มุมมองหรือความ คิดเห็นของบุคคล โดยเฉพาะสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความเชื่อ หรือความต้องการ

นอกจากดัชนีการพัฒนามนุษย์แล้ว UNDP ก็ยังมีดัชนีอื่นๆ ที่ใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ ได้แก่ Human Poverty Index (HPI) Gender-Related Development Index (GDI) และ Gender Empowerment Measure (GEM) โดย HPI จะวัดคุณภาพชีวิตของคนทางด้านความยากจน (ตรงกันข้ามกับดัชนีการพัฒนามนุษย์ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตของคนทางด้านรายได้) ทั้งนี้ HPI จะวัดความยากแค้นของคนใน 3 ด้าน ได้แก่ การมีอายุยืนยาว ความรู้ และมาตรฐานการครองชีพ (UNDP, 2010a) สำหรับ GDI จะวัดคุณภาพชีวิตของคนใน 3 ด้าน เช่นเดียวกับ HDI นั่นคือ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และด้านมาตรฐานการครองชีพ (UNDP, 2010a) สิ่งที่แตกต่างกันคือ GDI นำเอาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงมารวมคำนวณด้วย ซึ่งหากประเทศใดไม่มีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง GDI และดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI) ของประเทศนั้นจะมีค่าเท่ากัน ดังนั้น หากประเทศใดมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงมาก ค่าดัชนีของ GDI ก็จะต่ำกว่าค่าของ HDI มากนั่นเอง ในขณะที่ GEM เป็นค่าที่วัดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างโอกาสในสังคมของเพศชายและเพศหญิง โดยจะวัดความไม่เท่าเทียมใน 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจทางการเมือง การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจทางเศรษฐกิจ และอำนาจเหนือทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (UNDP, 2010a)

นอกจาก UNDP แล้ว ก็ยังมีองค์กรเอกชนระหว่างประเทศได้แก่ New Economic Foundation หรือ NEF ที่ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้น คือ Happy Planet Index หรือ HPI ซึ่งเป็นดัชนีที่เชื่อมโยงการวัดความกินดีอยู่ดีของคนเข้ากับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม กล่าวคือเป็นดัชนีที่วัดคุณภาพชีวิตของคนในประเทศต่างๆ ซึ่งวัดจากความสำเร็จในการสร้างชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขให้แก่คนในประเทศโดยใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ (Marks et al, 2006) นอกจากนี้ ก็ยังมีดัชนีอื่นๆ ได้แก่

Physical Quality of Life Index หรือ PQLI ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตในเชิงกายภาพด้วยค่าสถิติ 3 ประการ ได้แก่ อัตราการอ่านออกเขียนได้ อัตราการตายของทารก และอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Larson and Wilford, 1979) ดัชนีคุณภาพชีวิตของ Economist Intelligence Unit ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 9 ด้าน ได้แก่ ความกินดีอยู่ดี สุขภาพ ความมั่นคงปลอดภัยทางการเมือง ชีวิตครอบครัว ชีวิตชุมชน ภูมิอากาศและภูมิประเทศ ความมั่นคงในอาชีพ เสรีภาพทางการเมือง และความเท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (Economist Intelligence Unit, 2005) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก หรือ WHOQOL (The World Health Organization's Quality of Life) ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 1997)

สำหรับประเทศไทยก็ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดของดัชนีการพัฒนามนุษย์เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยขึ้นเช่นเดียวกัน ได้แก่ ดัชนีความอยู่ดีมีสุข (Well-Being Index) ซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) ซึ่งได้ขยายการวัดคุณภาพชีวิตจาก 3 ด้านซึ่งวัดโดยดัชนีการพัฒนามนุษย์เป็น 7 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ อนามัย ความรู้ ชีวิตการทำงาน รายได้และการกระจายรายได้ สภาพแวดล้อม ชีวิตครอบครัว และการบริหารจัดการที่ดี โดยได้ใช้ดัชนีดังกล่าวทำการวัดระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาพรวมระดับประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 นอกจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแล้ว ก็ยังมีศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบทซึ่งใช้ความจำเป็นพื้นฐาน หรือ จปฐ. ในการชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยในระดับจังหวัด ทั้งนี้ เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานครอบคลุม 6 หมวด ได้แก่ มีสุขภาพดี มีบ้านอาศัย ฝึกฝนการศึกษา รายได้ก้าวหน้า ปลูกฝังค่านิยมไทย และร่วมใจพัฒนา (ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท, 2553)

นอกเหนือจากการศึกษาของหน่วยงานทั้ง 2 แห่งดังที่ระบุข้างต้นแล้ว ยังมีการศึกษาของนักวิชาการในประเทศไทยอีกจำนวนไม่น้อยที่มุ่งเน้นศึกษาและวัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทย อย่างไรก็ตามพบว่า งานวิจัยเหล่านี้มุ่งเน้นศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเท่านั้น เช่น สาลินี เทพสุวรรณ และคณะ (2550) ทำการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดชัยนาท ส่วน Savirasarid (2008) ทำการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าการพัฒนาตัวบ่งชี้เพื่อใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตทั้งในระดับโลกและในประเทศไทยที่ผ่านมายังคงมุ่งเน้นวัดคุณภาพชีวิตในเชิงอัตวิสัยมากกว่าเชิงอัตวิสัย ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือในการใช้ตัวบ่งชี้ดังกล่าวเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของบุคคล และเป็นที่มาของการประยุกต์ใช้ข้อมูลการฆ่าตัวตายของคนไทยเพื่อนำเสนออีกแง่มุมหนึ่งของคุณภาพชีวิตของคนไทยในบทความเรื่องนี้

การฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) ถือเป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาระดับโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Suicide Prevention Program) ซึ่งอยู่ภายใต้โครงการสุขภาพจิต (Mental Health Program) เพื่อศึกษาการฆ่าตัวตายในประเทศต่างๆ ทั่วโลกและหาหนทางป้องกัน (WHO, 2010) นอกจากนี้ก็ยังมีวิจัยจำนวนไม่น้อยที่ได้ให้ความสนใจทำการศึกษาค้นคว้าเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพชีวิตและการฆ่าตัวตาย เช่น งานวิจัยของ Ford and Kaserman (2000) ได้อาศัยอัตราการฆ่าตัวตายเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต และได้พบความสัมพันธ์ในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคุณภาพชีวิตและการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมี Mofidi et al. (2008) และ Daly et al. (2010) ซึ่งได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์

ระหว่างคุณภาพชีวิตและการฆ่าตัวตาย และพบว่าคุณภาพชีวิตและการฆ่าตัวตายของบุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบในเชิงสังคมวิทยาไม่ใช่เรื่องใหม่แต่อย่างใด เพราะได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 โดย Emile Durkheim นักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส โดย Durkheim ได้เขียนหนังสือชื่อ Suicide ขึ้นในปี ค.ศ.1897 เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในเชิงสังคมวิทยา

Durkheim ได้ให้คำนิยามของการฆ่าตัวตายไว้ว่า “การฆ่าตัวตายคือการตายในทุกกรณีที่เกิดขึ้นอันเป็นผลทางตรงและทางอ้อมจากการกระทำของผู้ตายซึ่งรับทราบผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ” (Durkheim, 1897 อ้างถึงใน Thompson, 1982) และเมื่อพิจารณาจากสาเหตุของการฆ่าตัวตาย Durkheim ได้สรุปว่าการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของอิทธิพลของสังคม (Social Force) 2 ประการ ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) และข้อบังคับและกรอบทางศีลธรรม (Moral Regulation) โดยเขาได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ Egoistic suicide, Altruistic suicide, Anomic suicide และ Fatalistic suicide ซึ่งเป็นผลมาจากสาเหตุของการฆ่าตัวตายทั้ง 2 ประการข้างต้น นั่นเอง (Durkheim, 1897 อ้างถึงใน Thompson, 1982)

การฆ่าตัวตายแบบแรกคือ Egoistic suicide ซึ่งหมายถึงการฆ่าตัวตายที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมน้อยเกินไป หรืออีกนัยหนึ่งคือการที่ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมักเกิดในภาวะที่ประเทศมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแยกตัวไปจากสังคมหรือไม่สามารถเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ ทำให้ไม่ได้รับการเกื้อหนุนหรือการชี้นำจากสังคม ส่งผลทำให้คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง ในทางตรงกันข้าม Altruistic suicide คือการฆ่าตัวตายที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากเกินไป โดยจะเป็นผู้ที่

อุทิศตนให้แก่กลุ่มหรือสังคมมากเกินไปจนสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและเป้าหมายในการดำรงชีวิตของตนเอง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง โดยจะเป็นการฆ่าตัวตายเพื่อเป้าหมายของกลุ่มหรือสังคม อย่างไรก็ตาม ตามความคิดของ Durkheim เขาได้ให้ความสำคัญกับการฆ่าตัวตายแบบ Egoistic suicide มากกว่า Altruistic suicide

การฆ่าตัวตายแบบที่ 3 คือ Anomic suicide เป็นการฆ่าตัวตายที่ผลมาจากการที่บุคคลอยู่ในสังคมที่มีข้อบังคับและกรอบทางศีลธรรมน้อยเกินไป ทั้งนี้ Durkheim ได้แบ่งการฆ่าตัวตายลักษณะนี้ออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ Acute economic anomie, Chronic economic anomie, Acute domestic anomie และ Chronic domestic anomie โดยทั้ง 4 แบบเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของความต้องการและหนทางในการตอบสนองความต้องการ กล่าวคือเป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและความสำคัญของสถาบันทางสังคมดั้งเดิมอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่รวดเร็ว

Acute economic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการที่สถาบันหลักในสังคมดั้งเดิมสูญเสียความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางสังคมของบุคคลในระยะสั้น ในขณะที่ Chronic economic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการที่ข้อบังคับของสังคมดั้งเดิมได้ล่มสลายลงอันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจในระยะยาว ซึ่งในเวลานั้นก็คือ การปฏิวัติอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้บุคคลขาดกรอบในการดำเนินชีวิต ขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ นำไปสู่การฆ่าตัวตายนั่นเอง สำหรับ Acute domestic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันของสังคมระดับจุลภาค เช่น ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่เผชิญไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ ในขณะที่ Chronic domestic anomie เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระยะยาวและเป็นการถาวรของข้อบังคับในสังคมระดับ

จุลภาค โดยเน้นหนักไปที่การสมรส ทั้งนี้จะเห็นว่าการฆ่าตัวตายทั้ง 4 แบบ ล้วนเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในสังคมที่มีข้อบังคับทางสังคมและศีลธรรมน้อยเกินไป จนทำให้บุคคลขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งสิ้น สำหรับการฆ่าตัวตายแบบสุดท้ายคือ Fatalistic suicide นั้นเป็นผลมาจากบุคคลอยู่ในสังคมที่มีข้อกำหนดมากเกินไป เช่น ทาส โดย Durkheim ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการฆ่าตัวตายประเภทนี้มากนัก

จากการพิจารณาการฆ่าตัวตายทั้ง 4 แบบของ Durkheim จะเห็นได้ว่า การฆ่าตัวตายแบบ Egoistic suicide และ Anomic suicide ล้วนเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้สังคมสูญเสียความเป็นหนึ่งเดียว ทำให้บุคคลไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้จนเกิดความแปลกแยกจากสังคม และทำให้บุคคลสูญเสียระบบและข้อบังคับที่ยึดถือ ขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในการดำรงชีวิตอย่างถูกต้อง นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การพัฒนาทางเศรษฐกิจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่บุคคลต้องการนั่นคือความสุขได้ ดังนั้น การอาศัยสถิติการฆ่าตัวตายเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยในเรื่องนี้จึงถือว่าสมเหตุสมผล เนื่องจากสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลมีความสุขในชีวิตโดยมีเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีสถาบันทางสังคมที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือหากบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลนั้นย่อมไม่ฆ่าตัวตาย และบุคคลที่ฆ่าตัวตายย่อมเป็นเพราะบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นั่นเอง

คุณภาพชีวิตและการฆ่าตัวตาย

ในส่วนนี้จะเป็นการพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยจากอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 โดยในส่วนแรกจะเป็นการพิจารณาระดับประเทศ จากนั้นจึงทำการพิจารณาระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดต่อไปตามลำดับ

การพิจารณาระดับประเทศ

อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 แสดงดังตารางที่ 1 ทั้งนี้พบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าว ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยเท่ากับ 6.10 คน ต่อประชากร 100,000 คน อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 6.90 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2547 เหลือ 5.72 คน ในปี พ.ศ.2552 ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของคนไทยดีขึ้นพอสมควรในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 และเมื่อพิจารณาพร้อมกับดัชนีการพัฒนามนุษย์พบว่า แม้ประเทศไทยจะยังเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพียงในระดับปานกลาง และประชาชนในประเทศมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

นั่นคือ ดัชนีการพัฒนามนุษย์ไม่น้อยกว่า 0.5 แต่น้อยกว่า 0.8 UNDP (2010a) แต่ประเทศไทยก็มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากการที่ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 0.768 ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 0.783 ในปี พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ยังเห็นได้จากการที่ดัชนีตัวอื่นๆ ของประเทศไทยล้วนมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกัน ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทั้งทางด้านรายได้ สุขภาพ การศึกษา การกระจายรายได้ และความเท่าเทียมระหว่างเพศ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย สอดคล้องกับการที่อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องนั่นเอง

ตารางที่ 1: อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน และตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตอื่นๆ ของประเทศไทย

	2547	2548	2549	2550	2551	2552	ค่าเฉลี่ย
อัตราการฆ่าตัวตาย	6.90	6.31	5.75	5.95	5.96	5.72	6.10
เพศชาย	10.62	9.84	9.21	9.46	9.30	8.96	9.57
เพศหญิง	3.33	2.87	2.37	2.54	2.72	2.56	2.73
ดัชนีการพัฒนามนุษย์	0.768	0.778	0.784	0.781*		0.783	0.779
ดัชนี HPI	13.1	12.8	9.3	10.0*		8.5	10.7
ดัชนี GDI	0.766	0.774	0.781	0.779*		0.782	0.776
ดัชนี GEM	0.461	0.452	0.486	0.472*		0.514	0.477
ดัชนีความอยู่ดีมีสุข	76.0	76.4	-	-*		-	76.2

หมายเหตุ: (1) ดัชนีการพัฒนามนุษย์ข้างต้นคำนวณจากตัวบ่งชี้ดั้งเดิมก่อนการเปลี่ยนแปลงในปี ค.ศ.2010 ได้แก่ ความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด อัตราการอ่านออกเขียนได้ อัตราการเข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อบุคคล ซึ่งได้มาจากรายงาน Human Development Report ในแต่ละปี โดยจะมีค่าแตกต่างจากสรุปดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยในเว็บไซต์ของ UNDP (2010) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณจากตัวบ่งชี้ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงในปี ค.ศ. 2010 ได้แก่ ความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด จำนวนปีเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษาและจำนวนปีคาดหมายที่ได้รับการศึกษา และรายได้ประชาชาติมวลรวมต่อบุคคล

(2) ดัชนี HPI คือ Human Poverty Index ดัชนี GDI คือ Gender-Related Development Index และ ดัชนี GEM คือ Gender Empowerment Measure

(3) * เป็นการรายงานที่แสดงค่าของปี 2550/2551

ที่มา: อัตราการฆ่าตัวตายได้มาจากกรมสุขภาพจิต (2553) ดัชนีการพัฒนามนุษย์ ดัชนี HPI ดัชนี GDI และดัชนี GEM ได้มาจาก UNDP (2010b) และดัชนีความอยู่ดีมีสุข ได้มาจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550)

นอกจากนี้ ตารางที่ 1 ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ชายมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงในทุกปีที่ทำการศึกษา โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายคิดเป็นกว่าสามเท่าของผู้หญิง ลักษณะดังกล่าวบ่งบอกเป็นนัยว่าผู้ชายมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมต่ำกว่าผู้หญิงนั่นเอง อย่างไรก็ตาม การที่มีผู้ชายมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงในที่นี้ไม่ได้หมายถึงผู้ชายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้หญิงในทุกด้านโดยอาจเป็นเพียงบางด้านแต่เป็นด้านสำคัญที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม เช่น คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ด้านสุขภาพจิต เป็นต้น ประเด็นดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ควรมีการขยายการศึกษาต่อไป

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในประเทศได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศสมาชิกกลุ่ม G7 ในปี พ.ศ.2552 สามารถยืนยันนโยบายข้างต้นได้เป็นอย่างดี จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าทุกประเทศในกลุ่ม G7 ล้วนมีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระดับ

สูงมาก นั่นคือ มีดัชนีการพัฒนามนุษย์สูงเกินกว่า 0.9 (UNDP, 2010a) แต่ทุกประเทศก็มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประเทศไทยทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศฝรั่งเศสและญี่ปุ่น ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 17.25 และ 24.75 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ลักษณะดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ Durkheim ดังที่อธิบายข้างต้นทุกประการ นั่นคือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่รวดเร็วจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีส่วนร่วมในสังคมน้อยลง มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมน้อยลง เกิดความแปลกแยกไปจากสังคม นอกจากนี้ยังทำให้สถาบันทางสังคมดั้งเดิม เช่น ครอบครัว ศาสนา สูญเสียความสำคัญและมีบทบาทในฐานะกรอบในการดำรงชีวิตของบุคคลน้อยลง ทำให้บุคคลสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำรงชีวิตและนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น และด้วยสาเหตุดังกล่าวจึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมรวดเร็วที่สุดในบรรดาประเทศ G7 นั่นเอง

ตารางที่ 2: อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน และดัชนีการพัฒนามนุษย์ ของประเทศสมาชิกกลุ่ม G7 ในปี พ.ศ.2552

	อิตาลี	อังกฤษ	สหรัฐ	แคนาดา	เยอรมนี	ฝรั่งเศส	ญี่ปุ่น
อัตราการฆ่าตัวตาย	6.35	6.45	11.10	11.35	11.95	17.25	24.75
ดัชนีการพัฒนามนุษย์	0.951	0.947	0.903	0.966	0.947	0.961	0.960

ที่มา: UNDP (2010)

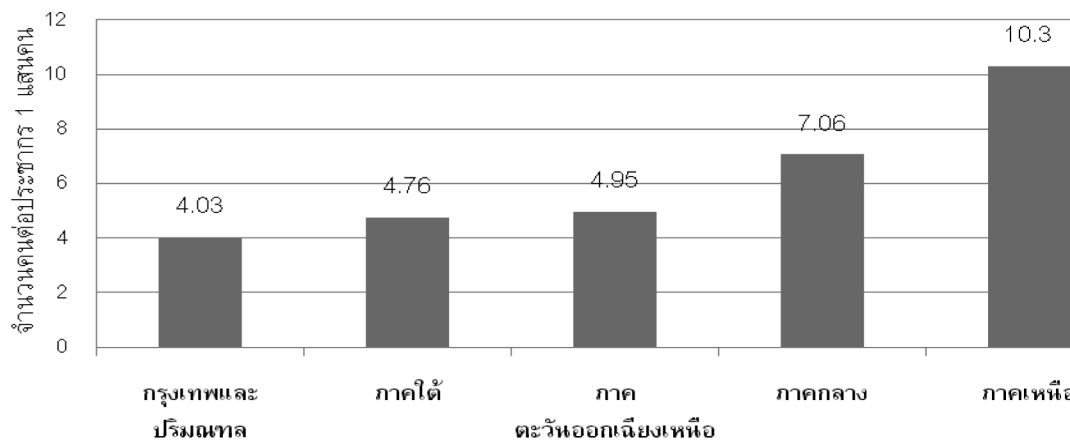
การฆ่าตัวตายในระดับสูงของประเทศ G7 บอกเป็นนัยว่า การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่รวดเร็วเกินไปอาจทำให้บุคคลในสังคมมีความสุขในชีวิตลดลงและทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากขึ้น เนื่องจากทำให้บุคคลบางส่วน โดยเฉพาะคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ ตลอดจนทำให้สถาบันทางสังคมหลัก เช่น

ครอบครัวและศาสนาสูญเสียบทบาทในการยึดเหนี่ยวจิตใจและการสร้างกรอบในการดำเนินชีวิตให้แก่บุคคลในสังคม ในทางตรงกันข้าม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมยังสามารถสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขให้แก่ประชาชนในประเทศไทยได้ เห็นได้จากการที่อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการที่ประเทศไทยยังมีการพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ รวมทั้งการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศก็ไม่ได้เป็นไปอย่างรวดเร็วมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น ซึ่งถือเป็นประเทศ G7 ที่ใช้เวลาในการพัฒนาสั้นที่สุด อย่างไรก็ตาม เมื่อประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้นเรื่อยๆ ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากขึ้น ประกอบกับบทบาทของสถาบันทางสังคมดั้งเดิมจะเริ่มลดลงเรื่อยๆ ในที่สุด การฆ่าตัวตายในประเทศไทยน่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นมาแตกต่างไปจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเด็นดังกล่าวถือเป็นสิ่งที่ภาครัฐต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงอยู่เสมอในการดำเนินนโยบายเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

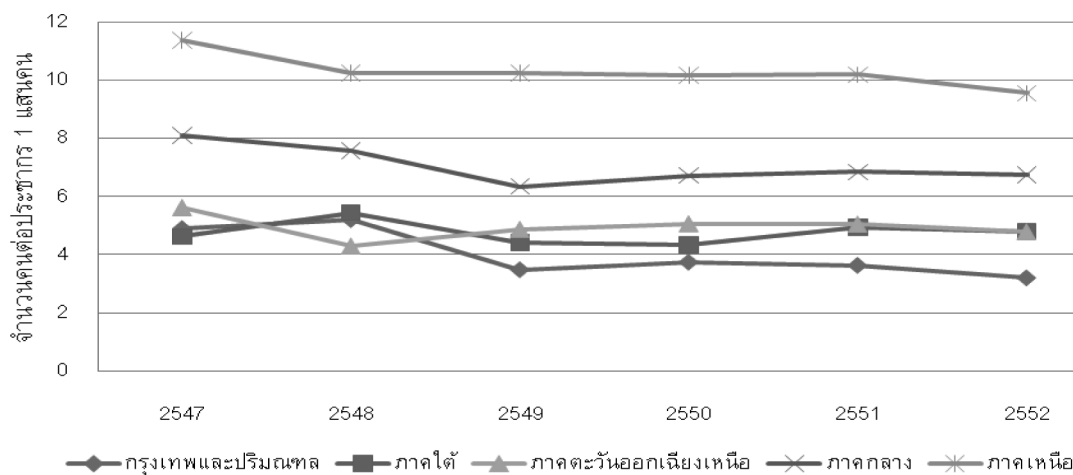
การพิจารณาระดับภูมิภาค

เมื่อพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในระดับภูมิกาดังแสดงในรูปที่ 1 และรูปที่ 2 พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 4.03 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามด้วย ภาคใต้และภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 และ 4.95 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ในขณะที่ภาคกลางมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับ 3 ภูมิภาคดังกล่าว โดยเท่ากับ 7.06 คน ต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดที่สุด โดยสูงถึง 10.30 คน ต่อประชากร 100,000 คน ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑลมีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ตามด้วยประชากรในภาคใต้ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือตามลำดับ



ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2553)

รูปที่ 1: ค่าเฉลี่ยของอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552

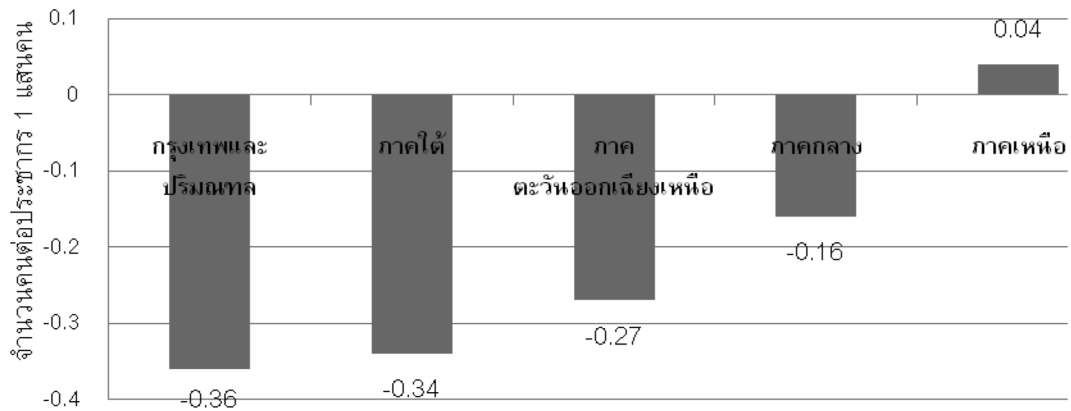


ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2553)

รูปที่ 2: อัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามภูมิภาค

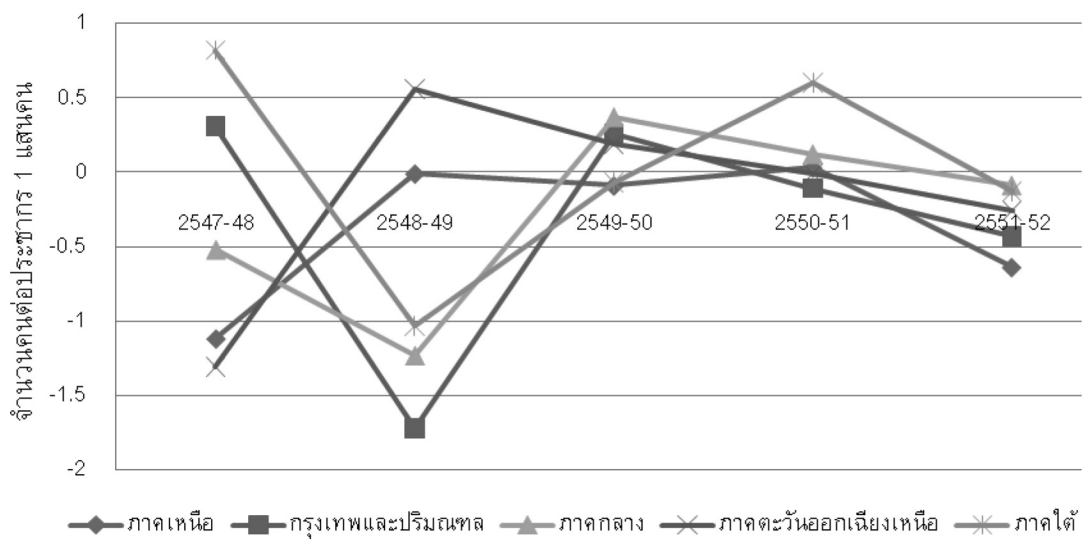
อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายดังแสดงในรูปที่ 3 และรูปที่ 4 จะพบว่า แม้ภาคใต้จะมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศแต่ก็เป็นภูมิภาคเดียวที่อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 นั่นคือเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 0.04 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี จากลักษณะดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาคใต้ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศแต่ก็มีแนวโน้มต่ำลงซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาดังกล่าวได้ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมต่อประชาชนในหลายจังหวัดในภาคใต้ โดยถือเป็นประเด็น

ที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อทำการแก้ไขต่อไป สำหรับภูมิภาคอื่นๆ พบว่า โดยเฉลี่ยแล้ว อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงมากที่สุด โดยลดลงโดยเฉลี่ย 0.36 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี ตามด้วย เขตกรุงเทพและปริมณฑล ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงโดยเฉลี่ย 0.34 0.27 และ 0.16 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี ตามลำดับ ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของประชากรในภูมิภาคทั้ง 4 ดังกล่าว มีแนวโน้มสูงขึ้นนั่นเอง



ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2553)

รูปที่ 3: ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552



ที่มา: กรมสุขภาพจิต (2553)

รูปที่ 4: ค่าเฉลี่ยของอัตราการฆ่าตัวตายจำแนกตามภูมิภาค

การพิจารณาระดับจังหวัด

ในการพิจารณาระดับจังหวัดในที่นี่จะทำการพิจารณาเฉพาะจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดและจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงชันมากที่สุด เพื่อนำเสนอจังหวัดที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายรุนแรง ซึ่งบอกเป็นนัยว่าประชาชนในจังหวัดนั้นๆ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและ

จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขมากที่สุด ทั้งนี้ จากตารางที่ 3 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยสูงสุด 5 จังหวัดแรกล้วนเป็นจังหวัดในภาคเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ในระดับภูมิภาคดังรูปที่ 1 และรูปที่ 2 ซึ่งพบว่าภาคเหนือมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ เป็นอย่างมาก

โดยจังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ (นั่นคือประชาชนมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด) มีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยต่อประชากร 100,000 คน สูงถึง 17.18 คน ตามด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และพะเยา ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 15.61 14.19 12.70 และ 12.68 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับนอกจากนี้ ยังมีจังหวัดแพร่ ระยอง น่าน และจันทบุรี ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยสูงเกินกว่า 10 คน ต่อประชากร

100,000 คน อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) จังหวัดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นคือจังหวัดที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและต้องการการพัฒนาเป็นอย่างมากทั้งสิ้น นอกจากนี้สถิติข้างต้นยังบ่งบอกเป็นนัยว่าภาคเหนือ น่าจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ค่านิยม วัฒนธรรม ซึ่งแตกต่างไปจากภูมิภาคอื่นๆ เป็นอย่างมาก จึงทำให้จังหวัดในภาคเหนือส่วนใหญ่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยประเด็นดังกล่าวควรได้มีการขยายการศึกษาต่อไป

ตารางที่ 3: อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ของจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 จังหวัดแรก

	2547	2548	2549	2550	2551	2552	ค่าเฉลี่ย
ลำพูน	21.70	18.04	17.02	16.01	16.75	13.56	17.18
เชียงใหม่	18.90	17.88	15.09	14.42	14.35	13.01	15.61
เชียงราย	17.10	14.94	13.82	14.19	11.68	13.38	14.19
แม่ฮ่องสอน	9.40	11.04	13.31	12.41	15.26	14.76	12.70
พะเยา	13.90	12.94	13.56	14.14	10.46	11.05	12.68

ที่มา: กรมสุขภาพจิต, 2553

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาร่วมกับตารางที่ 4 ซึ่งแสดงจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงขึ้นมากที่สุด 5 จังหวัดแรก จะพบว่าจังหวัดแม่ฮ่องสอนต้องการการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุดในประเทศ เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศและการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศนั่นคือ เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยถึง 1.07 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า นอกจากประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำแล้ว ยังมีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิต

จะลดลงอีกด้วย สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นมากในอันดับที่ 2 ถึง 5 ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี ลำปาง พังงา และปราจีนบุรี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 0.53 0.53 0.43 และ 0.39 คนต่อปี ตามลำดับ แม้ทั้ง 4 จังหวัดจะไม่ใช่ว่าจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงดังเช่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน หรือจังหวัดอื่นๆ ดังที่บรรยายข้างต้น แต่ก็ถือว่ามีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาด้วยเช่นกัน เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง นั่นเอง

ตารางที่ 4: การเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นมากที่สุด 5 จังหวัดแรก

	2547-48	2548-49	2549-50	2550-51	2551-52	ค่าเฉลี่ย
แม่ฮ่องสอน	1.64	2.27	-0.90	2.85	-0.50	1.07
อุทัยธานี	-1.88	0.61	-0.93	2.13	2.74	0.53
พังงา	-0.40	2.43	-1.27	2.32	-0.42	0.53
ลำปาง	1.74	-1.00	0.02	0.18	1.20	0.43
ปราจีนบุรี	-0.53	-0.91	-0.03	4.54	-1.10	0.39

ที่มา: กรมสุขภาพจิต, 2553

อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าในบรรดาจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นมากที่สุด 5 จังหวัดแรกนั้น มีเพียงจังหวัดพังงาเท่านั้นที่อยู่ในภาคใต้ทั้งที่ภาคใต้ที่คือภูมิภาคที่มีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ข้อขัดแย้งดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายของ 14 จังหวัดภาคใต้ ดังปรากฏในตารางที่ 5 ทั้งนี้พบว่า 7 จาก 14 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดพังงา สตูล ระนอง ตรัง นราธิวาส กระบี่ และพัทลุง ล้วนมีค่าเฉลี่ย

ของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายเป็นบวกทั้งสิ้น โดยมีค่าเฉลี่ยสูงอยู่ในอันดับที่ 3 ถึง 17 ของประเทศ ในขณะที่อีก 7 จังหวัดที่เหลือ แม้จะมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายติดลบ แต่ก็ติดลบไม่มากนัก อีกทั้งยังอยู่ในอันดับที่ค่อนข้างสูง โดยอยู่ในอันดับที่ 23 ถึง 40 ของประเทศ ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายของภาคใต้สูงที่สุดในประเทศดังกล่าวข้างต้น

ตารางที่ 5: ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ของจังหวัดภาคใต้

พังงา	สตูล	ระนอง	ตรัง	นราธิวาส	กระบี่	พัทลุง
0.53 (3)	0.25 (11)	0.13 (13)	0.12 (14)	0.07 (15)	0.07 (15)	0.06 (17)
สุราษฎร์ธานี	นครศรีธรรมราช	ชุมพร	ปัตตานี	ภูเก็ต	ยะลา	สงขลา
-0.03 (23)	-0.07 (26)	-0.09 (29)	-0.10 (30)	-0.12 (32)	-0.15 (36)	-0.16 (40)

หมายเหตุ: ตัวเลขในเครื่องหมายวงเล็บแสดงอันดับในระดับประเทศจากจำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด

ที่มา: กรมสุขภาพจิต, 2553

บทสรุป

จากการพิจารณาสถิติการฆ่าตัวตายของคนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 สามารถสรุปได้ว่า แม้คุณภาพชีวิตของคนไทยในปัจจุบันจะอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก แต่ก็มีความโน้มที่ดี นั่นคือ มีระดับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาดังกล่าว ลดลงอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะดังกล่าวเป็นผลมาจากความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ซึ่งเห็นได้จากการที่ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั่นเอง เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่า ภาคเหนือต้องการการพัฒนามากที่สุด เนื่องจากประชาชนในภาคเหนือมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำที่สุด

ในประเทศจากการที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากแนวโน้มของการฆ่าตัวตายพบว่าภาคใต้เป็นอีกหนึ่งภูมิภาคที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วนเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นภูมิภาคเดียวที่อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าประชาชนในภาคใต้มีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่าประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนต้องการการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศอีกด้วย สำหรับจังหวัดอื่นๆ ที่ต้องการการพัฒนาอย่างมาก เนื่องจากมีอัตราการฆ่าตัวตายในระดับสูงได้แก่ ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนในสังคมได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ การฆ่าตัวตายในระดับที่สูงมากในประเทศที่มีการพัฒนาในระดับสูง เช่น ประเทศญี่ปุ่นและฝรั่งเศส เป็นข้อพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาเศรษฐกิจที่รวดเร็วเกินไปมักนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็วจนทำให้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้เช่นกัน ดังนั้น การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่พึงปรารถนาและสามารถสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่คนในสังคมได้อย่างแท้จริงต้องควบคู่ไปกับการรักษาสมาคมของการมีส่วนร่วมในสังคมของบุคคลและการรักษาบทบาทของสถาบันทางสังคมดั้งเดิมในการเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้แก่บุคคลให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข หรืออีกนัยหนึ่งคือ ในขณะที่ประเทศกำลังมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ค่านิยมและวัฒนธรรมที่ดีงาม รวมทั้งความสำคัญและบทบาทของสถาบันครอบครัวและศาสนาจะต้องได้รับการรักษาไว้ตลอดจนประชาชนต้องได้รับการปลูกฝังจิตสำนึกของ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ควบคู่ไปกับการพัฒนา ด้วยแนวทางดังกล่าว บุคคลจะสามารถใช้ชีวิตในสังคมพลวัตได้อย่างมั่นคงและมี

ความสุขและได้ประโยชน์จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างแท้จริง

แม้บทความเรื่องนี้จะทำให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตได้ และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่รวดเร็วเกินไปก็สามารถทำให้สังคมมีการฆ่าตัวตายสูงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตายยังอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบต่อไป นอกจากนี้ บทความเรื่องนี้ได้นำเสนอความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตโดยตั้งอยู่บนข้อสมมติว่า บุคคลทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยไม่ได้พิจารณาสาเหตุอื่นๆ ของการฆ่าตัวตาย เช่น ความเชื่อ ลัทธิ ศาสนา และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาอื่นๆ ดังนั้น ผู้อ่านควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวทุกครั้ง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2553, จาก กรมสุขภาพจิต เว็บไซต์: <http://www.dmh.go.th/plan/suicide/>.
- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท. (2540). *รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2539*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท, กรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย.
- ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท. (2553). *ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน*. สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2553, จาก ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท เว็บไซต์: http://61.19.244.12/rdic/sys_jbt.php
- สาธิตี เทพสุวรรณ์, รศรินทร์ เกรย์, เรวดี สุวรรณเพ็ญ และ ภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2550). ดัชนีความอยู่ดีมีสุขมวลรวมของคนไทย: ความสำคัญของภาคประชาชน. *เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2552*, 22-23 พฤศจิกายน 2550. กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *กรอบแนวคิด หลักเกณฑ์ และวิธีการวัดความอยู่ดีมีสุขของคนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

Bagolin, I. (2004). *Human development index (HDI): A poor representation to human development approach*. PhD. Dissertation, Federal University of Rio Grande de Sul, Brazil.

Daly, M.C., Oswald, A.J., Wilson, D. & Wu, S. (2010). *The happiness-suicide paradox*. San Francisco: Federal Reserve Bank of San Francisco. (Working Paper, No. 2010-30)

Economist Intelligence Unit. (2005). *The economist intelligence unit's quality of life index*. New York: Economist Intelligence Unit.

Ford, J.M. & Kaserman, D.L. (2000). Suicide as an Indicator of quality of life: Evidence from dialysis patients. *Contemporary Economic Policy*, 18(4), 440-448.

Larson, D.A. & Wilford, W.T. (1979). The physical quality of life index: A useful Social Indicator? *World Development*, 7(6), 581-584.

Marks, N., Abdallah, S., Simms, A. & Thomson, S. (2006). *The happy planet index: An index of human well-being and environmental impact*. London: New Economics Foundation.

McGillivray, M. (1992). *Measuring development: A statistical critiques of the UNDP's human development index*. The Hague: Institute of Social Studies. (Working Paper Series, No. 135)

Mofidi, N., Ghazinour, M., Araste, M., Jacobson, L. & Richter, J. (2008). General mental health, quality of life and suicide-related attitudes among Kurdish People in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 457-468.

Sagar, A.D. & Najam, A. (1998). The human development index: A critical review. *Ecological Economics*, 25, 249-264.

Savirasarid, N. (2008). *The selected factors related to quality of life of elderly people in Bangkok*. Master Degree Thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.

Streeten, P. (1995). Human development: The debate about the index. *Social Science Journal*, 47(1), 25-37.

Thompson, K. (1982). *Emile Durkheim*. London: Tavistock Publication.

UNDP. (2010a). *Human development report 2010*. New York: United Nations.

UNDP. (2010b). *Human development reports: Global reports*. Retrieved November 11, 2010, from United Nations Development Programme Website: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/>

WHO. (1997). *Measuring quality of life: The world health organization quality of life instruments*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2010). *Suicide prevention and special programmes*. Retrieved May 2010, from WHO (World Health Organization) Website: http://www.who.int/mental_health/prevention/en/



Supachet Chansarn received his Ph.D. in Demography in 2009 from the College of Population Studies, Chulalongkorn University, Thailand. He also earned his Master of Economics in 2003 from North Carolina State University, USA and Bachelor of Economics in 2001 from the Department of Economics, Chulalongkorn University, Thailand. Supachet Chansarn is currently the assistant professor of economics and the chairperson of the Department of International Economics, School of Economics, Bangkok University, Thailand. His research interest covers macroeconomics, development economics, demographic economics, labor economics, demography and socio-economics