



ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความ
รุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

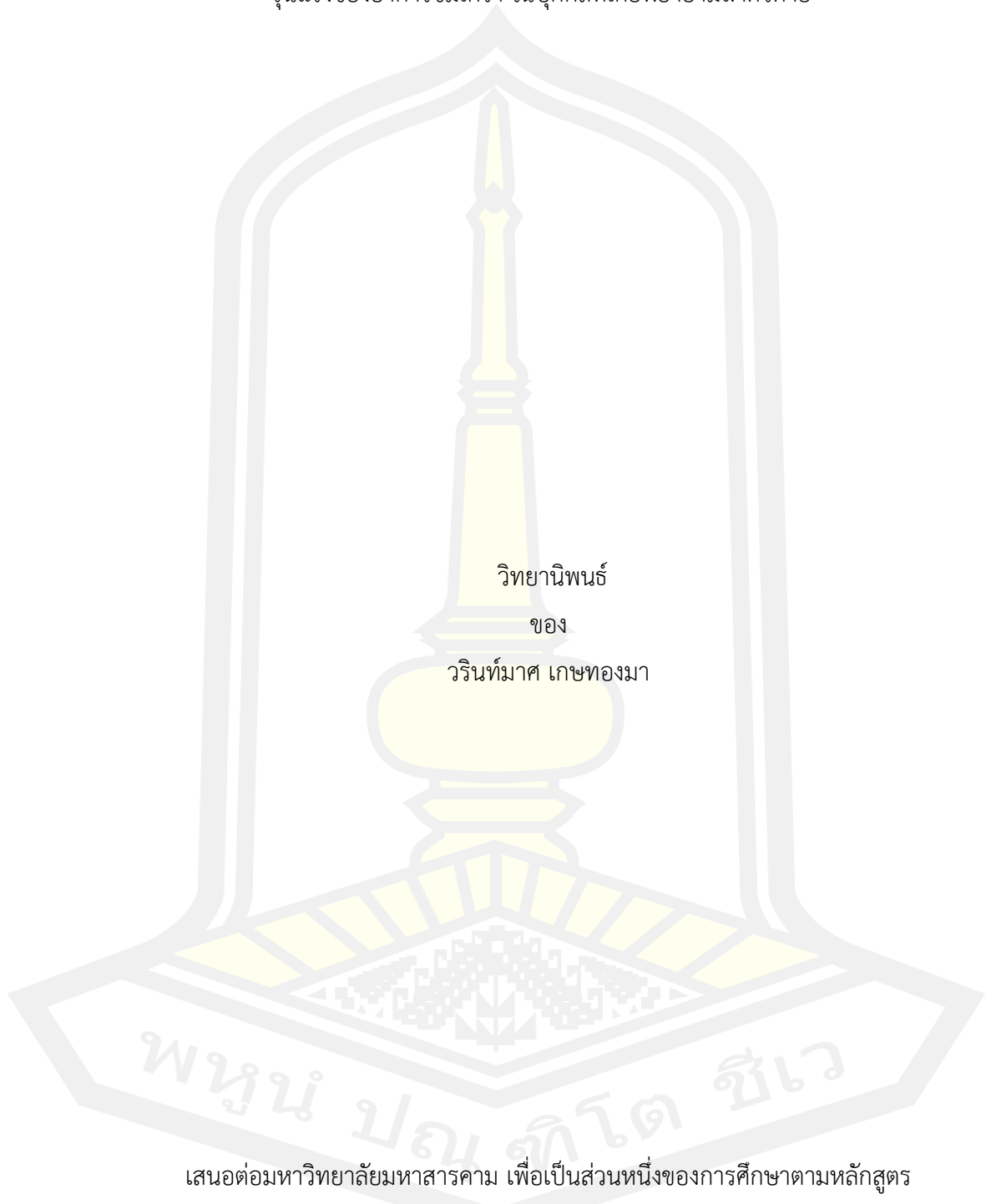
วิทยานิพนธ์
ของ
วรินทร์มาศ เกษทองมา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความ
รุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย



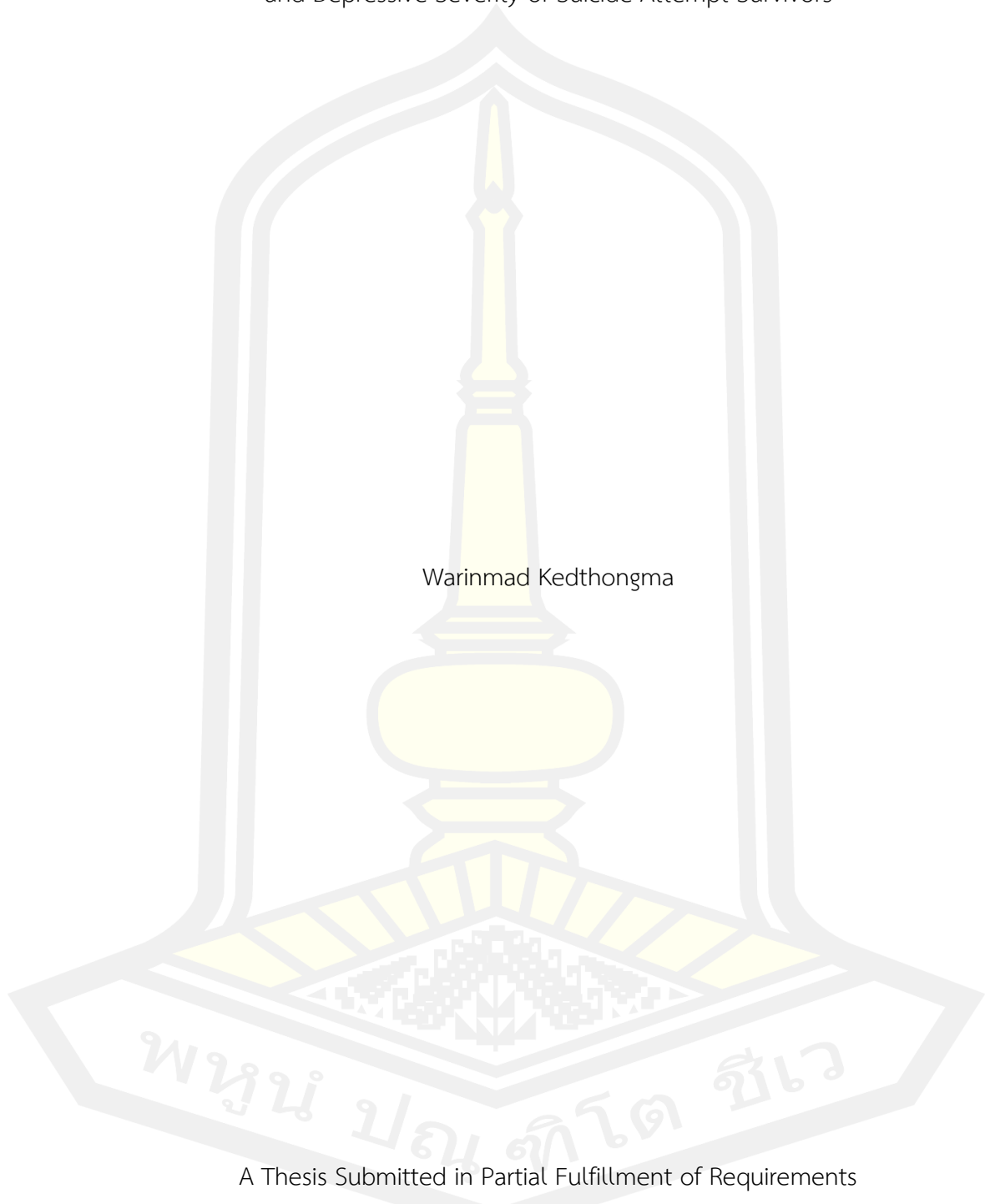
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationships between Life Experiences, Sense of Coherence, Coping Strategies,
and Depressive Severity of Suicide Attempt Survivors

Warinmad Kedthongma



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

January 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาววรินทร์มาศ เกษทอง
มา แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงวงเจริญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สมจิต แตนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย		
ผู้วิจัย	วรินทร์มาศ เกษทองมา		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุจกรกานต์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต		
ปริญญา มหาวิทยาลัย	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมากในทุกประเทศทั่วโลก การทำความเข้าใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและรอดชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเริ่มต้นกลยุทธ์เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ทฤษฎีความผาสุกของแอนโทนิออสกี ซึ่งเป็นแบบจำลองทางจิตวิทยา มีการใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยที่โครงสร้างหลักคือความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

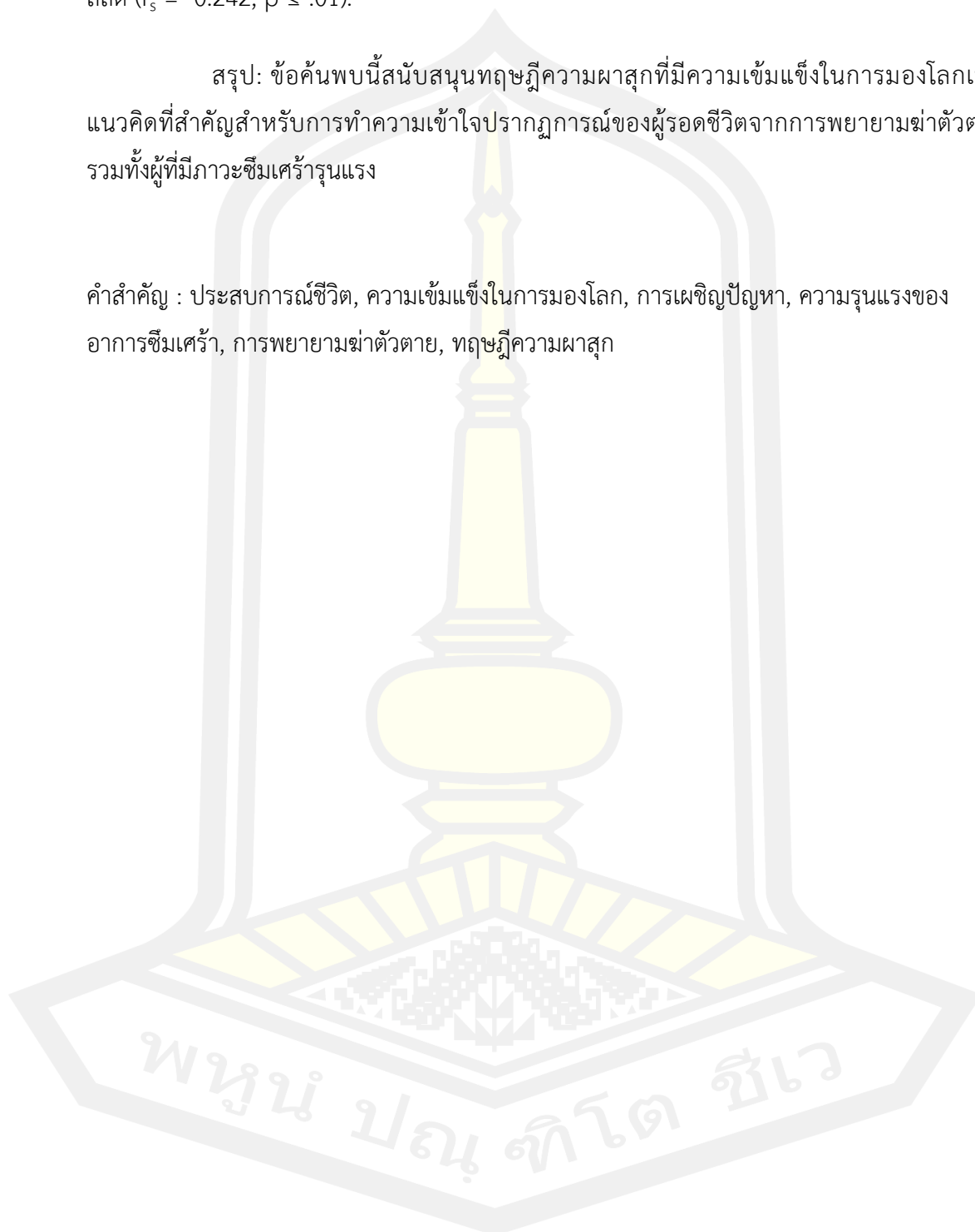
วิธีการทำวิจัย: การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการเผชิญปัญหา และแบบประเมินอาการซึมเศร้า ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.9 , 0.8, 0.7 และ 0.8 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี (S.D. = 10.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 43.2 วิธีการฆ่าตัวตายโดยการกินยา ยาฆ่าแมลง สารเคมี ร้อยละ 87.7 สาเหตุของการฆ่าตัวตายเกิดจากความเครียด วิตกกังวล ร้อยละ 82.2 จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.0 ครั้ง โดยประสบการณ์ชีวิตเชิงลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.368$; $r_s = -0.324$ and $r_s = 0.266$ ตามลำดับ, $p \leq .01$) การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.071$) ในทางตรงกันข้ามความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r_s = -0.768$, $p \leq .01$) รวมทั้ง พบ

ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการเผชิญปัญหาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.242, p \leq .01$).

สรุป: ข้อค้นพบนี้สนับสนุนทฤษฎีความสุขที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดที่สำคัญสำหรับการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของผู้รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายรวมทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต, ความเข้มแข็งในการมองโลก, การเผชิญปัญหา, ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า, การพยายามฆ่าตัวตาย, ทฤษฎีความสุข



TITLE	The Relationships between Life Experiences, Sense of Coherence, Coping Strategies, and Depressive Severity of Suicide Attempt Survivors		
AUTHOR	Warinmad Kedthongma		
ADVISORS	Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D. Assistant Professor Choochart Wong-Anuchit , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

Background: Suicide is a mental health problem that affects many people in all countries of the world. Understanding those who have attempted suicide and survived is important for initiating strategies to prevent unwanted consequences. Antonovsky's salutogenic theory, a psychological model, is widely used to depict the mental health-disease continuum in which its main construct, a sense of coherence, plays the role of mediator.

Objectives: To study the relationship between negative life experiences, sense of coherence, coping strategies, and depressive severity in suicide attempt survivors.

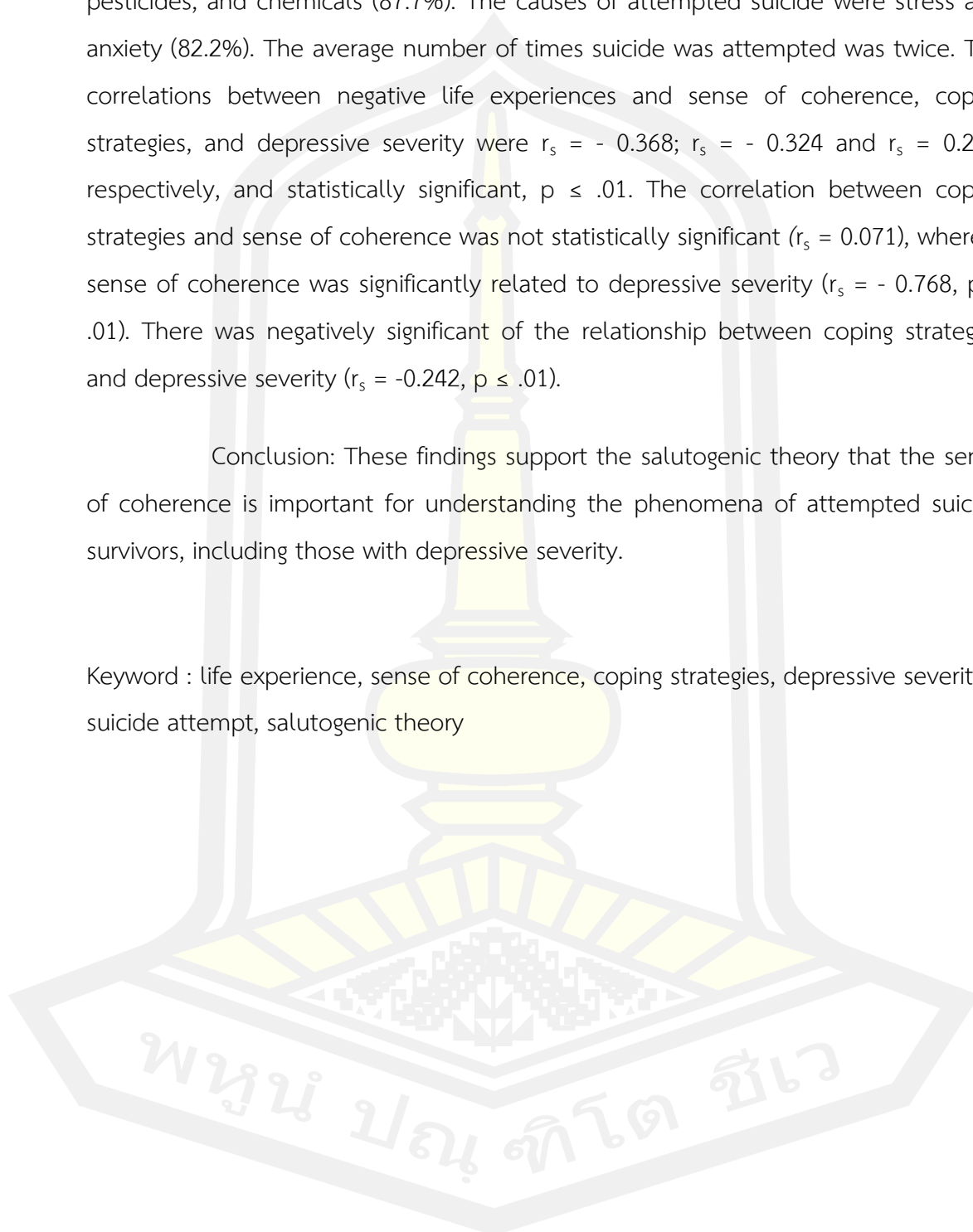
Methods: The study, using a correlational research design. Data were collected using the Negative Event Scale (NES), Sense of Coherence questionnaire (SOC), Coping Strategies Questionnaire (CSQ), and Depression Rating Scale Their reliabilities were 0.9, 0.8, 0.7, and 0.8, respectively. All data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

Results: The results revealed that the average age of suicide attempt survivors was 36.5 years (S.D. = 10.0), a majority of females (63.7%), and no medical

conditions (43.2%). The main methods of attempting suicide were taking drugs, pesticides, and chemicals (87.7%). The causes of attempted suicide were stress and anxiety (82.2%). The average number of times suicide was attempted was twice. The correlations between negative life experiences and sense of coherence, coping strategies, and depressive severity were $r_s = -0.368$; $r_s = -0.324$ and $r_s = 0.266$, respectively, and statistically significant, $p \leq .01$. The correlation between coping strategies and sense of coherence was not statistically significant ($r_s = 0.071$), whereas sense of coherence was significantly related to depressive severity ($r_s = -0.768$, $p \leq .01$). There was negatively significant of the relationship between coping strategies and depressive severity ($r_s = -0.242$, $p \leq .01$).

Conclusion: These findings support the salutogenic theory that the sense of coherence is important for understanding the phenomena of attempted suicide survivors, including those with depressive severity.

Keyword : life experience, sense of coherence, coping strategies, depressive severity, suicide attempt, salutogenic theory



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกร กานต์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยตระหนักถึงความ ตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก ที่กรุณาอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำปรึกษา การทำเค้าโครงวิทยานิพนธ์จนครบถ้วนสมบูรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พร้อมจิตร ห่อนบุญเทิม รอง ศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิัญญา วงศ์พิริโยธา และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงห์หล้า ที่ประสิทธิประสาทวิชา อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดแนวคิดทฤษฎีด้าน การพยาบาล ตลอดจนเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ในศาสตร์แห่งการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเรียนในหลักสูตร

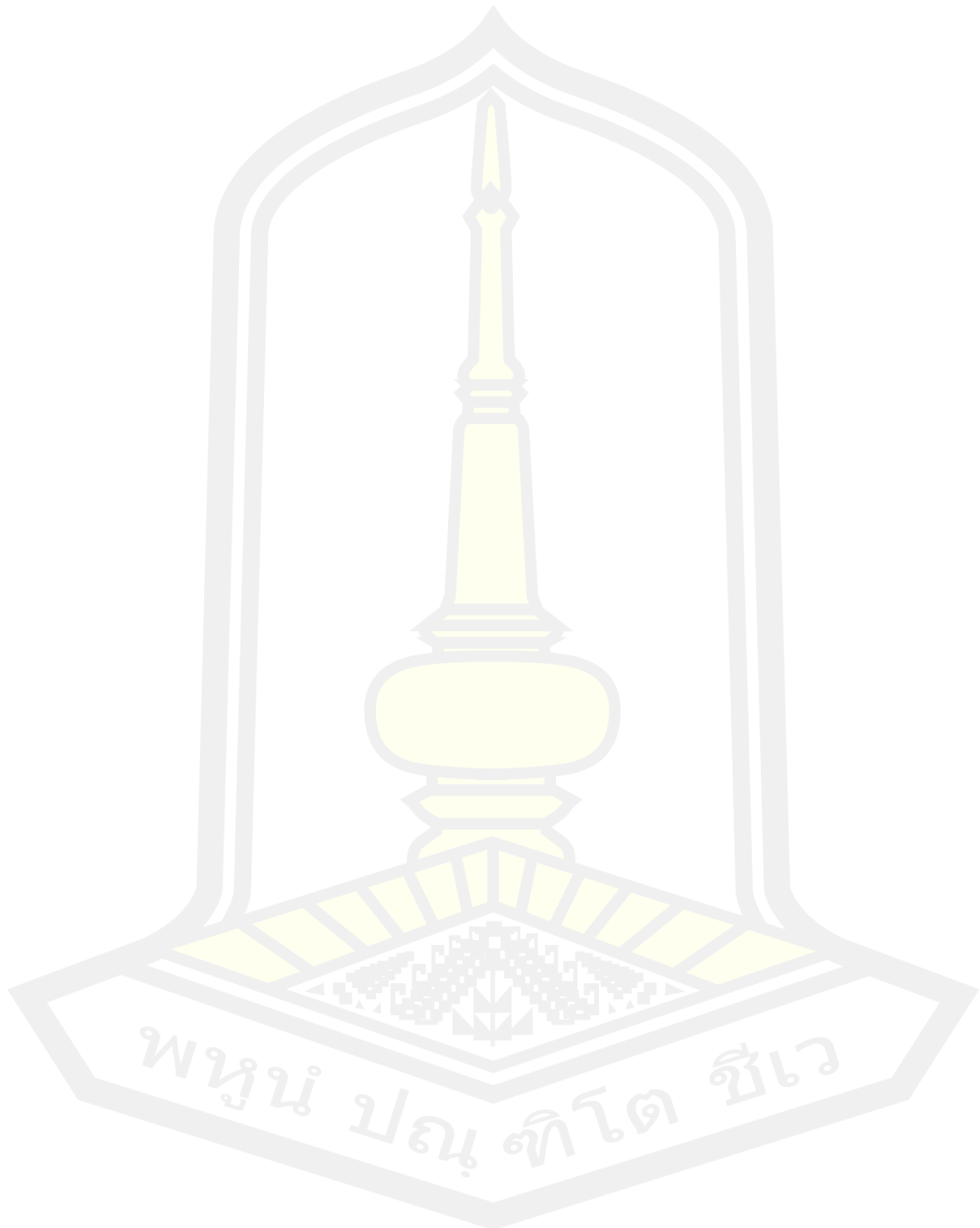
ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสงเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ให้ความกรุณาตรวจแนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ รวมถึง ดร.นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก ดร.ทันตแพทย์หญิง อรรวรรณ นามมนตรีและคณะ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตร หนูเจริญกุล พร้อมทั้ง นายแพทย์ธรรณิทร์ กอง สุขและคณะ ที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการแปลและตรวจสอบคุณภาพ นักวิชาการทุก ท่านที่ผู้วิจัยนำผลงานมาอ้างอิงในวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่เอื้ออำนวยในการศึกษาตลอดหลักสูตรระดับปริญญาโท

ขอขอบคุณ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอบึง และตำบลใน พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สกลนคร และนครพนม ที่ประสานงานในพื้นที่และจัดหากลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้อง เหมาะสมและครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตลอดจนหน่วยวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่อการวิจัยที่เป็นประโยชน์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอมอบส่วนดีทั้งหมดของวิทยานิพนธ์นี้เป็นความกตัญญูกตเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

วรินทร์มาศ เกษทองมา

ตุลาคม 2564



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 บริบททางสังคมของประชากร.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 กรอบแนวคิดและทฤษฎีการวิจัย.....	4
1.5 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.6 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.7 นิยามศัพท์.....	6
1.8 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 ความพยายามฆ่าตัวตาย.....	7
2.2 ทฤษฎีความผาสุก.....	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	25
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	26

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	28
3.4 การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย	28
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน.....	31
4.1 ข้อมูลทั่วไป.....	31
4.2 ประสบการณ์ชีวิต	35
4.3. ความเข้มแข็งในการมองโลก	37
4.4 การเผชิญปัญหา.....	38
4.5 อาการซึมเศร้า.....	40
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย	42
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	45
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	45
5.2 อภิปรายผล.....	46
5.3 ข้อเสนอแนะ	52
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ	65
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย	68
ภาคผนวก ค หลักฐานจริยธรรมงานวิจัย	77
ประวัติผู้เขียน.....	79

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม	33
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ชีวิต	36
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเข้มแข็งในการ	38
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเผชิญปัญหา.....	39
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของอาการ	41
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ	42
ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา .	44

พหุบัณฑิต ชีวะ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย	46



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรโลกกว่า 800,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี โดยคิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายในปีคริสต์ศักราช 2019 เท่ากับ 10.9 คนต่อแสนประชากร ซึ่งประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ ลิทัวเนีย คิดเป็น 31.9 คนต่อแสนประชากร (O'Connor & Pirkis, 2016; WHO., 2019) สำหรับในภูมิภาคอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเฉลี่ย 7.4 คนต่อแสนประชากร โดยอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 8.0 คนต่อแสนประชากร ทั้งนี้ พบว่า ในทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และพบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีนั้น คิดเป็นร้อยละ 10.0 - 20.0 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำได้สูง และร้อยละ 10.0 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมักจะจบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

เดนนิสัน แม็คโดนาลด์ ทอมกินส์ และมิวเนียร์ (Dennesson, McDonald, Tompkins, & Meunier, 2020) ได้ศึกษาเพื่ออธิบายลักษณะความคิดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าความคิดฆ่าตัวตายจะมีลักษณะเรื้อรัง โดยมีความรุนแรงและระยะเวลาที่แตกต่างกัน ผู้มีการมองเห็นตนเองในแง่ลบ ไม่มีความสุข ครุ่นคิดแต่เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ จะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น รวมทั้ง แม็กและคณะ (Mak et al., 2020) ได้ศึกษาความหลากหลายของปัจจัยกับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เพศ อายุ และจำนวนครั้งของการประเมินสุขภาพจิต มีผลต่อความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่างๆ มักพบว่ามีผลกระทบต่อร่างกายมากขึ้น แตกต่างกันไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนด้านจิตใจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสภาพจิตใจที่ไม่ดี มีความเครียดสูงจากภาวะภายนอกหรือภายในครอบครัว ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต และส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัวและคนใกล้ชิด การพยายามฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยเฉพาะหากฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา ผู้ใกล้ชิดจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกละอาย และความเศร้าโศกเสียใจไปตลอดชีวิต เพราะอาจเป็นเสมือนตราประทับในใจ (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021) นอกจากนี้ผลกระทบต่อสังคมอาจพบความเศร้า หวาดกลัวเหตุการณ์ มีความไม่สงบสุข รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การขาดรายได้เมื่อต้องอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากจะทำให้ตัวบุคคลได้รับอันตรายแล้ว ยังทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมด้วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) การพยายามฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นความสูญเสียทั้งแก่ประเทศและ

ทางเศรษฐกิจ ซึ่ง Orri et al. (2021) ได้ทำการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อเติบโตขึ้นจะมีรายได้จากการทำงานต่ำกว่าปกติ มีความเสี่ยงต่อการรับสวัสดิการของรัฐ และจะมีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล โดยที่ปัจจัยภายใน หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตัวผู้ฆ่าตัวตายเอง เช่น พันธุกรรม บุคลิกลักษณะบุคคล และการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิต (Olsson et al., 2017b; นกตล สำอางค์, 2563) ส่วนปัจจัยภายนอก หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายนอกตัวผู้กระทำ เช่น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาสังคมที่เน้นบริโภคนิยม การดิ้นรนแข่งขัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นความเครียด และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยปัจจัยทั้งสี่นี้ นับว่าเป็นแนวคิดที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky) ซึ่งเป็นแบบจำลองทางจิตวิทยาที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีโครงสร้างหลัก คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยง (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017)

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดหลัก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเอาชนะอุปสรรค และจัดการกับความเครียด โดยทำความเข้าใจ จัดการ และให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี (อรฉัตร คุรุรัตน์, 2562)

การเผชิญปัญหา เป็นวิธีการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคล ที่บุคคลใช้ในการแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหา โดยหวังผลให้เกิดความสุข (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) เป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Ogden, 2012)

สิ่งกระตุ้นความเครียด เป็นสิ่งที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งเป็นลักษณะปกติของการมีชีวิตทั่วไป แล้วบุคคลจะพยายามตอบสนองจนเกิดภาวะความตึงเครียด และมีผลให้เกิดความเครียดตามมา โดยมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หากระดับของสิ่งกระตุ้นความเครียดเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ง่าย (รวีพรดี พลูลาภ, 2560; สุรัชย์ เฉนีง ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนัธ คล่องดี, 2563)

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเศร้าของบุคคล ที่อาจมีเพียงเล็กน้อย มีตลอดเวลา หรือเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมา (Zimmerman, Balling, Chelminski, & Dalrymple, 2018) นับเป็นอาการทางจิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีความสุข หรือมีอาการซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว นำไปสู่การทำร้ายตัวเอง (Beck & Alford, 2009; นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ผลการศึกษารวบรวมที่พบเกี่ยวกับประชากรมีภาวะซึมเศร้า แล้วไม่มีความสุข มีปัญหาสุขภาพจิต โดยที่ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 19.5 ในประเทศอังกฤษพบได้ร้อยละ 10.0 – 15.0 (Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk, & Andreas, 2013) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มีรายงานของการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า คนไทยไม่มี

ความสุข มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 7.4 โดยในกลุ่มนี้พบว่ามีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 6.5 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยภูมิภาคที่พบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดภาวะโรคก่อนข้างสูง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2559)

การทำความเข้าใจปัจจัยที่นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตาย สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของบุคคลที่เกี่ยวข้องและทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะภาวะทางจิต ซึ่งผู้วิจัยจะสามารถสังเกตอาการที่แสดงออก และยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่สามารถพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่จะช่วยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายซ้ำ จากปัจจัยทั้งสี่ตามแนวคิดของทฤษฎีความผาสุก ส่วนใหญ่มีการนำทฤษฎีนี้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดทำโปรแกรมหรือรูปแบบในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการศึกษาด้านการฆ่าตัวตาย (Eriksson & Lindström, 2008) แต่ยังไม่ได้นำแนวคิดย่อยมาศึกษาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดย่อยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายมาศึกษาความสัมพันธ์ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อลดระดับอาการซึมเศร้า อันเป็นเป้าหมายทำให้บุคคลรู้สึกมีความสุขเพิ่มขึ้น

1.2 บริบททางสังคมของประชากร

จังหวัดสกลนครและนครพนม เป็นจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยจังหวัดสกลนคร มีลักษณะเป็นที่ราบสูง ส่วนจังหวัดนครพนม มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม ซึ่งลักษณะพื้นที่ของทั้งสองจังหวัดประกอบด้วยเนินเขาสูงและแหล่งน้ำ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม นับถือศาสนาพุทธ มีแหล่งท่องเที่ยวขึ้นชื่อด้านศาสนา จึงมีภาพลักษณ์ของเมืองชาวพุทธที่สงบเยียบ ปัญหาอาชญากรรมหรือการทะเลาะวิวาทน้อย อย่างไรก็ตาม การที่มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบสูง มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ นั้นนับว่าเอื้อต่อการเป็นเส้นทางลำเลียงสารเสพติด ซึ่งสถานการณ์สารเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดสกลนครและนครพนมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานจังหวัดสกลนคร, 2561; สุรพล พรหมกุล วิทยา ทองดี และทวีศิลป์ สารแสน, 2561) ทั้งนี้ ลักษณะเฉพาะของพื้นที่ดังกล่าว เช่น การเป็นแหล่งสารเสพติด ทำให้ประชากรในพื้นที่ติดสารเสพติดได้ง่าย ส่งผลต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตตามลำดับ และอาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นได้ (Knipe et al., 2018; นภดล สำอางค์, 2563) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอากาศหนาวเย็น จะพบแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เนื่องจากอุณหภูมิมีผลต่อสุขภาพจิต ทั้งนี้ มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และลักษณะอากาศ มีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย (Fountoulakis & Gonda, 2017; Mullins & White, 2019) รวมทั้ง สุพัตรา สุขาวท และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2560) ศึกษาพบว่าภาวะตั้งเครียดทางอารมณ์ ความครุ่นคิด และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในจังหวัดนครพนม

ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จปี 2561-2563 ของเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 324, 354 และ 424 คน ตามลำดับ จังหวัดที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากในระดับเขต ได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม โดยจังหวัดสกลนคร มีจำนวน 99, 145 และ 181 คน ตามลำดับ

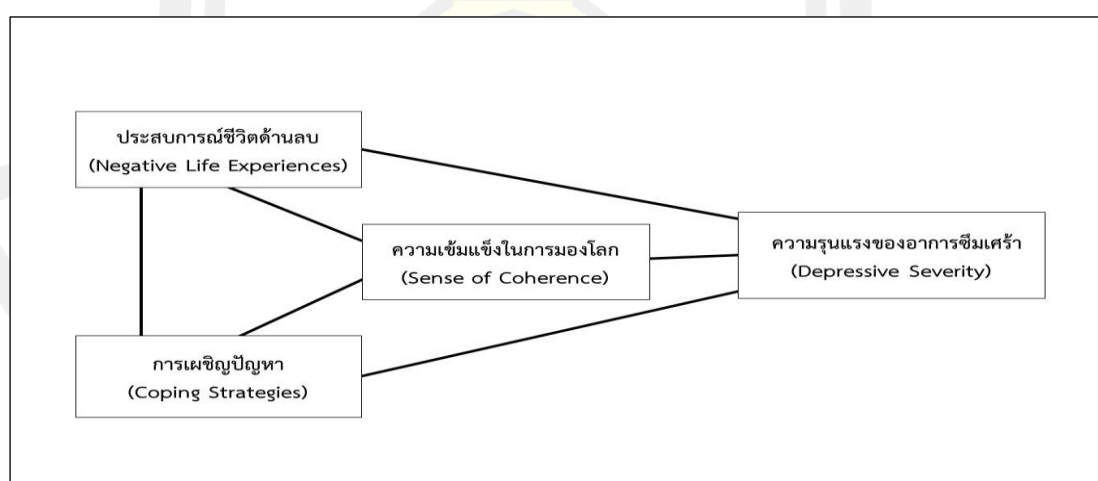
(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2563) ขณะที่จังหวัดนครพนม มีจำนวน 39, 45 และ 81 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2563)

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

1.4 กรอบแนวคิดและทฤษฎีการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความผาสุก (Salutogenic Theory) ที่พัฒนาโดย แอรอน แอนโทนอฟสกี (Aaron Antonovsky) ในปีคริสต์ศักราช 1987 (Eriksson & Lindström, 2008) เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย ข้อเสนอทางทฤษฎีที่สำคัญคือ มนุษย์รับรู้ความจริงในเรื่องความสามารถในการเข้าใจ ความสามารถในการจัดการ และความสามารถในการให้ความหมาย ประกอบกันเป็นความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ซึ่งส่งผลต่อการเผชิญปัญหาหรือความเครียด สุขภาพ และความผาสุก ในชีวิตของมนุษย์เองที่มีปัญหาแวดล้อม ความท้าทายต่าง ๆ ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดหลักที่ส่งผลผ่านไปยังปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ รองลงมาคือแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาการเผชิญปัญหา (Coping strategies) สิ่งกระตุ้นความเครียด ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ (Life experiences) รวมทั้งตัวแปรตามที่เป็นภาวะปัญหาสุขภาพจิตคือความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Depressive severity) ที่แต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ส่งผลต่อการมีหรือไม่มีความสุขนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (Antonovsky, 1987) สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 สมมติฐานการวิจัย

1.5.1 ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.3 การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.4 ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.5 การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลก ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5.6 ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหา ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Research Design)

1.6.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเลือกศึกษาที่จังหวัดสกลนครและนครพนม เนื่องจากจังหวัดสกลนครมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับสองของเขต แต่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด และเมื่อเรียงลำดับพื้นที่อำเภอทั้งเขต พบว่า อำเภอในจังหวัดสกลนครมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด รวมทั้งมีจำนวนอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเกณฑ์ขีดของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ขณะที่จังหวัดนครพนมมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และมีจำนวนอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าเกณฑ์ขีดของกระทรวงสาธารณสุข รองลงมา

1.6.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 เดือน

1.6.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุในช่วงที่มีอัตราการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ เขต และจังหวัดสูง คือช่วงอายุในวัยทำงาน ได้แก่ อายุ 20-40 ปี และ 41-59 ปี ผู้วิจัยจึงกำหนดช่วงอายุของประชากรในการศึกษาทั้งสองช่วงรวมกันคือ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ตามรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนมระหว่างเดือนตุลาคม 2562-กันยายน 2563 จำนวนรวม 209 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ตามรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม จำนวน 146 คน

1.7 นิยามศัพท์

1.7.1 ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ หมายถึง เหตุการณ์เชิงลบที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 5 ปีที่ผ่านมา แล้วทำให้บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความรู้สึกยุ่งยากใจ ซึ่งแสดงผลรวมเป็นความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น โดยแสดงถึงความรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา บุตร คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อน การเงิน และสุขภาพ จากการประเมินด้วยแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ของพิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005)

1.7.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จากการทำความเข้าใจ การจัดการ และการให้ความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากการประเมินด้วยแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ของอรวรรณ นามมนตรี และคณะ (Nammontri, Robinson, & Baker, 2013)

1.7.3 การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ด้านการแก้ไขปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ จากการประเมินด้วยแบบประเมินการเผชิญความเครียด ของสมจิต หนูเจริญกุล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1.7.4 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในระดับจากน้อยไปมาก จากการประเมินอาการ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ของธรณินทร์ กองสุข และคณะ (ธรณินทร์ กองสุข สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล ศุภชัย จันทรทอง เบญจมาศ พุกษ์กานนท์ สุพัตรา สุขาวห และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2561)

1.7.5 ความพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ความพยายามที่จะกระทำการให้ตนเองถึงแก่ความตายโดยตั้งใจ แต่กระทำไม่สำเร็จ อย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

1.8 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.8.1 สามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตาย

1.8.2 สามารถนำผลการวิจัยด้านประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก หรือการเผชิญปัญหา ไปวางแผนแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตาย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

1.8.3 สามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก หรือการเผชิญปัญหา เพื่อลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่จะส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตาย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ความพยายามฆ่าตัวตาย

- 2.1.1 ความหมาย
- 2.1.2 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย
- 2.1.3 ประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.5 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.6 ผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.7 แนวคิดทฤษฎีการอธิบายการฆ่าตัวตาย
- 2.1.8 การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.9 การป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.2 ทฤษฎีความผาสุก (Salutogenic Theory)

2.1 ความพยายามฆ่าตัวตาย

2.1.1 ความหมาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) มาจากคำว่า อธิวินิตบาตกรรม โดยคำว่า “อิตต”(sui) หมายถึง ตัวตน ตนเอง (self) คำว่า “วินิตบาตกรรม” (caederd) หมายถึงการทำลาย การฆ่า (to kill) และคำว่า “กรรม” หมายถึง การกระทำ ดังนั้น การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่าหรือทำลายตนเอง (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021; สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554)

ความพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts หรือ parasuicide) หมายถึง การทำร้ายตนเองให้ได้รับบาดเจ็บ โดยผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตราย หรือทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือกในการทำลายชีวิต (O'Connor & Pirkis, 2016) แต่ไม่ตาย โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมแยกตัว และมีอาการซึมเศร้า หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นในที่สุดจะหาทางออก เพื่อให้ตนเองพ้นทุกข์หรือเพื่อให้พ้นจากปัญหา นำไปสู่การตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย (ปัทพร แจ่มสันเทียะ และชนัดดา แนบเกษร, 2561) ทั้งนี้ เดนนิสัน แม็คโดนาล ทอมกินส์ และมิวเนียร์ (Denneson et al., 2020) ได้ศึกษาเพื่ออธิบายลักษณะความคิดฆ่าตัวตายของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายมีลักษณะเรื้อรัง โดยมีความรุนแรงและระยะเวลาที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีความคิดเพิ่มขึ้นเนื่องจากการมองตนเองในแง่ลบ ไม่มีความสุข ครุ่นคิดแต่เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ จะ

นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น รวมทั้ง แมกและคณะ (Mak et al., 2020) ได้ศึกษาความหลากหลายของปัจจัยกับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เพศ อายุ และจำนวนครั้งของการวินิจฉัยสุขภาพจิต มีผลต่อความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดย นุษย์ เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการศึกษาของ (Olfson et al., 2017) พบผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุน้อยกว่า 50 ปีเช่นกัน การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (emergency psychiatry) ที่ต้องการการจัดการทางจิตเวชอย่างทันทีทันใด เนื่องจากมีผลต่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้อื่น (กุศลลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพนธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิริณา อภิสิทธิ์ ภิญโญ, 2560)

2.1.2 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรกว่า 800,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายปีคริสต์ศักราช 2019 ระดับโลก 10.9 คนต่อแสนประชากร ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ ลิทัวเนีย 31.9 คนต่อแสนประชากร รองลงมาคือ รัสเซีย กายอานา เกาหลีใต้ และเบลารุส อัตรา 31.0 29.2 26.9 และ 26.2 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับภูมิภาคอาเซียน พบอัตราการฆ่าตัวตาย 6.8 คนต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยมีอัตราสูงสุด รองลงมาคือ สิงคโปร์และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (WHO., 2019) ทั้งนี้ ข้อมูลประเทศไทยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปี 2560-2562 มีรายงาน 6.0 6.3 และ 6.6 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 มีรายงาน 5.1, 6.1 และ 7.1 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยทุกจังหวัดในระดับเขตพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี รวมทั้งจังหวัดสกลนครและนครพนม สำหรับจังหวัดสกลนคร มีรายงาน 4.7, 5.6 และ 8.2 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วน จังหวัดนครพนม มีรายงาน 4.0, 4.1 และ 8.1 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2563) ทั้งนี้ ข้อมูลประเทศไทยพบว่าทุก 2 ชั่วโมงมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีร้อยละ 10.0-20.0 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10.0 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะจบชีวิตของตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จปี 2561-2563 ของเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 324, 354 และ 424 คน ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากในระดับเขต ได้แก่ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดนครพนม โดยจังหวัดสกลนคร มีจำนวน 99, 145 และ 181 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2563) ขณะที่จังหวัดนครพนม มีจำนวน 39, 45 และ 81 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2563)

สำหรับ การฆ่าตัวตายจากการมีภาวะซึมเศร้า นั้น พบว่า ร้อยละ 50.0 ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าประชากรมากกว่า 300 ล้านคน หรือ ร้อยละ 4.0 ของประชากรโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ

20.4 (WHO., 2019) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือร้อยละ 2.5 ของประชากรไทย และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณวันละ 10-12 คน โดยเฉลี่ยทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ ข้อมูลผู้มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จ ของเขตสุขภาพที่ 8 พบ 5.0 ต่อแสนประชากร เมื่อคิดเป็นรายจังหวัด พบ 0.2-0.3 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2563; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2563) อีกทั้ง สุตริก พิละกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย (2563) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 37.5 เคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต และร้อยละ 50.0 จะพยายามฆ่าตัวตายมา 1 ปี ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายได้ง่าย เพราะฉะนั้นควรมีมาตรการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ได้ก่อนการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย

2.1.3 ประเภทของการพยายามฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายมีการแบ่งหลายประเภท เนื่องจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็น พฤติกรรมที่ซับซ้อน การมองจึงมีความแตกต่างและหลากหลาย

ประเภทของการฆ่าตัวตายตามพฤติกรรม มี 5 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่หนึ่ง คิด ฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำลายตนเอง ซึ่ง อาจแสดงออกโดยคำพูด การเขียน หรือผ่านทางงานศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ ประเภทที่สอง ชูจะฆ่าตัวตาย (suicide threats) มีการพูดหรือการเขียน เกี่ยวกับความ ตั้งใจที่จะฆ่า ตัวตาย แต่ไม่มี การกระทำ ประเภทที่สาม มีท่าทีจะฆ่าตัวตาย (suicide gesture) มีการทำร้าย ตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจและไม่คาดหวังว่าตนเองจะ จบชีวิตลง แต่กระทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย ประเภทที่สี่ พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) มีการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองแต่ไม่ตาย ประเภทที่ห้า ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicides) ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และกระทำสำเร็จโดยมีสติ สัมผัสัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ (Diekstra & Gulbinat, 1993; Oquendo, Baca-García, Mann, & Giner, 2008; Suicide Prevention Resource Center, 2019; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

นอกจากนี้ ยังมีประเภทของการฆ่าตัวตายตามระดับความตั้งใจหรือเจตนา โดย ประเภทตามระดับความตั้งใจ ได้แก่ การเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนชีวิตใหม่จะได้ไปเกิดใหม่ คิดว่า ชาตินี้หน้าจะมีความสุขมากกว่านี้ การที่ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ผู้ที่มีความ เจ็บป่วยทางกายอย่างรุนแรง ต้องการตายเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ผู้ที่เป็นโรคจิตมักฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด รวมทั้งผู้ที่ฆ่าตัวตายเพราะมีความโกรธแค้น พยาบาท ต้องการประชดให้ผู้อื่นรู้สึกผิด (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) ส่วนประเภทการฆ่า ตัวตายจากเจตนาของผู้กระทำการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประเภทที่หนึ่ง การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผน ล่วงหน้า (pre-planned suicide) โดยจะมีการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศชายที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ ยังพบในพวกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง

(chronic depression) โดยใช้วิธีการรุนแรงที่มั่นใจว่าได้ผล ซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย ประเภทที่สอง การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (ambivalent suicide) มักมีสาเหตุมาจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตายเพื่อ เรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้า แต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด โดยมักเป็นวัยรุ่น การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น ประเภทที่สาม การฆ่าตัวตายที่มีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลอื่นเพื่อให้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตน (coercive suicide) ถือว่าเป็นการทำโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้อื่นเกิดความละอายและเป็นทุกข์ ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และมีช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจจะเขียนจดหมายลาตายก่อน ส่วนวิธีการส่วนมากจะเป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง และมักกระทำสำเร็จในครั้งแรก ประเภทที่สี่ การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (faux suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง มักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดจึงพยายามฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุ โดยไม่ได้อยากตายจริง กรณีนี้พบมากถึงร้อยละ 75.0 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดทั่วโลก คือ การแขวนคอ และใช้อาวุธปืน วิทยากรฆ่าตัวตายมากที่สุด เฉลี่ยช่วงอายุ 20-59 ปี เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่จะมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (J. Kim et al., 2015; พุทธิรักษ์ รัศมียอง พนิดตา เส็งทอง และธนัช กนกเทศ, 2563; สุตรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2563) ดังนั้น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จจนเวลาต่อมา ในจำนวนคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 8 คนจะมีคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน คิดเป็นอัตราส่วน 8 ต่อ 1 (WHO., 2019; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การพยายามฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การพยายามฆ่าตัวตายแบบประห้วง (suicidal gesture) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายประเภทนี้ใจจริงไม่อยากตาย แต่ทำลงไปเพื่อประห้วง หรือเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น และการพยายามฆ่าตัวตายแบบจริงจัง (serious suicidal attempt) เป็นบุคคลที่ตั้งใจทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงและจริงจัง บุคคลประเภทนี้มักจะคิดว่าไม่มีทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีอื่นนอกจากตายจึงพันทุกข์ มีความคิดในการมองชีวิตว่าว่างเปล่า ไร้ค่า ไร้ความหมาย ไร้ที่พึ่ง คิดว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปนับวันแต่จะมีปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Mak et al., 2020)

2.1.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

สัญญาณเตือนที่ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีสีหน้าทุกข์หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่า ผิดหวังรุนแรง อาจดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา มีการวางแผนฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง มีประวัติเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยการฆ่าตัวตายมาก่อน หรือเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และโรคจิตอารมณ์แปรปรวน หรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ มีความเครียด รู้สึกกดดันอย่างหนัก สูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน) รวมทั้ง มีคนในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตาย (National Institute of Mental Health Information

Resource Center, 2021; O'Connor & Pirkis, 2016) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depression) ได้แก่ อาการซึมเศร้านอนไม่หลับ กระวนกระวาย มีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง (Zimmerman et al., 2018) หรือโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ที่เป็นความผิดปกติของจิตใจที่มีลักษณะโดยรวมคือ มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) คือไม่มีความสุขหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) เป็นสัญญาณเตือนต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้ง่าย (Beck & Alford, 2009; ตฤติลา จำปาวัลย์, 2560) ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าและมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ และสายสุตา โภชนากรณ์, 2563; สตรีรัก พิระกันทา และณัฏฐภัณท์สันต์ ศรีวิชัย, 2563) รวมทั้ง ศิวพร มหาทานุโชค (2562) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีภาวะสุขภาพจิตที่แสดงออกถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย ทั้งด้านอารมณ์ การพูด และการแสดงออก

2.1.5 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความพยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายมีหลายปัจจัย การพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นไม่สามารถเจาะจงได้ว่าเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง (Suicide Prevention Resource Center, 2019; นภดล สำอางค์, 2563) อาจแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

ปัจจัยภายใน หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตัวผู้กระทำเองอันเป็นพื้นฐานสำคัญของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มองเห็นหรือมองไม่เห็นก็ตาม (Chiras, 2013) ตัวอย่างเช่น พันธุกรรมที่บิดามารดาหรือญาติมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีบุคลิกภาพผิดปกติ ที่มีลักษณะเฉพาะคือมักเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น ขาดความยั้งคิด หรือการมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม การติดสารเสพติดและการติดสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดจะมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังเกิดจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิต อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลของสารเคมีในสมองซึ่งควบคุมอารมณ์ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้หมดหวัง จนคิดอยากฆ่าตัวตาย เมื่อพยายามฆ่าตัวตายจึงมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่าไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เศร้าใจและทุกข์ระทมใจเป็นอย่างมาก (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021; O'Connor & Pirkis, 2016) การศึกษาทางการแพทย์พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ โดยผู้ป่วยประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย (Suominen et al., 2004; นภดล สำอางค์, 2563) รวมทั้ง อาจมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรควิตกกังวล หรือผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง เป็นปัจจัยที่ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจ และความรู้สึกของผู้ป่วย (Ruengorn et al., 2012; WHO., 2019)

ส่วนปัจจัยภายนอก หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกบุคคลผู้นั้น ไม่ว่าจะมองเห็นหรือมองไม่เห็นก็ตาม (Chiras, 2013) ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม โดยด้านสังคมที่พบในคนที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมที่เน้นบริโภคนิยม การดิ้นรนแข่งขัน เกิดความเครียด ส่งผลให้การฆ่าตัวตายในสังคมเพิ่มมากขึ้น (J. Kim et al., 2015; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; สุตรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2563) นอกจากนี้ การสื่อสารที่มีความทันสมัย รวดเร็ว ไร้พรมแดนในปัจจุบัน อาจส่งผลให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม การฆ่าตัวตายได้ เช่น สังคมออนไลน์ เว็บไซต์เกี่ยวกับวิธีการฆ่าตัวตาย การเผยแพร่ความเชื่อของลัทธิต่าง ๆ ที่เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่น่ายogy่อง ปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น การทำฮาราคีรีของชาวมุสลิมหรือทหารในประเทศญี่ปุ่นเมื่อแพ้สงคราม ขณะที่ประเทศจีนเพศหญิงจะได้รับการยอมรับจากครอบครัวของตนเองและสามีน้อยกว่าเพศชาย รวมทั้งการมีประเพณีคลุมถุงชน ผู้หญิงจึงมีอัตราการทำตัวตายสูง (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021; O'Connor & Pirkis, 2016)

นอกจากนี้ การถูกรุกรานแรง ถูกกลั่นแกล้งทางร่างกายหรือจิตใจ การประสบกับปัญหาที่รุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ การติดสารเสพติด สุราหรือบุหรี่ ผู้ที่มีประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว เหตุการณ์วิกฤตในบางเหตุการณ์ที่สร้างความตึงเครียดให้ชีวิต ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้ เช่น การถูกบอกเลิกความสัมพันธ์ ปัญหาด้านการเงิน หรือการไม่มีงานทำประจำ ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วย (Ruengorn et al., 2012; WHO., 2019; สุตรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2563) อีกทั้ง ยังมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก โดยเริ่มจากการมีภาวะซึมเศร้าก่อน ได้แก่ ประสบการณ์ชีวิต (life experience) เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ อาจมีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว (Radcliff, Crouch, Stropolis, & Srivastav, 2019) เฉพาะอย่างยิ่งหากไม่สามารถปรับตัวได้ ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence หรือ soc) เนื่องจาก มีความสำคัญต่อการปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการคิดฆ่าตัวตาย เป็นตัวทำนายสุขภาพจิตที่สำคัญ (Benson, 2013; Berg, 2010; Kuwato & Hirano, 2020; Polewka et al., 2001) รวมทั้ง การเผชิญปัญหา (coping strategies) เนื่องจากมีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหา มีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Ogden, 2012; ปรรธนา คำมีสินนท์ และคณะ, 2563) ทั้งนี้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาแสดงถึงผลสำเร็จของการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต (Klein & Vogt, 2019; Roy et al., 2017; Wilchek-Aviad & Cohen-Louck, 2020)

2.1.6 ผลกระทบของการพยายามฆ่าตัวตาย

ผลกระทบ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ อาจขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและมีใช้กลุ่มเป้าหมายหรือผลกระทบต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางตรง และทางอ้อม (Cantor & Baume, 1998) ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตายมีหลายด้าน ด้านร่างกายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการสูญเสีย เนื่องจาก การพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่าง ๆ มักพบว่าร่างกายเกิดบาดแผล ถ้ามีการใช้ของมีคม ของแข็งทำร้ายร่างกาย การใช้ปืน การกระโดดตึก กระโดดที่สูง หรือการวิ่งให้รถชน จะทำให้ร่างกายบาดเจ็บ และอาจเกิดความพิการได้ ในบางรายที่มีการทำร้ายตนเองด้วยการใช้สารเคมีต่าง ๆ เช่น สารกำจัดแมลง สารกำจัดวัชพืช ทำให้เกิดบาดแผลในระบบทางเดินอาหาร การทำหน้าที่ของตับบกพร่องจากการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด และจะทำให้เกิดผลเสียมากขึ้นหากรับประทานยาร่วมกับสุรา หรืออาจทำให้ลำไส้ตีบเนื่องจากการดื่มน้ำยาล้างห้องน้ำที่มีฤทธิ์ของสารเคมีสูง สมองชาตออกซิเจนภายหลังผูกคอ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ด้านจิตใจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีสภาพจิตใจ อารมณ์ที่ถูกบีบคั้น มีความเครียดสูงจากภาวะภายนอกหรือครอบครัว ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต และส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลที่เป็นที่รักและคนใกล้ชิด การพยายามฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยเฉพาะหากฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา จะมีความรู้สึกผิด รู้สึกกละอาญ และความเศร้าโศกเสียใจไปตลอดชีวิต เพราะอาจเป็นเสมือนตราบาปในใจของผู้ใกล้ชิด (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021)

สำหรับผลกระทบด้านสังคมพบว่า ในสังคมไทยประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การฆ่าตัวตาย ศาสนาพุทธถือว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายผิดศีลและเป็นบาป สำหรับศาสนาอิสลามเชื่อว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายจะตกนรก การพยายามฆ่าตัวตายอาจเกิดอันตรายต่อสังคมในกรณีที่ฆ่าผู้อื่นและฆ่าตัวเอง ปัญหาสังคมจากผู้สูญเสียจากการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดคดีต่าง ๆ ทำให้สังคมเกิดความไม่สงบสุข นอกจากนี้ ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การขาดรายได้จากการที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงการขาดโอกาสในการทำงาน ถ้าเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562)

ดังนั้น ผลกระทบจากการพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากจะทำให้ตัวบุคคลได้รับอันตรายแล้ว ยังทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมด้วย

2.1.7 แนวคิดทฤษฎีการอธิบายการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีพื้นฐานด้านสุขภาพจิต อธิบายถึงการฆ่าตัวตายว่า ไม่เพียงแต่แสดงถึงความขัดแย้งในจิตใจเท่านั้น แต่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคม และชุมชน ทฤษฎีที่กล่าวถึงการฆ่าตัวตายไว้ ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) กล่าวว่า คนที่ฆ่าตัวตายจะมีแรงขับที่จะทำร้ายตนเอง (death instinct) ต่อดตนเองและมี

พื้นฐานที่ก้าวร้าว เมื่อประสบกับเหตุการณ์หรือสูญเสียบุคคลที่รัก จะมีความโกรธต่อบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไป แต่ความโกรธนี้จะถูกเคลื่อนย้ายที่ใช้กลไกทางจิตแบบแทนที่ (displacement) ในกรณีที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายความโกรธได้ ผลสุดท้ายความโกรธจะพุ่งเข้าหาตนเอง (introjection) กลายเป็นโกรธ เกลียด และลงโทษตนเอง จึงตัดสินใจทำลายตนเองในที่สุด (Joiner Jr, Van Orden, Witte, & Rudd, 2009)

ทฤษฎีฆาตกรรมตนเอง (Self-murder Theory) คาร์ล เมนนิงเจอร์ (Karl Menninger) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการประกอบกรรมฆาตกรรมแก่ตนเอง (self-murder) คนที่ฆ่าตัวตายมักมีความต้องการที่จะฆ่า (wish to kill) ความต้องการที่จะถูกฆ่า (wish to be killed) และความต้องการที่จะตาย (wish to die) เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันและในบุคคลเดียวกัน จึงเป็นเหตุให้บุคคลฆ่าตัวตาย (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพนธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิริณา อภิสัทธ์ ภิญโญ, 2560)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) นั้น ชัลลิแวนได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลว่า บุคคลมีลักษณะ 3 ประการ คือ ในสภาวะมั่นคงปลอดภัย บุคคลจะเป็นสิ่งที่ดี หรือ “good me” ในสภาวะกังวลบุคคลจะเป็นสิ่งไม่ดี หรือ “bad me” ถ้าอยู่ในสภาพจิตที่เลวร้าย บุคคลจะอยู่ในสภาพที่ไม่มีตัวเอง หรือ “not me” เมื่อใดก็ตามความมั่นคงและความปลอดภัยไม่สามารถแก้ไขได้ ก็อาจเปลี่ยนสภาพจาก “bad me” ไปสู่ “not me” และคิดทำลายตนเองก็เป็นหนทางหนึ่งเพื่อหลุดพ้นจากความเศร้าเสียใจได้ ดังนั้น การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้ง ที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Van Orden et al., 2010) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) อธิบายถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ไขปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหามักทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาเกิดจากอะไรและเกี่ยวข้องกับใครบ้าง นอกจากนี้ ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Beck & Alford, 2009)

ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic Theory) อธิบายว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลมีความสูญเสีย (loss) ในสิ่งต่างๆ ได้แก่ สูญเสียคนรักหรือของรัก สูญเสียทรัพย์สิน เงินทอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ชื่อเสียง เกียรติยศ หรือก่อให้เกิดความอับอาย การสูญเสียในสิ่งเหล่านี้ เป็นเหตุให้บุคคลมีความเศร้าที่รุนแรงจนฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีจิตพลวัตยังมีแนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในด้านการสื่อความหมาย 2 นัย คือ นัยแรกเป็นรูปแบบของการทำลายตนเอง ส่วนนัยที่สองเป็นการร้องขอความช่วยเหลือและความเห็นใจจากบุคคลสิ่งแวดล้อมหรือเป็นความต้องการที่จะหนีให้พ้นจากสภาพที่ทนไม่ได้ (Van Orden et al., 2010)

เนื่องจากการฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมที่มีสาเหตุซับซ้อน มีสาเหตุหลายประการ ที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เชื่อว่า การฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม (biopsychosocial factors) กล่าวคือ ทฤษฎีด้านชีวภาพ (biological theories) อธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างของสารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์

หรือทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงว่า สารเคมีในสมองที่ควบคุมอารมณ์ คือ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ แกมมา อมิโน บิวทริก แอซิด (gamma amino butric acid) รวมทั้งความผิดปกติในระบบซีโรโทนิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีระดับของสารซีโรโทนินในน้ำไขสันหลังต่ำ ทฤษฎีด้านจิตใจ (psychological theories) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ ระหว่างความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ และความต้องการที่จะตาย แต่ความต้องการที่จะตายนั้นมีแรงผลักดันมากกว่าซึ่งความขัดแย้งดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญหรือสิ่งของที่ตนเองรัก การฆ่าตัวตายจึงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าหาตนเอง สำหรับทฤษฎีด้านสังคม (sociological theories) นักสังคมศาสตร์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม โดยได้แบ่งกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็น 3 กลุ่ม โดยเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคม คือ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความรู้สึกรักผูกพันกับสังคม (egoistic suicide) และการฆ่าตัวตายเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (Joiner Jr et al., 2009; Van Orden et al., 2010)

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง เนื่องจากการฆ่าตัวตายของบุคคลใดบุคคลหนึ่งมักมีความเกี่ยวข้องกับหลายทฤษฎี

2.1.8 การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องให้การดูแลอย่างเป็นระบบและอาศัยความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพ เนื่องจากเป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง และมีความซับซ้อน ดังนั้น จึงมีการคิดค้นและนำเสนอรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลายรูปแบบ และมีการสรุปประเด็นในการเสนอแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไว้ โดย มาโนช หล่อตระกูล (2553) ได้กล่าวถึงแนวทางในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยตามความฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในการดูแลผู้ที่ฆ่าตัวตายในระยะวิกฤตสิ่งสำคัญคือการคัดกรองผู้ป่วยตามความฉุกเฉิน โดยลำดับแรกประเมินอาการทางกายว่าจำเป็นต้องให้การช่วยทันทีหรือไม่ เมื่อช่วยเหลืออาการทางร่างกายว่าอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยแล้ว และสามารถให้ข้อมูลได้ ควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทันทีว่าอยู่ในระดับไหน ในการรักษาอาการทางร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน ผู้ป่วยที่กินยาหรือสารพิษต่าง ๆ อาจรักษาโดยการลดการดูดซึมของสารพิษ เร่งการขจัดสารพิษออกจากร่างกาย หรือให้ยาไปต่อต้านฤทธิ์ของสารพิษ จากนั้นต้องดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับต่อมา ซึ่งต้องสามารถจำแนกระดับการดูแลผู้ป่วยคือ การเฝ้าดูแลบ่อย ๆ ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตหรือสับสน การเฝ้าดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ใช้ในกรณีที่มีความเสี่ยงและอาจมีอาการหุนหันพลันแล่น การผูกมัด อาจมีความจำเป็นในกรณีที่วางใจไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเองเมื่อใด ประเมินพบว่ายังต้องการทำร้ายตัวเองอยู่ แต่ต้องระมัดระวังในการกระทำการใช้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะวุ่นวาย กระวนกระวายแม้ได้ผูกมัดแล้ว

หากไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยกลับบ้านแล้วจะปลอดภัย และเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองอีก รวมทั้งสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ก็ควรรับผู้ป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาล โดยมีหลักการพยาบาล คือ การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ การเฝ้าดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับการประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีลักษณะหุนหันพลันแล่น เพิ่งทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล และยังมีความต้องการฆ่าตัวตายอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลแบบใกล้ชิด มีมาตรการป้องกันในหอผู้ป่วย เช่น จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวม ให้ผู้ป่วยนอนเตียงใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ปิดล็อกหน้าต่าง ระวังตำแหน่งลับตาคนห้องที่ไม่ได้ใช้ให้ลือคกุญแจ ปิดครอบตำแหน่งที่มีชื่อ คาน หรือที่ผู้ป่วยอาจใช้แขวนคอได้ฝักบัวอาบน้ำ ราวแขวนต่าง ๆ ไม่ควรฝังยึดแน่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ ควรมีการดูแลไม่ให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น ของมีคม มีดโกน ผ้าหรือเชือกยาว ๆ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้นำสิ่งของเหล่านี้อยู่กับตัว อธิบายญาติไม่ให้นำสิ่งของเหล่านี้มาให้ผู้ป่วย และด้านบุคลากรควรมีการประเมินระดับความเสี่ยง และลงบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยในแต่ละเวร มีการส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังในแต่ละเวร ชี้แจงให้ญาติทราบข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยต้องกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การรักษาโรคหรือภาวะทางจิตเวช ในส่วนของการรักษาในระยะนี้ เป็นการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเป็นการบำบัดอาการของโรคที่เป็นพื้นฐานของการทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น การมีภาวะหุนหันพลันแล่น หรือมีภาวะซึมเศร้าท้อแท้ เนื่องจาก อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นผลมาจากมีการลดต่ำลงของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เซลล์ของสมองทำงานแปรปรวนไปโดยเฉพาะส่วนที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมและหน้าที่สำคัญอย่างอื่น เช่น การนอนหลับและการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนดเวลา ยาจะไปเพิ่มระดับสารสื่อประสาทดังกล่าวให้เป็นปกติ ส่งผลให้เซลล์สมองกลับมาทำงานได้เหมือนเดิม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562; มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงการดูแลก่อนกลับบ้านและติดตามดูแลต่อที่บ้าน โดยการดูแลก่อนกลับบ้าน นั้น ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับการติดตามดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมและอารมณ์ที่อาจเป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ เมื่อเกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยตามสาเหตุ ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำเป็นต้องกำหนดแนวทางไว้ มีการติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาได้ตามสาเหตุ และมีแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

2.1.9 การป้องกันการฆ่าตัวตาย

วิธีการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การยอมรับว่ามีความทุกข์ หาสาเหตุของความทุกข์ ระบายความทุกข์โดยพูดคุยปรึกษากับคนที่ไว้ใจ หากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ หากคนช่วยเหลือ เช่น เพื่อน ญาติ เจ้าหน้าที่จากภาครัฐ (National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2021; O'Connor & Pirkis, 2016) การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ มีการวางแผนป้องกันระดับมหภาค ที่ต้องมีการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน เป็นการดำเนินการตั้งแต่ระดับประเทศ ภูมิภาคไปจนถึงระดับบุคคล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) และ มาโนช หล่อตระกูล (2553) ได้เสนอมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้และพูดคุยปรึกษากัน ตลอดจนพัฒนาความร่วมมือระหว่างชุมชน ครอบครัว วัด รวมถึงการให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ทำร้ายตนเอง จัดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต บริการปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในช่วงที่ชีวิตตกอยู่ในภาวะวิกฤต จะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกทางเดิน ที่เป็นประโยชน์ในระยะยาว การวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชอย่างถูกต้องผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในขณะที่ฆ่าตัวตาย เฉพาะอย่างยิ่งการมีภาวะซึมเศร้าหรือติดสุรา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากจึงไม่ได้ใช้บริการที่หน่วยบริการจิตเวชอย่างทั่วถึง สถานบริการทางสุขภาพทั่วไปจึงต้องมีการกำหนดขีดความสามารถ ในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้อย่างถูกต้อง และบริการสุขภาพที่จัดขึ้น ทั้งการดูแลทางกาย ทางจิตเวช และการบำบัดรักษาสารเสพติด ควรมีความเชื่อมโยงถึงกัน เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาหลายอย่างพร้อมกัน ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็งเอื้ออาทรต่อกันแก่ครอบครัวและชุมชน การปกป้องลูกหลานจากค่านิยมที่ไม่เหมาะสม พัฒนาสถาบันการศึกษาให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพกายและใจ สร้างสรรค์สังคมให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ร่วมกันสร้างคุณค่าให้ชุมชน จะเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการควบคุมวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ การศึกษาในหลายประเทศ พบว่า การควบคุมอุปกรณ์หรือวิธีการที่มีผู้ใช้ฆ่าตัวตายบ่อย จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการฆ่าตัวตายนั้น ส่วนหนึ่งเป็นการกระทำที่หุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุน้อย หรือทำได้เพราะมีวิธีการที่ง่ายและไม่ทรมาน การมีมาตรการป้องกันควบคุมการใช้อุปกรณ์จึงช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลง

ทั้งนี้ เฟเจลแมน (Feigelman & Feigelman, 2008) ศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อฟื้นชีวิตแล้ว แต่เมื่อกลับไปอยู่ในสังคม อาจเกิดการทำร้ายตัวเองได้อีก โดยเมื่อต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการแก้ไข ปัญหาต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น แต่เกิดการปรับตัวไม่ได้หรืออาจปรับตัวได้แต่ไม่ดี อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย และนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของฮอว์ตัน ซาฮัล และเวเธอรอล (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003) ที่ศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็น 66 เท่า ของประชากรทั่วไปที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความคิดฆ่าตัวตายที่ยัง

หลงเหลืออยู่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตาม การได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) รวมทั้ง การชี้ให้เห็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (สุณีทิพย์เกษร และธิปัตย์ โสถถิวรรณ, 2558) การส่งเสริมการจัดการอารมณ์ซึมเศร้า (Beck & Alford, 2009)

2.2 ทฤษฎีความผาสุก

2.2.1 ความหมายและความเป็นมา

ทฤษฎีความผาสุก (Salutogenic Theory) “Salutogenic” มาจากรากศัพท์ “salute” แปลว่า “health” หรือ “wellness” และ “genesis” คือ การถือกำเนิด ดังนั้น “Salutogenic” หมายถึง จุดกำเนิดของสุขภาพดี (Antonovsky, 1987) ในประเทศไทยมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป อาทิ สุขภาวะกำเนิด การส่งเสริมสุขภาพ การมีสุขภาพดี ความผาสุก (สกล สิงหะ, 2554) ทฤษฎีความผาสุก พัฒนาโดยอารอน แอนโทนอฟสกี (Aaron Antonovsky) นักสังคมสงเคราะห์การแพทย์ชาวอิสราเอล ในปีคริสต์ศักราช 1985 จากการศึกษาบุคคลที่มีชีวิตรอดจากการรมควันในค่ายกักกันสมัยสงครามนาซี ทฤษฎีเริ่มจากคำถามที่ว่า “ทำไมบุคคลที่มีชีวิตรอดจากค่ายกักกันจึงไม่มีความสุขกับการมีชีวิตใหม่ ไม่ยินดีกับการมีชีวิต และไม่สามารถปรับตัวในสังคมได้” นำมาซึ่งการศึกษาวิจัยของแอนโทนอฟสกีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพของบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นตัวทำนายว่า บุคคลนั้น ๆ จะสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีในระดับใด (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Espnes, 2017) แอนโทนอฟสกีพยายามเผยแพร่แนวคิดทฤษฎีความผาสุกไปยังหลายประเทศทั่วโลก เพื่อพัฒนาทฤษฎีให้เกิดความชัดเจนอย่างต่อเนื่อง แต่แอนโทนอฟสกีได้เสียชีวิตก่อนในเวลาต่อมา ขณะที่ Eriksson and Lindström (2008) ได้ทำการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยสุขภาพจิตในแนวคิดของทฤษฎีชาลูโตเจนิค หมายถึงตำแหน่งของบุคคลในจุดหนึ่งของวงจรชีวิต เป็นมิติที่ต่อเนื่องจากปลายด้านหนึ่งอารมณ์ที่ทุกข์ระทมเจ็บปวดอย่างแรง กับอีกจุดปลายหนึ่งเป็นความรู้สึกที่ผาสุกทางจิตใจ

2.2.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence)

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การมองโลกและชีวิตอย่างเข้าใจเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อเหตุการณ์ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่เป็นได้ทั้งเหตุและผล เกิดเป็นความเข้มแข็งในการมองโลก หรือความเข้มแข็งในการมองโลกที่มีเป้าหมายให้ประสบผลสำเร็จสมหวังหรือมีความสุข โดยในความเป็นจริงอาจทำได้ในระดับหนึ่งซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต มีองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการทำความเข้าใจ (comprehensibility) 2) ความสามารถในการจัดการ (manageability) และ 3) ความสามารถในการให้ความหมาย (meaningfulness) (Christman, 2019; Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) ทั้งนี้ องค์ประกอบความสามารถในการให้ความหมายมี

ความสำคัญที่สุดเนื่องจากหากไม่มีหรือมีน้อย แม้จะมีองค์ประกอบอีกสองด้านสูง ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูงที่เกิดขึ้นก็จะมีลักษณะชั่วคราวเท่านั้น องค์ประกอบที่มีความสำคัญรองลงมา คือ ความสามารถทำความเข้าใจซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และองค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการที่ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น (ชยพล มั่นจิต, 2563) ทั้งนี้ เบนญูภา พิภักษ์วัน วราภรณ์ แยมทิม และประสงค์ ตันพิชัย (2561) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบเชิงกระบวนการในการจัดการความเครียดต่อพัฒนาการของความเข้มแข็งในการมองโลก และการปรับตัวในการทำงานของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังการใช้รูปแบบดังกล่าวนักศึกษามีความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวในการทำงานดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ขณะที่ สยาภรณ์ เดชดี และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมความเข้มแข็งในการมองโลก และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดเพิ่มขึ้น อีกทั้ง มัชวาน โคมโสภา และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก ของวัยรุ่นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้วยตัวแปรความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ ความสามารถในการบริหารจัดการ และความสามารถในการให้ความหมาย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก ของวัยรุ่นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความหมายในชีวิต มิตรภาพ และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

ควา สโตะและฮิราโน (Kuwato & Hirano, 2020) ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกกับความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย อีกทั้ง เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ได้ชัดเจนกว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนโพลีวา และคณะ (Polewka et al., 2001) ได้ศึกษาแนวคิด ความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยคะแนน ความเข้มแข็งในการมองโลก ของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต่ำกว่าคนที่มีความสุขปกติ และลดต่ำมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

นอกจากนี้ ซิลเวอร์ธอร์น (Silverthorn, 2005) พบว่า ครอบครัวบำบัดโดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นกรอบกลยุทธ์ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำให้ทราบว่าจะแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน รวมทั้งความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ประสบการณ์ การฝึกอบรมวิชาชีพ รวมถึง การแต่งงาน และการอยู่ร่วมกับครอบครัว ขณะที่ เบิร์ก (Berg, 2010) ได้ศึกษาการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายหลังจากการบำบัดด้วยไฟฟ้า พบว่า การทดสอบด้วยแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นตัวทำนายการเสียชีวิตจากภาวะซึมเศร้าหรือการป่วยทางจิต ส่วน เบ็นสัน (Benson, 2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในชีวิตเชิงลบกับการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสบการณ์ชีวิตเชิงลบและการฆ่าตัวตาย

ขณะที่ วาลซ์ (Walsh, 2014) ได้วิเคราะห์ขอบเขตทางเศรษฐกิจและสังคมที่อธิบายอัตราการตายที่สูงขึ้นในเมืองกลาสโกว์เมื่อเปรียบเทียบกับเมืองอื่น ๆ ในสหราชอาณาจักรพบว่า ทูทางสังคม ความเข้มแข็งในการมองโลก และมุมมองด้านจิตวิทยาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการมองโลกใน

แง่ดี) จะส่งผลให้อัตราการตาย สาเหตุของการเสียชีวิต ความซับซ้อนของการเสียชีวิต และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันด้วย งานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาเพิ่มขึ้นหลายปัจจัย รวมทั้งการเปรียบเทียบกับเมืองอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้นำมาเปรียบเทียบ อีกทั้ง เคลนและวอกท์ (Klein & Vogt, 2019) ได้ศึกษาแนวทางการใช้ทฤษฎีความผาสุก เป็นกรอบแนวคิดในการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาในโรงเรียน โดยตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความเข้าใจในปัญหา ความสามารถในการจัดการ ความสามารถในการให้ความหมาย ผลการศึกษาพบว่า โรงเรียนเป็นสถานที่ที่ดีเยี่ยม สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นไปที่ แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก ในการเสริมสร้างความเข้าใจ ความสามารถในการจัดการ และการให้ความหมาย ถ้าคะแนนการประเมินตามตัวแปรดังกล่าวสูง จะทำให้เกิดกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงบวก และทำให้สุขภาพดีด้วย

อย่างไรก็ตาม Jha (2001) อมรา ชูพลสัจย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนัดดา แนบเกษร (2561) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ขณะที่ จาห์ (Jha, 2001) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในนักศึกษาอินเดีย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย รวมทั้ง ไม่เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในนักศึกษาอินเดียด้วย

2.2.3 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

ปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลก คือ

1) แหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป (General Resistance Resources หรือ GRRs) ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคล กลุ่มคน หรือสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลและช่วยให้จัดการกับความเครียดได้ ประกอบด้วย แหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้เชิงพันธุกรรมและลักษณะเฉพาะบุคคล กับ แหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้เชิงจิตสังคม โดยแหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้เชิงพันธุกรรมและลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่รวมเป็นแหล่งที่มาของความต้านทานและภาวะจิตสังคมหลัก ๆ สรุปรวมเป็นแหล่งที่มาของความต้านทานด้วย โดยมีองค์ประกอบย่อย 4 องค์ประกอบ คือ รูปแบบการเลี้ยงดู บทบาททางสังคม และโอกาสในการมีแหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ ส่วนแหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้เชิงจิตสังคม ถือเป็นองค์ประกอบหลักของแนวคิด ประกอบด้วย ทรัพยากรการจัดการ ความรู้และสติปัญญา ความเป็นตัวตนของตนเอง กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนและความผูกพันทางสังคม พันธสัญญา วัฒนธรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อด้านศาสนาหรือปรัชญาหรือศิลปะ และพฤติกรรมป้องกันโรค (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Espnes, 2017)

สำหรับแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไปนั้น วิลเชค-เอเวียด และโคเฮิน-ลูค (Wilchek-Aviad & Cohen-Louck, 2020) ได้ศึกษาประสิทธิผลในการลดแนวโน้มของการฆ่าตัวตายในประชากรผู้สูงอายุและวัยหนุ่มสาว โดยการใช้ทฤษฎีความผาสุก เป็นกรอบแนวคิด ด้วยตัวแปรความเชื่ออำนาจ และความหมายในชีวิต พบว่า แหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ตามตัวแปรนี้ สามารถควบคุมปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคลอันเป็นประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประชากรทั้งสองกลุ่มลดลง ขณะที่ เคลนและวอกท์ (Klein & Vogt, 2019) ได้ศึกษาแนว

ทางการใช้ทฤษฎีความผาสุกเป็นกรอบแนวคิดในการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาในโรงเรียนพบว่า ถ้าผลการประเมินของผู้เรียนสูงตามแนวทางการใช้ทฤษฎี จะทำให้เกิดกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงบวก และก่อให้เกิดการมีประสบการณ์ชีวิตในเชิงบวกแล้วพัฒนาให้มีความเป็นอยู่อย่างผาสุกและสุขภาพดีด้วย อีกทั้ง รอย และคณะ (Roy et al., 2017) ได้ศึกษาความเครียดของเกษตรกรพบว่า ทฤษฎีความผาสุกช่วยนำไปสู่กลยุทธ์การเผชิญความเครียดโดยสะท้อนไปถึงประสบการณ์ชีวิตรวมทั้งได้เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไว้ด้วย สำหรับการศึกษาในประเทศไทย อรรถธร คุรุรัตน์ (2562) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถนำเอาทรัพยากรที่ตนมีอยู่ หรือที่เรียกว่าแหล่งที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ มาใช้อย่างเหมาะสม เป็นการพัฒนาประสบการณ์ชีวิตที่จะทำให้มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟันสม่ำเสมอ การไปรับบริการทันตกรรมเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และการงดสูบบุหรี่ส่งผลให้มีสภาวะปริทันต์ที่ดี เป็นโรคปริทันต์และโรคฟันผุน้อย ทั้งนี้ จากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าแหล่งช่วยในการเผชิญปัญหาที่เอื้อให้เกิดประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน

2) ประสบการณ์ชีวิต (Life experience) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในทฤษฎีความผาสุก ประสบการณ์ชีวิตเป็นประสบการณ์ทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ซึ่งทำให้เกิดความสุขหรือความทุกข์ใจ โดยธรรมชาติคนเราสะสมความรู้สึกต่อประสบการณ์ชีวิตมาตั้งแต่ชีวิตในวัยเด็ก และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดช่วงชีวิต ประสบการณ์ชีวิตมีลักษณะที่เกิดขึ้น 3 ลักษณะ คือ ความสม่ำเสมอของประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการปรับผลลัพธ์ และความสมดุลระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) การศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งสะสมมาหลายปี ได้แก่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับ บิดามารดา หรือผู้ดูแล คนรัก ญาติ เพื่อน การเงิน และสุขภาพ ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ หากเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วสร้างความยุ่งยากใจมาก จะส่งผลให้ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูง และมีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในอนาคต (Boonyamalik, 2005) ทั้งนี้ ฟราวเฟลเกอร์ และคณะ (Frounfelker et al., 2020) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตเชิงลบของผู้ลี้ภัย พบว่าการเผชิญปัญหาและความเข้มแข็งในการมองโลกที่ไม่ดี มีผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจก่อให้เกิดการทำร้ายตัวเองได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป แม็คเคด และคณะ (McDaid et al., 2020) ได้ศึกษาแนวทางเชิงสุขภาพในการปฏิบัติตนตามทฤษฎีความผาสุกตัวแปรที่ศึกษา คือ ประสบการณ์ในอดีต ความเครียด และสิ่งแวดล้อมภายนอกพบว่า เกย์ กะเทย และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน มักจะมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดี แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดการกลยุทธ์ใหม่ในการทำงานร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยมีข้อเสนอแนะว่าการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันจะช่วยทำให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรักษาสุขภาพและเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งนี้ จากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลหลายประการรวมทั้งความเข้มแข็งในการมองโลก โดยประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ดีหรือในแง่ลบย่อมส่งผลให้ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่ดีด้วย

3) ความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ และความผาสุก ดังนั้น สิ่งกระตุ้นความเครียด เป็นสิ่งที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งเป็นลักษณะปกติของการมีชีวิตทั่วไป บุคคลจะพยายามตอบสนองจนอาจทำให้เกิดภาวะความตึงเครียด โดยมีความเครียดมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งกระตุ้นความเครียด มีทั้งสิ่งกระตุ้นเชิงจิตสังคม สิ่งกระตุ้นเชิงชีวเคมีและกายภาพ ได้แก่ อุบัติเหตุ ประสบการณ์การทำงาน ความกลัวต่อประสบการณ์ที่ไม่ดี ความคับข้องใจ ความกลัว ความก้าวร้าว เหตุการณ์ทั่วไป การเปลี่ยนแปลงกะทันหัน วิกฤติทางจิตสังคม วิกฤติในชีวิตประจำวัน ความขัดแย้งในสังคมและช่องว่างระหว่างวัฒนธรรมกับสังคม (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) ทั้งนี้ สลูทเจส คูเซ็นแคมป์ และ ซาฮาโซ (Slootjes, Keuzenkamp, & Saharso, 2018) ได้เขียนเรื่องเล่าเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการว่างงานของหญิงอพยพ โดยใช้ทฤษฎีความผาสุกพบว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีกว่าจะมีแนวโน้มที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับความอดทนและผลกระทบได้ดีกว่า

ความเข้มแข็งในการมองโลกกับแนวคิดย่อยดังกล่าวข้างต้นได้แก่ แหล่งต้านทานความเครียดทั่วไป ประสบการณ์ชีวิต และความเครียด ส่งผลต่อการมีหรือไม่มีความสุข (health ease or disease) (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพ ผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ส่วนผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี คือบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น การเกิดอาการทางกาย การมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ รวมทั้งการมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (WHO., 2019; แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต, 2560)

2.2.4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทฤษฎีความผาสุก

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย นี้ ได้นำแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุกมาใช้ ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นความเครียด และการไม่มีความสุขหรือภาวะการเจ็บป่วย ที่พิจารณาจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้า นำมากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษา เนื่องจากแนวคิดตามทฤษฎีความผาสุกส่วนใหญ่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยสุขภาพจิตในแนวคิดของทฤษฎีความผาสุก หมายถึง ตำแหน่งของบุคคลในจุดหนึ่งของวงจรชีวิต เป็นมิติที่ต่อเนื่องจากปลายด้านหนึ่งอารมณ์ที่ทุกข์ระทมเจ็บปวดอย่างแรงกับอีกจุดปลายหนึ่งเป็นความรู้สึกที่ผาสุกทางจิตใจ อีกทั้งการศึกษาด้านการฆ่าตัวตายเป็นการนำแนวคิดตามทฤษฎีมาใช้ในการศึกษาโดยรวม ยังไม่ได้้นำแนวคิดย่อยมาเป็นแนวทางในการศึกษาอย่างชัดเจน (Eriksson & Lindström, 2008) ทั้งนี้ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทฤษฎีความผาสุกอธิบายตามแนวคิดได้ ดังนี้

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นตัวทำนายสุขภาพจิตที่สำคัญโดยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต่ำกว่าคนที่สุขภาพจิตดี และลดต่ำมากในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (H. S. Kim, Nho, & Nam, 2021;

Nammontri et al., 2013; Thompson, Herens, van Ophem, & Wagemakers, 2021; เกษร สายธนู อมรรรัตน์ นระสนธิ และเกษราภรณ์ เคนบุพผา, 2562; อรฉัตร คุรุรัตน์, 2562) จึงมีนักวิจัยหลายท่านที่ประสบผลสำเร็จในการนำความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อศึกษา ทั้งเชิงสำรวจหรือทดลอง อาทิ ซิลเวอร์ธอร์น (Silverthorn, 2005) เคลนและวอกท์ (Klein & Vogt, 2019) อรฉัตร คุรุรัตน์ (2562)

การเผชิญปัญหา (Coping strategies) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแหล่งต้านทาน ความเครียดทั่วไปเชิงจิตสังคม ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการตัดสินใจของบุคคลว่าจะทำร้ายตนเองหรือไม่ ทั้งนี้ กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความมีเหตุผล ความยืดหยุ่น ความคิดเห็นกว้างไกล (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) การเผชิญปัญหา มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหา มีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Ogden, 2012) ซึ่งตามแนวคิดของ โฟล์คแมน และลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ บุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพนั้นตลอดจนปัจจัยภายในบุคคล อาทิ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม อาทิ การได้รับความช่วยเหลือ การใช้ ความรู้จากแหล่งบริการ สัมพันธภาพในครอบครัว และ การสนับสนุนทางสังคม (ปรารธนา คำมีสินธ์ และคณะ, 2563; สุภาพ เหมือนชู ภาวนา กิริยิตตวงศ์ และวริยา วชิราวัฒน์, 2559) ทั้งนี้ การเผชิญปัญหาแสดงถึงผลสำเร็จของการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต (Klein & Vogt, 2019; Roy et al., 2017; Wilchek-Aviad & Cohen-Louck, 2020)

สิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) หากระดับของสิ่งกระตุ้นความเครียดเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ง่าย (รวีพรตติ พูลลาภ, 2560; สุรัชย์ เณียงปาริชาติ เมืองขวา และกมลนันธ์ คล่องดี, 2563) สิ่งกระตุ้นความเครียด ได้แก่ อุบัติเหตุ การรอดชีวิต ประสบการณ์การทำงาน ความกลัวต่อประสบการณ์ที่ไม่ดี ความคับข้องใจ ความกลัวความก้าวร้าว เหตุการณ์ทั่วไป การเปลี่ยนแปลงกะทันหัน วิกฤติทางจิตสังคม วิกฤติในชีวิตประจำวัน ความขัดแย้งในสังคม ช่องว่างระหว่างวัฒนธรรมกับสังคม (Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) รวมทั้ง เหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ อาจมีผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ปัญหาที่สะสมจากประสบการณ์ไม่พึงประสงค์จะแสดงให้เห็นว่า อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อการทำงานของร่างกายตลอดจนความรู้ความเข้าใจพฤติกรรม และสุขภาพจิตของบุคคลนั้น นำไปสู่การทำร้ายตัวเองได้ง่าย (Boonyamalik, 2005; Frounfelker et al., 2020; Radcliff et al., 2019) อัจฉริยา อภิวัฒน์กุล และปรีชวัน จันทร์ศิริ (2563) ศึกษาพบว่าการเป็นโรคทางจิตเวช และการเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะเหตุการณ์ทางลบในชีวิตของผู้มีสุขภาพจิต (สุณี ทิพย์เกษร และธิปัตย์ โสถถิวรรณ, 2558; สุทธานันท์ ชุนแจ่ม โสภิน แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ, 2554) โดย ปรารธนา คำมีสินธ์

และคณะ (2563) สุตรัก พิละกันทา และณัฏฐภัณฑ์สัณห์ ศรีวิชัย (2563) ศึกษาพบว่าการศึกษาพบว่าการที่บุคคลเคยประสบปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา ครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ขณะที่การศึกษาของ J. Kim et al. (2015) พบผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาการเงินและสุขภาพ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Depressive severity) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เชื่องซึม ภาวะซึมเศร้ารุนแรงทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย (Zimmerman et al., 2018) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีความสุข หรือมีอาการซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว (Beck & Alford, 2009; นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Indu et al., 2017; Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) งานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่ Levey et al. (2019) สุรัชย์ เฉนียง ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนัถ์ คล่องดี (2563) โดยพบว่า เพศ ความเครียด ความวิตกกังวล เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ลัดดาวัลย์ มั่นพานิช และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2561) อีกทั้ง สุตรัก พิละกันทา และณัฏฐภัณฑ์สัณห์ ศรีวิชัย (2563) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 37.5 เคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต และร้อยละ 50.0 พยายามฆ่าตัวตายมาเป็นระยะเวลา 1 ปี

จากแนวคิดทฤษฎีความผาสุก (Salutogenic Theory) ที่พัฒนาโดย แอนโทนอฟสกี ในปีคริสต์ศักราช 1987 แนวคิดที่นำมาใช้กับงานวิจัยนี้ คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) การเผชิญปัญหา (Coping strategies) สิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) และการไม่มีความสุข (dis-ease) โดยการไม่มีความสุขพิจารณาจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Depressive severity) ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นองค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์กับทุกตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ก่อนที่จะส่งผลถึงตัวแปรอื่น ๆ รวมทั้งความรุนแรงของอาการซึมเศร้า



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research Design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม โดยการกำหนดจำนวนประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม ซึ่งมีอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยผู้วิจัยนำข้อมูลประชากรในระหว่างเดือน ตุลาคม 2562- กันยายน 2563 จำนวน 209 คน เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม โดยการคำนวณจากกลุ่มประชากรที่ได้จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำจำนวนประชากร คือ 209 คน มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย (วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, 2564) ซึ่งการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบในงานวิจัยนี้มีขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาด

ตัวอย่าง 136 คน \pm 10 คน เท่ากับ 146 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบด้วย

- 1) มีอายุ 20-59 ปี
- 2) ไม่มีอาการทางจิตขณะตอบแบบสอบถาม (จากข้อมูลผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินอาการทางจิต [Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS] ได้คะแนนไม่เกิน 36 (กลุ่มอาการจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2563) โดยบุคลากรของโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมการวิจัย)

- 3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจ

- 4) เป็นผู้ที่ยินยอมตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขั้นตอนที่ 2 นำประชากรมาเรียงลำดับตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยของแต่ละอำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณช่วง (interval) ที่ใช้ในการสุ่ม โดยใช้สูตร $N/n = 209/146 = 1.4 \sim 2$

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มหมายเลขตั้งต้น โดยวิธีสุ่มแบบอย่างง่าย ซึ่งเมื่อได้หมายเลขตั้งต้นแล้วจึงนำมานับช่วงทีละ 2 จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน ตามที่กำหนดไว้ ถ้าได้หมายเลขซ้ำเดิมจะข้ามไปหมายเลขถัดไป และสุ่มเวียนไปจนกว่าจะครบ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว งานอดิเรก บุคคลที่ร่วมพักอาศัย การยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย และ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ เป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (ภาษาไทย) ของ พิทักษ์พล บุญยามาลิก (Boonyamalik, 2005) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถาม The Negative Event Scale (NES) ฉบับภาษาอังกฤษ ของ เมย์เบอร์รี่ (Maybery, 2003) มีจำนวนข้อทั้งหมด 21 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.8- 0.9 จากข้อมูลการนำแบบสอบถามดังกล่าวนี้ไปใช้ในการวิจัยก่อนหน้านี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรขยายเหตุการณ์ที่สอบถามจากเดิมมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากต้องใช้เวลาของเหตุการณ์สะสมหลายปี (Boonyamalik, 2005) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบครอบคลุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด 5 ด้าน คือ

(1) ปัญหาภัยพิบัติหรือผู้ดูแล จำนวน 4 ข้อ

(2) ปัญหาครอบครัว คนรัก และ บุตร จำนวน 5 ข้อ

(3) ปัญหาญาติพี่น้องและเพื่อนพ้อง จำนวน 4 ข้อ

(4) ปัญหาการเงิน จำนวน 4 ข้อ

(5) ปัญหาสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ โดยเริ่มจาก 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ ไปจนถึง 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด คะแนนของเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมากที่สุด หมายถึง ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูงทั้งในรายชื่อและในภาพรวม โดยมีการแบ่งระดับคะแนน ดังต่อไปนี้

0 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น จึงไม่มีความยุ่งยากใจ

1 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่เกิดความยุ่งยากใจ

2 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก

3 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจบ้าง

- 4 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจมาก
- 5 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

2. แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence questionnaire)

แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย อารอน แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามฉบับสั้น 13 ข้อที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ นามมนตรี และคณะ (Nammontri et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.7-0.8 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) การทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จำนวน 5 ข้อ (2) การจัดการกับปัญหาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จำนวน 4 ข้อ และ (3) การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จำนวน 4 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 คือ ไม่เคยรู้สึกเลย จนถึง 7 คือ รู้สึกบ่อยมาก แบบประเมินทั้งหมดฉบับนี้มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 13-91 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง การมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

2. แบบสอบถามการเผชิญปัญหา เป็นแบบประเมินการเผชิญความ

เครียด (ภาษาไทย) ของ สมจิต หนูเจริญกุล (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษ คือ Coping Strategies Questionnaire (CSQ) ตามแนวคิดของ ลาซารัสและโพลด์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.7-0.8 แบบสอบถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านที่ 1 คือ การมุ่งแก้ไขปัญห จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นการแสวงหาข้อมูล 3 ข้อ การกระทำโดยตรง 3 ข้อ การแสวงหาความช่วยเหลือ 2 ข้อ และการหยุดยั้งการกระทำ 2 ข้อ ส่วนด้านที่ 2 คือ การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 คือ ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย จนถึง 4 คือ ใช้ วิธีการนี้บ่อยที่สุด แบบประเมินทั้งหมดฉบับนี้มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-80 คะแนน โดยที่คะแนนสูง หมายถึง การมีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียด

4. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยกลาง

(The 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect) เป็นเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าที่สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคได้ โดยที่เครื่องมือต้นฉบับได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในทางคลินิก คือ guideline depression for clinical care ของ University of Michigan (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.8-0.9 แบบประเมินฉบับนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่องโดยลำดับ (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561) ซึ่งในฉบับปรับปรุงนี้ ในแต่ละข้อของแบบสอบถามนี้มีการปรับตัวเลือก 2 ส่วน คือ “ไม่มีเลย” กับ “มี” โดยถ้าตอบว่า “มี” ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบอีก 2 ส่วน คือ ความรุนแรง โดยแบ่งระดับออกเป็น ความรุนแรงระดับน้อย ระดับปานกลาง และ ระดับมาก และ ความถี่ โดยแบ่งออกเป็น นาน ๆ ครั้ง (1-6 วัน) บ่อย (7-10 วัน) และ เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน) ในการแปลผล จะมีการคิดคะแนนรวมจากการนำระดับของความรุนแรงคูณด้วยความถี่แล้วแปลผลคะแนน ดังนี้ คือ

ค่าคะแนน น้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก
 ค่าคะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย
 ค่าคะแนน 13-17 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง
 ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 18 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรของการวิจัยนี้จำนวน 30 คน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) สำหรับแบบวัดที่เป็นแบบมาตราส่วน (Van Ness, Towle, Juthani-Mehta, & health, 2008; รัตนศิริ ทาโต, 2561) จากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ดังต่อไปนี้ คือ แบบสอบถามประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ เท่ากับ 0.9 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก เท่ากับ 0.8 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดโดยภาพรวม เท่ากับ 0.7 (โดยที่ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา เท่ากับ 0.7 ในขณะที่ด้านจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ 0.8) และ แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.8 นับว่าทุกเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เคยผ่านการใช้และหาค่าความเชื่อมั่นมาแล้ว ซึ่งกำหนดไว้ว่าต้องมีค่าความเชื่อมั่น 0.7 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2561; วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, 2564)

3.4 การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ดังต่อไปนี้

3.4.1 เมื่อเค้าโครงวิจัยผ่านคณะกรรมการสอบเค้าโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งผ่านการรับรองตามหนังสือรับรองเลขที่ 217-208/2564 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564

3.4.2 เมื่อเค้าโครงวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลประชากร ซึ่งเป็นข้อมูลแบบระบุเพียงรหัสจากพื้นที่มาดำเนินการตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งใช้รหัสกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

3.4.3 รวบรวมรหัสส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แทนการทราบชื่อกลุ่มตัวอย่างจริง เมื่อผู้ที่ได้รับการสุ่มไม่อยู่หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้เลือกผู้ถูกสุ่มคนถัดไปและถามข้อมูลความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มดังกล่าว โดยทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

3.4.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่จะทำการนัดหมายกับผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการกำหนดสถานที่ วัน และ เวลาที่จะพบกับผู้วิจัย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะนัดหมายที่คลินิกสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลและคลินิกจิตเวชป้องกัน Covid-19 ตามการนัดหมาย

3.4.5 เมื่อผู้วิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ โดยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์มที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งในการดำเนินการผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักการรักษาความลับ และการเข้าร่วมการวิจัย ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเดือดร้อนต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมใดๆ ในขณะที่ไม่พร้อมหรือไม่มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ในระหว่างตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ แต่อย่างใด ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยไม่พบการถอนตัวในระหว่างตอบแบบสอบถาม

3.4.6 ในระหว่างที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการใด ๆ ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่กดดันให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ ในทางตรงกันข้าม ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศในการพูดคุยแบบเป็นกันเอง กระตุ้นให้มีความเต็มใจในการตอบข้อคำถาม พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งระหว่างผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งให้ออกโอกาสและเวลาในการซักถามและตอบข้อคำถามตามแบบสอบถามได้อย่างเสรี เท่าเทียมกัน พร้อมรับฟังทุกข้อคำถาม และตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างในทุกประเด็น

3.4.7 เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ และได้นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3.4.8 ข้อมูลที่รวบรวมได้เมื่อบันทึก วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้สำหรับเป็นหลักฐาน 1 ปี ในตู้เก็บเอกสารที่มิดชิด ณ ห้องบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยเมื่อครบ 1 ปีแล้ว จะทำลายด้วยเครื่องย่อยกระดาษ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1 สืบหาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษาวิจัย

3.5.2 ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและนครพนม พร้อมทั้งทำจดหมายถึงโรงพยาบาลทุกแห่งที่ทำการวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.3 ผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายประชุมผู้ช่วยนักวิจัย คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทุกแห่งๆ ละ 1 คน ในพื้นที่เป้าหมาย และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดๆ ละ 1 คน ซึ่งสรุปโดยรวมแล้วมีผู้ช่วยวิจัยที่จังหวัดสกลนครจำนวน 19 คน และ จังหวัดนครพนม จำนวน 13 คน รวม 22 คน

3.5.4 ผู้วิจัยขอให้ผู้ช่วยนักวิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามถึงความยินยอมในการร่วมงานวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม เพื่อให้มีความสบายใจในการตัดสินใจตอบแบบสอบถามของการวิจัยในครั้งนี้และให้ระยะเวลาในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้อย่างเต็มที่

3.5.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง หากกลุ่มตัวอย่างคนใดมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้อ่านให้ฟัง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences) Version 27 จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในการอธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

3.6.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยได้วางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากคุณสมบัติของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) คือการแจกแจงไม่ปกติ ดังนั้น ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประสบการณ์ชีวิตในเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รวมทั้งการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตในเชิงลบ และการเผชิญปัญหากับความเข้มแข็งในการมองโลก ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนมาใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) แทน โดยมีการแปลผล คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก 0.21-0.50 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.51-0.80 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ0.81-1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง วูธิพงษ์ ภัคติกุล (2564)

บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational Research Design) ในครั้งนี้ ดำเนินการโดยใช้เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม/แบบประเมินตามตัวแปรที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดก็ตาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการระบุขอบเขตของกลุ่มประชากรที่จะศึกษาจากข้อมูลรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอทุกอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม ในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยข้อมูลประชากรที่นำมาใช้ในการคำนวณเพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนกันยายน 2563 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 209 คน จากข้อมูลดังกล่าว สามารถนำมากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 146 คน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากชุดข้อมูลที่ได้ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับมาใช้สถิติแบบ Nonparametric statistic คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) แทน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ข้อมูลทั่วไป
- 4.2 ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ
- 4.3 ความเข้มแข็งในการมองโลก
- 4.4 การเผชิญปัญหา
- 4.5 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือ 36.5 ปี (S.D. = 10.0) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 41.0 และรองลงมา คือ สถานภาพโสดและหย่า/เลิกกัน/หม้าย ในร้อยละที่เท่ากัน คือ 29.5

ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.5 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ระดับ

ปวส./ปกศ.สูง/อนุปริญญา และ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 24.7, 19.2 และ 15.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า โดยมีเพียงร้อยละ 8.9 เท่านั้น

ด้านประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพหลัก คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมา คือ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 20.4 ในขณะที่อาชีพเกษตรกรและอาชีพค้าขาย มีจำนวนที่เท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 16.4 สิ่งที่น่าสังเกต คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน/นักศึกษามีมากถึง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ในจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีอาชีพหนึ่งที่เข้ากับยุคสมัยปัจจุบัน คือ การขายของออนไลน์ (ร้อยละ 8.9) ส่วนอาชีพที่พบได้น้อยที่สุด โดยมีเพียง 1 คน คือ อาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 0.7 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 4,000 บาทต่อเดือน

ด้านงานอดิเรก ซึ่งนับว่าเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความเพลิดเพลิน พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะระบุว่าไม่มีงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 46.6 อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ระบุว่าตนเองมีงานอดิเรกทำนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมการปลูกต้นไม้มากถึงร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ การสื่อสารออนไลน์ ร้อยละ 8.9 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางคนระบุว่างานอดิเรกของตนเอง คือ การทำงานบ้านแล้วเกิดความเพลิดเพลิน ร้อยละ 6.1 สำหรับงานอดิเรกอื่นๆ ที่ไม่สามารถนับรวมเป็นประเภทเดียวกันได้ นั่นก็คือ การจักสาน ฟังเพลง/ดนตรี ดูทีวี เลี้ยงลูก-หลาน จัดอาสาช่วยงานชุมชน โดยนับจำนวนรวมกันได้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

ด้านการมีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะระบุว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 43.2 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเฉพาะโรคหรืออาการทางจิตรวมกันแล้วจะพบว่ามีมากถึงร้อยละ 44.5 ได้แก่ ซึมเศร้า ร้อยละ 21.2 จิตเภท ร้อยละ 11.6 อาการทางจิตจากการติดสารเสพติด ร้อยละ 7.5 โดยพบว่ามีไบโพล่าและเครียด/วิตกกังวล ร้อยละเท่าๆ กัน คือ 2.1 ในขณะที่โรคทางกายจะพบได้เพียงร้อยละ 11.6 ได้แก่ โรคตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง ร้อยละ 4.1 โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน ร้อยละ 6.8 และโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่พบโรคเดียวคิดเป็นร้อยละ 0.7 สำหรับผู้ที่มีทั้งโรคทางกายและทางจิตรวมกันก็พบ 1 ราย เช่นกัน คือ เบาหวานและมีความเครียดเป็นประจำ

ด้านการอยู่อาศัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถระบุได้มากกว่า 1 คำตอบ พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับกับบิดา มารดา ในร้อยละที่เท่าๆ กัน คือ 53.4 รองลงมา คือ อาศัยร่วมกับหลาน บุตร เพื่อน คู่สมรส และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 31.5, 28.1, 26.7, 19.2, และ 11.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน ที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 4.8

ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ข้อมูลยืนยันจากรายงานของจังหวัดซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเคยพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 98.6 แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายที่ระบุว่าตนเองไม่เคยฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 1.4 มีจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.0 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุถึงวิธีการฆ่าตัวตายโดยการใช้วิธีการกินยา ยาฆ่าแมลง สารเคมี คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมา คือ การกรีดตัวด้วยตามร่างกายและแขวนคอ คิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 4.1 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามี การดื่มสุราเกินขนาดและการปล่อยให้มมีอาการทางจิตโดยไม่กินยาในจำนวนเท่าๆ กัน คือ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุสาเหตุของการฆ่าตัวตายว่าเกิดจากความเครียดและวิตกกังวล

คิดเป็นร้อยละ 82.2 รองลงมา คือ น้อยใจ และเกิดจากหลายสาเหตุรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และ 2.1 ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่ามีการระบุงสาเหตุของการฆ่าตัวตายจากฤทธิ์ของสุรา/สารเสพติดจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
(n = 146)			
เพศ	ชาย	53	36.3
	หญิง	93	63.7
อายุ	M = 36.5 S.D. = 10.0 Min. = 20 Max. = 59		
สถานภาพสมรส	สมรส	60	41.0
	โสด	43	29.5
	หย่า/เลิกกัน/หม้าย	43	29.5
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	46	31.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	23	15.7
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	24.7
	ปวส./ปกศ.สูง/อนุปริญญา	28	19.2
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	8.9
อาชีพหลัก	ไม่มีอาชีพ	30	20.6
	รับจ้าง	39	26.7
	เกษตรกรกรรม	24	16.4
	ค้าขาย	24	16.4
	นักเรียน/นักศึกษา	15	10.3
	ขายของออนไลน์	13	8.9
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	Mean = 5233.6, S.D. = 4.2, Median=4,000.0 IQR. = 2,000.0 Min.=0 Max.= 20,000		
งานอดิเรก	ไม่มี	68	46.6
	ปลูกต้นไม้	50	34.2
	การสื่อสารออนไลน์	13	8.9

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทำงานบ้าน	9	6.1
อื่น ๆ (จักสาน ฟังเพลง/ดนตรี ดูทีวี เลี้ยงลูก-หลาน จิตอาสาช่วยงานชุมชน)	6	4.2
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรค	63	43.2
โรคซึมเศร้า	31	21.2
โรคไบโพลาร์	3	2.1
โรคจิตเภท	17	11.6
อาการทางจิตจากการติดยาเสพติด	11	7.5
โรคตับแข็ง/โรคพิษสุราเรื้อรัง	6	4.1
เครียด/วิตกกังวล	3	2.1
โรคเอดส์	1	0.7
โรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน	10	6.8
โรคทางกายและจิต (เบาหวานและมีความเครียดประจำ)	1	0.7
บุคคลที่อาศัยร่วมกันในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดา	78	53.4
มารดา	78	53.4
หลาน	46	31.5
บุตร	41	28.1
เพื่อน	39	26.7
คู่สมรส	28	19.2
ญาติ/พี่น้อง	17	11.6
อยู่คนเดียว	7	4.8
การเคยฆ่าตัวตาย		
ไม่ยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย	2	1.4
ยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย	144	98.6
จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย Median=2.0 IQR.=0 Min.=0 Max.= 15		
วิธีการฆ่าตัวตาย		
กินยา/ยาฆ่าแมลง/สารเคมี	128	87.7
กรีดอวัยวะตามร่างกาย	8	5.5
แขวนคอ	6	4.1
การดื่มสุราเกินขนาด	1	0.7
การปล่อยให้มีอาการทางจิตโดยไม่กินยา	1	0.7

สาเหตุการฆ่าตัวตาย

เครียด/วิตกกังวล	120	82.2
น้อยใจ	20	13.7
หลายสาเหตุรวมกัน	3	2.1
ฤทธิ์สุรา/สารเสพติด	1	0.7

4.2 ประสบการณ์ชีวิต

ข้อมูลด้านประสบการณ์ชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนในภาพรวม พบว่า มีคะแนนรวมเฉลี่ย 37.6 (S.D.=16.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบใกล้เคียงกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 6.0 - 9.9 (S.D. = 4.0 - 5.5)

ก. ด้านปัญหากับบิดามารดาหรือผู้ดูแล โดยพบว่า มี “การสื่อสารทางลบ” และ “ความขัดแย้ง” โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน คือ 1.6 (S.D.=1.2 และ 1.0 ตามลำดับ) รองลงมา คือ “ถูกโต้ตอบในทางลบ” และ “ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้แย้ง)” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 (S.D.=1.0) และ 1.4 (S.D.=1.1) ตามลำดับ

ข. ด้านปัญหากับครอบครัว คนรัก บุตร โดยพบว่า การที่ “คนในครอบครัวทำให้ผิดหวัง” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 1.7 (S.D.= 1.1) รองลงมา คือ “การสื่อสารทางลบ” และ “การถูกปฏิเสธ/ไม่ยอมรับ” มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.5 (S.D.=1.1 และ 1.0 ตามลำดับ) ในขณะที่ “ความขัดแย้ง” มีค่าเฉลี่ย 1.4 (S.D.= 1.1) และความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) มีค่าเฉลี่ย 1.3 (S.D.= 1.1)

ค. ด้านปัญหากับญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง โดยพบว่า “การมีกิจกรรมหรืองานรวมกัน” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 2.0 (S.D.= 1.2) รองลงมา คือ “การถูกตอบโต้ในทางลบ” มีค่าเฉลี่ย 1.6 (S.D.=1.4) สำหรับการมี “ความขัดแย้ง” และ “ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง)” มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.5 (S.D.=1.2)

ง. ด้านปัญหาการเงิน โดยพบว่า “เงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 2.7 (S.D.=1.5) รองลงมาคือ “เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งเพิ่มเติมนอกเหนือจากสิ่งจำเป็น” “เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งจำเป็น” และ “เงินไม่เพียงพอสำหรับการแสวงหาความรู้” โดยมีค่าเฉลี่ย 2.5 (S.D.=1.6), 2.4 (S.D.=1.3), และ 2.3 (S.D.=1.4) ตามลำดับ

จ. ด้านปัญหาสุขภาพ โดยพบว่า “สุขภาพทั่วไป” และ “การเจ็บป่วย” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระดับที่เท่ากัน คือ 2.0 (S.D.=1.4 และ 1.1 ตามลำดับ) รองลงมา คือ “สมรรถภาพทางร่างกาย” และ “การได้รับการรักษาพยาบาล” ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.9 (S.D.=1.3) และ 1.7 (S.D.=1.4) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาโดยละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอยู่ในช่วง 1.3 - 2.7 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ประสบการณ์ที่เป็นปัญหากับครอบครัว คนรัก บุตร โดยมีความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) เท่ากับ 1.3 (S.D.=1.1) ส่วนคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสบการณ์ที่เป็นปัญหาด้านการเงิน โดยเงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.7 (S.D.=1.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ชีวิต

(n = 146)

เหตุการณ์	Mean	S.D.
ปัญหากับบิดามารดา หรือผู้ดูแล	6.0	4.0
1. การสื่อสารทางลบ	1.6	1.2
2. ความขัดแย้ง	1.6	1.0
3. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง)	1.4	1.1
4. ถูกตอบโต้ในทางลบ	1.5	1.0
ปัญหากับคนในครอบครัว คนรัก บุตร	7.4	5.2
5. การสื่อสารในทางลบ	1.5	1.1
6. ความขัดแย้ง	1.4	1.1
7. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง)	1.3	1.1
8. การถูกปฏิเสธ/ ไม่ยอมรับ	1.5	1.0
9. คนในครอบครัวทำให้ผิดหวัง	1.7	1.1
ปัญหากับญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง	6.0	4.4
10. ความขัดแย้ง	1.5	1.2
11. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง)	1.5	1.2
12. ถูกตอบโต้ในทางลบ	1.6	1.4
13. การมีกิจกรรมหรืองานร่วมกัน	2.0	1.2
ปัญหาการเงิน	9.9	5.5
14. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งจำเป็น (เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ ภาษี การประกันภัย ฯลฯ)	2.4	1.3
15. เงินไม่เพียงพอสำหรับการแสวงหาความรู้	2.3	1.4
16. เงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน	2.7	1.5

เหตุการณ์	Mean	S.D.
17. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งเพิ่มเติม นอกเหนือจากสิ่งจำเป็น (เช่น สิ่งบันเทิง การ พักผ่อนหย่อนใจ วันหยุด ฯลฯ)	2.5	1.6
ปัญหาด้านสุขภาพ	7.6	4.9
18. สุขภาพทั่วไป	2.0	1.4
19. สมรรถภาพทางร่างกาย	1.9	1.3
20. การได้รับการรักษาพยาบาล	1.7	1.4
21. การเจ็บป่วย (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดทั่วไป)	2.0	1.1
รวม	37.6	16.8

4.3. ความเข้มแข็งในการมองโลก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 54.2 (S.D.=9.9) เมื่อพิจารณารายด้าน ซึ่งมีทั้งหมด 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการทำความเข้าใจ (comprehensibility) 2) ความสามารถในการจัดการ (manageability) และ 3) ความสามารถในการให้ความหมาย (meaningfulness) โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ด้านความสามารถในการเข้าใจ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.1 (S.D.=4.2) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “การรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่รู้จักเป็นอย่างดี” (M=4.9, S.D.=1.3) รองลงมา คือ “การรู้สึกว่าเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยแล้วไม่รู้จะทำอะไร” (M=4.8, S.D.=1.4) “การรู้สึกสับสน” (M=4.7, S.D.=1.5) “การคาดการณ์เกินหรือต่ำกว่าความเป็นจริง” (M=4.0, S.D.=1.8) และ “การมีความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในที่มากเกินไปจนจะอธิบายได้” (M=3.8, S.D.=1.7) ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการจัดการ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.0 (S.D.=3.6) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “การคิดว่าได้รับการปฏิบัติไม่ยุติธรรม” (M=4.4, S.D.=1.3) รองลงมา คือ “การคิดว่าคนที่เชื่อใจทำให้ผิดหวัง” (M=4.3, S.D.=1.3) “การไม่แน่ใจและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ รอบตัวได้” (M=3.8, S.D.=1.3) และ “ความบอຍในการรู้สึกยอมแพ้ในบางสถานการณ์” (M=3.7, S.D.=1.7) ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการให้ความหมาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.1 (S.D.=3.7) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ “การไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวอย่างจริงจัง” (M=4.5, S.D.=1.2) รองลงมา คือ “การรู้สึกพอใจกับชีวิตประจำวัน” (M=3.9 S.D.=1.3) “ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายเพียงเล็กน้อย” (M=3.6, S.D.=1.3) และ การที่ “คิดว่าชีวิตไม่มีจุดหมายชัดเจน” (M=3.2 S.D.=1.1) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาโดยละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลก อยู่ระหว่าง 3.2-4.9 คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการเข้าใจ เกี่ยวกับ “การรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่รู้จักเป็นอย่างดี” เท่ากับ 4.9 (S.D.=1.3) ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการให้ความหมาย เกี่ยวกับ “การคิดว่าชีวิตมีไม่มีจุดหมายชัดเจน” เท่ากับ 3.2 (S.D.=1.1)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเข้มแข็งในการมองโลก

(n = 146)			
ข้อ	ความคิดเห็น	Mean	S.D.
ความสามารถในการเข้าใจ		20.1	4.2
1	การรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่รู้จักเป็นอย่างดี	4.9	1.3
2	การรู้สึกว่าเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยแล้วไม่รู้จะทำอะไร	4.8	1.4
3	การรู้สึกสับสน	4.7	1.5
4	การมีความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในที่มากเกินไปจนจะอธิบายได้	3.8	1.7
5	การคาดการณ์เกินหรือต่ำกว่าความเป็นจริง	4.0	1.8
ความสามารถในการจัดการ		17.0	3.6
6	การคิดว่าคนที่เชื่อใจทำให้ผิดหวัง	4.3	1.3
7	การคิดว่าได้รับการปฏิบัติไม่ยุติธรรม	4.4	1.3
8	ความบ่อยในการรู้สึกยอมแพ้ในบางสถานการณ์	3.7	1.7
9	การไม่แน่ใจและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้	3.8	1.3
ความสามารถในการให้ความหมาย		17.1	3.7
10	การไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวอย่างจริงจัง	4.5	1.2
11	คิดว่าชีวิตมีไม่มีจุดหมายชัดเจน	3.2	1.1
12	การรู้สึกพอใจกับชีวิตประจำวัน	3.9	1.3
13	การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายเพียงเล็กน้อย	3.6	1.3
รวม		54.2	9.9

4.4 การเผชิญปัญหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาคะแนนในภาพรวม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 50.5 (S.D.=11.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาอยู่ระหว่าง 2.0 - 3.0 คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านมุ่งแก้ไขปัญหากับการหยุดยั้งการกระทำโดยหยุดไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย และ ด้านการจัดการกับอารมณ์เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการทำสิ่งที่ชอบ การร้องไห้ ในระดับเท่าๆ กัน คือ 3.0 (S.D.=0.9, 0.9, 0.6 ตามลำดับ) ส่วน

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือโดยขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานเท่ากับ 2.0 (S.D.=0.8) โดยพิจารณาในรายด้าน ดังนี้

ก. **ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา** ในส่วนของการแสวงหาข้อมูล พบว่า การเผชิญปัญหาโดย “หาความรู้จากข่าวสาร หนังสือ และสื่อต่าง ๆ” มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M=2.8, S.D.=1.0) รองลงมาคือ “สอบถามเพื่อนบ้านหรือผู้มีประสบการณ์” (M=2.4, S.D.=0.8) และ “สอบถามจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ” (M=2.3, S.D.=0.9) ตามลำดับ **การกระทำโดยตรง** พบว่า การเผชิญปัญหาโดย “อดทนตั้งสติ และคิดหาทางช่วยเหลือ” มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M=2.8, S.D.=1.0) รองลงมาคือ “พยายามคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาและลงมือทำ” (M=2.7, S.D.=0.8) และ “แก้ไขต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด” (M=2.5, S.D.=0.9) ตามลำดับ **การแสวงหาความช่วยเหลือ** พบว่า การเผชิญปัญหาโดย “ขอความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้าน” มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M=2.6, S.D.=0.8) รองลงมาคือ “ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ” (M=2.0, S.D.=0.8) และ **การหยุดยั้งการกระทำ** พบว่า การเผชิญปัญหาโดย “การหยุด ไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย” มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M=3.0, S.D.=0.9) รองลงมาคือ “ไม่ต้องการแบกรับภาระนี้อีกต่อไป” (M=2.6, S.D.=0.8)

ข. **ด้านจัดการกับอารมณ์** โดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหามากที่สุด คือ “การผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสิ่งที่ชอบ” และ “การร้องไห้” เท่ากัน (M=3.0, S.D.=0.9 และ M=3.0, S.D.=0.6 ตามลำดับ) รองลงมา คือ “พยายามไม่นึกถึง” (M=2.7, S.D.=0.8) “มองว่าปัญหาทุกอย่างมีหนทางแก้ไข” (M=2.6, S.D.=0.9) และ “สวดมนต์ไหว้พระ บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์” (M=2.5, S.D.=0.8) ตามลำดับ โดยพบคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาน้อยที่สุด คือ “ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน” (M=2.1, S.D.=0.8)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาทั้งสองด้าน พบว่า ข้อมูลแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาใกล้เคียงกับการจัดการกับอารมณ์ (M=25.7, S.D.=6.4; M=24.8, S.D.= 5.6) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเผชิญปัญหา

(n = 146)

วิธีการเผชิญปัญหา	Mean	S.D.
ก.ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา	25.7	6.4
การแสวงหาข้อมูล	7.6	2.3
1.สอบถามจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ	2.3	0.9
2.หาความรู้จากข่าวสาร หนังสือและสื่อต่าง ๆ	2.8	1.0
3.สอบถามเพื่อนบ้าน หรือผู้มีประสบการณ์	2.4	0.8
การกระทำโดยตรง	7.9	2.5
4.แก้ไขต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด	2.5	0.9
5.พยายามคิดหาวิธีแก้ไขปัญหา และลงมือทำ	2.7	0.8

วิธีการเผชิญปัญหา	Mean	S.D.
6.อดทนตั้งสติ และคิดหาทางช่วยเหลือ	2.8	1.0
การแสวงหาความช่วยเหลือ	4.6	1.4
7.ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ	2.0	0.8
8.ขอความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้าน	2.6	0.8
การหยุดยั้งการกระทำ	5.6	1.3
9.ไม่ต้องการแบกรับภาระนี้อีกต่อไป	2.6	0.8
10.หยุด ไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย	3.0	0.9
ข.ด้านจัดการกับอารมณ์	24.8	5.6
1.มองว่าปัญหาทุกอย่างมีหนทางแก้ไข	2.6	0.9
2.พูดระบายให้สมาชิกในครอบครัว หรือผู้อื่นฟัง	2.3	0.8
3.คิดว่าโชคดีกว่าครอบครัวอื่น ๆ	2.2	0.8
4.ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสิ่งที่ชอบ	3.0	0.9
5.ปล่อยไปตามบุญคิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรม	2.3	0.7
6.สวดมนต์ไหว้พระ บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์	2.5	0.8
7.ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน	2.1	0.8
8.นั่งสมาธิ	2.2	0.8
9.พยายามลืมมันนี่ก็ถึง	2.7	0.8
10.ร้องไห้	3.0	0.6
รวม	50.5	11.0

4.5 อาการซึมเศร้า

ข้อมูลด้านอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาความรุนแรงของอาการซึมเศร้ารายข้อ พบว่า ด้านความรุนแรงของอาการซึมเศร้า : คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อคำถามที่ 2 “เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม” และ ข้อคำถามที่ 4 “อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อยใจ ไม่มีแรง” ซึ่งเท่ากันคือ 1.8 (S.D.= 0.6 และ 0.4 ตามลำดับ) ด้านความถี่ของอาการซึมเศร้า : คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อคำถามที่ 1 “ไม่สบายใจ แข็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย” ข้อคำถามที่ 3 “หลับยาก หลับๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป” ข้อคำถามที่ 4 “อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อยใจ ไม่มีแรง” ข้อคำถามที่ 6 “รู้สึกแยกกับตนเอง หรือรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลว หรือรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระกับครอบครัวและคนอื่น” และ ข้อคำถามที่ 7 “เวลาที่ทำกิจกรรมอะไร ไม่สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ทำได้นาน” ซึ่งเท่ากันคือ 1.8 (S.D.= 0.6 0.6 0.5 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ) ด้านคะแนนรวมของอาการซึมเศร้า : คะแนนค่าเฉลี่ย

สูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อคำถามที่ 4 “อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อยใจ ไม่มีแรง” 3.4 (S.D.= 0.6) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้า รายข้อ

(n = 146)

ลำดับ	อาการใน 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	ความรุนแรง		ความถี่		คะแนนรวม	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1	ไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	1.7	0.7	1.8	0.6	3.3	2.0
2	เบื่อ ไม่อยากพูดไม่อยากทำ อะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลินเหมือนเดิม	1.8	0.6	1.1	0.5	2.2	1.8
3	หลับยาก หลับๆ ตื่น ๆ หรือ หลับมากไป	1.7	0.6	1.8	0.6	3.2	1.8
4	อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึก เหนื่อยใจ ไม่มีแรง	1.8	0.4	1.8	0.5	3.4	1.6
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	1.6	0.6	1.7	0.6	3.1	1.8
6	รู้สึกแสบกับตนเอง หรือรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลว หรือรู้สึกว่า ตัวเองเป็นภาระกับครอบครัว และคนอื่น	1.6	0.6	1.8	0.5	3.1	1.8
7	เวลาที่ทำกิจกรรมอะไร ไม่ สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ทำได้ นาน	1.6	0.5	1.8	0.5	3.0	1.6
8	ความคิด การพูด การ เคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม หรือ มีความรู้สึกกระวนกระวาย ไม่ สามารถอยู่นิ่งได้	1.5	0.7	1.6	0.7	2.9	1.8

ลำดับ	อาการใน 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	ความรุนแรง		ความถี่		คะแนนรวม	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
9	คิดไม่อย่างมีชีวิตอยู่ หรือ อยากทำร้ายตนเอง	1.5	0.7	1.7	0.7	2.9	2.2
Min. = 8 Max. = 81 Mean = 27.1 SD. = 12.5							

เมื่อพิจารณาคะแนนในภาพรวม พบว่า มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-81 คะแนน เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 80.8 รองลงมา คือ ระดับน้อยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และ ที่พบน้อยที่สุด คือ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 (Median = 32.0, IQR. = 16.0) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับอาการซึมเศร้า

(n = 146)		
ระดับอาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (7- 12 คะแนน)	24	16.4
ระดับปานกลาง (13- 17 คะแนน)	4	2.8
ระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน)	118	80.8
Median = 32.0 IQR. = 16.0 Min = 8 Max = 81		

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

เนื่องจากคุณสมบัติของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) คือการแจกแจงไม่ปกติ ดังนั้น ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรประสบการณ์ชีวิตในเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รวมทั้งการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตในเชิงลบ และการเผชิญปัญหากับความเข้มแข็งในการมองโลก ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนมาใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) แทน โดยมีการแปรผล คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก 0.21-0.50 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.51-0.80 มีความสัมพันธ์

ระดับปานกลาง และ 0.81–1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง (วชิพงษ์ ภักดีกุล, 2564) นอกจากนี้ วชิพงษ์ ภักดีกุล (2564) และ รัตนศิริ ทาโต (2561) ได้อธิบายการคำนวณและทดสอบสมมติฐานว่าต้องมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ :

- (1) ตัวแปรทั้งคู่ต้องมีระดับการวัด interval หรือ ratio level
- (2) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
- (3) ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (bivariate normally distributed)

(3.1) ทดสอบความเบ้และความโด่ง โดยเมื่อพิจารณาความเบ้ (Skewness)

หากค่า skewness > 0 แสดงว่า เบ้ขวา skewness < 0 แสดงว่า เบ้ซ้าย และ skewness = 0 แสดงว่า สมมาตร และเมื่อพิจารณาความโด่ง (Kurtosis) หากค่า kurtosis > 0 แสดงว่า โด่งมากกว่าปกติ kurtosis < 0 แสดงว่า โด่งน้อยกว่าปกติ และ kurtosis = 0 แสดงว่า โด่งปกติ ทั้งนี้ จากข้อมูล พบว่า ตัวแปรประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก และความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีลักษณะเบ้ขวาและมีลักษณะโด่งมากกว่าปกติ ส่วนการเผชิญปัญหา มีลักษณะเบ้ซ้ายและมีลักษณะโด่งมากกว่าปกติ ดังนั้น โดยสรุปตัวแปรทุกตัวแจกแจงไม่ปกติ ดังตารางที่ 7

(3.2) การทดสอบด้วยสถิติ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้านการแจกแจง ข้อมูลของตัวแปรทุกตัวที่จะนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov โดยกำหนดสมมติฐานการทดสอบ คือ

H_0 : ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

H_1 : ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงไม่ปกติ (bivariate non normally distributed) $p < 0.0001$ จึงยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูล

(n = 146)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov Z	p-value
ประสบการณ์ชีวิต	37.6	16.8	0.2	0.9	1.7	0.007
ความเข้มแข็งในการมองโลก	54.2	9.9	0.2	1.8	2.0	0.001
การเผชิญปัญหา	50.5	11.0	-1.0	-0.3	3.4	0.0001
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	27.1	12.5	0.9	3.4	2.4	0.0001

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ (bivariate non normally distributed) ดังนั้น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในการวิจัยนี้ นักวิจัยจึงเลือกใช้ Spearman's Rank Correlation (r_s) ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในระดับต่ำ กล่าว คือ เมื่อประสบการณ์ชีวิตเชิงลบเพิ่มมากขึ้น จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = 0.266$)

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.8 โดยสัมพันธ์ในทางลบ กล่าวคือเมื่อความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มมากขึ้น จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -0.768$)

การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.2 โดยสัมพันธ์ในทางลบ กล่าวคือ เมื่อความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มมากขึ้น จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -0.242$)

ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.8 โดยสัมพันธ์ในทางลบ กล่าว คือ เมื่อประสบการณ์ชีวิตเชิงลบเพิ่มมากขึ้น จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -0.368$) สำหรับการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.071$) ส่วนประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ ร้อยละ 32.4 โดยสัมพันธ์ในทางลบ กล่าว คือ เมื่อประสบการณ์ชีวิตเชิงลบเพิ่มมากขึ้น จะมีการเผชิญปัญหาจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -0.324$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

ตัวแปร	ประสบการณ์ชีวิต	ความเข้มแข็งในการมองโลก	การเผชิญปัญหา	ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
ประสบการณ์ชีวิต	1			
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-0.368**	1		
การเผชิญปัญหา	-0.324**	0.071	1	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	0.266**	-0.768**	-.242**	1

หมายเหตุ ** สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี ผู้วิจัยได้สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 41.0) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 31.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.7) มีรายได้เฉลี่ย 4,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 43.2) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยระบุว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่แล้วไม่มีงานอดิเรกทำ (ร้อยละ 46.6) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 53.4) กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าตนเองเคยพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 98.6) โดยมีจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2 ครั้ง ซึ่งวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้ คือ การกินยา ยาฆ่าแมลง สารเคมี (ร้อยละ 87.7) โดยระบุสาเหตุของการฆ่าตัวตายว่าเกิดจากความเครียดและวิตกกังวล (ร้อยละ 82.2)

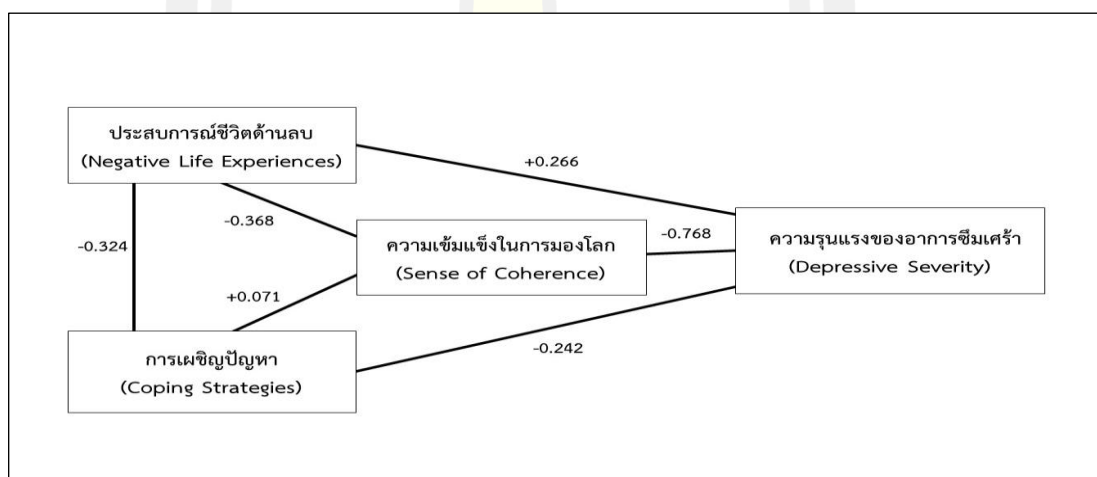
ด้านประสบการณ์ชีวิต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ 37.6 (S.D.=16.8) โดยเมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า แต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบใกล้เคียงกัน คือ 6.0 - 9.9 (S.D.=4.0-5.5) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบรายข้ออยู่ในช่วง 1.3 - 2.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสบการณ์ที่เป็นปัญหาด้านการเงิน (เงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน) เท่ากับ 2.7 (S.D.=1.5) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ประสบการณ์ที่เป็นปัญหากับครอบครัว คนรัก บุตร โดยมีความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) เท่ากับ 1.3 (S.D.=1.1)

ด้านความเข้มแข็งในการมองโลก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลกโดยเฉลี่ย 54.2 (S.D.=9.9) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามด้านมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ ด้านความสามารถในการเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย 20.1 (S.D.=4.2) ด้านความสามารถในการจัดการ มีคะแนนเฉลี่ย 17.0 (S.D.=3.6) และ ด้านความสามารถในการให้ความหมาย มีคะแนนเฉลี่ย 17.1 (S.D.=3.7)

ด้านการเผชิญปัญหา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของการเผชิญปัญหาโดยเฉลี่ย 50.5 (S.D.=11.0) คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหารายข้ออยู่ระหว่าง 2.0 - 3.0 คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านมุ่งแก้ไขปัญหากับการหยุดยั้งการกระทำโดยหยุดไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย และ ด้านการจัดการกับอารมณ์เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสิ่งที่ชอบ การร้องไห้เท่ากัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแบบมุ่งแก้ไขปัญหากับการจัดการกับอารมณ์

ด้านความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 81 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 27.1 (S.D.=12.5) โดยเมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.8

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = 0.266, -0.768,$ และ -0.242 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = -0.368$) สำหรับการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.071$) ส่วนประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = -0.324$) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ตามที่ระบุไว้ในวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย สามารถสรุปเป็นแผนภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี ดังนี้



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล:

ด้านเพศ ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชากรของประเทศไทยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลประชากรกลางปี 2563 ซึ่งพบว่า มีเพศชายจำนวน 31,992,542 คน ในขณะที่เพศหญิงมีจำนวน 33,428,597 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2563) อีกทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิดตา เส็งทอง และธนัช กนกเทศ (2563) นุชณี เอี่ยมสอาด และปัทมิยา ทวีเศษ (2563) รวมทั้ง Olfson et al. (2017a) Mojahedi et al. (2021) ซึ่งพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อย่างไรก็ตาม ประรณนา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังนั้น

จากแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลประชากรด้านเพศ สามารถนำมาใช้กำหนดแนวทางในการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเพศหญิง อย่างไรก็ตาม มาตรการป้องกันและเฝ้าระวังอุบัติเหตุดังกล่าวควรจะทำในภาพรวมควบคู่กันไปในทุกกลุ่มอันเนื่องมาจากความหลากหลายของเพศสภาพในปัจจุบัน

ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่รายงานว่า ช่วงอายุของบุคคลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง คือ ช่วงอายุในวัยทำงาน ได้แก่ อายุ 20-40 ปี และ 41-59 ปี รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พุทธิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิตตา เสี่ยงทอง และธนัช กนกเทศ (2563) ที่พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 35.0 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน และจากผลการศึกษาของ พรารณา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) และ J. Kim et al. (2015) ก็พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Olfson et al. (2017a) ก็ยังพบอีกว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะอายุน้อยกว่า 50 ปี จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งมีภาระรับผิดชอบมาก ส่งผลต่อการเกิดความเครียดได้มากและทำร้ายตัวเองได้ง่าย ดังนั้น ข้อมูลดังกล่าวนี้จะมีส่วนนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายได้

ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรารณา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) ที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สะท้อนถึงระดับความรู้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็น่าจะมีความจำเป็นในการพัฒนาให้ดีขึ้น

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พุทธิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิตตา เสี่ยงทอง และธนัช กนกเทศ (2563) พรารณา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) และ นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) ที่พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่เช่นเดียวกัน จากผลการวิจัยที่พบอาจสะท้อนไปถึงปัญหาและความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคู่สมรสที่ยังมีอายุน้อย ซึ่งยังขาดประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพเศรษฐกิจและสถานการณ์ของสังคมในปัจจุบัน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมสุขภาพจิตในชีวิตคู่หรือครอบครัวด้วยการสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก ให้สามารถเผชิญปัญหา อันเป็นการป้องกันความเครียดที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองได้

ด้านอาชีพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ พุทธิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิตตา เสี่ยงทอง และธนัช กนกเทศ (2563) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร โดยมีอาชีพรับจ้างมากเป็นลำดับที่สาม จากประเด็นด้านอาชีพที่ส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้าง

และเกษตรกรรม อาจจะสะท้อนถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย โดยปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับการตัดสินใจทำร้ายตนเองได้

ด้านการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่พบร่วมกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่ามีอาการซึมเศร้ามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ทัศนีย์ ศรีวิชัย (2563) ที่พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ สภาพร่างกายที่มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด อาทิ โรคเบาหวาน โรคจิตเวช มะเร็ง และโรคเอดส์ อีกทั้งมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และใช้สารเสพติด ซึ่งพบในการศึกษานี้เช่นกัน เพียงแต่อยู่ในลำดับรองลงมา สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเป็นไปได้ที่จะมีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจร่วมกัน ซึ่งความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว อาจส่งผลต่อศักยภาพในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ประเด็นดังกล่าวนี้ อาจส่งผลต่อการมีความคิดในด้านลบที่จะทำร้ายตนเองเพื่อหยุดปัญหาที่เป็นได้

ด้านการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่าจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2 ครั้ง ในขณะที่ผลการศึกษาของ Mojahedi et al. (2021) พบว่า ส่วนใหญ่มีการพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียว ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการกินยา ยาฆ่าแมลง หรือสารเคมี ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวิธีการพยายามฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษาของ Mojahedi et al. (2021) คือ การใช้ยาพิษ ส่วนผลการวิจัยของ นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) พบว่า การทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ การรับประทานยาหรือสารเคมีเช่นกัน สำหรับสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดและวิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mojahedi et al. (2021) จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงไม่เลือกวิธีที่รุนแรงในการจบชีวิตตนเอง

ประสบการณ์ชีวิต

งานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาครอบครัว คนรัก บุตร โดยมีความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) น้อยที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ทัศนีย์ ศรีวิชัย (2563) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาทะเลาะวิวาทกับครอบครัว โดยงานวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ J. Kim et al. (2015) ที่พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาการเงินและสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การที่สภาวะการณปัจจุบัน ปีพุทธศักราช 2563 - 2564 เป็นช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2564) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาการเงินในประชาชนรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ การเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ถือว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งมักจะมีประสบการณ์ในชีวิตเชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ แม็คเคเดด และคณะ (McDaid et al., 2020) แรดคลิฟ และคณะ (Radcliff et al., 2019) และเฟลิตติ และคณะ (Felitti et al., 1998) ดังนั้น การมีประสบการณ์ชีวิตในทางลบ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงินทั่วไปหรือจากสภาวะการณโรคอุบัติใหม่ จะส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าและฆ่าตัวตายต่อไป

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลก ทั้งสามด้านคือความสามารถในการเข้าใจ ความสามารถในการจัดการ และความสามารถในการให้ความหมาย โกล้เคียงกัน แต่ในรายละเอียดรายด้านและรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำสุด คือ ด้านความสามารถในการให้ความหมาย เกี่ยวกับ “การคิดว่าชีวิตมีไม่มีจุดหมายชัดเจน” ส่วนคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสามารถในการเข้าใจ เกี่ยวกับ “การรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่ยังคงเป็นอย่างดี” ซึ่งการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดด้านความสามารถในการให้ความหมาย และมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านความสามารถในการเข้าใจ ถึงแม้ว่าจะไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ ชยพล มั่นจิต (2563) ได้อธิบายว่าองค์ประกอบความสามารถในการให้ความหมายมีความสำคัญที่สุด รองลงมา คือ ความสามารถทำความเข้าใจ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ก็สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกัน จากผลการวิจัยในครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ควรจะทำให้ความสนใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่พยายามฆ่าตัวตาย

การเผชิญปัญหา

งานวิจัยนี้พบว่าการเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ไขปัญหากับการแสวงหาความช่วยเหลือโดยขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ มีคะแนนต่ำสุด ขณะที่การศึกษาของ พรารธนา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะเผชิญปัญหาโดยให้บุคคลหรือหน่วยงานคอยช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจ ทั้งนี้ ผลการศึกษาของ ศิวาพร มหาทานุโชค (2562) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การขาดทักษะการเผชิญและจัดการกับปัญหา รวมทั้งงานวิจัยนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ไขปัญหากับการหยุดยั้งการกระทำ โดยหยุด ไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหากล้เคียงกับการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นั้นมีหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในการเผชิญความเครียดนั้น ๆ

ดังนั้น ปัจจัยภายในบุคคล อาทิ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับความช่วยเหลือ การใช้ความรู้จากแหล่งบริการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นสิ่งเกื้อหนุนให้สามารถเผชิญปัญหาประสบความสำเร็จ และลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (พรารธนา คำมีสินนท์ และคณะ, 2563; สุภาพ เหมือนชู ภาวนา กิริติยตวงค์ และวริยา วชิราวัฒน์, 2559) (Klein & Vogt, 2019; Roy et al., 2017; Wilchek-Aviad & Cohen-Louck, 2020)

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด (Zimmerman et al., 2018) ที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Indu et al., 2017; Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) งานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ Levey et al. (2019) สุรัชย์ เจริญ ปารีชาติ เมืองขวา และกมลนันทน์ คล่องดี (2563) โดยพบว่า เพศ ความเครียด ความ

วิตกกังวล เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ลัดดาวลัย มั่นพานิช และชนกฤทัย ชื่นอารมณ, 2561) อีกทั้ง สุดรัก พิไลกันทา และณัฐภรณ์ สัมพันธ์ ศรีวิชัย (2563) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต นอกจากนี้ อัจฉริยา อภิวัฒน์กุล และปรีชวัน จันทร์ศิริ (2563) ศึกษาพบว่า การเป็นโรคทางจิตเวช และการเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยหากภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้ (Zimmerman et al., 2018) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่พึงป้องกันและระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นเนื่องจากอาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายได้

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดสรรมาศึกษากับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r_s = .266$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ การที่ประสบการณ์ชีวิตซึ่งเป็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า นั้นย่อมมีแนวโน้มต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (Indu et al., 2017; Mittelmark, Sagy, Eriksson, Bauer, Pelikan, Lindström, & Arild Espnes, 2017) การศึกษาเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งสะสมมาหลายปี ได้แก่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับ บิดามารดาหรือผู้ดูแล คนรัก ญาติ เพื่อน การเงิน และสุขภาพ แล้วทำให้เกิดความยุ่งยากใจ หากเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วสร้างความยุ่งยากใจมาก จะส่งผลให้ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูง และมีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในอนาคต (Boonyamalik, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรรณนา คำมีสินนท์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การมีปัญหาด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยการมีบุคคลคอยช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจ และการมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะสัมพันธ์ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r_s = -0.768$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร สายธนู อมรรัตน์ นระสนธิ์และเกษรารภรณ์ เคนบุปผา (2562) และ คูวาสโตะและฮิราโน (Kuwato & Hirano, 2020) ที่ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย อีกทั้ง เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้ชัดเจนกว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค แม้ว่าการศึกษาดังกล่าวใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุผู้ใหญ่อ่อนกว่าวัย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในลักษณะเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาวิจัยต่อไปว่าควรศึกษาหลากหลายกลุ่มวัย ขณะที่ โพลีวคาและคณะ (Polewka et al., 2001) ได้ศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต่ำกว่าคนที่มีสุขภาพดีและลดต่ำมากโดยเฉพาะในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r_s = -0.242$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 การศึกษาที่ผ่านมามีข้อสรุปตรงกันว่าการเผชิญปัญหาแสดงถึงผลสำเร็จ

ของการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งนับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต (Klein & Vogt, 2019; Roy et al., 2017; Wilchek-Aviad & Cohen-Louck, 2020)

ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r_s = -0.368$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 การศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลนี้ ได้แก่ ฟราวเฟลเกอร์ และคณะ (Frounfelker et al., 2020) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตเชิงลบของผู้ลี้ภัย พบว่าการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งในการมองโลกที่ไม่มีผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจก่อให้เกิดการทำร้ายตัวเองได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป เบ็นสัน (Benson, 2013) ได้ศึกษาความยืดหยุ่นในการฆ่าตัวตายกับความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจกับการฆ่าตัวตายตามแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกกับคนอื่นพบว่า ทหารผ่านศึกที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r_s = 0.071$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตหรือเผชิญปัญหาได้ดี ก็จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกดีด้วย ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น การเกิดอาการทางกาย การมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ รวมทั้งการมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (WHO., 2019; แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพจิต, 2560) สอดคล้องกับที่ ซิลเวอร์ธอร์น (Silverthorn, 2005) ได้ศึกษาการ ฆ่าตัวตายกับผลต่อการแต่งงานและครอบครัวบำบัด : ผลกระทบต่อการเผชิญปัญหาและงานอาชีพ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา รวมทั้ง เคลนและโวกท์ (Klein & Vogt, 2019) ได้ศึกษาแนวทางการใช้ทฤษฎีความสุข เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่า ถ้าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในการเสริมสร้างความเข้าใจ ความสามารถในการ จัดการ และการให้ความหมายอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงบวก และ ก่อให้เกิดความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีด้วย

ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r_s = -0.324$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ การเผชิญปัญหาที่มีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจาก ความสามารถในการเผชิญปัญหา มีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิต เชิงลบ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทาง อารมณ์ และเพิ่มความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Ogden, 2012)

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญ ปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย นี้ ได้นำแนวคิดจาก ทฤษฎีความสุขมาใช้ ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นแนวคิดหลัก รวมทั้งแนวคิดย่อยคือ การเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นความเครียด และการไม่มีความสุขหรือภาวะการเจ็บป่วย ที่พิจารณาจาก ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า นำมากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษา นั้น จากผลการศึกษาข้างต้น แสดงถึงความชัดเจนในการสนับสนุนทฤษฎีนี้ และมีข้อสรุปสำหรับแนวคิดทั้งสี่จากทฤษฎี คือ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกพบว่ามี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุก ซึ่งสามารถที่จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนสำหรับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้มีอาการซึมเศร้าหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสมต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1. งานวิจัยพบว่าประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น ควรนำข้อมูลดังกล่าวมาบริหารแผนงานโครงการด้านการพยาบาลจิตเวช อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยแผนงาน โครงการที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ควรมีการนำข้อมูลไปสนับสนุนหรืออ้างอิง

2. ควรนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวางแผนเชิงนโยบาย ให้มีมาตรการเฝ้าระวังปัญหา การฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่การป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย การดูแลระหว่างกระบวนการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปสนับสนุนเพื่อให้นโยบายเข้มแข็งมากขึ้น

3. สถานบริการสาธารณสุข อาทิ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพจิต ดังนั้นควรมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กล่าวถึงประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

4. ข้อมูลจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตายและสาเหตุของการฆ่าตัวตายสามารถนำไปบริหารแผนงานโครงการด้านการพยาบาลจิตเวชได้

5.3.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. งานวิจัยพบว่าประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การให้การบริการสุขภาพจิตแก่ผู้มีอาการซึมเศร้า ควรมีการซักประวัติเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหาด้วย

2. ประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อความสุขของบุคคลตามทฤษฎีความผาสุกที่สอดคล้องกับผลการศึกษา ดังนั้น ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในชุมชน สังคม และสถาบันการศึกษา

3. ข้อมูลจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย และสาเหตุของการฆ่าตัวตาย สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลจิตเวชทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มได้

4. งานวิจัยด้านประสบการณ์ชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว คนรัก บุตร โดยมีความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) น้อยที่สุด และพบปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้น ควรส่งเสริมการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตด้านการทำกลุ่มบำบัดเกี่ยวกับงานอาชีพ เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

5. กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพนั้น ตลอดจนปัจจัยภายในบุคคล ดังนั้น การให้การพยาบาลควรมีการพิจารณาถึงวิธีการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

5.3.3 ด้านวิชาการและวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผน ฆ่าตัวตาย และการกระทำการพยายามฆ่าตัวตาย

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลกการเผชิญปัญหา ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย

3. เพื่อศึกษาผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และเป็นการติดตามผลการวิจัยด้านเดิมอย่าง กว้างขวาง จึงควรศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นอย่างหลากหลาย

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าไม่สามารถพยากรณ์ตัวแปรได้ ดังนั้น ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถใช้สถิติที่สูงขึ้น และศึกษาในเชิงทำนายได้

5. การศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีความเหมาะสมเป็นแนวทาง โดยเลือกศึกษาตัวแปร ตามซึ่งเป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีคือความเข้มแข็งในการมองโลก และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง คือ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบซึ่งถือเป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด การเผชิญปัญหาซึ่งเป็นแหล่งต้านทาน ความเครียดทั่วไป รวมทั้งตัวแปรตามที่เป็นภาวะปัญหาสุขภาพจิตคือความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์เป็นไปตามทฤษฎี ดังนั้น การศึกษาต่อไปควรนำตัวแปรตามที่เป็นภาวะที่แสดงถึงการมีสุขภาพดีมาศึกษา จะทำให้เห็นแง่มุมของผลการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

6. ควรนำผลการวิจัยไปเผยแพร่ในเวทีวิชาการ และวารสารทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

7. การศึกษานี้สามารถนำไปวิเคราะห์ได้อย่างหลากหลายมากกว่าการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยเฉพาะหากมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2563). *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพนธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิรินภา อภิสทธิภิญโญ. (2560). *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- เกษร สายธนู อมรัตน์ นธสนธิ์ และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 42-55.
- คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). *รวมบทความสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชยพล มั่นจิต. (2563). ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลก. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 5(2), 17-23.
- ตฤฉา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11.
- ธณินท์ กองสุข. (ม.ป.ป.). *โรคซึมเศร้า รักษาหายได้*. อุบลราชธานี: หจก.ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธณินท์ กองสุข สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล ศุภชัย จันทร์ทอง เบญจมาศ พุกษ์กานนท์ สุพัตรา สุขาวห และจินตนา ลีจงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 63(4), 321-334.
- นภดล สำอางค์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 266-276.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(38), 105-118.
- นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ. (2563). การศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 23-30.
- เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ และสายสุดา โภชนาภรณ์. (2563). ความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้พยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง Prevalence of Suicide Attempts among Attempters and Its Associated Factors. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ* 15(3), 190-194.

- เบญญาภา พิภพวัน วราภรณ์ แยมทิม และประสงค์ ตันพิชัย. (2561). ผลของการใช้รูปแบบเชิงกระบวนการในการจัดการความเครียดต่อพัฒนาการของความเข้มแข็งในการมองโลก และการปรับตัวในการทำงานของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(1), 70-80.
- ปรารณา คำมีสินนท์ และคณะ. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. *วารสารป้องกันการทำร้ายตัวเองแห่งประเทศไทย*, 1(1), 25-40.
- ปัทพร แจ่มสันเทียะ และชนิดดา แนบเกษร. (2561). ผลของโปรแกรมวาดภาพเสริมสร้างความหวังต่อความหวังในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย The Effect Of Drawing Program in Fostering On Hope with Attempted Suicide Patients. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ มกราคม - เมษายน), 343-353.
- แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ(สรุปรายงานจากองค์การอนามัยโลก)*. กรุงเทพฯ: หจก.วนิดาการพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2559). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. *ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 24(1), 1-14.
- พุทธิรักษ์ รักษ์ย่อง พนิดดา เสี่ยงทอง และธันช กนกเทศ. (2563). แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(1), 67-80.
- มัชวาน โฉมโสภา และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของวัยรุ่นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(1), 90-101.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย:การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีพรดี พลุลาก. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 6(2), 72-85.
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬา.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand)*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

- ลัดดาวัลย์ มั่นพานิช และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2561). การกระตุ้นพฤติกรรมในผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า: มุมมองทางสมองและประสาทวิทยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 130-144.
- วชิพงษ์ ภัคดีกุล. (2564). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข*. สกลนคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร.
- ศิวาพร มหาทานุโชค. (2562). *รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์คุุณบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สกล สิงหะ. (2554). *Satutogenesis ต้นธารแห่งความสุข*. Retrieved from คณะแพทยศาสตร์ สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สยามภรณ์ เดชดี และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2562). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(3), 196-210.
- สำนักงานจังหวัดสกลนคร. (2561). *สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มจังหวัดสนุก ปี 2561*. สกลนคร: สำนักงานจังหวัดสกลนคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2564). *รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานราชบัณฑิตยสภา.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). *รายงานการศึกษาไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2563). *สรุปรายงาน*. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2563). *สรุปรายงานประจำปี*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2563). *ข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2563*. ปทุมธานี: สำนักบริหารการทะเบียน.
- สุขุมาล พัฒนเศรษฐานนท์. (2558). สุขภาพพื้นฐานและสุขภาพในสายน้ำแห่งชีวิต สู่คุณภาพชีวิต ผ่าสู่องค์รวมของ WHO (Salutogenesis and Health in river of lifethroughout WHO holistic Well being). *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*, 7(2), 3-16.
- สุณี ทิพย์เกษร และธิดีย์ โสทธิวรรณ. (2558). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เหตุการณ์ในชีวิตทางลบ ทักษะชีวิตที่ผิด และความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มวัยรุ่นไทยตอนกลาง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *Southeast Bangkok Journal*, 1(1), 9-23.
- สุตรัก พิระกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า. *เชียงใหม่เวชสาร*, 14 พฤษภาคม 2563.

- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม โสภิตน แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Rama Nurs J*, 17(3), 412-429.
- สุพัตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 62(4), 359-378.
- สุภาพ เหมือนชู ภาวนา กิรติยดวงศ์ และวริยา วชิราวัธน์. (2559). ปัจจัยทำนายนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(124-135).
- สุรัชย์ เฉนีง ปาริชาติ เมืองขวา และกมลนัฏ คล่องดี. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครพนม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12 (1), 28-35.
- สุรพล พรหมกุล วิทยา ทองดี และทวีศิลป์ สารแสน. (2561). *การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงพุทธ กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.
- อมรา ชูพลสัตย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.
- อรฉัตร คุรุรัตน์. (2562). ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสุขภาพช่องปาก. *Journal of Health Science Research*, 13(2), 140-150.
- อรริยา อภิวัฒน์กุล และปรีชวัน จันทร์ศิริ. (2563). ความภาคภูมิใจในผู้ปกครองและประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก. *Chula Med Bull*, 2(1), 27-37.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-bass.
- Beck, A. T., & Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment*. Pennsylvania. In: PA: University of Pennsylvania Press.
- Benson, K. M. (2013). *Suicide Resilience Among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom Veterans: Sense of Coherence as a Moderator of the Relationship Between Traumatic Experiences and Suicidality*. University of Akron, Akron.
- Berg, J. E. (2010). Death by suicide long after electroconvulsive therapy. Is the sense of coherence test of Antonovsky a predictor of mortality from depression? *Mental illness*, 2(1), 1-5. doi:10.4081/mi.2010.e3
- Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand). *Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, US*.
- Cantor, C. H., & Baume, P. J. M. (1998). Access to Methods of Suicide: What Impact? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 8-14.

- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological Autopsy Studies of Suicide: a Systematic Review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- Chiras, D. D. (2013). *Human biology*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Christman, S. K. (2019). *Using sense of coherence to understand suicidality among American Indian and Alaska Native college students*. University of Texas, Austin.
- Denneson, L. M., McDonald, K. L., Tompkins, K. J., & Meunier, C. C. (2020). Elucidating the Chronic, Complex Nature of Suicidal Ideation: A National Qualitative Study of Veterans with a Recent Suicide Attempt. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2, 1-5.
- Diekstra, R. F. W., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour : a review of three continents *World health statistics quarterly*, 46(1), 52-68. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48670>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*, 23(2), 190-199.
- Feigelman, B., & Feigelman, W. (2008). Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. *J Illness Crisis & Loss*, 16(4), 285-304.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: New York: Springer Publishing Company.
- Fountoulakis, K. N., & Gonda, X. (2017). Differential correlation of suicide and homicide rates according to geographical areas: A study with population-level data. *Psychiatry Research*, 249, 167-171. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.059>
- Frounfelker, R. L., Mishra, T., Dhesi, S., Gautam, B., Adhikari, N., & Betancourt, T. S. (2020). “We are all under the same roof”: Coping and meaning-making among older Bhutanese with a refugee life experience. *Social Science & Medicine*, 264, 113311. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113311>
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537-542.

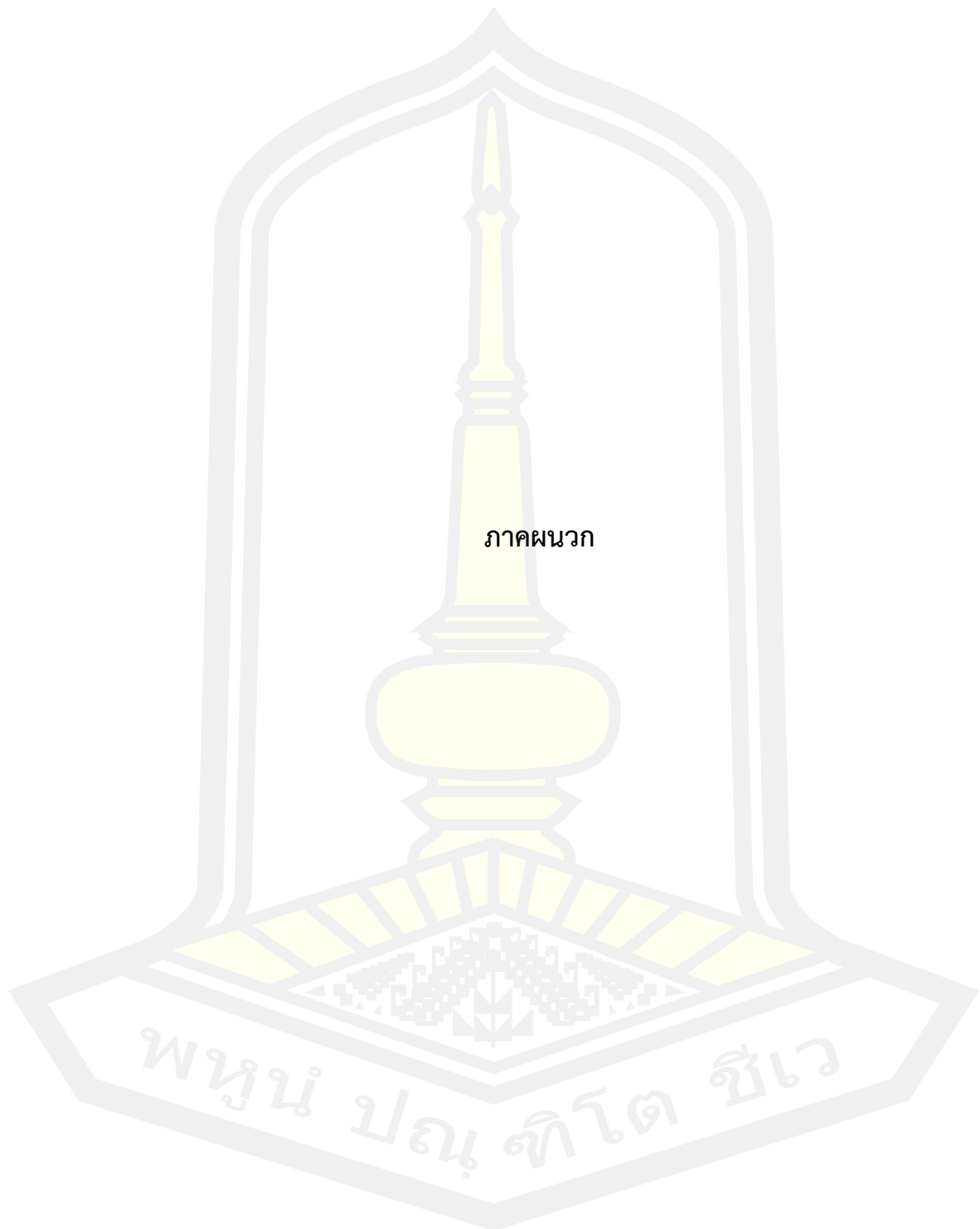
- Indu, P. S., Anilkumar, T. V., Pisharody, R., Russell, P. S. S., Raju, D., Sarma, P. S., . . . Andrade, C. (2017). Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. *Asian journal of psychiatry*, 27(June), 48-52.
- Jakovljevic, M. (2018). Empathy, sense of coherence and resilience: Bridging personal, public and global mental health and conceptual synthesis. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 380-384.
- Jha, A. (2001). Depression and suicidality in Asian Indian students. *The Sciences and Engineering*, (3-B), 1311.
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Kim, H. S., Nho, J.-H., & Nam, J.-H. (2021). A serial multiple mediator model of sense of coherence, coping strategies, depression, and quality of life among gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 54, 102014. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102014>
- Kim, J., Lee, K.-S., Dai Jin Kim, S.-C. H., Choi, K. H., Oh, Y., Wang, S.-M., . . . Lee, K.-U. (2015). Characteristic risk factors associated with planned versus impulsive suicide attempters. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(3), 308.
- Klein, D., & Vogt, T. (2019). A Salutogenic Approach to Physical Education in Schools. *Advances in Physical Education*, 9(3), 188-196.
- Knipe, D. W., Gunnell, D., Pearson, M., Jayamanne, S., Pieris, R., Priyadarshana, C., . . . Metcalfe, C. (2018). Attempted suicide in Sri Lanka – An epidemiological study of household and community factors. *Journal of Affective Disorders*, 232, 177-184. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.028>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kuwato, M., & Hirano, Y. (2020). Sense of coherence, occupational stressors, and mental health among Japanese high school teachers in Nagasaki prefecture: a multiple regression analysis. *BMC Public Health*, 20(1), 1355. doi:10.1186/s12889-020-09475-x
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Levey, D. F., Polimanti, R., Cheng, Z., Zhou, H., Nuñez, Y. Z., Jain, S., . . . Kessler, R. C. (2019). Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression. *J Translational psychiatry*, 9(1), 1-12.
- Mak, J., Shires, D. A., Zhang, Q., Prieto, L. R., Ahmedani, B. K., Kattari, L., . . . Getahun, D. (2020). Suicide attempts among a cohort of transgender and gender diverse people. *J American journal of preventive medicine*, 59(4), 570-577.
- Maybery, D. (2003). Incorporating interpersonal events within hassle measurement. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(2), 97-110.
- McDaid, L. M., Flowers, P., Ferlatte, O., McAloney-Kocaman, K., Gilbert, M., & Frankis, J. (2020). Informing theoretical development of salutogenic, asset-based health improvement to reduce syndemics among gay, bisexual and other men who have sex with men: Empirical evidence from secondary analysis of multi-national, online cross-sectional surveys. *SSM - Population Health*, 10, 100519. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100519>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Arild Espnes, G. (2017). *The handbook of salutogenesis*. London: Springer Nature.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Bethesda: National Center for Biotechnology Information.
- Mojahedi, M., Esmaeili, A., Mahdizadeh, K., Nakhaei, M. H., Salehiniya, H., & Sahranavard, S. (2021). Trends of suicide attempts and factors related to completed suicide during the years 2014–2019 in South Khorasan province, Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102825.
- Mullins, J. T., & White, C. (2019). Temperature and mental health: Evidence from the spectrum of mental health outcomes. *Journal of Health Economics*, 68, 102240. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102240>
- Nammontri, O., Robinson, P., & Baker, S. (2013). Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. *Journal of dental research*, 92(1), 26-31.
- National Institute of Mental Health Information Resource Center. (2021). *Suicide*. Bethesda: National Institute of Mental Health Information Resource Center
- O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention* (2nd ed.). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology: A textbook*. London: McGraw-Hill Education.

- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S.-M., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2017a). National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA psychiatry*, 74(11), 1095-1103.
- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S.-M., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2017b). National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA psychiatry*, 74(11), 1095-1103.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*, 165(11), 1383–1384.
- Orri, M. et al. (2021). *Long-term economic and social outcomes of youth suicide attempts*. <https://hal-insep.archives-ouvertes.fr/U1219/hal-03347283v1>.
- Polewka, A., Chrostek-Maj, J., Kroch, S., Mikołaszek-Boba, M., Ryn, E., Datka, W., & Rachel, W. (2001). The sense of coherence and risk of suicide attempt. *Przeład lekarski*, 58(4), 335-339.
- Radcliff, E., Crouch, E., Strompolis, M., & Srivastav, A. (2019). Homelessness in childhood and adverse childhood experiences (ACEs). *Maternal child health journal*, 23(6), 811-820.
- Roy, P., Tremblay, G., Robertson, S., & Houle, J. (2017). “Do it all by myself”: A salutogenic approach of masculine health practice among farming men coping with stress. *American journal of men's health*, 11(5), 1536-1546.
- Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2012). Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *International journal of general medicine*, 5, 323.
- Silverthorn, B. C. (2005). *How client suicide impacts marriage and family therapists: Implications for coping and professional training*. East Lansing: Michigan State University.
- Slootjes, J., Keuzenkamp, S., & Saharso, S. (2018). Narratives of meaningful endurance—how migrant women escape the vicious cycle between health problems and unemployment. *Comparative migration studies*, 6(1), 1-16.
- Suicide Prevention Resource Center. (2019). *Suicidal Thoughts and Suicide Attempts*. Oklahoma: The Board of Regents of the University of Oklahoma.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.

- Thompson, K., Herens, M., van Ophem, J., & Wagemakers, A. (2021). Strengthening sense of coherence: Evidence from a physical activity intervention targeting vulnerable adults. *Preventive Medicine Reports, 24*, 101554.
- Van Ness, P. H., Towle, V. R., Juthani-Mehta, M., & health. (2008). Testing measurement reliability in older populations: methods for informed discrimination in instrument selection and application. *Journal of aging, 20*(2), 183-197.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review, 117*(2), 575.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries—a meta-analysis. *Ageing research reviews, 12*(1), 339-353.
- Walsh, D. (2014). *An analysis of the extent to which socio-economic deprivation explains higher mortality in Glasgow in comparison with other post-industrial UK cities, and an investigation of other possible explanations*. Glasgow: University of Glasgow.
- WHO. (2019). *Suicide in the world*. Geneva: World Health Organization.
- Wilchek-Aviad, Y., & Cohen-Louck, K. (2020). Testing the effectiveness of a salutogenic model for reducing suicidal tendencies in a population of elderly and young adults. *OMEGA-Journal of death dying, May*(2020), 1.
- Zimmerman, M., Balling, C., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2018). Understanding the severity of depression: which symptoms of depression are the best indicators of depression severity. *Comprehensive psychiatry, 87*, 84-88.





ภาคผนวก

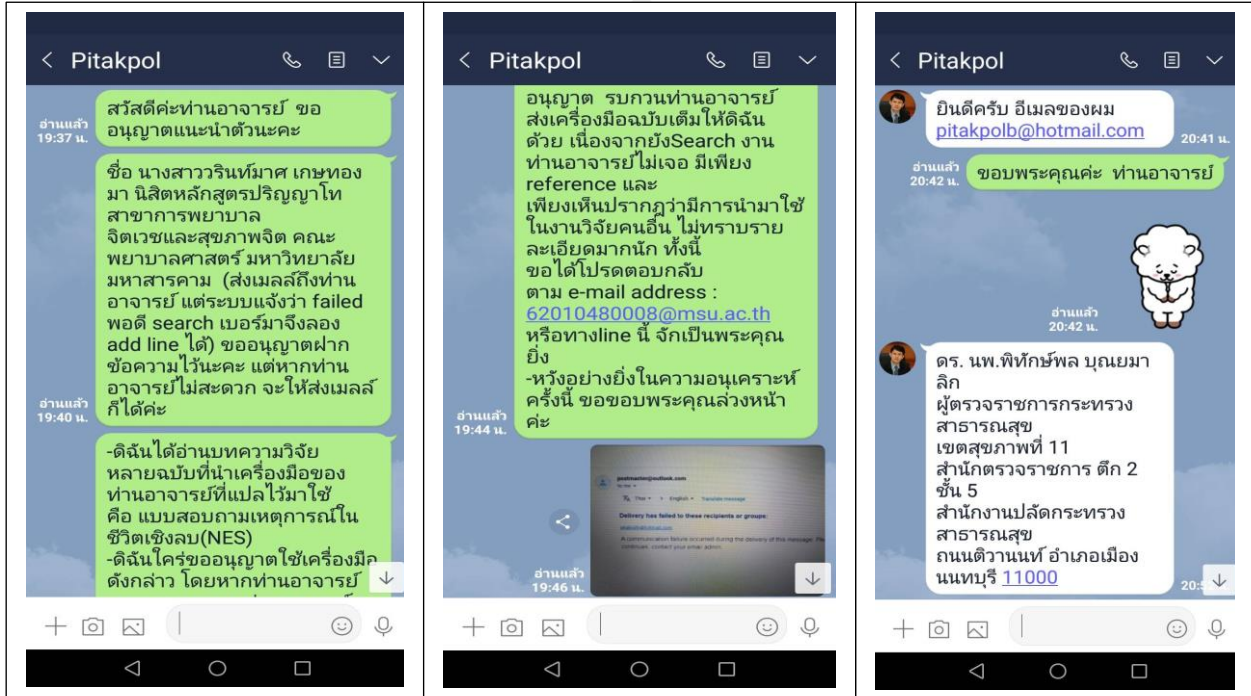
พหุบัณฑิตวิชเว



ภาคผนวก ก
หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

พหุบัณฑิตวิชเว

1. แบบสอบถามประสบการณ์ชีวิต



2. แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก



3. แบบสอบถามการเผชิญปัญหา

RE: ขออนุญาตใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด Inbox x

SOMCHIT HANUCHARANKUL

8:25 AM (28 minutes ago) ☆ ↶

to me ↵

ฉันคือญาติให้ใช่ค่ะ

Somchit Hanucharumkul RN, PhD
Editor, Pacific Rim Int. JNR
Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
260 Rama 6 Road, Payathai, Rachathevee, Bangkok, Thailand, 10400
Tel +662 201 2013, mobile +6681 774 9313
email somchit.han@mahidol.ac.th

From: วรินทร์มาศ เกษทองมา <62010480008@msu.ac.th>

Sent: Friday, March 12, 2021 11:39 PM

To: SOMCHIT HANUCHARANKUL

Subject: ขออนุญาตใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด

[Boxbe]<<https://www.boxbe.com/overview>> [http://www.boxbe.com/stfopen?tc_serial=54528081176&tc_rand=574400902&utm_source=stf&utm_medium=email&utm_campaign=ANNO_TEST&utm_content=001&] =?UTF-8?B?4Lin4Lij4Li04LiZ4LiX4LmM4Lih4Liy4LiolOC5gOC4geC4qeC4+C4reC4h+C4oeC4sg==?= (62010480008@msu.ac.th) added themselves to your Guest List<https://www.boxbe.com/approved-list?tc_serial=54528081176&tc_rand=574400902&utm_source=stf&utm_medium=email&utm_campaign=ANNO_TEST&utm_content=001&&key=RryDGu6G0cTYVWj0OwIAE7PUUPQ62M82TU4gdFgAk4%3D&token=yWqxa9G%2FRHsy7WrDnTezTDIKqb5gOCFWCxp6uNb1rewOQsoDxCg%2BkvGtAYleVwZ> | Remove

4. แบบสอบถามความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

 วรินทร์มาศ เกษทองมา <62010480008@msu.ac.th>
to suwaru ↵

Mar 7, 2021, 3:44 PM (3 days ago) ☆ ↶ ⋮


เรียน ท่านอาจารย์สุวรรณา อรณพงศ์ไพศาล

ดิฉันชื่อ นางสาววรินทร์มาศ เกษทองมา นิสิตหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้อ่านบทความของท่านอาจารย์ เรื่อง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวิจัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง แล้วมีความสนใจที่จะนำ แบบประเมิน 9Q จากงานวิจัยดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ดิฉันได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยขอรบกวนท่านอาจารย์ตอบกลับตาม e-mail address นี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

หวังอย่างยิ่งในความอนุเคราะห์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณล่วงหน้าค่ะ

วรินทร์มาศ เกษทองมา

 Suwanna Arunpongpaisal
to me ↵

Mar 7, 2021, 11:34 PM (3 days ago) ☆ ↶ ⋮

泰 Thai > English > [Translate message](#)

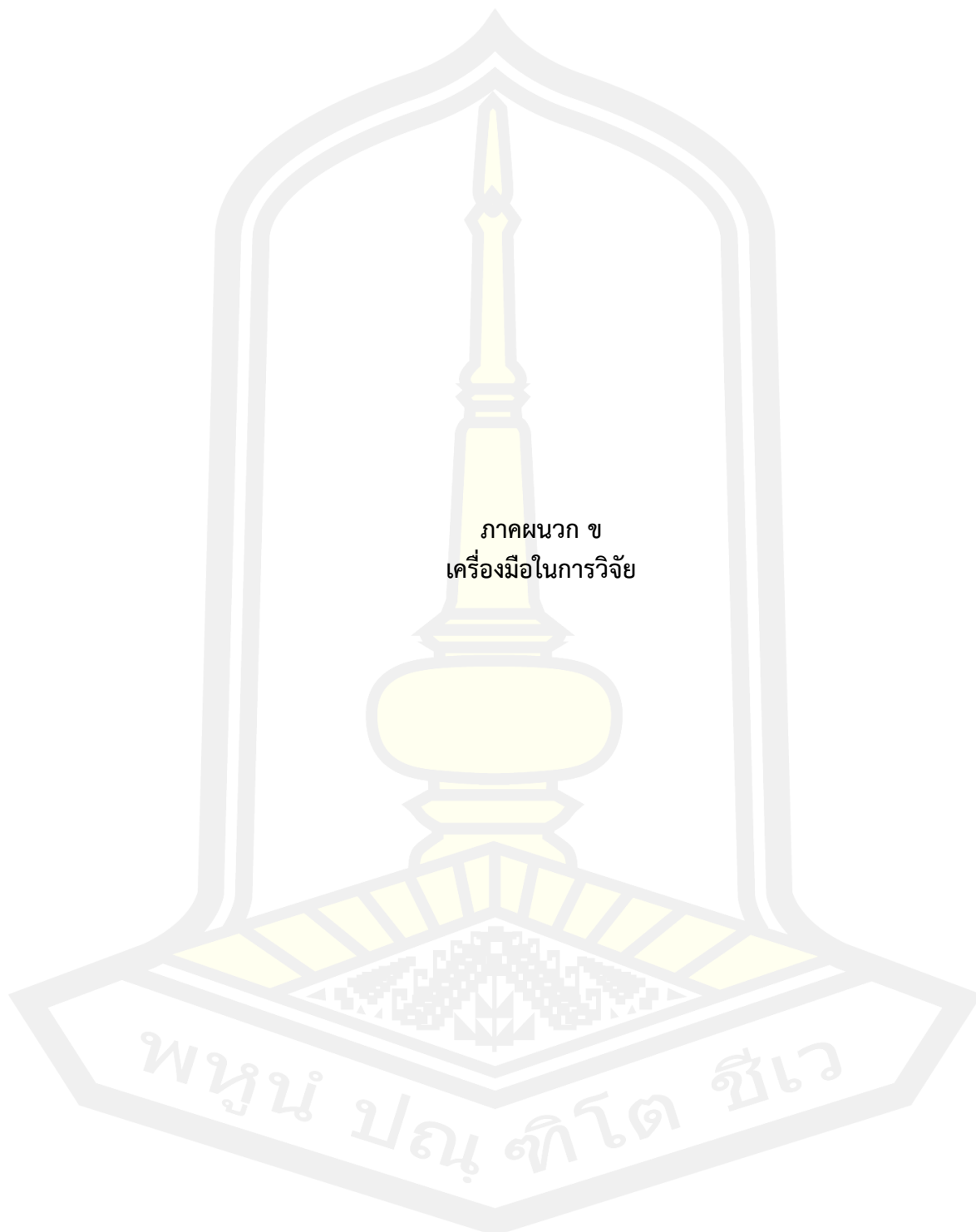
[Turn off for: Thai](#) x

ฉันดีเป็นอย่างยิ่งค่ะ

สุวรรณา

ส่งจากโทรศัพท์มือถือ Huawei ของฉัน

----- ข้อความต้นฉบับ -----



ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยา

แบบสอบถามเลขที่.....



**แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต
ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย**

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่มีข้อมูลถูกหรือผิด เนื่องจากผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ และการนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน รวม 75 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	12	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ	21	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก	13	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญความเครียด	20	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	9	ข้อ

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

วรินทร์มาศ เกษทองมา
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงใน หรือเติมคำลงในข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (นับตาม วัน/เดือน/ปีเกิด)
3. สถานภาพ
 1) โสด 2) สมรส
 3) หย่า/เลิกกัน/หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ระดับประถมศึกษา
 3) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 4) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 5) ระดับปวส./ปกศ.สูง/อนุปริญญา 6) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพหลัก.....
6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
7. โรคประจำตัว
 1) ไม่มี 2) มี (โปรดระบุ.....)
8. งานอดิเรก.....
9. จำนวนครั้งที่พยายามทำร้ายตัวเอง.....ครั้ง
10. วิธีการทำร้ายตัวเอง.....
11. สาเหตุของการพยายามทำร้ายตัวเอง.....
12. บุคคลที่ร่วมพักอาศัย สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
 1) บิดา 2) มารดา
 3) บุตร 4) คู่สมรส
 5)ญาติ/ พี่น้อง 6) เพื่อน
 7) อยู่คนเดียว 8) อื่น ๆ (ระบุ).....

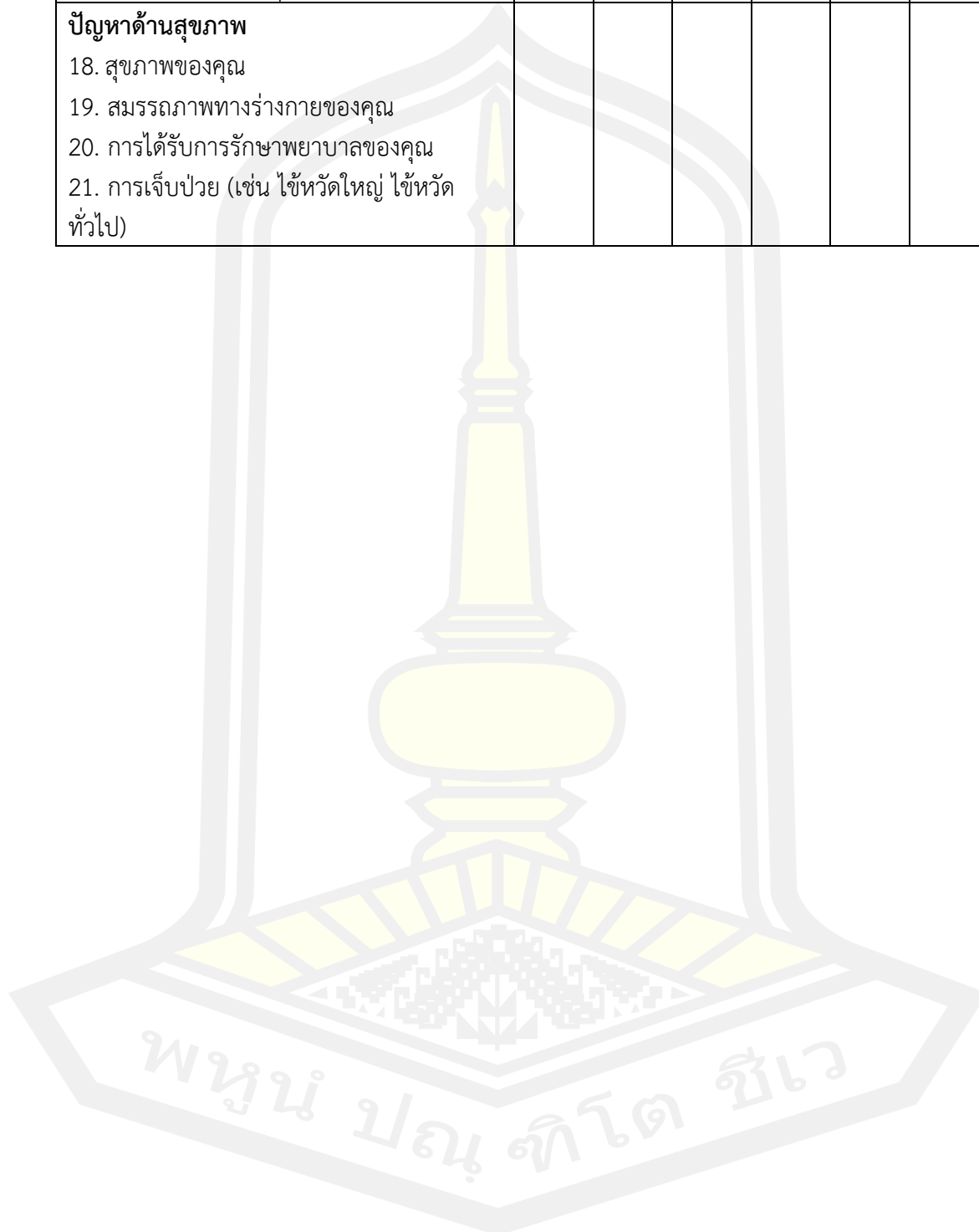
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ขอให้พิจารณาแต่ละข้อความ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงหรือการกระทำของท่านมากที่สุดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 5 ปีที่ผ่านมา เพียงคำตอบเดียว

- 0 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้น จึงไม่มีความยุ่งยากใจ
- 1 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่เกิดความยุ่งยากใจ
- 2 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจเล็กน้อยมาก
- 3 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจบ้าง
- 4 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจมาก
- 5 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแล้ว และมีความยุ่งยากใจมากที่สุด

เหตุการณ์	ระดับความยุ่งยากใจกับเหตุการณ์					
	0	1	2	3	4	5
ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา หรือผู้ดูแล 1. การสื่อสารทางลบ 2. ความขัดแย้ง 3. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) 4. ถูกตอบโต้ในทางลบ						
ปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว คนรัก บุตร 5. การสื่อสารในทางลบ 6. ความขัดแย้ง 7. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) 8. การถูกปฏิเสธ/ ไม่ยอมรับ 9. คนในครอบครัวทำให้ฉันผิดหวัง						
ปัญหาเกี่ยวกับญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง 10. ความขัดแย้ง 11. ความเห็นไม่ลงรอย (รวมถึงการโต้เถียง) 12. ถูกตอบโต้ในทางลบ 13. การมีกิจกรรมหรืองานร่วมกัน						
ปัญหาการเงิน 14. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งจำเป็น (เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยการดูแลสุขภาพ ภาษี การประกันภัย ฯลฯ) 15. เงินไม่เพียงพอสำหรับการแสวงหาความรู้ 16. เงินไม่เพียงพอสำหรับเรื่องฉุกเฉิน 17. เงินไม่เพียงพอสำหรับสิ่งเพิ่มเติม						

นอกเหนือจากสิ่งจำเป็น (เช่น สิ่งบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจ วันหยุด ฯลฯ)						
ปัญหาด้านสุขภาพ 18. สุขภาพของคุณ 19. สมรรถภาพทางร่างกายของคุณ 20. การได้รับการรักษาพยาบาลของคุณ 21. การเจ็บป่วย (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดทั่วไป)						



ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง ท่านรู้สึกอย่างไร? จงวงกลมล้อมรอบตัวเลขเพียงตัวเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวของท่านอย่างจริงจัง

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยเลย						บ่อยมาก

2. ท่านรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่ท่านรู้จักเป็นอย่างดี

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยเลย						บ่อยมาก

3. คนที่ท่านเชื่อใจทำให้ท่านผิดหวัง

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยเลย						บ่อยมาก

4. จนถึงตอนนี้ชีวิตของท่าน

1	2	3	4	5	6	7
ไม่มีจุดประสงค์ หรือจุดหมายชัดเจน						มีจุดประสงค์ หรือจุดหมายชัดเจน

5. ท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ยุติธรรม

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						ไม่เคยเลย

6. ท่านรู้สึกว่าท่านอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและท่านไม่รู้จะทำอะไร

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						ไม่เคยเลย

7. การทำสิ่งต่างๆ ที่ท่านทำในชีวิตประจำวัน

1	2	3	4	5	6	7
เป็นแหล่งของ ความสุขความพอใจ						เป็นแหล่งของความ เจ็บปวดและน่าเบื่อ

8. ท่านรู้สึกสับสน

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

น้อยมาก						ไม่เคยเลย
---------	--	--	--	--	--	-----------

9. ท่านมีความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในที่มากเกินไปกว่าที่ท่านจะสามารถอธิบายได้

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

น้อยมาก						ไม่เคยเลย
---------	--	--	--	--	--	-----------

10. คนจำนวนมาก แม้แต่คนที่แข็งแกร่งรู้สึกเหมือนยอมแพ้ในบางสถานการณ์ ท่านรู้สึกแบบนี้บ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย						เกิดขึ้นเสมอๆ
-------------------	--	--	--	--	--	---------------

11. เมื่อมีเหตุการณ์อะไรก็ตามเกิดขึ้น โดยทั่วไปท่านมักพบว่า

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ท่านคาดการณ์เกินหรือ ต่ำกว่าความเป็นจริง

ท่านเห็น สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง

12. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าสิ่งที่ท่านทำในชีวิตมีความหมายเพียงเล็กน้อยสำหรับท่าน

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

น้อยมาก						ไม่เคยเลย
---------	--	--	--	--	--	-----------

13. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่แน่ใจและท่านไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัวท่านได้

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

น้อยมาก						ไม่เคยเลย
---------	--	--	--	--	--	-----------

พหุ ประถมศึกษา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญความเครียด

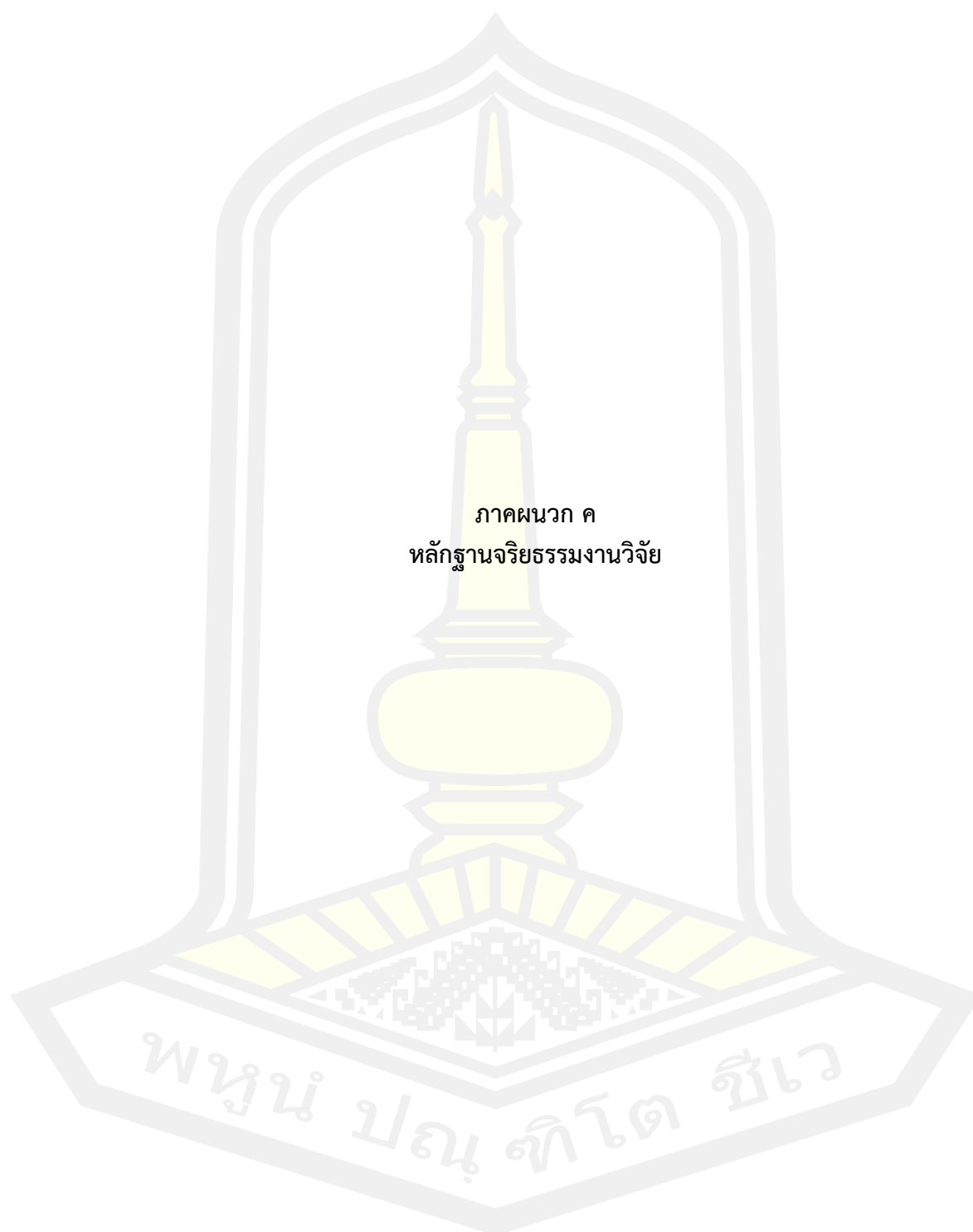
คำชี้แจง ท่านทำอย่างไรเมื่อเกิดความเครียด กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

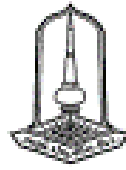
สิ่งที่ท่านกระทำเมื่อเกิดความเครียด	บ่อยที่สุด	เป็นครั้งคราว	ไม่ค่อยใช้	ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย
ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา				
1.สอบถามจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ				
2.หาความรู้จากข่าวสาร หนังสือ และสื่อต่าง ๆ				
3.สอบถามเพื่อนบ้าน หรือผู้มีประสบการณ์				
4.แก้ไขต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด				
5.พยายามคิดหาวิธีแก้ไขปัญหา และลงมือทำ				
6.อดทนตั้งสติ และคิดหาทางช่วยเหลือ				
7.ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ				
8.ขอความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้าน				
9.ไม่ต้องการแบกรับภาระนี้อีกต่อไป				
10.หยุด ไม่ทำอะไรเลย ออกไปผ่อนคลาย				
ด้านจัดการกับอารมณ์				
1.มองว่าปัญหาทุกอย่างมีหนทางแก้ไข				
2.พูดระบายให้สมาชิกในครอบครัว หรือผู้อื่นฟัง				
3.คิดว่าโชคดีกว่าครอบครัวอื่น ๆ				
4.ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสิ่งที่ชอบ				
5.ปล่อยไปตามบุญคิดว่าเป็นเรื่องเวรกรรม				
6.สวดมนต์ไหว้พระ บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์				
7.ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน				
8.นั่งสมาธิ				
9.พยายามลืมมันนึกถึง				
10.ร้องไห้				

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง ท่านรู้สึกอย่างไร? จงวงกลมล้อมรอบตัวเลขเพียงตัวเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ (สรรพนาม)มีอาการเหล่านี้หรือไม่?	ไม่มีเลย	มี						คะแนนรวม (ความรุนแรงคูณความถี่)
			ความรุนแรง			ความถี่			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	นานๆ ครั้ง (1-6 วัน)	บ่อย (7-10 วัน)	เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน)	
1	ไม่สบายใจ เศ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	0	1	2	3	1	2	3	
2	เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลินเหมือนเดิม	0	1	2	3	1	2	3	
3	หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3	1	2	3	
4	อยู่เฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร ก็รู้สึกเหนื่อยใจ ไม่มีแรง	0	1	2	3	1	2	3	
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3	1	2	3	
6	รู้สึกแย่กับตนเอง หรือรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลว หรือรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระกับครอบครัวและคนอื่น	0	1	2	3	1	2	3	
7	เวลาที่ทำกิจกรรมอะไร ไม่สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ทำได้นาน	0	1	2	3	1	2	3	
8	ความคิด การพูด การเคลื่อนไหวช้าลง กว่าเดิม หรือมีความรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้	0	1	2	3	1	2	3	
9	คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรืออยากทำร้ายตนเอง	0	1	2	3	1	2	3	
รวมคะแนน									





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 217-208/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึกสอดคล้อง การเผชิญปัญหา และ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationship between Life Experiences, Sense of Coherence, Coping Strategies and Depressive Severity of Suicide Attempts.

ผู้วิจัย : นางสาววันฉัตร เกษทองเอก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดสกลนคร และจังหวัดนครพนม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 2 กรกฎาคม 2564

วันหมดอายุ : 1 กรกฎาคม 2565

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**ดร. สุนจิต**.....

(ผู้อำนวยการศูนย์ บริการกฎหมาย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ข้อนี้ การรับรองนี้มีไว้เพื่อใช้สำหรับใช้กับหนังสือขออนุญาต (ผู้ดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาววรินทร์มาศ เกษทองมา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	194 หมู่ที่ 11 ตำบลกุดสระ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2536 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี พ.ศ.2539 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) วิชาเอกบริหาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2544 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2545 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2565 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาวิชาการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุบัณฑิต ชีวะ