

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว
กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช*

อำไพ โพธิ์คำ, พย.บ.*
มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, Ph.D. **
โสภณ แสงอ่อน, Ph.D.***

Received: April 1, 2025
Revised: November 29, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 212 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 แบบประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .95, .94 และ .73 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .14, p < .05$) ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .57, p < .05$; $r_s = .34, p < .05$ ตามลำดับ) อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.34, p < .05$; $r_s = -.40, p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเวช

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: malatee.run@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

The Relationships among Gender, Age, Depression, Perceived Stigma, and Family Relationship with Suicide Risk in Psychiatric Patients*

Ampai Pokum, B.N.S.*

Malatee Rungruangsiripan, Ph.D.**

Sopin Sangon, Ph.D.***

Abstract

This descriptive correlational study examined relationships among gender, age, depression, perceived stigma, and family relationship with suicide risk in patients with psychiatric problems. The participants were 212 patients who visited the psychiatric outpatient unit of a psychiatric hospital in Northeast Thailand and met the inclusion criteria. Data were collected by interview using five questionnaires, including socio-demographic questionnaires, Family Relationships Questionnaire, Thai Depression Inventory, The Perceived Stigma Questionnaire. The reliability of questionnaires measured by Cronbach's alpha statistics values of .95, .94, and .73, respectively. And Mini International Neuropsychiatric Interview Module C. Suicidality using the split-half coefficient yielding values of .70. Descriptive statistics, Point-biserial correlation, and Spearman's rank-order correlation were used for data analysis.

Results showed that female was positively and significantly related to suicide risk ($r_{pb} = .14, p < .05$). Depression and perceived stigma had a positively significant relationship to suicide risk ($r_s = .57, p < .05$; $r_s = .34, p < .05$, respectively). Age and family relationship had a negatively significant relationship to suicide risk ($r_s = -.34, p < .05$; $r_s = -.40, p < .05$, respectively). The results of this study can be used as a basic information for the development of planning prevention and protocols for helping psychiatric patients with suicidal problems.

Keywords: Suicide risk, Depression, Perceived stigma, Family relationship, Psychiatric patients

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

* Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University;
Corresponding Author E-mail: malatee.run@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 7 แสนคน (World Health Organization, 2025) สำหรับสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไปในปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.38, 7.75 และ 7.94 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.2 (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการศึกษาของ Nkporbu et al. (2023) พบว่าความผิดปกติทางจิตมีส่วนและเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Listabarth et al., 2020) จากอุบัติการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญและมีอุบัติการณ์ในการเกิดมากกว่าประชากรทั่วไป

การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไป และมีโอกาสเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในภายหลังสูงถึงร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วนผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ ทูพพลภาพ โดยผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือการเสียชีวิต (อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพยมงคลกุล, 2563) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ และบุคคลใกล้ชิด พบว่าการเสียชีวิตของผู้ฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความสะเทือนใจ เกิดความเครียดหลังจากเหตุการณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Spillane et al., 2018) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การฆ่าตัวตายส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในการดูแลรักษาและเยียวยา ซึ่งถือว่าเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการรายงานค่าใช้จ่ายการดูแลบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 58.4 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งคิดเป็นเงินไทยมากกว่า 2 ล้านบาทต่อปี (Shepard et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุยังน้อย การใช้สารเสพติดหรือการใช้สุราแบบติด (Balhara & Verma, 2012) ความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี (Carlborg et al., 2010) ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง (Marco et al., 2016; Scoliers et al., 2009) การรับรู้ตราบาป ประสบการณ์การถูกแบ่งแยกกีดกันทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปภายในตนเอง (Oexle et al., 2018) ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Sinclair et al., 2004) ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยจิตเวช (Sinclair et al., 2004) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และการมีความแข็งแกร่งในชีวิต (อนุกุล หุ่นงาม และคณะ, 2566)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่าผลการวิจัยยังไม่ชัดเจน ได้แก่ เพศ (Balhara & Verma, 2012; Lester & Walker, 2006) อายุ (Balhara & Verma, 2012; Valenstein et al., 2009) สถานภาพสมรส (กันตพัฒน์ ราชไชยา และมูทิตา พนาสธิตย์, 2566; Balhara & Verma, 2012) และการว่างงานหรือไม่มีงานทำ (Balhara & Verma, 2012)

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในบริบทของต่างประเทศ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในบริบทสังคมไทยยังมีค่อนข้างจำกัด และผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจน การศึกษานี้จึงมีความสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือในการป้องกันความเสี่ยง เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

เพศ (gender) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย (Yeh et al, 2019) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง (Hansson et al., 2018)

อายุ (age) การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 36-60 ปี (Qin, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุในช่วง 25-34 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าช่วงอายุ 20-30 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กันตพัฒน์ ราชไชยา และมูทิตา พนาสธิย์, 2566)

ภาวะซึมเศร้า (depression) การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า เศร้าหมอง และมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง (Wang et al., 2020) ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามากจึงมีโอกาสหรือแนวโน้มที่จะนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (Sheehan et al., 1998)

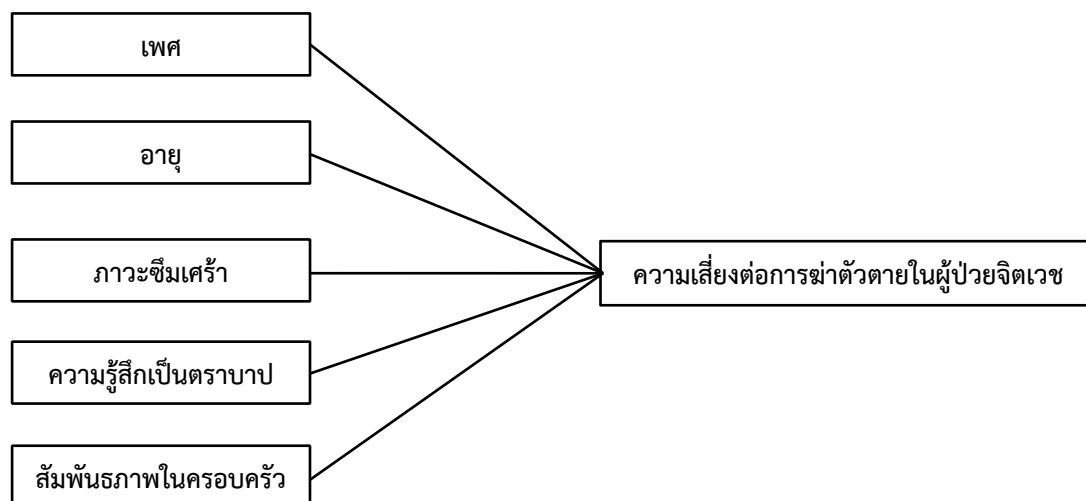
ความรู้สึกเป็นตราบาป (perceived stigma) เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นที่ยอมรับ อันเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชทำให้มีความแตกต่างจากคนทั่วไป ถูกแบ่งแยกกีดกันจากความมีอคติของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการถูกตีตรา (stigma) และ 2) ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) (Wahl, 1999) การศึกษาของ Wang et al. (2023) พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.060, p < .001$)

สัมพันธภาพในครอบครัว (family relationship) แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1982) และมอร์โร และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยมีสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวปฏิบัติต่อกันตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อให้ความเป็นครอบครัวนั้นสามารถดำรงอยู่ได้ ผู้ป่วยที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ที่มั่นคง มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด ลดภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ปฏิบัติต่อกันไม่เหมาะสมแล้ว ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวทางอารมณ์และเกิดความเครียดได้ง่าย จึงไม่สามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และมีความรู้สึกซึมเศร้าจนนำไปสู่การคิดทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตาย (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563)

อาจกล่าวได้ว่า เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 98,227 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18-60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรค ตามหลักของ ICD-10 หรือ DSM-V หรือ DSM-IV-TR 3) มีอาการทางจิตสงบ สามารถสนทนาได้ตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหูแว่วประสาทหลอนที่รุนแรง ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) โดย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ถือว่าอาการทางจิตสงบ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมองและสติปัญญา 5) ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 6) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 7) สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือถอนตัวจากงานวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .2 ซึ่งได้จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563; Oexle et al., 2018) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 193 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์หรือการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีกร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 19 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 212 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ที่พัฒนาจากแนวคิด Overall & Gorham (1962) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 1-7 คะแนน (1 หมายถึง ไม่มีอาการจนถึง 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก) ให้คะแนนโดยพิจารณาจากการสังเกตอาการของผู้ป่วยและการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง คะแนนรวมทั้ง 18 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 18-126 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ถือว่าอาการทางจิตสงบ จะสามารถเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ยาที่ได้รับ การบำบัดรักษาที่ได้รับ อายุที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตเวช ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา และวิธีการที่เคยใช้ในการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview Module C. Suicidality) พัฒนาขึ้นโดย Sheehan et al. (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (current suicide risk) และการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจฉัยโรค modules C ของ suicidality โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบคำตอบเดียว (dichotomous question) มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ

“ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนแตกต่างกัน ตั้งแต่ 0-8 คะแนน การคิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ค่าคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (Thai Depression Inventory: TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดระดับอาการซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ความสนใจสิ่งแวดล้อม การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าว ถึง 3 หมายถึง อาการมีความรุนแรงมาก ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป พัฒนาโดยวอล (Wahl, 1999) ฉบับภาษาไทยดัดแปลงโดย ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และอรรณณ วรรณชาติ (อรรณณ วรรณชาติ, 2550) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ใช้สำหรับวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางลบ จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน (0 หมายถึง ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย ถึง 5 หมายถึง มีสถานการณ์นั้นบ่อยมาก) การแปลผลคะแนนข้อคำถามด้านบวกจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนการรับรู้ตราบาปมีค่าระหว่าง 0-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ของ รัตนา สำราญใจ (2541) ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี จิตะปุระ (2536) โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1982) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน 12 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 6 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน 9 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 31 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (1 หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 จริงมากที่สุด) การคิดคะแนนจากผลรวมของทุกข้อคำถาม โดยคำถามที่มีความหมายทางลบให้กลับคะแนนก่อนนำคะแนนรวมกันเพื่อหาค่าเฉลี่ย การแปลผลค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว โดยคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ โดยนำแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป และแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .72, .95, .94, .73, และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA.MURA 2022/435 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 003/2566 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 และได้ทำหนังสือขออนุญาตการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการทำลายเอกสารทั้งหมดตามระยะเวลาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนเตรียมการและขั้นตอนดำเนินการ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ขออนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อบรมการใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินอาการทางจิต จากจิตแพทย์ และทำ inter-rater ในส่วนของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ชุดภาวะฆ่าตัวตาย และแบบประเมินอาการทางจิต ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยและจิตแพทย์ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่าเท่ากับ .75 และ .98 ตามลำดับ
4. หลังจากได้รับอนุมัติการทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประสานหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล และประสานงานกับพยาบาลประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย ในการแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้กับผู้วิจัย และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ห้องที่เป็นส่วนตัว ประสานเจ้าหน้าที่ ในการสัมภาษณ์โดยไม่กระทบต่อคิวเข้าตรวจของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่สนใจและยินดีเข้าร่วมและให้ลงนามในหนังสือยินยอม จากนั้นประเมินอาการทางจิตโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต ถ้าผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยขอยุติและประสานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้จิตแพทย์ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที มีการเตรียมอาหารว่างไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการพักในระหว่างการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า หรือมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง

จะได้รับคำแนะนำ และประสานพยาบาลห้องตรวจ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้จิตแพทย์เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point biserial correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) เนื่องจากผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ตัวแปรอายุ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 212 คน เพศชาย ร้อยละ 52.36 เพศหญิงร้อยละ 47.64 อายุเฉลี่ย 41 ปี ($SD = 11.47$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.79 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.11 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 53.77 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร้อยละ 68.87 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.06 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 98.58 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (schizophrenia/schizoaffective/psychosis) โรคจิตเวชจากสารเสพติด (substance disorders) และโรคซึมเศร้า (depressive disorders) (ร้อยละ 48.59, 14.62 และ 14.15 ตามลำดับ) การบำบัดที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดด้วยยา ได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 74.53 ได้รับการบำบัดด้วยยาและจิตสังคมบำบัด ร้อยละ 25 ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตเวชมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.74 อายุที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-40 ปี ร้อยละ 76.42 มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 65.09 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 70.28

2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 3.58 คะแนน ($SD = 6.66$) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 9.78 คะแนน ($SD = 10.57$) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาป เท่ากับ 23.84 คะแนน ($SD = 10.33$) คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 127.41 คะแนน ($SD = 25.89$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็น トラบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 212)

ระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($M = 3.58, SD = 6.66$)			
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	0	130	61.32
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย	1-8	52	24.53
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง	9-16	16	7.55
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับมาก	17-52	14	6.60
ภาวะซึมเศร้า ($M = 9.78, SD = 10.57$)			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-20	181	85.38
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	21-25	13	6.13
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	26-34	7	3.30
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	35-40	6	2.83
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก	41-60	5	2.36
ความรู้สึกเป็นトラบาป ($M = 23.84, SD = 10.33$)			
ไม่มีการรับรู้ตราบาป	0-21	103	48.58
มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ	22-43	98	46.23
มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง	44-65	11	5.19
สัมพันธภาพในครอบครัว ($M = 127.41, SD = 25.89$)			
สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี	1.00-1.99	4	1.88
สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี	2.00-2.99	33	15.57
สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี	3.00-3.99	53	25
สัมพันธภาพในครอบครัวดี	4.00-5.00	122	57.55

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพใน ครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์ point biserial correlation พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb}=.14, p=.04$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล (r_{pb}) ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จิตเวช (n=212)

ตัวแปร	r_{pb}	p-value
เพศ	.14	.04

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Spearman's rank correlation coefficient พบว่าภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นตราบาป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.57, p=.00, r_s=.34, p=.00$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.34, p=.00, r_s=-.40, p=.00$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ($n=212$)

ตัวแปร	r_s	p -value
อายุ	-.34	.00
ภาวะซึมเศร้า	.57	.00
ความรู้สึกเป็นตราบาป	.34	.00
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	-.40	.00

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (McQuaid et al., 2022) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 ปี ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (Listabarth et al., 2020) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง (Hansson et al., 2018) การที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจอธิบายได้จากความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับโรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย 6.45 เท่า ($OR=6.45, 95\% CI 5.29-7.87$) (Yeh et al., 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Qin (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะพบมากในโรค borderline personality disorders, bipolar disorder, recurrence depression, และ substance or alcohol use disorders ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 45.54) รองลงมาคือโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 23.76) และโรควิตกกังวล (ร้อยละ 15.84) ตามลำดับ จึงอาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 36-60 ปี (Qin, 2011) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต่างกันโดยอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดจะเป็นช่วงอายุ 20-29 ปี (Song et al., 2020) อายุของบุคคลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าการศึกษาที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะที่เพิ่มขึ้น (Sheldon & Kasser, 2001) ในขณะการศึกษาของ Teenoth et al. (2024) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาจากโรงเรียน 8 แห่ง ที่มีอายุเฉลี่ย 13.60 ปี ($SD = 0.4$) พบว่า ความหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=1.24$, 95% CI 0.64-3.52) ซึ่งการที่บุคคลมีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัยผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุน้อยจะมีลักษณะของการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ดี ถูกกระตุ้นได้ง่าย ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุมากจะมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย จึงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ลดลง จึงอาจมีส่วนในการอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การศึกษาของ Wang et al. (2023) พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Sheehan et al. (1998) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Scoliers et al., 2009; Wang et al., 2020) นอกจากนี้การที่บุคคลมีอาการของภาวะซึมเศร้าหลายอาการ ก็จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาอาการของภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิง พบว่า ความรู้สึกลอยลางอาหารลดลง ($OR = 1.46$, $p<0.01$) น้ำหนักลด ($OR = 1.30$, $p<0.01$) อาการนอนไม่หลับ ทำอะไรเชื่องช้า ($OR=1.35$, $p<0.01$) รู้สึกไร้ค่า ($OR = 4.18$, $p<0.01$) ความรู้สึกผิด สมาธิลดลง และการตัดสินใจบกพร่อง มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย และในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าแย่ง อารมณ์เศร้า รับประทานมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม และอาการอยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย ($OR = 1.20$, $p<0.05$) จะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (Yan et al., 2013) นั่นคือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหลายอาการจะมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นตราบาปกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Oexle et al. (2018) ที่พบว่าการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) และประสบการณ์การถูกแบ่งแยกกีดกัน (experienced discrimination) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุพบว่า การรับรู้ตราบาป (perceived stigma) และการถูกแบ่งแยกกีดกันที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับ (experienced discrimination) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความคิดฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ Wang et al. (2023) ที่พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.06$, $p<.001$) ตามแนวคิดของ Wahl (1999) อธิบายว่า

การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบ รับรู้ว่าไม่เป็นที่ยอมรับจากการที่มีลักษณะของความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการถูกตีตรา (stigma) กล่าวคือ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นจากการเป็นผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะของผู้ที่มีความสามารถน้อยกว่าที่มีอยู่เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาทางจิตเวช การถูกบุคคลอื่น ๆ หลีกเลียงไม่เข้าใกล้ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาทางจิตเวช เป็นต้น การถูกแสดงท่าทางรังเกียจหรือหลีกเลียงอย่างตั้งใจ ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโกรธเจ็บปวด ท้อแท้ นอกจากอารมณ์ที่เกิดขึ้น การถูกตีตรายังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ แยกตัวจากสังคม ไร้ความสนใจคนอื่นยาก และนำไปสู่อาการวิตกกังวล และ อารมณ์เศร้า เป็นต้น และ 2) ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) โดยเป็นประสบการณ์ ที่ถูกเลือกปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ จากความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ การถูกให้ออกจากงานหรือปฏิเสธรับเข้าทำงาน การถูกตัดโอกาสทางการศึกษา การประสบปัญหาในการเช่าห้องพัก หรือหาที่พักอาศัย หลังจากที่มีโรคทางจิตเวชเปิดเผย เป็นต้น (อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550) ทำให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้อาการมีมากขึ้น อาการดังกล่าวเช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการหวาดระแวง และทำให้ผู้ป่วยลังเลใจในการสมัครงาน การเรียน หรือแม้กระทั่งการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการรับรู้พฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง และมีความรู้สึกเป็นตราบาปในรูปแบบของการถูกตีตรา และการแบ่งแยกกีดกัน อาจนำไปสู่ความรู้สึก โกรธเจ็บปวด ท้อแท้ ทำให้มีการแยกตัวเองจากสังคม ไม่ไว้วางใจใครและไม่อยากเปิดเผยความเจ็บป่วยให้คนอื่นรับรู้ และนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าตนเองที่ลดลง อาการทางจิตที่เพิ่มมากขึ้น ความรู้สึกเป็นตราบาปดังกล่าวจึงนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชได้

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pan et al. (2021) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่าง บิดา-มารดา และพี่น้อง มีความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่สัมพันธภาพกับบิดา-มารดา และพี่น้องไม่ดี มีความเสี่ยงต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพดี 1.56 เท่า ($OR = 1.56, p < .001$) และ 1.15 เท่า ($OR = 1.15, p = .014$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้นี้อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ความผูกพันในครอบครัว ความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย (Edwards et al., 2021) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน สร้างความไว้วางใจในครอบครัว มีการส่งเสริมสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว (Morrow & Wilson, 1961) การแสดงออกของสัมพันธภาพในครอบครัวโดยที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ใช้คำพูดและการกระทำที่แสดงว่ารักและห่วงใยผู้ป่วย มีการปลอบใจ ให้กำลังใจ มีการใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (รัตน สำนัญใจ, 2541; สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) อาจส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุน้อยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงเฉพาะด้าน โดยการลดความรู้สึกเป็นตราบาป และเพิ่มคุณภาพสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่มีการรับรู้ตราบาปหรือรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแตกต่างของระดับของตัวแปรที่ศึกษาเพิ่มขึ้น
2. ด้วยงานวิจัยนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์ ดังนั้นในการวิจัยต่อไปควรศึกษาในระดับตัวแปรทำนายหรือตัวแปรเชิงสาเหตุ เพื่อจะได้ข้อมูลที่บ่งชี้ชัดต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ และบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2563). ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- กัณฑ์พัฒน์ ราชไชยา, และมุกิตา พนาสธิตย์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(4), 380-393.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมิน อาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง* (น. 1-10). โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, ปธานนท์ ขวัญสนิท, อัจฉรา จรัสสิงห์ และ Thai M.I.N.I. Core Group. (2550). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 20 (1), 17-19.

- รัตนา สำราญใจ. (2541). *สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วย
ทหารเรือพื้นที่สตึก จังหวัดชลบุรี*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สุกุลพรรณ, และहरषा เศรษฐบุปผา. (2563). สัมพันธภาพในครอบครัวและ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช. *พยาบาลสาร*, 47(3),
240-252.
- อรพิน ยอดกลาง, และมณัฐส ทิพยมงคลกุล. (2563). *การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต*.
- อรรพรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตรา
ประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนุกุล หุ่นงาม, สมบัติ สุกุลพรรณ, และภัทราภรณ์ ภทรสกุล. (2566). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.
วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 18(3), 244-252.
- อัญชลี ฐิตะปุระ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Balhara, Y. P.S., & Verma, R. (2012). Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives Psychiatry*,
22(3), 126-133.
- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J., & Nordström, P. (2010). Suicide in
schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(7), 1153–1164.
<https://doi.org/10.1586/ern.10.82>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Routledge.
- Edwards, T. M., Patterson, J. E., & Griffith, J. L. (2021). Suicide prevention: The role of families
and carers. *Asia - Pacific Psychiatry*, 13(3), e12453.
<https://doi.org/10.1111/appy.12453>
- Friedman, P. H. (1982). The multiple roles of the integrative marital psychotherapist. *Family
Therapy*, 9(2), 109.
- Hansson, C., Joas, E., Pålsson, E., Hawton, K., Runeson, B., & Landén, M. (2018). Risk factors
for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. *Acta Psychiatrica
Scandinavica*, 138(5), 456–463. <https://doi.org/10.1111/acps.12946>
- Lester, D., & Walker, R. L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide
prevention efforts. *Crisis*, 27(3), 147–148. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.3.147>
- Listabarth, S., Vyssoki, B., Glahn, A., Gmeiner, A., Pruckner, N., Vyssoki, S., Wipfel, A.,
Waldhoer, T., & König, D. (2020). The effect of sex on suicide risk during and after
psychiatric inpatient care in 12 countries-an ecological study. *European Psychiatry :
The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e85.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.83>

- Marco, J. H., Pérez, S., & García-Alandete, J. (2016). Meaning in life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 689–700.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22285>
- McQuaid, R. J., Nikolitch, K., Vandeloo, K. L., Burhunduli, P., & Phillips, J. L. (2022). Sex differences in determinants of suicide risk preceding psychiatric admission: An electronic medical record study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 892225.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.892225>
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relations of bright high-achieving and under-achieving high school boys. *Child Development*, 32, 501–510.
- Nkporbu, A. K., Oti, I. K., & Stanley, P. C. (2023). Determinants of suicide behavior among the mentally ill in a Tertiary Hospital in South-South Nigeria. *Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences*, 4(3), 502-511. doi: 10.37871/jbres1702
- Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Rüsch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 169-175. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000949>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Pan, C. H., Chen, P. H., Chang, H. M., Wang, I. S., Chen, Y. L., Su, S. S., Tsai, S. Y., Chen, C. C., & Kuo, C. J. (2021). Incidence and method of suicide mortality in patients with schizophrenia: A nationwide cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(8), 1437-1446. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01985-8>
- Qin P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1445–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.002>
- Scoliers, G., Portzky, G., van Heeringen, K., & Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: A 5-year follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 201–213.
<https://doi.org/10.1080/13811110902835130>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37(4), 491-501. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.491>

- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr, & Silverman, M. M. (2016). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352–362. <https://doi.org/10.1111/sltb.12225>
- Sinclair, J. M., Mullee, M. A., King, E. A., & Baldwin, D. S. (2004). Suicide in schizophrenia: a retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 803–811. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007133>
- Song, Y., Rhee, S. J., Lee, H., Kim, M. J., Shin, D., & Ahn, Y. M. (2020). Comparison of suicide risk by mental illness: A retrospective review of 14-Year electronic medical records. *Journal of Korean Medical Science*, 35(47), e402. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e402>
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 8(1), e019472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>
- Teenoth, H., Sujith, A., Bose, S., & Shaveta, T. (2024). Association of childhood trauma, impulsivity, lower resilience, social support on daily stress in suicidal attempters and conceptualist. *Library Progress International*, 44(3), 1968-1983.
- Valenstein, M., Kim, H. M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Zivin, K., Austin, K. L., Hoggatt, K., Eisenberg, D., Piette, J. D., Blow, F. C., & Olfson, M. (2009). Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression treatment: prioritizing suicide prevention efforts. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.020>
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Wang, R., Zheng, S., Ouyang, X., Zhang, S., Ge, M., Yang, M., Sheng, X., Yang, K., Xia, L., & Zhou, X. (2023). Suicidality and Its Association with Stigma in Clinically Stable Patients with Schizophrenia in Rural China. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 1947–1956. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S413070>
- Wang, S., Li, C., Jia, X., Lyu, J., Wang, Y., & Sun, H. (2020). From depressive symptoms to suicide risk: Roles of sense of belongingness and acquired capability for suicide in patients with mental disorders. *PsyCh Journal*, 9(2), 185–198. <https://doi.org/10.1002/pchj.334>
- World Health Organization. (2025, March 25). *Suicide*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Yan, F., Xiang, Y. T., Hou, Y. Z., Ungvari, G. S., Dixon, L. B., Chan, S. S., Lee, E. H., Li, W. Y., Li, W. X., Zhu, Y. L., & Chiu, H. F. (2013). Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 447–454. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0555-0>
- Yeh, H. H., Westphal, J., Hu, Y., Peterson, E. L., Williams, L. K., Prabhakar, D., Frank, C., Autio, K., Elsis, F., Simon, G. E., Beck, A., Lynch, F. L., Rossom, R. C., Lu, C. Y., Owen-Smith, A. A., Waitzfelder, B. E., & Ahmedani, B. K. (2019). Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 70(9), 750–757. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800346>