

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย : การศึกษาเชิงคุณภาพ

เฉลิมพล กำใจ, พย.ม.^{1*} พันยศ ธงชัย, พย.บ.²

นพรัตน์ โกมาศ, พย.บ.³ วินัย รอบคอบ, พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

การมีความคิดฆ่าตัวตายและสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและเกิดผลกระทบทางลบหลายด้าน ทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 16 คน เป็นวัยรุ่นเพศชาย อายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับการรักษาตัวที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคเหนือ ที่ได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาสัมพันธ์ทางกับบุคคลในครอบครัว 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจากมุมมองของวัยรุ่นชายไทยในเขตภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้รับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลของรัฐ

คำสำคัญ : ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ, ความคิดฆ่าตัวตาย, วัยรุ่นเพศชาย, ภาคเหนือ

วันที่รับ: 28 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไข: 25 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล chalermporn.k@bcnpy.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง จังหวัดแพร่

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The spiritual distress as perceived by Thai male adolescents with suicidal ideation : A qualitative study

Chalermpon Kajai, N.M.S.^{1*} Panyot Thongchai, B.N.S.²

Nopparat Komat, B.N.S.³ Winai Robkob, N.M.S.⁴

Abstract

Suicidal ideation and completed suicide cases continue to pose a growing public health concern, leading to numerous adverse effects on individuals, families, society, and the nation. This descriptive qualitative research aimed to explain the causes of spiritual distress regarding the perception among Thai male adolescents with suicidal ideation. Sixteen male adolescents aged 10-19 years were purposively selected. They were admitted to a psychiatric clinic of a government hospital in the Northern Region and assessed with suicidal ideation. Data were collected through in-depth interviews and analyzed content analysis. The study found that spiritual distress along with perceptions among Northern Thai male adolescents with suicidal ideation could be divided into five causes: 1) relationship problems with family members, 2) a lack of life goals, 3) a lack of spiritual anchors, 4) to dwell on past failures, and 5) academic burnout. Therefore, healthcare providers should understand these causes of spiritual distress from the perspective of Northern Thai male adolescents with suicidal ideation, and apply to develop an appropriate healthcare service model for addressing patients with mental health conditions in psychiatric clinics at government hospitals in the northern region.

Keywords: Spiritual distress, Suicidal ideation, Male adolescents, Northern region

Received: Feb 28, 2024 Revised: Apr 25, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

* Corresponding author E-mail: chalermpon.k@bcnpy.ac.th

² Expert professional nurse, Rongkwang District Public Health Office

³ Expert professional nurse, Chiang Rai Prachanukroh Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตของประชากรทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ภายในระยะเวลาเพียง 1 ปี ของปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรโลกฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 788,400- 1,051,200 คน หรือประมาณวันละ 2,160-2,880 คน (World Health Organization: [WHO], 2019) โดยพบว่า กลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 4 ของโลก (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2562-2566 พบว่า มีแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 6.67, 7.26, 7.50, 7.75 และ 7.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2566 ประชากรไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,172 คน คิดเป็น 7.94 ต่อแสนประชากร (เฉลี่ยวันละ 14 คน) ในจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่พยายามฆ่าตัวตาย 4,462 คน คิดเป็น 116.81 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดของทุกช่วงวัย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.68 ต่อแสนประชากร โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ คือ 15.95 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศชายมีจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567) และจากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มอายุ 15-29 ปี เพศชายมีการสูญเสียปีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า สาเหตุหลัก พบว่า การทำร้ายตนเอง ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากการบาดเจ็บทางถนน (สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย, 2566)

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายโดยตรงในกลุ่มของวัยรุ่น คือ การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในขณะที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งคาดว่าปี พ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.40 ในขณะที่ ช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564; บัวหลัน หินแก้ว และ ขนิษฐา นันทบุตร, 2566) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจ อย่างเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ บางรายอาจเกิดความพิการหรือความผิดปกติทางกาย เช่น หลอดอาหารตีบแคบเนื่องจากดื่มน้ำยาล้างท้องน้ำ หรือมีภาวะสมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนเพราะพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการผูกคอตาย หรือได้รับความบอบช้ำด้านจิตใจมากขึ้น เกิดความรู้สึกผิดหรืออายจากการกระทำของตนเอง อีกทั้งยังเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจต่อญาติ พี่น้อง และบุคคลในครอบครัว ซึ่งพบว่า การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 ราย และอาจมีผลได้นานถึง 4 ปี หากบุคคลในสังคมนั้นรอดชีวิต จึงเป็นตัวบ่งชี้ว่าสังคมหรือชุมชนนั้นมีปัญหาสังคมเกิดขึ้น นอกจากนี้การตายด้วยสาเหตุจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจกว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี และหากมีการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายซ้ำแต่ไม่สำเร็จ ก็จะนำมาซึ่งความสูญเสียที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 100,000 ล้านบาทต่อปี (สมบัติ สุกุลพรรณ, 2562) ทั้งนี้การฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น หากกระทำสำเร็จจะทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ซึ่งการรู้สึกว่าตนไม่ยอมมีชีวิตอยู่หรือเผชิญกับความวุ่นวาย ไร้ความสัมพันธภาพ ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, 2563)

จิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญของสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย เนื่องจากจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับความเป็นองค์รวมของบุคคล ช่วยให้บุคคลขับเคลื่อนชีวิตไปได้อย่างสมดุล ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อเกิดสภาวะที่ระบบคุณค่า ความเชื่อ หรือหลักยึดในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นถูกรบกวน ในระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่ จนรู้สึกสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต รู้สึก ทนทุกข์หมดหวัง ขาดความรัก ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองหรือบุคคลอื่น ไร้ซึ่งสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือศรัทธา สูญเสีย ความเข้มแข็งภายใน จนส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ วัยรุ่นกลุ่มนี้จะเผชิญกับภาวะ ปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) และหากไม่ได้รับการส่งเสริม สภาวะทางจิตวิญญาณในขณะที่วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์ หรือมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยเฉพาะ ในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อาจนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จได้สูงขึ้น (Rungsang, Chaimongkol, Deoisres, & Wongnam, 2017)

การมีภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณในกลุ่มของวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ จิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญต่อกลุ่มวัยรุ่นที่มีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง จนมีความคิด อยากฆ่าตัวตาย หรือรักษามายาวนาน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การเผชิญกับ ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณอาจส่งผลให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ขาดการตรวจตามนัด หรือขาดการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่าง เข้มงวด (Martins & Caldeira, 2018) ไม่สามารถค้นหาความหมายและยอมรับการเจ็บป่วยของตนได้ ทำให้หมดหวัง ต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ทำให้ส่งผลเสียต่อสภาวะทางกายตามมา นอกจากนี้ ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณยังส่งผลต่อการปรับตัวทั้งทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งอาจพบในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเคยฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (Kopacz, Hoffmire, Morley, & Vance, 2015)

ปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น นอกจากจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นปัญหาสังคม ที่มีความรุนแรง และซับซ้อนเป็นอย่างมาก และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ (สมบัติ สกุลพรรณ, 2564) ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (WHO, 2023) ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งหากจะให้การดูแลผู้ที่มีภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความ คิดอยากฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิด ภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จากการรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ การสอบถามเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วย และเป้าหมายในชีวิต แหล่งของความหวังและความเข้มแข็ง ความรักและความสัมพันธ์ ความต้องการให้หรือได้รับการอภัย ความมีคุณค่าหรือความภาคภูมิใจแห่งตน และการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบ พิธีกรรมตามความเชื่อ ตลอดจนการสังเกตจากกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับภาวะปิ๋วคั่นทางจิตวิญญาณ จะช่วยให้ได้ข้อมูล ที่เอื้อต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ตามแนวทางที่แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ด้านการเตรียมคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ด้วยการบ่มเพาะให้คนไทยมีปัญญาเฉียบแหลม (head) มีทักษะที่เห็นผล (hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (health) และมีจิตใจที่งดงาม (heart) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญของทุกภาคส่วนในประเทศไทยในการที่จะพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์

ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนของชาติ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่า ประชากรไทยในกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดต่อปีถึง 4,462 คน คิดเป็น 116.81 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุดในประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 1 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดจาก 13 เขตพื้นที่สุขภาพทั่วประเทศ (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567)

การดูแลวัยรุ่นกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่พบสาเหตุที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้สาเหตุใดนำมาสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จะเป็นข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นข้อมูลด้านการพยาบาล การบำบัดรักษาทางการแพทย์ ตลอดจนนำมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฟื้นฟูสภาพจิตใจให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ให้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่เป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ดังนั้นการศึกษาข้อมูลดังกล่าวผ่านมุมมองความเป็นวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบสถิติการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย และการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มักเกิดในเพศชายนั้น (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2567) พบว่า การศึกษา ในเชิงคุณภาพในประเทศไทยยังมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อนำมาซึ่งการวางแผน และกำหนดแนวทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ตลอดจนป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จ การบำบัดรักษาที่คำนึงถึงภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ และการฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำหายและเป็นพันธกิจที่สำคัญยิ่งภายใต้บทบาทของพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสาธารณสุขของไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่ออธิบายการรับรู้สาเหตุของการมีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2565 ในโรงพยาบาลของรัฐในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง และเชียงใหม่

ผู้ให้ข้อมูล คือชายไทยวัยรุ่นภาคเหนือที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 16 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

- 1) เป็นวัยรุ่นเพศชาย อายุ 10-19 ปี
- 2) เข้ารับการรักษาตัวที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ เขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง และเชียงใหม่
- 3) ได้รับการประเมินว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย จากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ด้วยระดับคะแนน 1-8 คะแนน และประเมินอยู่ในเกณฑ์มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย

4) มีอาการซึมเศร้าโดยประเมินจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 7 – 18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ไม่มีอาการทางจิต และสามารถสื่อสารได้

5) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์จากการศึกษาแนวคิดของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณและแนวคิดของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ครอบคลุมทั้งการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประวัติการพยายามฆ่าตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวคำถามเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น “การที่คุณคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว ตามความเข้าใจของคุณ เกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง” “คุณได้แสดงความรักหรือความศรัทธาต่อตัวเอง หรือสิ่งอื่นที่เคารพนับถืออย่างไรบ้าง” “สิ่งที่ทำให้คุณรู้สึกสูญเสียคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในตนเองคืออะไร” เป็นต้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีความชำนาญในการดูแลวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดสอบโดยการสัมภาษณ์วัยรุ่นชายไทยภาคเหนือที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนและการสื่อความหมายจากนั้นมีการตรวจสอบแก้ไขและการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

3) แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล เวลา บุคคล และสภาพแวดล้อม

4) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 ชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระยา เลขที่ REC 004/64 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2564 โดยยึดหลักการเคารพเอกลัทธิ หลักการทำประโยชน์ และหลักความยุติธรรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาหรือการให้การพยาบาล พร้อมทั้งมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะขอความยินยอมจากบิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรมตามกฎหมาย ระหว่างการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากระหว่างการวิจัย

มีคำถามใดที่กระทบต่อความรู้สึกหรือก่อให้เกิดความไม่สบายใจสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากชี้แจงรายละเอียดในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นจะทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ โดยผู้เก็บข้อมูลได้กำหนดห้องประชุมของโรงพยาบาลที่รับการรักษาอยู่ เป็นสถานที่ในการให้ข้อมูล ภายหลังจากการสร้างสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นไปแล้ว 1-2 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้เวลาผู้ให้ข้อมูลในการคิดพิจารณาหรือตัดสินใจ โดยแจ้งให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยในการประสานงานในการแจ้งว่ายินยอมหรือไม่ และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่มีมติชัดเจน เงียบสงบ บรรยากาศเป็นกันเอง และปลอดภัยจากผู้ให้บริการหรือผู้เข้ารับบริการรายอื่น ๆ ซึ่งกำหนดห้องประชุมของโรงพยาบาลที่รับการรักษาอยู่โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งกับกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จะใช้เวลา 60-90 นาที และสัมภาษณ์รายต่อไป จนมีความอิ่มตัวของข้อมูลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน หลังทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยจะจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เช่น ปฏิกริยา สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูล ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาสะท้อนคิดทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมด จากนั้นจึงกำหนดรหัสจัดหมวดหมู่ข้อมูลและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคเลอซซี่ (Colaizzi, 1978, as cited in Holloway and Galvin, 2023) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน 1) อ่านทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยผู้วิจัยจะทำการอ่านซ้ำไปซ้ำมาเพื่อให้เข้าใจในข้อมูลอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ และให้รหัสข้อมูล 2) การให้รหัสหรือดัชนี (index) จำแนกประเภทของข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษาโดย รวมดัชนีเป็นประเด็นย่อย (subcategories) 3) กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยคหรือข้อความสำคัญนั้น 4) จัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันยกขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก (categories) แล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุป 5) อธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาอย่างครอบคลุม 6) อธิบายให้เห็นโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมดของประเด็นที่ศึกษา และ 7) ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Guba & Lincoln (1989) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) กับการวิจัย ประกอบด้วย 1) ด้านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้หลักการของการตรวจสอบสามเส้า (triangulation technique) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลหลากหลายกลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชน ตรวจสอบด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) การเปรียบเทียบ

ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ คือการสังเกต การสัมภาษณ์ และการศึกษาจากเอกสาร นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เบื้องต้น แล้วนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องและให้ข้อมูลเพิ่มเติม 2) ด้านความสามารถในการเชื่อมโยงได้ (transferability) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน 3) ด้านความสามารถในการพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการเก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม และ 4) ด้านความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ดำเนินการโดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการพึ่งพิงกลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนามว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ และตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายทั้งหมด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 2) อายุเฉลี่ย 17.06 ปี ($SD=2.24$) 3) สถานภาพโสด ร้อยละ 93.75 4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.50 5) สำเร็จศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 31.25 6) เป็นนักเรียน ร้อยละ 37.50 7) ไม่มีรายได้ ร้อยละ 62.5 8) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลางจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 37.50 9) มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 43.75 10) ปฏิเสธประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 87.50 และ 11) มีประวัติการใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด ประเภทสุรา ร้อยละ 62.50

สาเหตุภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยภาคเหนือ ทั้ง 16 คน สามารถสรุปสาเหตุที่สำคัญประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและคู่รัก 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและความศรัทธาในตนเองและผู้อื่น 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน มีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวถ่ายทอดออกมาในลักษณะของคำพูดที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ขาดการใช้คำพูดที่เป็นการส่งเสริมกำลังใจ ไร้การแสดงออกซึ่งความห่วงใยซึ่งกันและกัน ขาดการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน อีกทั้งยังขาดการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกันทั้งคำพูดและการกระทำ โดยมักจะใช้การตำหนิ ตำว่า สั่งให้ทำงาน และบางครั้งลงโทษด้วยการทำร้ายร่างกายแทนการแนะนำหรือการสั่งสอนอบรม นอกจากนั้นยังขาดการปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการทะเลาะกันบ่อยครั้งหรือการแยกทางกันของพ่อและแม่ ส่งผลให้ขาดที่ปรึกษาในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงบางคนยังมีสาเหตุจากความไม่เข้าใจกันหรือความขัดแย้งกับคู่รักฝ่ายหญิง ทำให้สัมพันธภาพเปลี่ยนไปจนต้องเหินห่างหรือเลิกรากันไป ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่กล่าวว่า

“...เพราะว่าทุกครั้งที่ผมนั่งกินข้าวคนเดียวแล้วจะรู้สึกเจ็บปวดทุกครั้งครับ เพราะว่าเห็นว่าเพื่อนหลาย ๆ คน หลาย ๆ ครอบครัวเขาอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา ทำอะไรในบ้านร่วมกัน แต่เราขาด มันรู้สึกแบบทำให้เจ็บ เจ็บปวด เวลาเห็นเขาอยู่กันหลายคน เราเคยเจอแล้ว อยู่ ๆ มันหายไป ผมเคยจะไปอยู่กับพ่อกับแม่ แต่ทุกคนก็มีทางของตัวเอง เคยพยายามรั้งทุกคนละครับ แต่ไม่ไหว เคยถูกพ่อด่าว่าลูกทรพี แม่ตบหน้า ตอนนั้นก็ตัดขาดกันไปเรียบร้อยแล้วครับ... (ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าเรื่องนี้ เสียงก็เบาลงและสั่นเครือ ตาเริ่มแดง มีน้ำตาคลอ ไหลลงเป็นทาง แล้วหยุดพูดประมาณ 3 นาที เช็ดน้ำตาแล้วจึงเล่าต่อ การสนทนาจึงหยุดไปชั่วคราว)” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 1, 7 กุมภาพันธ์ 2565)

“...ตอนที่พ่อแม่ทะเลาะกันรุนแรง พ่อก็เดินออกจากบ้านไป ไม่รู้ว่าพ่อไปกินยาฆ่าตัวตายมามั๊ย ตอนที่พ่อเดินหายออกจากบ้านไปแล้วกลับมา ก็คือไม่มีสติ ถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล เกิดเหตุการณ์นี้ประมาณ 2 เดือนที่แล้ว ทำให้เรารู้สึกเครียด พ่อทะเลาะกันบ่อย ก็ไม่มีพ่อแม่เป็นที่ปรึกษา และครอบครัวไม่เคยให้กำลังใจอะไรสักอย่างเลยครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 5, 6 พฤษภาคม 2565)”

ประเด็นที่ 2 : ชีวิตไม่มีเป้าหมาย

ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถกล่าวถึงสิ่งที่ตนนั้นให้ความสำคัญในปัจจุบัน หรือบอกเล่าสิ่งที่ปรารถนาที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองในอนาคตได้อย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตมีไม่มากพอที่จะกำหนดเป้าหมาย หรือทิศทางที่ชัดเจนที่จะไปถึงเป้าหมายใด ๆ จึงให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันในลักษณะของความไม่แน่ชัดของเป้าหมายในชีวิตหรือไม่สามารถระบุสิ่งที่วาดฝันไว้ในอนาคต อีกทั้งยังไม่สามารถที่จะชี้ชัดว่าสิ่งใดบ้างที่มีคุณค่าในชีวิต ไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นและขาดความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมายหรือความสำเร็จใด ๆ ในชีวิต ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...สำหรับชีวิตของผม ไม่มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตเลยครับ ไม่ได้มีความฝัน ไม่ได้มีความหวังอะไรครับ ผมไม่ได้ตั้งเป้าหมายอะไรขนาดนั้น เหมือนเราไม่ได้มองไปในอนาคต เรามองแค่ปัจจุบันอย่างเดียว ไม่มีอะไรเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตเลยไม่มีเลย ถ้าพูดตรง ๆ คือผมไม่อยากรีไทม์ย้อนไปในอดีตครับ อยู่ให้ถึงสัก 40 ปี หรือไม่ก็ 30 ปี ฆ่าตัวตายเอาก็ได้ครับ คิดแบบนี้มาตลอด...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 1, 7 กุมภาพันธ์ 2565)

“...ชีวิตผมที่เหลืออยู่ตอนนี้ ไม่หวังอะไรเลยครับ ขนาดอยู่ผมยังไม่อยากเลย ไม่อยากอยู่นี้ ไม่ได้หมายความว่าอยากตายตอนนี้ครับ แต่ผมรู้สึกว่าตัวเองอยากหายไปเลย คือไม่ต้องทำอะไรอีกแล้ว ไม่ต้องคาดหวัง ไม่ต้องพยายามไขว่คว้าหาอะไรอีกต่อไปแล้ว ถ้าเป็นไปได้ คิดว่าตายเลย มันคงจบละ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 2, 16 กุมภาพันธ์ 2565)

ประเด็นที่ 3 : ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตโดยไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ทั้งที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนมีศาสนาที่นับถืออยู่ แต่ค่านิยมของสมาชิกในครอบครัว ไม่ได้บ่มเพาะให้เคร่งครัดในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อใด ๆ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ แต่มักปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนา ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดเลยที่กล่าวถึง การสวดมนต์ไหว้พระ การทำบุญตักบาตร การบริจาคหรือให้ทาน การสวดมนต์ไหว้พระ การทำสมาธิ การภาวนาอธิษฐาน การฟังธรรมะ การเข้าโบสถ์หรือไปวัด ทั้งนี้มี

ผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาคริสต์รายหนึ่ง ที่เมื่อรู้สึกว่าคุณมีความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้วพยายามหาวิธีการเข้าถึงผู้นำทางศาสนาหรือผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธครับ แต่ไม่ได้นับถือเคร่งครัดอะไรขนาดนั้น เพราะทุกคนในบ้านไม่เข้าวัดเข้าวากันเลย ในชีวิตจริงของผม ไม่มีสิ่งที่มายึดเหนี่ยวจิตใจเลยครับ ไม่ว่าจะเป็นศาสนา พระสงฆ์องค์เจ้า พ่อแม่พี่น้องนี้ ยังไม่ค่อยนับญาติกันครับ ไม่มีใครมาเป็นทีพึ่งทางใจหรอกครับ ถ้าพูดถึงคืออยากจะหลีกเลี่ยงมันมากกว่า เพราะว่าสังเกตตัวเองมาตลอด เลือกที่จะอยู่กับตัวเอง ทานข้าวคนเดียว พยายามไม่ยุ่งเกี่ยวกับคนอื่น หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ เลยครับ ไม่เกิดประโยชน์อะไร...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 6, 6 พฤษภาคม 2565)

“...เรื่องพระเจ้า ศาสนา ตอนแรกไม่เท่าไร แต่พอผมป่วยซึมเศร้า เลิกกับแฟน มาอยู่ที่บ้าน มาเจอแม่มีสามีใหม่ ผมก็นึกถึงตา ที่ท่านเป็นผู้นำทางศาสนาคริสต์ คิดว่าจะไปปรึกษาตา และอยู่กับตา คิดว่าคงจะดีขึ้นครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 9, 18 พฤษภาคม 2565)

ประเด็นที่ 4 : ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการหวนคิดถึงเรื่องที่ล้มเหลวในอดีต การไม่ประสบความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้ ตลอดจนความผิดหวังที่เคยพบเจอในอดีตซึ่งยังคงติดค้างอยู่ในใจ ข้อมูลการยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต เป็นประเด็นของความขัดแย้งในตนเอง อันเกิดจากความขัดแย้งระหว่างคุณค่าหรือความเชื่อกับความถูกต้องตามหรือศีลธรรมจรรยา นำมาซึ่งความเจ็บปวดร้าวร้าวภายในจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นความผิดหรือเป็นบาป รู้สึกมีตรบาป ละอายใจ เกิดเป็นแผลในใจตราบนานเท่านาน ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมมีความรู้สึกว่าคุณยึดติดกับอดีตเกินไป และไม่อยู่กับปัจจุบัน เพราะพลาดไปแล้วครั้งหนึ่ง มันเหมือนว่าสักวันมันต้องกลับมาทำร้ายตัวเองให้เสียใจ ค้างคาใจกับเรื่องคนอื่นก็นานมาละครับ ทุกคนคงลืมไปแล้ว แต่เรายังยึดติดกับมันอยู่ครับ จริง ๆ ยอมรับตัวเอง แต่ทำให้ตัวเองไม่ได้เลย เรื่องที่ให้อภัยตัวเองไม่ได้เลยน่าจะเป็นเรื่องตัดสินใจผิดพลาดครับตอนนั้นเรายังเด็กเกินไปครับและไม่ได้คิดไตร่ตรองให้ดีครับ ไม่น่าไปมีเรื่องชกต่อยในโรงเรียน จนหมดอนาคตเลย...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 11, 7 มิถุนายน 2565)

“... ผมไม่ค่อยอยากผิดหวัง ผมทำอะไร ไม่เคยได้ที่ 1 เลย ผมเคยแข่งระดับประถม แต่ไม่ได้รางวัลอะไร สิ่งที่ดีอยู่ในใจก็คือ บางครั้งทำอะไรไว้ในอดีต เป็นความผิดพลาดต่าง ๆ ก็อยากกลับไปแก้ตรงนั้น แต่มันสายไปแล้ว ในบางครั้ง บางเหตุการณ์...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 14, 20 มิถุนายน 2565)

“...เรื่องไม่สบายใจที่ติดค้างในใจ คือเรื่องยาเสพติดที่ไปเสพ จะพยายามอยู่บ้านไม่ออกไปเที่ยวไหน ผมรู้สึกผิด และรู้สึกแย่ทุกครั้งทีนึกถึงการเข้าไปเสพยาครั้งแรก ทำให้ครอบครัวต้องพังทลายลง...” (ข้อมูลจากการสังเกต: ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าเรื่องนี้ เสียงดังขึ้น กำหมัดแน่น ก้มหน้า ไม่สบตาผู้สัมภาษณ์ แล้วหยุดพูดประมาณ 1 นาที และมีน้ำตาคลอ) (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 7, 6 พฤษภาคม 2565)

ประเด็นที่ 5 : เหนื่อยล้าจากการเรียน

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเรียนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าที่สะสมมาเป็นเวลานาน จนเกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ ที่จะรบกวนกระบวนการปรับตัว หรือการเผชิญกับปัญหาด้านการเรียนของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“...ผมรู้สึกว่าการเรียนสายวิทย์-คณิต นี่มันเหนื่อย มันทั้งเครียด ทั้งกังวล ต้องเรียนหนัก ต้องสอบ และก็ผมคิดว่าในห้องเรียนเราเรียนในห้องเรียนมันควรจะพอได้แล้ว เหมือนโรงเรียนมันไม่ตอบโจทย์ ต้องมาเรียนพิเศษข้างนอก ต้องมาติวข้อสอบข้างนอกทั้ง ๆ ที่มันควรจบที่โรงเรียนได้เลย รู้สึกเครียดมาก ๆ เวลาทำคะแนนได้ไม่ดี รู้สึกเหนื่อย รู้สึกล้ามานานครับ...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 12, 20 มิถุนายน 2565)

“...การไม่ยอมมีชีวิตอยู่ มันมีหลายอย่างครับ บางทีมันรู้สึกเหนื่อย บางทีก็เกี่ยวกับเรื่องเรียน ทำไมมันถึงเรียนหนักอย่างนี้ครับ กำลังเรียนสายวิทย์-คณิต ส่วนใหญ่จะเป็นงานกับความยาก งานมันจะเป็นพวกคำนวณส่วนใหญ่ มันรู้สึกเหนื่อย ไม่อยากทำ ส่วนใหญ่ที่สอบไม่ผ่านเลยจะเป็นวิชาฟิสิกส์ ครูก็จะให้คัดข้อสอบหลายจบ สามสิบกว่าหน้าเป็นปีกใหญ่...” (สัมภาษณ์วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รายที่ 8, 18 พฤษภาคม 2565)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจากการมีความคิดฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็น คือ 1) ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว 2) ชีวิตไม่มีเป้าหมาย 3) ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและขาดความศรัทธาในตนเองและผู้อื่น 4) ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และ 5) เหนื่อยล้าจากการเรียน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจากปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ทั้งในบทบาทของบุตรชาย หลานชาย หรือคนรักฝ่ายชาย ที่ต้องรับรู้ว่าตนต้องเผชิญกับคำพูดของบุคคลในครอบครัว ที่แสดงให้เห็นว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ได้แก่ 1) การด่าทอ หรือการขับไล่ออกจากบ้าน 2) ขาดการใช้คำพูดที่เป็นการส่งเสริมกำลังใจ 3) ขาดการแสดงออกซึ่งความห่วงใยซึ่งกันและกัน 4) ขาดการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน 5) ขาดการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน และ 6) ขาดการปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว จนอาจนำมาซึ่งความห่างเหิน หรือความขัดแย้งที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายจึงนำมาซึ่งสภาวะที่คุณค่าในการดำเนินชีวิตถูกรบกวน (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) นำมาซึ่งความรู้สึกขาดความรักความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ร่วมกับเกิดภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ (psychological distress) จากความเครียดและความซึมเศร้า (Vidya, Sundarnag, Shalini, Harish, & Murthy, 2016) ที่เกิดจากการสูญเสียคุณค่าในตนเอง และบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักไปรบกวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของวัยรุ่นกลุ่มนี้ จนเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้ จะทำให้มีภาวะซึมเศร้า แยกตัว ลี้หนี และตัดสินใจชีวิตตนเองได้ (ครินรัตน์ วัฒนธรรณท์, 2560)

ประเด็นที่ 2 ชีวิตไม่มีเป้าหมาย จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่าชีวิตไม่มีเป้าหมาย จึงให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกันในลักษณะของความไม่แน่ชัดของเป้าหมายในชีวิตหรือไม่สามารถระบุสิ่งที่วาดฝันไว้ในอนาคต การที่วัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่น และขาดความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมายหรือความสำเร็จใด ๆ ในชีวิต อาจนำมาซึ่งสภาวะที่ไม่มีหลักยึด

ในการดำเนินชีวิตที่แน่นอน โดยจะแสดงออกมาด้วยลักษณะที่สำคัญคือ การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต ความรู้สึกหมดหวัง ไม่อยากคาดการณ์ไปถึงอนาคตในทางที่ดี การรับรู้ชีวิตไม่มีเป้าหมายวัยรุ่นกลุ่มนี้ จึงนำมาซึ่งภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งการมีเป้าหมายชีวิต ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น (Machell, Disabato, & Kashdan, 2016) การมีเป้าหมายชีวิตจะช่วยให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะ เพราะทำให้มีแรงจูงใจ มีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง วัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณที่ดี สามารถค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีความเชื่อมั่นและมีความต้องการที่จะเดินทางไปให้ถึงเป้าหมาย มีความตั้งใจ ยึดมั่นในความสำเร็จ แม้ว่าวัยรุ่นเหล่านั้นจะเติบโตมาจาก สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงก็ตาม (พิมพ์พนิต ภาศรี, กาญจน์สุนัษ บาลทิพย์, อังศุมา อภิชาติ, และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, 2564) ซึ่งการมีเป้าหมายชีวิตช่วยป้องกันวัยรุ่นให้รอดพ้นจากความเสี่ยงได้ ซึ่งพบว่า การส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้จักการตั้งเป้าหมายชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการมีเป้าหมายชีวิต จะช่วยให้ชีวิตดำเนินไปอย่างมีทิศทาง และมีความหมาย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการสร้างเป้าหมายชีวิตของเยาวชนไทยที่มีชีวิตอยู่กับเอชไอวี พบว่า หากวัยรุ่นมีเป้าหมายชีวิตจะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (Balthip & Purnell, 2014) อีกทั้งการมีเป้าหมายชีวิต จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นได้ (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นชายในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่หากมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตอย่างชัดเจนแล้ว จะทำให้สุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น และลดโอกาสการฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

ประเด็นที่ 3 ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลว่า ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลดำเนินชีวิตโดยไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ส่งผลให้ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จึงนำมาซึ่งสภาวะที่ความเชื่อ ความศรัทธาในการดำเนินชีวิตขาดหายไป ทั้งเกิดจากการที่วัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่ต้นจากครอบครัว และขาดความศรัทธาในสิ่งที่เคยเชื่อมั่นว่าจะทำให้ตนพ้นจากความทุกข์หรือหายจากความเจ็บป่วยได้ แต่กลับต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาของวัยรุ่นกลุ่มนี้ อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงผู้นำทางศาสนา ผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ ลดโอกาสที่จะเข้าถึงพระศาสนาหรือการเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต การเข้าใจ และการยอมรับความเจ็บป่วยของวัยรุ่นกลุ่มนี้ลดน้อยลงไป โอกาสที่จะเกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณขณะเจ็บป่วยทางจิต ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างมีสติก็ลดลง (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) ซึ่งนำมาซึ่งการเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณขึ้นได้ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณหรือกิจกรรมทางศาสนามีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณลดลง (Oman & Lukoff, 2018) ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นชายกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ กิจกรรมทางศาสนา และการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองลงได้

ประเด็นที่ 4 ยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ ข้อมูลการรับรู้สาเหตุของการประสบกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ จากการยึดติดกับความล้มเหลวในอดีตของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

จึงนำมาซึ่งสภาวะที่คุณค่าในการดำเนินชีวิตถูกรบกวน นำมาซึ่งความทุกข์จาก ความรู้สึกมีตราบาป รู้สึกว่าสังคมจะรังเกียจหรือไม่ให้การยอมรับ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563) และอาจส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายเสี่ยงการเข้าสังคม ละอายใจ เกิดแผลทางจิตวิญญาณจากความขัดแย้งในตนเองที่นำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในที่สุด สอดคล้องกับการรายงานผลการศึกษาที่พบว่า ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Hutson, Darlington, Hall, Hei, & Gaskins, 2018)

ประเด็นที่ 5 เหนื่อยล้าจากการเรียน จากผลการศึกษาในประเด็นนี้ อาจกล่าวได้ว่าความเหนื่อยล้าจากการเรียนของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งรับรู้ว่าการเรียนส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าที่ส่งสมมาเป็นเวลานาน จนเกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ ที่จะรบกวนกระบวนการปรับตัว หรือการเผชิญกับปัญหาด้านการเรียนของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเหนื่อยล้าจากการเรียนของกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตายอาจนำมาซึ่งภาวะบีบคั้นทางจิตใจ การสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ และนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวเนื่องกับสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณด้วยปัจจัยของการขาดสิ่งสนับสนุนหรือการมีสัมพันธ์ที่ดีที่มาจากตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม หากได้รับการส่งเสริมความหวัง กำลังใจ และความเข้มแข็งภายในจิตใจ จะช่วยให้บุคคลข้ามผ่านอุปสรรคและเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยจิตใจที่กล้ำหาญ ดังนั้นหากวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอก็จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู หรือบุคลากรด้านสุขภาพ จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญกับวัยรุ่นกลุ่มนี้ซึ่งมีปัญหาด้านอารมณ์ซึมเศร้า ให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่า และช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณลง (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2563)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสะท้อนมุมมองของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในประเด็นสาเหตุของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยในเขตภาคเหนือตอนบนที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันหรือโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญและพิจารณาสาเหตุภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของวัยรุ่นชายไทยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ด้านปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การขาดเป้าหมายในชีวิต การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การยึดติดกับความล้มเหลวในอดีต และความเหนื่อยล้าจากการเรียน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตตามบริบทของความแตกต่างทางเพศ สังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ ซึ่งอาจพิจารณาใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่น ผ่านการประสานงานและความร่วมมือจากผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในมิติการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ และฟื้นฟูสภาพจิตใจกลุ่มตัวอย่างให้ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตวิญญาณให้กับกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการออกแบบแนวปฏิบัติหรือรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตตามบริบทของความแตกต่างทางเพศ สังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการทำวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้คำแนะนำ และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2562). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)*. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://omhc.dmh.go.th/img/berry/Slides/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%92%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B9%87%E0%B8%A1.pdf>
- บัวหลั่น หินแก้ว และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2566). ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 24(2), 1-19.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, อังศุมา อภิชาติ และ อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. (2564). เป้าหมายชีวิตของนักเรียนในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(1), 104-114.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2564*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และ ประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครินทร์ วัฒนธรรณ. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลไทย*, 10(1), 13-21.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2567). *สถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี 2566* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก จาก <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2562). *ศาสตร์เพื่อป้องกันอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย)* [Vedio]. ThaiMooc. <https://lms.thaimooc.org/courses/course-v1:CMU+CMU025+2019/about>
- สมบัติ สกุลพรรณ. (2564). *การพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย*. เชียงใหม่: สมาร์ท แอนด์ เซอร์วิส.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. (2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Year: DAYLs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย.
- Balthip, Q., & Purnell, M. J. (2014). Pursuing meaning and purpose in life among Thai adolescents living with HIV: A grounded theory study. *The Journal of The Association of Nurses in AIDS Care/Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(4), e27-e38. doi: 10.1016/j.jana.2014.03.004
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Philadelphia: Sage.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2023). *Qualitative research in nursing and healthcare*. John Wiley & Sons.
- Hutson, S. P., Darlington, C. K., Hall, J. M., Heidel, R. E., & Gaskins, S. (2018). Stigma and spiritual well-being among people living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. *Issues In Mental Health Nursing*, 39(6), 482-489. doi: 10.1080/01612840.2017.1423426
- Kopacz, M. S., Hoffmire, C. A., Morley, S. W., & Vance, C. G. (2015). Using a spiritual distress scale to assess suicide risk in veterans: an Exploratory study. *Pastoral Psychology*, 64(3), 381-390. doi: 10.1007/s11089-014-0633-1
- Machell, K. A., Disabato, D. J., & Kashdan, T. B. (2016). Buffering the negative impact of poverty on youth: the power of purpose in life. *Social Indicators Research*, 126(2), 845-861.
- Martins, H., & Caldeira, S. (2018). Spiritual distress in cancer patients: a synthesis of qualitative studies. *Religions*, 9(10), 285.
- Oman, D., & Lukoff, D. (2018). Mental health, religion, and spirituality. In Oman, D. (Eds). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*, vol 2 (p.225-243). Philadelphia, US: Springer.
- Rungsang, B., Chaimongkol, N., Deoisres, W., & Wongnam, P. (2017). *Suicidal ideation among Thai adolescents: an empirical test of a causal model*. Pacific Rim Internatioanl Journal of Nursing Research, 21(2) 97-107.
- Vidya, C., Ganjekar, S., Shalini, C. N., Harish, K., & Murthy, N. S. (2016). Spirituality and its association with psychological distress in cancer patients attending a tertiary care hospital in Bangalore, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(7), 1812-1815.
- World Health Organization: [WHO]. (2019). *Suicide data*. from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization: [WHO]. (2023). *Suicide*. From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>