



การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

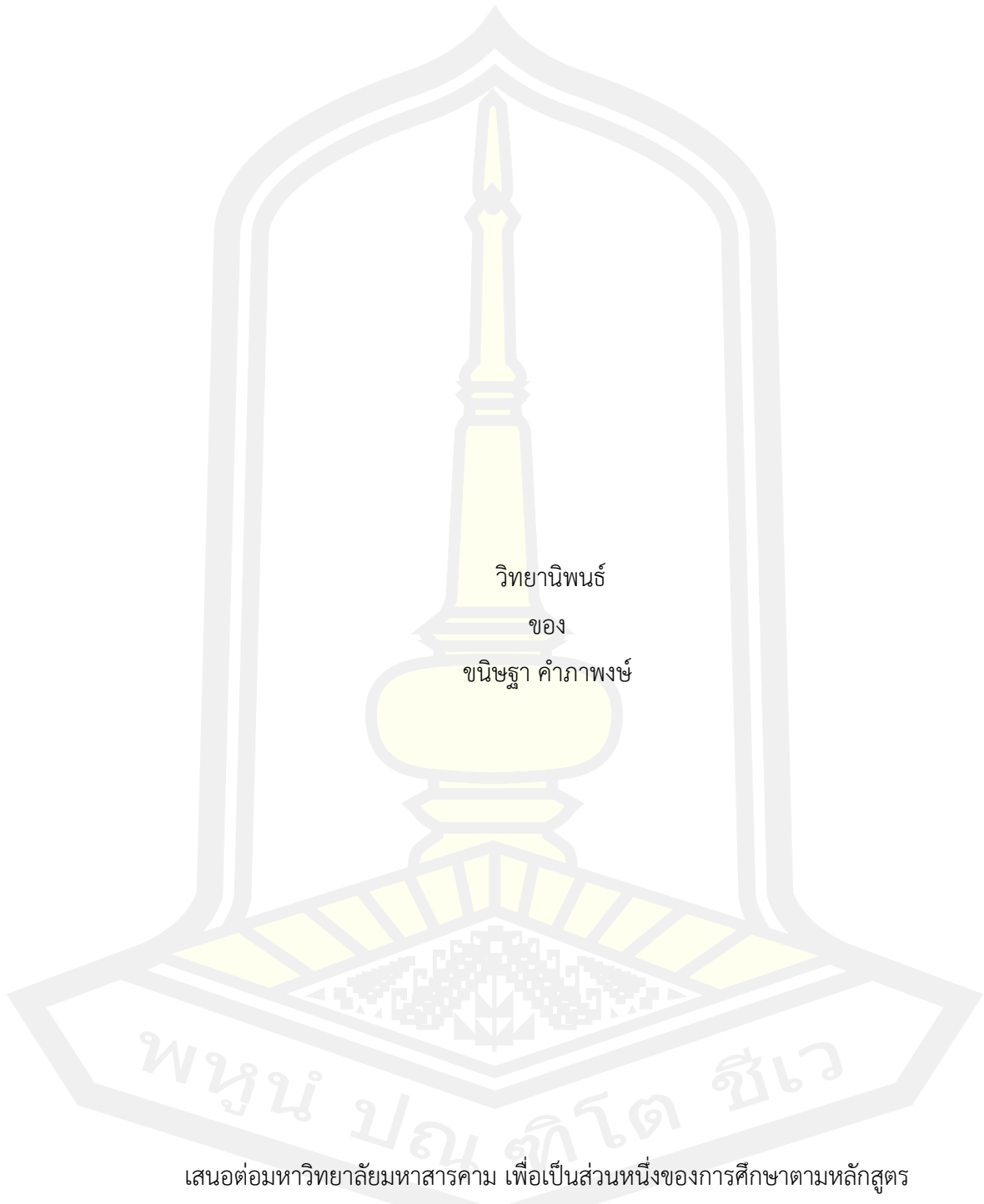
วิทยานิพนธ์
ของ
ชนิษฐา คำภาพงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



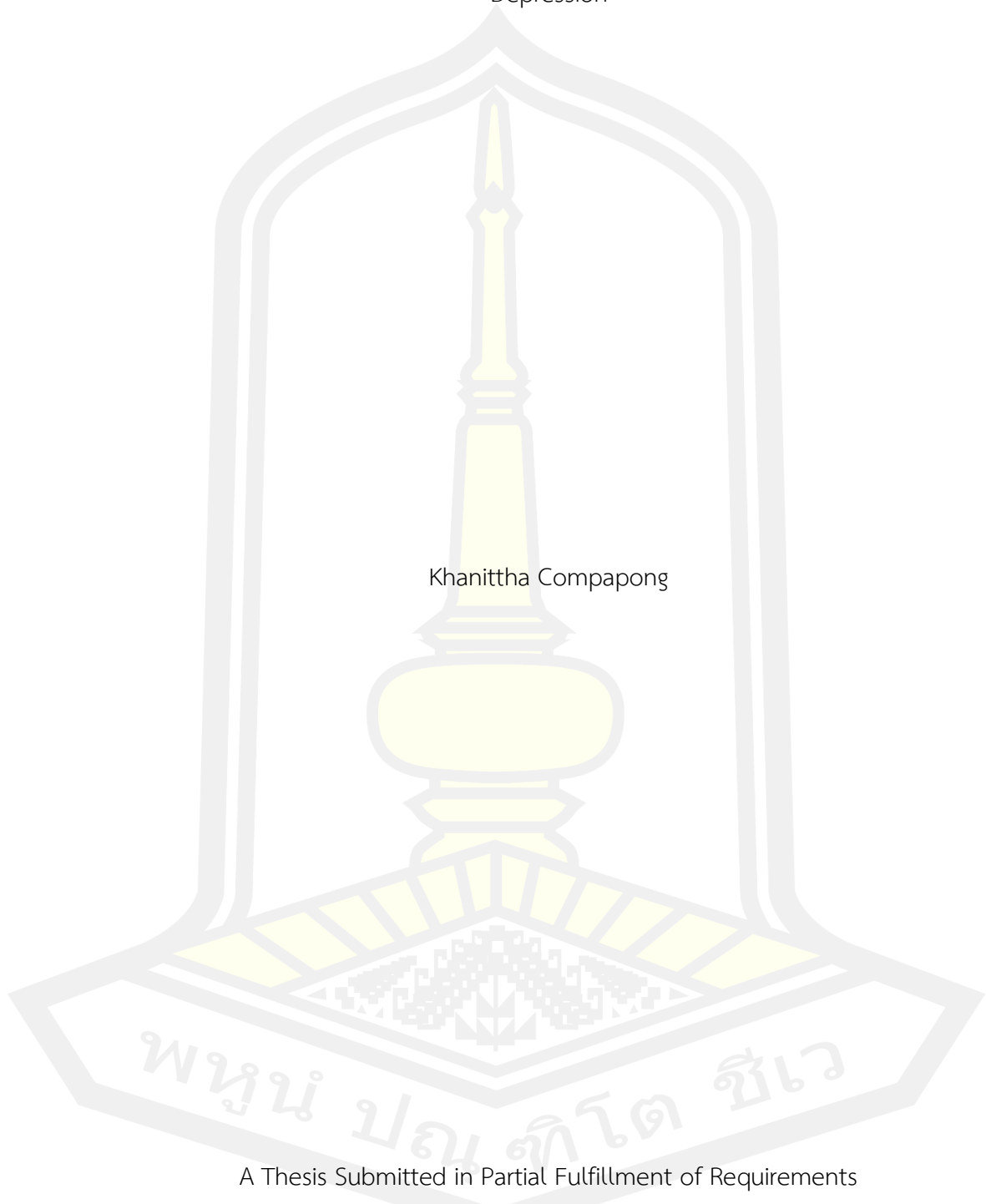
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Giving Meaning to Family Members' Words Affecting Suicidal Ideation in Patients with
Depression

Khanittha Compapong



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

February 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางชนิษฐา คำภาพงษ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		
ผู้วิจัย	ชนิษฐา คำภาพงษ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุจกรกานต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับอารมณ์เศร้าที่แฝงเร้นภายในจิตใจ ผู้ป่วยจึงมักมีความคิดเชิงลบและคิดซ้ำๆเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หลายคนยังต้องเผชิญกับแรงกดดันจากครอบครัวผ่านคำพูดของบุคคลสำคัญในชีวิต จนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกับการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายหรือความพยายามฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 10 รายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยตีความหมายคำพูด 3 ลักษณะคือ 1. คำพูดมีความหมายถึงการไล่ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ 2. คำพูดมีความหมายถึงการตอกย้ำ ซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ และ 3. คำพูดที่ถูกให้ความหมายว่าตนเองไร้ค่า หมดประโยชน์ และเป็นภาระกับผู้อื่น

การให้ความหมาย ต่อคำพูดของบุคคลสำคัญดังกล่าวข้างต้น สร้างความรู้สึกน้อยใจ ผิดหวังและตอกย้ำความเศร้าที่มีอยู่แล้วจนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่รุนแรงจากการให้ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อคำพูด น้ำเสียง และท่าทาง ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่มีความอ่อนไหวต่อการถูกตีความ และบุคลากรด้านสุขภาพสามารถพัฒนาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อหลีกเลี่ยงการคิดฆ่าตัวตายหรือความพยายามฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ : การให้ความหมาย, คำพูด, ความคิดฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

TITLE	Giving Meaning to Family Members' Words Affecting Suicidal Ideation in Patients with Depression		
AUTHOR	Khanittha Compapong		
ADVISORS	Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

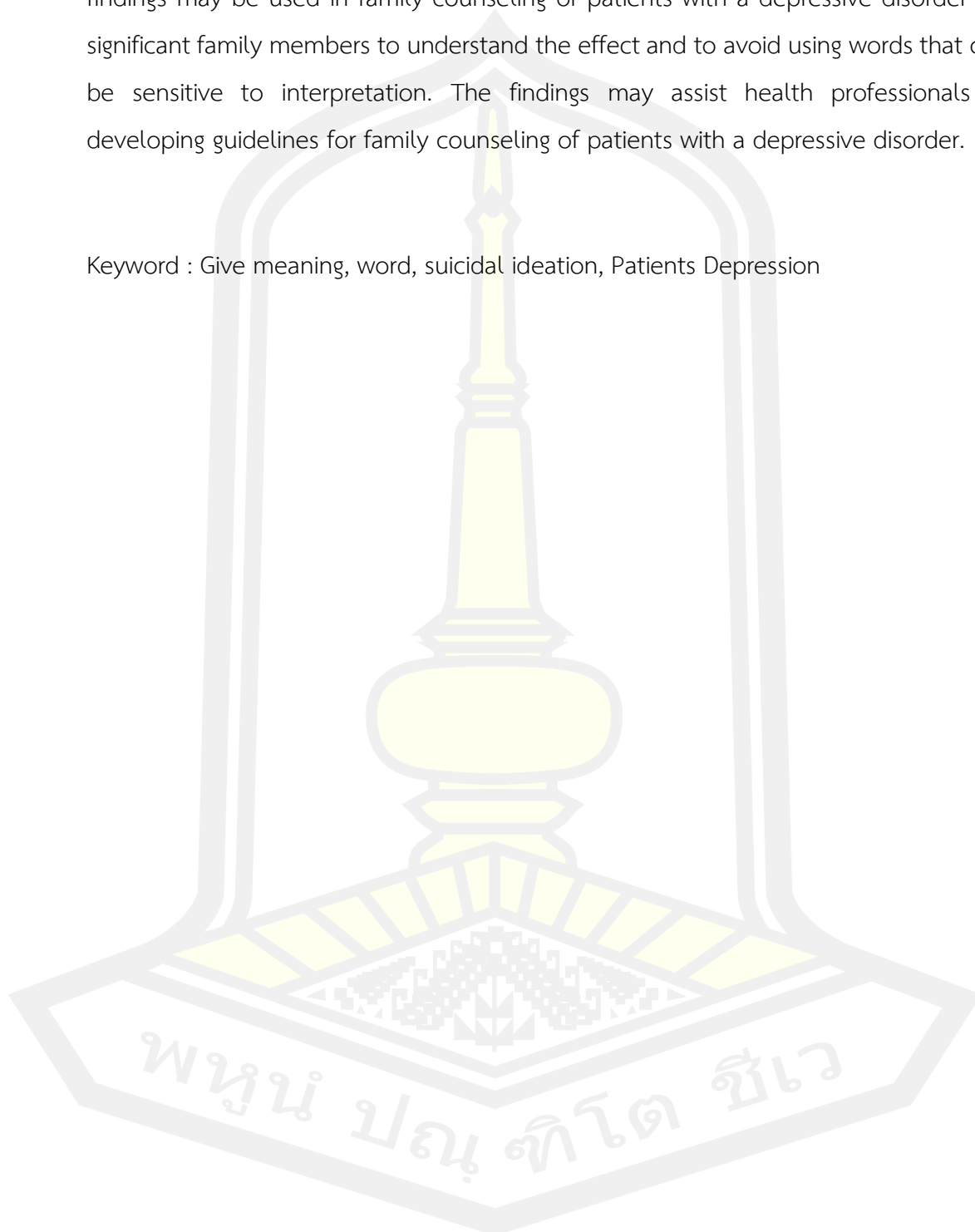
Patients with a depressive disorder often carry concealed sadness based on negative thoughts and repetitive thinking of suicide. They may experience tensions with significant family members who use words unkindly or are unaware of how they might be interpreted which could lead to suicidal ideation or suicide attempts.

The objective of this study was to uncover the meaning given by patients about the words/phrases spoken by significant family members which might lead to their suicidal ideation or suicide attempts. Data were collected through in-depth interviews with 10 patients diagnosed by a psychiatrist with a depressive disorder who indicated they had at least one or more periods of suicidal ideation or suicidal attempts. The findings revealed three ways of interpretation, 1) words that stimulate feelings of being unwanted, such as “go drop dead”; 2) words are meant to be reinforced, aggravated existing negative feelings and words that unfavorably compared the patients with others; and 3) words that are perceived as blaming, feeling worthless, useless, and being a burden to others. When spoken by significant people, the words and phrases create feelings of resentment and disappointment, reinforcing the already existing sadness.

These findings reflect the strong impact that speech, tone of voice, and verbal posturing used by significant family members can have on patients with a

depressive disorder which might stimulate suicidal ideation or suicidal attempts. The findings may be used in family counseling of patients with a depressive disorder for significant family members to understand the effect and to avoid using words that can be sensitive to interpretation. The findings may assist health professionals in developing guidelines for family counseling of patients with a depressive disorder.

Keyword : Give meaning, word, suicidal ideation, Patients Depression



กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มหนึ่งให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ นานาประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ชี้แนะแนวทาง ดำเนินการทำ วิทยานิพนธ์โดยยึดหลักจริยธรรม และจรรยาบรรณในการทำวิจัยอย่างเคร่งครัด แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ต่าง ๆจนเป็นรูปเล่มวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ดร.ดรุณี รุจกร กานตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณรศ.ดร.กฤตยา แสวงเจริญ และผศ. ดร. ชนกฤทัย ชื่นอารมณั กรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้กรุณาดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งกรุณาให้คำชี้แนะและข้อคิดเห็นที่ เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก ที่ได้ชี้แนะแนวทางในการคิดหัวข้อ วิทยานิพนธ์ที่น่าสนใจ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรม สั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ตลอดจนให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณ บุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้ให้คำแนะนำอันเป็น ประโยชน์และให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตั้งแต่เริ่มต้น จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

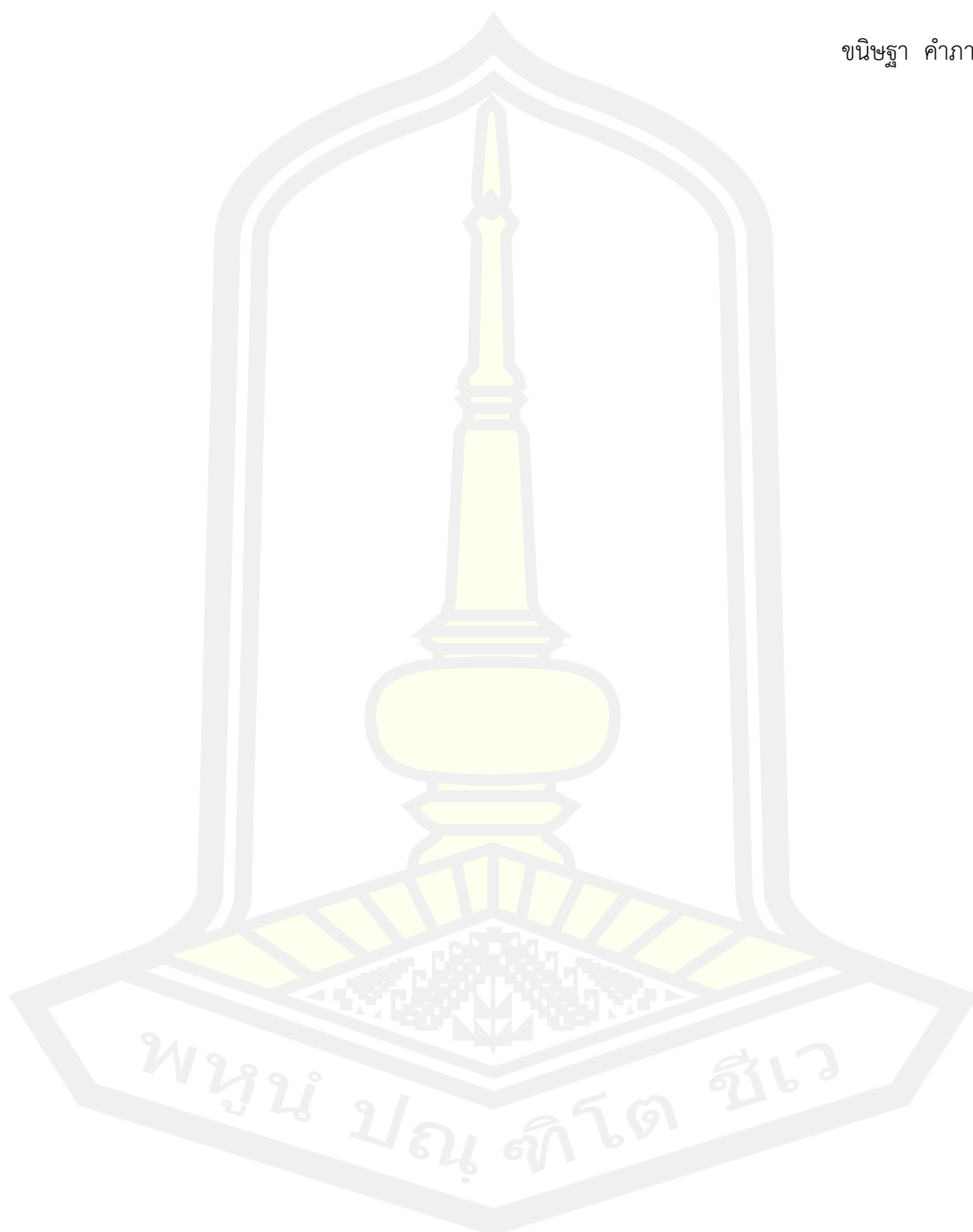
ขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชาย ที่ได้เอื้อการจัดอัตรากำลังใน ขณะที่ผู้วิจัยกำลังทำวิทยานิพนธ์ และขอบคุณเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยจิตเวชในชายฝ่ายคำ ที่ได้ให้ กำลังใจ และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำงานในทุก ๆ ครั้ง

งานวิจัยนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์ และช่วยเหลือจาก เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ รวมถึงอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จนทำให้ วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

และที่สำคัญจะขาดบุคคลเหล่านี้ไปไม่ได้ นั่นคือครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่าน ขอขอบคุณที่คอย สนับสนุน ให้กำลังใจ ความรัก ความเข้าใจ และคอยช่วยเหลือในทุกๆอย่าง

สุดท้ายผลอันจะเป็นประโยชน์ความดี ความงามทั้งปวงที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบ แต่บิดามารดา ครูอาจารย์และผู้มีพระคุณ และคิดว่าจะเป็นผู้คุณประโยชน์ต่อสังคมต่อไป หากมี ข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

ชนิษฐา คำภาพษ์

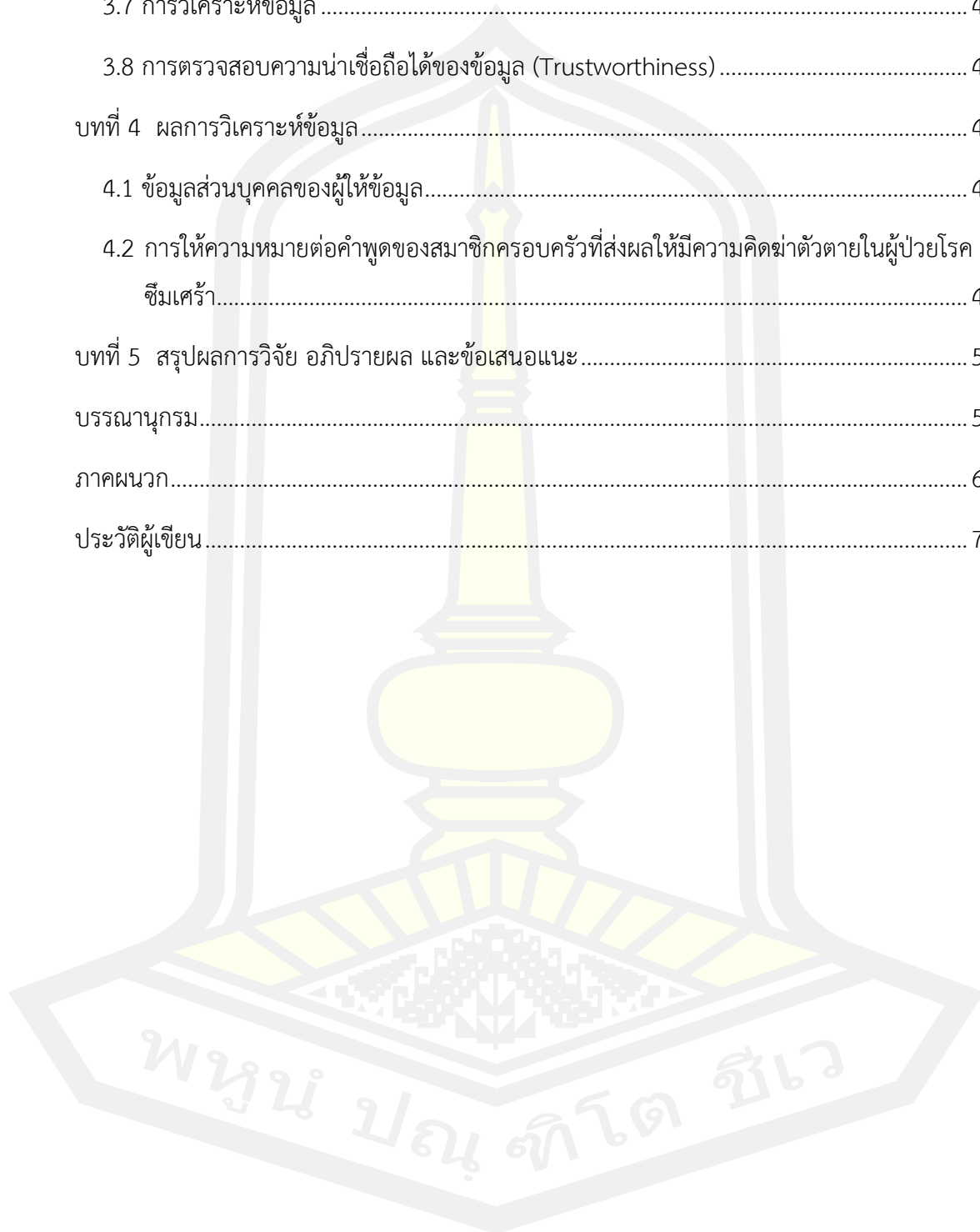


สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาของการวิจัย	1
1.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย.....	5
1.5.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา	5
1.5.3 ผู้ให้ข้อมูล.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 โรคซึมเศร้า	7
2.1.1 ความหมาย.....	7
2.1.2 ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า	7
2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า	8
2.1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า.....	10
2.1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	11

2.1.6 แนวคิดทฤษฎีและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า.....	12
2.1.7 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า.....	17
2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย	18
2.2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย.....	18
2.2.2 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย.....	18
2.2.3 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย.....	19
2.2.4 ทฤษฎีที่อธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล	21
2.2.4.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย.....	21
2.2.4.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์.....	22
2.2.4.3 ทฤษฎีการฆ่าตัวตายของเดอว์คอบมม์.....	22
2.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลกับความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย.....	24
2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารและการสื่อสารในครอบครัว	27
2.3.1 ความหมาย.....	27
2.3.2 ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล.....	28
2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัว.....	29
2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวของซาฟฟี และเวคแมน.....	29
2.3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวของเคนเทอร์ และ เลร์.....	30
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	33
3.1 ผู้ให้ข้อมูล	33
3.2 พื้นที่ศึกษา.....	34
3.3 ระยะเวลาที่ในการศึกษา.....	34
3.4 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	34
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	41
3.8 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)	42
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	44
4.2 การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก	68
ประวัติผู้เขียน	72



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของการวิจัย

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีความรุนแรงจนอาจทำให้บุคคลมีความคิดอยากทำร้ายตนเองจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (วัลลภา ทรงพระคุณ และเนตรดาว ธงชีวิ, 2562) โดยโรคซึมเศร้ามีสาเหตุจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองทำให้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) และมักมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนซึ่งเกิดจากการแปลความจริงที่บิดเบือนในทางลบ โดยระบบความคิดที่บิดเบือนจะส่งผลให้บุคคลมองตนเองไร้ค่า ไร้ทางออก และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความจริง หมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ (Beck, 1979) จากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปีคริสต์ศักราช 2021 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 288 ล้านคนทั่วโลก โดยโรคซึมเศร้าหากรุนแรงก็สามารถทำให้ฆ่าตัวตายได้เช่นกัน (วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุปินนะ, จุฑามาส สุขอิม และศุภชัย นาทองไชย, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้าคือ มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 15-20 เท่ามากกว่าคนทั่วไป (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559; ภัทรภรณ์ ปัตตายะโส, 2561)

สถิติการฆ่าตัวตาย โดยองค์การอนามัยโลกปีคริสต์ศักราช 2016 รายงานว่ามีประชากรทั่วโลกฆ่าตัวตายประมาณ 800,000 คนต่อปี และทุก ๆ 40 วินาทีจะมีคนฆ่าตัวตายเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 20 เท่า และจากรายงานระบุว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในประชากรกลุ่มช่วงอายุ 15-29 ปี (WHO, 2021) เมื่อจัดอันดับการฆ่าตัวตายของโลกพบว่า ประเทศลิทัวเนียเป็นประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในโลกเฉลี่ย 31.9 คนต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 32 ของโลก มีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 14.4 คนต่อแสนประชากร (world population review, 2021) จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยในช่วงปีพุทธศักราช 2561-2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยอยู่ที่ 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563) และในปีพุทธศักราช 2564 มีข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่แน่นอน แต่มีรายงานพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายคิดตามสถานที่ตายเฉลี่ยอยู่ที่ 7.37 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2565) เมื่อจำแนกอัตราการฆ่าตัวตาย

ตามเพศแล้วพบว่า เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 30-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 พบจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 10 จังหวัดแรกเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.67 – 17.44 ต่อแสนประชากร และเมื่อแยกอัตราการฆ่าตัวตายตามเครือข่ายการบริการพบว่า เครือข่ายบริการที่ 7 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 8.76 ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2563) การฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังคงไม่มีท่าทีจะลด มีแต่แนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น และการฆ่าตัวตายนี้อาจมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ที่ฆ่าตัวตาย มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของชาร์คและโกลนีย์ (Clark & Goldney, 2000) ที่กล่าวว่าเมื่อมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ผู้ฆ่าตัวตาย 1 คน จะส่งผลกระทบต่อทางจิตใจต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และอาจมีผลได้นานถึง 4 ปี เช่น อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นโรควิตกกังวล นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ จากการคำนวณมูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐศาสตร์ ในปี 2548 ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประเทศต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจในการรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท (วุฒิปันธุ์ สิทธิการิยะ, 2564) และการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อสังคมด้านอื่น ๆ เช่น กระทบต่อความมั่นคง เช่น ภาครัฐต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาความเจริญของประเทศ (วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุบินนะ, จุฑามาส สุขอิม และศุภชัย นาทองไชย, 2562)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายมากที่สุด 5 อันดับ คือ ความสัมพันธ์บุคคล สุรา ยาเสพติด สังคม และเศรษฐกิจ โดยเพศชายมักมีปัจจัยความเสี่ยงมาจากปัญหาโรคจิต ต่ำสุรา ยาเสพติด โดยเฉพาะการดื่มสุราจะมีโอกาสทำร้ายตัวเองมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า ส่วนเพศหญิงมีสาเหตุจากความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า (วุฒิปันธุ์ สิทธิการิยะ, 2564) โดยปัจจัยด้านครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย : มุมมองจากประสบการณ์ของวัยรุ่น พบว่าปัจจัยกระตุ้นด้านครอบครัวต่อการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นไทย คือการใช้คำพูดตำหนิที่รุนแรง พูดประชดให้ไปตายจากคนในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของแองโก้ ออปเปอแมน กิปสัน และคิง (Arango, Opperman, Gipson, & King, 2016) พบว่าความรุนแรงของการกลั่นแกล้งกันทางวาจา โดยจากรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รง 506 S version 10 กรม

สุขภาพจิต ปีพุทธศักราช 2561-2562 พบว่า ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด โดยสาเหตุเกิดจากการน้อยใจ การถูกดูต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 26.1 การสื่อสารในครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ตฤไลา จำปาวัลย์, 2560)

การสื่อสารในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกเชิงลบ เช่น น้อยใจ เมื่อถูกตำหนิ เกรียด โกรธ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (นริศรา พิงโพธิ์สม และฐาตุศกร์ จันประเสริฐ, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารที่ดี เข้าใจกันในเรื่องต่าง ๆ นำมาซึ่งความรู้สึกดี ๆ รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีอีกด้วย เมื่อไม่สามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกัน มักมีการตีความผิดพลาด ทำให้เกิดความขัดแย้งและมีสัมพันธ์ภาพไม่ดีต่อกัน (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) ซึ่งการสื่อสารนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว และหากครอบครัวมีสมาชิกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น เมื่อเกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาวะเครียด กังวล จนนำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (วิมลรัตน์ ชัยปราการ, รพีพรรณ กาญจนการุณ, วราภรณ์ พงษ์แก้ว และมาโนช หล่อตระกูล, 2561; สุตรัก พิละกันทา และณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ (2557) ที่กล่าวว่าสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ การสื่อสารในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยทางการแพทย์ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของเอกชัย เพ็ชรพรประภาส (2563) ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ งานวิจัยของสุพัตรา สุขาวท และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี และงานวิจัยของณพนธ์ ถมกระจำง และเสาวนีย์ ทองนพคุณ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่สามารถอธิบายการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น โดยหากครอบครัวขาดความเข้าใจโรคซึมเศร้า และมองข้ามโดยการแสดงออกทางวจนภาษา และอวจนภาษา อาจทำให้สมาชิกที่ป่วยโรคซึมเศร้า ตีความบิดเบือน น้อยใจ จนถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย และนำมาสู่

การฆ่าตัวตายได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่อาจจะถูกตีความหมายในทางลบ และนำมาสู่ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ผลการวิจัยจะนำมาสู่ความเข้าใจมุมมอง และความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ข้อค้นพบที่ได้จะเป็นประโยชน์มากในการนำไปใช้ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

1.3 คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร

1.4 นิยามศัพท์

ในงานวิจัยครั้งนี้ มีนิยามศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังนี้

1.4.1 การสื่อสารในครอบครัว หมายถึง คำพูดที่ถ่ายทอดความรู้สึก ข่าวสาร ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ความคิดเห็น ความต้องการระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน และมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

1.4.2 ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิด ความหมกมุ่นเกี่ยวกับการตาย การวางแผน ที่ต้องการให้ตนเองถึงแก่ความตายโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ยังไม่ลงมือทำ โดยมีสาเหตุจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับสมาชิกในครอบครัว

1.4.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยระบบ ICD-10 (F32.0-F32.9 ยกเว้น F32.3) ที่มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่รับผิดชอบด้านสุขภาพเครือข่ายบริการตามที่กำหนดของกรมสุขภาพจิต

1.5.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้รวมระยะเวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 – มกราคม พ.ศ. 2565

1.5.3 ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยคัดเลือกเพื่อความหลากหลายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ วิธีการพยายามทำร้ายตัวเองที่แตกต่างกัน และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.0-32.9) ยกเว้น F32.3 โดยมีประวัติมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง สาเหตุจากการสื่อสารในครอบครัว โดยมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายครั้งสุดท้ายผ่านมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเข้าใจในการใช้คำพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ความหมายในทางที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

1.6.2 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้แก่ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และบุคคลทั่วไปให้ดูแลปรับตัวเข้าหากันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคั้งนี้ ดังนี้

- 2.1 โรคซึมเศร้า
 - 2.1.1 ความหมายโรคซึมเศร้า
 - 2.1.2 ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า
 - 2.1.3 อาการและอาการแสดงโรคซึมเศร้า
 - 2.1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
 - 2.1.6 แนวคิดทฤษฎีและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 2.1.7 ผลกระทบโรคซึมเศร้า
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.2.2 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย
 - 2.2.3 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 2.2.4 ทฤษฎีอธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล
 - 2.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลกับความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร และการสื่อสารในครอบครัว
 - 2.3.1 ความหมายการสื่อสาร
 - 2.3.2 ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล
 - 2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัว
- 2.4 วิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคซึมเศร้า

2.1.1 ความหมาย

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ โดยสาเหตุจากความผิดปกติของสารในสมอง ชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ที่มีปริมาณลดลงทำให้อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563; วิจิตร แผ่นทอง, วรรณัญญณ์ ชาลีรักษ์ และพุลพงศ์ สุขสว่าง, 2562) โดยลักษณะเฉพาะของโรคซึมเศร้า คือ มีความเศร้าอย่างต่อเนื่องและขาดความสุขในการทำกิจกรรม (WHO, 2020; ญัฐพงษ์ ตั้งจิตบุญสง่า และชวรินทร์ ชาญศิลป์, 2563)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ สาเหตุจากความผิดปกติของการหลั่งสารเคมีในสมองส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการเฉพาะของโรค คือ เศร้าหม่นหมอง หดหู่ เก็บเนื้อเก็บตัว รู้สึกเบื่อหน่ายกับสิ่งที่เคยสนุกหรือสบายใจไม่มีความสุข หากรุนแรงมากอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

2.1.2 ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า

จากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2021 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 280 ล้านคนทั่วโลก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่พบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก (WHO, 2017) ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (ณพนธ์ ถมกระจำง และเสาวนีย์ ทองนพคุณ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 15-20 เท่ามากกว่าคนทั่วไป (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559; ภัทธราภรณ์ ปัตตายะโส, 2561)

ในประเทศไทยจากการรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณพุทธศักราช 2565 เมื่อใช้ประชากรประจำปีพุทธศักราช 2563 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในการคำนวณพบว่า คนไทย 1.2 ล้านคนป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีจำนวนผู้ป่วย 314,064 ราย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าพุทธศักราช 2551 พบว่า มีคนไทยกว่า 1.5 ล้านคนป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เมื่อพิจารณาตามเพศ และอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นพบว่า เพศหญิงป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560; . มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภูมิภาคที่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณ จากความชุกที่ได้ในปีพุทธศักราช 2565 มากที่สุดมีจำนวนกว่า 490,000 คน ซึ่งในเครือข่ายบริการที่ 7 รับผิดชอบดูแล 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ กาฬสินธุ์ พบมีจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกกว่า 122,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2565) โดย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อยู่ในเครือข่ายบริการที่ 7 พบว่าในปีพุทธศักราช 2563-2565 มีสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 9,415 9,839 และ 12,485 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศพบเพศหญิงมีการรับบริการด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งมี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564)

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าที่พบส่วนใหญ่มีอาการเด่นคือ มีอาการเศร้าตลอดวันทำให้มีความสนใจในการทำ กิจกรรมลดลง และมักมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ กระวนกระวาย หรือมีปัญหาด้านความจำ โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการ และอาการแสดงที่แตกต่าง กัน โดยจะมีอาการของการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน (ต้นสาย แก้วสว่าง, 2563) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หมายถึง อาการที่แสดงออกด้านร่างกายของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความผิดปกติในการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมาก เกินไป มีความผิดปกติด้านการกิน เช่น เบื่ออาหาร ทำให้น้ำหนักลด กินมากเกินไป ทำให้น้ำหนักเพิ่ม มากขึ้น การพูดหรือการเคลื่อนไหวช้าลง (ภุมรินทร์ อินชวี, ชนายนันท์ แสงปาก และสุภาพ เหมือนชู, 2560; อัญชลี ผ่องอำพัน และสหภาพ กสิบลำเจียก, 2562)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ หมายถึง อาการที่แสดงออกด้านอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความแปรปรวน โดยมีอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์หลัก ร่วมกับความ รู้สึกที่สิ้นหวัง ไร้คุณค่า รู้สึกผิด ต่ำหนีดตัวเอง คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ บางรายที่อาการรุนแรงอาจมี ความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีประสาทหลอนร่วมด้วย (อัญชลี ผ่องอำพัน และสหภาพ กสิบลำเจียก, 2562)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หมายถึง อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสัมพันธภาพ ได้แก่ เก็บตัวหลีกเลี่ยงจากสังคม แยกตัวเอง ชอบอยู่คนเดียว ไม่พบปะผู้คนทำให้สัมพันธภาพต่อผู้อื่นลดลง เป็นต้น (อภิญา วังคิใหม่, 2560)

นักวิชาการบางท่านได้แบ่งกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออกโรควิเศษ 4 ด้าน ได้แก่ (จารุวรรณ ก้านศรี, บุชบา ทาธง, นภัสสร ยอดทองดี และรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, 2562; นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

1. ด้านอารมณ์ (emotional manifestation) หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้าเป็นอาการหลัก โดยสามารถประเมินจาก สีหน้าเศร้า แหวตาเศร้ามีความทุกข์ เศร้า เจ็บขม หดหู่ เป็นต้น บางครั้งอาจมีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น อารมณ์หงุดหงิด ภาวะถอนตัว น้อยใจง่าย เบื่อหน่าย รู้สึกผิดรู้สึกไร้ค่า (ประไพพัทธ์ เนียมรัตน์, 2560; ภัคจิรา ภูสมศรี, 2563)

2. ด้านร่างกาย (physical manifestation) หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีอาการทางกายเป็นอาการหลัก ตัวอย่างเช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเรื้อรัง อ่อนล้า อ่อนเพลีย โดยอาการอ่อนเพลียนี้อาจไม่หายไปแม้ว่าผู้ป่วยจะได้พักผ่อนอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ ประจำเดือนผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และมีผลต่อระบบขับถ่าย ทำให้ท้องอืด ท้องผูก (โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2559; อภิญา วงศ์ใหม่, 2560)

3. ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น ในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือครอบครัว แยกตัว ไม่สนใจกิจกรรม หรือสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ร้องไห้ง่าย บางรายมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย (ธนัท ต้นตวงศ์โกสิย, 2561)

4. ด้านความคิด (cognitive manifestation) หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีความคิดที่เชิงลบ ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดีหรือลืมง่าย การตัดสินใจบกพร่อง คิดลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดตำหนิตนเอง ผู้ป่วยที่เศร้ามาก ๆ อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการของโรควิเศษแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลัก ซึ่งในบางครั้งจะมีอาการถอนตัว น้อยใจ รู้สึกไร้ค่าร่วมด้วย ด้านร่างกาย มักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ ด้านพฤติกรรม มักมีพฤติกรรมแยกตัว หรือสนใจสิ่งรอบข้างลดลง บางครั้งแสดงออกโดยการร้องไห้ง่ายอย่างเห็นได้ชัด และด้านความคิด มักมีความคิดอัตโนมัติด้านลบให้กับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม หากมีอาการรุนแรงมากมักมีความคิดฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายได้

2.1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสามารถวินิจฉัยจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 2 ระบบ ได้แก่ บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10]) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder [DSM]) พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA]) (WHO, 2010)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) โดยวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำสถิติการป่วยและการตาย ซึ่งมีการนำมาใช้ตั้งแต่พุทธศักราช 2537 ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งใช้ ICD-10 ในการทำสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) และยังเป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับจำนวนและความรุนแรงของอาการ ซึ่งจะแยกตามรหัสโรค (WHO, 2019) ดังนี้

F32.0 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวไม่รุนแรง (mild depressive episode)

F32.1 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวปานกลาง (moderate depressive episode)

F32.2 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต (severe depressive episode without psychotic symptoms)

F32.3 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรงและมีอาการโรคจิต (severe depressive episode with psychotic symptoms)

F32.8 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวแบบอื่น (other depressive episodes)

F32.9 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (depressive episode, unspecified)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition [DSM-V]) (APA, 2013) มีดังต่อไปนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ โดยต้องมีข้อ 1.1 อย่างน้อยหนึ่งข้อ และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

กันไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

- 1.1 มีอารมณ์เศร้า ส่วนใหญ่เป็นเกือบทั้งวัน
- 1.2 ความสนใจในการทำกิจกรรมลดลง
- 1.3 น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน
- 1.4 มีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป
- 1.5 กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้าลง
- 1.6 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- 1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดต่อตนเองมากจนเกินไป
- 1.8 ไม่มีสมาธิ คิดอ่านช้าลง การตัดสินใจบกพร่อง
- 1.9 มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

2. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือการทำหน้าที่อื่นบกพร่องอย่างเห็นได้ชัด

3. อาการต่าง ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอาการทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า มีการวินิจฉัย 2 แบบ คือแบบตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) และแบบตามเกณฑ์ของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition [DSM-V])

โดยงานวิจัยนี้ใช้แบบ ICD-10 เนื่องจาก พื้นที่ในการเก็บรวบรวม จิตแพทย์วินิจฉัยแบบ ICD-10 เนื่องจากเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลทั่วไป

2.1.5 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ (โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2559) ดังต่อไปนี้

1) โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depressive episode) โดยปกติผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักมีอาการเศร้าที่เกิดจากปัญหาการทำงานประจำ และกิจกรรมทางสังคม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depressive episode) ผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้น เริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมจนส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น

3) โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depressive episode) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่

อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มี 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง โดยแบ่งระดับความรุนแรงจากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคล

ในการวิจัยนี้ ได้ให้ผู้มีระดับความรุนแรง ทั้ง 3 ระดับ โดยพิจารณาจากอาการที่คงที่ และแพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้

2.1.6 แนวคิดทฤษฎีและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ภานุมาศ จิตสงบ, 2560; มาลีณี อยู่ใจเย็น, สุทธานันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข และไขนภา แก้วจันทร์, 2561)

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ด้านพันธุกรรม (genetic) และการเปลี่ยนแปลงไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง (biochemical) โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง (ศรีพรหม กาสกุล, 2558) ดังนี้

1) ด้านพันธุกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการเกิดโรคซึมเศร้า (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) โดยโรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่อีกรุ่น (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) และสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) หรือสามารถถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้ (รวีพรตติ พูลลาภ, 2560)

2) การเปลี่ยนแปลงไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) ได้แก่ โดปามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) หากสารสื่อประสาทเหล่านี้มีปริมาณต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (ไพบรทัย สันตะพันธุ์, ศิริยุทธ บุสหงส์ และเขาวลิต ศรีเสริม, 2562) โดยซีโรโทนิน (serotonin) มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ความอยากอาหาร และแรงขับทางเพศ ดังนั้นเมื่อซีโรโทนินมีปริมาณลดลง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความต้องการทางเพศลดลง (รวีพรตติ พูลลาภ, 2560) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มีหน้าที่ควบคุมในเรื่องความตั้งใจและพฤติกรรม เมื่อสารสื่อประสาทเกิดภาวะไม่สมดุล ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมเรื้อรัง เชื่องช้า และตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และโดปามีน

(dopamine) เป็นตัวช่วยในระบบความจำ สร้างสมาธิ และความรู้สึกสนุกสนาน โดยทำงานควบคู่กันกับเอ็นโดर्फิน (endorphin) เมื่อโดปามีนลดลง เอ็นโดर्फินก็จะลดลงด้วย ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ไม่กระฉับกระเฉง ไม่สนุกกับกิจกรรมที่เคยทำ (ตฤไลลา จำปาวัลย์, 2560)

ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) แนวคิดทฤษฎีด้านจิตใจที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ประกอบด้วย ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) (ตฤไลลา จำปาวัลย์, 2560; ภาณุมาศ จิตสงข, 2560; ศรีพรหม กาสกุล, 2558) ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory)

นักจิตวิเคราะห์มีเชื่อว่าการที่มนุษย์มีอาการเศร้าเกิดจากการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก ทำให้กลไกการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม และอาจไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาต่อมา โดยอารมณ์เบื้องต้นจะเป็นความรู้สึกโกรธ และรู้สึกตำหนิกล่าวโทษบุคคลที่ตนเองรัก อารมณ์เหล่านี้ได้ย้อนกลับเข้าสู่ตนเองกลายเป็นตำหนิตนเอง (Self-reproach) จนเกิดเป็นอารมณ์เศร้าในที่สุด

นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความรู้สึกว่าอัตตาที่ถูกแบ่งแยก (divided self) และเกิดการสับสนภายในตนเอง แนวคิดนี้เชื่อว่ามนุษย์มีแนวโน้มบุคลิกภาพที่ซ่อนอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกที่จะทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนองทางอารมณ์ บุคคลนั้นอาจมีความกังวลและเศร้าได้ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น โดยภาวะซึมเศร้าจะเกิดจากประเด็นต่อไปนี้

- ความรู้สึกที่หันเข้าหาตนเอง (Anger turned inward) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสียในความเป็นจริงโดยเฉพาะการสูญเสียคนรัก ซึ่งการสูญเสียนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน ระหว่างความรู้สึกรักและรู้สึกโกรธ แต่ไม่สามารถแสดงออกมาได้ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกปฏิเสธ จึงหันความโกรธนี้เข้าหาตนเอง บุคคลเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Introjection) เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกไม่มีคุณค่า ซึ่งการรับรู้ต่อความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
- ความเจ็บปวดที่เกิดจากการพลัดพราก (Traumatic separation) จากสิ่งที่ตนเองยึดติด (object of attachment) ซึ่งการพลัดพรากนั้นมีความหมาย (symbolic meaning) ต่อบุคคลว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมาก ๆ ในแนวคิดนี้เชื่อว่า การยึดติดกับบุคคลจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็กเล็ก
- การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Loss of self esteem) แนวคิดนี้เชื่อว่า โดย

ธรรมชาติแต่ละคนจะหลงตัวเอง (Narcissism) ว่าตนเองเก่ง มีความสามารถ ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของอุดมคติหรือเป้าหมายของอัตตา ฉะนั้นเมื่อมีอะไรก็ตามที่ทำให้บุคคลไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความรู้สึกหลงตัวเองเกิดมีบาดแผล (Narcissistic injury) ทำให้รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองลดลง จนเกิดเป็นอารมณ์เศร้า

- การครอบงำของบุคคลอื่น (Dominant other) แนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลมีความคิดว่าตนเองหรือทำสิ่งต่าง ๆ นั้นเพื่อคนอื่น ซึ่งบุคคลนั้น ๆ ไม่ได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ตนทำไป ทำให้บุคคลนั้นไม่บรรลุสิ่งที่ต้องการ ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ จนมีความรู้สึกเศร้าตามมา
- ไม่สามารถมีพัฒนาการผ่านสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressive position)
- ความล้มเหลวในสิ่งที่ตนเองมีเป้าหมายเอาไว้ (Self object failure) แนวคิดนี้เชื่อว่าอารมณ์เศร้าเกิดจากความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งที่เป็นที่รัก (บิดามารดา) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง ก็เกิดเป็นอารมณ์เศร้าขึ้นมา (ตฤณลา จำปาวัลย์, 2560)

2) ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory)

ทฤษฎีปัญญานิยมเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงมนุษย์ว่า เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา โดยเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้ และแปลผลสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า นั้น ๆ (Beck & Beck, 2011)

ทฤษฎีทางปัญญามีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความคิด 3 รูปแบบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortion) (Beck, 1979) มีรายละเอียดดังนี้

ความคิด 3 รูปแบบ (cognitive triad) เป็นความที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคตที่บิดเบือนในทางลบ ได้แก่ 1) ความคิดต่อตนเองในเชิงลบ (negative view of self) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักจะมองตนเองในเชิงลบ มองว่าตนเองไม่มีค่า ไร้ความสามารถ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย และจิตใจ 2) ความคิดต่อโลกหรือสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ (negative view of world) โดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านักจะแปลปฏิสัมพันธ์ของตนเองต่อสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคปัญหา รู้สึกกดดัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หรือแปลสถานการณ์ต่าง ๆ ในเชิงลบ ตัวอย่างเช่น มองว่าคนรอบข้างและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวไม่มีความรัก ความเข้าใจตนเอง ไม่มีใครต้องการตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้บุคคลแยกตัวจากคนรอบข้าง 3) ความคิดต่ออนาคตในเชิงลบ (negative view of future) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านักคิดว่าตนไม่สามารถหลุดพ้น

จากสถานการณ์แย่ ๆที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ไร้ความหวัง หมดหนทางที่จะทำให้ตนเองมีความสุขอีกครั้ง ซึ่งลักษณะความคิดนี้มีผลต่อการรับรู้ต่อแท้ สิ้นหวัง เกิดขึ้นเป็นวงจรตลอดเวลา จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตในที่สุด (Beck, Steer, & Carbin, 1988)

โครงสร้างทางความคิด (schema) เป็นแบบแผนการคิดที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นตัวกำหนดแนวคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีทัศนคติ และกลวิธีในการแก้ปัญหา (Joyce, 1996) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดบิดเบือนในทางลบแฝงอยู่ในตัวบุคคล ถูกกระตุ้นก็ต่อเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลเคยประสบเจอในอดีตหรือใกล้เคียง โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนจะประเมินและแปลผลเหตุการณ์นั้นในทางลบ (Beck, 1979) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortion) เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนในแง่ลบ โดยแบ่งความคิดที่บิดเบือนดังนี้ การเลือกสนใจเฉพาะด้านลบ ไม่สนใจเรื่องที่ดี (selective abstraction) การสรุปโดยไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ (arbitrary inference) การแปลความเกินความเป็นจริง (overgeneralization) การต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) มีความคิดคล้ายตามไปกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวกับตน (personalization) มีความคิดเฉพาะด้านมากกว่าที่จะมองข้อมูลทั้งหมด หรือรับรู้เฉพาะด้านที่ล้นเหลือ (วิหมา ธรรมเจริญ, นิทัศน์ย์ เจริญงาม และนิตยา ทองหนู่น้อย, 2562)

โดยระบบความคิดเหล่านี้ จะส่งผลให้บุคคลมองตนเองไร้ค่า ไร้ทางออก ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อ และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความจริง หมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบ จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด (Beck & Beck, 2011)

3) ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theory) ของอีริคสัน (Erikson's Theory)

แนวคิดนี้เชื่อว่า การเกิดโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกจากกันได้ หรือที่เรียกว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (stressful events) เช่น การถูกทำร้าย การถูกข่มขืน การหย่าร้าง ปัญหาการเงิน ตกงาน เป็นต้น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดถือว่าเป็นบริบทคุกคาม หากเกิดในระยะเวลาที่ยาวนานสะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะฟุ้งฟิง ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าตามมา (ตมูลา จำปาวัลย์, 2560)

4) ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ของเซลิกแมน (Seligman's Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้มีการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่หนึ่งการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) โดย ลีวินซอล (Lewinsohn, 1974) กล่าวว่า การเกิดโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม ซึ่งบุคคลเมื่อไม่ได้รับแรงเสริมจะทำให้บุคคล

ผิดหวัง รู้สึกเบื่อหน่าย จึงส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ อีกทั้งลีวินซอล (Lewinsohn) ยังกล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่เป็นการลดแรงเสริมทางบวก (reduced positive reinforcement) ให้กับตนเองโดยอาจไม่ได้เกิดจากการตั้งใจ เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกผิด การมองโลกในแง่ร้าย ทำให้บุคคลมีความคาดหวังต่อตนในทางลบ นำไปสู่ความบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิดและสัมพันธภาพ ลักษณะที่สอง การเรียนรู้ว่าหมดหนทาง (learned helplessness) แนวคิดนี้อธิบายว่าการที่บุคคลมีภาวะซึมเศร้า เกิดจากความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ ทำให้ตกอยู่ในภาวะสิ้นหวัง ตามมาด้วยอารมณ์เศร้า ทำให้แยกตัวออกจากสังคม ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มองโลกในแง่ลบ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะเชื่อและเรียนรู้ว่าไม่มีใครสามารถที่จะช่วยให้ตนเองหรือสถานการณ์นั้นดีขึ้นได้ (ตฤลิลา จำปาวัลย์, 2560)

ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต สัมพันธภาพและสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ(พฤหัส สุวรรณรัตน์, 2560) ที่พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับผู้นรอบข้าง แรงสนับสนุนทางสังคม (Wu, Hall, Canham, & Lam, 2016) เป็นต้น

ปัจจัยด้านสภาพเศรษฐกิจ ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนจากภาคการเกษตรสู่ภาคอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างของสังคม จากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว การอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ ด้วยความมุ่งหวังทำงาน หาเงิน การใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยเพื่อหาความสุขสำราญเพื่อความทัดเทียมในสังคม ตามกระแสทุนนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดความไม่เพียงพอของรายได้ มีการศึกษาพบว่า รายได้นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน (มาติกา รัตน์นะ, 2559)

จึงสรุปได้ว่า จากแนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร่าดังกล่าว ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร่าอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ปัจจัยทางชีวภาพ ทั้งความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจที่ได้รับจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เป็นต้น และปัจจัยจากภายนอก จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว หากคนในสังคมมีข้อมูลและทำความเข้าใจกับภาวะซึมเศร่า ร่วมกันดูแลสังเกตคนในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร่า หรือป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร่าเกิดความรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร่า จนอาจเกิดการหาทางพ้นทุกข์ด้วยการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

2.1.7 ผลกระทบของโรคซึมเศร้า

ผลกระทบของโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ผลกระทบหลักที่สำคัญ (พีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ, สุขอรุณ วงษ์ทิม และนิธิพัฒน์ เมฆขจร, 2562) ดังรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบต่อตนเอง ผลกระทบของโรคซึมเศร้าส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกายจิตใจ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น เบื่ออาหาร ไม่สนใจทำกิจกรรม อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวช้า เป็นต้น (อัญชลี ผ่องอำพัน และสหภาพ กลีบลำเจียก, 2562) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการรับรู้และทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่าในตนเอง มักตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองเป็นภาระ ไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว และคนรอบข้าง โดยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้าคือ ความคิดฆ่าตัวตายพบได้ถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ถึงร้อยละ 18 (ภัทรภรณ์ ปัตตายะโส, 2561)

นอกจากนี้ยังพบว่า โรคซึมเศร่ายังส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานลดลง โดยมีผลทำให้เกิดทั้งการขาดงานและด้อยความสามารถ ซึ่งผลการลดลงของศักยภาพในร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถที่พึงมี (วีระ ดุลย์ชูประภา, ชมภูษุช วีระวัณชัย และทวนธน บุญลือ, 2559)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and socioeconomic distress) กล่าวคือ เป็นผลกระทบจากการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา บำบัดรักษา ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำงาน จึงเพิ่มค่าใช้จ่ายในประเทศมากขึ้น (พีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ, สุขอรุณ วงษ์ทิม และนิธิพัฒน์ เมฆขจร, 2562) จากการศึกษาในบริษัทขนาดใหญ่พบว่า การสูญเสียระยะเวลาการทำงานจากโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นับเป็นมูลค่าประมาณ 44 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Stewart, Ricci, Chee, Hahn, & Morganstein, 2003) และหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงจนพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ หากคำนวณค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการนำค่ากลางของการทำงาน ประมาณไว้ 20 ปีข้างหน้า และผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,000 บาทต่อเดือนหรือ 72,000 บาทต่อปี จึงหมายถึงการที่สูญเสียบุคคลด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 283,000 บาทต่อปี

จึงสรุปได้ว่า ผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศรานั้น มีกระทบในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพต่อผู้อื่น เนื่องจากโรคซึมเศร้ามักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ไว้วางใจใคร จึงทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง ด้านความสามารถและหน้าที่ เมื่อเจ็บป่วยไม่ได้รับการรักษา ทำให้ระบบการทำงานในร่างกายบกพร่อง การตัดสินใจบกพร่อง ทำให้บทบาทการทำงานที่ลดลง ไม่ว่าจะด้านการเรียน การ

ทำงาน ส่งผลให้กระทบในด้านเอกลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลง รู้สึกผิด เมื่อมีโอกาส
รุนแรงมากขึ้น คิดหาทางออกไม่เจอ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายได้

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย

2.2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย

ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) หมายถึง การที่บุคคลหมกมุ่นในเรื่อง
เกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย จากความทุกข์ทรมานแต่ยังไม่ลงมือกระทำ (สุพัตรา สุขาวท และ
สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560; สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล และดวงใจ วัฒนสินธุ์,
2561)

ดังนั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเสมือนจุดเริ่มต้นที่แสดงให้เห็นถึงว่าบุคคลนั้นมีความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และควรได้รับการช่วยเหลือ (สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล และดวงใจ
วัฒนสินธุ์, 2561)

จึงสรุปได้ว่า ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความ
ตาย แต่ยังไม่กระทำการลงมือทำ

2.2.2 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย

จากข้อมูลการรายงานขององค์การอนามัยโลกปีคริสต์ศักราช 2016 พบว่ามีประชากรทั่วโลก
ฆ่าตัวตาย 800,000 คนต่อปี โดยพบทุก 40 วินาทีจะมีคนฆ่าตัวตายเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้
พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายถึง 20 เท่า จึงจะสามารถทำให้บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จได้
(WHO, 2021) เมื่อเปรียบเทียบความต่างเพศ และอายุพบว่า เพศหญิงมีการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศ
ชาย และช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือช่วงอายุ 15-29 ปี (WHO, 2019b) จากข้อมูลของ
World Population Review ได้ทำการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของโลกในปี
คริสต์ศักราช 2019 พบว่า ประเทศลิทัวเนียเป็นประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในโลก รองลงมา
คือประเทศรัสเซีย และประเทศกายอานา ตามลำดับ โดยประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 32 ของโลก
เมื่อจัดอันดับอัตราการฆ่าตัวตายตามทวีปเอเชียแล้วนั้น พบประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายมากเป็น
อันดับที่ 4 โดย มีประเทศญี่ปุ่น ประเทศอินเดีย และประเทศศรีลังกา เป็นประเทศที่มีอัตราฆ่าตัวตาย
มากที่สุดของทวีปเอเชีย ตามลำดับ (World Population Review, 2021)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น (นุชณี เอี่ยมสอาด และปัทมวิมล
ทวิเศษ, 2562) จะเห็นได้จากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาของประเทศไทยในช่วงปี
พุทธศักราช 2561-2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยอยู่ที่ 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสน

ประชากรตามลำดับ เมื่อจำแนกอัตราการฆ่าตัวตายตามเพศแล้วพบว่า เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 30-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 พบจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 10 จังหวัด แรกเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.67 – 17.44 ต่อแสนประชากร และเมื่อแยกอัตราการฆ่าตัวตายตามเครือข่ายการบริการพบว่า เครือข่ายบริการที่ 7 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 8.76 ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2563)

2.2.3 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หมายถึง พฤติกรรมที่รวมทั้งตั้งแต่ ความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตาย (Alawam, 2014; Castle & Kreipe, 2007)

เด็คส์ตร้า และโกลบินัท (Diekstra and Gulbinat (1993) ได้แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) คือ ความคิดที่เกิดขึ้นกับบุคคลเกี่ยวกับการไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป หมกมุ่นเกี่ยวกับการทำลายชีวิตของตนเอง เมื่อสะสมมากขึ้นเกิดการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย
- 2) ความพยายามฆ่าตัวตาย (attempts suicidal) คือ การที่บุคคลได้กระทำอย่างตั้งใจ มีเจตนาที่จะทำวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองถึงแก่ความตาย แต่ไม่ประสบความสำเร็จจากการกระทำในครั้งนั้น
- 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicides) เป็นการตายที่เป็นผลจากการตั้งใจที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต

บาร์บี และบริกเกอร์ (Barbee and Bricker, 1996) ได้แบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท คือ

- 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจแสดงออกในลักษณะการพูด การเขียน การวาดภาพ แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำการฆ่าตัวตายจริง
- 2) ชู่จะฆ่าตัวตาย (suicide treats) เป็นการแสดงออกทางคำพูด หรือการเขียนที่สื่อออกมาว่าตั้งใจจะฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย
- 3) แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการกระทำร้ายตนเองโดยให้

เกิดการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้กระทำไม่ได้หวังผลที่จะจบชีวิตลง แต่เป็นการกระทำเพื่อเรียกร้องความสนใจให้ผู้อื่นมาดูแลหรือสนใจตนเองมากขึ้น

4) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) เป็นวิธีการกระทำฆ่าตัวตายด้วยวิธีการที่รุนแรง เนื่องจากมีความตั้งใจและหวังผลที่จะจบชีวิตลง แต่การกระทำในครั้งนั้นไม่สำเร็จ ซึ่งอาจมีผลให้การกระทำในครั้งนั้นได้รับอันตรายอย่างรุนแรงจากวิธีการที่ได้กระทำ

5) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicides) เป็นการตายที่เกิดจากการกระทำที่หวังผลให้ตนเองจบชีวิตลง และได้กระทำสำเร็จ

จอร์น คัวร์รา (Curra, 1994) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายโดยประเมินจากเจตนาของผู้กระทำออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (faux suicide) ส่วนมากไม่หวังผลจะฆ่าตัวตายจริง
 2) การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (premediated suicide) บุคคลประเภทนี้มักมีการจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ไว้พร้อม เพื่อเตรียมการฆ่าตัวตาย

3) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (ambivalent suicide) มักใช้วิธีการไม่รุนแรง เช่น กรีดข้อมือ กินยาเกินขนาด เป็นต้น จากงานวิจัยของธัญชนก บุณรัตน์ (2559) ที่ศึกษาพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่พบว่าวิธีการกินยาเกินขนาดเป็นวิธีที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 43.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเอกชัย เพ็ชรพรประภาส (2563) เรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วิธีการกินยาเกินขนาด (พาราเซตามอล) พบมากที่สุดร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ กินสารเคมีที่ใช้ในครัวเรือน (น้ำยาล้างห้องน้ำ) ร้อยละ 15.7 เนื่องจากพาราเซตามอลเป็นยาสามัญประจำบ้านและน้ำยาล้างห้องน้ำเป็นสารเคมีที่มีติดบ้าน จึงหาได้ง่าย

4) การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (coercive suicide) มีเจตนาเพื่อให้ผลการฆ่าตัวตายไปทำร้ายผู้อื่น เพื่อให้รับผิดชอบการตายของตน โดยทำเพื่อให้ผู้อื่นเกิดความละอาย และเป็นทุกข์

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตาย มีการแบ่งประเภทการฆ่าตัวตายไว้แต่ต่างกัน ได้แก่ แนวคิดของบาร์บี้ และบริคเกอร์ (Barbee & bricker, 1996) เต็คส์ตรา และโกลบินัท (Diekstra and Gulbinat (1993) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายที่เหมือนกันคือ ความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งแตกต่างกันกับแนวคิดของจอร์น คัวร์รา (Curra, 1994) โดยแบ่งประเภทการฆ่าตัวตายโดยประเมินจากการเจตนา

ในการวิจัยนี้ ใช้บาร์บี และบริกเกอร์ ในการแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ชูฆ่าตัวตาย แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.2.4 ทฤษฎีที่อธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล

ทฤษฎีสำคัญที่ใช้อธิบายการฆ่าตัวตายของบุคคล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (interpersonal theory of suicide) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) และทฤษฎีการฆ่าตัวตายของของเดอร์ค้อมม์ (Durkheim's theory) (สุพัตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

2.2.4.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (interpersonal theory of suicide) สร้างขึ้นจากข้อสันนิษฐานว่า คนที่ฆ่าตัวตายเกิดจากความต้องการ และควมมีศักยภาพเพียงพอที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น โดยผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ คือ ออเดน และคิมเบอร์รี่ (Van Orden et al., 2010) อธิบายด้วยโครงสร้างหลัก ดังนี้

ความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

1) ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness)

ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการถูกแบ่งแยกทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคิดอยากฆ่าตัวตาย และทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยทฤษฎีนี้ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ว่าการที่บุคคลขาดการติดต่อทางสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อบุคคลรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ไม่มีที่พึ่งพา ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย (คิวนพรมหาทำนุโชค, 2562)

2) การรับรู้ว่าเป็นภาระ (perceived burdensomeness)

การรับรู้ว่าเป็นภาระ ประกอบด้วย ความขัดแย้งในครอบครัว การว่างงาน การเจ็บป่วยทางกาย เป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยทางลบที่เกิดขึ้น ซึ่งนำมาสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว และความขัดแย้งในใจทำให้เกิดการต้องหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีนี้มีความเฉพาะถึงการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของสมมุติฐานของการฆ่าตัวตาย 4 ประการ (Van Orden et al., 2010) ได้แก่

1) การไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดดเดี่ยว และการรับรู้ว่าเป็นภาระเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด และมากพอที่จะทำให้คนเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2) เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ได้เป็นเจ้าของ และความรู้สึกว่าตน

เป็นภาวะ โดยมีมุมมองว่าเป็นสิ่งที่คงที่ และไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ จึงเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และไม่มีแผนล่วงหน้า

3) การเกิดขึ้นของความปรารถนาอยากตาย ร่วมกับความรู้สึกกลัวที่จะตาย เป็นเงื่อนไขที่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

4) การไม่ได้เป็นเจ้าของ รับรู้ตัวตนเองผิดหวัง ทำให้ความกลัวตายลดลงและเพิ่มความทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์คือพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ

2.2.4.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) พัฒนาโดย ซิกมุนด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) นำมาเชื่อมโยงอธิบายการฆ่าตัวตายว่าทุกคนมีความก้าวร้าวอยู่ในตัวบุคคล (internalized aggression) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า ความหลงตัวเองเป็นแรงจูงใจที่ซับซ้อนอย่างหนึ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ตัวเองเป็นเหยื่อในการลงโทษตัวเอง (victim-introjection) มีกลไกทางจิตคือ ใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือในการระบายอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวเมื่อไม่สามารถจัดการกับคนอื่นได้ จึงหันมาก้าวร้าวต่อตนเอง (Meissner, 1977) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจาก 4 สาเหตุ ดังนี้ (สุพิศตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2560)

1) การใช้ความโกรธมาลงที่ตนเอง เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกถึงการทำลายความรัก และความหลงตัวเอง มีความโกรธ อับอาย และไม่สามารถจัดการกับความก้าวร้าวที่อยู่ในตัวเองได้ การฆ่าตัวตายจึงเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความรู้สึกด้วยวิธีการใช้ความโกรธมาลงที่ตนเอง

2) การไม่สามารถจัดการกับความเศร้าโศกจากความสูญเสียบุคคลหรือทรัพย์สินได้

3) การบกพร่องของหน้าที่ของจิตสำนึก (disturbance of ego functioning) ทำให้เกิดความบกพร่องต่อการตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้ไม่พอใจตามความเป็นจริง อาจใช้กลไกป้องกันตนเองด้วยการเสียดสีตนเอง

4) ความไม่สามารถสร้างและคงความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งอื่น (object relation) ทำให้ใช้กลไกทางจิตแบบแสดงออกด้วยการโทษตัวเอง (introjections) โดยไม่เป็นมิตรกับคนรอบข้าง (hostility) และแยกตัวเองออกจากสังคม (Maltsberger, Goldblatt, Ronningstam, Weinberg, & Schechter, 2018)

2.2.4.3 ทฤษฎีการฆ่าตัวตายของเดอว์คอบมม์

ทฤษฎีการฆ่าตัวตายของเดอว์คอบมม์ (Durkheim's theory) เป็นทฤษฎีทางด้าน

สังคมวิทยาที่ใช้อธิบาย และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของบุคคล ซึ่งพัฒนาโดย อีมีล เดอร์คคอมม์ (Emile Durkheim) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายมีอยู่ 4 ประเภท (Durkheim & Suicide, 1952) ดังนี้

1) การฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (egoistic suicide) เป็นผลจากการขาดประสิทธิภาพในการผสมผสานความเป็นปัจเจกบุคคลกับสังคม ซึ่งรวมไปถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างบุคคลและชีวิตในครอบครัว การรวมกันเป็นอันหนึ่งเดียวกันของครอบครัวที่มากยิ่งขึ้นเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อการฆ่าตัวตายได้ดีกว่าการฆ่าตัวตายเพื่อตนเองเชื่อว่า เป็นการฆ่าตัวตายของบุคคลซึ่งถูกแยกส่วนออกจากสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชีวิตไร้ค่า คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ที่จะอยู่ในสังคม เมื่อคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ จึงทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย และลงมือกระทำการฆ่าตัวตายในที่สุด

2) การฆ่าตัวตายที่เสียสละชีวิตเพื่อบุคคลอื่น (altruistic suicide) เป็นผลมาจากการที่บุคคลนำชีวิตของตนเองยอมเข้าไปให้สังคมอยู่เหนือตนเอง และมีความเชื่อว่าสังคมเป็นสิ่งที่ต้องศรัทธาหรือยึดมั่น การตายคือการเสียสละชีวิตให้กับบุคคลอื่นหรือเพื่อให้สังคมอยู่ได้ เช่น การเสียสละชีวิตของทหารญี่ปุ่นในฝูงบินคามิกาเซ่ (kamikaze) ที่ขับเครื่องบินเข้าชนเรือของข้าศึกโดยยอมพลีชีพของตน และถูกยกย่องว่าเป็นการกระทำที่มีความหมาย เป็นการเสียสละเพื่อชาติ

3) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน (anomic suicide) แนวคิดนี้มองว่า บุคคลจะเรียนรู้วิธีการปฏิบัติและความเชื่อของสังคม และรวบรวมขึ้นเป็น สำนักกรรม ซึ่งมีขอบเขตที่บ่งบอกถึงความอดทนของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลดำเนินตามกฎเกณฑ์ของสังคมจะเกิดความมั่นคง การฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้นเมื่อถึงขีดจำกัดตามมุมมองของชีวิตที่สร้างขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ ความต้องการ ความไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เข้ามาในชีวิต และความพึงพอใจส่วนบุคคลซึ่งถูกควบคุมโดยสังคมได้

4) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากสังคมมีกฎเกณฑ์เคร่งครัดเกินไป (fatalistic) แนวคิดของการฆ่าตัวตายชนิดนี้ตรงกันข้ามกับการฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะไร้บรรทัดฐาน เนื่องจากเป็นผลมาจากสังคม ควบคุมหรือวางระเบียบบุคคลมากเกินไป เช่น การฆ่าตัวตายของหญิงที่แต่งงานแล้วแต่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ทำให้เกิดความบีบคั้นทางร่างกาย จิตใจ หรือเกิดจากการปกครองที่มีการใช้อำนาจกดขี่ข่มเหง มีระเบียบกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดมากเกินไป จนบีบคั้นความพยายามที่จะทำตามความปรารถนาของบุคคล ซึ่งอาจพบได้น้อย และมีบทบาทน้อยลงในสังคมสมัยใหม่ (Dohrenwend, 1959)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าทฤษฎีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (interpersonal theory of suicide) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) และทฤษฎีการฆ่าตัวตายของของเดอร์ค้อมม์ (Durkheim's theory) โดยทฤษฎีดังกล่าวอธิบายถึงการฆ่าตัวตาย ด้วยความต้องการที่จะฆ่าตัวตายโดยมีความต้องการอยู่หลายความต้องการ เช่น ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) ในทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (interpersonal theory of suicide) การใช้ความโกรธมาลงที่ตนเอง เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกถึงการทำลายความรัก และความหลงตัวเอง มีความโกรธ อับอาย และไม่สามารถจัดการกับความก้าวร้าวที่อยู่ในตัวเองได้ การฆ่าตัวตายจึงเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความรู้สึกด้วยวิธีการใช้ความโกรธมาลงที่ตนเอง ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และการฆ่าตัวตายเพื่อตนเอง (egoistic suicide) ในทฤษฎีการฆ่าตัวตายของของเดอร์ค้อมม์ (Durkheim's theory)

2.2.5 ปัจจัยที่ส่งผลกับความคิดฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม (สุพัตร สุขาวท และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช ประวัติการถูกรังแกทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ดังนี้

1) เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเกิดได้ทุกเพศ (สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561) และการพยายามฆ่าตัวตายจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ธัญชนก บุญรัตน์, 2559; เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, 2563) สำหรับการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพจิตที่ 7 ของปรารณา คำมีสินนท์, พรดุษิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ โชครศรีมีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า และสุนันทา คำชมพู่ (2563) พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชายร้อยละ 53.90 และเพศหญิง ร้อยละ 46.10 ซึ่งการที่เพศหญิงมีการพยายามทำร้ายตนเองมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่อารมณ์อ่อนไหวไม่สามารถที่จะหาทางออกอย่างอื่นในการระบายความเครียดได้ง่ายเหมือนเพศชาย (ธัญชนก บุญรัตน์, 2559) และเนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่

มีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง มีความหุนหันพลันแล่นมากกว่าเพศหญิง จึงทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560)

2) อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ช่วงวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก จะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก ซึ่งร้อยละ 10 ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปี และมากขึ้นเป็นร้อยละ 20 ภายใน 7 ปี (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560) สำหรับประเทศไทยช่วงอายุที่พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด คือ 30-39 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ค ออฟสัน และคณะ (Olsson et al., 2017) ที่พบว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด เนื่องจากปัญหาในด้านต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล

3) สถานภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มีสถานะสมรส (นภดล สำอางค์, 2563; นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก บุญรัตน์ (2559) เนื่องจากผู้ที่มีสถานะคู่ มักเกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ ปัญหาความขัดแย้งกับคู่ครองของตนเองมากกว่าผู้ที่มีสถานะโสด ซึ่งต่างจากการศึกษาของศิวพร มหาทำนุโชค (2562) ที่พบว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง มักจะขาดความอบอุ่นและกำลังใจ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่าคนที่สมรส

4) ระดับการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาของนักวิชาการที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกัน คือ ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (Sun, Liu & Zhang, 2017; ธัญชนก บุญรัตน์, 2559) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตายได้ พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในช่วงอายุ 35-45 ปี (Zhang et al., 2018) และการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จะพบในที่มีระดับการศึกษาไม่สูงมากนักจะขาดความรู้ ทักษะและโอกาสในการประกอบอาชีพที่มีความมั่นคง ส่งผลให้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพของตนเองและครอบครัว (นภดล สำอางค์, 2563)

5) โรคประจำตัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจถูกจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพิงต่อคนรอบข้าง จึงทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียดรุนแรง ส่งผลให้มีการพยายามฆ่าตัวตายตามมา (อนุพงศ์ คำมา, 2556)

6) โรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีโรคจิตเวชมักแยกตัวเองออก จากโลกของความจริง เกิดเป็นความคิดหลงผิด เพื่อฝัน และมีอารมณ์แปรปรวน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็น

ปัจจัยส่งเสริมให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ศิวาพร มหาทำนุโชค, 2562) โดยการศึกษาของ จุนซู ลู และคณะ (Ro, Park, Lee, & Jung, 2015) และมาร์ค ออฟสัน และคณะ (Olfson et al., 2017) ที่พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญของการพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล สำอางค์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี พบโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

7) ประวัติการถูกรุณกรรมทั้งทางร่างกาย และทางเพศในวัยเด็ก การทารุณกรรมทางเพศเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนทำให้มีความเสี่ยงสูงในการคิดวางแผนฆ่าตัวตายการทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บเป็น 10 เท่าและมีความเสี่ยงสูงในการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 15 เท่า (สุพัตรา สุขาวห และ สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560)

8) การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ผลของสารเสพติดมีฤทธิ์ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์ และแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้จิตใจแปรปรวน เกิดอาการประสาทหลอน เพื่อ ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้สูงกว่าคนไม่ได้ใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ของวินัย รอบคอบ, สมบัติ สกกุลพรรณ และहरรรษา เศรษฐบุปผา (2561) พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกรณีศึกษาที่จังหวัดสุโขทัย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความสัมพันธ์ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 40.45 (นภดล สำอางค์, 2563; อนุพงศ์ คำมา, 2556) ซึ่งสาเหตุความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดนี้ รวมไปถึงการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เข้าใจกัน การใช้คำพูดที่รุนแรง การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ไม่ดีต่อกัน ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน (สุธิดา พลพิพัฒน์ พงศ์, 2560) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายพบว่า การใช้คำพูดตำหนิที่รุนแรง พูดประชดให้ไปตายจากคนในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายได้เช่นกัน (สุพัตรา สุขาวห และ สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2560) โดยปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (สุตรัก พิระกันทา และณัฏฐภัณท์สัณห์ ศรีวิชัย, 2563)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมของอนุพงศ์ คำมา (2556) พบว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาการสูญเสียทรัพย์สิน เสียพินัน ปัญหาผลกระทบจากภัยธรรมชาติทำให้สูญเสียทรัพย์สิน ทำให้เครียดจากภาระหนี้สินจากการลงทุนและการเกษตร รวมไปถึงความยากจนจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเนื่องจากผู้ที่ยากจนมีปัญหาต่าง ๆ มาก (Bille-Brahe, 2000) การตอกงานทำให้บุคคลมีปัญหาทางการเงินอย่างเฉียบพลัน จะทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ปัญหาเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตาย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบออกเป็นวงกว้าง โดยเมื่อวิเคราะห์จากทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ซึ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่สำคัญ และต้องได้รับการแก้ไข คือ สาเหตุปัจจัยด้านครอบครัว ในส่วนของความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านการสื่อสารในครอบครัว เนื่องจาก การทะเลาะหรือการตำหนิในครอบครัว มีผลต่อความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมาก

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารและการสื่อสารในครอบครัว

2.3.1 ความหมาย

การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการทางสังคมในการสร้างความหมายโดยใช้พฤติกรรมเชิงสัญลักษณ์ โดยผ่านช่องทางในการอ่าน เขียน พูดและฟัง การสื่อสารจึงมีความสำคัญเพราะการสื่อสารคือตัวกลางในการสร้างความเข้าใจระหว่างกัน โดยการสื่อสารมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาข่าวสาร เพื่อแสดงอารมณ์ ความรู้สึก แสดงจินตนาการ รวมถึงการโน้มน้าวชักจูงใจ (จรุงภรณ์ กลางบุรัมย์, 2564)

การสื่อสาร (communication) หมายถึง การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal communication) และการสื่อสารอวัจนภาษา (Non-verbal communication) เพื่อให้เข้าใจชัดเจนขึ้นจึงกำหนดความหมายของรูปแบบการสื่อสารอยู่ในขอบเขตดังนี้ 1. การสื่อสารระหว่างบุคคล คือการถ่ายทอดข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง 2. พฤติกรรมการสื่อสาร คือการแสดงออกของพ่อแม่ ในรูปแบบคำพูด การแสดงออก 3. การสื่อสารภายในครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ที่แสดงออกโดยสื่อบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ในที่นี้คือ ระหว่างพ่อแม่ หรือคู่สมรส

สรุป การสื่อสาร จึงหมายถึง การสื่อสารเป็นศาสตร์ที่มีความหมายและมีความสำคัญกว้างขวางครอบคลุมอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์ ถือเป็นกิจกรรมสำคัญยิ่งประการหนึ่งสำหรับมนุษย์ โดยผ่านช่องทางในการอ่าน เขียน พูดและฟัง

การสื่อสารในครอบครัว (Family communication) หมายถึง การสื่อสารระหว่างพ่อ แม่ ลูก เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กัน โดยเป็นการเรียนรู้ถึงบรรทัดฐานของครอบครัวเกี่ยวกับทิศทางเนื้อหา และความหมายของการสื่อสาร (Eswara, 1974) โดยการสื่อสารที่ดีในครอบครัวเป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ช่วยเติมเต็มให้ครอบครัวมีความสุข (ทัศนีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ และวิชชุตา มัค ลิงห์, 2563)

2.3.2 ทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) หมายถึง การสื่อสารระหว่าง คนสองคนในลักษณะที่มีสื่อเป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสาร การสื่อสารระหว่างบุคคลมีคุณลักษณะที่ สำคัญ ดังนี้

1) กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลหนึ่งไป ยังบุคคลหนึ่ง เพื่อถ่ายทอดความเข้าใจระหว่างกัน โดยเมื่อสารถึงผู้รับสารแล้ว ผู้รับสารจะเกิดการ ตีความและแสดงปฏิกิริยาตอบกลับต่อสารที่รับรู้ โดยองค์ประกอบของการสื่อสารมี ดังนี้

- ผู้ส่งสาร (Sender) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร ซึ่งการวิจัยนี้หมายถึง พ่อ แม่ คู่สมรส
- สาร (Message) หมายถึง เรื่องราวที่มีความหมาย และแสดงออกมาโดยอาศัยภาพ หรือสิ่งอื่นใดก็ตามที่ทำให้สามารถเกิดการรับรู้ด้วยกันได้ ในการวิจัยนี้ หมายถึง เนื้อหาคำพูด ที่ สมาชิกในครอบครัวส่งระหว่างกัน โดยรูปแบบการส่งสารเป็นได้ทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา
- ช่องทาง (Channel) หมายถึง ช่องทางที่ทำให้ผู้ส่งสารกับผู้รับสารติดต่อถึงกันได้ โดยผู้ส่งสารเป็นผู้กำหนดช่องทางและวิธีการที่ใช้จะสื่อสาร
- ผู้รับสาร (Receiver) หมายถึง บุคคล สถาบัน หรือองค์กรซึ่งเป็นเป้าหมายที่ผู้ ส่งสาร ต้องการติดต่อสื่อสารให้เข้าใจ แต่จะเข้าใจมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้รับสาร ซึ่งในการวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลของงานวิจัยนี้
- ปฏิกริยาตอบสนอง (feedback) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงท่าที และพฤติกรรมของ ผู้รับสารอันเป็นผลโดยตรงจากการรับสารนั้น ซึ่งอาจเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสารนั้นก็ได้ใน งานวิจัยนี้ หมายถึง การรับรู้ และการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัว

2) สาร (Message) ในการสื่อสารระหว่างบุคคลมีลักษณะที่สำคัญ คือ

- ลักษณะสารในการสื่อสารระหว่างบุคคล สารทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือไม่ใช่คำพูดล้วนเป็นสารทั้งสิ้น แต่สารในความหมายของการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้มีขอบเขตจำกัดที่ต้องมีคนถ่ายทอดเพื่อแลกเปลี่ยนจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง

- ความแตกต่างของสารกับความหมายสาร สารเป็นตัวกลางถ่ายทอดความหมายที่อยู่สาร แต่การรับรู้ความหมายของสารนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาของผู้รับสาร ดังนั้นสารจึงอาจถูกตีความจากผู้รับสารผิดไปจากที่ผู้ส่งต้องการจะสื่อความหมาย

- ประเภทสาร สารที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

วจนภาษา เป็นคำพูดที่ใช้ในการสื่อสารประจำวัน และอวจนภาษา ที่เป็นการสื่อสารระหว่างกันโดยไม่ใช้คำพูด โดยแบ่งเป็น 7 ประเภท ดังนี้ เทศภาษา กาลภาษา เนตรภาษา ปริภาษา อาการภาษา สัมผัสภาษา วัตถุภาษา

3) การสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นกิจกรรมระหว่างบุคคล 2 ฝ่าย ทั้งนี้เพื่อผลอย่างใด

อย่างหนึ่ง โดยปกติสื่อสารมักสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อกันได้ในระหว่างสื่อสาร โดยลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคล 2 ฝ่าย จึงมีลักษณะแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ 1. การสื่อสารซึ่งหน้า (Face-to-face communication) 2. การสื่อสารแบบผ่านสื่อ (Interpose communication)

จึงสรุปได้ว่า จากทฤษฎีการสื่อสารระหว่างบุคคลในการศึกษาและวิจัยในครั้งนี้ได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษาการสื่อสารของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร คือ ลูก พ่อ แม่ และคู่สมรส ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายจะมีการปรับเปลี่ยนกันเป็นทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของทั้งสองฝ่ายที่ทำการสนทนาในขณะนั้นว่าเป็นเรื่องใด

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัว

2.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวของชาฟฟี และเวคแมน

การแบ่งรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวตามแนวคิดของชาฟฟี และเวคแมน (Chaffee, McLeod, & Wackman, 1973) แบ่งได้ 4 ลักษณะ

1) การสื่อสารภายในครอบครัวแบบปล่อยตามความพอใจ (laissez faire) คือลักษณะพฤติกรรมสื่อสารภายในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ ลูก เป็นไปอย่างเสรี ไม่มีกรอบ ซึ่งลูกจะไม่ได้รับคำแนะนำหรือสนับสนุนจากพ่อแม่ และลูกอาจรู้สึกท้อแท้ และมีอิสระภาพอย่างเต็มที่ อาจส่งผลให้

ลูกพยายามแสวงหาตัวตนและความรักจากกลุ่มเพื่อนและคู่รักซึ่งอาจเสี่ยงต่อการถูกชักจูง หรือโน้มน้าวจากผู้อื่นได้ง่าย (นภัสชญา โปประยูร, พัชราภรณ์ เกษะประกร และมัลลิกา ผลอนันต์, 2557) โดยรูปแบบการสื่อสารลักษณะนี้เสี่ยงต่อการนำมาสู่ฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเป็นลักษณะพฤติกรรมของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อลูก

2) การสื่อสารภายในครอบครัวแบบปกป้อง (protective) มีลักษณะเน้นให้ความสำคัญทางสังคม ประเพณีที่ถือปฏิบัติมาตั้งแต่แรก และความถูกต้องเป็นอันดับรอง การสื่อสารเช่นนี้จะแสดงให้เห็นถึงเด็กจะถูกสั่งสอนให้เชื่อฟัง คล้อยตามผู้ใหญ่ เด็กจะไม่ได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง ถึงแม้จะเห็นว่าเรื่องในสถานการณ์นั้นจะไม่ถูกต้องก็ตาม และอาจนำไปสู่การต่อต้านแบบตื้อเจียบ (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558)

3) การสื่อสารภายในครอบครัวแบบเปิดเสรี (pluralistic) มีลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารที่ให้ความสำคัญในการให้เด็กรู้จักพัฒนาความคิดเห็นที่เป็นตัวเอง กล้าแสดงออก กล้าคิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องกลัวว่าความคิดเห็นที่ขัดแย้งไม่ตรงกับพ่อแม่จะทำให้พ่อแม่ไม่พอใจ หรือเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ

4) การสื่อสารในครอบครัวแบบเห็นพ้องต้องกัน (consensual) มีลักษณะให้ความสำคัญเรื่องการปลูกฝังค่านิยม ความเชื่อที่ยึดถือกันมานานในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับการสอนเด็กให้รู้จักพัฒนาความคิดเห็นที่เป็นตัวเอง กล้าแสดงออกพร้อมด้วย การสื่อสารรูปแบบนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกอยากร่วมมือปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้ (มณฑิรา สะแกทอง, อิศรพงษ์ ไกรสินธุ์, วิรัตน์ ภูทองเงิน และอรชร เรือนคำ, 2561)

2.3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวของเคนเทอร์ และ เลร์

การแบ่งรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวตามแนวคิดของเคนเทอร์ และ เลร์ (Kantor & Lehr, 1976) โดยแบ่งตามคุณลักษณะหรือแบบวิธีการสื่อสาร แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การสื่อสารในครอบครัวแบบปิด (closed family communication) หมายถึงวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่เข้มงวดมีการวางกฎเกณฑ์ ผู้ที่กำหนดกฎเกณฑ์คือผู้ที่มีอำนาจสูงสุดในครอบครัว เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะการสื่อสารแบบปิด จะเป็นเด็กที่ว่านอนสอนง่าย ได้รับรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน

2) การสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด (open family communication) หมายถึงวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมออกความคิดเห็น และร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง

ๆ ภายในครอบครัว มีลักษณะความยืดหยุ่นสูง ครอบครัวแบบนี้มีการสื่อสารกับคนภายนอกอย่างอิสระ ไม่มีการปิดกั้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือสิ่งต่าง ๆ (จิตาภา คงเจริญ, 2558)

3) การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย (random family communication) หมายถึงวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่สมาชิกแต่ละคนสามารถทำอะไรก็ได้ตามความต้องการ เปลี่ยนแปลงกฎระเบียบอยู่เสมอ อยู่ร่วมกันแบบสบาย ไม่มีเป้าหมายหรือแผนระยะยาว ครอบครัวแบบปล่อยจะมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกให้ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเสรี และสมาชิกในครอบครัวมักได้รับอิทธิพลจากสังคมภายนอกตามความต้องการของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมและก่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายเป็นตัวกำหนด โดยบุคคลในครอบครัวเป็นตัวสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว เพราะการสื่อสารต้องเริ่มจากการที่ครอบครัวเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการสนับสนุนให้บุคคลเกิดการรับฟัง กล้าที่จะเปิดเผยความคิดของตนเองมากขึ้น โดยลักษณะการสื่อสารในครอบครัวตามความพอใจเสี่ยงต่อการนำมาสู่ฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากเป็นลักษณะพฤติกรรมของพ่อแม่ที่ส่งผลต่อลูก

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลออนไลน์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากล โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมเรื่องตามวัตถุประสงค์ แล้วนำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพ หลักฐานทางวิชาการ สังเคราะห์และสรุปเป็นองค์ความรู้ พบว่า การทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและทฤษฎีในการอธิบายการฆ่าตัวตายมีความสำคัญควรนำไปพัฒนาผสมผสานให้เหมาะสมต่อการจัดบริการที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทแต่ละพื้นที่ โดยปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญมากต่อการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ทั้งตามการอธิบายในทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศและในประเทศไทย จึงควร ฝ้าระวังในวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก หรือมีการทะเลาะเบาะแว้งขาดความผูกพันกันระหว่างพ่อแม่ และเด็ก หรือในครอบครัวที่มีสมาชิกเคยฆ่าตัวตายมาก่อน ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

Ahmad & Turnip (2020) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายรูปแบบการสื่อสารในครอบครัววัยรุ่น อินโดนีเซียส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ใช้แบบสอบถามรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว (FCPQ) และแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน (YRBS) มีนักเรียนร่วมทำแบบสอบถาม 531 คน จากโรงเรียนมัธยมห้าแห่งในจาการ์ตาเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจิสติก พบว่ารูปแบบการสื่อสารในครอบครัวไม่ได้เป็นตัวทำนายที่ชัดเจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย แต่พบว่าการสนทนาระหว่างวัยรุ่นกับแม่เป็นตัวทำนายที่สำคัญของความคิดฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นุชณี เอี่ยมสอาด และปพิชญา ทวีเศษ (2563) ศึกษาพยาบาลวิทยาการฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเอกสารจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากแบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง (รง 506) ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้มีพฤติกรรมการพยายามทำร้ายตนเอง ที่มารับบริการโรงพยาบาลพระพุทธบาท พบว่าเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่มีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด

ผู้วิจัยได้นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ทำให้ได้องค์ความรู้มาเป็นแนวทางในการดำเนินวิจัยการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มาเป็นระเบียบวิธีการวิจัยครั้งนี้

พหุบัณฑิต ชีวะ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแล้ววิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการของ (Patton, 1990) พร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีการอิ่มตัว จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 ผู้ให้ข้อมูล
- 3.2 พื้นที่ในการศึกษา
- 3.3 ระยะเวลาในการศึกษา
- 3.4 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.0 – 32.9) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแบบ ICD-10 และมีประวัติคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น ไข้เชือกผูกคอ กรีดแขน กระโดดจากที่สูง วิ่งให้รถชน โดยมีสาเหตุจากการสื่อสารในครอบครัว โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

(F32.0-32.9) ยกเว้น F32.3 2) เพศชายหรือเพศหญิง 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีการสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้รู้เรื่อง 5) มีประวัติการคิดหรือพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีสาเหตุจากการสื่อสารในครอบครัว โดยมีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายครั้งสุดท้ายผ่านมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 6) แพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ และมีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในการวิจัยนี้ข้อมูลอ้อมตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ดังนั้นจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เท่ากับ 10 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลมี ดังนี้

เกณฑ์การถอนผู้ให้ข้อมูล ออกจากโครงการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลขอลอนตัวออกจากงานวิจัย
2. ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจในการสัมภาษณ์ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลมีอาการกำเริบ ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้
2. แพทย์พิจารณาให้ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะดำเนินการวิจัย

3.2 พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ งานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.3 ระยะเวลาที่ในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม 2565

3.4 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 256-216/2564 วันที่รับรอง 19 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยได้ยึดมั่นในจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และมีอิสระในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการรักษาสีติของผู้ให้ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตนเองด้วยวาจา และขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พร้อม

ทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตอบคำถาม มีสิทธิปฏิเสธการตอบคำถาม เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพแต่อย่างใด รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลสมัครใจยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงมีการให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย มีกุญแจเก็บปิดไว้ตลอดเวลา

3.4.2 ก่อนให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบถึงหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทปในการสนทนา และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับ โดยการไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ ใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกวันที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่มาตามนัด มีการนัดหมายและแจ้งให้ทราบล่วงหน้า พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบว่าในการสัมภาษณ์นี้มีค่าตอบแทนจำนวน 100 บาทเป็นค่าเสียเวลา ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือได้ทันท่วงทีขณะทำการสัมภาษณ์ เมื่อการดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น หลังจากสัมภาษณ์ในครั้งที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำปรึกษาในประเด็นที่สงสัยและกรณีที่ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น และหลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำปรึกษา ในประเด็นการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้เทปบันทึกเสียง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และเอกสารอื่น ๆ ที่มีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลปรากฏอยู่บนเอกสารภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ จะถูกทำลายทิ้งโดยผู้วิจัย ภายในระยะเวลา 1 ปี เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

3.4.3 การเสนอรายงานวิจัย หากมีการกล่าวถึงถ้อยคำหรือคำบอกเล่าจากผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้ชื่อสมมุติทั้งสถานที่และชื่อผู้ให้ข้อมูล และอธิบายข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายเป็นภาพรวมไม่แสดงข้อมูลที่บอกถึงอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยจิตเวชชายในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชายที่เข้ามารับรักษาในโรงพยาบาล และเป็นพยาบาลที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางออนไลน์ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.5.1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนรายวิชา 0401 623 วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต เป็นเวลา 45 ชั่วโมง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในรายวิชานี้มีการสอน ประกอบด้วย การเรียนรู้ทฤษฎีงานวิจัยเชิงคุณภาพ ออกแบบแนวคำถาม การฝึกการสัมภาษณ์ ฝึกภาคปฏิบัติโดยการลงพื้นที่จริง การถอดเสียงจากเครื่องบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัย รวมถึงผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) เป็นการอบรมแบบออนไลน์ผ่านระบบ Cisco webex meeting จำนวน 12 ชั่วโมง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3.5.1.2 การเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และ

แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า การสื่อสารในครอบครัว ที่ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยในการศึกษานี้มีคำถามทั้งหมด 9 คำถาม หลังจากนั้นแต่ละคำถามจะสลับไหลต่อเนื่องไปตามบริบทของผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และมีความยืดหยุ่นในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยแนวคำถามได้นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาสร้างแนวคำถามภายใต้คำแนะนำ เสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้

ก่อนจะใช้ในการเก็บข้อมูลจริง รวมถึงได้ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) และการวิเคราะห์ข้อมูลของ Patton (1990) เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ได้คำตอบในเชิงลึกและครอบคลุมเนื้อหามากที่สุด

ตัวอย่างคำถาม

1. คำพูดของใครในครอบครัวที่มีความหมายต่อความคิดฆ่าตัวตาย
2. (จากข้อ 1) เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น
3. คุณคิดว่าคำพูดในวันนั้นต้องการให้คุณทำอะไร
4. นอกจากคำพูดแล้ว คุณคิดว่าพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาแบบใด ที่ทำให้คุณมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย
5. ช่วยอธิบายความหมายในคำพูดเหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร
6. คุณรู้สึกอย่างไรต่อคำพูดนั้น
7. ความรู้สึกเหล่านั้นทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างไร
8. คำพูดเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีเหตุการณ์อะไรบ้าง (เหตุการณ์นั้นบ่อยแค่ไหน)
9. คุณต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อคุณอย่างไร เพื่อลดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย

3.5.1.3 การเตรียมเครื่องมือสำหรับช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1)

เครื่องบันทึกเสียงสำหรับบันทึกการสัมภาษณ์ จำนวน 2 เครื่อง เพื่อป้องกันการสูญหายข้อมูล หากต้องมีเครื่องหนึ่งเครื่องใดขัดข้องขณะสัมภาษณ์ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วน ประกอบด้วย รหัสผู้ให้ข้อมูล (โดยใส่รหัสตามลำดับการสัมภาษณ์) เพศ อายุ ภูมิภาค/ที่อยู่ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาศัยอยู่กับใครในปัจจุบัน สนิทกับใครมากที่สุด ในครอบครัว สาเหตุการฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย สถานที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย และช่วงเวลาที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิจัยสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัยได้ทบทวนแล้วจึงนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะให้ปรับแก้ไข ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากคำพูดของคนในครอบครัว จำนวน 2 ราย พร้อมกับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ สังเกตปฏิกิริยา สี

หน้า ท่าทางของผู้ให้สัมภาษณ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้กลับมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการถอดเทป และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ที่ละรายบุคคล เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุม ความชัดเจน และความเข้าใจของข้อคำถามต่าง ๆ จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ข้อคำถามกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อการปรับปรุงให้ข้อคำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และให้มีความต่อเนื่องในการถาม รวมทั้งทำการปรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) ที่ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

3.6.1 หลังการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาการรับรอง เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2564

3.6.2 หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย

มหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่การศึกษาวิจัยนั้น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.6.3 ผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย และได้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย พิจารณารับรองเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2564

3.6.4 ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการบริการผู้ป่วย

นอก และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย เพื่อแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงที่มาและความสำคัญการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์จากการวิจัย และได้ประสานงานขอความอนุเคราะห์พยาบาลที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก ช่วยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.6.5 ผู้วิจัยประสานพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อโทรสอบถามขออนุญาตเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะสอบถามเพื่อยืนยันการเข้าร่วมโครงการวิจัยอีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หากผู้ป่วยยืนยันการเข้าร่วมวิจัยพยาบาลที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะดำเนินการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อแจ้งวันเวลาการนัดหมาย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย สะดวกที่จะมาสัมภาษณ์ในโรงพยาบาล

3.6.6 ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยในความดูแลเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายถึงโครงการวิจัยให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาอนุญาต

3.6.7 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลผู้รับผิดชอบจะสอบถามวันนัดหมายในการทำการสัมภาษณ์อีกครั้ง (ในกรณียินยอมมาสัมภาษณ์ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด) และมาพบแพทย์ตามนัด พยาบาลที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ผู้ป่วยพบแพทย์ตามขั้นตอนของการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการก่อนการสัมภาษณ์รวมทั้งแนบเอกสารให้แพทย์ลงนามอนุญาตให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของแพทย์เข้าร่วมวิจัย (โดยเอกสารที่แพทย์เซ็นต์จะลงนามในช่องพยาน) ทั้งนี้เป็นไปตามกระบวนการทุกขั้นตอนของโรงพยาบาล (การรับบริการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการการรับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วย 1 ราย ใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง)

3.6.8 เมื่อผู้ป่วยรับบริการจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยเพื่อเข้าไป

ชี้แจงอธิบายรายละเอียดของโครงการด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ โดยผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองต่อผู้ให้ข้อมูล จากนั้นพูดคุยเรื่องทั่วไปด้วยท่าที่เป็นกันเอง อ่อนน้อม โดยแจ้งรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ความสำคัญของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์การวิจัยที่มีต่อส่วนรวมอย่างละเอียดและครอบคลุมที่สุด และอธิบายจำนวนครั้งในการให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาการสัมภาษณ์ การศึกษานี้จะได้รับค่าชดเชยเวลาเป็นจำนวนเงิน 100 บาท สำหรับการให้สัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึก และผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงทุกครั้ง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นสงสัย อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง และผู้ให้ข้อมูลยังสามารถรับบริการทางด้านสุขภาพได้ตามปกติ ไม่เร่งรัดผู้ให้ข้อมูลให้ตอบในขณะนั้น ให้เวลาทบทวนในการตัดสินใจประมาณ 7-14 วัน และสอบถามอีกครั้งหนึ่งในวันพบแพทย์ครั้งหน้า หากผู้ป่วยยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร แล้วจึงทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในลำดับต่อไป

3.6.9 ผู้วิจัยได้นัดหมายทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูล

สบายใจ มีความเป็นส่วนตัว และรู้สึกปลอดภัย คือสถานที่ในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย หลังจากผู้ให้ข้อมูลรับบริการเสร็จสิ้นโดยผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นพื้นที่การศึกษาวิจัย ช่วยในการนำผู้ให้ข้อมูลมายังสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยมีผู้วิจัยรอบบริเวณที่นัดหมาย ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3.6.10 การสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูล

รู้สึกเหนื่อยเกินไปในการให้สัมภาษณ์แต่ละครั้ง เมื่อครบกำหนดเวลา ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตทำการนัดหมายเพื่อการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป เมื่อผู้ให้ข้อมูลสะดวก รวมทั้งมีการนัดหมาย เพื่อให้ผู้วิจัยนำบทสนทนาที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 จะได้รับคำปรึกษาในประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลสงสัย และกรณีที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น และหลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำปรึกษา ในประเด็นการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ

การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและผู้อื่น การดูแล ลดความเสี่ยงและเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ และใช้คำถามเดิมเพื่อยืนยันข้อมูล หรือมีคำถามเพิ่มเติมในบางประเด็นเพื่อให้ได้รับความกระจ่างและข้อมูลที่ตรงกันทั้งของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เพิ่มเติม 30 นาที ผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ในวันที่มาพบแพทย์อีกครั้ง สะดวกใจที่จะให้สัมภาษณ์เพิ่มเติม และทุกครั้งหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำปรึกษาหลังจากให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

3.6.11 ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะดำเนินการกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ถอดเทปแบบคำต่อคำโดยทันทีเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ได้ยิน และเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ค้นหาประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการถอดเทปสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยได้ถอดเทปด้วยตนเองทันที ซึ่งสามารถช่วยทำให้เข้าใจสาระของข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim transcription) มีการแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะทำการแปลผลข้อมูลรายวัน มีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1. นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ โดยนำมาถอดเสียงจากเครื่องบันทึกเสียงเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยเปรียบเทียบจากการเปิดเครื่องบันทึกเสียงซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้งในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.2. ผู้วิจัยได้อ่านข้อความจากการถอดเสียงทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้มา พร้อมทั้งตั้งคำถามจากข้อมูลที่คลุมเครือหรือไม่ชัดเจน และข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เพื่อที่จะนำไปสัมภาษณ์ ในครั้งถัดไป

3.7.3. ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลรายวันตามหลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลรายแรก ผู้วิจัยถอดเสียงคำให้สัมภาษณ์คำต่อคำ แยกย่อยตรวจสอบ และเปรียบเทียบข้อมูล พิจารณาประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างข้อคำถามกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ (Patton, 1990) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกประเภทข้อมูล (Identifying) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาบันทึก โดยวิธีการถอดเสียง เรียบเรียงอักษรเป็นข้อมูลบรรยาย บันทึกรายละเอียดเป็นชุดข้อมูล และจัดการข้อมูลที่ได้มาอย่างเป็นระเบียบ

ขั้นตอนที่ 2 การลงรหัส (Coding) ผู้วิจัยนำข้อมูลแต่ละชุดของผู้ให้ข้อมูลมาลงรหัสเพื่อระบุให้ชัดเจน เป็นระเบียบ เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดหมวดหมู่ (Categorizing) ผู้วิจัยใช้กระบวนการแยกแยะข้อมูลเป็นหมวดหมู่ สำหรับนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการบรรยายทั้งหมดให้เชื่อมโยงตามกลุ่มที่มีความสอดคล้องกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และเสนอข้อสรุป (Conclusion) ผู้วิจัยหาข้อสรุปจากการแสดงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบของการบรรยาย เรียบเรียงและเสนอข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์

ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อมีข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) โดยจะพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำกันไปมา หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิม และเพื่อความเข้มงวดของการศึกษา จะมีการวิพากษ์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเข้มงวด (rigor) และสรุปสู่วงกว้าง (generalization) ที่ยังได้ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ความเห็นร่วมกัน มีการนำข้อมูลจากการถอดเสียงมาอ่านทวนซ้ำด้วยกัน เพื่อเพิ่มกระบวนการทศน์ให้เกิดความน่าเชื่อถือให้กับการศึกษา (Creswell & Miller, 2000) จนสามารถได้ข้อสรุปเป็นข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญนำมาสู่การสรุปผลการวิจัย

3.8 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

เนื่องจากความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยขั้นตอนก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกของวิจัย เพื่อให้ตรงกับ การศึกษางานวิจัย ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยทำการตรวจสอบข้อมูลเมื่อมีข้อสงสัย จะซักถามทันที หรือใช้เทคนิคขอความกระจ่างของข้อมูล การสะท้อนคิด เพื่อให้

ข้อมูลที่ได้มานั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลตามแนวทางของลินคอร์น และกوبا (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

3.8.1. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือ และอธิบายข้อสรุป การแปลผลข้อมูลจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการระบุและอธิบายได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

3.8.1.1 การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

- การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ที่ได้จัดบันทึกอย่างละเอียด และอธิบายอย่างชัดเจน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก ถอดเทปกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลถูกต้องหรือไม่ (member checks) โดยมีการใช้เทคนิคสัมภาษณ์การทวนความ ถามซ้ำ สรุปความ เพื่อยืนยันข้อมูลในระหว่างสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อสรุปนั้นถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล

- การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน คือ การสังเกตบริบทขณะทำการสัมภาษณ์ โดยจะมีปฏิกริยาแสดงออกมาเช่น น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แววตา การตีความของคำพูดที่พูดถึง เป็นต้น

3.8.2 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยเชื่อมโยงข้อมูลการสังเกต และการสัมภาษณ์เข้าด้วยกัน เพื่อการเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่เกิดขึ้นที่แท้จริง ผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อเป็นการลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้วิจัยที่วิเคราะห์เพียงคนเดียว

3.8.3 การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) การยืนยันผลการวิจัยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความเป็นปรนัย (objectivity) เป็นเกณฑ์ที่ผู้อ่านใช้สำหรับการพิจารณาข้อค้นพบของนักวิจัย ซึ่งทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การศึกษาอย่างไม่เป็นทางการ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษากการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากการให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษากการให้ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

4.2 การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 10 ราย สรุปได้เป็นรายบุคคล ดังนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 40 ปี อาศัยอยู่กับสามีและบุตร มีบุตรร่วมกัน 2 คน นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันมีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ 12,000 บาทต่อเดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เครียด นอนไม่หลับ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นมากมา 1 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับสามี มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ลงมือทำ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของคนในครอบครัว คำพูดของบิดาที่คอยเปรียบเทียบตนกับผู้อื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่่าน้อยใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือบิดาเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 25 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นบุตรคนเดียว สถานภาพหมั้น นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันว่างงาน มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนนี้ได้จากมารดาและบิดาสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องใช้เงินร่วมกับคู่หมั้น มาโรงพยาบาลด้วยอาการคิดอยากฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตายด้วยวิธีเดินให้รถชน ร้องไห้ตลอดเวลา ไม่อยากพูดกับใคร มีอาการมา 3 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับบิดา และ

ครอบครัวไม่ไว้วางใจว่าตัวผู้ให้ข้อมูลจะประสบความสำเร็จ มีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่เคยลงมือทำ แต่ได้วางแผนฆ่าตัวตายด้วยวิธีกระโดดน้ำตาย สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายคือครอบครัวไม่เข้าใจในสิ่งที่ตนเป็น เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือขณะผู้ให้ข้อมูลอยู่บ้าน บิดามารดากลับมาถึงบ้านก็หงุดหงิด โมโหผู้ให้ข้อมูล และพูดจาทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจ และน้อยใจ

รายที่ 3 เพศหญิง อายุ 25 ปี อาศัยอยู่คนเดียว มีพี่น้อง 2 คน เป็นคนที่สอง บิดาแยกทางกับมารดา สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจุบันมีอาชีพค้าขาย มีรายได้ 22,000 บาทต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่มารดามักควบคุมการใช้จ่ายของร้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการหงุดหงิดง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ฆ่าตัวตายโดยการผูกคอแต่ไม่สำเร็จ นอนไม่หลับ สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา เนื่องจากมารดาเลี้ยงดูตนมาตั้งแต่เด็ก และเมื่อมีเรื่องไม่เข้าใจกัน มีเหตุต้องทะเลาะกัน มารดามักมีคำพูดที่รุนแรง จนถึงทำให้ไปตายพยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง ครั้งสุดท้ายลงมือทำด้วยวิธีการผูกคอในห้องน้ำ แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของมารดาที่รุนแรงทำให้ผู้ให้ข้อมูลน้อยใจ เสียใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ เปิดร้านชำ ไม่ได้ตั้งใจมารดา มารดาจึงพูดด่าด้วยถ้อยคำรุนแรง

รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 22 ปี อาศัยอยู่กับบิดาและแม่เลี้ยง มีพี่น้อง 3 คน เป็นคนกลาง บิดาแยกทางกับมารดา สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ 7,500 บาทต่อเดือน รายได้ไม่ได้กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากทำงานใกล้บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการพยายามทำร้ายตนเองบ่อยเมื่อรู้สึกไม่พอใจกับชีวิต รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อ เป็นมา 2 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับพี่สาว บิดาค่อนข้างเจ้ากี้เจ้าการกับผู้ให้ข้อมูล ทำให้รู้สึกอึดอัด และมักมีปากเสียงกันบ่อยครั้ง บิดาแสดงสีหน้าที่บึ้งตึง ดุ และพูดเสียงดัง พยายามฆ่าตัวตาย มากกว่า 10 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นวิธีการกรีดข้อมือ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ บิดามักตำหนิด้วยถ้อยคำรุนแรง มีความกดดันจากครอบครัว เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือผู้ให้ข้อมูลกลับบ้านดึก จนทำให้เกิดทะเลาะกับพี่สาว ก่อน แล้วบิดาจึงเข้ามาถามถึงสาเหตุ หลังจากทราบสาเหตุบิดาจึงกระแทกเสียงดัง ตาขวาง แหวดาดุ แล้วไล่ออกจากบ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจ และน้อยใจ

รายที่ 5 เพศชาย อายุ 32 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นบุตรคนเดียว สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจุบันมีอาชีพธุรกิจส่วนตัวจากการรับซื้อรถเก่า มีรายได้ประมาณ 60,000 บาทต่อเดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการนอนไม่หลับ ติดการพนัน

หงุดหงิดง่าย ฆ่าตัวตายหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ เป็นมา 1 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา ส่วนมากเวลามีปัญหา มารดาจะคอยช่วยเหลือ แก้ไข พยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง ครั้งสุดท้ายใช้วิธีใช้สายไฟฟ้ารัดคอ แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของคนในครอบครัว ที่เหมือนไม่ต้องการเนื่องจากเป็นตัวสร้างปัญหา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะท้อนคิด และโทษตัวเอง เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ เป็นหนี้การพนันออนไลน์ มีการกู้ยืมเงินจากเพื่อน แต่ไม่สามารถใช้คืนได้ โทรไปขอความช่วยเหลือจากมารดา แต่มารดาไม่ช่วยเหลือ

รายที่ 6 เพศชาย อายุ 40 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา และบุตรชาย สถานภาพแยกกันอยู่กับภรรยาเนื่องจากยังปรับความเข้าใจกันไม่ได้ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันว่างงาน มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนนี้ได้จากมารดาและบิดาสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เคยทำงานได้แต่ลาออกมาอยู่ที่บ้าน ด้วยอายุที่มากขึ้น จึงทำให้สมัครงานทำได้ยาก มาโรงพยาบาลด้วยอาการเครียด กังวล ทำให้อนอนไม่หลับ ท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิต เป็นมา 3 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง ครั้งล่าสุดใช้มีดแทงท้องตนเอง แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายคือครอบครัวไม่เข้าใจ บิดาค่อนข้างกดดันและบังคับ ทำให้ไม่สามารถอธิบายเหตุผลของตนเองได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจและน้อยใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ ทะเลาะกับบิดา และบิดาไล่ให้ออกจากบ้านแบบไม่มีดี

รายที่ 7 เพศหญิง อายุ 53 ปี อาศัยอยู่กับสามี มีบุตรร่วมกัน 2 คน บุตรทั้งสองไปทำงานต่างจังหวัด สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันมีอาชีพค้าขาย มีรายได้ 40,000 บาทต่อเดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ พุดมาก เป็นมา 2 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับสามี พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 10 ครั้ง ครั้งล่าสุดผูกคอตตนเอง แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของคนในครอบครัว คำพูดของสามีที่มีการพูดต่อย้ำเรื่องการรักษาที่โรงพยาบาล พุดถึงการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าโดนต่อย้ำการเจ็บป่วย เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือสามีพุดเหน็บแนมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน

รายที่ 8 เพศชาย อายุ 28 ปี อาศัยอยู่คนเดียว สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจุบันมีอาชีพรับราชการ มีรายได้ 15,000 บาทต่อวัน มาโรงพยาบาลด้วยอาการพุดน้อย แยกตัว คิดมากอยู่กับอดีตที่ผ่านมา คิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นมา 4

เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง ครั้งสุดท้ายใช้วิธีขับรถชนเสาไฟฟ้า แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของคนในครอบครัว ที่ค่อนข้างบังคับ กดดัน ไม่สามารถแสดงความเห็นส่วนตัวได้ ทำให้รู้สึกอึดอัด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจ และน้อยใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ บิดากล่าวบังคับให้ออกไปทำงานแต่ตนไม่ชอบงานที่บิดาให้ทำ ซึ่งบิดาไม่รับฟังเหตุผลใด ๆ

รายที่ 9 เพศหญิง อายุ 30 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดา สถานภาพโสด นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันมีอาชีพค้าขายออนไลน์ มีรายได้ 15,000 บาทต่อเดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการเครียด ใจสั่น นอนไม่หลับ ไม่มีความสุข คิดฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ลงมือทำ เป็นมานาน 2 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา พยายามฆ่าตัวตาย มากกว่า 3 ครั้ง ครั้งสุดท้ายลงมือทำด้วยวิธีการกรีดแขนตนเอง สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายคือครอบครัวไม่เข้าใจ เนื่องจากบิดาค่อนข้างวางกฎเกณฑ์ และบังคับให้ไปตามแนวทางที่บิดาวางไว้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกน้อยใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ บิดาบังคับให้ไปนั่งหน้าบ้าน พอเห็นท่าที่ดูเชิงซ้า จึงพูดให้ผู้ให้ข้อมูลหลักไปตาย

รายที่ 10 เพศชาย อายุ 35 ปี อาศัยอยู่คนเดียว สถานภาพสมรส เนื่องจากภรรยาทำงานต่างประเทศ ยังไม่มีบุตรร่วมกัน นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจุบันมีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ 25,000 บาทต่อเดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการนอนไม่หลับ คิดฆ่าตัวตาย ท้อแท้หมดหวังในชีวิต เป็นมานาน 1 เดือน สัมพันธภาพในครอบครัวสนิทกับมารดา มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ลงมือทำ สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายคือคำพูดของคนในครอบครัว คำพูดของบิดาและภรรยาที่คอยเปรียบเทียบตนกับผู้อื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกน้อยใจ เหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย คือ บิดาได้เปรียบเทียบตนเองกับน้อง ที่เรียนเก่งกว่า ได้ทำงานดีกว่า ทำให้ตนรู้สึกน้อยใจ

จากการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 6 ราย มีอายุระหว่าง 22-53 ปี มีอายุเฉลี่ยที่ 33.5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพมีทั้งที่สมรสแล้ว คู่หมั้น หมาย แยกกันอยู่ และยังไม่สมรส การศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรี มีอาชีพที่แตกต่างกัน จนถึงว่างงาน ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ที่แตกต่างกันตั้งแต่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จนถึงรายได้ที่มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน เมื่อศึกษาการเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูลพบว่า มีความแตกต่างกัน มีทั้งที่อาศัยอยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบิดา และมารดา ความสนิทกับใคร

ข้างนั้นนับเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด แต่มีความหลากหลายคือ มีทั้งสนิทสนมกับบิดา มารดา และคู่รัก/คู่สมรส ประวัติการฆ่าตัวตายมี 2 ลักษณะ คือมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายแต่ยังไม่เคยลงมือทำ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวนครั้งของความพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด 10 ครั้ง โดยทั้งหมดใช้สถานที่พยายามฆ่าตัวตายมีทั้งนอกบ้าน และในบ้าน ต่างกันด้วยบริเวณของบ้าน ด้วยวิธีที่หลากหลาย เช่น ผูกคอ กรีดแขน และขับรถชนเสาไฟฟ้า เวลาในการพยายามฆ่าตัวตายนั้น มีทั้งไม่เลือกช่วงเวลาที่ยังมีมือพยายามฆ่าตัวตาย และเลือกช่วงเวลาที่เป็นช่วงตะวันตกดิน เนื่องจากไม่อยากให้ใครมาพบเห็น คำพูดของคนในครอบครัวที่ทำให้ฆ่าตัวตาย คือ คำพูดจากบิดา มารดา และสามี

4.2 การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบ่งได้เป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1. การให้ความหมายไล่ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ

สมาชิกในครอบครัวในการวิจัยนี้หมายถึง บิดา มารดา และสามี ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ให้ข้อมูล โดยส่วนมากผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นบุคคลที่รัก เคารพนับถือ หรือเชื่อใจ และเป็นคนสำคัญในชีวิต เมื่อพูดโดยบุคคลที่รักและสำคัญในชีวิต ทำให้ได้ความหมายว่า ไม่เป็นที่ต้องการ ไล่ให้ไปตาย ซึ่งก็หมายความว่าให้ไปฆ่าตัวตายเสีย การให้ความหมายเช่นนี้มาจากคำพูด ดังตัวอย่าง “แล้วจะกลับมาทำไม” “ถ้าจะให้แก้ปัญหาน่าก้นหลายปานนี้ เป็นหยิ่งคือบ่ตายตั้งแต่ที่แรก เกิดมาเฮ็ดหยิ่ง” “หนีถ้ามีงแ่ง มึงก็ออกจากบ้านไป ไม่ต้องมาอยู่ที่นี่ ไปตายเสียก็ไป” “ถ้าทำไม่ได้ก็ไปตาย นั่น เชือก!” คำพูดเหล่านี้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่มีอารมณ์อ่อนไหวจะเกิดการตีความหรือให้ความหมายโดยผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ผิดหวัง ที่ถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่ต้องการของครอบครัว และยังไล่ให้ไปตาย โดยบางประโยคแรงทางออกให้ผู้ป่วยได้กระทำตาม เมื่อคำพูดนั้นออกมาบ่อย ๆ ครั้ง จะตอกย้ำและซ้ำเติมความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อคำพูดนั้นออกมาบ่อย ๆ ครั้ง จะตอกย้ำความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยืนยันความหมายต่อคำพูดเหล่านั้นในรูปแบบเดิม ๆ เมื่อการให้ความหมายเหล่านั้นฝังอยู่ในความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ และผิดหวัง ประกอบกับท่าทางของสมาชิกครอบครัว ที่แสดงออกมาด้วยสายตา น้ำเสียง ท่าทาง ที่สอดคล้องกับคำพูด จึงเสมือนกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตายผลักดันไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ความหมายของผู้ป่วย ดังนี้

“คำพูดของพ่อทำให้หนูเสียใจมาก...เพราะพ่อแม่แยกทางกันตั้งแต่หนูจำความได้ หนูเลยอยู่กับพ่อตั้งแต่เด็ก พ่อจึงเป็นคนที่หนูเคารพมากที่สุดเพราะหนูมีแค่พ่อกับพี่สาว...วันที่หนูจำได้คือ หนูแคไปนั่งเล่นกับเพื่อนแล้วกลับบ้านดึก เพราะหนูไม่รู้จะคุยกับใครในบ้าน พ่อก็มีแฟนใหม่ แล้วหนูก็ไม่ค่อยถูกกันกับเค้า ทำให้หนูรู้สึกเป็นว่าหนูเป็นคนนอก...คำพูดของพ่อที่พูดกับหนูเหมือนมองว่าหนู**ไม่สำคัญ** ไม่ต้องการหนู หนูมันไร้ค่า ไร้ประโยชน์ไปหมด...คำว่า แล้วจะกลับมาทำไม ประโยคนี้ทำให้หนูรู้สึกเฟล ล่องลอย เคว้งคว้างไปหมด...ยังตอนที่พ่อพูดวันนั้น ทั้งตะคอกเสียงดัง ตาของพ่อดูม่าน่ากลัวมาก ทำให้หนูตกใจ ทำอะไรไม่ถูก...ไม่เชื่อว่าเพิ่งพูดวันนี้ เพราะพ่อพูดแบบนี้กับหนูตลอด มันมีหลายคำที่ทำให้หนูคิดอยากตายนะ แต่ไม่เท่าวันนั้น” (รายที่ 4, อายุ 22 ปี, 25 ตุลาคม 2564, พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 10 ครั้ง)

“แม่เป็นผู้ที่ทำให้ผมสบายใจที่สุดเวลาเล่าปัญหาให้ฟัง เวลาผมมีปัญหา แม่จะเป็นคนคอยช่วยแก้ปัญหาให้กับผม ทำให้ผมสบายใจอย่างน้อยก็มีแม่ที่รักผม ไม่ปล่อยให้ผมเดือดร้อน...แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นวันนั้น...คำที่แม่พูด มันทำให้ผมคิดว่าผม**ไม่ควรอยู่เป็นปัญหาของใครแล้ว** ขนาดแม่ยังบอกว่า**ไม่อยากให้ผมเกิดมา**...ประโยคที่ทำให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายวันนั้นคือประโยคที่ว่า **ถ้าจะให้แก้ปัญหา** นำกันหลายปานนี้ เป็นหยิ่งคือบ่ตายตั้งแต่ที่แรก เกิดมาเฮ็ดหยิ่ง ซึ่งวันนั้นผมคุยโทรศัพท์ บอกปัญหาที่เกิดขึ้นเหมือนเดิม และแม่ของผมก็พูดอะไรเยอะมาก ทั้งด่าว่าผมสารพัด เสียงมันก็ดังขึ้นเรื่อย ๆ จนผมคิดว่า **อยู่ไปก็ไม่มีใครแก้ปัญหาให้** ตายไปดีกว่า มันแย่มากเลยนะครับ...เสียงของแม่คือมันเปลี่ยนไปจากดี ๆ พูดแบบไม่สนใจ หัวน ๆ” (รายที่ 5, อายุ 32 ปี, 3 พฤศจิกายน 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง)

“พ่อแม่คือคนที่ผมเคารพเสมอ เพราะยังไงท่านก็เป็นพ่อแม่ผม...แต่เวลาผมทำอะไร ก็ไม่เคยดีพอสำหรับเขาเลย หลังจากที่ผมออกจากงานใช้ใหม่ครับ... ผมกรอกน้ำใส่ตู้เย็นตลอด เพราะกลัวว่าเวลาเขาไปนาแล้วเขาจะร้อน ผมก็ทำไว้ให้ ก็ไม่มีใครถามผมว่าใครเป็นคนกรอกน้ำ หรือ ชมผมบ้าง...วันนั้นเถียงทะเลาะกันเรื่องการเลี้ยงสัตว์...พอแกโมโห แกก็เริ่มอารมณ์ไม่ดีละตอนนั้น...คำพูดของพ่อมันมีความหมายในนั้นอยู่แล้วว่า **ไม่ต้องการผม** เขาขับไล่ไล่ส่งผม ไม่มีผมอยู่เขายังสบาย...อย่างที่พ่อพูดว่า **หนี ถ้ามีง่ก่ มีง่ก็ออกจากบ้านไป** ไม่ต้องมาอยู่ที่นี่ ไปตายไล่ก็ไป เห็นไหมว่าเขาพูดแบบนี้ คือเขา**ไม่อยากให้ผมอยู่กับเขา** เขา**ไม่ต้องการผม**หรอก...ถึงขั้นตะคอกไล่กันเลยครับวันนั้น...ผมก็รู้สึก

เสียใจนะ ที่เขาพูดแบบนี้ ผมทำอะไรให้หลายอย่าง แต่มองผมแบบนี้ มันจุกครับ” (รายที่ 6, อายุ 40 ปี, 18 พฤศจิกายน 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง)

“พ่อกับแม่เป็นคนที่ผมนับถือ คือท่านให้กำเนิดผมมา...แต่ส่วนใหญ่พ่อก็เป็นคนที่ชอบบังคับลูกได้มากเหมือนกัน ตอนเด็ก ๆ พ่อของผมเวลาพูดแต่ละทีก็ทำให้ผมรู้สึกแย่อยู่มากเหมือนกัน เคยพูดแบบนี้มานานหลายครั้งแล้ว ผมแค่มองไม่สนใจเฉย ๆ...วันนั้นผมทำตามที่พ่อคาดหวังไม่ได้ เพราะพ่อบอกให้ผมทำงานหลักได้ทั้งสองอย่าง...ผมบอกแล้วว่าผมทำไม่ได้...ผมเลยโดนพ่อว่า ถ้าทำไม่ได้ก็ไปตาย นั่นเชียว!...ตอนที่พ่อพูดวันนั้น คือตาขวางเลยแหละ พูดแล้วแถมชี้นิ้วไปทางห้องเก็บของ เหมือนจะบอกด้วยซ้ำว่าเชือกมันอยู่ในห้องเก็บของ เสียงที่พูดวันนั้นมันดังแบบตะคอก ตะโกนเลยก็ว่าได้...มันคือคำที่ไล่ผมไปตายเลยนะ ไม่มีใครพูดแบบนี้กับลูกหรอก มันเกินไป...วันนั้นผมรู้สึกโกรธมาก จนอยากที่จะทำประชด” (รายที่ 8, อายุ 28 ปี, 3 ธันวาคม 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง)

2. การให้ความหมายถึงการตอกย้ำซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ

มีคำพูดหลายคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าเป็นการตอกย้ำ ซ้ำเติม โดยเฉพาะในเรื่องที่เป็นจุดอ่อนของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนั้นบุคคลที่ตนเองรัก มักจะเปรียบเทียบผู้ให้ข้อมูลกับคนอื่นเสมอ ได้แก่ คำพูดที่ว่า “อยู่กับคนเป็นบ้าตัวนี้ (อยู่กับคนบ้า)” “ไปนั่งอยู่หน้าร้านซี ทำตัวให้เหมือนลูกคนอื่นหน่อย อย่าทำให้เหมือนพ่อแม่ไม่บอกไม่สอน ลูกคนอื่นได้ดีหมดมีแต่ลูกเจ้าของ (ตัวเอง)” การเปรียบเทียบกับคนอื่นในลักษณะที่คนอื่นดีกว่า แต่ลูกของตนเองไม่มีข้อดี ดังตัวอย่างคำพูด “ถูกเชือดอกว่ามึงจะได้ดี แคนี่มึงก็ยังไม่ไปสเปได้ (กูไม่เชื่อว่ามึงจะได้ดี แคนี่มึงก็ยังไม่ไหนไม่ได้)” เมื่อผู้ป่วยได้ยินคำพูดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ ที่กล่าวซ้ำเติมในสิ่งที่เป็นจุดด้อยของตนเอง เมื่อคำพูดเหล่านี้หลุดออกมาจากบุคคลที่สำคัญในชีวิต และหลุดออกมาบ่อย ๆ ครั้ง จะตอกย้ำความรู้สึกได้สำนึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตีความหมายบิดเบือนจากความจริง ทำให้ยืนยันความหมายต่อคำพูดเหล่านั้นในรูปแบบที่ผู้พูดไม่พึงพอใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจมกับความรู้สึกถูกซ้ำเติม ความรู้สึกถูกเปรียบเทียบจนทำให้ตนเองรู้สึกไม่ดีพอ ความรู้สึกที่เหมือนรับรู้ว่าคุณผิดปกติ เมื่อการให้ความหมายเหล่านั้นฝังอยู่ในความรู้สึกที่ไม่ดีพอ และถูกตอกย้ำซ้ำเติม ประกอบกับปฏิกิริยาท่าทางที่แสดงออกมาด้วยนั้น เช่น สายตาแข็งกร้าว น้ำเสียงดัง จึงนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ความหมายของผู้ป่วย ดังนี้

“ผมเคารพพ่อแม่ของผมเสมอ ไม่ว่าท่านจะรักหรือไม่รักผมก็ตาม...คำพูดที่เหมือนไม่เชื่อใจ ไม่เคารพการตัดสินใจของเรา ไม่เชื่อแล้วยังแถมดูถูกเราว่าเราคงทำไม่ได้ ทำไม่สำเร็จ...คำว่า **กูป๋เซื่อ** ดอกว่ามึงจะได้ดี แคนี่มึงก็ยังไม่ไปสไปได้อยู่” รวมถึงประโยคประชดประชันต่าง ๆ ที่ไม่เคยนึกถึงว่าคนอื่นเขาจะคิดยังไง คำพวกนี้มันบาดใจผม...คำพูดประชดก็ เก่งคัก เก่งหลายจนมาอยู่บ้าน แต่ผมจะพูดอะไรได้ พูดไม่ได้ ก็เลยได้แต่เก็บไว้ในใจนี้แหละ พอมันสะสมเรื่อย ๆ วันนั้นมีเรื่องเครียดมาอีก ผมก็เอามัดมาแทงตัวเองเลย...” (รายที่ 6, อายุ 40 ปี, 18 พฤศจิกายน 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง)

“คำพูดของสามีฉันทำให้ฉันรู้สึกผิดหวังมาก...สามีคนที่ฉันรัก(รัก) และใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันมาตลอด(ด้วยกันมาตลอด) อยู่ด้วยกันดูแลกันมา จนไม่คิดว่าเขาจะมาพูดกับฉันแบบนี้...แต่วันนั้นฉันบอกเขาพาฉันไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะยาหมด...เขาพูดขึ้นว่า **กูอยู่กับคนเป็นบ้าตัวนี้ (อยู่กับคนบ้า)** เขาพูดทั้งหัวเราะไปด้วย...มันเหมือนเขาเยาะเย้ยฉัน สมเพชฉันมาก...ฉันเป็นจิตเวชแล้วยังไง ฉันก็ทำมาหากินได้ไม่แพ้ใคร ไม่ได้นั่ง ๆนอน ๆเหมือนคนอื่น...ทำไมถึงต้องมาพูดตอกย้ำความรู้สึกกันด้วย” (รายที่ 7, อายุ 53 ปี, 23 พฤศจิกายน 2564, พยายามฆ่าตัว ตายมากกว่า 3 ครั้ง)

“คำพูดในวันนั้นเป็นคำพูดของพ่อค่ะ...พ่อเป็นคนที่ยากได้ดีกว่าคนอื่น โดยที่เอาความอยากได้อะไรดีมาลงที่หนู มาบังคับหนูทำในสิ่งที่พ่อคาดหวัง...เป็นประโยคที่หมายถึงการเปรียบเทียบที่**ไม่มีวันสิ้นสุด**เลยสักครั้ง ...มีแต่ตอกย้ำความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพียงแค่ว่าเราไม่ได้ทำในสิ่งที่ครอบครัวต้องการ ...คำพูดวันนั้น ทำตัวให้เหมือนลูกคนอื่นหน่อย อย่าทำให้เหมือนพ่อแม่ไม่บอกไม่สอน ลูกคนอื่นได้ดีหมดมีแต่ลูกเจ้าของ (ตัวเอง) แล้วก็ไล่ความผิดสารพัดอย่าง พูดอยู่แบบนั้นจนเรารำคาญ มันพูดบ่อยเกือบทุกวัน มันเกินไป พูดแล้วก็ทำของเสียงดังประชด ทั้งซกสิหน้า” (รายที่ 9, อายุ 30 ปี, 8 ธันวาคม 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 3 ครั้ง)

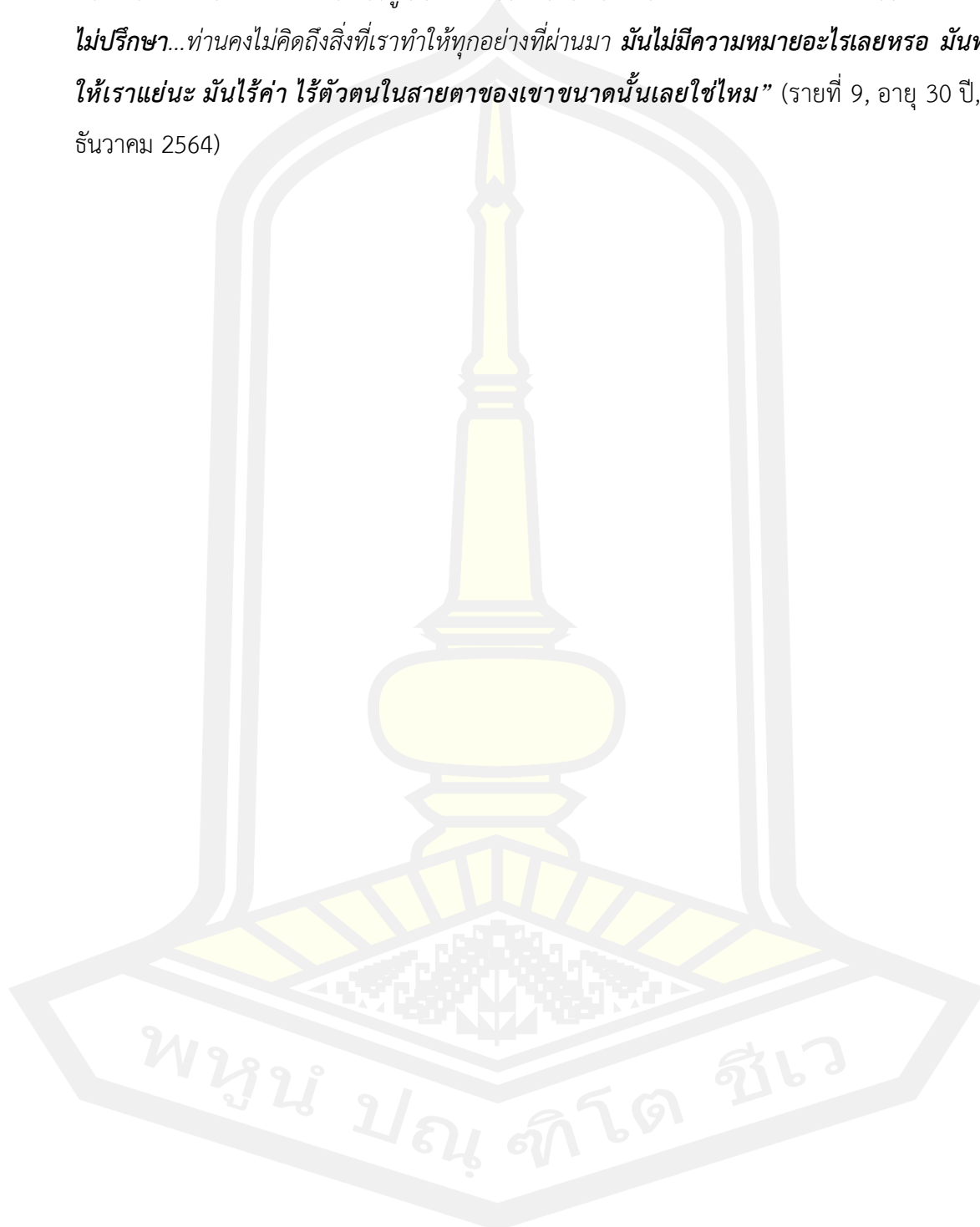
3. การให้ความหมายว่าไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระกับผู้อื่น

คำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ และเป็นภาระ เป็นคำพูดของบุคคลที่รัก ดังตัวอย่างคำพูด “อย่ามาเกาะกุแตก (อย่ามาเกาะแม่กิน)” “ไม่รู้จักทำอะไรทำ ทำการทำงาน...ถ้าไม่มีพวกกู(พ่อแม่) มึงอยู่ไม่ได้หรอก” “ไม่มีประโยชน์” “ทำอะไรไม่คิดไม่ปรึกษา” เมื่อผู้ป่วยได้ยินคำพูดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง เมื่อคำพูดเหล่านี้หลุดออกมาจากบุคคลที่สำคัญในชีวิต และหลุดออกมาบ่อย ๆ ครั้ง ประกอบกับท่าทางที่แสดงออกมาด้วย เช่น น้ำเสียง ที่ค่อนข้างหนัก ไปจนถึงกระแทกเสียง และตะโกน สีหน้าที่บึ้งตึง มีแววตาที่ดุร้าย เป็นต้น จะตอกย้ำความรู้สึกได้สำนึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตีความหมาย ยืนยันความหมายต่อคำพูดที่พูดบ่อยครั้งทำให้จมกับความรู้สึกไม่มีค่าเมื่อการให้ความหมายเหล่านั้นฝังอยู่ในความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ จึงนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ดังคำพูดและการให้ความหมายของผู้ป่วย ดังนี้

“แม่เป็นคนที่เข้าใจเรามากที่สุด เพราะตั้งแต่เล็กจนโตเราอยู่กับแม่มาตลอด...คำพูดของแม่ที่บอกว่า **อย่ามาเกาะกุแตก (อย่ามาเกาะแม่กิน)**...พูดบ่อยๆ ไม่เว้นช่องให้เราพูดเลย เสียงก็ดังเหมือนโกรธเรามาก เรารู้เลยว่าแม่อารมณ์เสีย...เป็นคำพูดที่ทำให้เรารู้สึกว่าน้อยใจ แล้วก็เสียใจ มันเหมือน **เราไม่มีประโยชน์** ขนาดนั้นเลยหรือ พอหมดประโยชน์ก็ถีบหัวไล่ส่งเรา เหมือน **เราไม่มีค่าอะไรเลย... เรามันกระจอกอยู่ไปก็~~เป็นภาระ~~ของเขา”** (รายที่ 3, อายุ 25 ปี, 20 ตุลาคม 2564, พยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง)

“พ่อคือคนที่หนูปรึกษาได้ทุกเรื่อง หนูสนิทกับพ่อมาก...คำพูดของพ่อในวันนั้น พ่อว่าหนู **ไม่รู้จักทำอะไรทำ ทำการทำงาน...ถ้าไม่มีพวกกู(พ่อแม่) มึงอยู่ไม่ได้หรอก** ซึ่งตอนนั้นเขาก็ดูหงุดหงิด และบึ้งตึงพอควร เสียงวันนั้นมันกระแทกเสียง...แล้วเราก็มานั่งคิดว่า เรามันแยขนาดนั้นเลย ทั้งที่เราพยายามแล้ว มัน **ไม่มีประโยชน์**อะไรเลยหรือ แล้วความรู้สึกมันแว็บมา แบบน้อยใจ โกรธที่โดนว่า” (รายที่ 2, อายุ 25 ปี, 18 ตุลาคม 2564, มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เคยลงมือทำ)

“เราเคารพและรักท่าน เพราะท่านคือพ่อแม่ของเรา...เวลาที่มีเรื่องที่บ้านแล้วพ่อแม่จะบ่นยาว ยาวไปจนถึงเรื่องของเรา...คำพูดที่พ่อแม่ท่านว่าให้เราไม่ว่าจะเป็น ไม่มีประโยชน์ ทำอะไรไม่คิด ไม่ปรึกษา...ท่านคงไม่คิดถึงสิ่งที่เราทำให้ทุกอย่างที่ผ่านมา มันไม่มีความหมายอะไรเลยหรือ มันทำให้เราแย่นะ มันไร้ค่า ไร้ตัวตนในสายตาของเขาขนาดนั้นเลยใช่ไหม” (รายที่ 9, อายุ 30 ปี, 8 ธันวาคม 2564)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรก 45-60 นาที และการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป 30 นาที ร่วมกับการบันทึกเทป และการสังเกต แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกถอดเทปคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการของ Patton (1990) โดยกำหนดว่าสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้เกิดการอิ่มตัว (Saturation data) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นอีก รวมให้ข้อมูล 10 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านโดยรวมเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด หลังจากนั้นอ่านข้อความทั้งหมดอย่างละเอียด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบการให้ความหมายต่อคำพูดของบุคคลสำคัญในชีวิตที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย 3 ความหมาย คือ 1. ไล้ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ 2. การตอกย้ำซ้ำเติม และการถูกเปรียบเทียบ 3. ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระ

อภิปรายผล

การให้ความหมายต่อคำพูดที่อยู่ในการสื่อสารในครอบครัวดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเครียด น้อยใจ โกรธ และผิดหวัง เมื่อคำพูดเกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ ความหมายที่ให้ต่อคำพูดเหล่านั้นจากยืนยันว่าจริงและฝังอยู่ในความรู้สึก ทำให้ความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้น โดยสาเหตุหลักที่ทำให้มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากความขัดแย้งในครอบครัว การทะเลาะกันในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ของปองพล วรปาณี, เสาวนันทน์ บำเรอราช และสุพัตรา สุขาวท (2556) พบว่า การขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว มีความขัดแย้งในครอบครัว และมีเหตุการณ์ด้านลบในครอบครัว การทะเลาะกันในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และงานวิจัยของสุธิดา พลพิพัฒน์ พงศ์ (2560) ที่พบว่าสาเหตุความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด รวมไปถึงการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่เข้าใจกัน การใช้คำพูดที่รุนแรง การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีต่อกัน ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นกัน โดยการให้ความหมายต่อคำพูดของบุคคลสำคัญในชีวิตที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย 3 ลักษณะ คือ 1) ไล้ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ 2) การตอกย้ำซ้ำเติม และการถูกเปรียบเทียบ 3) ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระ ตามลำดับดังนี้

1. การให้ความหมายต่อคำพูด : ไล้ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ

การสื่อสารของคนในครอบครัวแบบไล้ให้ไปตาย ไม่เป็นที่ต้องการ กระตุ้นให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ศึกษาเรื่องสภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เมื่อทะเลาะกันรุนแรงจะมีการทำร้ายหรือไล้อีกฝ่ายให้ไปตายเสีย ลักษณะการฆ่าตัวตายจะเป็นแบบ "ชั่ววูบ" พบหลายคนที่เมื่อทะเลาะกันแล้ว มีการทำร้ายกันหรือไล้ให้ไปตายเสียจากอีกฝ่ายหนึ่ง ผู้ที่ทำหรือไล้ให้ไปตายจะเป็นผู้ที่อาวุโสกว่า มีบทบาทเหนือกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย เช่น เป็นพ่อแม่ พี่ชาย หรือสามี การพูดเช่นนี้เปรียบเสมือนเป็นการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ ไม่ต้องการจะเห็นพวกเขาอีก บ่งถึงความโกรธ เห็นว่าพวกเขาไม่มีคุณค่า มีแต่ก่อปัญหาก่อความเดือดร้อน จึงไม่ต้องการให้อยู่ด้วยอีก แต่แทนที่จะใช้ถ้อยคำอื่น กลับนิยมพูดกันเช่นนี้ ซึ่งมักไปกระตุ้นให้ผู้ที่ถูกฆ่าตัวตายทำตาม โดยอาจเป็นเพราะรู้สึกน้อยใจ หรือโกรธแต่ทำอะไรไม่ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นในลักษณะของความหุนหันพลันแล่น เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกดดันทางจิตใจที่รุนแรง ซึ่งในมุมมองของญาติที่เคยพูดขี้ปัสสาวะผู้ที่ถูกฆ่าตัวตาย ก็ได้ตระหนักรู้ถึงคำพูดที่ทำให้คนในครอบครัวฆ่าตัวตาย โดยการพูดที่อาจส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น เช่น “ถ้าย้อนเวลากลับไปได้จะไม่ด่าเขา จะไม่ไล้ให้เขาไปตาย” “โกรธตัวเองมากและจะไม่ให้อภัยตัวเองเลย รู้เลยว่าลูกกำลังเสียใจแต่ก็ยังทิ้งลูกให้อยู่คนเดียว ไม่น่าจะไปตลาดตอนนั้นเลย” (เฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2563)

2. การให้ความหมายต่อคำพูด : การตอกย้ำซ้ำเติม และการเปรียบเทียบ

การสื่อสารของคนในครอบครัวแบบประชดประชัน ดุด่า ตอกย้ำซ้ำเติมและดูถูก และโดนเปรียบเทียบ กระตุ้นให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย โดยเมื่อถูกดุด่า หรือตำหนิ มักจะน้อยใจและส่งผลให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายได้ (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2564) การศึกษาของ วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุปินนะ, จุฑามาส สุขอิม และศุภชัย นาทองไชย (2562) ศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของนักศึกษากับการปรับตัวของครอบครัว มหาวิทยาลัยและรัฐ:การศึกษาโดยใช้ข่าวในหนังสือพิมพ์เป็นฐาน พบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายของนักศึกษาส่วนใหญ่มาจากปัญหาความรัก เช่นอกหัก ทะเลาะ ประชดคนรัก และน้อยใจคนรัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปองพล วรปานิ, เสาวนันท บำเรอราช และสุพัตรา สุขาวห (2556) พบว่าน้อยใจคนใกล้ชิดที่ดุด่า และทะเลาะกับคนใกล้ชิด และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงศธร เหลือหลาย และยุทธนา แยกคาย (2563) พบว่า เมื่อมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิดในครอบครัว และความน้อยใจจากการถูกตำหนิ หรือถูกด่าเป็นสาเหตุทำให้ตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชดคนในครอบครัวหรือประชดชีวิตตัวเอง

3. การให้ความหมายต่อคำพูด : ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระกับผู้อื่น

ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ความหมายว่าถูกมองว่าเป็นภาระ มองไม่เห็นคุณค่า โดยภาวะซึมเศร้าเชื่อมโยงบุคคลสู่การมองตนเองสิ่งแวดล้อมและอนาคตในแง่ลบ รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ไม่รักตนเอง พบทางตัน มองไม่เห็นหนทางที่จะมีชีวิตต่อ เกิดความคิดทำร้ายตนเองจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด (แพรววนภา บุญประถัมภ์, ภัทรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นภาระแก่สังคมหรือผู้อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย มักเกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ด้านลบ เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว การว่างงาน และการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น นำไปสู่ความขัดแย้งภายในใจ (ศิวาพร มหาทำนุโชค, 2565) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริภัทรา จุฑามณี, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และเพชรไพลิน พิบูลนิธิเกษม (2562) ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามพบว่า ความรู้สึกไร้ค่า จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายการรับรู้ว่าเป็นภาระแก่สังคมหรือผู้อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย มักเกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ด้านลบ เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว การว่างงาน และการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น ดังนั้นส่วนหนึ่งของสังคม และ/หรือการรับรู้ที่ตนเองเป็นภาระแก่สังคมหรือผู้อื่นจึงเป็นเหตุทำให้บุคคลต้องการที่จะฆ่าตัวตาย (ศิวาพร มหาทำนุโชค, 2565) และสอดคล้องกับกระบวนการคิดที่บิดเบือน 3 ประการ โดยภาวะซึมเศร้ามักมีการคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองในทางลบตลอดเวลา ซึ่งความคิดลบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง และคิดว่า ตนเองไม่ควรที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ลักษณะความคิดนี้มีผลต่อการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม เกิดขึ้นเป็นวงจรเวียนซ้ำตลอดเวลา (ลัดดา อินไหม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นวรัตน์ เมามีจันทร์ และช่อฮาย เต็งมาษา, 2565)

โดยสิ่งที่กระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายอีกตัวกระตุ้นหนึ่ง คือ ปฏิกริยาแสดงออกกร่วมด้วย เช่น น้ำเสียง สีหน้า แววตา ส่งผลกระตุ้นให้เกิดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักมีอาการอ่อนไหวง่าย อ่อนไหวกับสิ่งแวดล้อม จึงทำให้เมื่อมีการแสดงออกของผู้พูด ที่แสดงออกตามสีหน้า แววตา น้ำเสียง จึงทำให้ตกใจง่าย และอ่อนไหวทางอารมณ์ บางรายมีผลในใจจากเรื่องที่ฝังใจมานาน เมื่อมีสีหน้าท่าทาง แววตา แสดงออกมาแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตีความในแง่ลบ (รวีพรรณิ พูลลาภ, 2560)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัว ผู้ดูแล สามารถนำไปปรับใช้ เพื่อหลีกเลี่ยง คำพูดที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และลดความเสี่ยงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามุมมองของสมาชิกครอบครัวต่อคำพูดที่สื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นการศึกษาทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ควรมีการวิจัย และพัฒนาชุดความรู้ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว เพื่อช่วย สมาชิกในครอบครัวให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บรรณานุกรม



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร).

สืบค้น 26 ธันวาคม 2563, จาก https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย คิดตามสถานที่ตาย.

สืบค้น 27 ธันวาคม 2565, จาก

https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=1

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปีงบประมาณ 2563. สืบค้น 12 มิถุนายน 2563, จาก

https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-09-20_mix_HDC.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF

DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.

จรุงภรณ์ กลางบุรีรัมย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการสอนวิชาภาษาไทยเพื่อการสื่อสารในยุค New

Normal พุทธ บูรณาการสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหามกุฏราช

วิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด.วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราช

วิทยาลัย, 13(1), 59-70.

จรรุวรรณ ก้านศรี, บุษบา ทาธง, นภัสสร ยอดทองดี และรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์. (2562). บทบาท

พยาบาลกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด. วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 25(1), 142-157.

จิตาภา คงเจริญ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความฉลาดทาง

อารมณ์ของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและ

วัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิต

เวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2563). トラバパของสมาชิกครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับการประยุกต์ใช้

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 34(2), 18-32.

โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2559). อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความ

รุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคม

จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(4), 293-306.

ณพนธ์ ถมกระจำง และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ

บุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารการแพทย์และ

สาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 31(1), 37-45.

- ณัฐพงษ์ ตั้งจิตบุญสง่า และชวรินทร์ ชาญศิลป์. (2563). ทักษะคิดต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าใน
ประชากรไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 65(1)**, 75-88.
- ตฤฎิลา จำปาวัลย์. (2560). แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. **วารสารพุทธจิตวิทยา,**
2(2), 1-11.
- ต้นสาย แก้วสว่าง. (2563). องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับนักจิตวิทยา. **วารสาร
จิตวิทยาคลินิก, 51(1)**, 49-65.
- ทัศนีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ และวิชชุดา มัคสิงห์. (2563). การสื่อสารในครอบครัวกับการ
แก้ปัญหาทางเพศวัยรุ่นมุสลิม. **วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 7(8)**, 1-14.
- ธนัท ต้นติววงศ์โกสิย. (2561). **การจัดการโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยรัฐ**
(รายงานการศึกษาเฉพาะบุคคล). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ธัญชนก บุญรัตน์. (2559). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
หาดใหญ่. **สำนักงานวารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 30(1)**, 101-109.
- นภดล สำอางค์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัด
จันทบุรี. **วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม, 4(8)**, 266-276.
- นภัสชญา โปประยูร, พัชรารัตน์ เกษะประกร และมัลลิกา ผลอนันต์. (2557). การสื่อสารภายใน
ครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสาร
พฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 6(1)**, 236-250.
- นริสรา พิงไธสสภ และธรรมาศกร จันประเสริฐ. (2560). การสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งในชีวิตคู่ของคู่
สมรส เชน เนอเรนชัว ในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา,**
9(2). 203-219.
- นริสรา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยภิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญใน
ผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3)**, 24-31.
- นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. **วารสาร
อิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ),**
8(2), 737-747.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. **วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,**
19(38), 105-118.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด และปัทมา ทวีเศษ. (2562). การศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของ
โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. **วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,**
16(3), 23-30.

- ประไพพัทธ์ เนียมรัตน์. (2560). **โลกซึมเศร้า**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปรารณา คำมีสินนท์, พรดุสิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า และสุนันทา คำชมพู. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 7. **วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย**, 1(1), 25-40.
- ปองพล วรปาณี, เสาวนันทน์ บำเรอราช และสุพัตรา สุขาวท. (2556). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในอำเภอทองไทร จันทบุรี. **วารสารการพัฒนารวม มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 1(1), 69-78.
- ไพบรุษย์ สันตะพันธ์, ศิริพร บุสหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. **วารสารเกื้อการุณย์**, 26(1), 187-199.
- พงศธร เหลือหลาย และยุทธนา แยกคาย. (2563). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. **วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก**, 7(3), 1-17.
- พฤษ สวรรณรัตน์. (2560). **ประสบการณ์ทางอารมณ์ของคนซึมเศร้า กับกระบวนการกลายเป็น “ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า”** (รายงานการศึกษาเฉพาะบุคคล). มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท และสาวิตรี อัจฉรงค์กรชัย. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 25(1), 1-19.
- พีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ, สุขอรุณ วงษ์ทิม และนิธิพัฒน์ เมฆขจร. (2562). **ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** (การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แพรวณา บุญประถัมภ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 31(2), 43-58.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย**, 14(2), 51-58.
- ภัทรภรณ์ ปัตตายะโส. (2561). รายงานผลการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพ: การคัดกรองการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2564, จาก http://203.131.209.219/km/admin/new/180919_095802.pdf
- ภานุมาศ จิตสงบ. (2560). **ประสบการณ์ฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก**. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภูมรินทร์ อินชวณี, ชนายนันท์ แสงปาก และสุภาพ เหมือนชู. (2560). การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึ่มเศร้า. **วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ (ISSN: 2651-1908 Journal Online.)**, 18(2), 14-27.
- มณฑิรา สะแกทอง, อิศรพงษ์ ไกรสินธุ์, วิรัตน์ ภูทองเงิน และอรชร เรือนคำ. (2561). ความห่างเหินในยุค4G. **วารสารธาตุพนมปริทรรศน์**, 2(1), 1-13.
- มาติกา รัตน์ช. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 46(1), 37-48.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลีณี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลกะ, ศศิวิมล บุรณะเรข และไชนภา แก้วจันทร์. (2561). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึ่มเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ**, 34(3), 100-106.
- รวีพรดี พูลลาภ. (2560). ภาวะซึ่มเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำ และชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**, 6(2), 72-85.
- รวีพรดี พูลลาภ. (2560). ภาวะซึ่มเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**, 6(2), 72-85.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปี 2564**. สืบค้นวันที่ 14 ธันวาคม 2565, จาก http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/1480419
- ลัดดา อินไทม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นวรัตน์ เมามีจันทร์ และชอฮาฮ เต็งมาฮา. (2565). ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และภาวะซึ่มเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาโรงเรียนรัชฎา จังหวัดตรัง. **วารสารเทคโนโลยีภาคใต้**, 15(2), 48-59.

- วรสิทธิ์ เจริญศิลป์, วาสนา สุปินนะ, จุฑามาส สุขอ้อม และศุภชัย นาทองไชย. (2562). การฆ่าตัวตายของนักศึกษากับการปรับตัวของครอบครัว มหาวิทยาลัยของรัฐ: การศึกษาโดยใช้ข่าวในหนังสือพิมพ์เป็นฐาน. **วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**, 11(21), 135-147.
- วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 28(3), 90-103.
- วัลลภา ทรงพระคุณ และเนตรดาว ธงชีว. (2562). บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. **วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สาขาภาคเหนือ**, 25(1), 63-70.
- วิจิตร แผ่นทอง, วรัญญูภรณ์ ชาลีรักษ์ และพูลพงศ์ สุขสว่าง. (2562). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า: MIMIC Model. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 12(2), 52-67.
- วิหมา ธรรมเจริญ, นิตศนีย์ เจริญงาม และนิตยา ทองหนู้อย. (2562). ปัจจัยทำนายนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**, 21(2), 48-64.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สุกุลพรรณ และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้าพฤติกรรมการดื่มสุรา และ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. **วารสารพยาบาล**, 45(4), 144-158.
- วิมลรัตน์ ชัยปรากฏ, รพีพรรณ กาญจนการุณ, วราภรณ์ พงษ์แก้ว และมาโนช หล่อตระกูล. (2561). ลักษณะผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559. **เชียงใหม่เวชสาร**, 58(1), 57-67.
- วีระ ดุลย์ชูประภา, ชมกฤษ วิระวัจนชัย และทวนธน บุญลือ. (2559). ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในด้านการ ขาดงาน และการด้อยความสามารถในผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder. **วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์**, 11(2), 1-12.
- วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี. **โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร**, 29(1), 1-16.
- ศรีพรหม กาสกุล. (2558). แบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศิริภัททรา จุฑามณี, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และเพชรไพลิน พิบูลนิธิเกษม. (2562). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**, 16(2), 141-148.
- ศิวาพร มหาทำนุโชค. (2562). **รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดลำพูน**. (สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิวาพร มหาทำนุโชค. (2565). ทฤษฎีและรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย: จากความคิดสู่การลงมือฆ่าตัวตายและการประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 52(1), 88-98.
- สุภัตตรา สุขาวท และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 62(4), 359-378.
- สุตริภักดิ์ พิระกันทา และณัฏฐภัณท์สัมพันธ์ ศรีวิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า. **เชียงใหม่เวชสาร**, 59(2), 99-113.
- สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์. (2560). ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 26(1), 40-49.
- สุภัตตรา สุขาวท, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, กุณธ์ชลิ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ, และพลับพลึง หาสุข. (2563). ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 65(1), 15-24.
- อนงค์ อรุณรุ่ง. (2564). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. **วารสารสาธารณสุข และสุขภาพศึกษา**, 1(2), 35-46.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 58(1), 3-16.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่**. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อัญชลี ผ่องอำพัน และสหภาพ กลีบลำเจียก. (2562). การออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเตือนภัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (การประชุมวิชาการสำหรับนักศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2). คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 65(2), 167-178.

Alawam, K. (2014). Application of proteomics in diagnosis of ADHD, schizophrenia, major depression, and suicidal behavior. *Advances in protein chemistry and structural biology*, 95, 283-315.

Arango, A., Opperman, K. J., Gipson, P. Y., & King, C. A. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness. *Journal of Adolescence*, 51, 19-29.

Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*: Guilford press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.

Beck, J. S., & Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.

Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and Suicidal. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 193.

Castle, K., & Kreipe, R. (2007). Suicidal Behavior. In L. C. Garfunkel, J. M. Kaczorowski, & C. Christy (Eds.), *Pediatric Clinical Advisor (Second Edition)* (pp. 544-545). Philadelphia: Mosby.

Chaffee, S. H., McLeod, J. M., & Wackman, D. B. (1973). Family communication patterns and adolescent political participation. *Socialization to politics: A reader*, 349-364.

Clark, S., & Goldney, R. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In: John Wiley and Sons.

Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130.

- Curra, J. (1994). *Understanding social deviance: From the near side to the outer limits*: Harpercollins College Division.
- Diekstra, R., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 46(1), 52-68.
- Dohrenwend, B. P. (1959). Egoism, altruism, anomie, and fatalism: A conceptual analysis of Durkheim's types. *American sociological review*, 466-473.
- Durkheim, E., & Suicide, A. (1952). *A study in sociology*: Routledge & K. Paul London.
- Eswara, H. (1974). *Family communication patterns and attitude change: An interpersonal approach to the study of social influence*: Mysore: Prasāraṅga, University of Mysore.
- Joyce, M. (1996). *Of two minds: Hypertext pedagogy and poetics*: University of Michigan Press.
- Kantor, D., & Lehr, W. (1976). *Inside the family*: HarperCollins Publishers.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*: sage.
- Maltsberger, J. T., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., Weinberg, I., & Schechter, M. (2018). Traumatic Subjective Experiences Invite Suicide. In *Phenomenology of Suicide* (pp. 147-165): Springer.
- Meissner, W. (1977). Psychoanalytic notes on suicide. *International journal of psychoanalytic psychotherapy*, 6, 415-447.
- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S.-M., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2017). National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA psychiatry*, 74(11), 1095-1103.
- Ro, J., Park, J., Lee, J., & Jung, H. (2015). Factors that affect suicidal attempt risk among Korean elderly adults: a path analysis. *Journal of preventive medicine and public health*, 48(1), 28.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama*, 289(23), 3135-3144.

- 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.
- World Health Organization. (2010). **ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed.** World Health Organization. Retrieved June 12, 2021, from https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- World Health Organization. (2017). **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** Retrieved January 04, 2023 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. (2019). **ICD-10 Version:2019.** Retrieved August 06, 2021 from <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F32.3>
- World Health Organization. (2019). **Suicide worldwide in 2019.** Retrieved September 27, 2022 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization. (2020). **Depression.** Retrieved November 02, 2022 from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2021). **Suicide prevention.** Retrieved November 01, 2022 from https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2
- World population review. (2021). **Suicide Rate by Country 2021.** Retrieved April 11, 2021 from <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/suicide-rate-by-country>
- Wu, T. L., Hall, B. J., Canham, S. L., & Lam, A. I. F. (2016). The association between social capital and depression among Chinese older adults living in public housing. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(10), 764-769.
- Zhang, X., Dai, X., Wang, L., Miao, Y., Xu, P., Liang, P., . . . Lyu, Q. (2018). Characterization of an atypical metalloproteinase inhibitors like protein (Sbp8-1) from scallop byssus. *Frontiers in physiology*, 9, 597.



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เรื่อง การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้
มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การให้ความหมายต่อคำพูด
ของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของนักศึกษาปริญญาโท
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดทำเพื่อรวบรวมการให้ความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีต่อคำพูดของ
สมาชิกครอบครัว โดยสามารถนำผลวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า มีความเข้าใจในการใช้คำพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่จะ
นำไปสู่การฆ่าตัวตาย จึงขอความร่วมมือจากท่านช่วยแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

1. รหัสผู้ให้ข้อมูล

.....

2. เพศ ชาย หญิง

3. อายุ

.....

4. ภูมิลำเนา/ที่อยู่

.....

5. เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

6. สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง กักกันอยู่

อื่น ๆ ระบุ

7. ระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี ไม่ได้เรียนหนังสือ

อื่น ๆ ระบุ.....

8. อาชีพ เกษตรกร รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

แม่บ้าน ว่างงาน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ ระบุ.....

9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000-10,000 บาท
 10,001-20,000 บาท 20,001-30,000 บาท
 มากกว่า 30,000 บาท

10. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> คนเดียว | <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> คู่สมรส |
| <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> หลาน | <input type="checkbox"/> พี่/น้อง |
| <input type="checkbox"/> ปู่/ย่า/ตา/ยาย | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ | |

11. คุณสนิทกับใครมากที่สุดในครอบครัวของคุณ.....

12. สาเหตุการฆ่าตัวตาย (รายละเอียดแต่ละครั้ง)

13. จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย.....

14. สถานที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย (รายละเอียดแต่ละครั้ง)

15. วิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย (รายละเอียดแต่ละครั้ง)

16. ช่วงเวลาที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย (รายละเอียดแต่ละครั้ง)

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการสัมภาษณ์นี้ สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยเรื่อง การให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกครอบครัวที่ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งแนวคำถามจะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์ในแต่ละสถานการณ์ และจะมีการพัฒนาคำถามให้มีความลึกซึ้งและเฉพาะเจาะจงกับประเด็นของการให้ความหมายต่อคำพูดของสมาชิกในครอบครัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับแนวคำถามมีรายละเอียดดังนี้

1. คำพูดของใครในครอบครัวที่มีความหมายต่อความคิดฆ่าตัวตาย
.....
2. (จากข้อ 1) เพราะเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น
.....
3. คุณคิดว่าคำพูดในวันนั้นต้องการให้คุณทำอะไร
.....
4. นอกจากคำพูดแล้ว คุณคิดว่าพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาแบบใด ที่ทำให้คุณมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย
.....
5. ช่วยอธิบายความหมายในคำพูดเหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร
.....
6. คุณรู้สึกอย่างไรต่อคำพูดนั้น
.....
7. ความรู้สึกเหล่านั้นทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างไร
.....
8. คำพูดเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีเหตุการณ์อะไรบ้าง (เหตุการณ์นั้นบ่อยแค่ไหน)
.....
9. คุณต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อคุณอย่างไร เพื่อลดความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย
.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางชนิษฐา คำภาพงษ์
วันเกิด	19 มีนาคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 232 หมู่ที่ 14 ตำบลหลักเมือง อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ที่อยู่ 169 ถนนชาติตระดม ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สมทบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (พย.บ.) พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (พย.ม.)

พูน ปณ ติโต ชีเว