

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

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

วรินทร์มาศ เกษทองมา (Warinmad Kedthongma)^{1*} ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ (Dr.Darunee Rujkorakarn)**

ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต (Dr.Choochart Wong-Anuchit)***

(Received: February 4, 2022; Revised: March 15, 2022; Accepted: March 18, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 146 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการเผชิญปัญหา และแบบประเมินอาการซึมเศร้า โดยเครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98, 0.83, 0.77, และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.7%) และไม่มีโรคประจำตัว (43.2%) โดยสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายเกิดจากความเครียดและวิตกกังวล (82.2%) จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.0 ครั้ง โดยประสบการณ์ชีวิตเชิงลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.368$; $r_s = -0.324$ and $r_s = 0.266$ ตามลำดับ, $p \leq .01$) การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.071$) ขณะที่ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ($r_s = -0.768$, $p \leq .01$) รวมทั้งพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการเผชิญปัญหาและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.242$, $p \leq .01$) แม้ว่าผลการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้จะไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ แต่ก็สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกที่อาจลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มกลยุทธ์ในการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาของบุคคลได้

ABSTRACT

Using a correlational research design, this study explored the relationships between life experiences, sense of coherence, coping strategies, and depressive severity in 146 people who survived a suicide attempt. Data were collected using the Negative Event Scale, Sense of Coherence Questionnaire, Coping Strategies Questionnaire, and Depression Rating Scale. Cronbach's alphas for internal reliability were 0.98, 0.83, 0.77, and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlations. The results revealed that the average age of the suicide attempt survivors was 36.5 years. The majority were females (63.7%); less than half had no medical conditions (43.2%). The causes of attempted suicide were stress and anxiety (82.2%). On average, the survivors had attempted suicide twice. The correlations between negative life experiences and the scores of a sense of coherence, coping strategies, and depressive severity were $r_s = -0.368$, -0.324 , and 0.266 , respectively ($p \leq .01$). The correlation between coping strategies and sense of coherence was not statistically significant ($r_s = 0.071$), whereas a sense of coherence was negatively related to depressive severity ($r_s = -0.768$, $p \leq .01$). Moreover, the total score of coping strategies was negatively related to depressive severity ($r_s = -0.242$, $p \leq .01$). Although causation cannot be determined with correlation, strengthening a person's sense of coherence might decrease a person's severity of depression and improve coping strategies.

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในการมองโลก ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย

Keywords: Sense of coherence, Depressive severity, Suicide attempt

¹Corresponding author: dj.wawa.menu4569@gmail.com

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรโลกกว่า 800,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี โดยในปีคริสต์ศักราช 2019 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 10.9 คนต่อแสนประชากร ซึ่งประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ ลิทัวเนีย คิดเป็น 31.9 คนต่อแสนประชากร [1-2] สำหรับในภูมิภาคอาเซียน ประเทศไทยนับว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราเฉลี่ย 7.4 คนต่อแสนประชากร โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในช่วง 6 เดือนแรกของปี 2563 เพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 22.0 และค่อยๆ ไต่ระดับขึ้นเรื่อยๆ จาก 2-3 ปีก่อนหน้านี้ [3-4] จากสถิติ พบว่า ในทุก 2 ชั่วโมงจะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และร้อยละ 10 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมักจะจบชีวิตตนเองได้เป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา [5]

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ที่รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายนับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเริ่มต้นกลยุทธ์ เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่ง ทฤษฎีความผาสุก (Salutogenic theory) ของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky) ถือว่าเป็นแบบจำลองทางจิตวิทยาที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยทฤษฎีความผาสุกนี้มีมีโนทัศน์หลักคือ ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence) ซึ่งเชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิต ก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ภาวะสุขภาพหรือความผาสุก การทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีความสำคัญต่อการนำไปประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ เพื่อวางแผนการป้องกันและให้การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไปได้ [6] ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความพยายามฆ่าตัวตายประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของผู้ฆ่าตัวตาย ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต (life experiences) และความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping strategies) โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวกลางเชื่อมโยงอันก่อให้เกิดผลลัพธ์คือภาวะสุขภาพหรือความผาสุก ซึ่งในสถานการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายนั้น นับว่าเป็นสิ่งที่คุกคามการมีความผาสุกโดยอาจจะสะท้อนให้เห็นได้จากระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (depressive severity) [7-8]

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเอาชนะอุปสรรคและจัดการกับความเครียด โดยการมองว่าเหตุการณ์นั้น ๆ สามารถทำความเข้าใจ (comprehensibility) จัดการ (manageability) และบอกได้ถึงความหมาย (meaningfulness) ของสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี [9] สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นวิธีการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยหวังผลให้เกิดความผาสุก [8] นับว่าเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น [10] ในทางตรงข้าม หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค ก็จะกลายเป็นความเครียด โดยที่สิ่งกระตุ้นความเครียดจะมาจากทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งเป็นลักษณะปกติของการมีชีวิตทั่วไป บุคคลจะพยายามตอบสนองจนเกิดภาวะความตึงเครียดและมีผลให้เกิดความเครียดตามมา โดยมีความมากมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หากระดับของสิ่งกระตุ้นความเครียดเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ง่าย [11-12] สำหรับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเศร้าของบุคคล ที่อาจมีเพียงเล็กน้อย มีตลอดเวลาหรือเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมา [13] นับเป็นอาการทางจิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีความสุข หรือมีอาการซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว นำไปสู่การทำร้ายตัวเอง [14-15]

ทฤษฎีความผาสุก ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในบริบทต่าง ๆ ทั้งในระดับครอบครัวจนถึงองค์กร และสังคมในหลากหลายประเทศ อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้ในการวิจัยกับกลุ่มคนที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตยังมีอยู่จำกัด [16] ในบริบทที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจปัจจัยที่นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตาย

จะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไปสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของบุคคลใกล้ชิดและผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงได้ โดยการพัฒนากลยุทธ์ที่เสริมสร้างสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจากแนวคิดของทฤษฎีความผาสุกที่เน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ [17] เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โรคในปัจจุบัน โดยเฉพาะการเผชิญปัญหาโรคอุบัติใหม่ คือ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ภาวะสุขภาพของบุคคล รวมไปถึงสถานการณ์เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในสภาวะวิกฤติอันมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงได้นำทฤษฎีความผาสุกมาใช้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนเชิงวิชาการ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้วางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อลดระดับอาการซึมเศร้า อันเป็นเป้าหมายทำให้บุคคลรู้สึกมีความสุขเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นงานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน ปีพุทธศักราช 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม โดยการกำหนดจำนวนประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มาจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม ประชากรของการวิจัยในครั้งนี้มีอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยผู้วิจัยนำข้อมูลประชากรในระหว่างเดือน ตุลาคม ปีพุทธศักราช 2562 ถึง เดือนกันยายน ปีพุทธศักราช 2563 จำนวน 209 คน มาใช้ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม โดยการคำนวณจากกลุ่มประชากรที่ได้จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอทุกอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่มีอาการทางจิตคัดกรองด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) โดยบุคลากรของโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจ และ 3) เป็นผู้ที่ยินยอมตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยความสมัครใจ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน Krejcie and Morgan (1970) [18] ได้ขนาดตัวอย่าง คือ 136 คน ในการวิจัยนี้ได้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 คนเพื่อป้องกันในกรณีที่มีข้อมูลมีการสูญหายหรือไม่ครบถ้วน โดยสรุปแล้วจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยรวมเป็น 146 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน งานอดิเรก โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยร่วมกันในบ้าน การยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งที่ฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย และสาเหตุของการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามตามตัวแปร ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ (Negative Event Scale [NES]) ฉบับภาษาไทยของ พัทธพงศ์ บัญญัติ [19] ที่แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษ ของ เมย์เบอรี่ (Maybery) [20] ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.8-0.9 ครอบคลุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ ด้านปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดาหรือผู้ดูแล (จำนวน 4 ข้อ) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว คนรัก บุตร (จำนวน 5 ข้อ) ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนฝูง (จำนวน 4 ข้อ) ปัญหาการเงิน (จำนวน 4 ข้อ) และ ปัญหาสุขภาพ (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ โดยเริ่มจาก 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นแต่ไม่มีความยุ่งยากใจ ไปจนถึง ระดับ 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด การแปลผล คือ คะแนนของเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจมาก หมายถึง ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบมีระดับสูง

2) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence Questionnaire [SOC]) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย แอนโทนีฟสกี [21] ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามฉบับสั้นจำนวน 13 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อรรธรณ นามมนตรี และคณะ [22] มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.7-0.8 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จำนวน 5 ข้อ) การจัดการกับปัญหาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จำนวน 4 ข้อ) และการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดโดยการจำแนกตามความหมายของค่า 7 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ ระดับ 1-7 แบบคะแนนรวม 13-91 คะแนน โดยที่คะแนนรวมมาก หมายถึง การมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

3) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา (Coping Strategies Questionnaire [CSQ]) เป็นแบบประเมินการเผชิญความเครียด (ฉบับภาษาไทย) ของ สมจิต หนูเจริญกุล [23] ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษตามแนวคิดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman) [24] มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.7-0.8 แบบสอบถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ด้านที่ 1 คือ การมุ่งแก้ไขปัญหา จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น การแสวงหาข้อมูล (3 ข้อ) การกระทำโดยตรง (3 ข้อ) การแสวงหาความช่วยเหลือ (2 ข้อ) และ การหยุดยั้งการกระทำ (2 ข้อ) ส่วนองค์ประกอบด้านที่ 2 คือ การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ ระดับ 1 คือ ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย ไปจนถึง ระดับ 4 คือ ใช้วิธีการนี้บ่อยที่สุด แบบประเมินทั้งฉบับมีคะแนนรวม 20-80 คะแนน โดยที่คะแนนสูง หมายถึง การมีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียด

4) แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Depression Rating Scale) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยกลาง (The 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect) เป็นเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า ที่สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคได้ โดยที่เครื่องมือต้นฉบับได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในทางคลินิก คือ guideline depression for clinical care ของ University of Michigan [25] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.8-0.9 แบบประเมินฉบับนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่องโดยลำดับ [26] ซึ่งในฉบับปรับปรุงนี้ ในแต่ละข้อของแบบสอบถามมีการปรับตัวเลือกออกเป็น 2 ส่วน คือ “ไม่มีเลย” กับ “มี” โดยถ้าตอบว่า “มี” ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบอีก 2 ส่วน คือ ส่วนของ

ความรุนแรง โดยแบ่งระดับออกเป็น ความรุนแรงระดับน้อย ระดับปานกลาง และ ระดับมาก และ ส่วนของความถี่ โดยแบ่งออกเป็น นาน ๆ ครั้ง (1-6 วัน) บ่อย (7-10 วัน) และ เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน) ในการแปลผล จะมีการคิดคะแนนรวมจากการนำระดับของความรุนแรงคูณด้วยความถี่แล้วแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนน น้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก ค่าคะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย ค่าคะแนน 13-17 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 18 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่า แบบสอบถามประสพการณ์ชีวิตเชิงลบ เท่ากับ 0.98 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด เท่ากับ 0.77 และ แบบประเมินอาการซึมเศร้า เท่ากับ 0.84 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ [27-28]

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายประชุมผู้ช่วยนักวิจัย คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน ในพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 อำเภอ และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๆ ละ 1 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้สมัครใจเป็นผู้ช่วยนักวิจัยรวม 22 คน เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัยและกำหนดบทบาทผู้ช่วยนักวิจัยในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจนครบตามเป้าหมาย ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยระมัดระวังการได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดทั้งด้านผู้ให้ข้อมูล ลักษณะตัวแปร ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแบบพารามेटริก (Parametric statistic)

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามหนังสือรับรองเลขที่ 217-208/2564 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 อายุเฉลี่ย 36.5 ปี (S.D. = 10.0) สถานภาพสมรสร้อยละ 41.0 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 31.5 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,233.6 บาท ไม่มีงานอดิเรกร้อยละ 46.6 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 43.2 อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 53.4 กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตายร้อยละ 98.6 จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.0 ครั้ง วิธีการฆ่าตัวตายโดยการกินยา ยาฆ่าแมลง สารเคมี ร้อยละ 87.7 ซึ่งสาเหตุของการฆ่าตัวตายเกิดจากความเครียดและวิตกกังวลร้อยละ 82.2 (ตารางที่ 1)

2. ประสพการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ประสพการณ์ชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมประสพการณ์ชีวิตเชิงลบเฉลี่ยเท่ากับ 37.6 (S.D.=16.8) แต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบใกล้เคียงกันระหว่าง 6.0-9.9 (S.D.=4.0-5.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ

ปัญหาด้านการเงิน เท่ากับ 9.9 (S.D.=5.5) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือปัญหากับบิดา มารดา หรือผู้ดูแล และปัญหากับญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง เท่ากัน คือ 6.0 (S.D.=4.0 และ 4.9 ตามลำดับ)

ความเข้มแข็งในการมองโลก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความเข้มแข็งในการมองโลกโดยเฉลี่ย เท่ากับ 54.2 (S.D.=9.9) ทั้งสามด้านมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยด้านความสามารถในการเข้าใจ เท่ากับ 20.1 (S.D.=4.2) ด้านความสามารถในการจัดการ เท่ากับ 17.0 (S.D.=3.6) และ ด้านความสามารถในการให้ความหมาย เท่ากับ 17.1 (S.D.=3.7)

การเผชิญปัญหา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมการเผชิญปัญหาเฉลี่ยเท่ากับ 50.5 (S.D.=11.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของด้านมุ่งแก้ไขปัญหาคือ การกระทำโดยตรง เท่ากับ 7.9 (S.D.=2.5) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การแสวงหาความช่วยเหลือ เท่ากับ 4.6 (S.D.=1.4) โดยที่คะแนนเฉลี่ยแบบมุ่งแก้ปัญหาก็ใกล้เคียงกับการจัดการกับอารมณ์

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 81 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.1 (S.D.=12.5) เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 80.8 (ตารางที่ 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = 0.266, -0.768$, และ -0.242 ตามลำดับ) ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = -0.368$) สำหรับการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.071$) นอกจากนี้ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r_s = -0.324$) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ของการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของทฤษฎีความผาสุก ดังภาพ (ภาพที่ 1)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องจากประชากรในพื้นที่มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน อาจมีภาระรับผิดชอบมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีชีวิตคู่ ส่งผลต่อการเกิดความเครียดและทำร้ายตัวเองได้ง่าย มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการตัดสินใจและการเผชิญปัญหา มีอาชีพรับจ้างซึ่งสะท้อนถึงเศรษฐกิจโดยอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับการตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ มีโรคประจำตัวที่พบร่วมกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่ามีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งความทุกข์จากการเจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านอื่น ๆ รวมด้วย นอกจากนี้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีการฆ่าตัวตายโดยกินยา ยาฆ่าแมลง หรือสารเคมี ซึ่งข้อมูลดังที่สรุปมานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [5, 29-33] ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหากับการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดสรรมาศึกษากับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้านั้น ย่อมมีแนวโน้มต่อการพยายามฆ่าตัวตาย [8, 34] เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งสะสมมาหลายปีทำให้เกิดความยุ่งยากใจ จะส่งผลให้ระดับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบเพิ่มขึ้น และมีผลต่ออาการซึมเศร้าหรือความคิด

ฆ่าตัวตายในอนาคต [19] สอดคล้องกับการศึกษาของ พรารณา คำมีสินนท์ และคณะ [35] ที่พบว่าการมีปัญหาด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การชักประวัติถึงประสบการณ์ชีวิตเชิงลบในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร สายธนู อมรรัตน์ นระสนธิ์ และเกษราภรณ์ เคนบุปผา [36] และ คูวาสโตและฮิราโน (Kuwato & Hirano) [37] ขณะที่ โพลีวคา (Polewka) และคณะ [38] ได้ศึกษาแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต่ำกว่าคนที่มีสุขภาพจิตดีและลดต่ำมากในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้น ควรนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวางแผนเชิงนโยบาย ตลอดจนกำหนดมาตรการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่การป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย การดูแลระหว่างกระบวนการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ด้วยการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากขึ้น

ด้านการเผชิญปัญหาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีข้อสรุปตรงกันว่า การเผชิญปัญหาที่ดีแสดงถึงผลสำเร็จของการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งนับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต [39-41] ดังนั้น ควรนำข้อมูลงานไปสนับสนุนวางแผนการพยาบาลจิตเวช การให้บริการบริการสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าด้วยการชักประวัติ ประเมินและส่งเสริมการเผชิญปัญหา ด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพจิตดี

นอกจากนี้ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก สะท้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วทำให้เกิดความยุ่งยากใจ จนเกิดการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นในทางลบสะสมเพิ่มมากขึ้น แล้วส่งผลต่อความเข้มแข็งด้านจิตใจ โดยมีการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลนี้ ได้แก่ ฟราวเฟลเกอร์ (Frounfelker) และคณะ [42] ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตเชิงลบของผู้ลี้ภัย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีของคนกลุ่มนี้ มีผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจก่อให้เกิดการทำร้ายตัวเองได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป และเป็นซัน (Benson) [43] ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจกับการฆ่าตัวตายตามแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุข ควรมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต และความเข้มแข็งในการมองโลก ให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่นำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ง่าย

ด้านการเผชิญปัญหาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตหรือเผชิญปัญหาได้ดี ก็จะมี ความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ ทั้งนี้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ [2] สอดคล้องกับที่ซิลเวอร์ธอร์น (Silverthorn) [44] ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายกับผลกระทบต่อการเผชิญปัญหาและงานอาชีพ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา รวมทั้ง เคลนและวอกท์ (Klein & Vogt) [39] ได้ใช้ทฤษฎีความฉลาดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่า ถ้าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกกับคนอื่นในการเสริมสร้างความเข้าใจความสามารถในการจัดการและการให้ความหมายอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงบวก และก่อให้เกิดความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีด้วย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์กันทางลบกับการเผชิญปัญหานั้น อาจอธิบายได้โดยการที่การเผชิญปัญหานั้นมีความสำคัญมากในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากความสามารถในการเผชิญปัญหามี

จุดประสงค์เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ เพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดำรงความรู้สึกที่ดีของตนเอง รักษาความสมดุลทางอารมณ์ และเพิ่มความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น [10]

การวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดจากทฤษฎีความผาสุก ซึ่งมีโน้ตหลักคือ ความเข้มแข็งในการมองโลก มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยการเชื่อมโยงกับตัวแปรคัดสรรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา สิ่งกระตุ้นความเครียด และการไม่มีความสุขหรือภาวะการเจ็บป่วย ที่พิจารณาจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงถึงความชัดเจนในการสนับสนุนทฤษฎีนี้ โดยมีข้อสรุปคือประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญปัญหา ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุก ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นโน้ตหลักสำหรับการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของผู้รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้จะไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ แต่ก็สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกที่อาจลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มกลยุทธ์ในการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาของบุคคลได้ รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้มีอาการซึมเศร้าหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น หากพิจารณาทั้งมิติด้านตัวแปรตามทฤษฎีความผาสุก และด้านผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น รวมทั้ง การวิจัยหลายรูปแบบตามบริบทหรือสถานการณ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนม ที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่ยินดีให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. O'Connor RC, Pirkis J. The International Handbook of Suicide Prevention (2nd ed.). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
2. World Health Organization. Suicide in the world. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. British Broadcasting Corporation News. Suicide: the number of Thais taking their own lives climbed during the COVID-19 outbreak. Retrieved Mar 1, 2022, from <https://www.bbc.com/thai/thailand-57721370#-text>; 2021.
4. Kedthongma W, Phakdeekul W. Effects on Mental Health and Subjective Well-being of Thai Marriages with Foreigners During COVID-19 Pandemic. Journal of Positive Psychology and Wellbeing. 2022; 6(1): 863-70.



5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thailand suicide report. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020. Thai.
6. Sukhawaha S, Arunpongpaissal S. Risk Factor and Suicide Theory Associated with Suicide in Adolescents: A Narrative Reviews. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2560; 62(4): 359-378. Thai.
7. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *J Health promotion international*. 1996; 11(1): 11-18.
8. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The handbook of salutogenesis. London: Springer Nature; 2017.
9. Gururatana O. The significance of sense of coherence to oral health. *Journal of Health Science Research*. 2019; 13(2): 140-150. Thai.
10. Ogden J. Health psychology: A textbook. London: McGraw-Hill Education; 2012.
11. Pullarp R, Depression, Suicide, Stress and Stress Management in Tambon Mueangphan, Amphor mueangphan Chaing Rai Province. *Journal for Public Health Research, Ubon Ratchathani Rajabhat University*. 2017; 6(2): 72-85. Thai.
12. Chaniang S, Meuangkhwa P, Klongdee K. Factors Related to Suicide Risk Behaviors Among Secondary School Students in Nakhon Phanom Province. *Journal of the Police Nurses*. 2020; 6(2): 28-35. Thai.
13. Zimmerman M, Balling C, Chelminski I, Dalrymple, K. Understanding the severity of depression: which symptoms of depression are the best indicators of depression severity. *Comprehensive psychiatry*. 2018; 87: 84-88.
14. Beck AT, Alford B. Depression: causes and treatment. Pennsylvania. PA: University of Pennsylvania. Press; 2009.
15. Hongrisuwan N. Depression. *HCU Journal of Health Science*. 2559; 19(38): 105-118. Thai.
16. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*. 2006; 62(2), 212-219.
17. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*. 2008; 23(2): 190-199.
18. Krejcie RV, Morgan W. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970; 30(3): 607-610.
19. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use (Thailand). Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, US; 2005.
20. Maybery D. Incorporating interpersonal events within hassle measurement. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2003; 19(2): 97-110.

21. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well: Jossey-bass; 1987.
22. Nammontri O, Robinson P, Baker S. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. *Journal of dental research*. 2013; 92(1): 26-31.
23. Hanucharunkul S. stress & self-care. 6th ed. (editor). Bangkok: VJ Printing; 2001. Thai.
24. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001; 16(9): 606-613.
26. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018; 63(4): 321-334. Thai.
27. Tato R. Research in Nursing: Concepts to Applications. Bangkok: Chula Book Center; 2018. Thai.
28. Phakdeekul W. Research Methods in Public Health. Sakon Nakhon: Faculty Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus; 2019. Thai.
29. Kim J, Lee K-S, Dai Jin Kim S-CH, Choi KH, Oh Y, Wang S-M, et al. Characteristic risk factors associated with planned versus impulsive suicide attempters. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2015; 13(3), 308.
30. Mojahedi M, Esmaeili A, Mahdizadeh K, Nakhaei M H, Salehiniya H, Sahranavard S. Trends of suicide attempts and factors related to completed suicide during the years 2014–2019 in South Khorasan province, Iran. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021; 65, 102825.
31. Olfson M, Blanco C, Wall M, Liu S-M, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA psychiatry*. 2017; 74(11), 1095-1103.
32. Phakdeekul W, Kedthongma W. Management System for a Quality and Outcome Framework in the Area of the National Health Security Office in Region 8, Thailand. *Linguistica Antverpiensia*. 2021; 3: 2415-2427.
33. Phakdeekul W, KedThongma W. Drug Relapse Therapy with Herbs. *Isan J Pharm Sci*. 2019; 15(3): 104-112. Thai.
34. Indu PS, Anilkumar TV, Pisharody R, Russell PSS, Raju D, Sarma PS, et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. *J Asian journal of psychiatry*. 2017; 27(June):48-52.
35. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrassameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W. Risk and Protective Factors of People Who Attempted Suicide in the 7th Health District of Thailand. *Journal of Suicide Prevention of Thailand*. 2020; 1(1): 25-40. Thai.
36. Saithanu K, Nathason A, Kenbubpha K. The Relationship Between Resilience and Depression among Order People in a Community in Ubonratchathani Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2019; 33(3): 42-55. Thai.

37. Kuwato M, Hirano Y. Sense of coherence, occupational stressors, and mental health among Japanese high school teachers in Nagasaki prefecture: a multiple regression analysis. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1355.
38. Polewka A, Chrostek-Maj J, Kroch S, Mikołaszek-Boba M, Ryn E, Datka W, et al. The sense of coherence and risk of suicide attempt. *J Przegląd lekarski*. 2001; 58(4): 335-9.
39. Klein D, Vogt T. A Salutogenic Approach to Physical Education in Schools. *Advances in Physical Education*. 2019; 9(3), 188-196.
40. Roy P, Tremblay G, Robertson S, Houle J. “Do it all by myself”: A salutogenic approach of masculine health practice among farming men coping with stress. *American journal of men's health*. 2017; 11(5), 1536-1546.
41. Wilchek-Aviad Y, Cohen-Louck K. Testing the effectiveness of a salutogenic model for reducing suicidal tendencies in a population of elderly and young adults. *OMEGA-Journal of death dying*. 2020; May, 1.
42. Frounfelker RL, Mishra T, Dhesi S, Gautam B, Adhikari N, Betancourt TS. “We are all under the same roof”: Coping and meaning-making among older Bhutanese with a refugee life experience. *Social Science & Medicine*. 2020; 264: 113311. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113311>
43. Benson KM. Suicide Resilience Among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom Veterans: Sense of Coherence as a Moderator of the Relationship Between Traumatic Experiences and Suicidality. Akron: University of Akron; 2013.
44. Silverthorn BC. How client suicide impacts marriage and family therapists: Implications for coping and professional training. East Lansing: Michigan State University; 2005.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 146)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		53	36.3
หญิง		93	63.7
อายุ Mean = 36.5 S.D. = 10.0 Min. = 20 Max. = 59			
สถานภาพสมรส			
สมรส		60	41.0
โสด		43	29.5
หย่า/เลิกกัน/หม้าย		43	29.5

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตาม
ลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ) (n = 146)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	46	31.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	15.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	24.7
ปวส./ปกศ.สูง/อนุปริญญา	28	19.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	8.9
อาชีพหลัก		
ไม่มีอาชีพ	30	20.6
รับจ้าง	39	26.7
เกษตรกร	24	16.4
ค้าขาย	24	16.4
นักเรียน/นักศึกษา	15	10.3
ขายของออนไลน์	13	8.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
Mean = 5,233.6, S.D. = 4.2, Median=4,000.0, IQR. = 2,000.0, Min.=0, Max.= 20,000		
งานอดิเรก		
ไม่มี	68	46.6
ปลูกต้นไม้	50	34.2
สื่อสารอินเทอร์เน็ต	13	8.9
ทำงานบ้าน	9	6.1
อื่น ๆ (จักสาน ฟังเพลง ดูทีวี เลี้ยงลูก-หลาน ช่วยงานชุมชน)	6	4.2
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรค	63	43.2
โรคซึมเศร้า	31	21.2
โรคไต	3	2.1
โรคจิตเภท	17	11.6
อาการทางจิตจากการติดยาเสพติด	11	7.5
โรคตับแข็ง/โรคพิษสุราเรื้อรัง	6	4.1
เครียด/วิตกกังวล	3	2.1
โรคเอดส์	1	0.7
โรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน	10	6.8
โรคทางกายและจิต	1	0.7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำแนกตาม
ลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ) (n = 146)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยร่วมกันในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดา	78	53.4
มารดา	78	53.4
หลาน	46	31.5
บุตร	41	28.1
เพื่อน	39	26.7
คู่สมรส	28	19.2
ญาติ/พี่น้อง	17	11.6
อยู่คนเดียว	7	4.8
การเคยฆ่าตัวตาย		
ไม่ยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย	2	1.3
ยอมรับว่าเคยฆ่าตัวตาย	144	98.7
จำนวนครั้งของการฆ่าตัวตาย		
Mean = 2.0, S.D. = 1.8, Median = 2.0, IQR. = 0, Min. = 0, Max. = 15		
วิธีการฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	2	1.3
กินยา/ยาฆ่าแมลง/สารเคมี	128	87.7
กรีดตัวด้วยของตามร่างกาย	8	5.5
แขวนคอ	6	4.1
การดื่มสุราเกินขนาด	1	0.7
การมีอาการทางจิต	1	0.7
สาเหตุการฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	2	1.3
น้อยใจ	20	13.7
ฤทธิ์สุรา/สารเสพติด	1	0.7
เครียด/วิตกกังวล	120	82.2
หลายสาเหตุรวมกัน	3	2.1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก
การเผชิญปัญหา และอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง

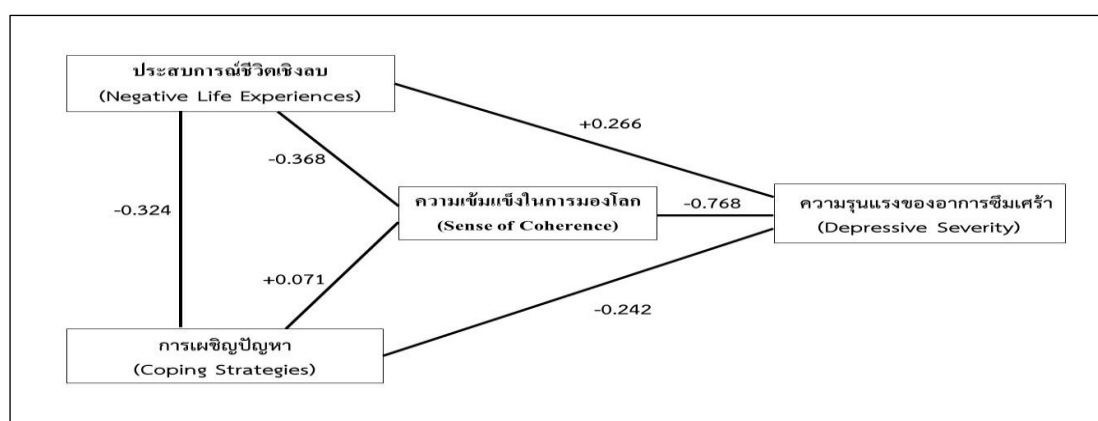
(n = 146)		
ตัวแปร	Mean	S.D.
1.ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ		
ด้านปัญหากับบิดามารดา หรือผู้ดูแล (4 ข้อ)	6.0	4.0
ด้านปัญหากับคนในครอบครัว คนรัก บุตร (5 ข้อ)	7.4	5.2
ด้านปัญหากับญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง (4 ข้อ)	6.0	4.4
ด้านปัญหาการเงิน (4 ข้อ)	9.9	5.5
ด้านปัญหาสุขภาพ (4 ข้อ)	7.6	4.9
รวม (21 ข้อ)	37.6	16.8
2.ความเข้มแข็งในการมองโลก		
ด้านความสามารถในการเข้าใจ (5 ข้อ)	20.1	4.2
ด้านความสามารถในการจัดการ (4 ข้อ)	17.0	3.6
ด้านความสามารถในการให้ความหมาย (4 ข้อ)	17.1	3.7
รวม (13 ข้อ)	54.2	9.9
3.การเผชิญปัญหา		
ก.ด้านมุ่งแก้ไขปัญหา (10 ข้อ)	25.7	6.4
การแสวงหาข้อมูล (3 ข้อ)	7.6	2.3
การกระทำโดยตรง (3 ข้อ)	7.9	2.5
การแสวงหาความช่วยเหลือ (2 ข้อ)	4.6	1.4
การหยุดยั้งการกระทำ (2 ข้อ)	5.6	1.3
ข.ด้านจัดการกับอารมณ์ (10 ข้อ)	24.8	5.6
รวม (20 ข้อ)	50.5	11.0
4.อาการซึมเศร้า		
ระดับน้อย (7-12คะแนน) (จำนวน 24 ร้อยละ 16.4)	9.3	0.9
ระดับปานกลาง (13-17 คะแนน) (จำนวน 4 ร้อยละ 2.8)	14.2	0.5
ระดับรุนแรง(มากกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน) (จำนวน 118 ร้อยละ 80.8)	31.2	10.4
รวม (8-18 คะแนน)	27.1	12.5

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

(n = 146)

ตัวแปร	ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ	ความเข้มแข็งในการมองโลก	การเผชิญปัญหา	ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
ประสบการณ์ชีวิตเชิงลบ	1			
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-0.368**	1		
การเผชิญปัญหา	-0.324**	0.071	1	
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	0.266**	-0.768**	-0.242**	1

หมายเหตุ ** สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนมีนัยสำคัญที่ระดับ .01



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร