KKU RESEARCH JOURNAL (GRADUATE STUDY)
Vol. 17 NO. 3: July-September 2017

ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

Suicidal Risk Prevalence and Factors Related to Suicidal Risk Among People in Ban Tak District, Tak Province

หทัยทิพย์ เจริญศรี (Hathaithip Charoensri)[1]* ดร.จิราพร เขียวอยู่ (Dr.Jiraporn Khiewyoo)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากรอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรอายุ 25–59 ปี จำนวน 16,118 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก ของ Hsieh และคณะ ได้ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 417 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มีทั้งหมด 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแบบสัมภาษณ์ในส่วนปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นำมาจากแบบประเมินมาตรฐาน ส่วนปัจจัยด้านสังคม สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบสัมภาษณ์ความผูกพันกับสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบสัมภาษณ์การขาดความผูกพันกับสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 10.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ผลการวิจัย พบ ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.4 (95% CI = 1.62-5.09) แบ่งตามระดับความเสี่ยง ได้ดังนี้ ความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 2.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.7 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะซึมเศร้า โดยการมีความเครียดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 22.2 เท่า (95% CI = 4.57–107.93) ของการไม่มีความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 12.7 เท่า (95% CI = 2.26–70.99) ของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 5.2 เท่า (95% CI = 1.08–24.69) ของการไม่มีภาวะซึมเศร้า

[1]*Correspondent author: oil.ha@hotmail.com*

** นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

ABSTRACT

This was a descriptive study. To determine the prevalence of suicidal risk and related factors among population in Ban Tak district, Tak province. The population of the study was 16,118 people aged 25-59 years. Calculate the sample size was used multiple logistic regression of Hsieh et al. and 417 subjects were drawn through systematic random sampling. The research tool was structured interview with 5 parts: personal data, biological factors, psychological factors, social factor and suicidal risk. The interview on biological factors, psychological factors and suicidal risk taken from the standard assessment. The interview on social factor created by literature review was content validated by 4 experts and yielded the value of 1. The reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient: Interview with social commitment valued at 0.83, lack of social commitment valued at 0.86 and adaptation to society valued at 0.82. The data was analyzed by statistical software STATA version 10.1 and statistically expressed by frequency, percentage, means, standard deviation, median, minimal value, maximal value, 95% confidence interval and multiple logistic regression analysis. The result showed prevalence of suicidal risk was 3.4 (95% CI = 1.62 - 5.09); 2.4% at a low level, 0.3% at a middle level and 0.7% at a severe level. The factors related to suicidal risk at a significant level of 0.05 were stress (OR = 22.2; 95% CI = 4.57-107.93), alcohol drinking (OR = 12.7; 95% CI = 2.26-70.99) and depression (OR = 5.2; 95% CI = 1.08-24.69)

คำสำคัญ: ความชุก ความเสี่ยง ฆ่าตัวตาย

Keywords: Prevalence, Risk, Suicide

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่มีความรุนแรงทั้งในแง่สังคมและสาธารณสุขโดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้น ซึ่งในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา การฆ่าตัวตาย มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุของการตาย ในทุกกลุ่มอายุแทบทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ.2563 บุคคลที่ฆ่าตัวตายจะมีถึงจำนวน ปีละ 1.5 ล้านราย และประมาณการ ว่าในแต่ละปีประชากรทุก 100,000 คน จะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ราย หรือในทุก 40 วินาที จะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย [1] โดยประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 10 ประเทศตามลำดับ คือ กายอานา เกาหลีใต้ ศรีลังกา ลิทัวเนีย ซูรินาม โมซัมบิก เนปาลแทนซาเนีย คาซัคสถาน บุรุนดี เนื่องจากแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของคนทั้งโลกยังอยู่ในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกจึงได้ยกระดับปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระสำคัญของโลกโดยกำหนดให้วันที่ 10 กันยายนของทุกปีเป็นวันรณรงค์ป้องกันการฆ่าตัวตายโลก [1]

สำหรับประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตาย อยู่ในอันดับที่ 56 ของโลก [1] และอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 10 จังหวัดแรก คือ ลำพูน แม่ฮ่องสอน เชียงราย เชียงใหม่ น่าน ระยอง แพร่ ชุมพร ตาก สุพรรณบุรี ตามลำดับ โดยอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ 6.3 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นเพศชาย 10.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิง 2.5 ต่อประชากร 100,000 คน หรือมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,104 คนต่อปี เฉลี่ยเดือนละ 342 คน ประมาณวันละ 12 คน [2] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์และปัญหา

การเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ อายุ 30-50 ปี เป็นกลุ่มเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานถึง ร้อยละ 70 โดยวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุด คือ วิธีแขวนคอ รองลงมา คือ กินยาฆ่าแมลง และใช้อาวุธปืน ตามลำดับ [3] ปัญหาการฆ่าตัวตายนั้นเป็นความสูญเสียทั้งเชิงเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยทำงาน ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยการตัดสินใจฆ่าตัวตายของคนคนหนึ่งนั้น เป็นผลมาจากหลายสาเหตุรวมกัน มิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะ จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า และการติดสุราหรือสารเสพติดเรื้อรัง โดยพบว่ามีการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10-20 เท่า [4] นอกจากนี้ยังพบว่า ในด้านจิตใจของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีแบบแผนของความคิดไปในทางลบ มองตนเอง มองโลกและมองประสบการณ์ต่างๆในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด [5] สาเหตุเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมในแง่มุมต่างๆ ก็มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ เช่น ผู้ที่มีความผูกพันกับสังคมมากเกินไป จะมีความยึดมั่น ผูกพันกับบุคคลอื่น หรือกับกลุ่มของตนเองมากเกินไป ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เป็นการทำลายชีวิตของตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตาย ด้วยสาเหตุนี้จึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจทำโดยจิตสำนึกของตนเอง เช่น เพื่อหน้าที่การงาน ศาสนาและอุดมการณ์ทางการเมือง เป็นต้น ส่วนบุคคลที่ขาดความผูกพันกับสังคม หรือมีความผูกพันกับสังคมน้อยเกินไป ก็ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ เพราะเมื่อตนเองไม่มีสังคม จึงไม่มีเพื่อนหรือที่ปรึกษา เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับชีวิต จึงไม่สามารถปรึกษาใครได้ ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ จนมีโอกาสเสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย มักพบในสังคมสมัยใหม่ ที่อยู่แบบพึ่งพาตนเองมากขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าการปรับตัวไม่ได้ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว กะทันหัน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเกิดภาวะวิกฤต เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว การเสียชีวิตของคนสำคัญในชีวิต การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ล้วนเป็นสาเหตุที่พบว่านำไปสู่การฆ่าตัวตายได้เช่นกัน [6]

จากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จระดับประเทศ พบว่า จังหวัดตาก เป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 9 ของประเทศ โดยในปี 2554-2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายคิดเป็น 8.3, 8.7, 10.7, 10.3 และ 9.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ [7] โดยอำเภอบ้านตากเป็นอำเภอที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีย้อนหลังนี้ คือ ตั้งแต่ปี 2555-2559 มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน อยู่ที่ 2.2, 8.1, 18.3, 15.8 และ 13.04 ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ ที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี คิดเป็น 12.2 ต่อประชากร 100,000 คน [8] ผู้วิจัยจึงเห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายของอำเภอบ้านตากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆที่ผู้บริหารควรจะใส่ใจและหาแนวทางในการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อไม่ให้เพิ่มสูงมากขึ้นไปกว่านี้ในปีต่อๆไป ผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยเพื่อหาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 25-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดของอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และจะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางเพื่อวางแผนระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของประชากรอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของประชากรอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรในการศึกษา คือ ประชากรอายุ 25-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 16,118 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้ สูตรการคำนวณสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ตามวิธีการของ Hsieh, Bloch, & Larsen [9] ดังนี้

1. คำนวณหาขนาดตัวอย่างขั้นต้น (n_1) ด้วยสูตร

$$n_1 = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}[P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta}[P1(1-P1) + P2(1-P2)(1-B)/B]^{1/2}\}^2}{[(P1-P2)^2(1-B)]}$$

เมื่อ $Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบทางสถิติ (α) = 0.05 และทำการทดสอบแบบสองทาง ซึ่งเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจในการทดสอบทางสถิติ เป็นร้อยละ 80 (β =0.20) ซึ่งเท่ากับ 0.84

P1 คือ สัดส่วนของผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายแล้วมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 0.67

P2 คือ สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายแล้วมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 0.33

B คือ สัดส่วนของผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายทั้งหมดจากตัวอย่างที่ศึกษา เท่ากับ 0.38

P คือ สัดส่วนของประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยค่า P จะได้มาจากการคำนวณด้วยสูตร (1-B)P1 + BP2 เมื่อแทนค่าในสูตร ได้ ค่า P เท่ากับ 0.54

โดยค่าที่นำมาคำนวณได้มาจากรายงานการวิจัยของ จันทร์จุรี คงมีสุข และคณะ [10] เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี

แทนค่าในสูตร

$$n_1 = \frac{\{1.96[0.54(0.46)/0.38]^{1/2} + 0.84[0.67(0.33)+0.33(0.67)(0.62)/0.38]^{1/2}\}^2}{[(0.67-0.33)^2(1-0.38)]}$$

$n_1 = 72$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างขั้นต้น คือ 72 คน

2. เนื่องจากในการวิจัยนี้พิจารณาตัวแปรอิสระหลายตัว จึงต้องมีการปรับค่าขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตร

$$n_P = \frac{n_1}{(1-\rho^2_{1.23..P})}$$

เมื่อ n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการภายหลังจากการปรับด้วยค่า ρ

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างในขั้นต้นที่พิจารณาจากตัวแปรอิสระหนึ่งตัว ซึ่งการวิจัยนี้จะพิจารณาจากตัวแปรการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

ρ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย กับตัวแปรอิสระอื่นที่ศึกษาทั้งหมด และการศึกษานี้กำหนดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.9

แทนค่าในสูตร

$$n_P = \frac{n_1}{(1-\rho^2_{1.23..P})}$$

$$n_P = 379$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่าง คือ 379 คน และเพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากการปฏิเสธจากตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% ฉะนั้น ในการศึกษานี้ใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 417 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

1. นำรายชื่อประชากร อายุ 25-59 ปี ทั้งหมด มาเรียงลำดับ 1–16,118 โดยเรียงรายชื่อตามลำดับสถานบริการ

2. หาช่วงการสุ่มตัวอย่าง (Sampling interval) โดยใช้สูตร $I = N/n$

เมื่อ I คือ ช่วงการสุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรอายุ 25-59 ปี 16,118 คน

n คือ จำนวนตัวอย่าง 417 คน

แทนค่าในสูตร ได้ระยะห่างในการสุ่ม เท่ากับ 39

3. กำหนดสมาชิกคนแรก (Random start) โดยการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลข 1- 39 มา 1 หมายเลข ได้จุดเริ่มต้นที่หมายเลข 17 ตัวอย่างคนต่อไป จะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการบวกทุกๆระยะห่างที่ 39 จากเลขเริ่มต้น ดังนั้น ตัวอย่าง คือ หมายเลข 17, 17+39, 17+2(39),...., 17+(413-1)39 สุ่มได้ 413 คน

4. สุ่มตัวอย่างรอบ 2 โดยจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ คือ 4 คน คำนวณหาช่วงการสุ่มตัวอย่าง รอบ 2 ได้เท่ากับ 4,030 หาจุดเริ่มต้นของการสุ่มครั้งที่ 2 โดยการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลข 1- 4,030 มา 1 หมายเลข ซึ่งในการสุ่มรอบ 2 ได้จุดเริ่มต้น คือ หมายเลข 156 ดังนั้น ตัวอย่าง คือ ประชากรหมายเลข 156, 156 + 4,030, 156 + 2(4,030), 156+ 3(4,030)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล คำถามส่วนนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ผลกระทบของโรคประจำตัวต่อการดำเนินชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ ประเมิน 2 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า และการติดสุรา

2.1 ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 [11] โดยคำถามมี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีคำถาม 2 ข้อ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 2 มีคำถาม 9 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า และส่วนที่ 3 มีคำถาม 8 ข้อ ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ซึ่งส่วนนี้จะนำไปใช้ในตอนประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในส่วนที่ 5 ของแบบสัมภาษณ์)

2.2 การติดสุรา ใช้แบบประเมินปัญหาการติดสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ.2001 [12] แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ในปี พ.ศ. 2552 [13]

3. ปัจจัยด้านจิตใจ ประเมิน 2 ด้าน คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเครียด

3.1 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ใช้แบบประเมิน ของ Hollon & Kendall ปี ค.ศ. 1980 [14] แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปินตา ในปี พ.ศ. 2536 [15]

3.2 ความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2544 [16]

4. ปัจจัยด้านสังคม ประเมิน 3 ด้าน คือ ความผูกพันกับสังคม การขาดความผูกพันกับสังคม และการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม

คำถามส่วนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cornbach's alpha coefficient) [17] ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลความผูกพันกับสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 ข้อมูลการขาดความผูกพันกับสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และข้อมูลการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

5. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้แบบประเมินของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 [11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE582274 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2558 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างเดือนมีนาคม–มิถุนายน พ.ศ.2559 โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก และสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบ้านตาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านตาก เพื่อขอในการช่วยนัดตัวอย่าง และช่วยแนะนำตัวผู้วิจัยให้ตัวอย่างได้รู้จัก

3. ผู้วิจัยลงไปสัมภาษณ์ตัวอย่างที่บ้านของตัวอย่างแต่ละคน โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

5. รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ เพื่อนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ตามหลักสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 10.1 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ด้วยสถิติพรรณนา โดยกรณีข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบปกติ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ส่วนกรณีข้อมูลแจงนับใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้ร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของร้อยละ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) โดยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination)

การแปลผลแบบประเมิน

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1(2Q) ลักษณะคำตอบให้เลือก มีหรือไม่มี ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า “ไม่มีภาวะซึมเศร้า” หากตอบ “มี” ตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป ให้ประเมิน 9Q ต่อ

ส่วนที่ 2(9Q) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการแปลผล ดังนี้ < 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7–12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13–18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.2 แบบประเมินการติดสุรา มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการแปลผล ดังนี้ 0–7 คะแนน มีความเสี่ยงต่ำ 8–12 คะแนน มีการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตราย และ 13 คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงหรือติดสุรา

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ มีการดัดแปลงการให้คะแนนจากแบบประเมินต้นฉบับ โดยจากเดิม จะมีคำตอบให้เลือก “มี” กับ “ไม่มี” มาเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการแปลผล ดังนี้ 30 คะแนน ไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ 31–71 คะแนน ความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในระดับต่ำ 72–112 คะแนน ความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง และ 113-150 คะแนน ความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในระดับสูง

2.2 แบบประเมินความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการแปลผล ดังนี้ 0-5 คะแนน ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าปกติอย่างมาก 6-17 คะแนน ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มีความเครียด 18-25 คะแนน ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 26-29 คะแนน ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และ 30-60 คะแนน ความเครียดสูงกว่าปกติมาก

3. ปัจจัยด้านสังคม

แบบสัมภาษณ์ความผูกพันกับสังคม การขาดความผูกพันกับสังคม และการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [18] โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-4.00 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 ความผูกพันกับสังคมอยู่ในระดับปกติ/ไม่ขาดความผูกพันกับสังคม/การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมอยู่ในระดับปกติ คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 ความผูกพันกับสังคมอยู่ในระดับสูงปานกลาง/ขาดความผูกพันกับสังคมในระดับปานกลาง/การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมอยู่ในระดับต่ำปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 ความผูกพันกับสังคมอยู่ในระดับสูงมาก/ขาดความผูกพันกับสังคมในระดับสูง/การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก

4. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ลักษณะคำตอบ คือ ให้ตอบ “ใช่หรือไม่ใช่” โดยมีการแปลผล ดังนี้ 0 คะแนน ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1-8 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย 9 -16 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และ $\geq$ 17 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง หากผู้ถูกประเมิน มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

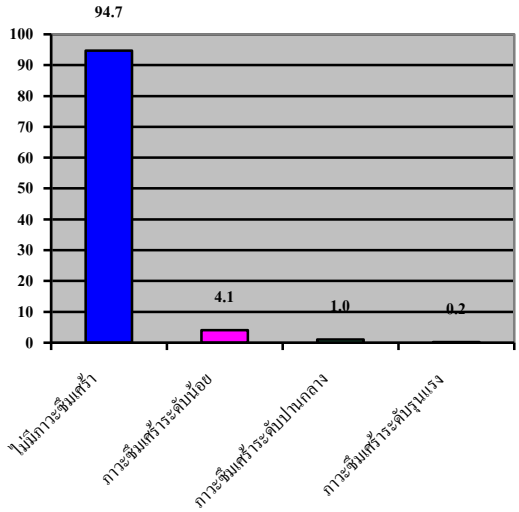
การวิจัยครั้งนี้มีตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 417 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.9 เพศชาย ร้อยละ 38.1 ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 47 ปี อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแบบคู่ ร้อยละ 74.8 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.1 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 39.6 รองลงมา คือ เกษตรกร ร้อยละ 25.4 ค่ามัธยฐานรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 9,000 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 500 บาทต่อเดือน และรายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.1 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายของครอบครัว

ตัวอย่างร้อยละ 28.3 มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 70.3 จากตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด และโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ร้อยละ 25.4 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 48.7 รองลงมา คือ ปัจจุบันยังดื่มแต่ดื่มไม่ทุกวัน ร้อยละ 28.1 และตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว

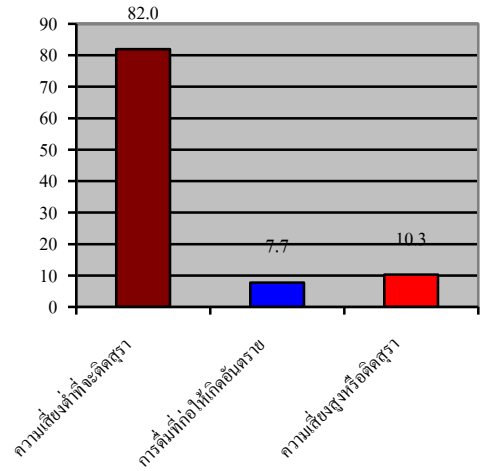
2. ปัจจัยด้านชีวภาพ

ภาวะซึมเศร้า พบว่า ร้อยละ 94.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.1 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 1.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ร้อยละ 0.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (แผนภูมิที่ 1) ส่วนการติดสุรา พบว่า ร้อยละ 82.0 มีความเสี่ยงต่ำที่จะติดสุรา ร้อยละ 10.3 มีความเสี่ยงสูงหรือติดสุรา และ ร้อยละ 7.7 มีการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตราย (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของตัวอย่าง



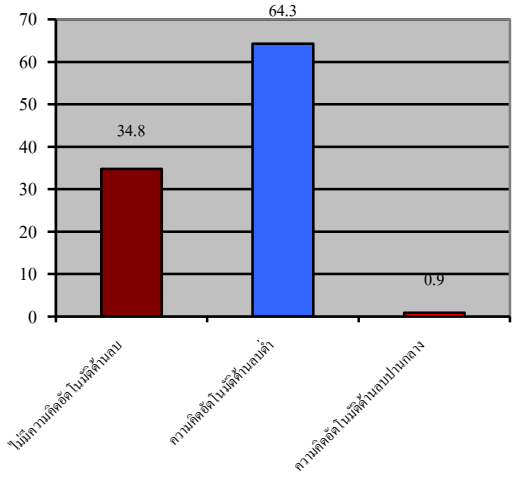
แผนภูมิที่ 2 การติดสุราของตัวอย่าง



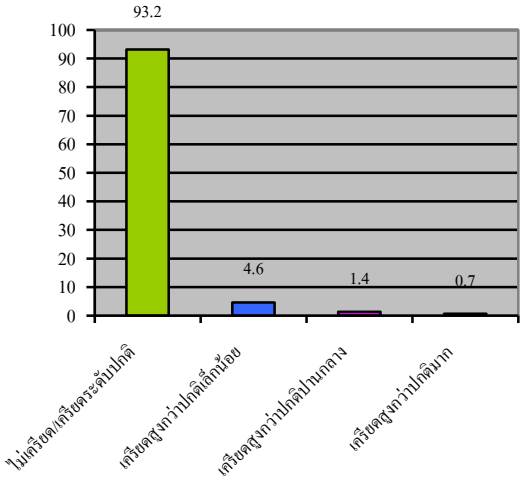
3. ปัจจัยด้านจิตใจ

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบว่า ร้อยละ 64.3 มีความคิดอัตโนมัติด้านลบอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.8 ไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ และร้อยละ 0.9 มีความคิดอัตโนมัติด้านลบระดับปานกลาง (แผนภูมิที่ 3) ส่วนความเครียด พบว่า ร้อยละ 93.2 มีความเครียดอยู่ในระดับปกติหรือไม่มีความเครียด ร้อยละ 4.6 มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 1.4 ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และ ร้อยละ 0.7 มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 3 ความคิดอัตโนมัติด้านลบของตัวอย่าง



แผนภูมิที่ 4 ความเครียดของตัวอย่าง

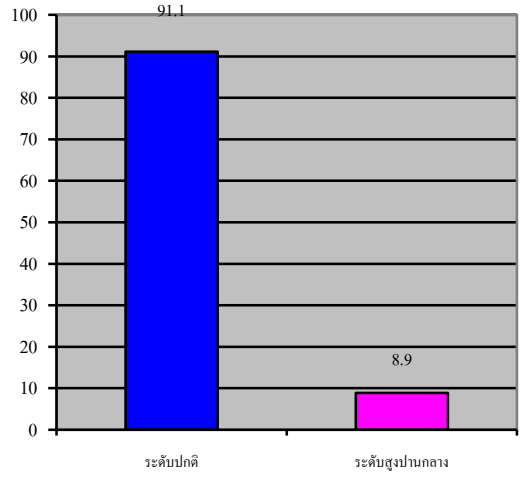


4. ปัจจัยด้านสังคม

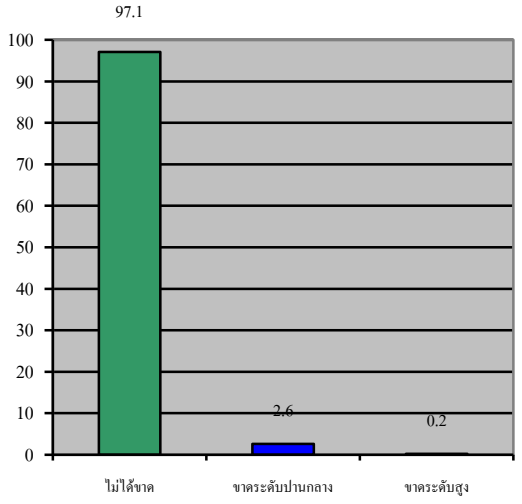
ความผูกพันกับสังคม พบว่า ร้อยละ 91.1 มีความผูกพันกับสังคมอยู่ในระดับปกติ และ ร้อยละ 8.9 มีความผูกพันกับสังคมอยู่ในระดับสูงปานกลาง (แผนภูมิที่ 5) ส่วนการขาดความผูกพันกับสังคม พบว่า ร้อยละ 97.1 ไม่ได้ขาดความผูกพันกับสังคม ร้อยละ 2.6 ขาดความผูกพันกับสังคมในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 0.2 ขาดความผูกพันกับสังคมในระดับสูง (แผนภูมิที่ 6)

การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม พบว่า ร้อยละ 92.1 มีการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมได้ตามปกติ ร้อยละ 6.7 มีการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมอยู่ในระดับต่ำปานกลาง และ ร้อยละ 1.2 มีการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก (แผนภูมิที่ 7)

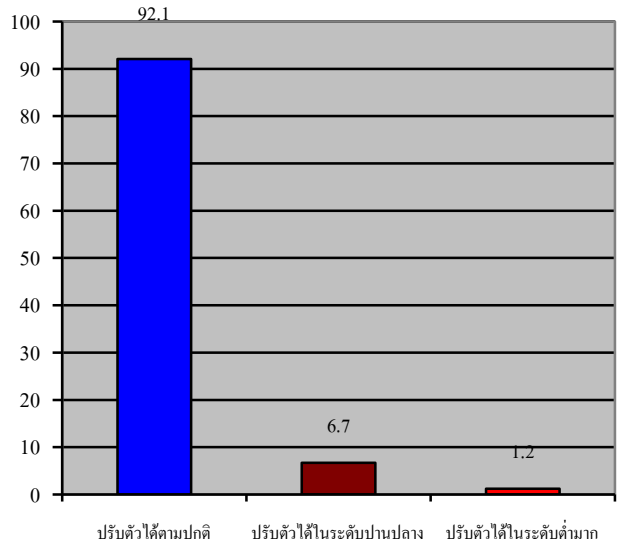
แผนภูมิที่ 5 ความผูกพันกับสังคมของตัวอย่าง



แผนภูมิที่ 6 การขาดความผูกพันกับสังคมของตัวอย่าง



แผนภูมิที่ 7 การปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมของตัวอย่าง



5. ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของตัวอย่าง มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 3.4 (95% CI = 1.62 - 5.09) เมื่อแบ่งตามระดับความเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 2.4 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 0.3 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และร้อยละ 0.7 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน (n = 417)	ร้อยละ	95% CI
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	403	96.6	
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	14	3.4	1.62-5.09
- มีความเสี่ยงระดับน้อย	10	2.4	
- มีความเสี่ยงระดับปานกลาง	1	0.3	
- มีความเสี่ยงระดับรุนแรง	3	0.7	

ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อพิจารณาแยกตามตัวแปรต่างๆ พบดังนี้ เพศชาย มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย มีความชุก ร้อยละ 4.4 (95% CI = 1.18–7.62) สถานภาพสมรสแบบหย่า มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าสถานภาพสมรสแบบอื่น โดยสถานภาพสมรสแบบหย่า มีความชุก ร้อยละ 6.7 (95% CI = 7.63–20.97) การมีโรคประจำตัว มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการไม่มีโรคประจำตัว โดยการมีโรคประจำตัว มีความชุก ร้อยละ 5.9 (95% CI = 1.61–10.26) การดื่มแอลกอฮอล์ มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยการดื่มแอลกอฮอล์ มีความชุก ร้อยละ 7.8 (95% CI = 3.51–12.07) การมีภาวะซึมเศร้า มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการมีภาวะซึมเศร้า มีความชุก ร้อยละ 36.4 (95% CI = 14.53–58.19) การมีความเสี่ยงสูงในการติดสุรา มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากกว่าการมีความเสี่ยงต่ำในการติดสุรา โดยการมีความเสี่ยงสูงในการติดสุรา มีความชุก ร้อยละ 9.3 (95% CI = 2.59–16.07) การมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติ มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการมีความเครียดระดับปกติ โดยการมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติ มีความชุก ร้อยละ 32.1(95% CI = 13.70–50.58) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพิจารณาแยกรายละเอียดตามตัวแปรต่างๆ (n = 417)

ตัวแปรต่างๆ	จำนวน (คน)	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)	95% CI
1. เพศ			
ชาย	159	7(4.4)	1.18 – 7.62
2. สถานภาพการสมรส			
หย่า	15	1(6.7)	7.63-20.97
3. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์			
มีโรคประจำตัว	118	7(5.9)	1.61 – 10.26
4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
ดื่มแอลกอฮอล์	154	12(7.8)	3.51 – 12.07

ตารางที่ 2 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพิจารณาแยกรายละเอียดตามตัวแปรต่างๆ (n = 417) (ต่อ)

ตัวแปรต่างๆ	จำนวน (คน)	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)	95% CI
5. ภาวะซึมเศร้า			
มีภาวะซึมเศร้า	22	8(36.4)	14.53 – 58.19
6. การติดสุรา			
มีความเสี่ยงสูง	75	7(9.3)	2.59 – 16.07
7. ความเครียด			
มีความเครียดสูงกว่าระดับปกติ	28	9(32.1)	13.70 – 50.58

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ทีละตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัวแปร คือ ผลกระทบของโรคประจำตัวต่อการดำเนินชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า การติดสุรา และความเครียด (ตารางที่ 3) และเมื่อนำตัวแปรซึ่งมีค่า p-value ไม่เกิน 0.25 จากผลการวิเคราะห์อย่างหยาบ ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก โดยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร พบ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มี 3 ตัวแปร คือ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า และความเครียด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตัวแปรต่างๆ	ผลวิเคราะห์ทีละตัวแปร		ผลวิเคราะห์หลายตัวแปร	
	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
1. ผลกระทบของโรคประจำตัวต่อการดำเนินชีวิต				
ไม่มีโรคประจำตัว				
ไม่มีผลกระทบ	1.9(0.57–6.95)	0.28	-	-
มีผลกระทบ	4.6(1.13–18.96)	0.03	-	-
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่มแอลกอฮอล์	11.0(2.43– 49.96)	0.002	12.7(2.26-70.99)	0.004
3. ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า				
มีภาวะซึมเศร้า	37.0(11.32–121.19)	0.000	5.2(1.08-24.69)	0.039
4. การติดสุรา				
มีความเสี่ยงต่ำ				
มีความเสี่ยงสูง	4.9(1.67–14.50)	0.004	-	-
5. ความเครียด				
อยู่ในระดับปกติ /ไม่มี				
มากกว่าระดับปกติ	36.4(11.11–119.13)	0.000	22.2(4.57-107.93)	0.000

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการวิจัย พบ ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.4 (95% CI = 1.62-5.09) แบ่งตามระดับความเสี่ยง ได้ดังนี้ ความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 2.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.7 เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการศึกษาของหวาน และคณะ [19] ที่ทำการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากรทั้งประเทศ อายุ 15–59 ปี พบว่า มีทั้งส่วนที่แตกต่างกันและส่วนที่สอดคล้องกัน ส่วนที่แตกต่าง คือ ขนาดของความชุก ในภาพรวม การศึกษานี้พบความชุกต่ำกว่าผลจากการศึกษาของหวาน และคณะ [19] ที่พบความชุกเท่ากับร้อยละ 7.3 ทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะการศึกษาของหวาน และคณะ [19] มีช่วงอายุของตัวอย่างกว้างกว่าโดยครอบคลุมไปถึงกลุ่มเยาวชน แต่การศึกษานี้เน้นเฉพาะช่วงอายุของคนที่ทำงานแล้ว เมื่อพิจารณาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแยกตามตัวแปรต่างๆ พบข้อมูล ดังนี้ เพศ พบว่า เพศชาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.4 (95% CI = 1.18–7.62) เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.7 (95% CI= 0.72–4.71) ขัดแย้งกับการศึกษาของหวาน และคณะ [19] ที่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศหญิง ร้อยละ 8.6 ซึ่งมากกว่าเพศชาย ที่มีความเสี่ยงเพียง ร้อยละ 5.2 ทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะการศึกษานี้เน้นไปที่กลุ่มวัยทำงานดังที่กล่าวแล้ว ซึ่งในสังคมของอำเภอบ้านตากถึงแม้โดยรวมจะเป็นสังคมแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท แต่ในบางพื้นที่ยังเป็นสังคมชนบทเต็มรูปแบบ เพศชายจึงเป็นผู้นำครอบครัวโดยสมบูรณ์และเป็นผู้ที่รับหน้าที่หาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะทำหน้าที่แม่บ้าน ทำให้ภาระความรับผิดชอบต่างๆตกอยู่กับเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงอาจเกิดภาวะเครียดและนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ส่วนของผลการศึกษานี้ที่สอดคล้องกับการศึกษาของหวาน และคณะ [19] ได้แก่ รูปแบบของระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตาย โดยการศึกษาของหวาน และคณะ [19] พบตัวอย่างมีความเสี่ยงระดับน้อยร้อยละ 6.0 ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 0.6 และความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาทั้ง 2 งานนี้ มีรูปแบบของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคล้ายกัน คือ จะพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของตัวอย่างที่ความเสี่ยงระดับน้อย ในอัตราที่สูงที่สุด รองลงมาจะเป็นความเสี่ยงระดับสูง และความเสี่ยงระดับปานกลางจะมีพบน้อยที่สุด สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสแบบหย่า มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าแบบอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของหวาน และคณะ [19] ที่พบว่า กลุ่มสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ เป็นกลุ่มที่มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด จากการลงเก็บข้อมูล ทำให้พบว่า บุคคลที่อยู่ในสถานภาพสมรสหย่า จะรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัว และบางรายคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีค่า ไม่มีใครต้องการ นำไปสู่ภาวะเศร้าและนานไปจึงกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ทำให้คิดอยากตายให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ การมีโรคประจำตัว พบว่า มีความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการไม่มีโรคประจำตัวสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ [20] ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ กับ กลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ของประชากร ในจังหวัดสุโขทัย ที่พบว่า การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ตัวแปรการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ตัวแปรภาวะซึมเศร้า และ ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ตัวแปรความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็น 12.7 เท่า (95% CI = 2.26-70.99) เมื่อเทียบกับการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เนื่องจาก อำเภอบ้านตากเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับการสังสรรค์รื่นเริงตามงาน

และเทศกาลต่างๆ และมีค่านิยมของการดื่มสุราทั้งในเพศชายและหญิง หลังเลิกงานตอนเย็นมักจะมีการจับกลุ่มกันเพื่อดื่มสุรา จากการลงเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ได้พบข้อมูลจากตัวอย่างว่า การดื่มสุรานอกจากจะทำให้สนุกสนาน คลายเหนื่อยแล้ว ยังสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ด้วย มีตัวอย่างบางคนที่ใช้สุราเพื่อให้ลืมปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ บางรายดื่มมากทุกวัน จนกลายเป็นติดสุรา ซึ่งบุคคลเหล่านี้ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชีวิตจะยิ่งใช้สุราเป็นตัวช่วย หนักเข้าหาทางออกไม่ได้ก็มีความคิดที่อยากจะตาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชลีพร [21] ที่ศึกษา ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ของ รพ.สวนปรุง พบว่า ตัวอย่างที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์และ/หรือการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็น ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของโอฬาร และศศิธร[22] ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ของ อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการใช้ สารเสพติด คือ สุราและยาบ้า และสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ [20] ที่พบว่า ปัญหาติดแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ (OR = 4.40) การมีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 5.2 เท่า (95% CI = 1.08-24.69) เมื่อเทียบกับการไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ จะมีปัญหามาจากความเครียดสะสมเรื้อรัง ทั้งในเรื่องปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และในบางรายเกิดจากการไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ตั้งแต่ช่วงวัยเรียน ทำให้เกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีคุณค่า เมื่อนานไปก็เกิดภาวะสิ้นหวังกับชีวิต ทำให้อยากหาทางออกด้วยการจบชีวิตตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรี [23] ที่ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของชาวไทยภูเขา จ.เชียงใหม่ อายุ 18–60 ปี พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางบวก (r = 0.65) กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของโอฬาร และศศิธร [22] ที่พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นผู้ที่มีโรคทางจิตเวชและมีภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา และคณะ [24] ที่ศึกษา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ [20] ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ (OR = 2.36) การมีความเครียด พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็น 22.2 เท่า (95% CI = 4.57-107.93) เมื่อเทียบกับการไม่มีความเครียด โดยส่วนใหญ่จะเป็นความเครียดสะสมเรื้อรัง จากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรี [23] พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางบวก (r = 0.2) กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yates [25] ที่ศึกษาเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า การเกิดความเครียดในชีวิตทั้งความเครียดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของธมนรดา [26] ที่ศึกษาเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียด ใน อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน พบว่า ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง ที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย คิดเป็น ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นปินันท์ [27] ที่ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ใช้แรงงานในโรงงานขนาดกลางเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรจัดให้มีคลินิกปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้บริการกับประชาชนที่กำลังประสบปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากพบว่า เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่

2. ควรจะมีการศึกษาเพิ่มในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มติดบ้าน เพราะบุคคลกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีภาวะเครียดและขาดการเข้าสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.พญ.อัมพร แจ่มสุวรรณ พญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากูล ผศ.ดร.พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ผศ.ดร.รุจิรา ดวงสงค์ ผศ.ดร.ศิริพร คำสะอาด ดร.วันทนา กลางบุรัมย์ และคุณจินตนา สิงขรอาจ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่งานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide rates Data by country [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://apps.who.int/gho/ data/node.main.MHSUICIDE?lang=en
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 10 provinces, the highest rate of suicide in Thailand [Internet]. 2015 [cited 2016 May 13]. Available from: http://www.dmh.go.th/report/suicide/ stat_province.asp
3. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The problem of suicide Thailand 2012 -2014 [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 7]. Available from: https://www.suicidethai.com/download/view.asp?id=251
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. The mortality rate work-force age 2012 [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 14]. Available from: http://bps.ops.moph.go.th/ Death.html
5. Beck AT. Cognitive therapy of Depression. New York: The Guilford Press; 1979.
6. Simpson G, Spaulding JA. Suicide: a study in sociology by Emile Durkheim. New York: New York Free Press; 1951.
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The rate of suicide in Thailand [Internet]. 2015 [cited 2016 May 13]. Available from: https://www.suicidethai.com/report/download/reds.asp
8. Workgroup of Mental Health, Bantak Hospital. The rate of completed suicide in Bantak district 2012-2016. Tak: Bantak Hospital; 2016.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623–1634.
10. Kongmeesuk C, Katsunori K, Triwuttanon B. Factors Associated with Depression and the Risk of Suicide among Residents Aged 35 Years and Older in Ko Sichang District, Chonburi Province. J Health Systems Res. 2008; 2(1): 563-570. Thai.

11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for surveillance for depression at provincial level, 3rd edition 2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.thaidepression.com/ www/ 58/navtrng_3.pdf
12. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care, 2nd edition 2001 [Internet]. 2001 [cited 2015 June 18]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
13. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care 2nd edition. [Internet]. 2009 [cited 2014 June 18]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/ 67205/5/ WHO_ MSD_MSB_01. 6a_tha.pdf.
14. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. Cognitive Therapy and Research. 1980; 4(4): 383–395.
15. Sanseeha L, Thapinta D. Depression and negative automatic thoughts of late adolescents [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1993. Thai.
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Self stress test [Internet]. 2001 [cited 2015 May 14]. Available from: http://www.dmh.go.th/DmhFlood/PDF/myself.pdf
17. Cornbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika. 1951; 16(3): 297–334.
18. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
19. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, YingyeunR, et al. The Suicidality in Thai population: A National survey. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56(4): 413-424. Thai.
20. Khamma A. Risk Factors Associated with Suicide: A Case - Control Study in Sukhothai Province. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013; 58(1): 3-16. Thai.
21. Saenchai C. Suicide Risk of Alcoholic Patients at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. Bulletin of Suan Prung. 2007; 23(1): 22-34. Thai.
22. Yingseree O, Yingseree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by Psychological Autopsy during 2008 and application to community prevention. J Psychiatr Assoc Thailand. 2010; 55(4): 297-304. Thai.
23. Promthub P. Suicidal Risk Among Hill Tribes and Related Factors [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. Thai.
24. Jarassaeng N, Pimpanit V, Maneeganol S, Arunponpaisal S. Suicidal Risk in Major Depressive Disorder at the OPD Section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56(2): 129-135. Thai.
25. Yates WR. Stressful life events in suicide attempts and completed suicides [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 22]. Available from: http://www.kevinmd.com/blog/2011/02/stressful-life-events-suicide-attempts-completed-suicides.html

26. Opsthitiyos T. The Empowerment for Prevention on Suicide of Karen Hill Tribe with Stress in Responsibility, Ban Kat Subdistrict, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2012. Thai.
27. Siripattanakul P. The Risk of Suicide Among Labour in Medium Factory at Industrial Estate in Rayong Province [independent study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. Thai.