

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน
จังหวัดเชียงใหม่พัชรธีรัตน์ สิงห์คำ⁽¹⁾, พัลลภ เขียวชัยสกุล^{(1)*}, ลินีนามู ชาวตระการ⁽¹⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 18 ต.ค. 2567

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 6 ธ.ค. 2567

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ปัจจุบัน การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งสถิติเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งหากบุคคลที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณ จะสามารถตระหนักรู้ ไตร่ตรอง ควบคุมภาวะทางจิตวิญญาณอย่างมีสติ ทำให้เผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีคุณภาพชีวิต ที่สมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ จะสามารถดำรงชีวิตให้อยู่ภายใต้สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวางศึกษาในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 472 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ซึ่งใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation Screening Scale 9 : SU-9) ดำเนินการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 28.81 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การถูกทำร้ายร่างกายและการสูญเสียบุคคลในครอบครัว การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต ดังนั้น ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ความฉลาดทางจิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต, ประชาชนวัยทำงาน, จังหวัดเชียงใหม่

Original Article

Factors Related to the Risk of Suicide among People in Chiang Mai Province

Phatthirat Singkhum⁽¹⁾, Pallop Siewchaikul^{(1)*}, Sineenart Chautrakam⁽¹⁾

Received Date: October 18, 2024

Accepted Date: December 6, 2024

* Corresponding author

(1) Faculty of Public Health,

Chiang Mai University

Abstract

Currently, suicide is a major public health problem, with the statistics on suicide deaths being higher than the thresholds set by the Ministry of Public Health and showing an increasing trend, particularly among the working-age population. Individuals with spiritual intelligence can be more aware, reflective, and able to manage their spiritual well-being mindfully. This enables them to face and resolve problems appropriately, contributing to a better quality of life encompassing both physical and mental health. Such individuals can navigate their lives within various social, economic, and environmental conditions.

This cross-sectional study among the working-age population in Chiang Mai province, involving 472 participants. Data was collected between November 2023 and January 2024 using a spiritual intelligence questionnaire, a quality of life questionnaire, and a screening tool for those at risk of suicide (Suicidal Ideation Screening Scale 9 : SU-9). Descriptive statistical analysis was performed, including frequency, percentage, mean, standard deviation and related analysis using Chi-square through a statistical analysis software program.

The study found that the sample group had a high level of spiritual intelligence, a medium quality of life, and a suicide risk of 28.81%, which is relatively high compared to previous studies. Factors such as gender, age, education, income, smoking, drinking alcohol, relationships with partners and friends and colleague, experiences of physical abuse, loss of family members, previous suicide attempts or successful suicides, spiritual intelligence and quality of life were statistically significant in relation to suicidal thoughts among working-age Thai individuals. Therefore, there should be continuous screening for suicide risk and follow-up, and the findings of this study should be used to design or develop preventive strategies for suicide among people in Chiang Mai Province.

Keywords: *Suicide Risk, Spiritual Intelligence, Quality of Life, Working Age People, Chiang Mai Province*

บทนำ

ปัจจุบัน การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในระดับโลก ในอดีตการฆ่าตัวตายมักจะถูกมองว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แต่เมื่อได้มีการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในแง่มุมต่างๆ พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเชื่อมโยงกับหลายปัจจัย อาทิ ปัญหาด้านสุขภาพด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสถิติการฆ่าตัวตายทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2000-2019 พบเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 12.6 รายต่อแสนประชากรและเพศหญิงอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 5.4 รายต่อแสนประชากร หากพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายในระดับภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคแอฟริกา มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก รองลงมาได้แก่ ทวีปยุโรปและทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีอัตราเท่ากับ 11.2, 10.5, 10.2 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของอัตราฆ่าตัวตายทั่วโลก ที่กำหนดไว้ 9.0 รายต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย มีรายงานการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 พบ อัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 6.03, 6.32, 6.64 และ 7.37 รายต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 6.3 รายต่อแสนประชากร โดยการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง หากจำแนกตามภูมิภาค ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด รองลงมาจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดตาก และหากจำแนกอัตราการฆ่าตัวตายตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ในด้านสถานการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดเชียงใหม่ มีสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2562 พบผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 คน และในปี พ.ศ. 2563 พบผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 773 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีมากกว่า 38 เท่า (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564)

การฆ่าตัวตายปัจจัยมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาโรคจิตเวชและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้สุราและสารเสพติด ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019:

COVID-19) ที่เป็นภาวะการณ์ระบาดใหญ่ของประเทศ (Pandemic) ซึ่งมีมาตรการกักกันโรคและมาตรการปิดเมือง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลถึงการท่องเที่ยว การค้าขายระหว่างประเทศและการใช้จ่ายของประชาชนภายในประเทศ จากรายงานภาวะเศรษฐกิจไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า เศรษฐกิจมีลักษณะการเจริญเติบโตที่ช้าและมีคนว่างงานเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีการเจริญเติบโต ร้อยละ 6.1 โดยมีลักษณะใกล้เคียงกับช่วงวิกฤตต้มยำกุ้ง (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2564) ทำให้มีผลกระทบต่อยาได้ของครัวเรือนที่ลดลง ดังจะเห็นได้จากจำนวนคนที่ว่างงานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ของการประชุมประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่า คะแนนเฉลี่ยดัชนี SDGs ของโลก ลดลงจากปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นผลสำคัญมาจากผลกระทบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจโลกและการฆ่าตัวตาย ของ Oscar Claveria (2565) พบว่า ความไม่แน่นอนของภาวะเศรษฐกิจและการว่างงาน ส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฆ่าตัวตายเป็นผลมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งบุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ แยกแยะสิ่งต่างๆ ได้ การกำหนดพฤติกรรมหรือการกระทำ และการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในแง่มุมต่างๆ ที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคลใกล้ชิด บุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เช่น เศรษฐกิจสังคม ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ (มานิช หล่อตระกูล, 2553) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงานของ พัทรี พรหมทับ (2551), ปิ่นปิ่นทร์ สิริพัฒน์กุล (2557) และหทัยทิพย์ เจริญศรี (2559) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้และความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบของโรคประจำตัวต่อการดำเนินชีวิต การมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวหรือมีประวัติ

การฆ่าตัวตาย ในครอบครัวการมีภาวะซึมเศร้า และการมีความเครียด ซึ่งหากบุคคลที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณจะสามารถตระหนักรู้ ไตร่ตรอง ควบคุมภาวะทางจิตวิญญาณอย่างมีสติ ทำให้เผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ จะสามารถดำรงชีวิตให้อยู่ภายใต้สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมต่างๆ ได้

จากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นและการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มวัยทำงานที่ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชาชน สามารถดูแลบุคคลเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม ทันทต่อเหตุการณ์และเพื่อเป็นแนวทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมความฉลาดทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

● รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนวัยทำงาน จำนวน 1,025,124 คน โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัยทำงานที่มีสัญชาติไทย อายุ 18-59 ปี อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอ่าน เขียนสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและยังคงรับการรักษา เป็นการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และยอมให้ค่า

ความคลาดเคลื่อนสัมพันธ์เท่ากับ 0.05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน โดยผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 461 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางจิตวิญญาณ จำนวน 31 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณ ของ พัทธพรพรณ ชื่นสงวน (2554) ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) และส่วนที่ 4 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 9 ข้อ โดยใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation Screening Scale 9: SU-9) วิจัยและพัฒนาโดยประภาส อุครานันท์ และคณะ (2555)

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และนำมาใช้โดยมิได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ รายละเอียดของคุณภาพในแต่ละเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความฉลาดทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.881, แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.840 และแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.56

● วิธีการศึกษา

เมื่อได้รับการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET013/2566 ลงวันที่ 15 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สอบถามข้อมูลบุคคล เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาวิจัย จากนั้นทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย รวมถึงชี้แจง

เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตกลงเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

● การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล ความฉลาดทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่ในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 472 คน ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 285 คน ร้อยละ 60.38 อายุระหว่าง 30-44 ปี จำนวน 308 คน ร้อยละ 65.25 และอยู่ในสถานภาพโสด จำนวน 227 คน ร้อยละ 48.09 ในระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา จำนวน 382 คน ร้อยละ 80.93 มีการประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ จำนวน 214 คน ร้อยละ 45.34 รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 80 คน ร้อยละ 16.95 โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง 20-38 ปี จำนวน 211 คน ร้อยละ 44.70 ด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนน้อยกว่า 30,000 บาท จำนวน 317 คน ร้อยละ 67.16 โดยมีความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเก็บ จำนวน 209 คน ร้อยละ 44.28 ซึ่งมีภาระหนี้สิน จำนวน 359 คน ร้อยละ 76.06 โดยเป็นหนี้ในระบบ จำนวน 333 คน ร้อยละ 70.55 ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 354 คน ร้อยละ 75 โดยมีลักษณะของที่อยู่อาศัยเป็นบ้านของตนเอง จำนวน 379 คน ร้อยละ 80.30 ด้านโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 358 คน ร้อยละ 75.85 และมีโรค

ประจำตัว จำนวน 114 คน ร้อยละ 24.15 ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 63 คน ร้อยละ 13.35 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 28 คน ร้อยละ 5.93 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 380 คน ร้อยละ 80.51 สูบบุหรี่ จำนวน 28 คน ร้อยละ 5.93 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 169 คน ร้อยละ 35.81 และเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกแล้ว จำนวน 129 คน ร้อยละ 27.33 ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว คนรัก เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในระดับดี โดยในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลในครอบครัวเคยถูกทำร้ายร่างกาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.64 และได้มีการสูญเสียบุคคลในครอบครัว จำนวน 55 คน ร้อยละ 11.65 อีกทั้ง สมาชิกในครอบครัวเคยมีการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 4.84 และ เคยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 8 คน ร้อยละ 1.69

2) ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาความฉลาดทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.90, S.D.=0.52) และมีระดับของความฉลาดทางจิตวิญญาณในด้านต่างๆ เรียงลำดับตามคะแนนจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการสร้างเป้าหมายในชีวิต ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=4.05, S.D.=0.60) ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.94, S.D.=0.54) ด้านการเข้าสู่ภาวะมีสติ ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.78, S.D.=0.70) และด้านการคำนึงถึงการดำรงอยู่ของชีวิต ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=3.76, S.D.=0.76)

3) คุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 89.90 คะแนน และมีระดับของคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย มีระดับการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 25.58 คะแนน ด้านจิตใจ มีระดับการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ค่าคะแนนเท่ากับ 21.73 คะแนน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีระดับการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 9.55 คะแนน และด้าน

สิ่งแวดล้อม มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ค่าคะแนนเท่ากับ 27.76 คะแนน

4) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 336 คน ร้อยละ 71.19 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 136 คน ร้อยละ 28.81 โดยที่ใน 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้ดื่มสุรานั้นเพื่อลดความทุกข์ใจ จำนวน 77 คน ร้อยละ 16.31 และใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้มีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก จำนวน 75 คน ร้อยละ 15.89 รวมถึงได้มีการวางแผนถึงวิธีฆ่าตัวตาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 1.69 โดยที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย โดยไม่บอกใครทราบ จำนวน 18 คน ร้อยละ 4.03 (ตารางที่ 4)

บทสรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา ระดับความฉลาดทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน โดย การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ความฉลาดทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์กับ บุคคลรอบข้าง ได้แก่ คนรัก เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน การเคยถูกทำร้ายร่างกาย การสูญเสียบุคคลในครอบครัว และการเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของประชาชนวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ สมบัติ สุกุลพรรณ (2564) พบว่า เพศ

หญิง มีแนวโน้มหรือโอกาสที่จะพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า เพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Castro et al. (2024) พบว่า การมีรสนิยมทางเพศที่ไม่ใช่ชายหญิงเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของจรรยาธิษฐาน มีวงศ์สม (2563) พบว่า เพศชายมีจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากรแสนคนสูงกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตาม จาก สถิติการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นปัจจัยด้านเพศ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการป้องกันและการเฝ้า ระวังการฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ ควรจะดำเนินการในทุกเพศ เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยได้เปิดกว้างในทุกเพศวิถี

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะ วัยทำงานที่มีช่วงอายุดังกล่าว เป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ ชีวิตมาแล้วระยะหนึ่ง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา จะมี ความรู้ ความเข้าใจและทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่าง เหมาะสมมากกว่าช่วงอายุที่ยังน้อย และมักจะมีทัศนคติ ต่อการใช้ชีวิตที่ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการมี เครือข่ายสังคมกว้างขวางที่จะช่วยสนับสนุนเมื่อมีการขอ ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการจัดการปัจจัย ปกป้องการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (สมบัติ สุกุลพรรณ, 2564) ที่กล่าวถึง การมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี (effective problem solving skills) และการมีทักษะในการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม (effective coping skills) จะช่วย ปกป้องหรือป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือ ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจ เป็นเพราะคนที่มีการศึกษาในระดับสูง มักจะมีความ คาดหวังจากตนเองจากบุคคลในครอบครัวและจากสังคม ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้าน Cognitive-Behavioral ของ Beck (อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ที่กล่าวถึงการมองสิ่งต่างๆ และความคาดหวังของ บุคคลที่มีต่อตนเอง ต่อโลกภายนอกและต่ออนาคตที่จะ นำมาสู่ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และแนวคิดด้าน จิตวิทยาปัจจุบัน โดย Edwin Shneidman (อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ได้กล่าวว่า สิ่งกดดัน ได้แก่ ความรู้สึกคับข้องใจจากสิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นไปตามต้องการ ผู้ที่ตั้งความหวังหรือตั้งมาตรฐานต่อสิ่งต่างๆ สูง จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะรายได้เป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน รายได้ที่เพียงพอจะช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดี สามารถลดความกังวลหรือความเครียดได้เนื่องจากช่วยปัญหาหนี้สิน รวมถึงสามารถนำไปเรียนหรือฝึกอบรมเพื่อสร้างความรู้และทักษะให้ตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิ่นปิ่นทร์ สิริพัฒน์กุล (2557) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีรายได้พอเพียง และการศึกษาของธมนรดา โอภาสฐิติยศ (2557) พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ตำบลบ้านกาต อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในกลุ่มครอบครัวผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีฐานะยากจนเนื่องจากบุคคลที่มีรายได้เพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ความพึงพอใจ ก็เพิ่มขึ้น เนื่องจากระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับการบริโภคสูงขึ้นตามไปด้วย หากบุคคลได้รับรายได้รวมที่สูง เขาย่อมมีความคาดหวังถึงการบริโภคที่สูงตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดความพอใจสูงไปด้วย โอกาสการฆ่าตัวตายก็จะต่ำ

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวกระตุ้นให้การควบคุมตัวเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ภาวะดังกล่าว จะเกิดขึ้นขณะบุคคลนั้นประสบปัญหากดดันแล้วทนรับต่อไปไม่ได้ เกิดการทำร้ายตนเองโดยไม่ได้คิดไตร่ตรองหรือวางแผนไว้ก่อน อีกทั้ง จะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เนื่องจากฤทธิ์แอลกอฮอล์ มีผลต่อสมองส่วนควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ จนทำให้เป็นบุคคลขาดสติ เกิดเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยทิพย์ เจริญศรี (2559) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 1.27 เท่าของตัวอย่างที่ไม่ดื่มและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yang et al. (2024) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม

ที่มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเขตชุงของนัมโด ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า กลุ่มที่มีการใช้แอลกอฮอล์ มีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีการใช้แอลกอฮอล์

ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะความสัมพันธ์ที่ดีจะสามารถช่วยสร้างคุณค่าในชีวิต สร้างเป้าหมายในชีวิต เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็สามารถรับฟังและให้กำลังใจในเวลาที่เหมาะสมปัญหา สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลรอบข้างอาจช่วยมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างกัน สามารถให้กำลังใจและความช่วยเหลือได้ในยามวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางทางสังคมวิทยาในปัจจุบัน ของ Dukheim (อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การถูกทำร้ายร่างกายและการสูญเสียครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะการถูกทำร้ายร่างกาย เกิดความหวาดระแวงและความกลัวอย่างต่อเนื่อง เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังจากการถูกทำร้ายร่างกายซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระยะยาว มีการแยกตัวออกจากสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย และการสูญเสียบุคคลในครอบครัวนั้น ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกแย่ในชีวิต มีความเศร้า โศกเสียใจ มีความรู้สึกว่างเปล่าและสูญเสียจุดหมายในชีวิต จึงเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ก่อความเครียด ความทุกข์ จนนำไปสู่การมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธมนรดา โอภาสฐิติยศ (2557) พบว่า ในกลุ่มครอบครัวผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีประวัติเคยทำร้ายตนเองและผู้อื่น

การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคลในครอบครัว จะเกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เคยเห็นพฤติกรรมดังกล่าว จะเกิดการสร้างความคิดหรือพฤติกรรมเลียนแบบให้แก่สมาชิกคนอื่นๆ สร้างการรับรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของ

ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมบัติสกุลพรรณ (2564) กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิระนันท์ คำแฝง (2563) พบว่า ประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (ภาพรวม) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ รายด้าน ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงการดำรงอยู่ของชีวิต ด้านการสร้างเป้าหมายในชีวิต ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ ด้านการเข้าสู่ภาวะมีสติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อาจเป็นเพราะกลุ่มวัยทำงาน เป็นวัยที่มีการพึ่งพาตนเอง มีความรับผิดชอบตนเอง มีประสบการณ์ในชีวิตระดับหนึ่ง ซึ่งจะนำประสบการณ์นั้นมาวิเคราะห์เชื่อมโยงเหตุและผล จนมีการปรับบุคลิกภาพให้มีความยืดหยุ่น สามารถจัดการกับปัญหาและก้าวข้ามความเจ็บปวดในชีวิตและสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zohar and Marshall (2000 อ้างถึงใน เมวดี ศรีมงคล, 2561) พบว่า ความฉลาดทางจิตวิญญาณ เป็นความฉลาดที่ทำให้บุคคลสามารถแยกแยะในการประเมินการกระทำแห่งตน การแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี โดยบุคคลที่มีความฉลาดทางจิตวิญญาณสูง มักเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในตนเองถ่องแท้ มีสติในการเผชิญปัญหา และมีมุมมองต่อปัญหาทางบวก สามารถหาแนวทางการแก้ปัญหาและสามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้น ความฉลาดทางจิตวิญญาณ จึงมีความสำคัญที่จะต้องควบคุมความคิด อารมณ์และพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างมีคุณค่าภายใต้ศีลธรรม จริยธรรม

คุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า คุณภาพชีวิต (ภาพรวม) และคุณภาพชีวิต รายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

คุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนวัยทำงาน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสรวลี แสงแสง (2559) พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเงินเนอเรนซ์ X และเงินเนอเรนซ์ Y ในบริษัทสหราชอาณาจักรแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์ทิพย์ อินทวงศ์, นัยนา พันโกฏ, & มนต์ดาว แนวพนา (2561) พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในพื้นที่รอบเขตประกอบการอุตสาหกรรม จังหวัดระยองอยู่ระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของทองปัทม์ ดอนประจำ & พงศธร ทวีธนาภิษฐ์ (2564) พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกพริกส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เมื่อบุคคลได้รับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับที่ดีมากขึ้น จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและการมีสิ่งแวดล้อมดี จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี และแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9) อาจมีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างต่ำ (0.56) แต่เพราะแบบคัดกรองดังกล่าวสามารถให้ผลการคัดกรองที่เป็นปัจจุบัน (ภายในระยะเวลา 1 ปี) เพื่อเป็นการเฝ้าระวังก่อนมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบคัดกรองดังกล่าววิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธี Kuder Richardson 20: KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62

ด้วยการศึกษาครั้งนี้พบหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ได้แก่ คนรัก เพื่อน เพื่อนร่วมงาน การถูกทำร้ายร่างกายและการสูญเสียบุคคลในครอบครัว การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว ความฉลาดทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้ยังไม่ได้ควบคุมถึงอิทธิพลของตัวแปรต้นอื่นๆ ดังนั้น การแปลผลและนำไปใช้ควรมีพิจารณาอย่างรอบคอบ อย่างไรก็ตามในมุมมองทางด้านสาธารณสุข งานวิจัยนี้ถือเป็นงานวิจัยที่ทำให้ได้ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องพื้นฐานที่งานวิจัยครั้งต่อไปสามารถนำไปประยุกต์และพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จรรยาวัช ม่วงษ์สม. (2563). สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภูมิภาคของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ.2555-2559. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการบำบัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์, นัยนา พันโกฏี และมนัสดาว แนวพนา. (2561). ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสุขของประชาชน ในพื้นที่รอบเขตประกอบการอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง. *กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี, ตุลาคม - ธันวาคม 2561*, 76-86.
- จิระนันท์ คำแฝง. (2563). พฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนอำเภอเขื่อนในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 18(2), 7-18.
- ทองปักษ์ ตอนประจำ, & พงศธร ทวีธนาภิรักษ์. (2564). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้ปลูกพริก จังหวัดศรีสะเกษ. *ศรีสะเกษ; สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2563). รายงานภาวะเศรษฐกิจไทย ปี 2563. ค้นจาก <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/EconomicConditions/AnnualReport/Pages/default.aspx>
- ธมนรดา โอภาสฐิตยศ. (2557). การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ปภาวุฒิ สุจินตมณียชัย. (2556). การยอมรับตนเองและบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่พยากรณ์ความฉลาดทางจิตวิญญาณของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 10 จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ประภาส อุดรจันทร์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรัช วัฒนชัย, & ไพรัตน์ ประทุมคุปต์. (2555). การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9). *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 21(6), 1093-1104.
- ปิ่นปิ่นทิพย์ สิริพัฒน์กุล. (2557). ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ใช้แรงงานในโรงงานขนาดกลาง เขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพิมล พงษ์โหมด. (2560). คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายในงานและความตั้งใจออกของพยาบาลแผนกวิกฤตโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการติดตามอย่างต่อเนื่องในประชาชนวัยทำงานที่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยถูกทำร้ายร่างกายและเคยสูญเสียบุคคลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบหรือพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการวางแผนฆ่าตัวตาย เคยทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย และกำลังคิดฆ่าตัวตาย และควรดำเนินการศึกษาแบบ Prospective Cohort Study โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นการยืนยันถึงปัจจัยแห่งสาเหตุของการฆ่าตัวตาย

- พัชรพรรณ ชื่นสงวน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์จิตวิญญาณ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสุขในการทำงาน
ต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา
อุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรี พรหมทับ. (2551). ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำราสมาชิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมวดี ศรีมงคล. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. [ม.ป.ป.]. รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย.
ค้นจาก <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/main.asp?ndead=1>
- สมบัติ สกฤตพรรณ. (2564). การพยากรณ์ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สราวลี แสงแสง. (2559). คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น
X และเจนเนอเรชั่น Y. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ26
ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- หทัยทิพย์ เจริญศรี. (2559). ความชุกของความเครียดต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดต่อการฆ่าตัวตายของ
ประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.
- อัญชลี ศุภวิทยานันท์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์ด้านจิตวิญญาณ ความสุข และพฤติกรรมที่เป็นสมาชิกที่ดีของ
องค์กร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Castro, S., Pastene, C., Vásquez, N., Galleguillos, P., Salas, M., & Alvarado, R. (2024). Factors associated with suicide
risk and attempts in healthcare students: A cross-sectional study. *Medwave*, 24(5), e2756.
- Claveria, O. (2022). Global economic uncertainty and suicide: Worldwide evidence. *Social Science & Medicine*,
305, e115041.
- World Health Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Retrieved from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yang, J. M., Kim, J. H., Kim, M. S., Hong, J. S., Gu, B. H., Park, J. H., et al. (2024). Association between alcohol use
disorder and suicidal ideation using propensity score matching in Chungcheongnam-do, South Korea.
Healthcare, 12(13), e1315. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131315>.

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
1.เพศ			
- ชาย	114 (71.70)	45 (28.30)	<0.001*
- หญิง	214 (75.09)	71 (24.91)	
- LGBTQ	8 (28.57)	20 (71.43)	
2.อายุ			
- 18 – 29 ปี	48 (48.00)	52 (52.00)	<0.001*
- 30 – 44 ปี	232 (75.32)	76 (24.68)	
- 45 – 59 ปี	56 (87.50)	8 (12.50)	

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
3.สถานภาพสมรส			
- โสด	145 (63.88)	82 (36.12)	0.003*
- สมรส	155 (78.68)	42 (21.32)	
- แยกกันอยู่ หย่า หม้าย	36 (75.00)	12 (25.00)	
4.ระดับการศึกษา			
- มัธยมศึกษา	38 (82.61)	8 (17.39)	0.012*
- อาชีวศึกษา	24 (54.55)	20 (45.45)	
- อุดมศึกษา	274 (71.73)	108 (28.27)	
5.อาชีพ			
- รับจ้าง, ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว, อื่น,ว่างงาน	110 (69.62)	48 (30.38)	0.152
- พนักงานบริษัทเอกชน, พนักงานรัฐวิสาหกิจ	65 (65.00)	35 (35.00)	
- ข้าราชการ	161 (75.23)	53 (24.77)	
6.ระยะเวลาการอาศัยในจังหวัดเชียงใหม่			
- 1 – 9 ปี	98 (73.68)	35 (26.32)	0.159
- 20 – 38 ปี	141 (66.82)	70 (33.18)	
- 39 - 57 ปี	97 (75.78)	31 (24.22)	
7.รายได้			
7.1 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน			
- น้อยกว่า 30,000 บาท	225 (70.98)	92 (29.02)	<0.001*
- 30,001 – 40,000 บาท	62 (89.86)	7 (10.14)	
- 40,001 บาทขึ้นไป	49 (56.98)	37 (43.02)	
7.2 ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน			
- ไม่เพียงพอ	34 (51.52)	32 (48.48)	0.001*
- เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	159 (76.08)	50 (23.92)	
- เพียงพอและมีเงินเก็บ	143 (72.59)	51 (27.41)	
7.3 ภาระหนี้สิน			
- ไม่มี	83 (73.45)	30 (26.55)	0.542
- มี	253 (70.47)	106 (29.53)	
ลักษณะหนี้สิน			
ทั้งในและนอกระบบ	253 (71.27)	102 (28.73)	0.946
ไม่ระบุ	83 (70.94)	34 (29.06)	
8.บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน			
- คนเดียว	52 (65.82)	27 (34.18)	0.153
- ครอบครัว	260 (73.45)	94 (26.55)	
- คนรัก	24 (61.54)	15 (38.46)	
9.ลักษณะที่อยู่อาศัย			
- ที่พักของตนเอง	276 (71.69)	109 (28.31)	0.675
- เช่าและอื่นๆ	59 (69.41)	26 (30.59)	
10.โรคประจำตัว			
10.1 แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค			
- ไม่มีโรคประจำตัว	261 (72.91)	97 (27.09)	0.144
- มีโรคประจำตัว	75 (65.79)	39 (34.21)	

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
11.พฤติกรรมสุขภาพ			
11.1 การสูบบุหรี่			
- ไม่เคยสูบ	290 (76.32)	90 (23.68)	<0.001*
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว	38 (59.38)	26 (40.63)	
- สูบ	8 (28.57)	20 (28.81)	
11.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
- ไม่เคยดื่ม	88 (81.48)	20 (18.52)	<0.001*
- เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	102 (79.07)	27 (20.93)	
- ดื่ม	146 (62.13)	89 (37.87)	
12.ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง			
12.1 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว			
- ดี	324 (70.90)	133 (29.10)	0.444
- ไม่ดีและเฉยๆ	12 (80.00)	3 (20.00)	
12.2 ความสัมพันธ์กับคนรัก			
- มีคนรัก	253 (76.44)	78 (23.56)	<0.001*
- สถานภาพโสด	83 (58.87)	58 (41.13)	
12.3 ความสัมพันธ์กับเพื่อน			
- ดี	324 (73.47)	117 (26.53)	<0.001*
- เฉยๆ	12 (38.71)	19 (61.29)	
12.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน			
- ดี	317 (73.21)	116 (26.79)	0.001*
- เฉยๆ	19 (48.72)	20 (51.28)	
13. การถูกทำร้ายร่างกายและการสูญเสียบุคคลในครอบครัว ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา			
- ไม่มี	321 (75.36)	102 (24.64)	<0.001*
- มี	24 (41.38)	34 (58.62)	
14.การพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว			
- ไม่เคย	324 (72.16)	125 (27.84)	0.039*
- เคย	12 (52.17)	11 (47.83)	

* P-value<0.05

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472)

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ (ภาพรวม)			
- ระดับปานกลาง	79 (58.96)	55 (41.04)	<0.001*
- ระดับสูง	257 (76.04)	81 (23.96)	
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ด้านการคำนึงถึงการดำรงอยู่ของชีวิต			
- ระดับปานกลาง	143 (82.18)	31 (17.82)	<0.001*
- ระดับสูง	193 (64.77)	105 (35.23)	
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ด้านการสร้างเป้าหมายในชีวิต			
- ระดับปานกลาง	71 (55.04)	58 (44.96)	<0.001*
- ระดับสูง	265 (77.26)	78 (22.74)	
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ด้านการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนือธรรมชาติ			
- ระดับปานกลาง	71 (61.74)	44 (38.26)	0.010*
- ระดับสูง	265 (74.23)	92 (25.77)	

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472) (ต่อ)

ความฉลาดทางจิตวิญญาณ	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
ความฉลาดทางจิตวิญญาณ ด้านการเข้าสู่ภาวะมีสติ			
- ระดับปานกลาง	110 (59.78)	74 (40.22)	<0.001*
- ระดับสูง	226 (78.47)	62 (21.53)	

* P-value<0.05

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=472)

คุณภาพชีวิต	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คน) (ร้อยละ)		P-value
	ไม่มี	มี	
คุณภาพชีวิต (ภาพรวม)			
- การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	186 (68.96)	96 (34.04)	0.002*
- การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	150 (78.95)	40 (21.05)	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			
- การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	170 (65.04)	104 (37.96)	<0.001*
- การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	166 (83.84)	32 (16.16)	
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ			
- การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	138 (58.72)	97 (41.28)	<0.001*
- การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	198 (83.54)	39 (16.46)	
คุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			
- การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	269 (68.87)	116 (30.13)	0.184
- การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	67 (77.01)	20 (22.99)	
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม			
- การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	178 (63.12)	104 (36.88)	<0.001*
- การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	158 (83.16)	32 (16.84)	

* P-value<0.05

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รายชื่อ) (n=472)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีการดื่มสุรานั้นเพื่อลดความทุกข์ใจ	77 (16.31)	395 (83.69)
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก	75 (15.89)	397 (84.11)
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความทุกข์ทรมานกับโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง	12 (2.54)	460 (97.46)
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความทุกข์ทรมานอย่างมากจนไม่อาจมีชีวิตอยู่ต่อไป	11 (2.33)	461 (97.67)
5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีการวางแผนถึงวิธีการฆ่าตัวตาย	8 (1.69)	464 (98.31)
วิธีการวางแผนฆ่าตัวตาย		
- กินยา	6 (75)	
- ยา	1 (12.5)	
- อยากนอนหลับแล้วไม่ตื่นมาโดยไม่ต้องทำอะไร	1 (12.5)	
6. มีการเขียนจดหมายสั่งลาหรือบอกให้คนใกล้ชิดทราบถึงความคิดฆ่าตัวตาย	4 (0.85)	468 (99.15)
7. ใน 1 ปีที่ผ่านมา เคยทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	19 (4.03)	453 (95.97)
8. ขณะนี้กำลังคิดฆ่าตัวตาย	4 (0.85)	468 (99.15)
9. มีความคิดจะลงมือฆ่าตัวตายโดยไม่บอกให้ใครทราบ	19 (4.03)	453 (95.97)