

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น* Predicting Factors of Suicidal Behavior among Early Adults*

กมลพัชร อินปัน, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Kamonpatch Inpun, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

สมบัติ สกุลพรรณ, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)² ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)³

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)² Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)³

Received: April 9, 2024 Revised: April 29, 2026 Accepted: May 5, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และแพร่ รวมจำนวน 89 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบประเมินความหวังของชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีค่าความเชื่อมั่น 1 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.77 และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Kamonpatch_in@cmu.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .339, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่ตอนต้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง

Abstract

This predictive correlational descriptive research aimed to explore suicidal behavior and factors predicting suicidal behavior among early adults. The participants were 89 early adults who had received services from mental health and psychiatric outpatient departments at community hospitals in Chiang Mai, Lampang, and Phrae Province. The research instruments included the demographic data record, the Rosenberg Self-Esteem Scale: Revised Thai RSES with a reliability of .80, the social support questionnaire with a reliability of .80, the revised version of the Thai Herth Hope Index with a reliability of .80, and the Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.): Suicidality part with a reliability of 1. Data were collected from March to May 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most early adults were at a low level of suicide risk (79.77%). Social support is the only factor that could statistically significantly predict suicidal behavior among early adults, accounting for 33.90% of the variance ($R^2 = .339, p < .01$).

This research suggests that psychiatric nurses should enhance systemic social support for their clients to prevent suicidal behavior.

Keywords: Early adults, Suicidal behavior, Self-esteem, Social support, Hope

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์การฆ่าตัวตายยังคงมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งในสังคมโลกและสังคมไทย จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลก ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรโลก 1 ล้านคน ฆ่าตัวตายในทุกปี โดยแต่ละปีมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ 700,000 คน หรือทุกๆ 40 วินาที จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 โดยมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 20 เท่า ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 20 อันดับของสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก และยังส่งผลกระทบต่อความสูญเสียด้านสังคมและเศรษฐกิจในทุกประเทศ (World Health Organization [WHO], 2021) การฆ่าตัวตายจึงเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญของปัญหาสุขภาพทั่วโลก ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในช่วงปี พ.ศ. 2553-2573 โดยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย และตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเป้าหมายระดับโลกและจัดไว้เป็นตัวบ่งชี้ในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยภายในปี พ.ศ. 2573 จะทำการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร จากสาเหตุการฆ่าตัวตายผ่านการป้องกันและการรักษา ส่งเสริมสุขภาพจิต (WHO, 2022)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ซึ่งกำหนดเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.30 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากรายงานการจัดอันดับของประเทศ

ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก ในปี พ.ศ. 2562 จากการสำรวจของ World Population Review และการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดอันดับที่ 32 ของโลก จากทั้งหมด 183 ประเทศทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2562) และจากรายงานระบุว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 เท่ากับ 6.03, 6.32 และ 6.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 3 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2562 คือ น่าน แพร่ และลำพูน เท่ากับ 12.54, 12.45 และ 11.85 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 ผู้ที่มีอายุ 20-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง คิดเป็นร้อยละ 37.44, 35.84, 37.03 และ 36.80 ตามลำดับ ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด (อายุ 0-มากกว่า 80 ปี) โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายสูงถึง 10.81 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2562) โดยภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง และพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดถึง 13.98, 11.35, 10.93 และ 13.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเป้าหมายจากแผนปฏิบัติการสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.30 ต่อประชากรแสนคน

การฆ่าตัวตายไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาทางสาธารณสุขหรือปัญหาทางสุขภาพ (health problem) เท่านั้น แต่ถือเป็นปัญหาสังคม (social problem) ที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาช่วยป้องกันและแก้ไขปัญห (สมบัติ สกุลพรรณ, 2562) การฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิตที่

ควรได้รับการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยกลุ่มเป้าหมายที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตของประเทศ การป้องกันปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายจึงยังคงเป็นแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายก่อให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แขน ขา และอวัยวะอื่นๆ ส่วนด้านจิตใจส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน จะมีผลกระทบต่อผู้อยู่รอบข้างใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และอาจมีผลกระทบในระยะยาวต่อเนื่องได้นานถึง 4 ปี (สมบัติ สกุลพรรณ, 2564) หากเหตุการณ์การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในโรงเรียนหรือที่ทำงานย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆ อย่างน้อยหลายร้อยคน หากผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นบิดาหรือมารดา ลูกย่อมได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดความคิดทางลบมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ที่มิชีวิตอยู่ข้างหลัง (อภิรัช มงคล, 2553) การฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชนซึ่งไม่สามารถประเมินได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของปัจจัยต่างๆ 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางถึงระดับสูง หากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ก็จะสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแล

ผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย โดยการพัฒนาโปรแกรมหรือนวัตกรรมสำหรับป้องกันการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง

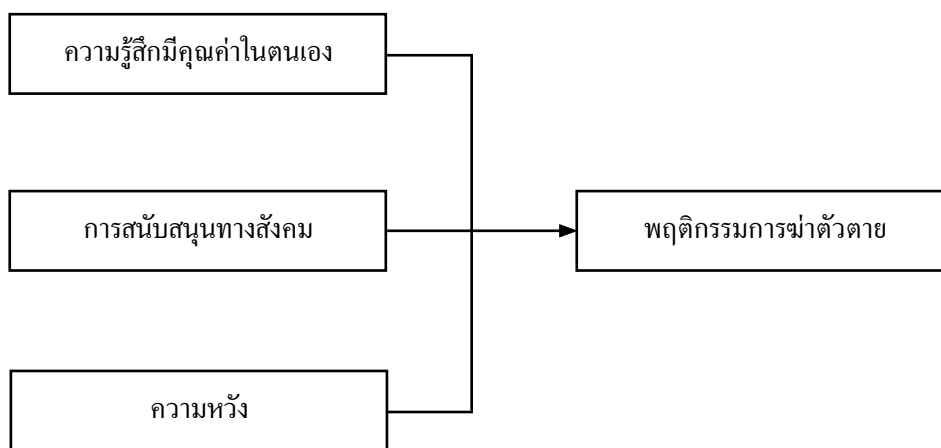
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดปัจจัยปกป้อง (protective factors) ของ International Association for Suicide Prevention (2012) ซึ่งอธิบายว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมสามารถช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Weinert (2000) และความหวัง ตามแนวคิดของ Herth (1992) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสะท้อนการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งช่วยเหลือและการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง และความหวังเป็นพลังทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและมองเห็นความเป็นไปได้ในอนาคต ปัจจัยทั้งสามนี้คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช เพื่อการป้องกันพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 (ประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–40 ปี 2) มีประวัติการฆ่าตัวตาย/มีความคิดฆ่าตัวตาย/มีประวัติการวางแผนฆ่าตัวตายหรือยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการรับรู้ผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน 4) สามารถอ่านเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 5)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) คือ $n > 50 + 8m$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน และเพื่อเป็นการทดแทน

ในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 89 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกจังหวัด 3 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และแพร่ จากนั้นเลือกโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 8 แห่ง (จาก 23 แห่ง) ในจังหวัดลำปาง 4 แห่ง (จาก 12 แห่ง) และในจังหวัดแพร่ 2 แห่ง (จาก 6 แห่ง) แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการดื่มสุรา

ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Rosenberg (1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2536) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกนี้เลย มีความรู้สึกนี้นานๆ ครั้ง มีความรู้สึกนี้บ่อย และมีความรู้สึกนี้ตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม) และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทราภรณ์ พุงปันคำ และประภาศรี พงษ์มีผล (ประภาศรี พงษ์มีผล, 2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่างๆ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่แน่ใจ เห็นด้วยบางส่วน เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท

(Herth Hope Index) (Herth, 1992) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านความพร้อมในเชิงบวกภายในและความคาดหวัง และด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น จำนวนด้านละ 4 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และในระดับสูง (36-48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.]: Suicidality part) ที่พัฒนาขึ้นโดย Sheehan et al. ปี ค.ศ. 2006 ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) โดยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidality) ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ และการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย (1-8 คะแนน) มีความเสี่ยงใน

การฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9–16 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก (17 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความหวังของชีวิต และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย ไปทดลองใช้กับผู้ใหญ่ตอนต้นที่เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวังของชีวิต ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80, .80 และ .80 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของโคเชน ได้ค่าเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 017/2021 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของ

โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.18 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.29 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.67 ปี ($SD = 6.82$) มีการศึกษาระดับ ปวช./ปวส./อนุปริญญา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.46 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.06 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.45 มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 16.85 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 83.15 มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 26.97 มีประวัติการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 49.43 มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 8.99 และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 46.07

2. พฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.77 รองลงมา คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.61 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 5.62 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.54 ($SD = 6.14$)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.582, p < .001$) และความหวัง

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .308, p < .01$) ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ($n = 89$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย	
	r	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.035	.907
การสนับสนุนทางสังคม	-.582	< .001
ความหวัง	.308	.003

3.2 อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนาย

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .339, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความหวัง ต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น ($n = 89$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การสนับสนุนทางสังคม	-.205	.036	-.544	-5.760	< .001

Constant = 15.610, $R = .582$, $R^2 = .339$, adj. $R^2 = .316$, $F = 14.550, p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นส่วนใหญ่มี

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย (ร้อยละ 79.77) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยปกป้องโดยรวมในระดับที่เพียงพอ จึงช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ

International Association for Suicide Prevention (2012) อธิบายว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง โดยปัจจัยปกป้องสามารถลดความเสี่ยงของพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สุกุลพรรณ, และहरมา เศรษฐบุปผา (2563) ที่พบว่า ผู้มารับบริการวัยผู้ใหญ่ที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 38.38

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 33.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า หากผู้ใหญ่ตอนต้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลดลง ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ International Association for Suicide Prevention (2012) ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวป้องกันและลดความเครียดแก่บุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการสร้างความใกล้ชิดของครอบครัว คนใกล้ชิด และสังคม ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่ามีผู้คนรอบข้างคอยให้การช่วยเหลือ ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ลดการเกิดพฤติกรรมหรือป้องกันการทำร้ายตนเองได้ ดังการศึกษาของสุรัช เจเนียง, ปาริชาติ เมืองขวา, และกมลนัฏ คล่องดี (2564) ที่พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายประกอบด้วย การสร้างความเข้มแข็งในชีวิต การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และการสนับสนุนจากครูและสิ่งสนับสนุนจากโรงเรียน และการศึกษาของทิชากร ทองกลีบ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, และนที วีรรณม (2565) ที่พบว่า การมีสิ่งกระตุ้นเครียดเป็นปัญหากับคนใกล้ชิด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคการปรับตัวผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่กระตุ้นหรือชักนำให้มีความคิดในการฆ่าตัวตาย เช่น การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้น ความเครียดสะสมจากการทำงาน การมีปัญหานี้สนรมเร็ว แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็อาจทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ รุ่งแสง, นุจิ ไซมมงคล, และวรรณิ เดียววิเศษ (2560) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาวไทยได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Park (2017) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายของนักศึกษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Soto-Sanz et al. (2019) ที่พบว่า วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในอนาคต

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมักมีปัจจัยที่กระตุ้นหรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แม้ว่าบุคคลนั้นจะยังมีความหวังในชีวิต ก็อาจทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang (2017) ที่พบว่า การมีความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดอยากตาย และภาวะสิ้นหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดอยากตายในนักศึกษาชาวฮังการี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Li, Dorstyn, and Jarmon (2020) ที่พบว่า ภาวะสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นของนักศึกษามหาวิทยาลัย

การที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่

ตอนต้นได้นั้น อาจสะท้อนว่าปัจจัยทั้งสองนี้แม้จะเป็นปัจจัยปกป้องตามแนวคิดปัจจัยปกป้อง ของ International Association for Suicide Prevention (2012) แต่ในบริบทของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจมีอิทธิพลทางอ้อม หรือถูกกลดทอนบทบาทเมื่อพิจารณา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลเด่นกว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยปกป้องแต่ละด้านอาจมีน้ำหนักแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของบุคคลและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสนับสนุนแนวคิดปัจจัยปกป้อง โดยเฉพาะบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการลดพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรมีการส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายชุมชน โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือ (support group) การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน เพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องและลดความเสี่ยงของพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจร่วม ทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้นได้ เช่น ความเครียด ความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการแก้ปัญหา รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม และควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบ หรือโปรแกรมการป้องกันการเกิดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเน้นกิจกรรมการส่งเสริม การสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). *สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/10-ตุลาคม-วันสุขภาพจิตโลก>
- ทิชากร ทองกลีบ, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, และนที วีรรณ. (2565). สิ่งกระตุ้นเครียดของผู้ป่วยโรคการปรับตัว ผิดปกติที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไวต่อสิ่งกระตุ้นเครียดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย. *เวชบันทึกศิริราช*, 15(2), 78–85.
- เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ, นุจรี ไชยมงคล, และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2560). ปัจจัยทำนายการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาวไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 64–73.
- ประกาศรี พงษ์มีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (ดุชนิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนินันดรกุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และ อัจฉรา จรัสสิงห์. (2550). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*. สืบค้นจาก http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf

- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2562). *รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนแยกตามจังหวัด*. สืบค้นจาก https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp?noyear=2560
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2562). *ศาสตร์เพื่อป้องกันอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย): รายวิชาที่เปิดสอนแบบฟรีออนไลน์ในระบบ Thai MOOC*. สืบค้นจาก <https://lms.thaimooc.org/courses/course-v1:CMU+CMU025+2019/course/>
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2564). *การพยาบาลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2563). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สุกัญญา เมืองมำค่า, สมบัติ สกุลพรรณ, และहरรรษา เศรษฐบุปผา. (2563). *สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช*. *พยาบาลสาร*, 47(3), 240–252.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรัช เณียง, ปาริชาติ เมืองขวา, และกมลนัฏ ค่องดี. (2564). *การรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและครูเกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 38–50.
- อภิชัย มงคล. (2553). *เผย ปี 53 คนไทยฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 10 ราย*. สืบค้นจาก <https://health.kapook.com/view31178.html>
- Chang, E. C. (2017). Hope and hopelessness as predictors of suicide ideation in Hungarian college students. *Death Studies*, 41(7), 455–460. doi:10.1080/07481187.2017.1299255
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
- International Association for Suicide Prevention. (2012). *Briefing on suicide prevention: Risk and protective factors*. Retrieved from <https://www.iasp.info/resources/>
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Jarmon, E. (2020). Identifying suicide risk among college students: A systematic review. *Death Studies*, 44(7), 450–458. doi:10.1080/07481187.2019.1578305
- Park, Y. (2017). Effects of depression, self-esteem, and social support on suicidal ideation in college students. *Child Health Nursing Research*, 23(1), 111–116. doi:10.4094/chnr.2017.23.1.111
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Soto-Sanz, V., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Vázquez, T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., ... Alonso, J. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3), 246–254. doi:10.7334/psicothema2018.339
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York: Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Weinert, C. (2000). Social support in cyberspace for women with chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 25(4), 129–135. doi:10.1002/j.2048-7940.2000.tb01887.x
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2022). *Suicide: Facts and figures globally*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/360460>
-