

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคม ที่มีต่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากร ในระดับจังหวัดของประเทศไทย

ดร.นวรรณ สมใจ

สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

รายงานวิจัยฉบับนี้นำเสนอการศึกษาผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่มีต่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดของประเทศไทย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณศึกษาการฆ่าตัวตายในมุมมองทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมระยะเวลา 5 ปี ในระดับที่สามารถมองในภาพรวมของประเทศ เพื่ออธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศ โดยเน้นมุมมองด้านเศรษฐกิจและสังคม และความแตกต่างทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยก็มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรแตกต่างกัน ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตัวเลขสถิติทุติยภูมิ (secondary data) เป็นหลัก เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ในพ.ศ. 2545-2549 รายจังหวัดรวม 5 ปี เพื่อวิเคราะห์การฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งแยกวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายแยกตามเพศ และตามภูมิภาค เพื่อให้สามารถอธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การวิจัยพบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ การสูบบุหรี่ ส่วนในเพศหญิง พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิง คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลผลิตมวลรวมจังหวัด การว่างงาน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ การหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ส่วนในระดับภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การขยายตัวของประชากรสูงอายุ ภาคเหนือ จะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรมและการว่างงาน รวมทั้งการเป็นเอดส์ ส่วนภาคใต้จะขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเป็นเอดส์ และความพิการ

คำสำคัญ: สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม, การฆ่าตัวตาย

บทนำ

อัตราการฆ่าตัวตายเป็นดัชนีหนึ่งในการประเมินสถานะสุขภาพของประชากร การฆ่าตัวตาย เป็นวิธี

การที่บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งประกอบกิจกรรมบางอย่างอันจะทำให้ชีวิตของตนสิ้นสุดลง การฆ่าตัวตายของคนในสังคมเป็นเครื่องบ่งชี้ของสภาวะสุขภาพของ

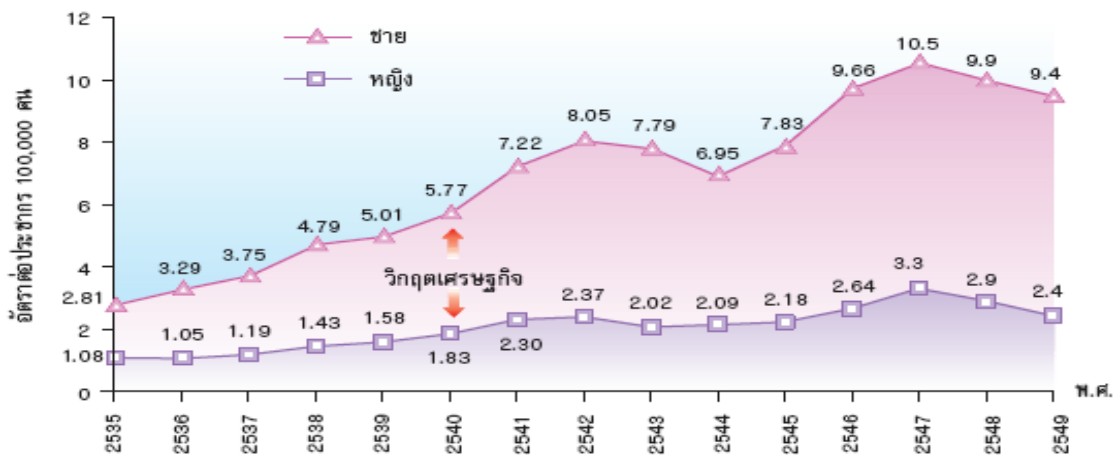
คนในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไขจากทุก ๆ ส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งจากรายงาน 10 อันดับการตายของประชากรจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 7 ที่ทำให้ประชากรเสียชีวิต⁽¹⁾

การวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญลำดับต้น ๆ ในงานสาธารณสุข การทราบสาเหตุและแนวโน้มการฆ่าตัวตายในภาพรวมและในระดับภูมิภาคของประเทศ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยจัดวางนโยบายให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลในด้านภูมิภาคที่มีการฆ่าตัวตายสูง

อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยมีอัตราสูงขึ้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย 2.81 ต่อประชากร 100,000 คน ในพ.ศ. 2535 และเพิ่มขึ้นเป็น 9.4 ต่อประชากร 100,000 คนในพ.ศ. 2549⁽¹⁾ (รูปที่ 1) อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยรวมอยู่ประมาณ 9-10 ต่อแสนประชากรต่อปี เมื่อดูช่วงวัยที่พบบ่อยแล้วพบอัตราสูงสุดในวัยหนุ่มสาวในช่วงอายุ 30-44 ปี⁽²⁾

การที่ประชากรที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาวนี้ มีผลกระทบต่อประเทศในเชิงเศรษฐศาสตร์เป็นอย่างมาก⁽²⁾ ในประเทศไทยแม้จะมีตัวเลขเฉลี่ยของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไม่สูง แต่หากประชากรที่เสียชีวิตอยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถก่อผลผลิตให้แก่ประเทศอีกยาวนาน ผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์จากการสูญเสียจะมีมากกว่าประเทศที่มีตัวเลขเฉลี่ยการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงแต่ประชากรที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ

นอกจากนั้นการฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และยังก่อความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก⁽²⁾ แม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด อาจทำให้ไม่สามารถทำงานหรือหย่อนประสิทธิภาพในการทำงาน ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ในด้านความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งวัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดในช่วงอายุ 30-44 ปี⁽²⁾ และเป็นวัยหลักใน



รูปที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยแยกตามเพศ⁽¹⁾

การก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัวหรือลูกยังอยู่ในวัยเรียน หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ครอบครัวก็ขาดที่พึ่ง แบบแผนการฆ่าตัวตายของสังคมไทยที่น่าสนใจก็คือ มีพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำชัดเจนคือ อัตราสูงมากในจังหวัดทางภาคเหนือ โดยเฉพาะเชียงใหม่และลำพูน⁽³⁾ ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุด คือ ภาคใต้ เป็นที่น่าสนใจว่าบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจทำร้ายตนเองจนถึงชีวิต

การศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของประชากรไทยมักจะเป็นการศึกษาเชิงลึกรายบุคคล⁽⁴⁾ เกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาอันนำมาสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งยังไม่ได้วิจัยในเรื่องของประเด็นทางด้านเศรษฐกิจสังคม กับแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจในต่างประเทศ และความแตกต่างของสาเหตุของการฆ่าตัวตายในแต่ละภาคส่วนของประเทศ ซึ่งเชื่อว่าบริบทของจังหวัดในแต่ละภาคของประเทศ น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันมากระหว่างภาคของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ และระดับจังหวัด โดยนำตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจและสังคมนำมาศึกษาว่ามีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรไทยหรือไม่ และส่งผลแตกต่างกันอย่างไรในระหว่างภาคของประเทศไทย รวมทั้งยังสามารถนำผลการวิจัยมาคาดการณ์การแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในอนาคตได้ เพื่อวางแผน นโยบายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน การฆ่าตัวตายของประชากรต่อไป

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยอาศัยตัวเลขสถิติทุติยภูมิ (second-

ary data) จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานสถิติของกระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา-การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยเป็นหลัก เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลสถิติทุติยภูมิ ในระยะพ.ศ. 2545 - 2549 รายจังหวัด เป็นเงื่อนไขทางเวลาในการวิเคราะห์

2. หน่วยในการวิเคราะห์

หน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) ของงานศึกษาวิจัยนี้คือจังหวัด โดยใช้อัตราการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจริงของประชากรไทยแต่ละจังหวัด ในพ.ศ. 2545 - 2549 รวมระยะเวลา 5 ปี

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ในงานศึกษาลักษณะของข้อมูลเป็นแบบ pooling of cross-sectional and time-series data หรือ panel data โดยอาศัยข้อมูลระดับจังหวัด (76 จังหวัด) ในพ.ศ. 2545-2549 รวมระยะเวลา 5 ปี การประมาณค่าแบบจำลองดังกล่าวใช้สถิติ multiple regression analysis และใช้เทคนิคการประมาณค่าด้วยการใช้แบบจำลองผลกระทบคงที่ (fixed effect model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย โดยแยกวิเคราะห์ 3 แบบ คือ การฆ่าตัวตายของประชากร การฆ่าตัวตายในเพศชาย และการฆ่าตัวตายในเพศหญิง เพื่อสามารถวิเคราะห์ได้ว่าการฆ่าตัวตายของทั้ง 2 เพศมีเหตุผลแตกต่างกันอย่างไร รวมทั้ง แยกวิเคราะห์ เป็นรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เพื่อหาสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในแต่ละภูมิภาค จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression analysis จะนำเสนอผ่านตารางในรูปของค่าสัมประสิทธิ์ และค่าสถิติ (t) โดยพิจารณา ร่วมกับค่าสถิติ (t) ถ้ามีค่าใกล้เคียง 2 ถือได้ว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรนั้นใช้ได้ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระตัวนั้นมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ

4. นิยามปฏิบัติการของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. อัตราการฆ่าตัวตาย (suicide) จำนวนของผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต คิดเป็นรายต่อแสนประชากร ในการศึกษาจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะ คือ อัตราการฆ่าตัวตายของประชากร อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชาย และอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิง

2. ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (gross provincial products) มูลค่าการผลิตสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายของจังหวัด ซึ่งมีค่าเท่ากับมูลค่าเพิ่ม (value added) จากกิจกรรมการผลิตสินค้าและบริการทุกชนิดที่ผลิตขึ้นในขอบเขตของจังหวัดนั้น ๆ

3. การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา (rate of change in the price level) ภาวะเงินเฟ้อหรือภาวะที่ระดับราคาสินค้าและบริการโดยทั่วไปมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะใช้ตัวเลขอัตราการเปลี่ยนแปลงของระดับราคาที่คำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภค (consumer price index) รายปี ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งพิจารณาจากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับราคาสินค้าอุปโภคบริโภคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อการอุปโภคบริโภค เนื่องจากเป็นเครื่องชี้ถึงการเคลื่อนไหวโดยเฉลี่ยของราคาสินค้า การเปลี่ยนแปลงในดัชนีราคาผู้บริโภคจะสะท้อนให้เห็นถึงอำนาจซื้อของประชาชน จึงสามารถใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับอัตราเงินเฟ้อได้เป็นอย่างดี

4. การพัฒนาอุตสาหกรรม (industrialization) ระดับการพัฒนาอุตสาหกรรมที่แสดงให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่งคั่งของประเทศ โดยจะอาศัยตัวเลขจากจำนวนของแรงงาน (คน) ที่ทำงานในภาคอุตสาหกรรมรายปี ในแต่ละจังหวัด อันสะท้อนถึงรายได้ของแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้บริโภคด้วยอีกทางหนึ่ง

5. การขยายตัวของชุมชนเมือง (urbanization) ระดับการขยายตัวของชุมชนเมืองที่แสดงให้เห็นถึง

ฐานะความมั่งคั่งของชุมชน ทั้งนี้อาศัยตัวเลขจำนวนประชากร (คน) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลที่เป็นข้อมูลรายปีของแต่ละจังหวัด

6. จำนวนประชากรสูงอายุ (aging population) ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (คน)

7. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (number of patient in chronic disease) ซึ่งโรคเรื้อรังได้ถูกนำมาใช้ในความหมายที่เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illnesses) โรคไม่ติดต่อ (noncommunicable diseases) โรคจากความเสื่อมถอย (degenerative diseases) ในงานวิจัยครั้งนี้วัดจาก จำนวนของผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน (คน)

8. การสูบบุหรี่ (tobacco consumption) สัดส่วนการบริโภคบุหรี่ของประชากรในประเทศ

9. การดื่มสุรา (alcohol consumption) สัดส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรในประเทศ

10. อัตราการว่างงาน (unemployment rate) อัตราส่วนระหว่างกำลังแรงงานของจังหวัด คิดจาก อัตราการว่างงาน = กำลังแรงงาน - กำลังแรงงานที่มีงานทำ $\times 100$ / กำลังแรงงาน

11. จำนวนการหย่าร้าง (divorce) การสิ้นสุดของชีวิตคู่ โดยการจดทะเบียนหย่า (ครั้ง)

12. จำนวนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอชไอวี/เอดส์ (คน)

13. สัดส่วนคนจน (poverty rate) บ่งชี้ภาวะความยากจน (poverty incidence) หมายถึง คนที่มีรายได้หรือค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจน ซึ่งสัดส่วนคนจนมีประโยชน์ในการบอกสภาพการณ์ความยากจนว่ามีจำนวนคนจนอยู่เท่าไรมากน้อยเพียงใดในแต่ละพื้นที่ มีหน่วยเป็นร้อยละ คิดจาก

$$\text{สัดส่วนคนจน} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N I(y_i \leq z) = \frac{N_p}{N}$$

N_p = จำนวนคนทั้งหมดที่มีรายได้ประจำ (หรือ

ค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า
เส้นความยากจน

N = จำนวนประชากรทั้งสิ้น

y_i = รายได้ประจำ (หรือค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภค
บริโภค) เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน

I = 1 ถ้า ($y_i < z$)

= 0 ถ้า ($y_i > z$)

z = เส้นความยากจน

14. จำนวนผู้พิการ (disabled person) จำนวน
คนที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมดหรือบางส่วน ที่
จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต หรือการใช้ชีวิตในสังคม
อย่างปกติทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องทางกาย
หรือจิตใจ ไม่ว่าจะเกิดมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม (คน)

ผลการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาพ.ศ. 2545-2549 อัตรา
การฆ่าตัวตายของประชากรโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

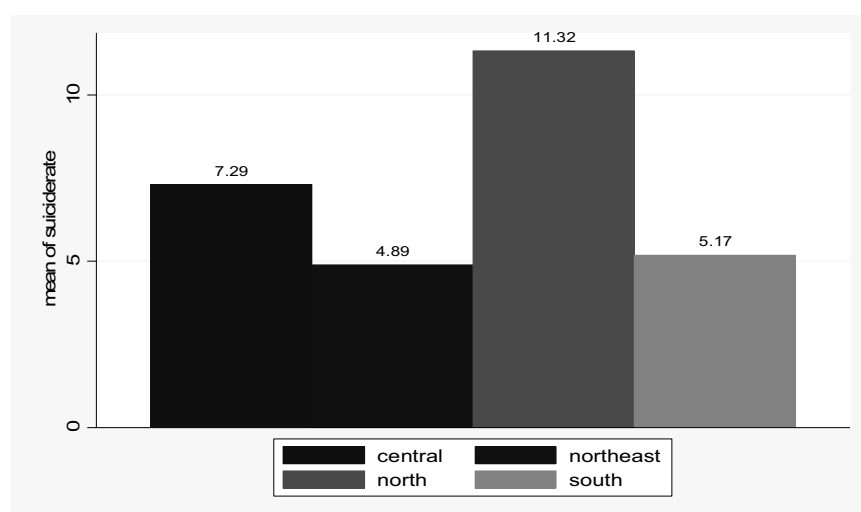
7.21 ต่อแสนประชากร แบ่งเป็นเพศชายมีอัตราการฆ่า
ตัวตายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5.38 ต่อแสนประชากร และใน
เพศหญิงเท่ากับ 1.67 จะเห็นได้ว่าเพศชายมีอัตราการ
ฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของอัตราการฆ่าตัว
ตายของประชากร พบว่ามีความแตกต่างสูงมาก
ระหว่างภูมิภาคของประเทศไทย โดยเฉลี่ยพบว่าภาค
เหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง
ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ (รูปที่ 2)
โดยความแตกต่างของภาคที่สูงสุดและต่ำสุดอยู่ที่
ประมาณ 2.3 เท่า โดยเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายเพศ
พบว่าในทุกภูมิภาคเพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง
กว่าเพศหญิง โดยที่ภาคเหนือทั้งเพศชายและเพศหญิง
มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (รูปที่ 3)

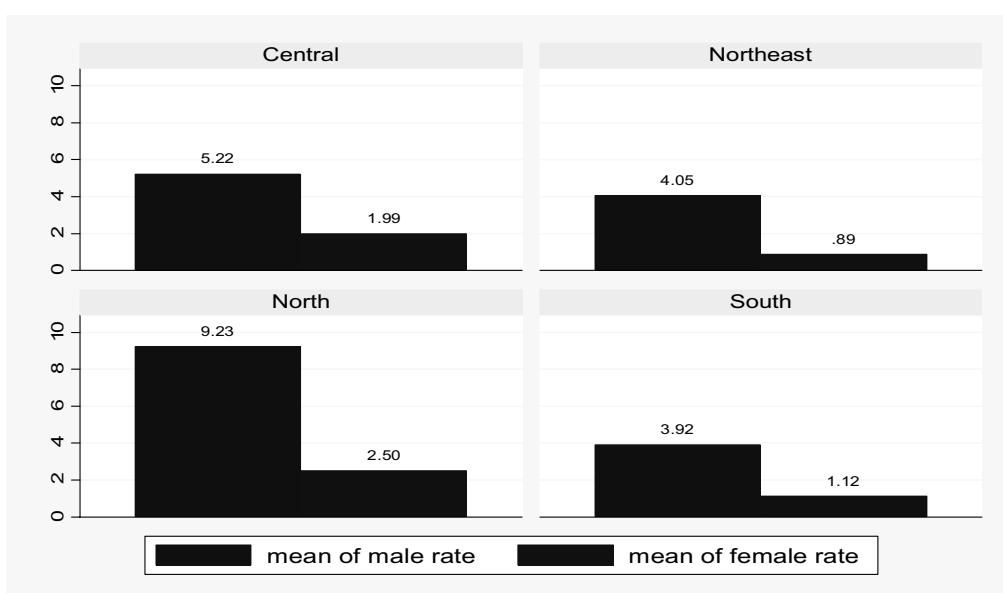
ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุแบบ fixed
effect (ตารางที่ 2) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการ
ฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด ตัวแปรที่มีผล

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
อัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร)	380	7.21	3.73	0.43	24.99
อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชาย (ต่อแสนประชากร)	304	5.38	2.78	0.28	17.54
อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิง (ต่อแสนประชากร)	304	1.67	1.00	0.00	4.65
ผลิตภัณฑ์มวลรวม (ล้านบาท)	380	0.05	0.06	0.01	0.39
การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา	380	105.67	8.16	85.50	125.00
การพัฒนาอุตสาหกรรม (พันคน)	380	245.00	526.85	7.00	4818.45
อัตราการว่างงาน (%)	380	1.47	1.04	0.01	7.40
สัดส่วนคนจน	222	12.16	10.65	0.18	52.53
การขยายตัวของชุมชนเมือง (พันคน)	380	256.49	648.68	19.53	5844.60
ประชากรสูงอายุ (พันคน)	380	86.31	72.20	14.00	589.00
การหย่าร้าง (คน)	304	1107.57	1690.66	136.00	15158.00
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (คน)	380	445.63	496.55	38.00	4371.00
ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (คน)	380	310.96	376.88	22.00	3590.00
จำนวนผู้พิการ (คน)	380	742.80	773.25	35.00	4376.00
สัดส่วนการสูบบุหรี่	380	10.56	3.38	1.30	19.20
สัดส่วนการดื่มสุรา	380	1.74	1.04	0.10	6.60



รูปที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบรายภาค



รูปที่ 3 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเปรียบเทียบระหว่างเพศและระหว่างภูมิภาค

ทางบวกที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ได้แก่ ลัดส่วนคนจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ผู้พิการ ผู้สูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีผลทางลบที่ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรลดลงได้แก่ ประชากรในชุมชนเมือง เมื่อจำแนกสาเหตุของการฆ่าตัวตายระหว่างเพศ พบว่าเพศชายตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศชายสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม ความยากจน ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง

เอชไอวี/เอดส์ การสูบบุหรี่ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ ความเป็นเมือง ส่วนตัวแปรที่ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงขึ้น ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ประชากรสูงอายุ การหย่าร้าง เอชไอวี/เอดส์ ตัวแปรที่ทำให้การฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การว่างงาน และความเป็นเมือง ส่วนในระหว่างภูมิภาค สามารถอธิบายได้ 3 ภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประชากรสูงอายุ

ผลกระทบของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่มีต่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดของประเทศไทย

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์		
	Suicide	Male suicide	Female suicide
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	4.62 (1.57)	2.92 (1.20)	2.06* (2.20)
การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา	-0.02 (-0.21)	-0.01 (-0.14)	-0.02 (-0.55)
การพัฒนาอุตสาหกรรม	4.24 (1.79)	4.53* (2.31)	0.48 (0.64)
อัตราการว่างงาน	-0.23 (-1.35)	-0.04 (-0.33)	-0.17** (-3.13)
สัดส่วนคนจน	0.05* (2.27)	0.04* (2.04)	0.01 (1.48)
การขยายตัวของชุมชนเมือง	-0.01** (-5.00)	-0.01** (-5.39)	-0.001* (-1.95)
ประชากรสูงอายุ	75.25** (6.06)	45.79** (4.47)	27.67** (7.01)
การหย่าร้าง	3.72** (5.71)	2.92** (5.43)	0.68** (3.29)
ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-0.39 (-0.48)	-0.49 (-0.74)	0.11 (0.43)
ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์	3.89** (4.92)	3.21** (4.92)	0.73** (2.89)
ผู้พิการ	1.63* (1.96)	1.30 (1.90)	0.34 (1.29)
การสูบบุหรี่	0.22** (2.52)	0.21** (2.99)	0.009 (0.36)
การดื่มสุรา	0.16 (0.18)	0.06 (0.35)	0.11 (1.68)
constant	-6.53 (-0.53)	-5.06 (-0.50)	-0.46 (-0.12)
F	2.06	1.38	2.46
Prob>F	0.0000	0.0000	0.0000
R- squared	0.60	0.56	0.53

** , * denote 1%, 5% significant level respectively.

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยจำแนกตามภูมิภาค

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์			
	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	ภาคใต้
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	11.54 (1.75)	-0.04 (-0.01)	-3.42 (-0.65)	-2.98 (-0.75)
การเปลี่ยนแปลงของระดับราคา	0.15 (0.62)	0.04 (0.25)	0.37 (1.88)	0.41 (1.81)
การพัฒนาอุตสาหกรรม	-9.16 (-1.71)	8.72 (1.06)	28.41** (7.51)	11.34 (0.57)
อัตราการว่างงาน	-0.61 (-1.55)	0.007 (0.05)	1.88* (2.53)	-0.27 (-1.02)
สัดส่วนคนจน	-0.07 (-1.32)	0.01 (0.65)	-0.01 (-0.32)	0.06 (0.94)
การขยายตัวของชุมชนเมือง	-0.002 (-0.73)	-0.005 (-1.02)	-0.009 (-0.91)	-0.02** (-2.78)
ประชากรสูงอายุ	6.35 (0.31)	71.27** (2.75)	-17.01 (-0.29)	34.93 (0.81)
การหย่าร้าง	0.0001 (0.55)	0.0002 (0.90)	-0.0008 (-0.89)	0.002 (1.78)
ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	0.11 (0.09)	0.85 (1.13)	-0.98 (-1.25)	-0.99 (-1.11)
ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์	1.18 (1.05)	2.94 (1.31)	4.01* (2.43)	3.79* (2.52)
ผู้พิการ	1.13 (0.68)	-0.84 (-1.06)	-2.16 (-1.32)	5.44** (3.31)
การสูบบุหรี่	0.04 (0.27)	0.10 (0.83)	0.29 (1.47)	0.08 (0.59)
การดื่มสุรา	-0.33 (0.40)	-0.17 (-1.00)	0.40 (0.74)	-0.54 (-0.07)
constant	-4.55 (-0.18)	-8.98 (-0.45)	-30.02 (-1.49)	-39.99 (-1.68)
F	1.28	0.22	1.41	5.11
Prob>F	0.00	0.01	0.00	0.00
R- squared	0.52	0.60	0.87	0.84

** , * denote 1%, 5% significant level respectively.

ภาคเหนือ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม การว่างงาน และเอชไอวี/เอดส์ ภาคใต้ ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เอชไอวี/เอดส์ ความพิการ และความเป็นเมือง ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ด้านสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรได้ แต่จะพบความแตกต่างในระหว่างเขต ในเพศชาย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย จะเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ส่วนในเพศหญิง ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายในเพศหญิงจะเป็นปัจจัยทางด้านสังคมเป็นหลัก ส่วนในระหว่างภูมิภาค ในภาคเหนือที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงที่สุด พบว่ามีปัจจัยที่สามารถอธิบายการฆ่าตัวตายได้ คือ การเจ็บป่วยด้วยเอชไอวี/เอดส์ และการไม่มีงานทำของประชากรในภูมิภาคเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตภาคเหนือ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัด พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ จำนวนการหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ผู้พิการ การสูบบุหรี่ มีผลต่อการฆ่าตัวตายของประชากร และสามารถอธิบายความผันแปรของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดได้ร้อยละ 60

เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายเขต พบว่าในทุกภูมิภาค เพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง โดยที่ภาคเหนือทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงถึง 3.6 เท่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชาย คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนคนจน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของ

ผู้สูงอายุ จำนวนการหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ การสูบบุหรี่และสามารถอธิบายความผันแปรของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดได้ร้อยละ 56 ส่วนในเพศหญิง พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายอัตราการฆ่าตัวตายของเพศหญิงคือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด อัตราการว่างงาน ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขยายตัวของชุมชนเมือง การขยายตัวของผู้สูงอายุ จำนวนการหย่าร้าง ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และสามารถอธิบายความผันแปรของการฆ่าตัวตายของประชากรในระดับจังหวัดได้ร้อยละ 53

จากผลสรุปจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันระหว่างเขต และระหว่างภูมิภาค ทางด้านเศรษฐกิจ ความยากจน การมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายของประชากรเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายของประชากร รวมทั้งในเพศชาย นอกจากความยากจนจะเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายแล้ว การพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมยังส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายในเพศชายอีกด้วย ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความเครียดของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lester⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่าความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง ต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดความเครียด

ในขณะเดียวกัน ในเพศหญิง อัตราการว่างงานสูงขึ้นกลับส่งผลลดต่ออัตราการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการพัฒนาทางเศรษฐกิจ กลับส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น การที่เข้าสู่ตลาดแรงงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นในต่างประเทศ เช่น Yong Hwan Noh⁽⁶⁾ ศึกษาการว่างงานกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประเทศ OECD พบว่า การว่างงานมิได้ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเสมอไป ในเพศหญิง การว่างงาน และการมีบุตร เป็นการ

ลดแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายในเพศหญิง

ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ส่วนปัจจัยด้านสังคม ตัวแปรทุกตัวล้วนสามารถอธิบายการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งในเพศชาย และเพศหญิงได้ดี จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ และทฤษฎีทางสังคม ของ อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim)⁽⁷⁾ นั่นคือการที่บุคคลมีแนวโน้มฆ่าตัวตายจะเนื่องมาจากอรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ (lifetime expected utility) นั่นลดลง นั่นคือเมื่อบุคคลประสบกับภาวะรายได้ลดลง หรือมีความสามารถในการหารายได้ลดลง จะส่งผลให้เกิดแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นรวมทั้งเหตุผลทางด้านสังคม การขาดการบูรณาการทางสังคม ภาวะที่บุคคลขาดการยึดเหนี่ยวกับกลุ่ม รู้สึกอ้างว้างเปล่าเปลี่ยว มีการรวมตัวกับกลุ่มต่ำ ทำให้บุคคลยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่มีความผูกพันหรือต้องคิดถึงใคร เวลาเกิดอะไรขึ้นจึงโทษตัวเอง ดังนั้นเมื่อหย่าร้างต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายอันเกิดจากสุขภาพเสื่อมโทรม การรับรู้การเข้าใจเสื่อมถอย การสูญเสียทางด้านสังคม การเสียชีวิตของคู่ครอง การสูญเสียหน้าที่การงาน การปรับตัวหลังการเกษียณอายุ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของตน ซึ่งการสูญเสียเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่ประสบภาวะการณืหย่าร้าง เกิดภาวะโดดเดี่ยว แต่ละฝ่ายต้องอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งในปัจจุบันด้านสุขภาพ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ความพิการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อทั้งด้านสังคมส่งผลให้มีการบูรณาการทางสังคมต่ำ และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ความสามารถในการหารายได้ลดลง ส่งผลให้อรรถประโยชน์คาดหวังสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ลดลง ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรสูงขึ้น ส่วนการสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายในประชากรรวม และพบในเพศชาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในเพศหญิง (ตารางที่ 2)

ในส่วนภูมิภาคสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากร

ในแต่ละภูมิภาคมีความต่างกัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การขยายตัวของประชากรสูงอายุส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย อาจเนื่องมาจากเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ มีผู้สูงอายุอยู่ถึงร้อยละ 33.6 รวมทั้งผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (56.6%) มีโรคเรื้อรังประจำตัว⁽⁸⁾ จึงเป็นสาเหตุให้มีอัตราการฆ่าตัวตายในภูมิภาคนี้ ในขณะที่ภาคเหนือ อัตราการฆ่าตัวตายจะขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นตัวแปรสำคัญ การฆ่าตัวตายในภาคนี้จะขึ้นอยู่กับ อัตราการว่างงาน ที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการที่มีความเครียดจากการพัฒนาของอุตสาหกรรม ซึ่งก่อให้เกิดการปรับตัว รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่ประชากรเป็นเอดส์สูงเป็นอันดับ 2 รองจากภาคกลาง⁽⁹⁾ ส่วนในภาคใต้ อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไม่ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจ แต่จะขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และความพิการ

โดยสรุปการฆ่าตัวตายจัดเป็นดัชนีบ่งบอกคุณภาพชีวิตของประชากรในวัฒนธรรมนั้น ๆ และเป็นดัชนีที่นิยมใช้กันมากที่สุดตัวหนึ่งในการบ่งชี้สภาวะสุขภาพของสังคม ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญประการหนึ่งในปัจจุบัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ จากการศึกษาโดยดูแนวโน้มจากสถิติระดับชาติ⁽²⁾ พบว่าการฆ่าตัวตายค่อนข้างจะเป็นแนวโน้มเฉพาะถิ่น นั่นคือการฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่รวมทั้งระหว่างเพศมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย เน้นการกระจายรายได้ และการจ้างงานในระดับภูมิภาค จากผลของความยากจนส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย จึงควรเน้นการพัฒนา และ การจ้างงานในชนบท เน้นให้ประชาชนในท้องถิ่นมีงานทำที่มั่นคง นอกจากเป็นการลดความยากจนยังเป็นการลดการย้ายถิ่นของประชากร เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวหย่าร้าง ผู้สูง-

อายุต้องอยู่ตามลำพังอันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์และความสุข รวมทั้งควรมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในเพศชาย ที่น่าจะมีแนวโน้มเกิดการฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากเกิดการสูญเสียทรัพย์สินและรายได้อย่างรวดเร็ว เช่น หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกลุ่มประชาชนต้องประสบกับภาวะยากจน กลุ่มผู้ตกงานถูกเลิกจ้าง หรือกลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร จากผลการวิจัยพบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายของประชากร ส่วนหนึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี และความพิการ ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากการจัดงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาลแล้ว การสร้างอาชีพให้กับกลุ่มคนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองได้ สามารถหารายได้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง เป็นการลดการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้พิการ ควรเน้นมาตรการการให้คำปรึกษาในมุมที่ช่วยในการลดความคิดในการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในภาคเหนือ สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและสังคมให้เกิดการยอมรับ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้นยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์โรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจาก สารนิโคตินในบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มของระดับของการมีบุคลิกภาพแบบ neuroticism⁽¹⁰⁾ ซึ่งคนกลุ่มนี้มักจะวิตกกังวลและเครียดมากกว่าคนอื่น ๆ ในเรื่องงาน ประเมินผลงานของตัวเองต่ำกว่าความเป็นจริง มักกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรืออาจไม่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ดังนั้นให้ความสำคัญกับการรณรงค์การเลิกบุหรี่ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของประชากรลงได้

ด้านการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ควรมีการเฝ้าระวังด้านความเครียด สุขภาพจิต และการปรับตัว โดยเน้นในกลุ่มของแรงงานภาคอุตสาหกรรม การส่งเสริม

ความร่วมมือของสถานประกอบการในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน เพื่อลดความเครียดให้กับพนักงาน เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การมีสถานที่ให้พนักงานได้ออกกำลังกาย หลังเลิกงาน เป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยลดความเครียดให้กับแรงงานได้อีกทางหนึ่ง รวมทั้งควรมีการส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ความสามัคคีของชุมชน การเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะเห็นว่าสาเหตุการฆ่าตัวตายของประชากรส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการหย่าร้าง ความชราภาพ ล้วนเป็นผลให้เกิดความโดดเดี่ยว ขาดการบูรณาการด้านสังคม โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีความผูกพันกับครอบครัวมากกว่าชาย การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคม เป็นสิ่งต่อต้านพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กิจกรรมนันทนาการ เพื่อป้องกันการแยกตัวออกจากสังคม สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถมีการดูแลจัดการเพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยทุนสนับสนุนจากสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณ สถาบันที่เห็นความสำคัญของงานวิจัยในครั้งนี้และได้กรุณาให้ทุนสนับสนุน รวมทั้งขอขอบคุณ หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขรายงานให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย [serial online]. 2552 [1 มีนาคม 2553]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://bps.ops.moph.go.th/2.3.4-50.pdf>.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2552 เพื่อสุขภาพแห่งชาติ มวลมนุษย ภัยความรุนแรง. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย [serial online]. 2552 [1 มีนาคม 2553]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.suicidethai.com/report/>
4. ชำรงค์ สมบุญตนนท์, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน, ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล, ศรีเกษ ชาญญาวินิชกุล, มนตรี นามมงคล. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
5. Lester D. Specific agents of accidental and suicidal death. *Sociol Soc Res* 1989; 73:182-4.
6. Noh YH. Does unemployment increase suicide rates? The OECD Panel Evidence. *Journal of Economic Psychology* 2009; 30:575-82.
7. Emile D. Suicide: a study in sociology. New York: A Division of Macmillan; 1979.
8. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุที่สำคัญ [serial online]. 2552 [2 พฤศจิกายน 2553]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.opp.go.th/StatisticsOld24-10-51.pdf>.
9. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สรุปสถานการณ์เอดส์ประเทศไทย [serial online]. 2552 [8 พฤศจิกายน 2553]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://203.155.220.217/aids>.
10. Angst J, Clayton PJ. Personality, smoking and suicide: a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 1998; 51:55-62.

**Abstract Impacts of Socio-economic Factors on Provincial Suicide Trends in Thailand
Darunwan Somjai**

Department of Hospital Management, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University
Journal of Health Science 2012; 21:251-62.

This paper was aimed at presenting findings from the study of the impact of socio-economic environment to provincial-level suicide situation in Thailand. Using secondary data, the research investigated suicide occurrences from 2002 to 2006 in order to explain factors related to those suicides, especially in terms of gender and region. The research found that proportion of poverty, urbanization, aging, divorce, being AIDS patients, disabilities, and smoking were socio-economic causes related to suicides at a provincial level. Categorizing by gender, it was found that male suicide level was mainly affected by the following factors: industrialization, proportion of poverty, urbanization, aging, divorce, HIV/AIDS patients, and smoking. In female, suicide situation was affected by Gross Provincial Products, unemployment rate, urbanization, aging, divorce, and HIV/AIDS patients. Finally, when classify by region, it was concluded that the factors affecting suicide in Northeastern Thailand was aging while in Northern Thailand the factors were industrialization, unemployment rate, and being AIDS patients. In Southern Thailand the factors affecting suicides were HIV/AIDS patients and disabilities.

Key words: socio-economic, a suicide