



สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

Family Relationships and Suicidal Risks of Clients Receiving Services at Mental Health and Psychiatric Clinic.

สุกัญญา	เมืองมาคำ *	Sukanya	Muangmakham *
สมบัติ	สกุลพรรณ **	Sombat	Skulphan **
हररชา	เศรฐฐบุพผา ***	Hunsa	Sethabouppha ***

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญระดับโลกซึ่งมีหลายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพในครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดภาคเหนือ ที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 383 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และสถิติเชิงสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.77$) เช่นเดียวกับสัมพันธภาพรายด้านทุกด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.38 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r = -.52$, $p < .001$) และรายด้านทุกด้าน

ผลการวิจัยครั้งนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดภาคเหนือสามารถนำไปใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และหาแนวทางในการเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ต่อไป

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Lecturer, Faculty of Nursing, ChiangraiCollege, sukanya_mu@hotmail.com

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, sombat.sk@cmu.ac.th

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 26 ธันวาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 4 สิงหาคม 2560 วันตอบรับบทความ 28 ธันวาคม 2560

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

Abstract

Suicide risks are a major mental health and psychiatric problem in the world. There are many important factors related to suicide risks, especially family relationships. The purpose of this descriptive correlational research was to study the relationship between suicidal risks of clients receiving services at mental health and psychiatric clinics and the relationships with their families. Participants included 383 clients who are between 25-59 years old and received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals located in the Northern Thailand. The data was collected between May to August 2017. Research tools were Family relationship assessment and the suicidality in Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.]. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The participants had fairly good family relationships as a whole ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.77$). They also had fairly good family relationships in each of the following domains: love and caring concern domain, sharing of recreation domain, respect for each other domain and the unity in the family domain.
2. Almost 39% (38.38%) of the participants had suicidal thoughts or attempted suicide.
3. There was a moderate negative correlation of family relationship as a whole with suicidal risks ($r = -.52, p < .001$), and also there was a moderate negative correlation of each domain with suicidal risks.

This results can help the mental health and psychiatric personnel in community hospitals located in Northern Thailand when they screening for suicidal risks in clients who had poor family relationship and develop guidelines for suicidal risks surveillance among adult clients.

Keywords: Family relationships, Suicidal risks, Clients, Mental health and psychiatric clinic

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในปี 2012 พบว่าประชากรทั่วโลกกว่า 800,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าในจำนวนนี้มีผู้ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี ถึงร้อยละ 86 (World Health Organization, 2016) ในประเทศไทยมีการสำรวจความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติ ในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-59 ปี พบว่า ประชากรไทยมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 7.3 โดยกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ 35-44 ปี (Sriruenthong et al., 2011) จากรายงานอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของประชากรไทยพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น คือ พ.ศ. 2558 จำนวน 8,153 คน คิดเป็นอัตรา 12.54 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 13,538 คน คิดเป็นอัตรา 20.82 ใน พ.ศ. 2559 National Center For Suicide Prevention (2017) ซึ่งเกินกว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดไว้ว่าไม่เกิน 6.0 ต่อประชากรแสนคน (Department of Mental Health,

Ministry of Public Health, 2016) จากรายงานสถิติการพยายามทำร้ายตนเองของผู้รับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายทั่วประเทศไทยครอบคลุม 77 จังหวัด พบว่าผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีนั้น มีการพยายามฆ่าตัวตาย 3,636 คน ใน พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 4,173 คน ใน พ.ศ. 2558 (International Association for Suicide Prevention, 2016) สำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า พ.ศ. 2557 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกช่วงวัยจำนวน 3,950 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 6.08 ต่อประชากรแสนคน National Center For Suicide Prevention. (2015) ได้เพิ่มขึ้นเป็น 4,131 คน คิดเป็นอัตรา 6.35 ต่อประชากรแสนคน ในพ.ศ. 2559 (International Association for Suicide Prevention, 2017) ซึ่งภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนมากที่สุดคือ ภาคเหนือโดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.32 ต่อประชากรแสนคนในพ.ศ. 2558 (International Association for Suicide Prevention, 2016) จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายนี้นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย และเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตจากสถิติข้างต้นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-59 ปีการฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อบุคคลที่กระทำการฆ่าตัวตายโดยต้องกลับมาเผชิญกับผลกระทบด้านจิตใจต่าง ๆ เช่น ความอับอาย ความรู้สึกผิด ความเศร้าโศก เป็นต้น (Jordan & McIntosh, 2011; Pacific Grove Hospital, 2016) ในส่วนของผลกระทบต่อร่างกายคือเกิดความเสียหายกับอวัยวะของร่างกายส่วนต่าง ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายไปจากการพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยผลกระทบที่รุนแรงที่สุดเมื่อฆ่าตัวตายสำเร็จคือ การถึงแก่ความตาย(Pacific Grove Hospital, 2016) นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อคู่สมรส พี่น้อง บุตร บิดา มารดา เพื่อน และบุคคลใกล้ชิดอีกด้วย (Survivors of Bereavement by Suicide, 2014) จากสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและผลกระทบ

ดังกล่าว จึงได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและองค์กรเอกชนที่ก่อตั้งขึ้นมา เช่น สมาคมสมาชิตันส์แห่งประเทศไทย (Samaritans, 2014) นอกจากนี้ในระดับสากลยังมีองค์การป้องกันการฆ่าตัวตายระหว่างประเทศ (IASP, 2016) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ให้ความช่วยเหลือในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ก็ยังมีการสูญเสียประชากรจากพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายได้ เช่น การป้องกันหรือจัดการปัญหาในเชิงรุกโดยการเข้าไปจัดการในส่วนของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ (Sadock, Sadock, & Ruiiz, 2015) พฤติกรรมการดื่มสุรา (Lotrakul, 2010) เป็นต้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชนที่อยู่อาศัย เป็นต้น (Mongkol et al., 2011) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การแต่งงาน สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (Maneeton, (2009) โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีหลายด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความรักความผูกพันในครอบครัว เป็นต้น (Setachandana, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาในชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.44$) (Promtub, 2008) มีการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้รับบริการ โรงพยาบาล ร้อยกวาง ในจังหวัดแพร่ พบว่าร้อยละ 31 ของผู้รับบริการที่พยายามฆ่าตัวตายมีการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด (Khamlue, 2012) และในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีตัวแปรเกี่ยวกับครอบครัว เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความ

สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (Akbari et al., 2015) จะเห็นได้ว่าหากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของบุคคลไม่ดีมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ขาดความรักความผูกพันกันในครอบครัว อาจทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด ทำให้บุคคลเลือกที่จะจบปัญหาต่าง ๆ หรือประชดด้วยการฆ่าตัวตายโดยที่ไม่ปรึกษาคนในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แม้จะมีการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ หลายการศึกษา แต่เนื่องจากลักษณะทางวัฒนธรรมของประเทศไทยมีความเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างประเทศอื่นในโลก เช่น วิธีการดำเนินชีวิต บุคลิกภาพ เป็นต้น (Thandee, 2013) ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยังไม่สามารถอธิบายลักษณะของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านด้านกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นก็พบอยู่บ้าง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาทั่วไป พบว่าในบางการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Promtub, 2008) บางการศึกษากลับมาไม่มีความสัมพันธ์ (Akbari et al., 2015) บางการศึกษารายงานเพียงร้อยละของปัจจัยแต่ละด้านที่พบในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Khamlue, 2012) ซึ่งในการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวแต่ละด้านและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ที่ชัดเจนได้ อีกทั้งภาคเหนือที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสูงสุดอย่างต่อเนื่องนั้นมีบริบทแตกต่างจากภาคอื่น ๆ โดยภาคเหนือนี้มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จหลายประการ เช่น มีค่านิยมในการรักษาหน้าหรือศักดิ์ศรีของตน มีบุคลิกขี้อาย เกรงใจ (Siruenthong et al., 2011) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีแนว

โน้มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การป้องกันปัญหา หรือลดปัญหา และผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

คำถามการวิจัย

1. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างไร
2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างไร
3. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับสากลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยพบว่าผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดีมีแนวโน้มในการเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวคิดการจำแนกโรคทางจิตเวช (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Leclubier et al., 1997) ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal

idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ Friedman, 1992; Morrow & Wilson (1961) ซึ่งมี 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประชากรที่จะใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชนใน 17 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์ แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และเพชรบูรณ์ จำนวน 120,273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ จำนวน 383 ราย มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krajcie & Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยใช้อัตราส่วน 3:1 (Srisatidnarakul, 2007) สุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตบริการสุขภาพได้ 6 จังหวัด คือ เชียงใหม่ พะเยา ลำปาง พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และนครสวรรค์ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดตามอัตราส่วนดังกล่าวได้ 24 จาก 71 โรงพยาบาล หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการคำนวณสัดส่วนจากประชากรผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาล ทำการเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ มีอายุ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปที่มารับบริการหรือผู้ที่มารับการรักษาด้านปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารภาษาไทย สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และสนใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ สร้างจากการทบทวนวรรณถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Samranchai, (1998) ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรีดแมน และ มอร์โร และวิลสัน ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งหมด 33 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้รับบริการเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของตนเองมากที่สุด และนำมาแปลผลค่าคะแนน 1-5 คะแนน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความรัก และความห่วงใยอาทร ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แปลผลตามคะแนนเฉลี่ย 4 ระดับ ดังนี้ระดับไม่มีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 ระดับค่อนข้างไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 ระดับค่อนข้างดีมีคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 และระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 4.00-5.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมิน

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวม จากผู้ที่มารับบริการ
คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขต
จังหวัดภาคเหนือที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ
โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีความ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ราย ได้เท่ากับ
.96 แบบประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัวในแต่ละด้าน
โดยมีด้านความรักความห่วงใยอาหาร ด้านการพักผ่อน
หย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและ
กัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ได้ค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .90, .95 และ .84 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โดยใช้ส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality)
จากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) ของ
Sheehan et al (2006) ฉบับภาษาไทยโดย Kittirat-
tanapaiboon, (2007) ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกใช้เครื่องมือ
จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือก่อนนำไป
ใช้จริง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ เป็น
คำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัว
เลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่าง
กัน จำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
เป็น 3 ระดับ (Kittirattanapaiboon, 2007) ดังนี้ ระดับ
น้อย มีค่าคะแนน 1-8 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่า
คะแนน 9-16 คะแนน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนน ≥ 17
คะแนน หาค่า interreter reliability กับจิตแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญได้ค่า เท่ากับ 100% หาค่าความเชื่อมั่นจาก
ผู้ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรง
พยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือที่ไม่ใช่โรง
พยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลดอยสะเก็ด
จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 11 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน
บาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ตามเอกสารรับรองเลขที่ 057/
2017) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
และมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อ
ใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็น
ความลับ และผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการแจ้ง
ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างให้
เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อดำเนิน
การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับ
ทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยและสนใจเข้าร่วม
การวิจัย กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอม
เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดีคณะ
พยาบาลศาสตร์ถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
ในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก
และไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีกระบวนการเลือก
เชิงกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้
วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังและกลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม
เป็นรายข้อ ใช้เวลาสอบถามประมาณ 20-30 นาที
4. เมื่อสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อ
ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการของคลินิกสุขภาพจิต
และจิตเวชตามขั้นตอนต่อไป
5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาลงข้อมูล
และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย
ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และ
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการทางสถิติ
การแจกแจงความถี่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน หาค่าร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับคะแนน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายเป็นร้อยละ 56.66 และ เพศหญิงร้อยละ 43.34 มีอายุระหว่าง 25-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 43.21 ปี (SD = 9.82) โดยอยู่ในช่วง 40-49 ปี และ 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.33 เท่ากัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.09 จบการศึกษาจากชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 51.69 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 39.43 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 32.12 มีสถานภาพสมรสคือสมรสมากที่สุด ร้อยละ 48.04 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกายร้อยละ 56.92 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ร้อยละ 78.07 โดยเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 34.45 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 28.72 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย ร้อยละ 90.60 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยดื่มสุราร้อยละ 63.45 ในจำนวนนี้เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 52.67 และส่วนใหญ่เลิกดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.71

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน (n = 383)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม		
ไม่ดี	10	2.61
ค่อนข้างไม่ดี	78	20.37
ค่อนข้างดี	159	41.51
ดี	136	35.51
Range = 1.61-4.97 ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.77)		
ด้านความรักและความห่วงใยอาทร		
ไม่ดี	4	1.04
ค่อนข้างไม่ดี	60	15.67
ค่อนข้างดี	162	42.30
ดี	157	40.99
Range = 1.75-5.00 ($\bar{X}$ = 3.70, SD = 0.76)		
ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว		
ไม่ดี	52	13.58
ค่อนข้างไม่ดี	120	31.33
ค่อนข้างดี	126	32.90
ดี	85	22.19
Range = 1.00-5.00 ($\bar{X}$ = 3.05, SD = 0.98)		

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน		
ไม่ดี	20	5.22
ค่อนข้างไม่ดี	78	20.37
ค่อนข้างดี	148	38.64
ดี	137	35.77
Range = 1.22-5.00 ($\bar{X}$ = 3.55, SD = 0.88)		
ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน		
ไม่ดี	7	1.83
ค่อนข้างไม่ดี	48	12.53
ค่อนข้างดี	106	27.68
ดี	222	57.96
Range = 1.00-5.00 ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.85)		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด มีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมค่อนข้างดีร้อยละ 41.51 โดยร้อยละ 42.30 มีสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความรักและความห่วงใยอาทรค่อนข้างดี ร้อยละ 32.90 มีสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการพักผ่อนหย่อน

ใจร่วมกันในครอบครัวค่อนข้างดี ร้อยละ 38.64 มีสัมพันธภาพในครอบครัวด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ค่อนข้างดี และร้อยละ 57.96 มีสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันดี

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบและ ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 383)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	236	61.62
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	147	38.38
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ระดับน้อย	112	76.19
ระดับปานกลาง	21	14.29
ระดับรุนแรง	14	9.52

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 38.38 โดยร้อยละ 76.19 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านกับความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	-.52**
สัมพันธภาพด้านความรักและความห่วงใยอาหาร	-.50**
สัมพันธภาพด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว	-.41**
สัมพันธภาพด้านการเคารพซึ่งกันและกัน	-.48**
สัมพันธภาพด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	-.50**

** p < .001

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้านกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม ($r = -.52, p < .001$) และสัมพันธภาพในครอบครัวรายด้านทุกด้านคือ ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร ($r = -.50, p < .001$) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($r = -.41, p < .001$) ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ($r = -.48, p < .001$) และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r = -.50, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษานี้ถือปฏิบัติตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.07 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และร้อยละ 47.33 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งอาจมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.58 (0.77) และพบว่าสัมพันธภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chompikul (2009) ที่พบว่าสัมพันธภาพใน

ครอบครัวของครอบครัวทางภาคเหนือมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 รองลงมาคือระดับดี ร้อยละ 27.7 ในด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดนั้น ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ($\bar{X} = 3.38$) ซึ่งไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมร่วมกันมากนัก เช่น การเล่นเกม การไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีการใช้เวลาร่วมกันอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น เช่น คู่สมรสที่สามีดูแลภรรยา ช่วยดูแลบุตรหลังคลอดนั้นจะสัมพันธ์กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่สูงด้วย (Satipan, Sriareporn, & Sansiriphun, (2016)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน เขตจังหวัดภาคเหนือที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชถึง ร้อยละ 78.07 ซึ่งเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอื่น ๆ เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 28.72 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 47.33 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 38.38 (ตารางที่ 2) โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงร้อยละ 9.52 ระดับปานกลางร้อยละ 14.29 และระดับน้อยร้อยละ 76.19 คล้ายคลึง

กับการศึกษาของ Sriruenthong et al., (2554) ที่พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มโรคเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ และการศึกษาของวินัย (Robkob, Skulphan, & Sethabouppha, (2018) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิก สุขภาพจิตและจิตเวช

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัวด้วยบทบาทที่แตกต่างกันไป โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 48.04 และมีสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 18.28 โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = -.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 3) เช่นเดียวกับรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใยอาหาร ($r = -.50, p < .001$) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ($r = -.41, p < .001$) ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน ($r = -.48, p < .001$) และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r = -.50, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีนั้นมีความสัมพันธ์กับการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต่ำ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Promtub (2008) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ($r = -.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวที่ได้นี้สามารถนำไปใช้ในการเสนอแนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัวและด้านการเคารพซึ่งกันและกันให้มีเพิ่มมากขึ้น เช่น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวใช้เวลากันอย่าง

มีคุณค่า ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ เห็นคุณค่ากัน และกัน ปรึกษาหารือกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบนั้น บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปหาแนวทางในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ป้องกันการฆ่าตัวตาย และพิจารณาเพื่อเสนอนโยบายสำหรับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่อาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่แนวทางและนโยบายในการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และทำการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยที่พบสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เนื่องจากมีหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถนำไปใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดภาคเหนือ

2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพ ที่มีบริบทแตกต่างจากภาคเหนือ เช่น ภาคตะวันออก ในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้รับ เฝียงเหนือ ภาคกลาง เป็นต้น บริการให้ครอบคลุมในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Akbari, M., Haghdoust, A. A., Nakhaee, N., Bahramnejad, A., Baneshi, M. R., & Zolala, F. (2015). Risk and protective factor for suicide attempt in Iran: a matched case-control study. *Archives Of Iranian Medicine*, 18(11), 747-52.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499-505.
- Chompikul, J., Sutcharitchan, P., Sueluerm, K., & และ Dammee,D. (2009). *Relationships in Thai Families* Nakhon pathom: ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health.. (2016). *Strategic Plan during the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) of Department of Mental Health* Retrieved from <http://www.dmh.go.th /intranet/p25542560-2564.pdf>. (In Thai)
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice*: Pearson.
- International Association for Suicide Prevention. (2016). *Welcome*. Retrieved November 29, 2016, From <https://www.iasp.info/>
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (1st ed.). New York: Routledge.
- Khamlue, A. (2012). Suicide attempters and complete suicide in Rongkwang Hospital. *Bulletin of Suan Prung*, 28(1), 42-50. (In Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Arunpongpaissal, S., Mahatnirunku, S., Kongsuk, T., Chuwong, K., Booncharoen, H., ... Charatsingha, A. (2007). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-revised 2007*. Reteived from http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf. (In Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., ... Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lotrakul, M.. (2010). *Suicide Ttreatment and Prevention* (1st ed). Bangkok: Mahidol University. (In Thai)

- Maneeton, B. (2009). *Consultation-Liaison Psychiatry* (1st ed). Chiangmai: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Chiangmai University. (In Thai)
- Mongkol, A., Yotkham, M., Anusak, B., Rojanaratanangkule, S., Tungsaree, T., & Monkol, N. (2011). Cultural Factor with Suicide Prevntion in Upper North. *Journal of health science*, 20(1), 25-40. (In Thai)
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relationship of bright high-achieving and under-achieving high school boy. *Child Development*, 32(3), 501-510.
- National Center For Suicide Prevention. (2015). *The report of the suicidal rate in Thailand in 2014*. Reteived from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=18>. (In Thai)
- National Center For Suicide Prevention. (2016). *The report of the suicidal attempt rate in Thailand*. Retrieved from https://www.suicidethai.com/report/dmh/age_506s.asp (InThai)
- National Center For Suicide Prevention. (2017). *The report of the suicidal rate in Thailand in 2016*. Reteived from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=20>. (In Thai)
- National Center For Suicide Prevention. (2017). *The report of the suicidal attempt rate in Thailand*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/506ds/graph/506ds1.asp?suid=&uname=>. (In Thai)
- Pacific Grove Hospital. (2016). *Causes, Symptoms & Effects of Suicidal Ideations*. Retrieved October 19, 2016, From <http://www.pacificgrovehospital.com/disorders/suicidal-ideation/symptoms-signs-effects>.
- Promptub, P. (2008). *Suicidal risk among hill tribes and related factors*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing. Graduate school, Chiangmai University. (In Thai)
- Robkob, W., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2018). Depression, Alcohol Drinking Behaviors, and Suicidal Risks of Adolescents. *Nursing Journal*, 45(4), 144-158.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiiz, P. (2015). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11^{ed}). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Samaritans. (2014). *ABOUT SAMARITANS*. Retrieved from [http://www. Samaritansthai. com/aboutus/](http://www.Samaritansthai.com/aboutus/). (In Thai)
- Samranchai, R. (1998). *A Study of Family Relationship and Adaptation of Menopausal Women in Satahip Naval Base Chonburi Province*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master. Graduate school, Mahidol University. (In Thai)
- Setachandana, V. (2011). Epidemiology of Intentional Self-harm and Suicide in Buriram Province. *Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagrindra psychiatric hospital*, 11(1), 51-59. (In Thai)
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Sheehan, M., Amorim, P., Janavs, J., ... & Weiller, E. (2006). M.I.N.I. *The Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.0.0 DSM-IV*. Retrieved September 16, 2016, From http://narr.bmap.ucla.edu/docs/MINI_v5_00_2006.pdf

- Sriruenthong, W., Kongsuk, Th., Pangchun, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., Sukawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2011). The Suicidality in Thai population: A National survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4), 413-424. (InThai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. (Edition 4th). Bangkok: U & I inter media. (InThai)
- Satipan, C., Sriareporn, P., & Sansiriphun, N. (2016). Marital Relationship, Father-infant Attachment and Father Involvement in Postpartum Period. *Nursing Journal*, 43(Supplement), 71-81. (In Thai)
- Survivors of Bereavement by Suicide. (2014). *How suicide affects others*. Retrieved November 16, 2016, From <http://uk-sobs.org.uk/suicide-bereavement/how-suicide-can-affect-you/how-suicide-affects-others/>
- Thandee, D. (2013). *The social and cultural context*. Retrieved from <http://www3.ru.ac.th/korea/article1/article11.pdf>. (In Thai)
- The Royal Institute Dictionary. (2011). *Relationship*. Reteived from <http://www.royin.go.th/dictionary/>. (In Thai)
- The Royal Institute Dictionary. (2011). *Family*. Reteived from <http://www.royin.go.th/dictionary/>. (In Thai)
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. (1st ed.). France: WHO Library Cataloguing.