

Factors Associated with Success Suicidal Attempt, Wangchin District, Phrae Province¹

Thanyarat Somboon²

Received: 11 March 2026

Accepted: 30 June 2026

Abstract

Understanding the factors associated with suicide is essential for developing effective prevention strategies and providing timely support for individuals at risk. This retrospective cohort study aimed to investigate factors associated completed suicide among patients diagnosed with intentional self-harm (ICD-10 codes X60–X84) who received care at Wang Chin Hospital, Phrae Province, between 1 October 2014 and 30 September 2024. Medical records of 238 patients were reviewed. Descriptive statistics were used to summarize participants' characteristics, and multiple logistic regression analysis was performed to identify factors associated with completed suicide, with a statistical significance level of 0.05.

The research findings revealed that among the 238 patients, 70 died by suicide and 168 survived a suicide attempt. The predictors of successful suicide in Wang Chin District, Phrae Province, using the 5-factor TK Model included: weak protective factors related to the lack of a warning and assistance system had a 14.16 times higher risk of successful suicide (95%CI = [3.30-60.80], $p = 0.00$). Males had a 13.37 times higher risk of successful suicide (95%CI = [4.80-37.26], $p = 0.00$). Failure in Surveillance had a 11.32 times higher risk of successful suicide 11.32 (95%CI = [2.14-59.91], $p = 0.00$). Causes of suicide included romantic disappointment/jealousy (7.03 times higher risk of successful suicide, 95%CI = [1.10-44.89], $p = 0.04$) and work-related stress increased the risk of successful suicide by 4.03 times (95%CI = [1.13-14.44], $p = 0.03$). Having underlying medical conditions increased the risk of successful suicide by 2.47 times (95%CI = [1.04-5.87], $p = 0.04$), and one year of age increased the risk of successful suicide by 1.04 times (95%CI = [1.01-1.07], $p = 0.00$). The TK Five-Factor Suicide Model explained 54.8% of the variance in completed versus non-completed suicide. These findings underscore the need for integrated suicide prevention strategies that strengthen surveillance and early warning systems, enhance risk screening, and promote community participation to improve the effectiveness of suicide prevention programs.

Keywords: Suicidal, Factors Associated with Success Suicidal Attempt, Suicidal Attempt, TK's 5 Factors Model

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial, E-mail : thanyaratluck@gmail.com

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่¹

ธัญญารัตน์ สมบูรณ์²

บทคัดย่อ

การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวิจัยแบบ Retrospective cohort study นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเวชระเบียนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส X60-X84 และเข้ารับการตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 238 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จใช้สถิติ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 70 คน และพยายามฆ่าตัวตาย 168 คน ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ได้แก่ ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) เรื่องไม่มีระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 14.16 เท่า (95%CI = [3.30-60.80], $p = 0.00$) เพศชายเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.37 เท่า (95%CI = [4.80-37.26], $p = 0.00$) การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว) เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 11.32 เท่า (95%CI = [2.14-59.91], $p = 0.00$) เรื่องผิดหวังจากความรัก/หึงหวง เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.03 เท่า (95%CI = [1.10-44.89], $p = 0.04$) มีความเครียดจากปัญหาที่ทำงาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.03 เท่า (95%CI = [1.13-14.44], $p = 0.03$) การมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.47 เท่า (95%CI = [1.04-5.87], $p = 0.04$) และมีอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1.04 เท่า (95%CI = [1.01-1.07], $p = 0.008$) TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตายสามารถอธิบายความแปรปรวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จ/ไม่สำเร็จได้ ร้อยละ 54.8 ควรพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการครอบคลุมระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย TK Model 5 ปัจจัย

¹ บทความวิชาการ

² นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ อีเมล thanyaratluck@gmail.com



บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2019) รายงานข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า ในทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 720,000 คน การเสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.00) เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง (WHO, 2024) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่อันดับที่ 56 ของโลก (WHO, 2019) และพบว่าจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบนหลายจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ติด 1 ใน 5 อันดับของประเทศ รายงานข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนเกินค่าเป้าหมาย (ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี 2563-2566 คือ 14.64 14.95 15.54 และ 15.26 ต่อแสนประชากร ข้อมูลรายจังหวัด 8 ภาคเหนือตอนบนในปี 2566 พบว่า จังหวัดแพร่มีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรสูงสุดเป็นอันดับที่ 3 รองจากจังหวัดลำพูน จังหวัดพะเยา โดยอำเภอวังชิ้นมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในจังหวัดแพร่ มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563 – 2567 คือ 64.28, 58.16, 39.53, 36.95 และ 37.01 ตามลำดับ ตัวเลขนี้แสดงให้เห็นว่าอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรยังคงสูงมาก (กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9, 2567)

การค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพื่อจัดการปัญหา หรือ การดำเนินการแก้ไขป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย มีการดำเนินการทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ อาทิ องค์การอนามัยโลกที่ขับเคลื่อน

ผ่าน International Association for Suicide Prevention (IASP, 2024) สำหรับประเทศไทยมีนักวิชาการรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อาทิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่ามีสองปัจจัยหลักคือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ต่อการฆ่าตัวตาย และปัจจัยปกป้อง (สมบัติ สกุลพรรณ, 2562) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีดังนี้ 1) ปัจจัยทางชีวเคมี จากการลดลงของระดับซีโรโทนินเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยทางพันธุกรรม การมีสมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตายเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 3 เท่า (Bjorkenstam et al., 2017) 3) ปัจจัยจิตสังคม เช่น อิทธิพลของสื่อที่ได้มีการนำเสนอภาพเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ภาวะโรค เช่น ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ความคิดการจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายได้ สำหรับปัจจัยปกป้องเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเผชิญปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล (วิชุดา ปาวัน, 2567)

ในปี พ.ศ. 2567 ธรณินท์ กองสุข (2567) นำเสนอโมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย (TK's 5 Factors Model of Suicide) ซึ่งเป็นสมมติฐานที่อธิบายพฤติกรรมและปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทยซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน พร้อมด้วยหลักฐานที่หนักแน่นและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ยังอ้างอิงข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวัง



การทำร้ายตนเองในฐานะข้อมูล รง.5065 ที่ต่อเนื่องกันหลายปี และผลการวิเคราะห์จากรายงานการสอบสวนอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย โดยสมมติฐานสำคัญของโมเดล ระบุว่า การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ได้เกิดจากการอุทิศตนเพื่อศรัทธา ความเชื่อ ศาสนา หรือการเสียสละเพื่อชาติ กลุ่มหรือเผ่าพันธุ์ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีครบทั้ง 5 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความไว ความอ่อนแอของร่างกายและ/หรือจิตใจที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2) ปัจจัยกระตุ้น สิ่ง queกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและการตัดสินใจกระทำ 3) การแผ่ระวังล้มเหลว การละเลยหรือไม่ตระหนักถึงสัญญาณเตือนและไม่ตอบสนองอย่างเหมาะสมหรือทันท่วงที 4) ด้านกั้นล้มเหลว การควบคุมหรือป้องกันการเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ สารพิษ หรือสถานที่ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และ 5) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ การขาดปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย

การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย มีความสำคัญต่อการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์ปัจจัยโมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่อำเภอวังชิ้นซึ่งเป็นอำเภอที่มี

อัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในจังหวัดแพร่ โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหามโนเขตพื้นที่ และเสนอนโยบายในการแก้ไขปัญหามโนให้ตรงประเด็น สอดคล้องกับบริบทของปัญหามโนในพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

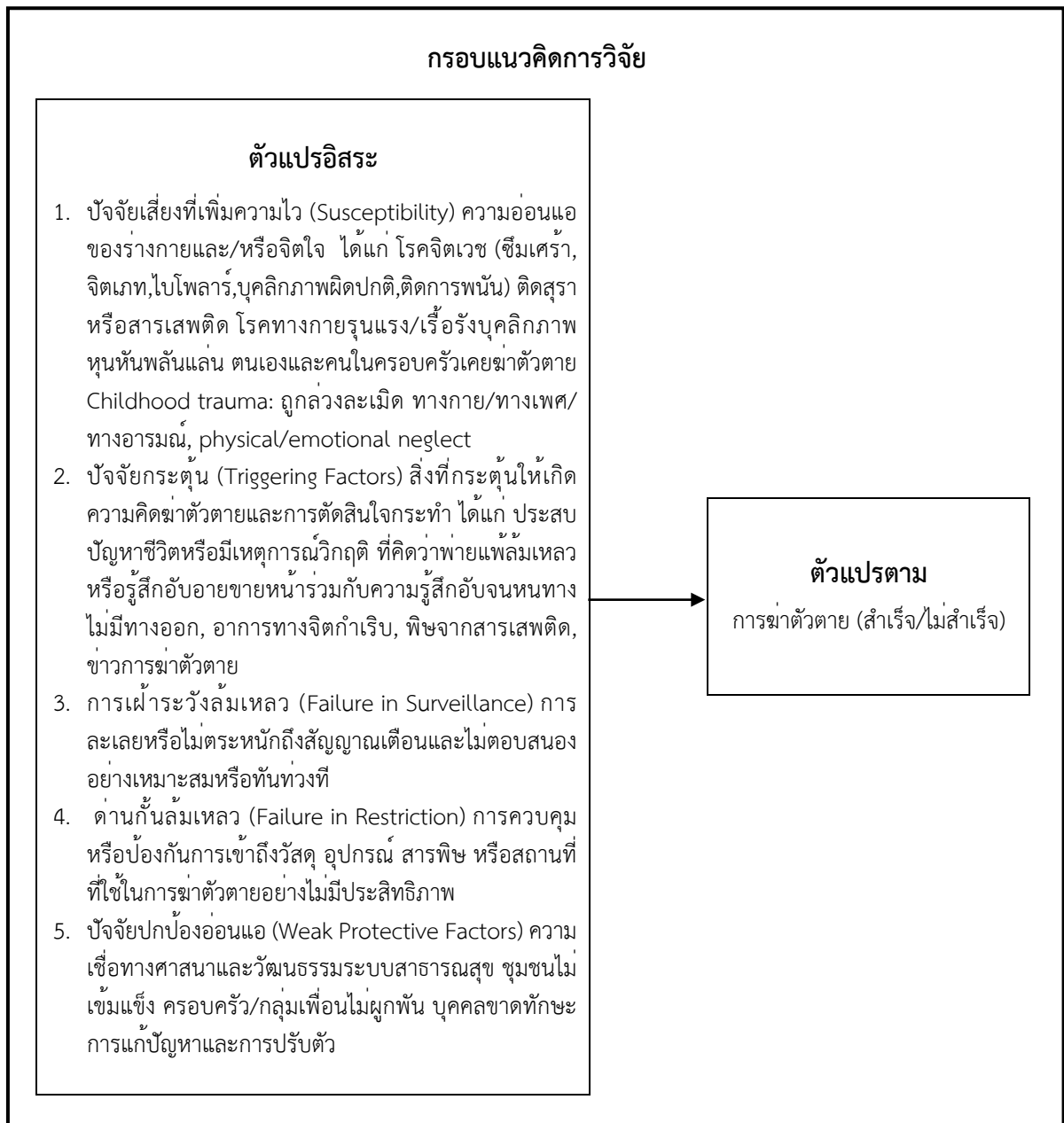
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในเขตอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความไว ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยปกป้องอ่อนแอ ร่วมกับการแผ่ระวังล้มเหลว และ ด้านกั้นล้มเหลว จะมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ที่ไม่มโนปัจจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิด TK's 5 Factors Model of Suicide ของ ธรณินท์ กองสุข (2567) ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความไว 2) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและการตัดสินใจกระทำ 3) การแผ่ระวังล้มเหลว 4) ด้านกั้นล้มเหลว และ 5) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ เพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย โดยรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่มีการบันทึกในเวชระเบียน



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Retrospective cohort study among patients with intentional self-harm ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 ในหมวดหมู่ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Intention self-harm) รหัส X60-

X84 และเข้ารับการตรวจ รักษาที่โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – 2567 (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2567) จำนวน 253 คน การประมาณขนาดตัวอย่างในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ใช้หลัก Event per Variable (EPV) (Riley et al., 2020) สำหรับการศึกษานี้เนื่องจากประชากรที่ในการศึกษามีจำนวนน้อย เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ โดยแยกเป็นผู้ที่



เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต และมีภูมิลำเนาอยู่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ และเกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ มีข้อมูลรายงานซ้ำในวันเดียวกัน และข้อมูลในเวชระเบียนระบุเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ เช่น การรับประทานโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกวางแผนฆาตกรรม จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 238 คน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบรวบรวมผลลัพธ์พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเก็บจากข้อมูลที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน แบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือยาเส้น โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ วิธีการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้และ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ ตอนที่ 2 ข้อมูลด้าน TK Model 5 ปัจจัย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี (1 คะแนน) หรือ ไม่มี (0 คะแนน) โดยหากตอบว่ามีให้ระบุรายละเอียดปัจจัยนั้น ๆ ด้วย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยง 7 หัวข้อ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การติดสุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง บุคลิกภาพหุ่นหันพลันแล่น เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การประสบเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก ถูกล่วงละเมิดทางกาย/ทางเพศ/ทางอารมณ์, physical/emotional neglect 2) ปัจจัยกระตุ้น 5 หัวข้อ คือ วิกฤตในชีวิตอาการทางจิตกำเริบ พิษของสารเสพติด การรับทราบข่าวการฆ่าตัวตาย 3) ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) 10 หัวข้อ คือ ขาดทักษะการ

เผชิญและแก้ไขปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่แน่นแฟ้นขาดสัมพันธภาพและผูกพันแบบเพื่อนสนิท ชุมชนไม่เข้มแข็ง ไม่สนับสนุนช่วยเหลือกัน ไม่มีระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ ไม่มีระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่มีระบบคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด ไม่มีระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระบบดูแลโรคจิตเภทพบพร่องในรายการต่อไปนี

- a) ผู้ป่วยรับยาไม่ต่อเนื่อง 6-9 เดือน อาการกำเริบ
- b) เป็นผู้ป่วยติดสุราที่ไม่ได้รับการรักษาจนหาย
- c) เป็นผู้ป่วยติดยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาจนหาย

และอาศัยในหมู่บ้านที่เคยมีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายมาก่อน 4) ด้านกั้นล้มเหลวสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายง่าย และ 5) การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว) ตอนที่ 3 ประเภทผู้ป่วย เป็นแบบให้เลือกตอบ ฆ่าตัวตายสำเร็จ (1 คะแนน) หรือ พยายามฆ่าตัวตาย (0 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำ แบบรวบรวมผลลัพธ์พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว วิเคราะห์ ค่า IOC เท่ากับ 1 นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในชุดข้อมูลของผู้ป่วยของโรงพยาบาลลอง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 ได้เท่ากับ 0.75 ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าสูงสุดค่าต่ำสุด



2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป และปัญหาต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher Exact test

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย สำเร็จ (Suicide accomplished) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยนำเสนอข้อมูล ด้วย odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95%CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No. 035/2568 ในกระบวนการการเก็บรวบรวม รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้คำนึงถึง ศักดิ์ศรีและคุณค่า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น โดยได้รับอนุมัติยกเว้นการขอความยินยอมเป็น รายบุคคลจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ โดยเน้น การปกปิดตัวตน และขอเข้าถึงเวชระเบียนของ ผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังชิ้นมี ผู้วิจัยจะ เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ นำเสนอข้อมูลตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอเป็น ภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 238 คน มีจำนวนผู้ฆ่า ตัวตายสำเร็จ 70 คน และพยายามฆ่าตัวตาย 168 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 125 คน (ร้อยละ 52.52) รองมาเพศหญิง 113 คน (ร้อยละ 47.48) อายุ 20-59 ปี 143 คน (ร้อยละ 60.08) รอง มาอายุต่ำกว่า 20 ปี 57 คน (ร้อยละ 23.95) อายุ เฉลี่ย 39.75 ปี (S.D.19.20) อายุต่ำสุดคือ 11 ปี

และอายุสูงสุด 83 ปี สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่สูงสุด 130 คน (ร้อยละ 54.62) รอง มาสมรส 108 คน (ร้อยละ 45.38) ส่วนมาก การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 80 คน (ร้อยละ 33.61) รองมาการศึกษาระดับประถมศึกษา 70 คน (ร้อยละ 29.41) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนักเรียน/ นักศึกษา 103 คน (ร้อยละ 43.29) รองมาคือทำนา/ ทำสวน/ทำไร่ 70 คน (ร้อยละ 29.41)

ภาวะสุขภาพ ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว 171 คน (ร้อยละ 71.85) รองามีโรคประจำตัว 67 คน (ร้อยละ 28.15) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด 41 คน (ร้อยละ 61.19) รองมาคือ โรคเบาหวาน 16 คน (ร้อยละ 23.88) ด้านโรคทาง จิตเวช ส่วนมากไม่มีโรคทางจิตเวช 174 คน (ร้อย ละ 73.11) มีโรคทางจิตเวช 64 คน (ร้อยละ 26.89) โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า 41 คน (ร้อยละ 64.06) รองมาคือ โรคจิตเภท 17 คน (ร้อยละ 26.56) ด้านการใช้สิ่งเสพติด พบว่า ส่วนมากไม่ใช้สิ่งเสพติด 173 คน (ร้อยละ 72.69) มี การใช้สิ่งเสพติด 65 คน (ร้อยละ 27.31) สิ่งเสพติด ที่ใช้มากที่สุดคือ สุรา 65 คน (ร้อยละ 100) รองมา คือ บุหรี่ 28 คน (ร้อยละ 43.08)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนมากไม่มีด้านประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อน หน้า 218 คน (ร้อยละ 91.60) รองามีประวัติการ พยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ 20 คน (ร้อยละ 8.40) ด้านวิธีการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ ส่วนมากใช้วิธีการผูกคอต 70 คน (ร้อยละ 29.41) รองลงมาคือ วิธีกินสารกำจัดแมลง/วัชพืช 49 คน (ร้อยละ 20.59) ด้านสาเหตุของการฆ่าตัวตาย/ พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ ส่วนมากทะเลาะกับคน ใกล้ชิด 132 คน (ร้อยละ 55.93) รองลงมาคือ น้อยใจ/ถูกตำหนิ 79 คน (ร้อยละ 33.47)



ข้อมูล TK Model 5 ปัจจัย พบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยงส่วนมากมีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 153 คน (ร้อยละ 64.29) จำแนกเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช 62 คน (ร้อยละ 40.52) รองลงมาบุคลิกภาพหุ่นหันพลันแล่น 46 คน (ร้อยละ 30.07) ด้านปัจจัยกระตุ้นส่วนมากไม่มีปัจจัยกระตุ้น 162 คน (ร้อยละ 68.07) มีปัจจัยกระตุ้น 76 คน (ร้อยละ 31.93) ปัจจัยกระตุ้นที่พบมากที่สุดเท่ากันคือ มีวิกฤตในชีวิตและมีอาการทางจิตกำเริบ คือ 37 คน (ร้อยละ 48.68) ด้านปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) ส่วนมากมีปัจจัยปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) 236 คน (ร้อยละ 99.16) จำแนกเป็น ขาดทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา 232 คน (ร้อยละ 98.31) รองมาคือ อาศัยในหมู่บ้านที่เคยมีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายมาก่อน 157 คน (ร้อยละ 66.53) ด้านด้านกันล้มเหลว (การเข้าถึงอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายง่าย) พบมีปัญหาด้านกันล้มเหลวมากที่สุด 226 คน (ร้อยละ 94.96) และไม่พบปัญหาด้านกันล้มเหลว 12 คน (ร้อยละ 5.04) ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน พบการเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว) มากที่สุด 204 คน (ร้อยละ 86.55) ในขั้นตอนการเฝ้าสังเกตสัญญาณฆ่าตัวตายมากที่สุด 204 คน (ร้อยละ 30.49) รองลงมา คือ การเข้าหา พูดคุยรับฟังเมื่อพบสัญญาณเตือน 202 คน (ร้อยละ 30.19)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จของกลุ่มตัวอย่างแบบการวิเคราะห์เชิงเดียวด้วย Chi-square test พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์การฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ตัวแปรข้อมูลทั่วไป คือ เพศ ($\chi^2 = 55.86$, 95%CI for OR =

[6.63-35.69]) อายุ ($\chi^2 = 21.26$) ระดับการศึกษาสูงสุด ($\chi^2 = 5.95$) อาชีพ ($\chi^2 = 17.27$, 95%CI for OR = [1.87-6.04])

โรคประจำตัว ($\chi^2 = 5.32$, 95%CI for OR = [1.11-3.65]) ตัวแปรวิธีการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ กินยาเกินขนาด ($\chi^2 = 39.88$, 95%CI for OR = [0.00-0.14]) กินสารเคมี ($\chi^2 = 7.22$, 95%CI for OR = [0.01-0.77]) กินสารกำจัดแมลง/วัชพืช ($\chi^2 = 10.97$, 95%CI for OR = [0.08-0.57]) และการผูกคอต ($\chi^2 = 115.43$, 95%CI for OR = [17.16-81.52]) ตัวแปรสาเหตุของการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ/รายได้ ($\chi^2 = 20.93$, 95%CI for OR = [2.12-6.94]) เครียดจากปัญหาที่ทำงาน ($\chi^2 = 57.89$, 95%CI for OR = [2.12-8.96]) ตัวแปรTK Model 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการติดสุราหรือ สารเสพติด ($\chi^2 = 4.52$, 95%CI for OR = [1.05-4.32]) ปัจจัยกระตุ้นในภาพรวม ($\chi^2 = 4.11$, 95%CI for OR = [1.02-3.26]) ปัจจัยกระตุ้นเรื่องมีวิกฤตในชีวิต ($\chi^2 = 10.16$, 95%CI for OR = [1.51-6.37]) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอเรื่อง ชุมชนไม่เข้มแข็ง ไม่สนับสนุนช่วยเหลือกัน ($\chi^2 = 7.30$) ไม่มีระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ ($\chi^2 = 4.92$, 95%CI for OR = [1.09-5.18]) ไม่มีระบบคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด ($\chi^2 = 8.92$, 95%CI for OR = [1.46-7.27]) และ การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว) ($\chi^2 = 7.15$, 95%CI for OR = [1.37-15.84]) ขณะที่ตัวแปรปัจจัยทำนายอื่น ๆ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการฆ่าตัวตาย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่
(n = 238)

ปัจจัย	การฆ่าตัวตาย				χ^2	p-value	OR	95%CI for OR
	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ					55.86	0.00*	15.39	[6.63-35.69]
หญิง	106	93.81	7	6.19				
ชาย	62	49.60	63	50.40				
อายุ								
ต่ำกว่า 20 ปี	54	94.74	3	5.26	21.26	0.00*	-	-
20-59 ปี	89	62.24	54	37.76				
60 ปีขึ้นไป	25	65.79	13	34.21				
สถานภาพ					0.86	0.36	0.77	[0.44-1.34]
เดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่)	95	73.08	35	26.92				
คู่ (สมรส)	73	67.59	35	32.41				
ระดับการศึกษาสูงสุด					5.95	0.02*	0.30	[0.11-0.83]
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	43.75	9	56.25				
ได้เรียนหนังสือ (ประถมศึกษา-ปวส./อนุปริญญา)	161	72.52	61	27.48				
อาชีพ					17.27	0.00*	3.36	[1.87-6.04]
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ทำงานบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา)	107	81.68	24	18.32				
มีงานทำ (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่/รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน/ค้าขาย)	61	57.01	46	42.99				
โรคประจำตัว					5.32	0.021*	2.01	[1.11-3.65]
ไม่มี	128	74.85	43	25.15				
มี	40	59.70	27	40.30				
โรคทางจิตเวช					2.40	0.12	0.59	[0.30-1.16]
ไม่มี	118	67.82	56	32.18				
มี	50	78.13	14	21.88				
การใช้สิ่งเสพติด					0.36	0.55	1.21	[0.65-2.24]
ไม่มี	124	71.68	49	28.32				
มี	44	67.69	21	32.31				



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการฆ่าตัวตาย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ (n = 238) (ต่อ)

ปัจจัย	การฆ่าตัวตาย				χ^2	p-value	OR	95%CI for OR
	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้					2.18	0.14	0.40	[0.11-1.40]
ไม่มี	151	69.17	67	30.73				
มี	17	85.00	3	15.00				
วิธีการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย (มีปัจจัย)								
กินยาเกินขนาด	72	98.63	1	1.37	39.88	0.00*	0.02	[0.00-0.14]
กินสารเคมี	21	95.45	1	4.55	7.22	0.01*	0.10	[0.01-0.77]
ใช้ของมีคม/ของแข็ง/ ปืน	13	61.90	8	38.10	0.84	0.36	1.54	[0.61-3.89]
กินสารกำจัดแมลง/ วัชพืช	44	89.80	2	10.20	10.97	0.00*	0.22	[0.08-0.57]
ผูกคอ	15	21.43	55	78.57	115.43	0.00*	37.40	[17.16- 81.52]
อื่น ๆ (ชกกำแพง, วิ่ง ชนกระจก)	3	100	0	0	1.27	0.56 ^a	-	-
สาเหตุของการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ (มีปัจจัย)								
ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	97	73.48	35	26.52	1.20	0.27	0.73	[0.42-1.28]
ผิดหวังจากความรัก/ หึงหวง	7	63.64	4	36.36	0.27	0.74 ^a	1.39	[0.40-4.92]
น้อยใจ/ถูกตำหนิ	61	77.22	18	22.78	2.69	0.10	0.60	[0.32-1.11]
ปัญหาทางเศรษฐกิจ/ รายได้	38	50.67	37	49.33	20.93	0.00*	3.84	[2.12-6.94]
เจ็บป่วยเรื้อรัง	23	71.88	9	28.13	0.03	0.86	0.93	[0.41-2.13]
มีโรคทางจิตเวช	48	77.42	14	22.58	1.88	0.17	0.63	[0.32-1.23]
ต้องการการเอาใจ	17	100	0	0	7.63	0.01*	-	-
เครียดจากปัญหาที่ ทำงาน	16	42.11	22	57.89	17.67	0.00*	4.35	[2.12-8.96]
ปัจจัยเสี่ยง					0.79	0.37	1.31	[0.72-2.37]
ปัจจัยเสี่ยงต่ำ (0)	63	74.12	22	25.88				
ปัจจัยเสี่ยงสูง (1-3)	105	68.63	48	31.37				
มีการเจ็บป่วยด้วยโรค จิตเวช	48	77.42	14	22.58	1.88	0.17	0.63	[0.32-1.23]



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการฆ่าตัวตาย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ (n = 238) (ต่อ)

ปัจจัย	การฆ่าตัวตาย				χ^2	p-value	OR	95%CI for OR
	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ปัจจัยเสี่ยง (ต่อ)								
มีการติดสุราหรือสารเสพติด	22	56.41	17	43.59	4.52	0.03*	2.13	[1.05-4.32]
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง	19	70.37	8	29.63	0.00	0.98	1.01	[0.42-2.43]
มีบุคลิกภาพทึบตันพลันแล่น	32	69.57	14	30.43	0.03	0.87	1.06	[0.53-2.14]
เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	4	66.67	2	33.33	0.05	0.83	1.21	[0.22-6.74]
ปัจจัยกระตุ้น					4.11	0.04*	1.82	[1.02-3.26]
ปัจจัยกระตุ้นต่ำ (0)	121	74.69	41	25.31				
ปัจจัยกระตุ้นสูง (1-2)	47	61.84	29	38.16				
มีวิกฤตในชีวิต	18	48.65	19	51.35	10.16	0.00*	3.11	[1.51-6.37]
มีอาการทางจิตกำเริบ	27	72.97	10	27.03	0.12	0.73	0.87	[0.40-1.91]
พิษของสารเสพติด	4	100.00	0	0	1.70	0.32 ^a	-	-
ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ)					0.01	0.93	1.03	[0.56-1.91]
ปัจจัยปกป้อง(อ่อนแอ)ต่ำ (0-2)	49	71.01	20	28.99				
ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ)สูง (3-7)	119	70.41	50	29.59				
ขาดทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา	164	70.69	68	29.31	0.05	0.83	0.83	[0.15-4.64]
ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) (ต่อ)								
มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แน่นแฟ้น	92	71.88	36	28.13	0.22	0.64	0.88	[0.50-1.53]
ขาดสัมพันธภาพและผูกพันแบบเพื่อนสนิท	24	75.00	8	25.00	0.35	0.56	0.77	[0.33-1.82]
ชุมชนไม่เข้มแข็ง ไม่นับสนุนช่วยเหลือกัน	0	0.00	3	100.00	7.30	0.01*	-	-
ไม่มีระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ	16	53.33	14	46.67	4.92	0.03*	2.38	[1.09-5.18]



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการฆ่าตัวตาย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ (n = 238) (ต่อ)

ปัจจัย	การฆ่าตัวตาย				χ^2	p-value	OR	95%CI for OR
	ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		ฆ่าตัวตายสำเร็จ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) (ต่อ)								
ไม่มีระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย	46	77.97	13	22.03	2.06	0.15	0.61	[0.30-1.21]
ไม่มีระบบคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด	13	46.43	15	53.57	8.92	0.00*	3.25	[1.46-7.27]
ไม่มีระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	38	76.00	12	24.00	0.89	0.35	0.71	[0.35-1.45]
ระบบดูแลโรคจิตเภทบกพร่อง	14	66.67	7	33.33	0.17	0.68	1.22	[0.47-3.17]
อาศัยในหมู่บ้านที่เคยมีเหตุการณ์ฆ่าตัวตายมาก่อน	112	71.34	45	28.66	0.13	0.72	0.90	[0.50-1.62]
ด้านอื่น (การเข้าถึงอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายง่าย)					0.12	1.00 ^a	1.26	[0.33-4.82]
ไม่ใช่	9	75.00	3	25.00				
ใช่	159	70.35	67	29.65				
การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว)					7.15	0.01*	4.66	[1.37-15.84]
ไม่ใช่	29	90.63	3	9.38				
ใช่	139	67.48	67	32.52				

หมายเหตุ * P-value < 0.05, a = fisher exact test

ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่น ทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis โดยนำปัจจัยแต่ละปัจจัยจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ มาวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression โดยมุ่งหวังค้นหาการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคต จึงไม่นำตัวแปร

วิธีการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายมารวม พบว่าปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ โดยใช้รูปแบบตัวแปร TK Model 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ) เรื่องไม่มีระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 14.16 เท่า (95%CI = [3.30-60.80], $p = 0.00$) เพศชายเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.37 เท่า (95%CI = [4.80-37.26], $p = 0.00$) การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว) เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 11.32 เท่า สาเหตุของ



การฆ่าตัวตาย เรื่องผิดหวังจากความรัก/หึงหวง เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.03 เท่า (95%CI = [1.10-44.89], $p = 0.04$) มีความเครียดจากปัญหาที่ทำงาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.03 เท่า (95%CI = [1.13-14.44], $p = 0.03$) การมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่า

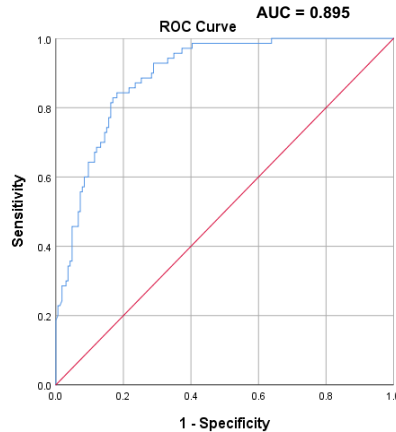
ตัวตายสำเร็จ 2.47 เท่า (95%CI = [1.04-5.87], $p = 0.04$) และมีอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 1.04 เท่า (95%CI = [1.01-1.07], $p = 0.01$) (ตารางที่ 2) โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.895 (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ (n = 238)

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E.	Wald	p-value	OR	95%CI	
						Lower	Upper
Constant	-7.59	1.61	22.20	0.00*	0.00		
เพศ (Sex) ชาย	2.59	0.52	24.59	0.00*	13.37	4.80	37.26
อายุ (Age)	0.04	.015	7.09	0.01*	1.04	1.01	1.07
มีงานทำ	0.21	0.42	0.24	0.62	1.23	0.54	2.83
มีโรคประจำตัว	0.91	0.44	4.20	0.04*	2.47	1.04	5.87
การทะเลาะกับคนใกล้ชิด	0.32	0.53	0.31	0.58	1.38	0.45	4.23
ผิดหวังจากความรัก/หึงหวง	1.95	0.95	4.26	0.04*	7.03	1.10	44.89
น้อยใจ/ถูกตำหนิ	0.61	0.55	1.20	0.27	1.83	0.62	5.41
มีปัญหาทางเศรษฐกิจ/รายได้	0.80	0.53	2.29	0.13	2.23	0.79	6.28
เจ็บป่วยเรื้อรัง	-0.67	0.76	0.74	0.39	0.51	0.11	2.37
มีโรคทางจิตเวช	1.29	0.70	3.41	0.07	3.63	0.92	14.30
มีความเครียดจากปัญหาที่ทำงาน	1.39	0.65	4.59	0.03*	4.03	1.13	14.44
มีการติดสุราหรือสารเสพติด	-1.11	0.58	3.71	0.05	0.33	0.18	1.02
มีวิกฤตในชีวิต	0.36	0.60	0.36	0.55	1.43	0.44	4.61
ไม่มีระบบแรงเตือนและช่วยเหลือ	2.65	0.74	12.70	0.00*	14.16	3.30	60.80
ไม่มีระบบคัดกรองและบำบัดผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด	1.12	0.63	3.19	0.07	3.07	0.90	10.54
ด่ากัน (เข้าถึงอุปกรณ์ง่าย)	-1.03	1.23	0.70	0.40	0.36	0.03	3.98
การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว)	2.43	0.85	8.14	0.00*	11.32	2.14	59.91

Hosmer and Lemeshow Test = 0.795; Nagelkerke R Square = 0.548

หมายเหตุ * $P\text{-value} < 0.05$



ภาพที่ 1 ค่า ROC

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่อำเภอวังชิ้นมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ (เพศ อายุ โรคประจำตัว) ปัจจัยทางจิตสังคม (ปัญหาความรัก ความเครียดจากปัญหาที่ทำงาน) และปัจจัยด้านระบบสุขภาพและการเฝ้าระวัง (ขาดการแจ้งเตือน และการเฝ้าระวังล้มเหลว) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดโมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย ที่อธิบายพฤติกรรมและปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทย ผลการศึกษาที่ได้นำไปสู่การอภิปรายในประเด็นสำคัญหลายด้าน ดังนี้

เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 13.37-14.11$) สอดคล้องกับรูปแบบ Gender paradox (Miranda-Mendizabaletal et al., 2019) ที่พบในหลายการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพย์ จุลบุตร (2563) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในจังหวัดพิจิตรพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่าง

เป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมาน เรื่องความแตกต่างทางเพศในพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ของ Miranda-Mendizabaletal et al. (2019) พบว่าเพศหญิงมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า ($OR = 1.96, 95\%CI 1.54-2.50$) ในขณะที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า ($HR = 2.50, 95\%CI 1.8-3.6$) ความแตกต่างนี้อธิบายได้จาก 1) เพศชายมีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการที่รุนแรงและมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า เช่น การแขวนคอ การใช้อาวุธปืน หรือ การกระโดดจากที่สูง ในขณะที่เพศหญิงมักเลือกวิธีการที่มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่า เช่น การกินยาเกินขนาด (Asadiyun & Daliri, 2023) อีกทั้งอำเภอวังชิ้นเป็นพื้นที่ที่ชุมชนที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรม ซึ่งผู้ชายในชุมชนมักมีโอกาสเข้าถึงสุราได้ง่ายผ่านวัฒนธรรมการดื่มในกลุ่มเพื่อนและงานสังคม การดื่มสุราในปริมาณมากเพิ่มความหุนหันพลันแล่นและลดการยับยั้งชั่งใจในช่วงวิกฤต ซึ่งเป็นกลไกสำคัญเชื่อมโยงเพศชายกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Gough & Novikova, 2020) 2) บรรทัดฐานความเป็นชายที่เน้นความแข็งแกร่งความเป็นอิสระ และการไม่แสดงความอ่อนแอ อาจเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาความ



ช่วยเหลือทางจิตวิทยาหรือทางการแพทย์ (Gough & Novikova, 2020) การศึกษาของ Eggenberger et al. (2024) พบว่าผู้ชายที่มีการยึดมั่นในบรรทัดฐานความเป็นชายแบบ Restrictive emotionality และ Self-reliance มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น 2.32 เท่า

อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.03–1.04 ต่อการเพิ่มขึ้น 1 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของ Grover et al. (2023) ที่อภิปรายการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการรายงานอย่างสม่ำเสมอที่สุด และสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ของ จรรยาธิราช มิวังษ์สม และคณะ (2564) ที่ศึกษาสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วง อายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนของภาคอยู่ในช่วง 9.78-10.39 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามวัย การพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

การมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.24-2.47 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุพงษ์ คำมา (2556) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรจังหวัดสุโขทัย ซึ่งพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุราทิพย์ จุลบุตร (2563) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวทางกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จ กลไกที่โรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจเนื่องจาก 1) ความปวดรื้อรัง อาการปวดไม่หายขาดหรือโรคที่ควบคุมอาการได้ยาก เช่น

โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจวาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานและสิ้นหวัง นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Kwon & Lee, 2023, Themelis et al., 2023) และ 2) ความพิการทางกาย ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจาก ผู้ป่วยขาดความคล่องตัว (Lack of mobility) เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น (Perceived burdensomeness) ถูกตีตรา (Felt stigma) ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า อีกทั้งการถูกกีดกันทางสังคม นำไปสู่ความสิ้นหวัง (Kumar et al., 2024; Park, 2024) และภาวะทางจิตใจในการเป็นโรคเรื้อรัง (Themelis et al., 2023)

การขาดระบบการแจ้งเตือนและช่วยเหลือเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด (OR = 14.16) และการเฝ้าระวังป้องกันที่ล้มเหลวเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (OR = 11.32) แสดงถึงความสำคัญของระบบเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ตามกรอบแนวคิด TK โมเดล 5 ปัจจัย ปัจจัยการเฝ้าระวังล้มเหลวเป็นปัจจัยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น ไปยังผลลัพธ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2567) การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) เฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย 2) เข้าหา พูดคุยและรับฟัง เมื่อพบสัญญาณเตือนเพื่อสำรวจความทุกข์ใจ และประเมินความตั้งใจฆ่าตัวตาย 3) ประเมินสถานการณ์วิกฤติเร่งด่วน (ที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) และตอบสนองอย่างฉับไว และ 4) ให้ความช่วยเหลือทันที รวมถึงสร้างด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย ยับยั้งการกระทำฆ่าตัวตายและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาล (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2567; National Institute of Mental Health, 2023) ระบบแจ้งเตือนและช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ควรมีลักษณะสำคัญ



อาทิ ความพร้อมใช้งาน 24 ชั่วโมง (24/7 Availability) เข้าถึงได้ง่าย ความเป็นส่วนตัวและไม่มีการตีตรา และมีผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีการจัดตั้ง 988 Suicide & Crisis Life line ซึ่งเป็นสายด่วนที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกอบรม และมีระบบส่งต่อไปยังบริการฉุกเฉินได้ทันที (National Institute of Mental Health, 2025) อำเภอลำปางซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลการเดินทางเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมีความยากลำบาก ระยะทางจากชุมชนถึงโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพจิตเฉพาะทางอาจทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ยิ่งไม่ได้รับการดูแลก่อนถึงวิกฤต ดังนั้นจึงส่งเสริมให้ปัจจัยด้านนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด

ปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การผิดหวังจากความรัก/หึงหวง (OR = 7.03) และความเครียดจากปัญหาที่ทำงาน (OR = 4.03) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนความสำคัญของวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะมิติความสัมพันธ์ และมิติการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Franklin et al. (2017) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Favril et al. (2022) ที่พบว่าความขัดแย้งในความสัมพันธ์เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญของการฆ่าตัวตาย การผิดหวังในความรักและความหึงหวงมีกลไกทางจิตวิทยาที่ซับซ้อน เช่น ความรู้สึกถูกปฏิเสธ ความอับอาย และการสูญเสียความหมายในชีวิต สำหรับผู้ที่มีความผูกพันทางอารมณ์ หรือชอบความสมบูรณ์แบบ การสูญเสียความสัมพันธ์อาจกระตุ้นความรู้สึกล้มเหลวอย่างรุนแรง และนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย (Miranda-Mendizaba et al.

et al., 2019) สำหรับสังคมไทยมีค่านิยมเน้นหน้าตาทางสังคม การถูกปฏิเสธหรือถูกทิ้งในความสัมพันธ์อาจนำไปสู่ความรู้สึกอับอายที่รุนแรงกว่าในวัฒนธรรมอื่นได้ ความเครียดจากปัญหาที่ทำงานเป็นอีกปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานของ Howard et al. (2022) และ Colaprico et al. (2023) ที่พบว่าความเครียดจากปัญหาที่ทำงานเป็นปัจจัยกระตุ้นต่อการฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกระตุ้นเหล่านี้ โดยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และควรมีการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลที่กำลังเผชิญวิกฤตในความสัมพันธ์หรือการทำงานก่อนที่จะพัฒนาเป็นความคิดฆ่าตัวตาย (Harris et al., 2020)

การศึกษานี้ประเมินความเพียงพอของขนาดตัวอย่างด้วยเกณฑ์ Events per Variable (EPV) โดยมี events (ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ) จำนวน 70 ราย และตัวแปรอิสระในแบบจำลอง 18 ตัว ได้ค่า EPV เท่ากับ 3.89 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ $EPV \geq 10$ ที่แนะนำ (Riley et al., 2020; Vittinghoff & McCulloch, 2019) ค่า EPV ในระดับนี้อาจนำไปสู่ความไม่เสถียรของค่าสัมประสิทธิ์ การประมาณค่า odds ratio ที่คลาดเคลื่อน และ confidence interval ที่กว้าง ข้อจำกัดนี้เป็นผลโดยตรงจากการศึกษาที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ระดับอำเภอเพียงแห่งเดียว และการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเหตุการณ์ที่มีความชุกต่ำโดยธรรมชาติ (Rare event) อีกทั้งในการศึกษานี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย โดยใช้ข้อมูลที่บ้านทักไไว้ในเวชระเบียนย้อนหลังเป็นหลัก ตัวแปรในแบบจำลองจะถูกกำหนดจากข้อมูลที่มีการบันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน



ระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่านั้น ปัจจัยบางอย่างในโมเดล เช่น childhood trauma ไม่ถูกบันทึกอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดนี้อาจทำให้โมเดลในการศึกษานี้วัด TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย ได้เพียงบางส่วน และควรแปลความผลการศึกษาดูด้วยความระมัดระวัง และการศึกษาในอนาคตควรออกแบบเป็น Multicenter study เพื่อให้ได้จำนวน events เพียงพอตามเกณฑ์ EPV

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิด TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย การที่โมเดลมีค่า AUC สูง (0.90) แสดงให้เห็นว่า TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ดี สามารถอธิบายความแปรปรวนของการฆ่าตัวตายสำเร็จ/ไม่สำเร็จได้ ร้อยละ 54.80 อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังทำให้อาจได้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากการจดบันทึก ซึ่งอาจไม่รับการบันทึกอย่างละเอียด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในชุมชน ด้วยการฝึกอบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู อาจารย์ และสมาชิกครอบครัวให้สามารถ 1) เฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย 2) เข้าหา พูดคุยและรับฟัง เมื่อพบสัญญาณเตือนเพื่อสำรวจความทุกข์ใจ และประเมินความตั้งใจฆ่าตัวตาย 3) ประเมินสถานการณ์วิกฤติ เร่งด่วน (ที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) และตอบสนองอย่างฉับไว เช่น การแจ้งประสานบุคลากรสุขภาพจิต มีระบบส่ง

ต่อไปยังบริการฉุกเฉินได้ทันที และ 4) ให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อพบผู้ที่มีสัญญาณฆ่าตัวตาย

2. การพัฒนาระบบแจ้งเตือนการฆ่าตัวตาย ควรจัดตั้งระบบสายด่วนช่วยเหลือที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการประเมินความเสี่ยงและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น พร้อมระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน

3. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขายวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรบูรณาการการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย เข้าในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโครงการโรคเรื้อรังในชุมชน

4. การเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ผ่านโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ในระดับชุมชนโรงเรียนและสถานที่ทำงาน โดยเน้นการสอนทักษะการจัดการความเครียดการแก้ไขปัญหาและการสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

5. การจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย โดยการควบคุมการจำหน่ายยาฆ่าแมลงและสารเคมีอันตราย การจัดเก็บอย่างปลอดภัย การติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันการกระโดดในสถานที่เสี่ยง และการรณรงค์การจัดเก็บอาวุธปืน อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยปกป้อง เช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และความหมายในชีวิต ที่อาจช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย



2. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของการแทรกแซงเฉพาะกลุ่ม เช่น โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ชายวัยทำงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ประสบปัญหาความรัก โดยใช้รูปแบบ Randomized controlled trial

3. การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนที่พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาผลกระทบต่อการฆ่าตัวตายในระดับประชากรและการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการออกแบบการเก็บข้อมูลเป็นแบบ Prospective study โดยใช้แบบประเมินตามแนวคิด TK โมเดล 5 ปัจจัยของการฆ่าตัวตาย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สามารถประเมินองค์ประกอบของ TK's model ได้ครบถ้วนยิ่งขึ้น โดยควรออกแบบเป็น Multicenter study เพื่อให้ได้จำนวน events เพียงพอตามเกณฑ์ EPV

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานส่งเสริมและ

สนับสนุนวิชาการ 9. (2567). *เตือนภัยทางสังคม เรื่อง ปัญหาการฆ่าตัวตายเรื่องราวของคนไม่มีทางออก*. [Internet].

<https://olderlampang.dop.go.th/th/ know/5/132>

จรรยาธิษั มีวงษ์สม, สุวรรณ โคะวินทวิวัฒน์,

และ อรรถพล แซ่มสุวรรณวงศ์. (2564).

สถานการณ์และวิธี การฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วง อายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ. ศ. 2555-

2559. วารสาร วิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์, 7(2), 90-107.

ธณินท์ กองสุข. (2567). TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย.

ศรีนครินทร์เวชสาร, 39(2), 209-218.

สมบัติ สกมลพรรณ. (2562). *การพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย*. กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุธาทิพย์ จุลบุตร. (2563.) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดพิจิตร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(1), 15-24.

[https://he03.tci-](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/734)

[thaijo.org/index.php/ech/article/view/734](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/734)

วิชุดา ปาวัน. (2567). *ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

<https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:183181>.

อนุพงษ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16

Asadiyun, M., & Daliri, S. (2023). Suicide attempt and suicide death in Iran: a systematic review and meta-analysis study. *Iranian journal of psychiatry*, 18(2), 191.



- Bjorkenstam, C., Kosidou, K., & Bjorkenstam, E. (2017). Childhood adversity and risk of suicide: Cohort study of adolescents and young adults in sweden. *BMJ*, 357, 1-7.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j1334>
- Colaprico, C., Grima, D., Shaholli, D., Imperiale, I., & La Torre, G. (2023). Workplace bullying in Italy: a systematic review and meta-analysis. *La Medicina del lavoro*, 114(6), e2023049.
- Eggenberger, L., Spangenberg, L., Genuchi, M. C., & Walther, A. (2024). Men's Suicidal thoughts and behaviors and conformity to masculine norms: A person-centered, latent profile approach. *Heliyon*, 10(20). e39094
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence Based Mental Health*, 25(4).
- Gough, B., & Novikova, I. (2020). *Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region?* WHO.
- Grover, C., Huber, J., Brewer, M., Basu, A., & Large, M. (2023). Meta-analysis of clinical risk factors for suicide among people presenting to emergency departments and general hospitals with suicidal thoughts and behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(6), 491-524.
- Halter, M. J. (2018). *Varcarolis 'foundations of psychiatric-mental health nursing: a clinical approach* (8th ed.). Elsevier / Saunders.
- Harris, K., Haddock, G., Peters, S., & Gooding, P. (2020). Psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: a systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(4), 777-809.
- Howard, M. C., Follmer, K. B., Smith, M. B., Tucker, R. P., & Van Zandt, E. C. (2022). Work and suicide: An interdisciplinary systematic literature review. *Journal of organizational behavior*, 43(2), 260-285.
- International Association for Suicide Prevention. (2024). *Organizational Strategy*. Retrieved from <https://www.iasp.info/wp->



- content/uploads/IASP-Organisational-Strategy-2024-2028.pdf
- Kumar, S., Lata, S., Verma, S., & Anupriya. (2024). Associated factors of suicidal behavior among persons with physical disability: A systematic review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(4), 298–304. <https://doi.org/10.1177/02537176231209513>
- Kwon, C. Y., & Lee, B. (2023). Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in psychology*, 14, 1217299.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*, 64(2), 265-283.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Suicide prevention*. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Mental Health. Retrieved April 4, 2024, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
- National Institute of Mental Health. (2025). *Suicide prevention*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>.
- Park, E. Y. (2024). Suicidal ideation: Physical disabilities - factors. *Disability and Health Journal*. Advance online publication. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11504474/>
- Riley, R. D., Ensor, J., Snell, K. I., Harrell, F. E., Martin, G. P., Reitsma, J. B., ... & Van Smeden, M. (2020). *Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model*. *Bmj*, 368, m441.
- Themelis, K., Gillett, J. L., Karadag, P., Cheatle, M. D., Giordano, N. A., Balasubramanian, S., ... & Tang, N. K. (2023). Mental defeat and suicidality in chronic pain: A prospective analysis. *The Journal of Pain*, 24(11), 2079-2092.
- Üzümçeker, E. (2025). Traditional Masculinity and Men's Psychological Help-Seeking: A Meta-Analysis. *International Journal of Psychology*, 60(2), e70031.
- Vittinghoff, E., & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per



variable in logistic and Cox regression. *American journal of epidemiology*, 165(6), 710-718.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates* [Internet]. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>

World Health Organization. (2024). *suicide: fact sheet*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>