

ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย



นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF FAMILIES IN CARING FOR SUICIDE ATTEMPTED ADOLESCENTS



Miss Metta Chaiyachet

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่พยายาม  
ฆ่าตัวตาย

โดย

นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์

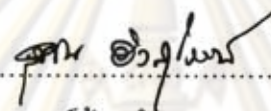
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

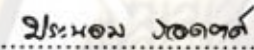
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

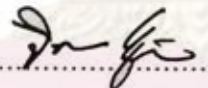
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....  ..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  ..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....  ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....  ..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมตตา ไชยเชษฐ์ : ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย. (EXPERIENCES OF FAMILIES IN CARING FOR SUICIDE ATTEMPTED ADOLESCENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ 89 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ของ Hesserl Phenomenology (Koch, 1995) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizi (1978 cite in Holloway and Wheeler, 1996)

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายสรุปได้ 4 ประเด็นหลัก และ 9 ประเด็นย่อย คือ ประเด็นที่ 1 ปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดแยกได้ เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ ฝึกระวังไม่ให้อำนาจตนเอง ให้คำปรึกษา/คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง และ หาเวลาว่างเพื่อพูดคุย ประเด็นที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง สามารถแยกย่อยได้ เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และ สร้างความรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ประเด็นที่ 3 สร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม สามารถแยกย่อยได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ ให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด และ เรียนรู้ยอมรับกันและกัน และประเด็นที่ 4 ย้ำเตือนความผูกพันด้วยรัก สามารถแยกย่อยได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ บอกให้ชัดว่ารัก และ พร้อมจะอยู่เคียงข้างกัน

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการดูแล ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล แก้ววัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาล ในการพัฒนาการพยาบาลอย่างองค์รวม

# จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อ นิสิต..... *622004* *โจนส์*  
ปีการศึกษา 2552.....ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษา..... *โจนส์*

## 4977595836 : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : FAMILY / SUICIDE / ADOLESCENT / EXPERIENCES /

METTA CHAIYACHET : EXPERIENCES OF FAMILIES IN CARING FOR  
SUICIDE ATTEMPTED ADOLESCENTS. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.  
JINTANA YUNIBHAND, PhD., 89 pp.

The purpose of this study was to discover experience of families in caring for suicide attempted adolescents. A qualitative method of Husserl Phenomenology (Koch, 1995) was applied as a methodology of this study. The key informants were 7 persons in 3 families experiencing caring suicide attempted adolescents who lived with families in Sakonnakhon province. Data collected by in-depth interview which were tape-recorded and transcribed verbatim. The Colaizi's method (1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) was applied for data analysis.

The finding revealed that experience of families in caring for suicide attempted adolescents could be concluded into four major themes and nine sub-themes: 1. Giving close attention and protection with three sub-themes, i.e. surveillance for suicide act, providing counseling and advice whenever needed, and purposely arranging time for conversation; 2. Building strength with two sub-themes, i.e. caring for physical health, and increasing feeling of being a significant person; 3. Establishing new shelter with two sub-themes, i.e. forgiving the past, and learning to accept each other; and 4. Confirming unconditional love with two sub-themes, i.e. outspoken of love, and indicating willingness to be side by side.

This study provided background knowledge for designing nursing care plan for families of suicide attempted adolescents aiming suicidal prevention and designing future research to improving holistic nursing care.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing  
Academic Year: 2009.....

Student's Signature *metta chaiyachet*  
Advisor's Signature *Jintana Yunibhand*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอิงของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ดร. รัชนิกร เกิดโชค อาจารย์ สุรศักดิ์ ตรีนัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใยและเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมาผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดที่เป็น ประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรมสั่งสอนและชี้แนวทางที่ถูกต้องตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตา กรุณาเป็น อย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความ อนุเคราะห์และช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาริชภูมิ นายแพทย์วรชัย อาชวานันทกุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คุณ สุรางค์ วนะภูติ และหัวหน้างานผู้ป่วยใน คุณสุดาวรรณ ประเคน ชัย ที่อนุญาต และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ

กราบขอบพระคุณ ครอบครัวที่ดูแล้วยุ่ทั้ง 3 ครอบครัวที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หากปราศจากครอบครัวเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

สุดท้ายนี้กราบขอบพระคุณ ทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นแรงใจในการศึกษา รวมทั้งเพื่อนๆ พี่ๆ น้อง ๆ ณ ที่ทำงาน และร่วมรุ่น ที่ดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย.....	7
ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย.....	7
ทฤษฎีเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและการพยายามฆ่าตัวตาย.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการวัยรุ่นและการดำเนินชีวิต.....	12
การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น.....	15
การพยาบาลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของครอบครัว..	21
บทบาทหน้าที่ของครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย.....	21
บทบาทของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย.....	23
แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	24
ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา.....	24
ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา.....	25
ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	27

ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	35
ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
จริยธรรมที่ใช้ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	42
4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
ผลการวิจัย.....	45
5 การอภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	56
อภิปรายผล.....	57
ข้อจำกัดทางการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	61
รายการอ้างอิง.....	62
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	70
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	71
ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์.....	74
บันทึกภาคสนาม.....	78
.....	
แบบบันทึกและถอดรหัสเบื้องต้น.....	79
การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์.....	80
ภาคผนวก ข.....	81
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสังเขป.....	82
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	89



## สารบัญภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1. แผนภาพ	สรุปประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย	53
2. แผนภาพ	สรุปการป้องกันเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด	53
3. แผนภาพ	สรุปสร้างความเข้มแข็ง	54
4. แผนภาพ	สรุปสร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม	54
5. แผนภาพ	สรุปย้ำเตือนความผูกพันด้วย	55



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตาย ถือได้ว่าเป็นการกระทำอันเป็นการทำลายตนเองที่รุนแรงที่สุด ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้น อาจเกิดจากความพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะตาย หรือ การแก่งว่าต้องการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งการฆ่าตัวตาย รายงานจากการสำรวจทั่วโลกในปี 2002 พบว่ามีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 100,000 คนต่อปี หรือประมาณวันละ 2,740 คน โดยที่การฆ่าตัวตายจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ของการตายในกลุ่มคนอายุ 15-59 ปี

ในปัจจุบันพบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่น ทั้งในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย (WHO, 2003) และประเทศไทย สำหรับประเทศไทยการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สอง รองจากอุบัติเหตุจราจรทางบก (มานิช, 2010) การฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายซึ่งก็คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ซึ่งการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และ มานิช หล่อตระกูล (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยช่วง พ.ศ.2536-2546 ที่พบว่าวัยรุ่นตอนปลายรวมถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มนี้นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความสะเทือนใจแก่ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงของผู้ตาย เป็นการสูญเสียของครอบครัวและสังคมอย่างประเมินค่าไม่ได้ (มะลิ ชูโต, 2548) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการฆ่าตัวตายนั้นไม่สำเร็จ อาจส่งผลให้ วัยรุ่น มีปัญหาทางสุขภาพทางกายและจิตตามมา และนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญภรณ์ ใจมั่ง (2549) ที่ศึกษาถึงการปรับตัวของวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ภายหลังจากที่วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดรักษาจาก แพทย์พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ และกลับสู่ชุมชนพบว่า ความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ในด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระ การมีทักษะทางสังคมและสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีแนวโน้มที่ถดถอยและการศึกษาของ กรรณิการ์ เกาหมอ และ ศิริมา เนาวรัตน์ (2542) ที่พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้น ภายหลังจากที่ สมาชิกในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตายจะส่งผลต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน

เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีวุฒิภาวะและพัฒนาการ ทางร่างกายเทียบเท่าผู้ใหญ่ กล่าวคือ ในวัยนี้ลักษณะทางอารมณ์จะแปรปรวน เปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการความเป็นอิสระ อยาก

เด่นอยากดัง แสวงหาเอกลักษณ์และบทบาทของตนเอง มีพลังมีความมุ่งมั่น มีความกล้าที่จะทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จ (พนม เกตุมาน, 2549) การที่วัยรุ่นมีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการด้านต่างๆดังที่กล่าวมา ทำให้นักทฤษฎีหลายท่าน ให้ความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของวัยรุ่นนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตรูปแบบต่างๆได้หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ เช่น ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาการฆ่าตัวตาย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) และจากศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่าโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นปัจจัยสนับสนุนปัจจัยหนึ่ง ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น นอกจากนี้ปัญหาบุคลิกภาพ ความตึงเครียดด้านอารมณ์ และสังคม (พนมศรี เสาร์สาร, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของ Barry M. Wagner (2003) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่ไม่สมบูรณ์ เป็นปัจจัยสนับสนุนปัจจัยหนึ่ง ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น และ ชนิษฐา บำเพ็ญ (2542) ที่พบว่าโครงสร้างครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายมักจะเป็นครอบครัวที่มีแบบแผนการเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวดบางครั้งปล่อยปละละเลยมีการเปลี่ยนแปลงและดุร้ายขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพขาด การประคับประคองทางอารมณ์ต่อกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ ทฤษฎีครอบครัว พบว่าโครงสร้าง และ การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นปัจจัยสนับสนุนปัจจัยหนึ่ง ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น หากครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สมบูรณ์ จะช่วยแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) เนื่องจากครอบครัว ถือได้ว่าเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต บุคคลไม่สามารถพัฒนาและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวยังเป็นหน่วยพื้นฐานแห่งการแลกเปลี่ยน สิ่งสำคัญที่แลกเปลี่ยนกันคือ ความรัก โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน การแบ่งปันและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งภายในครอบครัวและกับสังคมภายนอก ประสบการณ์ในแต่ละวันที่ได้รับภายในครอบครัวนั้น จึงมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หรืออาจทำให้เกิดความทุกข์และความเปราะบางแก่บุคคลได้เช่นกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ในปัจจุบันแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ได้มีการให้การดูแล และแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอย่างจริงจังในหลายรูปแบบ ทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การใช้ยา การให้คำปรึกษา การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม จิตบำบัดครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลร่วมด้วย เนื่องจากในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าการป้องกันและแก้ไขปัญหการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรมที่เห็นผลได้ชัดเจนและยั่งยืนได้แก่การ รับรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหอย่างจริงจังของครอบครัวนั่นเอง นอกจากนี้ ยังมีการจัดหาแหล่งสนับสนุนต่างๆมาช่วยในการป้องกัน

และแก้ไขปัญหาก็เป็นไปได้ในลักษณะที่ไม่ยั่งยืนถาวร เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการรักษา และการติดตามผล ขณะเดียวกัน การพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่งผลให้ภาวะการดูแลหลัก ขึ้นอยู่กับความสามารถของครอบครัว ในการดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อผู้วิจัยได้ทำการ ทบทวนเอกสาร รายงานวิจัย เอกสารทางวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่า ตัวตายของครอบครัว พบว่ายังไม่พบการศึกษา ถึงประสบการณ์ของครอบครัว ปัจจุบัน ผลกระทบที่ เกิดขึ้น มูลเหตุหรือแรงจูงใจของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างลึกซึ้ง และ แพร่หลาย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆของครอบครัว ตัวอย่างเช่นจากการศึกษาของ Lim Phaik Hooi (2002) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของ ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแล รับรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นความจำเป็นเพราะต้องการให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เป็นการทำให้ ตามความต้องการทำให้บิดามารดา แต่ก็ยอมรับว่าการดูแลเป็นภาระสำหรับผู้ดูแลอย่างมาก เพราะทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ ไม่มีงานทำ และบางครั้งก็รู้สึกกลัวกับอารมณ์ของผู้ป่วย และพบว่า ผู้ดูแลยังคงแสวงหาหนทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ออกจากโรคที่เป็น และยังคงต้องการการดูแลจาก ทางภาครัฐ ในการช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจของผู้ดูแลด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็น ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ผ่านประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ได้ รับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึกในการกระทำหรือการปฏิบัติ ในการดูแลวัยรุ่น ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยตรง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์ นั้นๆที่รับรู้ตามมุมมองในฐานะของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงซึ่งเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัย เชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งจะทำให้ได้รับรู้ประสบการณ์ จากการ อธิบาย การรับรู้ ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัว ที่แตกต่างจากความรู้ที่มีมาแต่เดิม จะทำให้ บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในครอบครัวและวัยรุ่นมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ต่อการจัดการรูปแบบทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ให้ สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของครอบครัวและวัยรุ่นและเป็นแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่ยั่งยืนในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ใช้การศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (1875-1938) ที่มุ่งการเข้าใจความหมายและประสบการณ์ของครอบครัว ในการดูแลวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กับสมาชิกครอบครัวของวัยรุ่น ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ครอบครัว** หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ดูแลวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายภายหลังจากที่วัยรุ่นได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน และไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จนถึงวันที่ครอบครัวสิ้นสุดการเป็นผู้ให้ข้อมูลวิจัย โดยเป็นสมาชิกที่มีความสัมพันธ์โดยสายโลหิตกับวัยรุ่น เช่น บิดา มารดา พี่น้องและ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา

**ประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์เรื่องราวที่ประสบ ความคิดความรู้สึกของครอบครัว ในการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของวัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อความอยู่รอดและดำรงไว้ซึ่งศักยภาพของวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว

**วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย** หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ที่มีประวัติ ว่ามีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ภายหลังจากจำหน่าย ไม่มีประวัติกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างน้อย 6 เดือนนับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก** หมายถึง การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง หรือการคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อหารายละเอียดที่เจาะลึกลงไปให้ถึงความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะตอบคำถามว่า การได้มีประสบการณ์เช่นนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ให้ข้อมูล (ชาย โพธิ์สีดา, 2550)

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การจัดรูปแบบการพยาบาล ที่สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมในการดูแล ครอบครัวและวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแลครอบครัวที่วัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ทางการศึกษาวิจัยในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชวัยรุ่นและครอบครัว ต่อไป



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อ อธิบายประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่น ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิด ปรัชญาการณวิทยาของ Husserl (1875-1938) ทัวไปแล้วการศึกษาวิจัยเชิงปรัชญาการณวิทยาโดยหลักการแล้วผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องก่อนการวิจัย เพื่อป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัยต่อข้อมูลที่ผู้ให้ ข้อมูลได้บรรยายถึงประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายครอบครัว แต่ในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนตำรา เอกสารวิชาการ บทความและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องก่อน ทำการวิจัย เพื่อจะได้ทราบถึงแนวคิดเกี่ยวกับ ครอบครัวและการดูแลของครอบครัวในภาพกว้าง เพื่อจะได้ตระหนักและจัดกรอบความคิดของผู้วิจัย เพื่อป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ อธิบายถึง ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย และเนื่องจากการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ของผู้วิจัยเป็นไปเพื่อการศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยควรจะมีการ ทบทวนวรรณกรรมทั้งนี้เพื่อให้ผู้วิจัยเองมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่สนใจศึกษา ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัย มีความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดเชิงปรัชญาการณวิทยาให้มากยิ่งขึ้น สารสำคัญในการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยในครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย
  - 1.1 ) ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย
  - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพยายามฆ่าตัวตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและการพยายามฆ่าตัวตาย
  - 2.1 ) การพยาบาลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายเน้นการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ดูแลใน

ครอบครัว

- 2.1) บทบาทหน้าที่ของครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น
- 2.2) การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว

4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรัชญาการณวิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

### 1.1 ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย

Shneidman (1976) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตายไว้ว่า เป็นการกระทำที่บุคคลมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง หรือหลุดพ้นจากการถูกบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต โดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมาหรือการกระทำทางอ้อมที่เป็นการฆ่าตัวตาย โดยที่การฆ่าตัวตายเป็นความคิดที่อยู่ในระดับที่บุคคลมีสติสัมปชัญญะที่ต้องการจะทำลายตนเอง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงการกระทำใดๆที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ การกระทำนั้นมีตั้งแต่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การขู่จะฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2531) การพยายามฆ่าตัวตายหมายถึง การเริ่มมีความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดหวังในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มีความหมาย และพยายามทำตามความรู้สึกนั้นจนถึงขั้นทำสำเร็จได้โดยไม่ถูกขัดขวาง พฤติกรรมที่แสดงออกมีทั้งวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือหุนหัน เป็นได้ทั้งระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

กล่าว โดยสรุปแล้วการฆ่าตัวตาย หรือ อคติวินิบาตกรรม คือ การที่บุคคลมีความคิดอยากทำร้ายตนเองเพื่อมุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิต อันเนื่องมาจากการถูกบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกหมดหวังในชีวิต คิดว่าชีวิตไม่มีความหมาย ได้มีผู้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายไว้หลายรูปแบบ จำแนกตามประเด็นด้านความคิดและประเภทของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### ด้านความคิดของการฆ่าตัวตายแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 1) Suicide Ideation เป็นความคิดหรือความฝันที่จะตาย รวมทั้งการทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ หรือ เป็นการแสดงออกโดยการเขียนจดหมาย วาดรูป ที่สื่อออกถึงความตาย
- 2) Suicide Threats เป็นทั้งคำพูดหรือการเขียนที่แสดงถึงการพยายามทำร้ายตนเอง แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ
- 3) Suicide Gestures เป็นการกระทำที่ทำร้ายตนเองโดยไม่ต้องการเสียชีวิตหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่แสดงออกเพื่อให้คนใกล้ชิดได้เห็นและสนใจ เช่น ใช้มีดพลาสติกกรีดข้อมือ
- 4) Suicide Attempts เป็นการมุ่งที่จะทำร้ายตนเอง โดยทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บจากเล็กน้อยจนถึงมาก แต่ยังไม่สำเร็จ
- 5) Completed or Successful Suicide คือ ฆ่าตัวตายสำเร็จ



## ด้านประเภทของบุคคลแบ่งได้ 4 ประเภท ดังนี้

- 1) The intended suicide people เป็นบุคคลที่พยายามกระทำ ทุกวิธีการ ในการทำร้ายตนเองเพื่อนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่สำเร็จ
- 2) Subintention people เป็นบุคคลที่บังเอิญที่มีความตั้งใจในการทำร้ายตนเองน้อยลง แต่ก็ยังทำทารุณตัวเองไปเรื่อยๆ
- 3) Unintentional people เป็นบุคคลที่บังเอิญตกอยู่ในความตายที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุ หรือโดยธรรมชาติ
- 4) Comtraintended people เป็นบุคคลที่ผู้ที่จะกระทำการฆ่าตัวตายแต่ไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำจริง

## 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

### ทฤษฎีทางด้านสังคม

Emile Durkheim นักสังคมศาสตร์ชาวฝรั่งเศส ได้เขียนไว้ในปี ค.ศ. 1951 (อ้างถึงใน สุวัฒน์ อารีพรรค, 2524) โดย Emile Durkheim ซึ่งเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์กับสังคม (Social Integration) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อการฆ่าตัวตาย ได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็นประเภทต่างๆ ตามหลักสังคมศาสตร์ เป็น 3 กลุ่มได้แก่

1) **Egoistic Suicide หมายถึง** การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในสังคมที่ปัจเจกชนมีความผูกพันกันน้อย หรือรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถที่จะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนนั้น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่มีความผูกพัน รู้สึกแตกแยกและชีวิตไร้ความหมาย เพราะผู้คนต่างถือว่าตัวใครตัวมัน ความร่วมมือระหว่างกันมีน้อยลง กลับมาเห็นแก่ตัวมากขึ้นจนทำให้บุคคล ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ เนื่องจากขาดความสัมพันธ์หรือไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลที่โสดจึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพราะการบูรณาการรวมเป็นหนึ่งเดียวแบบครอบครัว (Family integration) ชีวิตคู่ที่มีบุตรด้วย จะเป็นเกราะป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีที่สุด สังคมชนบทจะมีการบูรณาการรวมกับครอบครัวมากกว่าสังคมเมือง กรณีนี้พบได้บ่อยในประเทศตะวันตก ประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจหรือประเทศแถบตะวันออกที่มีการพัฒนาทางอุตสาหกรรมก็พบการฆ่าตัวตายในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น

2) **Altruistic suicide หมายถึง** การฆ่าตัวตายที่เกิดจากลัทธิเห็นแก่ประโยชน์คนอื่นเป็นหลัก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสังคมมากเกินไป หรือ บูรณาการรวมหน่วยของตนเองเข้ากับสังคมหน่วยใดหน่วยหนึ่งอย่างมากเกินไป เช่น ทหารญี่ปุ่นสมัยครีเจบินไปทิ้งระเบิดที่เกาะเพิร์ลทั้งหมดที่รู้ว่าไม่ได้กลับมา ที่เรียกว่า กามิกาเซ่ หรือ การคว้านท้องด้วยตนเองของทหารญี่ปุ่น เมื่อ

ประเทศแพ่งสงครามที่เรียกว่า ฮาราคีรี ถือเป็น การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการยึดถือกลุ่ม (Identity) เป็นทางเลือกของกลุ่มซึ่งได้รับการยอมรับ แยกเป็นข้อย่อยได้ดังนี้

2.1) การฆ่าตัวตายแบบถูกบังคับ (Obligatory altruistic suicide) เกิดจากสภาพสังคมของวัฒนธรรมและประเพณีของสังคมนั้นๆ เช่น กรณีที่ภรรยาต้องฆ่าตัวตายตามสามีโดยวิธีการกระโดดเข้าสู่กองไฟขณะที่กำลังเผาสามี ที่เรียกว่าพิธี suttree ของอินเดีย

2.2) การฆ่าตัวตายแบบเลือกได้ (Optional altruistic suicide) โดยยึดถือการปฏิบัติเช่นนี้ เป็นการรักษาเกียรติภูมิของครอบครัวและสังคม เช่น การฮาราคีรีในญี่ปุ่น หรือหน่วยกามิกาเซ่ ในสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง

2.3) การฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง (Acute altruistic suicide) เช่นการเผาตัวเองตายเพื่อเป็นการประท้วงการเมืองของพระในสงครามเวียดนาม

3) Anomic suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายของบุคคลที่การบูรณาการหน่วยรวม เข้ากับสังคมมีความระส่ำระสาย เป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดสภาวะปั่นป่วนขาดบรรทัดฐานที่แน่นอนในการปฏิบัติ ทำให้พฤติกรรมประเพณีของตนเองเปลี่ยนไป มักพบในบุคคลที่ฆ่าตัวตายในขณะที่เศรษฐกิจของตนเองเปลี่ยนแปลงอย่างมาก หรือเป็นการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในขณะที่สังคมขาดเสถียรภาพ มาตรฐานและเจตคติในสังคมแตกสลาย เช่น การล้มละลาย ลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นมากในสังคมที่มีความเจริญสูงทางด้านเศรษฐกิจ อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental Factors) มีอิทธิพลต่อบุคคลมาก

โดยสรุปทฤษฎีทางสังคมเชื่อว่า ลักษณะการฆ่าตัวตายของบุคคลนั้นกล่าวได้ว่า สภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เป็นบริบทรอบๆตัวบุคคลนั้น เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยหลักๆแล้วทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทรอบๆตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความคิดและความพยายามในการฆ่าตัวตายจนจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ

### ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา

Sigmund Freud เจ้าของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เป็นบุคคลแรกที่ได้อธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความก้าวร้าวรุนแรงได้หันกลับเข้าหาตนเอง ที่จริงแล้วในขั้นต้นความโกรธนี้มีต่อบุคคลหรือวัตถุที่เป็นที่รักที่ตายหรือจากไป บุคคลพยายามทำใจกับการสูญเสีย ด้วยการรับหรือสร้างภาพลักษณ์ของบุคคลหรือสิ่งของนั้นไว้ในจิตใจของตนเอง อย่างไรก็ตามแม้จะทำเช่นนั้นแล้วความโกรธก็ยังไม่หายไป และเนื่องจากภาพลักษณ์

ของบุคคลหรือสิ่งของนั้นได้อยู่ในจิตใจของตนเองแล้ว ความโกรธต่อภาพลักษณ์นั้นจึงเสมือนเป็นการโกรธต่อตนเอง การฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้นตามมา

ในทางจิตวิทยาถือว่า การพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรกเป็นสัญญาณเตือนภัยเป็นการประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากคนหรือสังคมรอบข้าง เป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for help) ส่วนวิธีการนั้นก็มีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจของผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายในขณะนั้น เฟอสท์และออสโทว์ (Furst and Ostow, 1979 อ้างถึงใน พนิดา ศรีคชินทร์, 2547)

อธิบายถึงระดับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลมีอย่างน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ 2 องค์ประกอบคือ

- 1) ระดับความรุนแรงของแรงจูงใจที่คิดจะฆ่าตัวตาย (Intensity of suicidal motivation)
- 2) ระดับ (ความรู้สึกต่อต้าน) ความขัดแย้งกับบุคคลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ (The degree of which this motivation is counterbalanced by a conflicting desire to live)

Schenidman และคณะ (1976) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในด้านแรงจูงใจไว้ดังนี้

- 1) การฆ่าตัวตายเป็นความก้าวร้าวที่ย้อนกลับเข้าหาตนเอง เป็นความปรารถนาที่จะทำลายสิ่งที่ตนเองรัก ความปรารถนาที่จะถูกฆ่าและความปรารถนาที่จะตาย ความโกรธ ความเกลียด ความดั่งเล จะย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง (Introjection) ในรูปของความก้าวร้าว ตั้งใจทำลายตนเอง และตัวแทนของผู้ที่ตนเองรักภายในตัวเอง ทั้งนี้รวมถึงการลักษณะของการฆ่าตัวตายบางส่วน (Partial suicide) เช่น บุคคลที่ทำการฆ่าตัดหลายๆครั้ง หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

- 2) การฆ่าตัวตายเป็นการเกิดใหม่และการกลับคืนมาใหม่ ทำลายส่วนที่ไม่เพื่อที่จะกลับมาเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ดีกว่า การหนีจากชีวิตที่เป็นทุกข์เพื่อจะพบความสุข

- 3) การฆ่าตัวตายจากความหมดหวัง ขาดคุณค่าในตนเองสูญเสียสิ่งที่รัก เนื่องจากผู้ที่กระทำมีระดับความคับข้องใจสูง เมื่อถูกปฏิเสธจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถพอที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือทำตามสิ่งที่คาดหวังได้ การฆ่าตัวตายเกิดจากการไม่ยอมรับความเป็นจริง รวมทั้งหาทางออกทางอื่นไม่ได้ การสูญเสียนับตั้งแต่ความเจ็บป่วย คือ สูญเสียสุขภาพของตนเอง สูญเสียความรัก เสียเงิน เสียอำนาจ เสียหน้า เสียสิ่งที่ตนเองเคยมีความภาคภูมิใจ เกิดความโศกเศร้า ซึมเศร้า มีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำยสุดจึงกระทำอัตวินิบาตกรรม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่า การที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายนั้น สืบเนื่องจากบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจอย่างสูง โดยที่ความคับข้องใจนั้นอาจเกิดจาก การที่บุคคลสูญเสียคนรักหรือคนสำคัญของรักของสำคัญ การพรากจาก การถูกเพิกเฉย ฯลฯ และความคับข้องใจนั้นได้รับการปฏิเสธ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย โดยการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนเพื่อขอความช่วยเหลือ แต่ถ้าความคับข้องใจที่เกิดขึ้นยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา

### ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา

ด้านชีววิทยา นักชีววิทยา กล่าวถึงความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เรื่องนี้ได้มีการศึกษามากในเรื่องของระบบนิวโรทรานสมิตเตอร์ (Neurotransmitter system) ในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะในสารที่เกี่ยวข้องกับ Norepinephrine, Dopamine, Serotonin Acetylcholine จากรายงานพบว่า สารเซโรโตนินพรีเคอร์เซอร์ (Serotonin Precursor) และ กรด 5 – ไฮดรอกซีทริปโทเฟน (5-Hydroxytryptophene, 5-HTP) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยการศึกษา 3 รายงานพบว่าน้ำในไขสันหลังของบุคคลที่ฆ่าตัวตายเหล่านั้นจะมีสาร 5-HIAA และ 5-HTP ลดลง (อัมพร ไอตระกุล, 2538)

นอกจากนี้นักชีววิทยายังเชื่อว่าลักษณะทางพันธุกรรมมีส่วนสำคัญอย่างมากส่วนหนึ่งต่อการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมีประวัติว่าครอบครัวมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ญาติสายตรงของผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสฆ่าตัวตายถึง 8 เท่าของกลุ่มควบคุม ญาติสายตรงของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโอกาสจะฆ่าตัวตายเป็น 4 เท่าของญาติสายตรงของผู้ป่วยทางจิตเวชที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีด้านชีววิทยาเชื่อว่า ลักษณะทางพันธุกรรมและสารเคมีในสมองของบุคคลมีส่วนสำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคล เช่น บุคคลที่ครอบครัวมีประวัติการฆ่าตัวตายนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป และพบว่าในบุคคลที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมีความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองเกิดขึ้น ซึ่งไม่พบในคนทั่วไป

ทั้งนี้กระบวนการที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรพยายามฆ่าตัวตายที่มีในประเทศไทย พบว่า สภาพปัญหากดดัน ที่สำคัญและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกันในระหว่างเพศหญิงและเพศชาย กล่าวโดยสรุป ดังนี้ ปัญหากดดันของเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นจากคู่รักหรือสามีไม่มีหญิงอื่นทำให้ตนเองมีความรู้สึกไม่มั่นคง ในขณะที่เพศชายจะมีปัญหาทะเลาะกับญาติใกล้ชิดหรือคู่ครอง และ

เพศหญิงมักปรึกษาคนใกล้ชิดแต่ไม่มีคนให้ความสนใจอย่างจริงจังหรือพอให้คำแนะนำได้ ส่วนเพศชายมักไม่พูดปรึกษาใคร และมีการปรับตัวต่อปัญหาในทางลบ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและการพยายามฆ่าตัวตาย

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการวัยรุ่นและการดำเนินชีวิต

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ ความเจริญของเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่ไร้พรมแดนในปัจจุบัน ส่งผลให้ประเทศมีการไหลเข้าของข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนรูปแบบและแนวคิดในการดำเนินชีวิตใหม่ๆ ทำให้รูปแบบวิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในวัยรุ่น เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่า วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาดดังที่ได้กล่าวมา และจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมดังที่ได้กล่าวมา พบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมีรูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เช่น เชื้อกลุ่มเพื่อน มักตามกระแสบริโภคนิยม และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีพฤติกรรมก้าวร้าว และการฆ่าตัวตาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและคุณภาพชีวิตทั้งสิ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข (ยุพดี ศิริวรรณ และคณะ, 2548)

#### พัฒนาการวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการในทุกๆด้าน ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากวัยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม การให้ความสนใจต่อพัฒนาการเหล่านั้น ทำให้พัฒนาการดำเนินไปอย่างเป็นระบบ จะทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพกายและใจที่พร้อมเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ และช่วยป้องกันปัญหาต่างๆในวัยรุ่น เช่น ปัญหาทางเพศ การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย พัฒนาการวัยรุ่นที่สำคัญ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเร็วมาก อัตราการเจริญเติบโต ทางร่างกายอย่างรวดเร็วนี้ประมาณได้ว่า น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 และส่วนสูงจะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 25 (Sydney, 1977) เพศหญิงจะมีทรงอก สะโพกผาย และเริ่มมีประจำเดือน ส่วนเพศชายจะมีเสียงแตกห้าวใหญ่ มีหนวดเครา มีขนตามแขนขา ลำตัว กล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขนาดและความแข็งแรง รูปร่างเปลี่ยนไป ต่อมาไขมันที่หน้าจะซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เป็นสิว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวในกลุ่มวัยรุ่นเป็นอย่างมาก (ศิริธรรม ธนะภูมิ, 2535)

## 2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโต

ทางด้านร่างกายของวัยรุ่น มีผลกระทบต่อแบบแผนและอารมณ์ของวัยรุ่น วัยรุ่นจะมีความรู้สึก สับสนและสองจิตสองใจในหัวเรียวหัวต่อของชีวิต ทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และอาจมี กิริยาต่อต้านก้าวร้าวเนื่องมาจากความเครียดและความกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การปรับตัวให้สมกับวัย การต่อสู้กับความขัดแย้งระหว่างความต้องการเป็นอิสระและการต้องพึ่งพา ผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวกับความต้องการของผู้ใหญ่ ที่มีท่าทีต่อตนเปลี่ยนไป การปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนและเพื่อนต่างเพศ ความสับสนว่าตนเองจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2546) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคมและวัฒนธรรม ค่านิยมและเจตคติที่ขัดแย้งกัน ถ้าปรับตัวไม่ได้จะเกิดความสับสนคับข้องใจเพราะความเข้าใจโลก และชีวิตยังไม่เพียงพอ ซึ่งอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศและการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย บางคนจะแสดงอารมณ์ประจำตัวออกมาอย่างชัดเจน เช่น อารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกียติ วิดกกังวลอ่อนไหวง่าย เจ้าอารมณ์ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ บางครั้งดื้อรั้นเอาแต่ใจ ตัวเอง มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย จนได้รับการขนานนามว่าเป็น “วัยแห่งพายุบุแคม” (Stress and Storm) (Clarke-Stewart & Friedman, 1987)

3. พัฒนาการด้านสติปัญญา จากพัฒนาการทางด้านร่างกายของวัยรุ่น อย่างเต็มที่รวดเร็ว ทำให้สมองมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ทั้ง 2 ด้าน ประกอบกับมีการพัฒนา ประสิทธิภาพทางสติปัญญาอย่างมากผ่านระบบการศึกษา เริ่มมีปรัชญาชีวิตเพียงแต่ยังขาด ประสบการณ์ มุ่งค้นหาตัวตนของตนเอง เริ่มรู้จักใช้ชีวิตอย่างลึกซึ้งที่มีความพอฝันอยู่บ้างแต่ ความคิดเป็นนามธรรมมากขึ้น สามารถเข้าใจคำจำกัดความที่เป็นนามธรรมได้ สามารถเชื่อมโยง หาเหตุผลมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆมากขึ้น (Castiglia & Harbin, 1992)

4. พัฒนาการทางด้านสังคม วัยรุ่นจะมีความต้องการอย่างรุนแรง ที่จะทำให้นายเป็นที่ยอมรับนับถือของเพื่อนๆและบุคคลในสังคม วัยรุ่นจะพยายามอย่างสุด ความสามารถเพื่อจะเอาชนะใจเพื่อนฝูง สังเกตได้จากการแต่งตัวที่พิถีพิถันเป็นพิเศษ การเอาใจใส่ กิริยาท่าทางของตนเองและบุคคลในครอบครัวมากขึ้นเป็นพิเศษ ในบางกรณี วัยรุ่นต้องการให้ ผู้ใหญ่ยอมรับว่าตนเป็นผู้ใหญ่ แต่บางครั้งก็ยังอยากเป็นเด็กที่ไม่ต้องรับผิดชอบ ทำให้วัยรุ่นเกิด ความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนในสังคม บางครั้งก็อยากเป็นผู้ใหญ่ที่มีอิทธิพลต่างๆในสังคม ความสับสนนี้ทำให้วัยรุ่นจับกลุ่มกันเองในสังคม สร้างลักษณะเฉพาะกลุ่ม มีค่านิยมของกลุ่ม จะ เข้าหากกลุ่มเพื่อนซึ่งมักจะเป็นเพศเดียวกันเพื่อที่จะได้เป็นอิสระจากครอบครัว ขณะเดียวกันก็อาจ ถูกเพื่อนชักจูงให้ลองทำสิ่งทีอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพและอนาคตและจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพัฒนาการทางด้านสังคม ทำให้วัยรุ่นมีความกังวลใจในเรื่องสัมพันธภาพ

โดยเฉพาะผู้ที่มีพัฒนาการแตกต่างจากคนอื่นจะพยายามปลีกตัวอยู่ตามลำพัง (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2546) การคบเพื่อนเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่น วัยรุ่นพยายามหาเพื่อนที่มีรสนิยมเหมือนกัน กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อความประพฤติ การแต่งกาย กิริยาท่าทาง ความเจริญเติบโตของลักษณะบุคลิกภาพทางเพศเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นเริ่มสนใจซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจ พบปะสังสรรค์ การเข้ากลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้เพศชายและเพศหญิงได้รู้จักคุ้นเคยกัน เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักประพฤติตนตามบทบาททางเพศ รู้จักประพฤติตนต่อเพื่อนร่วมเพศและต่างเพศ ช่วยพัฒนาทักษะการเข้าสังคม ครอบครัวยุคใหม่ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มเพื่อน ครอบครัวยุคใหม่ไม่ควรขัดขวางแต่ควรทำความเข้าใจชี้แนะทางที่ถูกต้องปลูกฝังความคิด เจตคติในการคบเพื่อนต่างเพศ เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้เข้าใจตนเองและมีประสบการณ์ทางสังคมที่ดีต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ในยุคปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทำให้แนวคิดทัศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคคลเปลี่ยนไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในวัยรุ่น เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่า วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากดังที่ได้กล่าวมา และจากกระแสดังกล่าวพบว่า วัยรุ่นในปัจจุบันมีรูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เชื่อกันว่าเพื่อนมากกว่าครอบครัว มักตามกระแสบริโภคนิยม และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีพฤติกรรมก้าวร้าว และการฆ่าตัวตาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและคุณภาพชีวิตทั้งสิ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข

#### **การดำเนินชีวิตของวัยรุ่น**

จากความเจริญของเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่ไร้พรมแดนในปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลจากสื่อต่างๆมีมากขึ้นและเป็นที่ยอมรับกันว่า ในปัจจุบันนี้สื่อมีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลอย่างคาดไม่ถึง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เชื่อกันว่าเพื่อนมากกว่าครอบครัว เนื่องจากต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคมจึงอาจถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย มักตามกระแสบริโภคนิยม และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากผลการสำรวจพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันของ สวนดุสิตโพล เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2547 พบว่า วัยรุ่นทั้งชายและหญิงต่างมีความเชื่อว่า การทดลองใช้ชีวิตร่วมกันหรือการอยู่ก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติของสังคม เนื่องจากเชื่อว่าเป็นการเรียนรู้นิสัยซึ่งกันและกันก่อนแต่งงานและความคิดนี้กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบัน การมีพฤติกรรมก้าวร้าว และการฆ่าตัวตาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและคุณภาพชีวิตทั้งสิ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข (ยุพดี ศิริวรรณ, 2548)

## 2.2 การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายพบได้สูงในวัยรุ่นที่กลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี และมีแนวโน้มที่สูงเพิ่มขึ้น ทั้งในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย (WHO, 2003) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ สุวรรณี พุทธิศรี และ มาโนช หล่อตระกูล พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับสองรองจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 19-24 ปี) และนอกจากนี้ยังพบว่าในระยะ 30 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีอัตราสูงขึ้นกว่าเดิม 2-5 เท่า (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2534) และพบว่าวัยรุ่นหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นชาย แต่วัยรุ่นชายกระทำจริงมากกว่าวัยรุ่นหญิงถึง 3 เท่า (Mcdougall, 1997) และจากการศึกษาของศูนย์ควบคุมโรค สหรัฐอเมริกา (CDC, 1990) พบว่านักเรียนหญิงมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.9 นักเรียนชาย พบร้อยละ 20.5 ส่วนในประเทศไทย พบว่าเยาวชนไทยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 14.1 มีความคิดจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.1 มีความเป็นไปได้ที่อาจจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.67 เคยตัดสินใจอย่างจริงจังที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.43 เคยพยายาม ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายร้อยละ 50-70 เป็นโรคซึมเศร้า โดยกำลังขยายตัวอย่างมากในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อันเป็นผลมาจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในหลายๆด้าน ทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤติของชีวิต มักพบในวัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีอายุมากกว่า 15 ปี ซึ่งแรงกดดันต่างๆทำให้วัยรุ่นไม่พร้อมที่จะก้าวเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มักมีประวัติส่วนตัวคือ

มีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย

วัยรุ่นรายนั้นเคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ

ลักษณะนิสัยใจคอ เป็นคนวิตกกังวลง่าย มีความเครียดสูง มุ่งหวังแต่จะประสบความสำเร็จ เกรตรงไม่ยืดหยุ่น

มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า พฤติกรรมเกเรต่อต้าน สังคม ติดยาเสพติด ติดสุรา มีปัญหาการเรียน เป็นต้น

ช่วงก่อนการฆ่าตัวตาย มักมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากผ่านเข้ามา เช่น ถูกคูรัักทอดทิ้ง สอบตก ขัดแย้งกับพ่อแม่อย่างรุนแรง มีเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชื่อเสียง ขายหน้า เป็นต้น

ภายหลังเหตุดังกล่าวข้างต้น วัยรุ่นเหล่านี้มีโอกาสอยู่ตามลำพังและมีเครื่องมือหรือวิธีการที่จะฆ่าตัวตาย เช่น ใช้ปืนยิงตัวตาย ผูกคอตาย กินยาตาย เป็นต้น



## 2.3 การพยาบาลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

การช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤติในช่วงที่บุคคลอยู่ในภาวะจะฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องประเมินบุคคลและปัญหา แผนการให้ความช่วยเหลือ การช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลวางแผนช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคตโดยการใช้อธิบายปัญหาที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องประเมินเจตคติของตนเองต่อบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ว่า มีค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิตต่อสู้อุปสรรคกับความตาย ความรู้สึกบวกและลบของพยาบาลเกี่ยวกับบุคคลที่ฆ่าตัวตาย ต้องไม่ตัดสินพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ตระหนักในความรู้ความสามารถของตนเองในการบำบัดดูแลรักษาผู้ที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความสามารถที่จะทำให้บุคคลรับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตนเอง ควรระลึกไว้เสมอว่า ผู้ป่วยพยายามคิดฆ่าตัวตายจำนวนมากจะเปลี่ยนใจไม่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทีมผู้ดูแลรักษาพยาบาล ต้องประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง ทั้งที่ก่อนเข้ารับการรักษาหรือขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ให้พยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลประจำการ ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลอย่างใกล้ชิดหรือการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง / ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในความรับผิดชอบการพยาบาลในวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตาย ในที่นี้ได้นำคู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต (CPG) (กรมสุขภาพจิต, 2543) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจัดทำโดย สภาการพยาบาล (CNP) (แผนการพยาบาลมีดังนี้ (สภาการพยาบาล, 1551)

### 2.3.1 การประเมินวัยรุ่นที่เสี่ยงการทำลายตนเองและฆ่าตัวตาย

1) การประเมินข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต แบบแผนการดำเนินชีวิตและการแก้ไขปัญหา การประสบปัญหาในชีวิตหรือการประสบความสูญเสีย เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อบริการเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทำลายตนเองและฆ่าตัวตาย

2) การประเมินถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แผนการฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือโรคเรื้อรัง การขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งจากการประเมินจะพบว่า กลุ่มที่มีการวางแผนฆ่าตัวตาย เช่นมีการเตรียมอุปกรณ์ หรือมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว หรือรู้สึกในชีวิตตนเองไม่มีความหมาย หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา กลุ่มนี้ย่อมมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง กว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

### 2.3.2 การให้พยาบาล

#### กรณีที่ยังรู้สึกมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ได้กระทำ (ผู้ป่วยนอก)

- 1) แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ ไม่ตำหนิหรือดูต่ำซ้ำเติม
- 2) ถามถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา เพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
- 3) สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ ให้มองปัญหาเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องประสบ แต่ถ้าหากมีจิตใจมั่นคงเข้มแข็งจะช่วยให้สามารถผ่านปัญหานั้นไปได้
- 4) ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยให้หาข้อดีของตนเอง ความรู้ความสามารถที่ตนเองภาคภูมิใจ เช่นการเป็นลูกที่ดี การช่วยเหลือผู้อื่น
- 5) ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีต่อวัยรุ่น ให้ครอบครัวหรือเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- 6) เก็บสิ่งของที่อาจนำมาใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น มีด ปืน สารเคมี เชือก หรือ อาวุธอื่นๆ ให้มิดชิด
- 7) ติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือในพื้นที่ เช่น เพื่อน บ้าน อสม. ผู้นำชุมชน
- 8) ลงบันทึกในแบบสำรวจและบันทึกการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### กรณีที่ยังรู้สึกมีความคิดฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จ

##### การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

การดูแลวัยรุ่นที่ ทำร้ายตนเองที่ห้อง อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีแนวทางการดูแลสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล, 2553)

##### 1) การคัดกรองผู้ป่วยตามความฉุกเฉิน

การคัดกรองความเร่งด่วนควรทำตั้งแต่เมื่อเริ่มพบผู้ป่วย ลำดับแรกเป็นการประเมินอาการทางกายว่าจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทันทีหรือไม่ เมื่อช่วยเหลือจนอาการทางกายอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยแล้ว หรือ ในระหว่างผู้ป่วยรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถให้ข้อมูลได้ ควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่าอยู่ในระดับไหน ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ญาติช่วยเหลือได้ทัน หรือมีอาการทางกายไม่มาก ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยนั่งรอตรวจโดยไม่มีผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังรู้สึกกดดัน กระวนกระวายมาก พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินจะต้องประเมินเพื่อคัดกรองทันทีว่า ผู้ป่วยมีความเร่งด่วนอยู่ในระดับใด โดยการประเมินจากลักษณะพฤติกรรม อารมณ์ และความหุนหันพลันแล่น ดูว่าในขณะนั้นจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วย ตัวต่อตัวหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการ หรือสิ่งใด ที่จะใช้ทำร้ายตนเองในระหว่างนี้ หรือไม่ ผู้ป่วยจะหลบหนีระหว่างการรอตรวจ

หรือไม่ ผู้ป่วยที่เห็นว่ามีความเสี่ยงสูง แม้จะมีอาการทางร่างกายไม่มากก็ไม่ควรให้นั่งรอตามคิด ควรรีบให้พบแพทย์ เพื่อประเมินโดยละเอียดและให้การดูแลต่อไป

## 2) การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ห้องฉุกเฉิน ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก จนกว่าจะเห็นชัดว่า ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยง จนกว่าจะเห็นชัดว่า ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงเฉพาะหน้าแล้ว แบ่งการดูแลความปลอดภัย ออกเป็นระดับต่างๆดังนี้

2.1 ระดับการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็นหลายระดับ ตามอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่

2.2.1. การเฝ้าดูแลบ่อยๆ ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ โรคจิต หรืออาการสับสน และพร้อมที่จะแจ้งผู้รักษาหากเขารู้สึกว่าอาการไม่ดี ต้องการความช่วยเหลือ

2.2.2. การเฝ้าดูแลแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยง และอาจมีอาการหุนหันพลันแล่นได้แต่ไม่มากนัก พอดีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจะสามารถควบคุมได้หากผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม

2.2.3. การผูกมัด (Restraint) อาจมีความจำเป็น ในกรณีที่วางใจไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะจู่ๆ ทำร้ายตนเองเมื่อใด ผู้ป่วยที่มีรูปร่างใหญ่ หรือมีกำลังมาก ผู้รักษาประเมินพบว่า ผู้ป่วยยังคงทำร้ายตนเองอยู่ และมีลักษณะ หุนหันพลันแล่น หรืออาจใช้ในกรณีที่บุคลากรไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่ยังมีความเสี่ยงเฉพาะหน้าสูง

## 3) การรักษาอาการทางกาย

4) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ประเด็นสำคัญที่ควรทราบ เพื่อการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่

- พฤติกรรมในการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ โดยพิจารณาจาก เจตนาของการกระทำว่าเป็นความตั้งใจจริง เรียกร้องความสนใจ หรือจากความหุนหันพลันแล่น ความรุนแรงของการกระทำมากน้อยเพียงใด สิ่งจูงใจให้กระทำคืออะไร และมีผลต่อร่างกายอย่างไร เป็นต้น

- ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะหน้า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตายในขณะนั้นยังมีอยู่หรือไม่ สภาพจิตใจของผู้ป่วยยังมีรู้สึกท้อแท้หมดหวังหรือกระวนกระวายหรือไม่ มีลักษณะหุนหันพลันแล่นหรือไม่ และปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีการแก้ไขไปบ้างแล้วหรือไม่

- ปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรประเมิน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีโรคทางจิตเวชสูงกว่าที่พบในประชากรทั่วไปประมาณ 2-4 เท่า

- ปัจจัยคุ้มครอง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำสูงคือ ผู้ป่วยที่ขาดปัจจัยคุ้มครอง เช่น ความรู้สึกต้องรับผิดชอบครบถ้วน การมีญาติหรือคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ หรือมีความศรัทธาในศาสนา เป็นต้น

5) การประเมินภาวะจิตสังคม ประเด็นที่สำคัญในการประเมินได้แก่

5.1. สิ่งที่ผู้ป่วยหวังผลจากการกระทำ

5.2. การช่วยเหลือค้ำจุนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิดกับคนอื่น

5.3. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6) การรับไว้ในโรงพยาบาล

**การดูแลที่หอผู้ป่วยใน**

1. การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

1) จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีอันตราย ซึ่งทำได้ยาก แต่เป็นสิ่งที่ควรทำมากที่สุด ดีที่สุดคือการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ดูแลตรวจสอบสภาพแวดล้อมภายในตึก เช่น สายไฟ ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย

2) ดูแลจัดให้อยู่เตียงที่พยาบาลสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความมั่นคงและปลอดภัย คอยตรวจสอบทุก 15 นาที พร้อม ติด สัญลักษ์ณ์ดาวแดง 3 ดวง

3) มีอุปกรณ์ป้องกัน เพื่อป้องกันการตกจากที่สูง เช่น ไม้กั้นเตียง

4) ดูแลจัดเก็บของมีคมในที่มิดชิด

5) ดูแลจัดเก็บผ้าที่ใช้ผูกมัดผู้ป่วยให้มิดชิด

6) ตรวจสอบสิ่งของในตัวผู้ป่วย ที่อาจนำไปใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองทุกแหวหรือเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่น่าสงสัย ที่อาจนำไปใช้ทำร้ายตนเอง

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) ชักประวัติวิธีการฆ่าตัวตาย และให้การพยาบาลตามอาการที่พบ เช่น ช่วยฟื้นคืนชีพ ล้างท้อง ทำแผล ถ้ามีพฤติกรรมไม่สงบ อาละวาด ให้ยาคลายเครียดตามแผนการรักษาของแพทย์

2) ติดตามการรักษาโดยทีม สหวิชาชีพ เช่น การส่งปรึกษาแพทย์ ส่งพบผู้ให้คำปรึกษา การส่งตรวจสภาพจิต ตรวจพิเศษต่างๆ การทำกลุ่มกิจกรรมฟื้นฟูสภาวะจิตใจและสร้างคุณภาพภูมิใจแก่ผู้ป่วย

3) มีการรับ – ส่งแหวและ Pre –Post Conference เพื่อประเมินเฝ้าระวังพฤติกรรมและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

4) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในตัวเอง โดยการพูดคุย ชักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และติดตามเฝ้าพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตราย ถ้าพบอาการ

ผิดปกติให้รายงานหัวหน้าเวรทราบทันที

5) บันทึกรายงานอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายในเวรและรายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับการรักษาที่เหมาะสม

6) พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อส่งต่ออาการให้เวรต่อไป ติดตามผู้ป่วย สัญญาณชีพ ไข้ ระวังการฆ่าตัวตาย ดูแลให้ได้รับอาหารและยาตามแผนการรักษา กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ

7) วางแผนการจำหน่ายส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยประสานงานบุคลากรในพื้นที่ วางแผนติดตามเยี่ยมเป็นระยะ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

8) ลงบันทึกในแบบสำรวจและบันทึกการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

9) แนะนำให้มาพบแพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษาตามนัดทุกครั้ง

2. การรักษาโรคหรือภาวะทางจิต แบ่งเป็น การรักษาทางยาหรือทางชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม

3. การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน คือ ก่อนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทีมผู้รักษาควรประเมินให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มีความเสี่ยงแล้ว ให้เชิญญาติเข้ามาร่วมรับรู้สถานะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ร่วมกับแนะนำญาติให้เข้าใจ การสังเกตเบื้องต้น ในแง่ อาการและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย การนัดพบแพทย์ในครั้งต่อไป ไม่ควรนานเกินไป โดยทั่วไปจะนัดภายใน 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดควรติดต่อผู้ป่วยหรือญาติให้มาพบแพทย์โดยเร็ว

สรุป ในการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น สัมพันธภาพในการรักษามีส่วนสำคัญมากในการทำให้ ผู้ป่วยไว้วางใจและรู้สึกว่ามีคนช่วยเหลือตน การช่วยเหลือที่สำคัญในระยะที่มีความเสี่ยงเฉพาะหน้า คือการป้องกัน ผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเอง ระยะแรกๆจะเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการสูง ผู้ดูแลจึงควรหมั่นประเมินความเสี่ยง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ควรมีทีมผู้ดูแล ไข้ ระวังอย่างใกล้ชิด ตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดไว้ การนำญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แม้จะมีส่วนช่วยค่อนข้างมาก แต่ผู้ดูแลจะต้องชี้แจง ญาติให้เข้าใจ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย สัญญาณเสี่ยง ตลอดจนการดูแลอย่างจริงจัง ในกรณีของการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล สถานที่ดูแลควรมีระบบการไข้ ระวัง ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นกะทันหัน โดยไม่สอดคล้องกับการตอบสนองต่อการรักษา ควรสังเกตใกล้ชิดระยะหนึ่งจนแน่ใจว่า ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยง จึงลดมาตรการในการป้องกันลง

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของครอบครัว

#### 3.1 บทบาทหน้าที่ของครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย

เป็นที่ทราบกันดีว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตาย แต่ที่สำคัญที่สุดก็คือครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งมักจะมีปัญหาหลายประการที่ทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวไม่ราบรื่น ไม่อาจดำเนินไปได้ด้วยดี ดังต่อไปนี้

##### 3.1.1 การปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม ที่พบได้บ่อยๆ มีดังนี้

1) การสื่อสารผิดปกติ การสื่อสารที่มักจะมีปัญหาคือ เมื่อสมาชิกมีความรู้สึกไม่ตรงกัน หรือเมื่ออีกฝ่ายอารมณ์ไม่ดี การสื่อสารกับลูกที่เป็นวัยรุ่น ผลของการสื่อสารที่ล้มเหลวอาจนำมาซึ่งการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายร่างกาย หรือเกิดความแตกแยกในครอบครัว เกิดการอยู่ห่างทางอารมณ์ (กรรณิการ์ เกาหมอ และ ศิริมา เนาวรัตน์, 2542)

2) การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่นบางครอบครัวไม่แสดงความรู้สึกทางบวกอย่างเพียงพอ ไม่แสดงความรักใคร่เอ็นดูระหว่าง พ่อ แม่ ลูก หรือพี่น้อง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่รักและต้องการของครอบครัว ขณะเดียวกัน ครอบครัวที่ไม่ยอมรับการแสดงออกทางลบ เช่น ความรู้สึกโกรธ เสียใจ อย่างตรงไปตรงมา การไม่ยอมรับนี้แม้ว่าครอบครัวจะไม่แดงออกมา แต่เป็นที่รู้กันว่า การแสดงความรู้สึกทางลบออกมาเป็นการไม่สุภาพหรือมีความผิด ทำให้บุคคลต้องเก็บกดอารมณ์ของตนเอง เกิดความกดดันและสับสนไม่รู้ว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

3) ความผูกพันทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ความผูกพันทางอารมณ์อาจเป็นแบบใกล้ชิดผูกพันมากเกินไปจนทำให้บุคคลไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้ กลายเป็นคนเปราะบางดูแลตนเองไม่ได้ ในทางกลับกัน ความสัมพันธ์อาจเป็นแบบห่างเหินต่างคนต่างอยู่ทำให้บุคคลไม่ได้รับการประทับประคองจากครอบครัวเท่าที่ควร (Adams, 1994)

4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่มีความบกพร่อง เช่น ความคลุมเครือในบทบาทของตน พ่อ แม่ ลูก ไม่ทราบว่าตนเองมีบทบาทอะไรในครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท เช่นการมีบทบาทพ่อแม่แต่ พ่อแม่ไม่สามารถแสดงบทบาทนั้นได้ หรือการที่คนใดคนหนึ่งมีบทบาทในครอบครัวมากเกินไป เช่น หญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตทำให้ต้องทำหน้าที่เป็นทั้งบิดาและมารดา หรือว่าบางคนมีบทบาทต่ำกว่าที่ควรจะเป็น บทบาทไม่สอดคล้องกับความสามารถหรือได้รับบทบาทที่เกินความสามารถ

### 3.1.2 ความขัดแย้งเรื้อรัง

ความขัดแย้งไม่ลงรอยกันของสามภรรยาทำให้ครอบครัวขาดความสุข และทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะบิดามารดามีปัญหาไปด้วย พ่อแม่อาจมีแต่สนใจแต่ปัญหาของตน จนไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของลูกได้อย่างเพียงพอ เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อกับแม่ ก็มักเกิด Triangulation (Bowen, 1978) คือการดึงเอาลูกมาเป็นบุคคลที่สาม พ่อแม่อาจไม่พูดกันตรงๆ แต่พูดผ่านลูกและแต่ละฝ่ายก็จะพยายามดึงลูกให้มาเข้าข้างตนเอง ลูกจะเกิดความขัดแย้งในใจว่ายังจงรักภักดีต่อพ่อหรือต่อแม่ดีที่เรียกว่า Loyalty conflict เป็นการยากที่ลูกจะเลือกว่าจะอยู่ฝ่ายใด ลูกจะเกิดความสับสนว่าควรทำสิ่งใดกันแน่ ผลของการถูกดึงเข้ามาเป็นบุคคลที่สามคือ เด็กจะเครียดและขาดความรู้สึกมั่นคงในชีวิตและไม่สามารถพัฒนาไปได้อย่างปกติเหมือนเด็กอื่นๆ ความขัดแย้งระหว่างเด็กกับพ่อแม่เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายได้บ่อยโดยเฉพาะในวัยรุ่น

### 3.1.3 การถูกผลักดันออกจากครอบครัวเร็วเกินไป

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่กลางระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ บางครั้งครอบครัวเข้าใจผิดคิดว่าลูกโตเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวแล้ว อย่างไรก็ตามแม้ว่าร่างกายจะดูเป็นผู้ใหญ่แต่ภายในจิตใจยังไม่โตพอ ยังจำเป็นต้องได้รับความแนะนำและการช่วยเหลือจากครอบครัว ดังนั้นถ้าครอบครัวเข้าใจผิดคิดว่าลูกเป็นผู้ใหญ่แล้วและเร่งให้ออกไปจากระบบครอบครัวเร็วเกินไป วัยรุ่นก็จะขาดการประคับประคองที่จำเป็น เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยตนเองก็จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าและอยากตาย (Fishman, 1989)

### 3.1.4 ระบบครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น

ครอบครัวที่มีลักษณะไม่ยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับความต้องการทางพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัวได้ ที่พบบ่อยคือ พ่อแม่ไม่สามารถยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบในครอบครัวมากพอที่จะให้วัยรุ่นได้มีโอกาสพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เมื่ออารมณ์และพฤติกรรมของลูกเปลี่ยนไป แต่พ่อแม่ยังคงปฏิบัติต่อลูกเหมือนลูกยังเป็นเด็ก บังคับควบคุมลูกมากเกินไปจนกลายเป็นความขัดแย้งเรื้อรังระหว่างพ่อแม่และลูก

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวที่เรื้อรังและไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม การที่ครอบครัวผลักดันวัยรุ่นออกจากครอบครัวเร็วเกินไป หรือ ระบบครอบครัวที่ไม่ยืดหยุ่น ล้วนส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นทั้งสิ้น

### 3.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

ในฐานะครอบครัว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและปรับตัวของวัยรุ่น เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลวัยรุ่นที่เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้วัยรุ่นนั้นสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพของตนเอง และไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา แนวทางในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทั่วไปมีดังนี้ (Bulechek, 1999)

3.2.1 ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย โดยการนำ วัตถุหรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวเองของวัยรุ่น เช่น มีด ปืน ยาต่างๆ แอลกอฮอล์ หรือมีดโกน เก็บในที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้นำอุปกรณ์เหล่านั้นมาทำร้ายตนเองของวัยรุ่น

3.2.2 เขียนข้อตกลงร่วมกันกับวัยรุ่นว่าจะไม่ฆ่าตัวตาย

3.2.3 ทำความเข้าใจกับวัยรุ่น เกี่ยวกับข้อตกลงในการจัดการดูแลวัยรุ่น ในกรณีที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน ว่าผู้ดูแลสามารถทำอะไรได้บ้าง และตัววัยรุ่นต้องให้การยินยอมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการดูแลนั้นด้วย

3.2.4 สามารถจำแนก อาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หรือพฤติกรรม ที่ทำให้ทราบว่าอาการนั้นจะนำไปสู่การทำร้ายตนเอง เช่น การไวต่อการกระตุ้น อาการก้าวร้าว อาการก่อกวน อยู่ไม่สุข การแยกตนเอง หรือ การดูถูกตนเองตำหนิตนเอง และรีบแจ้งให้บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

3.2.5 จัดการกับตัวกระตุ้นที่อาจทำให้วัยรุ่นเครียดได้ในอนาคต และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนวัยรุ่นในการจัดการกับตัวกระตุ้นอย่างเหมาะสม

3.2.6 พยายามควบคุมให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่ผ่านมาให้ให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกผิด (stigma)

3.2.7 เก็บโทรศัพท์ฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง (Hotline phone 1668) เพื่อสะดวกต่อการเรียกใช้กรณีฉุกเฉิน

3.2.8 ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเมื่อวัยรุ่นมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

3.2.9 พยายาม เข้าร่วมกลุ่มผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองบ่อยๆ เพื่อให้ตนเองมีความชำนาญในการดูแลวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น

3.2.10 ไม่ลังเลใจในการแจ้งตำรวจ ถ้าพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และวัยรุ่นปฏิเสธการช่วยเหลือ

นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลในครอบครัวควรคำนึงถึงคือการพาวัยรุ่นมาตรวจเช็คอาการตามนัด และให้กำลังใจเมื่อวัยรุ่นต้องเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ทั้งนี้ผู้ดูแลควรมีการวางแผนการดูแลวัยรุ่นเป็นระยะกับ



ผู้เชี่ยวชาญ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา เพื่อให้การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ทั้งยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา

#### 4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Lived experience) และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ (Life-world) ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดสำนักปรากฏการณ์นิยม อันเป็นแนวคิดด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ถึงประสบการณ์มนุษย์ตามสภาพความเป็นจริงอย่างลึกซึ้ง ทั้งด้านกว้างและด้านลึก (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่มีอยู่ก่อน การสืบค้นและอธิบายจะต้องมีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิมและการคาดการณ์ต่างๆมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ (Streubert & Carpenter, 1999)

ลักษณะของผู้วิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องเป็นผู้มีสติและมีความตระหนักในตนเอง อยู่ตลอดเวลา ทำตนเป็นผู้ไม่รู้เพื่อให้สามารถดักดวงสิ่งที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งจนเกิดความซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์เหล่านั้นให้มากที่สุด

##### 4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง ที่อาศัยแนวคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษา ปรากฏการณ์และประสบการณ์ของมนุษย์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา (Lived experience) การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจ ความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก (Hollway, 1997 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2550)

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบๆตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้นๆ (Hollaway & Wheeler, 1996)

Omery (1983) ให้ความหมายว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jasper (1994) กล่าวว่า ปรัชญาการณวิทยา เป็นการศึกษาค้นคว้าความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ที่ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

Streubert and Carpenter (1999) กล่าวว่า ปรัชญาการณวิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือ ลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต

โดยสรุป การศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทยา หมายถึงการศึกษาเพื่อให้ได้ความจริง เพื่อให้ได้ความจริงตามการรับรู้เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ประสบจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ในบริบทนั้นๆ โดยปราศจากอคติและการคิดล่วงหน้าของผู้ที่ศึกษา

#### 4.2 ประวัติความเป็นมาของปรัชญาการณวิทยา

โดยทั่วไปแล้ว การวิจัยเชิงคุณภาพจะได้รับอิทธิพลจากปรัชญาและแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายแตกต่างกันไป ปรัชญาการณวิทยา (Phenomenology) ก็เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับอิทธิพลจากปรัชญาและแนวคิดหลายๆแนวคิดรวมกันอยู่ในนั้น (Schwandt, 2001) เนื่องจากแนวคิดของปรัชญาการณวิทยาไม่ใช่แนวคิดที่ให้กรอบสำหรับอธิบายสิ่งต่างๆ เหมือนกับแนวคิดทฤษฎีอื่นๆ แนวคิดปรัชญาการณวิทยาจึงไม่เคร่งครัดมากนักในฐานะทฤษฎี ปรัชญาการณวิทยามีนियามในการศึกษาแต่เพียงสั้นๆว่า เป็นการศึกษาสถานการณ์ในชีวิตประจำวันจากทัศนะของผู้ที่ได้ประสบกับสถานการณ์นั้นโดยตรง (Becker, 1992) ทำให้การศึกษาวิจัยเชิงปรัชญาการณวิทยาจึงมีหลายแนวคิดแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของนักคิดแต่ละคน เช่น แนวคิด

ปรัชญาการณวิทยาเชิงอภิปรัชญา (Transcendental phenomenology) ผู้นำแนวคิดนี้คือ Edmund Husserl (1859-1938) ที่มุ่งอธิบายกระบวนการที่ความหมายถูกสร้างขึ้นในจิตสำนึก ปรัชญาการณวิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential phenomenology) ของ Maurice Merleau Ponty (1908-1961) และ Jean-Paul Satre (1905-1980) ที่มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็นของมนุษย์และสิ่งต่างๆ และปรัชญาการณวิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1889-1976)

สำหรับปรัชญาการณวิทยาแนวอรรถปริวรรต ของ Martin Heidegger ที่เน้นความสำคัญของ ความหมาย และการตีความ มีที่มาจากนักคิดปรัชญาการณวิทยาบางท่าน นำเอาหลักปรัชญาอรรถปริวรรตศาสตร์ (hermeneutic) มาใช้ และได้พัฒนามาเป็นวิธีการศึกษาที่รู้จักกันในชื่อว่า hermeneutic phenomenology อรรถปริวรรตศาสตร์นั้น เป็นทั้งทฤษฎี ศิลปะและปรัชญาสำหรับตีความหมายของสิ่งต่างๆ (object) ซึ่งอาจเป็นตำราหรือคัมภีร์ (text) งานศิลปะ การกระทำทางสังคม หรือข้อความที่กล่าวมา เดิมเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการตีความหมายของคัมภีร์ทางศาสนาในสมัยโบราณ (Schwandt, 2001)

ปรากฏการณ์วิทยามีประวัติความเป็นมา 3 ระยะ ดังนี้ (Holloway and Wheeler, 1996, Streubert and Carpenter, 1999 อ้างถึงใน ปิยะฉัตร สะอาดเปี่ยม, 2544)

ระยะที่ 1 Preparatory phase

ระยะนี้ เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาประสบการณ์ โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิด เกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (how in consciousness the mind directs its thoughts on an object) เน้นการอธิบายให้กระจ่างและอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพ และเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ (separated mind and body)

ระยะที่ 2 German phase

ระยะนี้ผู้นำได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่า เป็นการค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้าหรือถ้ามี ผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม

ต่อมา Heidegger ศิษย์เอก และผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นไว้ว่า เราไม่สามารถอธิบาย หรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญ (Ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (history) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิต ภาษาและภูมิหลังของผู้ศึกษา สำหรับ Heidegger ปรากฏการณ์วิทยาเน้นการทำความเข้าใจ ความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น Heidegger ไม่ได้ให้ความสนใจโครงสร้างของการรับรู้มากนัก แต่เน้นการหาความหมายโดยการมองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏ (appearance) ไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังสิ่งนั้น ซึ่งการศึกษาตามแนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้ค่อนข้างแพร่หลาย ในการวิจัยเชิงคุณภาพของนักวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (ชาย โพธิสิทธิ์, 2550)

ระยะที่ 3 French phase

ระยะนี้ผู้นำ ได้แก่ Gabriel Marcel (1889) Jean -Paul Sartre (1905-1980) และ Merleau-Ponty (1905-1948) Sartre กล่าวถึงการศึกษาในระยะนี้ว่า เป็นการศึกษาที่อธิบายสิ่งที่มืออยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (Something) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างสร้างจากการรับรู้หรือตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทาง ความคิด การสัมผัส รับรส ได้ยินและการมีสติ

### 4.3 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegel berg (Streubert and Carpenter, 1999) ได้แบ่งลำดับขั้นตอนสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระยะดังนี้

4.3.1 Descriptive phenomenology คือการสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับการยอมรับความรู้สึกไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

4.3.2 Phenomenology of essences คือ การสอบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (theme) หรือ แก่นแท้ (essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

4.3.3 Phenomenology appearance คือ การให้ความตั้งใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ปรากฏการณ์นั้นๆ

4.3.4 Constitutive phenomenology คือ การตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏเป็นรูปร่างอย่างมีสติ (Consciousness)

4.3.5 Reductive phenomenology คือ การทอนปรากฏการณ์ เป็นการลดความเชื่อส่วนตัว ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไป เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

4.3.6 Interpretive or hermeneutic คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ของปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences and Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ วิธีอื่นร่วมด้วยก็ได้

### 4.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสรุปหลักสำคัญไว้ดังนี้ (Streubert and Carpenter, 1999)

4.4.1 เลือกระบบการณที่ต้องการจะศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ความรู้และประสบการณ์ที่

ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อให้รับรู้สิ่งที่ เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดย ไม่วิพากษ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

4.4.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยต้อง กำหนดคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา สามารถ สื่อสารภาษากับผู้วิจัย สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้และสมัครใจให้ข้อมูล

4.4.3 ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูล ระลึกถึงความรู้สึกและเล่าสิ่งที่ เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and richness of the information) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การ สร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและ ความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

4.4.4 วิธีการเก็บข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึก ภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูล ต้องอ่านบทสนทนาซ้ำๆหลายๆครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ อาจต้องมีการสัมภาษณ์หลายๆครั้ง เพื่อช่วยขยาย และ ตรวจสอบเพิ่มเติมข้อมูลที่หายไป ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่บอกได้ว่า เมื่อใดที่ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบที่สำคัญเกิดขึ้นและข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลา นานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อ เวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4.4.5 การจัดระบบข้อมูล (Data treatment) วิธีที่มีและควรเลือกใช้คือ เทคนิคการ สัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทปและถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บ ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามี รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายแตกต่างกันไป Van Kaam จะกำหนด ประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือก ประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ง่ายๆแล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ ส่วนวิธีของ Colaizzi เน้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลและอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีการของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น

และความมั่นใจในข้อมูลได้ (Omery, 1983) ดังนั้นการเลือกการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องเลือกแนวทางการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับแนวปรัชญาการวิจัย โดยการวิเคราะห์อย่างมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องที่ได้มา (Priest, 2002)

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตนเอง ไม่คิดว่าตนเองรู้แล้วเข้าใจอย่างลึกซึ้ง แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น กระทำโดยการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ ทำการจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกในบัตรดัชนี (Index card) แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จ ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษาและนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้วิจัย

4.4.7 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับการถามคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลและปรับแก้ไขเพิ่มเติมหรือลดตามผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริงในประสบการณ์นั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูลและเกิดการแปลความที่แปลกและหลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัยและอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล จึงเชื่อถือได้และตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Jasper, 1994)

Lincoln and Guba (1985) กล่าวถึงความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการควบคุมคุณภาพของการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

- 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) การที่จะได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้ประกอบด้วย
  - 1.1) การสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement)
  - 1.2) มีการทำอย่างมีขั้นตอน
  - 1.3) มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาต่างๆของข้อมูลของผู้สืบสวนข้อมูลหลายๆคน ที่ต่างกันของมุมมองทางทฤษฎีหลายทฤษฎี ตรวจสอบซึ่งกันและกัน
  - 1.4) การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือเนื่องจากผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือ ผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง
  - 1.5) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

2) การนำเสนอข้อมูลอย่างลุ่มลึก ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่สามารถนำเสนอข้อมูลอย่างลุ่มลึก หรือปรับใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่นๆของผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994)

3) การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัส และการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลักและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำและมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล

## 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ (2542) ได้ ทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครปฐมเพื่อศึกษาลักษณะครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังที่สมาชิกในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกจากผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า โครงสร้างครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีการอบรมเลี้ยงดูในลักษณะไม่คงเส้น คงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย มีการลงโทษรุนแรง ไม่พบว่ามีบุคคลใดในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ลูกและระหว่างพี่น้อง ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและขาดการประคับประคองทางอารมณ์ต่อกัน ครอบครัวไม่มีความยืดหยุ่นไปตามวงจรชีวิตครอบครัว

สมหมาย เลหาหะจินดาและวนิดา พุ่มไพบูลย์ (2543) ได้ทำการศึกษาถึงลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ลักษณะการเลี้ยงดูที่เด็กวัยรุ่นต้องการหรือไม่ต้องการ และลักษณะการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น จากการวิจัยพบว่า ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ที่ปฏิบัติกับลูกวัยรุ่นในเขตภาคเหนือจะมีหลาย ๆ ลักษณะร่วมกัน ส่วนมากจะเป็นลักษณะที่ดี คือ เป็นแบบรักและสนับสนุนเด็ก แบบใช้เหตุผล แบบให้ลูกรู้จักพึ่งตนเอง ส่วนการเลี้ยงดูแบบควบคุมและแบบลงโทษลูกนั้นมีไม่มาก แต่ถ้าใช้วิธีการคิดฆ่าตัวตายมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาจะ

สามารถจัดกลุ่มลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ออกเป็น 3 แบบใหญ่ ได้แก่ แบบแรกเป็นการเลี้ยงดูในลักษณะที่เป็นบวก คือ ถ้าพ่อแม่เลี้ยงดูลูกในลักษณะเหล่านี้แล้ว อัตราการคิดฆ่าตัวตายของเด็กจะต่ำกว่าเด็กที่พ่อแม่ละเลยไม่ได้เลี้ยงดูในลักษณะเหล่านี้ แบบที่สอง เป็นการเลี้ยงดูในลักษณะที่เป็นลบ คือลักษณะการเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปฏิบัติกับเด็กแล้ว อัตราการคิดฆ่าตัวตายจะสูงกว่าที่ไม่ปฏิบัติ แบบที่สาม เป็นลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่ว่าพ่อแม่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติอัตราการคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่นจะไม่มี ความแตกต่างกัน เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ ต้องการให้พ่อแม่ปฏิบัติกับตนดังนี้คือ การแสดงความรักความอบอุ่น การเอาใจใส่ได้ถามทุกข์สุข คอยสนับสนุนช่วยเหลือยามลูกมีปัญหา ให้ความสำคัญกับลูก ทำกิจกรรมร่วมกันบ่อย ๆ เป็นคนมีเหตุผลรับฟังความคิดเห็นของลูก ปลอบใจให้ลูกทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้รางวัลเมื่อลูกทำดี จากข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตายกับลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ลูกต้องการ พบว่าความต้องการของลูกเข้ามามีอิทธิพลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปฏิบัติกับลูกที่เคยสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับความคิดฆ่าตัวตายเปลี่ยนไปโดยเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ละเลยไม่ได้เลี้ยงดูในลักษณะที่ลูกต้องการ ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับลูกจนลูกรู้สึกมีคุณค่า ทำกิจกรรมร่วมกับลูกบ่อย ๆ ส่วนลักษณะการเลี้ยงดูของแม่ที่ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการแล้วพบว่าอัตราการคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่แม่ละเลยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ลูกต้องการ อย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะการเลี้ยงดูที่ลูกไม่ต้องการแต่พ่อแม่กลับปฏิบัติ เด็กวัยรุ่นจะมีอัตราการคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่ปฏิบัติต่อเขาในสิ่งที่เขาไม่ชอบอย่างมีนัยสำคัญ มี 5 ลักษณะคือ แม่สนใจก้าวกายเรื่องส่วนตัวของลูกมากเกินไป บังคับให้ลูกทำในสิ่งที่ลูกไม่ชอบ ให้ไปเที่ยวกับพ่อแม่ พี่น้องเท่านั้น บังคับให้ใช้เงินอย่างจำกัดเกินไปและไม่สนใจว่าลูกจะเป็นอย่างไร เห็นได้ว่าการคิดฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ปฏิบัติกับลูกในลักษณะที่ลูกไม่ชอบนั้น จะสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ละเลยไม่ปฏิบัติในลักษณะที่วัยรุ่นต้องการ

เพชรรา ปาสรานันท์ (2548). ได้ทำการศึกษา เรื่องการพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางสังคมกับพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและเพื่อพิสูจน์สถานะของทฤษฎีการฆ่าตัวตาย ที่ Emile Durkheim โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในสังคมต่างๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่เขาค้นพบว่า การบูรณาการทางสังคม (Social Intergration) มีผลกระทบต่ออัตราการฆ่าตัวตายของคนในสังคมและอัตราการฆ่าตัวตายจะแปรผันตามลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individualism) โดยศึกษาจากผู้พยายามฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลกับผู้พยายามฆ่าตัวตายจากผู้มีรายชื่อในทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ระหว่างปี 2545-2547 จำนวน 564 ราย ผู้ศึกษาจึงได้คำถามย้อนหลังไป 2 ปี การศึกษาวิจัยพบว่า



เจตนาของการฆ่าตัวตายมาจากการนำความคับข้องใจของตนเองมาแสดงออกอย่างรุนแรงเพื่อ - ประชด ผู้คนรอบข้างเพื่อแสดงความโกรธ ความปรารถนาอย่างรุนแรงของตนด้วยการทำร้ายตนเอง -เรียกกร้องผู้ใกล้ชิดของตนเองให้รู้ เข้าใจถึงความคับแค้นข้องใจ ความโกรธ ความไม่พอใจของตนเอง -ลงโทษตัวเอง ความกดดันที่มีอยู่ผนวกกับความผิดพลาด ผิดหวัง ที่ถือเป็นความล้มเหลว ในจิตใจของตนเอง ตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตัดสินใจกระทำมากที่สุด มาจาก การประชด วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ การกินสารพิษ เช่น ยาแก้ไข้แก้ปวด สารพิษที่ใช้ในการเกษตร ยาระงับประสาท เป็นต้น ตัวอย่างที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ จะไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย ตัวอย่างที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่เคยคิดฆ่าตัวตายจะมีเหตุผลที่จะกระทำการฆ่าตัวตายเหมือนกลุ่มที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย คือ การประชด โครงสร้างทางสังคมในบริบทครอบครัว ที่ทำงานและที่อยู่อาศัย มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคมที่สามารถลดจำนวนได้โดยการให้บุคคลผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้นได้รับการพัฒนาสามัญสำนึกและกลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม ในการศึกษาใช้วิธีศึกษาย้อนหลัง case-control study กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 46 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน เวลาใกล้เคียงกันด้วยสาเหตุเจ็บป่วยอื่น จำนวน 92 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ออกแบบโดยผู้วิจัยร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2544 ถึงเดือนสิงหาคม 2545 สถิติในการวิเคราะห์คือ chi-squares และ odds ration พบลักษณะประชากรของผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน อาชีพรับจ้าง มีความเพียงพอของรายรับ ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ บุคลิกภาพ สุรา เคยฆ่าตัวตายมาก่อน เคยมีอาการโรคจิต มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เมื่อมีปัญหาไม่ปรึกษาคนอื่น ใช้วิธีเขียนระบาย

ธัญญภรณ์ ใจมั่ง (2549) ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตาย อายุระหว่าง 18-25 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี การปรับตัวด้านการปรับตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างดี ใน

ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความรู้สึกมีอากรทางประสาท และมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเอง และความรู้สึก มีแนวโน้มถดถอย ในด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงระดับการปรับตัวต่อการฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ โดยเฉพาะการปรับตนเองด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเอง มีแนวโน้มถดถอย รวมทั้งการปรับตัวทางด้านสังคม ในด้านทักษะทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวมีแนวโน้มปรับตัวได้น้อยกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ร่วมกับองค์การพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อการสาธารณสุข (PATH) (2544) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบทางใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในครอบครัว วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อให้ดีขึ้น โดยการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีจุดเน้นที่การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้กับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก โครงการได้จัดหลักสูตรอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางด้านกายและใจให้กับผู้ดูแล ในรูปแบบของกิจกรรมได้แก่ แบ่งกลุ่มแสดงความคิดเห็นกรณีศึกษา ฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ วิดีทัศน์ และอภิปราย การอบรมทักษะในการดูแลสุขภาพทางกายได้เน้นให้ญาติมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ติดเชื้อ แก้ปัญหาความกังวลเรื่องการติดต่อเชื้อจากการอยู่ร่วมกัน และแนวทางการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่มักเกิดกับผู้ติดเชื้อ ประกอบกับการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพทางกายและใจ หลังการอบรมได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ภาวะการดูแล ผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและกังวลต่อผลที่จะตามมา ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นในการจัดอบรมทักษะในการดูแลเรื่องใจ นอกจากเน้นให้ผู้ดูแลวิเคราะห์แยกแยะภาวะอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อได้บ่อย และแนวทางการจัดการกับภาวะอารมณ์นั้นแล้ว ยังให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อด้วย หลังการอบรมได้มีการติดตามผู้ดูแลที่บ้าน ผลจากการจัดการอบรมและการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดเชื้อเป็นพ่อ แม่ พี่น้อง ภรรยาหรือสามี ปัญหาทางใจของผู้ดูแลอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ป่วยเอดส์ มีทั้งความรู้สึกเสียใจที่ญาติตนเองติดเชื้อเอดส์เกิดความรู้สึกสงสารผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นพ่อกับแม่ที่ต้องดูแลลูกที่ติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาระที่หนักมาก เพราะตนเองก็มีอายุมากแล้ว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเกิดความรู้สึกกังวลใจ เพราะต้องเผชิญกับปัญหาหลายเรื่อง อาทิ ปัญหาสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ กลัวว่าผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน การติดต่อเชื้อจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องรับภาระดูแลทั้งผู้ติดเชื้อและลูก รวมทั้งการรับเลี้ยงดูแลของผู้ติดเชื้อเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งดูจะเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ดูแลเพราะผู้ดูแลเกือบทุกรายมีภาระครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลรับผิดชอบอยู่แล้ว ดังนั้น กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่ต้องรับภาระดูแลผู้ติดเชื้อจึง



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาใช้ การศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ของ Husserl Phenomenology (1857 – 1938) ซึ่งเป็นการสืบค้นเพื่อจะอธิบาย ความหมายกับชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้ การศึกษาตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่น ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ อยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ โดยผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1995) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

##### 1.1 ผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จำเป็นต้อง สัมภาษณ์จากครอบครัวที่มีประสบการณ์จริง กล่าวคือเป็นครอบครัวที่ให้การดูแลวัยรุ่นใน ครอบครัวมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครและ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 3 ครอบครัว โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1.1 เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสกลนครและ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามารับการรักษาด้วยอาการ พยายามฆ่า ตัวตายจริง และภายหลังจากที่แพทย์อนุญาตให้ญาตินำวัยรุ่นกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยวัยรุ่นไม่ได้ กลับไปรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนหลังจาก จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.1.2 เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับวัยรุ่นที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัว ตาย ที่มีโอกาสได้ดูแลวัยรุ่นอย่างใกล้ชิด โดยเริ่มตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลจนกระทั่งวัยรุ่นได้รับ การจำหน่ายกลับบ้าน ได้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

1.1.3 สามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยได้

1.1.4 มีความยินดีที่จะให้เข้าร่วมในการวิจัย

## 1.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยมีขั้นตอนของการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีวัยรุ่นในครอบครัวมีประวัติการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ในเขตจังหวัด สกลนครและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร ด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันผู้ทำการรักษาว่า มารับการรักษาด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตายจริง โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งขอรับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลงานด้านสุขภาพจิตที่ได้ดูแล วัยรุ่นที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากมีการรับรู้และติดตามอาการของวัยรุ่นภายหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง หากครอบครัวใด ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จึงเซ็นยินยอม และเริ่มต้นดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง สอบถามความสมัครใจ เริ่มเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์ประสบการณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3. ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ (Setting) ที่ทำการศึกษา ในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า สถิติของการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสกลนคร ประมาณ 2-7 รายต่อเดือน และผู้วิจัยเป็นคนในพื้นที่จังหวัดสกลนครสามารถสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสารให้เข้าใจได้เป็นอย่างดี

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็น แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แนวสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 แนวสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเสียง ประกอบด้วย เทป MP3 MP4 CD บันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 5 แบบข้อมูลของสมาชิกครอบครัววัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่น ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว และแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งแนวทางการสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง สาม ท่านในการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้ เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน โดยมีตัวอย่างคำถาม หลัก และ คำถามรอง คำถามหลักคือ ท่านทำอย่างไรในการดูแลวัยรุ่นที่บ้าน ขณะที่ท่านให้การดูแล ท่านรู้สึกอย่างไร คำถามรองคือ ท่านต้องการให้น้องเป็นอย่างไ ท่านพอใจกับชีวิตของน้อง .... ณ ปัจจุบันนี้หรือไม่อย่างไร

### ส่วนที่ 1 ผู้วิจัย

#### การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยต้องเตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมตัว ดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับ วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเอง ทั้งจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัย ตลอดจนจนถึงการลงทะเบียนเรียนในวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ระบุไว้ในหลักสูตร การเรียนการสอน วิชาการระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ใช้ระยะเวลาในการเรียน 1 เทอม ตามข้อกำหนดหลักสูตร ร่วมกับการขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์

3.1.2 การเตรียมความรู้ความด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆเกี่ยวกับครอบครัว วัยรุ่น การดูแลวัยรุ่น บทบาทครอบครัวในปัจจุบัน การพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัว บทบาทภาระหน้าที่ของผู้ดูแลด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟัง และการบรรยายการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.3 การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวางแผนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูลและหลังออกจากสนาม

3.1.4 ผู้วิจัยเข้าสนามเพื่อรับฟังข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้าผู้วิจัยต้องเก็บความคิดความเชื่อ

ไว้ (bracketing) มีความพร้อมทางด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วงคือ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) ฝึกฝนการเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมายโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999) โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา เพื่อให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่

3.1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการเขียนประเด็นอย่างละเอียด การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลักในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยมีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในและนอกสถานบริการทางสุขภาพที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและมีแนวทางการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร

2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงาน การเก็บข้อมูลและการรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง เมื่อได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนครแล้ว

3. ผู้วิจัยนำจดหมายที่ได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบที่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่วัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายเคยมีประวัติมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 6 เดือน นับตั้งแต่ปี 2552

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กับโรงพยาบาล วิธีการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่คาด

ว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งพบปะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากนั้น ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย รวมทั้งพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

#### การดำเนินการสัมภาษณ์

1) การสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผลกระทบตรงในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย และส่วนที่ 2 คือ แนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ครอบครัว ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย (ดังแสดงในภาคผนวก)

2) ทบทวนขั้นตอนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

3) เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวที่มีผลกระทบตรงในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย

4) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ โรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยในการเดินทาง โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์เหมือนกันทุกคน ดังนี้

4.1) ก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ไม่ให้เคร่งเครียดจนเกินไป โดยเริ่มการสนทนาในเรื่องทั่วไป เช่น สุขภาพทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และครอบครัว การดำรงชีวิต สุขภาพ ในการสัมภาษณ์ให้เป็นธรรมชาติ มีความเป็นกันเอง ไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความคิดเห็นใดๆหรืออารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความรู้สึกของตนเองอย่างเต็มที่

4.2) ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูด โดยรับฟังอย่างตั้งใจ สบตาหรือพยักหน้า เพื่อแสดงอาการตอบสนอง ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามโดยไม่ชี้หน้า ใช้คำถามปลายเปิด ใช้ทักษะและเทคนิคในการทบทวนหรือกล่าวซ้ำคำพูด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้สำรวจความคิดของตนเองและผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง



4.3) ปรับถ้อยคำในบทสนทนาในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ตามบริบทและสิ่งที่สังเกตได้จากลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออก ของผู้ให้ข้อมูล ขณะที่ให้การสัมภาษณ์ โดยบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่ใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไขและผลการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางแก้ไข

4.4) สัมภาษณ์โดยใช้ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิ และความมีศักดิ์ศรี ของผู้ให้ข้อมูล

4.5) ปิดการสัมภาษณ์เมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูล หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น การแสดงความสะเทือนใจ เหนื่อยหรือไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ และให้การช่วยเหลือแก่ผู้ให้ข้อมูล ในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยจะทำหน้าที่รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ถ้าปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือโดยตรง

4.6) กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย และอธิบายถึงการบันทึกเสียง ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็น การบันทึกเสียงเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลในการ สัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์รายละเอียด 1-2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ระหว่าง 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

#### **จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก เพราะการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวในครั้งนั้น อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่ในการดูแล วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ดีพอ รู้สึกผิดและเกิดตราบาปขึ้นในจิตใจได้ ดังนั้นการให้ ได้มาซึ่งข้อมูล ผู้วิจัยได้ระมัดระวังผลกระทบต่อบุคคลเหล่านี้ให้น้อยที่สุด และในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด โดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการ บันทึกเสียงสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบ บันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การ

นำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอธิบายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนนี้ใดๆ ของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพจากหน่วยงานบริการทางสุขภาพของผู้ร่วมวิจัยแต่อย่างใด ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมและเก็บข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เพียงผู้เดียว และในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่าขณะทำการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ เช่น ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความสะเทือนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะทำหน้าที่รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ถ้าปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือโดยตรง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Carpenter, 1999) เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi ก็มีความยืดหยุ่นสูง ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางปรากฏการณ์วิทยานั้น สามารถที่จะนำหลายวิธีมาใช้ร่วมกันได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ถอดข้อความเทปการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแบบคำต่อคำ (verbatim) อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลร่วมกับการฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านคำบรรยาย หรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหา หรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ
2. จัดแยกข้อความที่สำคัญ หรือดึงข้อความ หรือประโยคสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยขีดเส้นใต้ หรือแยกคำหรือข้อความนั้นไว้
3. จัดกลุ่มความหมาย เป็นหัวข้อ เป็นหมวดหมู่หรือนำข้อความหรือประโยคสำคัญๆ มากำหนดความหมายในแต่ละประโยค
4. นำข้อความหรือประโยคสำคัญ ที่กำหนดความหมายแล้ว นำมาจัดรวมกันเป็นประเด็น (themes) ที่ได้พบบ่อย หัวข้อใหม่ที่พบจะถูกนำมาเพิ่มเติม จนไม่มีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น
5. ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จะถูกนำมาผสมผสาน อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เป็นไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกัน และกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยพยายามลดทอน

ข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวมหรือจัดหัวข้อย่อยไปรวมกันกับหัวข้อที่มีลักษณะประเภทเดียวกันหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในหมวดเดียวกัน

6. ตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ เป็นการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่ประกอบด้วย ประสบการณ์จริงที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยนำประเด็นข้อสรุปของปรากฏการณ์ ไปให้ผู้ให้ข้อมูลที่สามารสื่อสารอธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative Case) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ดีที่สุดและมีความยินดีที่จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์แก่ผู้วิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้เรียกว่า เป็นขั้นตอนของการตรวจสอบ (member checking) ว่าข้อสรุปมีความเป็นจริง ตามที่อธิบายไว้หรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อความที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ

### การตรวจความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและควบคุมโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยกระทำการ ดังนี้ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล และสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัว มีการอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ มีการวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติเกี่ยวกับการดูแล้วยุ่ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และไม่นำความคิดเห็นนั้นมาตัดสินว่าตนเองเข้าใจแล้ว รู้แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Knaack, 1984) ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) ของข้อมูลหลังจากถอดความเรียบร้อยแล้วโดยคำนึงถึงความสามารถในการอ่าน และภาวะของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการนำผลการวิจัยไปอ้างอิง ในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูล และอยู่ในสังคมและบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น คือ ครอบครัวที่ดูแล้วยุ่ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในเขตจังหวัด

สกลนคร จะไม่นำไปอ้างอิงประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งในกรณีนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถถ่ายโอนข้อมูลได้แต่ได้นำเสนอข้อมูลอย่างลึกซึ้งของครอบครัวที่ดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายแทน

3. การใช้เกณฑ์การพึ่งพา (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัย ในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ ที่จะทำได้มาซึ่งประเด็นหลักอย่างถูกต้องและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ตรวจสอบ พร้อมทั้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกระบบข้อมูล อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล และมีการนำภาพสรุปของประเด็น การ code category ต่างๆ มาตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (1875-1938) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติเป็นสมาชิกในครอบครัวตามคำจำกัดความที่ผู้วิจัยให้คำจำกัดความไว้ได้ ดูแลวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตาย ที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเขตจังหวัดสกลนคร มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดสกลนครและไม่มีประวัติกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2552 จำนวน 3 ครอบครัว รวมสมาชิกทั้งหมด 7 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Colaizzi ผลการวิจัยได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

#### ประเด็นที่ 1 ปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

- 1.1 ใฝ่ระวังไม่ให้ทำร้ายตนเอง
- 1.2 ให้คำปรึกษา/คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง
- 1.3 หาเวลาว่างเพื่อพูดคุย

#### ประเด็นที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง

- 2.1 ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย
- 2.2 สร้างความรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ

#### ประเด็นที่ 3 สร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม

- 3.1 ให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด
- 3.2 เรียนรู้ยอมรับกันและกัน

#### ประเด็นที่ 4 ย้ำเตือนความผูกพันกันด้วยรัก

- 4.1 บอกให้ชัดว่ารัก
- 4.2 พร้อมจะอยู่เคียงข้างกัน

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 3 ครอบครัว ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 7 ราย ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษา แบ่งเป็นประเด็นต่างๆได้ 4 ประเด็นใหญ่ และ 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

### ประเด็นที่ 1 ปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

ในการดูแลวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายของครอบครัวนั้น สมาชิกครอบครัวทั้งหมด ได้ให้การดูแลวัยรุ่นดังกล่าวโดย การปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การที่ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่มาสำเร็จ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวทุกคนได้ให้การดูแลปกป้อง เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมีการเฝ้าระวังไม่ให้วัยรุ่นกลับมาทำร้ายตนเองอีก โดยการอยู่เป็นเพื่อน คอยให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต มีการจัดสรรเวลาว่างเพื่อที่จะได้พูดคุย คอยซักถาม หากเวลาที่ว่างไม่ตรงกันก็จะมีการโทรศัพท์ ติดต่อ รวมทั้งมีการรับฟังกันและกันให้มากขึ้น แยกเป็นประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็นดังนี้

#### ประเด็นที่ 1.1 เฝ้าระวังไม่ให้ทำร้ายตนเอง

ในเรื่องของการเฝ้าระวังไม่ให้ทำร้ายตนเองนี้ ครอบครัวให้ความสำคัญให้เป็นอันดับต้นๆของการดูแล สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายต่างพูดในลักษณะเดียวกันว่า เมื่อกลับมาจากโรงพยาบาล ไม่มีการปล่อยให้วัยรุ่นได้อยู่คนเดียวตามลำพังเลย มีการมอบหมาย การดูแลวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดไม่ให้คลาดสายตา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผมก็ว่ารักกันดีนะ อย่างผม กับพี่ (ชื่อวัยรุ่น) นะ ถึงเราจะทะเลาะกันทุก วันแต่ผมก็รักพี่ผมนะ ตั้งแต่เกิดเรื่องมานี้ ผมไม่กล้าปล่อยให้พี่เค้าอยู่คนเดียวเลยนะ” (1/1, บรรทัดที่ 32-34)

“ทุกอย่างผมส่งผ่านดาวัฒน์หมดเลยก็สองพี่น้องเค้าสนิทกันผมก็ดูอยู่ ห่างๆแต่ไม่ได้ปล่อยนะสอบถามอาการจากดาวัฒน์ทุกวันเลย” (1/3, บรรทัดที่ 122-124)

“กลับมาบ้าน พี่ก็ทำตามปกติก็ไปทำงาน ให้เค้าพักอยู่ที่บ้านกับน้อง คิดว่าพี่จะปล่อยให้อยู่คนเดียวหรือ ไม่มีทางหรอกพี่ยังจำคำแนะนำของหมอได้นะ ห้ามให้อยู่ตาม

ลำพัง ให้มีบุคคลใกล้ชิดดูแล ก็พื้ไม่รู้จะทำยังไงนี้ ใครว่าอะไรพื้ก็นำมาใช้หมดแหละ แต่ก็ดีนะ ได้ผลดี ไม่ถึงอาทิตย์เค้าก็กลับมาเป็นปกติ จนถึงทุกวันนี้” (3, บรรทัดที่ 104-108)

ประเด็นที่ 1.2 ให้คำปรึกษา / คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง

นอกจากการเฝ้าระวังไม่ให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการดูแลของครอบครัวเพื่อไม่ให้วัยรุ่นกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ คือการให้คำปรึกษา/คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ บอกว่านอกจากการอยู่เป็นเพื่อนแล้ว การพูดคุยและคอยซักถามอย่างสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เวลาเค้าอยากได้อะไร หรือมีปัญหาอะไร เค้าจะปรึกษาตาวัฒน์แล้วก็ให้ตาวัฒน์มาปรึกษาผมอีกที ก็ไม่เข้าใจเหมือนกันนะว่าทำไมเค้าไม่กล้ามาปรึกษาผมโดยตรง” (1/3, บรรทัดที่ 64-67)

“ก็ดีนะผมว่า เราไม่ได้ทะเลาะ กันเราพูดคุยกันอยู่เรื่อยๆมีอะไรก็ปรึกษากัน” (2/2, บรรทัดที่ 19-20)

“นอกจากพื้ กับน้องสาวของเค้าแล้ว ก็มีเพื่อนๆเค้านั่นแหละ แล้วก็เพื่อนบ้านบ้านใกล้กัน มาคอยปลอบใจให้กำลังใจนะ ส่วนใหญ่จะมาเล่าประสบการณ์อห้กของตัวเองให้เค้าฟังพร้อมกับบอกวิธีต่างๆที่ทำให้หาย ดูแล้วรู้สึกดีมากๆเลยนะเราไม่ได้ยุ่งกันตามลำพัง” (3, บรรทัดที่ 140-143)

ประเด็นที่ 1.3 หาเวลาว่างเพื่อพูดคุย

การหาเวลาว่างเพื่อพูดคุย เป็นกิจกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นใหม่จากการดูแล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่าที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาให้กัน และกันจึงทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ดังนั้นการพยายามหาเวลาว่างเพื่อพูดคุยกัน น่าจะทำให้มีการดูแลวัยรุ่นได้ใกล้ชิดมากขึ้นได้ ดังคำกล่าว

“อาจารย์ต้องดูแลน้องเค้าใกล้ชิดมากขึ้น บางครั้งต้องหาเวลาเค้าว่าง อารมณ์ดี มาพูด ค่อยกันบ่อยขึ้น ทำให้เค้ารู้ว่าเรารักเค้านะ” (1/2, บรรทัดที่ 134-136)

“หลังจากเกิดเรื่องนี้ ผมว่าจะหา เวลาว่าง พุดคุยกันบ่อยขึ้น” (1/3, บรรทัดที่ 92)

“ทุกวันนี้ผมแทบจะไม่เห็นหน้าเค้าที่บ้าน แต่ผมกับลูกเราโทรคุยกันทุกวันนะ ผมอาจจะไม่ได้ไปส่งเค้าไปโรงเรียน ไม่ได้สอนการบ้านเค้าเหมือนที่แม่เค้าทำ แต่ผมก็พร้อมจะขนขวาย หาสิ่งที่เค้าจำเป็นต้องใช้ เช่น เอกสาร บทความต่างๆ รายงานต่างๆของเค้าทุกวันนี้ผมยังได้ช่วยเค้าทำเลยนะ ส่วนใหญ่เป็นพวกหาข้อมูลให้นะ แล้วเค้าก็ไปเรียบเรียงเอง” (1/4, บรรทัดที่ 119-124)

กล่าวโดยสรุปผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเหมือนกันว่าสมาชิกในครอบครัวทุกคน มีการหาเวลาว่างเพื่อที่จะได้พบปะพูดคุยกับวัยรุ่นมากขึ้น มีเฝ้าระวังไม่ให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองอีก โดยสมาชิกในครอบครัว ได้มีการ จัดสรรเวลา รวมทั้ง แบ่งหน้าที่กันในการดูแลวัยรุ่นให้มากขึ้น มีการรับฟังความคิดเห็นของกันและกันมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่น การให้การดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจนั้น ทุกครอบครัวให้ความสำคัญมาก และพร้อมจะให้การช่วยเหลือเมื่อได้รับการร้องขอจากวัยรุ่น และสมาชิกในครอบครัวด้วยตนเอง

## ประเด็นที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง

การสร้าง ความเข้มแข็งและพลังใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่สมาชิกครอบครัวได้มีการนำมาใช้ การที่ครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่วัยรุ่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เช่นการดูแลส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ ให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแล เรื่องเสื้อผ้า การแต่งกาย การแบ่งหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยกันดูแล เรื่องค่าใช้จ่าย การทำงานบ้าน ซึ่งทุกๆกิจกรรมที่ครอบครัวได้แบ่งกันทำนั้น ทุกคนทำด้วยความรัก ความเอาใจใส่ และพร้อมจะแสดงให้วัยรุ่นเห็นว่า วัยรุ่นนั้นสำคัญกับครอบครัวอย่างไร ซึ่งในเรื่องนี้สามารถแยกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็นดังนี้

### ประเด็นที่ 2.1 ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย

ในการดูแลวัยรุ่นนั้นแน่นอนว่าครอบครัวย่อมให้ความสำคัญกับการดูแลด้านสุขภาพร่างกายควบคู่ไปกับการดูแลด้านจิตใจ เพราะถ้าหากว่าสุขภาพร่างกายของวัยรุ่นไม่แข็งแรงแล้วย่อมยากต่อการดูแลด้านจิตใจด้วยอย่างแน่นอน สมาชิกในครอบครัว จึงเห็นว่าควรให้ความสำคัญในการดูแลด้านสุขภาพร่างกายร่วมด้วย ทั้งนี้ยังได้มีการจัดสรร แบ่งหน้าที่ความ



รับผิดชอบร่วมกันในการดูแลวัยรุ่นร่วมกันเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ดูแลด้วยกันทั้งหมดนั่นแหละอาจารย์ก็ดูแลเรื่องอาหารการกิน ส่วนอาจารย์ผู้ชาย ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ น้องวัฒน์ก็ดูแลกิจวัตรประจำวัน” (1/2, บรรทัดที่ 204-206)

“ตอนนี้ก็พยายามหาเวลาว่างเสาร์อาทิตย์ พาเด็กๆไปเที่ยวบ้าง ไปออกกำลังกายที่ลานกีฬาของหมู่บ้านบ้าง ถ้าไม่เหนื่อยจนเกินไปนัก” (1/4, บรรทัดที่ 31-32)

“พยายามให้กินอาหารให้ครบ 3 มื้อนะโดยเฉพาะมื้อเช้า แล้วก็ถ้าไม่สบายพี่ก็พาจะไปหาหมอที่สถานีอนามัย” (3, บรรทัดที่ 23-24)

## ประเด็นที่ 2.2 สร้างความรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ

สำหรับการดูแลด้านสุขภาพร่างกายวัยรุ่นของครอบครัวนั้น ทุกอย่างทุกกิจกรรมสมาชิกในครอบครัวล้วนเต็มใจที่จะทำและพร้อมที่จะทำให้อายุรุ่นเห็นว่าสิ่งที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวทำให้อายุรุ่นนั้น ทำด้วยความรักความห่วงใย ต้องการให้อายุรุ่นเห็นในความรักความอบอุ่นเอาใจใส่ที่ครอบครัวมีให้ เพราะวัยรุ่นคือคนสำคัญของครอบครัวจริง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“สิ่งสำคัญที่ทำให้ผมต้องดูแลพี่ (ชื่อวัยรุ่น) คงเป็นเพราะว่า ผมเป็นน้องเค้าเป็นพี่ เราเป็นพี่น้องกัน เราเป็นครอบครัวเดียวกัน พี่เค้าสำคัญกับผมมากนะครับ ผมไม่เคยคิดนะว่าจะเป็นอย่างไงถ้าไม่มีพี่เค้าแล้ว” (1/1, บรรทัดที่ 94-97)

“สิ่งสำคัญที่ทำให้อาจารย์ต้องดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) คงเป็นเพราะว่าอาจารย์เป็นยายนะ น้องเค้าคือสายเลือดของลูกสาวอาจารย์ที่เหลือนอยู่ เพราะฉะนั้น เค้ามีความสำคัญกับอาจารย์มากนะ เพราะเค้าคือตัวแทนลูกของเรา ไม่มีพ่อแม่ที่ไหนไม่รักไม่คิดถึงลูกนะ ทุกวันนี้เวลาอาจารย์มองเค้า อาจารย์ ก็ารู้สึกว่าลูกอยู่กับเราตลอดเวลาเลย เค้าเป็นกำลังใจให้อาจารย์มีชีวิตอยู่ต่อไปได้นะ สิ่งที่อาจารย์ทำตอนนี้คือทำยังไงก็ได้ให้เค้ารู้ว่าเค้าคือคนที่สำคัญที่สุดสำหรับอาจารย์ เพราะฉะนั้น เค้าต้องมีชีวิตที่ดีและอยู่ต่อไปให้ได้” (1/2, บรรทัดที่ 140-147)

“แต่ก่อนเป็นแม่ก็ต้องดูแลในฐานะแม่ ดูแลทุกอย่าง ตอนนี้ พยายามเป็นทั้งเพื่อนและพี่ เป็นที่ปรึกษาเป็นทุกอย่างที่ลูกอยากให้เป็นแล้วตอนนี้” (2/1, บรรทัดที่ 81-83)

กล่าวโดยสรุปแล้วผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต่างให้ข้อมูลที่คล้ายกันว่า ทุกคนมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่น และดูแลซึ่งกันและกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยทุกรายต่างให้เหตุผลของการกระทำว่าทำด้วยความรัก ความห่วงใย เพราะวัยรุ่นคือคนสำคัญของครอบครัว

### ประเด็นที่ 3 สร้างเกราะกำบัง ไม่ซ้ารอยเดิม

ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของ ครอบครัวนั้น ไม่เพียงแต่จะใช้วิธีการปกป้องเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดและสร้างความเข้มแข็งและเติมเต็มพลังใจให้กับวัยรุ่นเท่านั้น สร้างเกราะกำบัง ไม่ซ้ารอยเดิม ก็ยังเป็นวิธีการที่สำคัญ อีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันชีวิตในการเผชิญปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นครอบครัวจึงมีให้อภัยกับสิ่งที่ผิดพลาดและพร้อมที่จะให้อีกโอกาสวัยรุ่นได้ทำในสิ่งที่ต้องการในขอบเขตที่ยอมรับได้ โดยมี การจัดสรรเวลาให้วัยรุ่นได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ที่มีการสร้างระเบียบวินัยในตนเองของครอบครัว และพยายามแสดงให้วัยรุ่นเห็นว่า ครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างวัยรุ่นเสมอ เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย จนไม่กลับไปทำร้ายตนเองอีก แยกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

#### ประเด็นที่ 3.1 ให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด

การให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาดของวัยรุ่น แน่นนอนว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ครอบครัวควรนำมาใช้ในการดูแลวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นได้มีภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้พี่ไม่ต้องการให้เค้าเป็นอะไรแล้ว แค่ให้เค้า เป็นอย่างที่เขาอยากเป็น ถ้าไม่เสียหายมากนัก พี่ก็จะส่งเสริม ขอแค่เค้า ยังมีชีวิตอยู่ มีความสุข และเอาตัวรอดพี่ก็พอใจแล้ว” (2/1, บรรทัดที่ 105-107)

“ก็ดีนะผมว่ามันทำให้เราใกล้ชิดกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้นจากแต่ก่อนที่เราคิดว่าเรารู้จักกันดีแล้วครอบครัวเราไม่มีปัญหาอะไรเลย ตอนนี้ผมพบว่า ที่ผ่านมาเราลืมบางอย่างไป บางอย่างที่เป็นส่วนประกอบของคำว่าครอบครัว เราลืม ที่จะรับฟังซึ่งกันและกัน ปัญหามันถึงได้เกิด ตอนนี้ เราฟังกันมากขึ้นไม่ใช่ไม่มีปัญหานั้น ปัญหายังมีเหมือนเดิมแต่ ผมรู้สึกว่าปัญหาเราแก้ได้ง่ายขึ้น และเราได้แก้ด้วยกันทั้งหมด มันทำให้เราเข้าใจกันมากขึ้น เกิดเรื่องแบบนี้ผมว่าดีเหมือนกัน บทเรียนนี้ราคาแพงมากนะสำหรับครอบครัวเรา” (2/2, บรรทัดที่ 34-41)

“ความรัก ความเข้าใจ ของครอบครัว การให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาดมาแล้ว ของชีวิตถ้าครอบครัวทำให้วัยรุ่น เห็นและรับรู้แบบนี้ที่ว่ามันเป็นการป้องกันที่ดีที่สุดทีเดียวนะ ไม่มีวัยรุ่น ที่ไหนอยากทำร้ายตนเองหรอกนะ” (3, บรรทัดที่ 85-87)

### ประเด็นที่ 3.2 เรียนรู้ยอมรับกันและกัน

ผู้ให้ข้อมูลบางคนยอมรับว่ามีความลำบากใจมากในช่วงแรกของการดูแล หากแต่ ผลการตอบรับของวัยรุ่นที่เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งสำหรับครอบครัว และเป็น กำลังใจให้ครอบครัวสามารถดูแลวัยรุ่นต่อไปได้อย่างมีความสุขทั้งตัววัยรุ่นและครอบครัวเอง ดังคำ กล่าวที่ว่า

“ตอนแรกก็คิดว่าความรักความเอาใจใส่น่าจะพอแล้วในการดูแลเค้า แต่ ตอนนีพ่ว่ามันไม่พอนะมันต้องเพิ่ม ความเข้าอกเข้าใจ การยอมรับและรับฟังในสิ่งที่เขาต้องการ ความอดทนนี้สำคัญมาก พ่ว่ามันสำคัญมากนะในการดูแลเค้า” (2/1, บรรทัดที่ 91-94)

“ผมคิดว่าน่าจะเป็นการเข้าใจเค้าแล้วก็ยอมรับเค้า ให้เค้าได้มีโอกาสทำ หรือเป็นในสิ่งที่เค้าอยากเป็น ให้เค้ารู้ว่าเค้ายังมีพ่อแม่คอยให้กำลังใจอยู่ข้างเค้าตลอดเวลา เพื่อให้ เค้ามีอนาคตที่สดใสรอเค้าอยู่” (2/2, บรรทัดที่ 75-77)

“เราคุยกันมากขึ้น อย่างทุกวันนี้ ทุกวันผมต้องโทรหาลูกอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง การทำรายงานของลูกทุกครั้งผมต้องได้อ่านก่อนเค้าส่ง หมอรู้มัย ผมลองไม่โทร หาเค้า ครั้ง หนึ่งนะ เป็นเรื่องสายแทบไหม้ มีการคาดโทษ เกิดขึ้น แต่ผมมีความสุขนะ หลังจากนั้นผมไม่เคยที่ จะไม่โทรหาเค้า ไม่ว่าจะยุ่งแค่ไหนก็ตาม” (1/4, บรรทัดที่ 2-5-209)

กล่าวโดยสรุปผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ต่างกล่าวในลักษณะเดียวกันว่า ที่ผ่านมามีการ ละเอียดกันและกันในครอบครัว ในการดูแลครั้งนี้ทุกคนพยายามหาข้อผิดพลาดของตนเองแล้ว พยายามแก้ไข และพยายามปรับตัวเข้าหากัน มีการรับฟังความคิดเห็นกันมากขึ้น ให้ความสำคัญ กับเวลาของครอบครัวมากขึ้น

### ประเด็นที่ 4 ย้ำเตือนความผูกพันกันด้วยรัก

การย้ำเตือนความผูกพันกันด้วยรัก วิธีนี้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวได้พยายามแสดง ให้วัยรุ่นเห็นว่า สมาชิกทุกคน มีความรักความผูกพันกับวัยรุ่นเป็นอย่างมาก มีการบอกว่า พ่อ แม่ พี่ น้อง ทุกคน รักวัยรุ่น มีย้ำเตือนให้วัยรุ่นเห็นว่าหากครอบครัวสูญเสียวัยรุ่นไป ครอบครัวจะเสียใจแค่ ไหน เช่น “ยายเสียใจแค่ไหน” “อย่าให้ยายต้องเสียหนูไปอีกเลย ถ้าหนูเป็นอะไรไปยายคงอยู่ไม่ได้

แล้วนะ เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความรักความผูกพันกับครอบครัวมากขึ้น เมื่อวัยรุ่นเกิดความรักความผูกพันกับครอบครัวแล้ว ก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญกับครอบครัว วัยรุ่นก็จะไม่กลับมาทำร้ายตนเองอีก ในเรื่องนี้สามารถแยกประเด็นย่อยต่างๆออกมาได้ 2 ประเด็น ดังนี้

#### ประเด็นที่ 4.1 บอกให้ชัดว่ารัก

บอกให้ชัดว่ารัก คำนี้ ต้องยอมรับอย่างหนึ่งว่า ในสังคมไทยนั้น การแสดงความรักความห่วงใยอย่างเปิดเผยนั้นหลายคนยังมีความรู้สึกกระดากอายอยู่บ้างแม้จะรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ในการดูแลวัยรุ่นนั้นผู้ให้ข้อมูลทุกราย ต่างยืนยันเป็นเสียงเดียวกันว่ามีความจำเป็น และสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหลือเฟือ เพื่อบอกให้ทุกคนทราบว่าครอบครัวรักและห่วงใยวัยรุ่นแค่ไหน การบอกให้ทราบโดยตรงว่ารัก นี้จะทำให้วัยรุ่นเห็นว่าครอบครัวรักวัยรุ่นแค่ไหน ยิ่งรักมากเท่าไรยิ่งสูญเสียวัยรุ่นไม่ได้มากเท่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

*“ที่รู้มั๊ยว่าผมเสียใจแค่ไหน ผมรักพี่นะ ถ้าพี่เป็นอะไรไปผมจะอยู่กับใคร” (1/1, บรรทัดที่ 106-107)*

*“การดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) คือการให้ความรักความอบอุ่น ความมั่นใจว่าไม่ว่าวันนี้หรือวันไหนๆ เค้าจะมีพ่อคนนี้อยู่เคียงข้างและคอยเป็นกำลังใจให้เค้าเสมอ วันนี้เค้าไม่ได้มีแต่ตัวฉันเท่านั้น แต่ยังมีพ่อ มีคุณตา คุณยาย ที่รักเค้ามาก และไม่มีใครมาแทนที่คุณแม่ของเค้าได้” (1/4, บรรทัดที่ 97-101)*

*“สิ่งสำคัญที่ผมใช้ในการดูแลลูกก็คือ ความรัก รักของพ่อแม่ ผมว่า ความรักสำคัญที่สุดนะ ถ้าเมื่อไหร่ที่เรารักใครก็ตามเราก็จะอยากดูแลเค้า แล้วผมก็เชื่อว่าคนที่เค้าได้รับการดูแลจากเราเค้า ก็จะรับรู้ได้เช่นกันว่าเรารักเค้า ไม่มีใครที่ต่อการทำให้คนที่รักเสียใจหรอก” (1/4, บรรทัดที่ 155-160)*

#### ประเด็นที่ 4.2 พร้อมจะอยู่เคียงข้างกัน

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล่าวเหมือนกันว่า ทุกคนรักวัยรุ่นมากวัยรุ่นคือบุคคลที่มีความสำคัญกับครอบครัว และยืนยันว่าหากมีการสูญเสียวัยรุ่นไปครอบครัวจะเสียในมาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผมเสียแม่ไปแล้วคนหนึ่ง ยังไงผมก็ไม่ยอมเสียพี่ไปหรอก สิ่งที่ผมทำตอนนี้คือทำ  
ยังไงก็ได้ให้พี่เค้ารู้ว่าเค้าสำคัญกับผมมากแค่ไหน เค้าจะได้ไม่ทำแบบนั้นอีก ผมรู้ว่าพี่(ชื่อวัยรุ่น)  
ก็กลัวผมเสียใจเช่นกัน” (1/1, บรรทัดที่ 97-100)

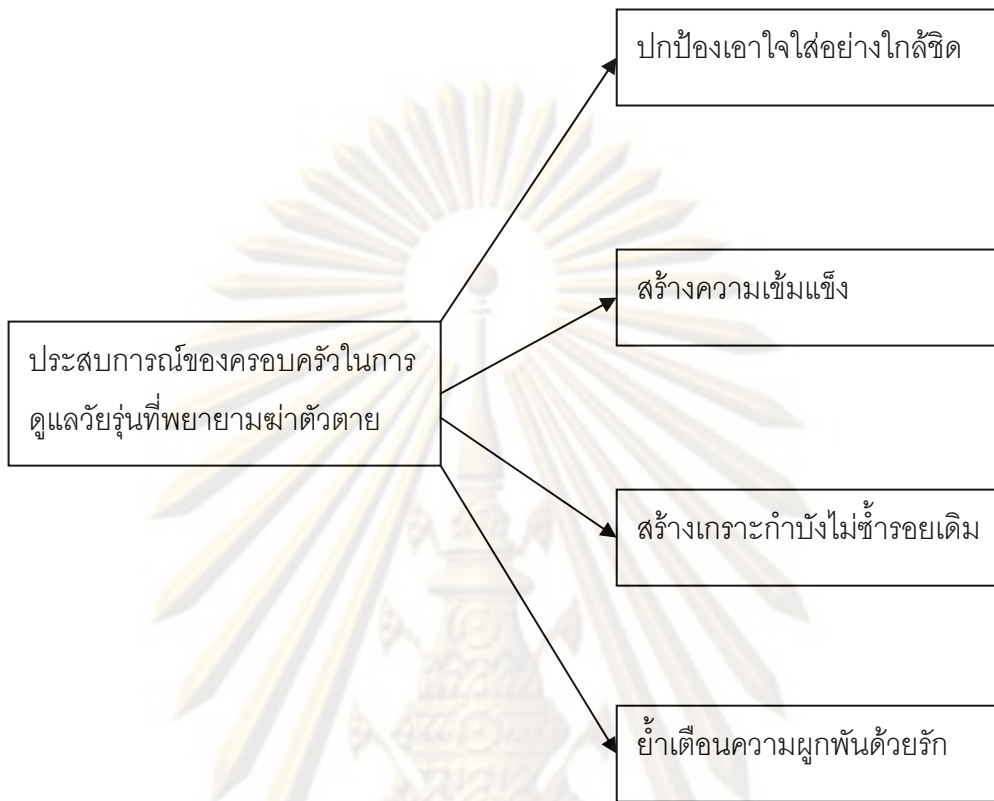
“อาจารย์บอกเค้าว่าต่อไปอย่าทำอย่างนี้อีกนะ รู้มั้ยว่ายายเสียใจแค่ไหน ยายเสีย  
แม่ของหนูไปคนหนึ่งแล้วนะ อย่าให้ยายต้องเสียหนูไปอีกเลย ถ้าหนูเป็นอะไรไปยายคงอยู่ไม่ได้แล้ว  
นะ” (1/2, บรรทัดที่ 152-154)

“สำหรับพี่ต้องเป็นความรักความเข้าใจการให้กำลังใจ การทำให้เค้าเห็นว่าถึงแม้คนอื่นจะ  
ไม่รักเค้าแต่แม่และน้องยังรักและพร้อมที่จะเป็นกำลังใจให้เค้าเสมอเนี่ยแหละการดูแลของพี่” (3,  
บรรทัดที่ 77-79)

กล่าวโดยสรุป ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้กล่าวในลักษณะเดียวกันว่า ประสบการณ์ของ  
ครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ว่าทุกครอบครัวมีการ ดูแลเอาใจใส่ปกป้อง  
วัยรุ่นด้วยความรัก เช่น การเฝ้าระวังไม่ให้ทำร้ายตนเอง คอยให้คำปรึกษา/ให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง  
มีการหาเวลาว่างเพื่อพูดคุย มีการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยการเพิ่มพลังใจให้  
กำลังใจวัยรุ่นในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังมีการสร้างเกราะกำบังไม่ให้ซ้ารอยเดิมด้วยการให้  
อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด พร้อมเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ทำตามต้องการภายใต้เงื่อนไขที่ยอมรับได้ ทั้งยัง  
มีการย้ำเตือนให้วัยรุ่นรู้ว่า ทุกคนรักวัยรุ่น ให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าของตนเอง ว่าหากสูญเสียวัยรุ่นไปทุก  
คนจะเสียใจแค่ไหน แสดงออกมาเป็นแผนภาพดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

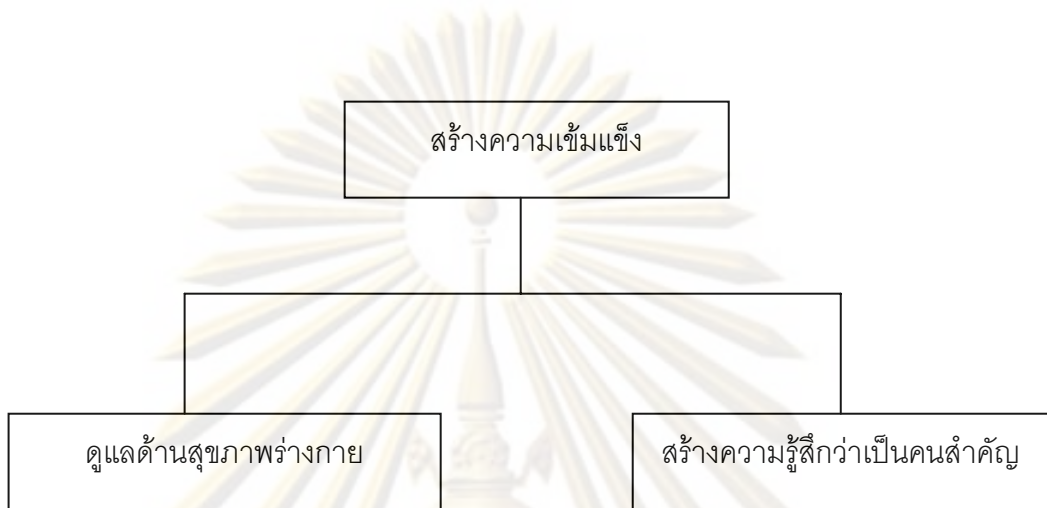
แผนภาพ : สรุปประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย



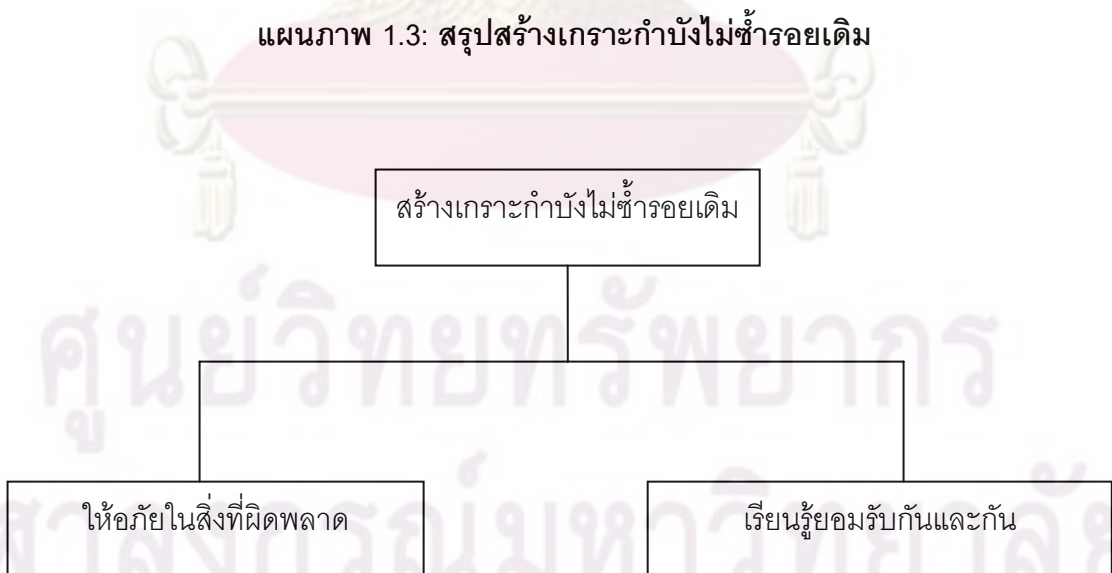
แผนภาพ 1.1: สรุปการปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด



แผนภาพ 1.2: สรุปสร้างเสริมความเข้มแข็ง



แผนภาพ 1.3: สรุปสร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม



แผนภาพ1.4: สรุปราย้าเตือนความผูกพันด้วยรัก



ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### การอภิปรายแลข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl (Koch, 1995) ซึ่งมีความเชื่อว่า ประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตรอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดสกลนครและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 3 ครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 7 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลักโดยมีผู้วิจัยเป็นคนสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของ Colaizzi (Streubert and Carpenter, 1999) และนำเสนอประสบการณ์ ของครอบครัว ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยนำเสนอเป็น 4 ประเด็นใหญ่และ 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

#### ประเด็นที่ 1 ปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

ประเด็นที่ 1.1 ฝ้าระวังไม่ให้เกิดร้ายตนเอง

ประเด็นที่ 1.2 ให้คำปรึกษา / คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง

ประเด็นที่ 1.3 หาเวลาว่างเพื่อพูดคุย

#### ประเด็นที่ 2 สร้างความเข้มแข็งและพลังใจ

ประเด็นที่ 2.1 ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย

ประเด็นที่ 2.2 สร้างความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ

#### ประเด็นที่ 3 สร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม

ประเด็นที่ 3.1 ให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด

ประเด็นที่ 3.2 เรียนรู้ยอมรับกันและกัน

ประเด็นที่ 4 ย้ำเตือนความผูกพันด้วยรัก

ประเด็นที่ 4.1 บอกให้ชัดว่ารัก

ประเด็นที่ 4.2 พร้อมจะอยู่เคียงข้างกัน

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว แสดงให้เห็นถึงเหตุการณ์ที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นผู้ให้ข้อมูลได้ประสบมาด้วยตนเอง และได้ถ่ายทอดผ่านการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆได้ 4 ประเด็นใหญ่และ 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

### ประเด็นที่ 1 ปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าในการดูแลวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายของครอบครัวนั้น สมาชิกครอบครัวทั้งหมด ได้ให้การดูแลวัยรุ่นดังกล่าวโดย การปกป้องเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดนั้นสามารถแยกย่อยการดูแลออกมาเป็น 3 ข้อย่อย ได้แก่ 1) เผื่อระวังไม่ทำให้ทำร้ายตนเอง 2) ให้คำปรึกษา / คอยให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง และ 3) หาเวลาว่างเพื่อพูดคุย โดยอยู่เป็นเพื่อน คอยให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในทุกๆเรื่อง ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต มีการจัดสรร เวลาว่างเพื่อที่จะได้พูดคุย คอยซักถาม หากเวลาที่ว่างไม่ตรงกันก็จะมีการโทรศัพท์ ติดต่อ รวมทั้งมีการรับฟังกันและกันให้มากขึ้น

เนื่องจาก จากการศึกษาของชินชฐา บำเพ็ญผล และคณะ (2542) ได้ ทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครปฐมเพื่อศึกษาลักษณะครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังที่สมาชิกในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า โครงสร้างครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีการอบรมเลี้ยงดูในลักษณะไม่คงเส้น คงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย มีการลงโทษรุนแรง ไม่พบว่ามีบุคคลใดในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ลูกและระหว่างพี่น้อง ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและขาดการประคับประคองทางอารมณ์ต่อกัน ครอบครัวไม่มีความยืดหยุ่นไปตามวงจรชีวิตครอบครัว

ดังนั้น การที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเหมือนกันว่าสมาชิกในครอบครัวทุกคน มีการหาเวลาว่างเพื่อที่จะได้พบปะพูดคุยกับวัยรุ่นมากขึ้น มีเผื่อระวังไม่ให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองอีก โดยสมาชิกในครอบครัว ได้มีการ จัดสรรเวลา รวมทั้ง แบ่งหน้าที่กันในการดูแลวัยรุ่นให้มากขึ้น มีการ

รับฟังความคิดเห็นของกันและกันมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่น การให้การดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจนั้น  
ทุกครอบครัวให้ความสำคัญมาก และพร้อมจะให้การช่วยเหลือเมื่อได้รับการร้องขอจากวัยรุ่น  
และสมาชิกในครอบครัวด้วยกันเอง การกระทำดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลนี้เองที่สอดคล้องกับ  
การศึกษาของสมหมาย เลาหะจินดาและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ได้ทำการศึกษาถึงลักษณะ  
การเลี้ยงดูของพ่อแม่ ลักษณะการเลี้ยงดูที่เด็กวัยรุ่นต้องการหรือไม่ต้องการ และลักษณะการเลี้ยง  
ดูที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น จากการวิจัยพบว่า ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่  
ที่ปฏิบัติกับลูกวัยรุ่นในเขตภาคเหนือจะมีหลาย ๆ ลักษณะร่วมกัน ส่วนมากจะเป็นลักษณะที่ดี คือ  
เป็นแบบรักและสนับสนุนเด็ก แบบใช้เหตุผล แบบให้ลูกรู้จักพึ่งตนเอง ส่วนการเลี้ยงดูแบบควบคุม  
และแบบลงโทษลูกนั้นมีไม่มาก แต่ถ้าใช้อัตราการคิดฆ่าตัวตายมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาจะ  
สามารถจัดกลุ่มลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ออกเป็น 3 แบบใหญ่ ได้แก่ แบบแรกเป็นการเลี้ยง  
ดูในลักษณะที่เป็นบวก คือ ถ้าพ่อแม่เลี้ยงดูลูกในลักษณะเหล่านี้แล้ว อัตราการคิดฆ่าตัวตายของ  
เด็กจะต่ำกว่าเด็กที่พ่อแม่ละเลยไม่ได้เลี้ยงดูในลักษณะเหล่านี้ แบบที่สอง เป็นการเลี้ยงดูใน  
ลักษณะที่เป็นลบ คือลักษณะการเลี้ยงดูที่พ่อแม่ปฏิบัติกับเด็กแล้ว อัตราการคิดฆ่าตัวตายจะสูง  
กว่าที่ไม่ปฏิบัติ แบบที่สาม เป็นลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่ว่าพ่อแม่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติอัตราการ  
คิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่นจะไม่มี ความแตกต่างกัน เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ ต้องการให้พ่อแม่  
ปฏิบัติกับตนดังนี้คือ การแสดงความรักความอบอุ่น การเอาใจใส่ได้ถามทุกข์สุข คอยสนับสนุน  
ช่วยเหลือยามลูกมีปัญหา ให้ความสำคัญกับลูก ทำกิจกรรมร่วมกันบ่อย ๆ เป็นคนมีเหตุผลรับฟัง  
ความคิดเห็นของลูก ปล่อยให้ลูกทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้รางวัลเมื่อลูกทำดี จาก  
ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตายกับลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ลูกต้องการ  
พบว่าความต้องการของลูกเข้ามามีอิทธิพลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเลี้ยงดูที่พ่อแม่  
ปฏิบัติกับลูกที่เคยสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับความคิดฆ่าตัวตายเปลี่ยนไปโดยเด็กวัยรุ่นที่พ่อ  
ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ละเลยไม่ได้เลี้ยงดูในลักษณะ  
ที่ลูกต้องการ ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับ  
ลูกจนลูกรู้สึกมีคุณค่า ทำกิจกรรมร่วมกับลูกบ่อย ๆ ส่วนลักษณะการเลี้ยงดูของแม่ที่ปฏิบัติตรงกับที่  
ลูกต้องการแล้วพบว่าอัตราการคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าวัยรุ่นที่แม่ละเลยไม่ได้ปฏิบัติตามที่ลูกต้องการ  
อย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะการเลี้ยงดูที่ลูกไม่ต้องการแต่พ่อกลับปฏิบัติ เด็กวัยรุ่นจะมีอัตราการคิด  
ฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อเขาในสิ่งที่เขาไม่ชอบอย่างมีนัยสำคัญ มี 5 ลักษณะคือ แม่  
สนใจก้าวร้าวเรื่องส่วนตัวของลูกมากเกินไป บังคับให้ลูกทำในสิ่งที่ลูกไม่ชอบ ให้ไปเที่ยวกับพ่อแม่  
พี่น้องเท่านั้น บังคับให้ใช้เงินอย่างจำกัดเกินไปและไม่สนใจว่าลูกจะเป็นอย่างไร เห็นได้ว่าการคิด  
ฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่ปฏิบัติกับลูกในลักษณะที่ลูกไม่ชอบนั้น จะสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่พ่อแม่  
ละเลยไม่ปฏิบัติในลักษณะที่วัยรุ่นต้องการ

## ประเด็นที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ประเด็น การสร้างความเข้มแข็ง นั้น เป็นวิธีการหนึ่ง ที่ครอบครัวนำมาใช้ในการดูแลวัยรุ่น สามารถแยกประเด็นย่อยในการดูแลออกได้อีก 2 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1) ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และ 2) สร้างความรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เป็น อีกหนึ่งทางเลือกที่สมาชิกครอบครัวได้มีการนำมาใช้ ในการดูแลเอาใจใส่วัยรุ่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เช่นการดูแลส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ ให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแล เรื่องเสื้อผ้า การแต่งกาย การแบ่งหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยกันดูแล เรื่องค่าใช้จ่าย การทำงานบ้าน ซึ่งทุกๆกิจกรรมที่ครอบครัวได้แบ่งกันทำนั้น ทุกคนทำด้วยความรัก ความเอาใจใส่ และพร้อมจะแสดงให้วัยรุ่นเห็นว่า วัยรุ่นนั้นสำคัญกับครอบครัวอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim Phaik Hooi (2002) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด Hermeneutic พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายของการดูแลไว้ 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) ทำให้ดีขึ้น 2) เป็นการตอบสนองความต้องการของครอบครัว 3) การเพิ่มขึ้นของภาระหน้าที่ ด้านประสบการณ์ชีวิตผู้ให้ข้อมูลได้มีการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ 5 ข้อย่อยคือ การดูแลด้านการเจ็บป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันการปรับเปลี่ยนความรู้สึกเพื่อให้การดูแล และ ในอนาคตสิ่งต่างๆที่เป็นอยู่ กำลังจะกลายเป็นภาระครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดงาน และยังรู้สึกกลัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้ยังคงแสวงหา หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อที่จะให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นวิธีการนี้จึงยังเป็นวิธีที่ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต่างให้ข้อมูลที่คล้ายกันว่า ทุกคนมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่น และดูแลซึ่งกันและกัน โดยทุกรายต่างให้เหตุผลของการกระทำว่าทำด้วยความรัก ความห่วงใย เพราะวัยรุ่นคือคนสำคัญของครอบครัวจริง

## ประเด็นที่ 3 สร้างเกราะกำบังไม่ซ้ำรอยเดิม

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ในการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของ ครอบครัวนั้น ไม่เพียงแต่จะใช้วิธีการปกป้องเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดและสร้างความเข้มแข็งให้กับวัยรุ่นเท่านั้น การสร้างเกราะกำบัง ไม่ซ้ำรอยเดิม ก็ยังเป็นวิธีการที่สำคัญ อีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกันชีวิตในการเผชิญปัญหา และอุปสรรคต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถแยก

ออกเป็นประเด็นย่อยต่างๆได้ 2 ประเด็นย่อย คือ 3.1) ให้อภัยในสิ่งที่ผิดพลาด และ 3.2) เรียนรู้ ยอมรับกันและกัน ดังนั้นครอบครัวจึงมีให้อภัยกับสิ่งที่ผิดพลาดและพร้อมที่จะให้อภัยกลับคืนได้ในสิ่งที่ต้องการในขอบเขตที่ยอมรับได้ โดยมี การจัดสรรเวลาให้วัยรุ่นได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆมี การสร้างระเบียบวินัยในตนเองของครอบครัว และพยายามแสดงให้วัยรุ่นเห็นว่า ครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างวัยรุ่นเสมอ เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย จนไม่กลับไปทำร้ายตนเองอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Bostik Katherine E. (2007). ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ แนบแน่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่น ต่อการหายจากการพยายามฆ่าตัวตาย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ สร้างข้อมูลจากทฤษฎี (Grounded theory) เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ที่แนบ แน่นที่นำไปสู่การหายจากการพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ ที่แนบแน่นที่ส่งผลต่อการหายจากการฆ่าตัวตายได้แก่การได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ อย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน สามารถทำให้ความรู้สึกของวัยรุ่นดีขึ้นและ รู้สึกหายจากการฆ่าตัวตาย

ถึงแม้ว่า ผลการศึกษาวิจัยของ Bostik Katherine E. จะยังไม่ชัดเจนนักในกระบวนการ จัดการ แต่ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ต่างกล่าวในลักษณะเดียวกันว่า ที่ผ่านมาก็มีการละเลยกันและ กันในครอบครัว ในการดูแลครั้งนี้ทุกคนพยายามหาข้อผิดพลาดของตนเองแล้วพยายามแก้ไข และ พยายามปรับตัวเข้าหากัน มีการรับฟังความคิดเห็นกันมากขึ้น ให้ความสำคัญกับเวลาของ ครอบครัวมากขึ้น เพราะจากการศึกษาของสมหมาย เลาหะจินดาและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) ได้ทำการศึกษาถึงลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ลักษณะการเลี้ยงดูที่เด็กวัยรุ่นต้องการหรือไม่ ต้องการ และลักษณะการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น วิธีการสร้างเกราะ กำบังไม่ซ้ำรอยเดิมจึงยังมีความจำเป็นที่ครอบครัวยังสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลา

#### ประเด็นที่ 4 ย้ำเตือนความผูกพันด้วยรัก

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบครัวยังยืนยันว่า การย้ำเตือนความผูกพันกัน ด้วยรัก ยังคงเป็นวิธีที่ได้ผล แยกย่อยออกได้เป็น 2 ประเด็นย่อยดังนี้ 4.1) บอกให้ชัดว่ารัก และ 4.2) พร้อมจะอยู่เคียงข้างกัน ซึ่งวิธีนี้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวได้พยายามแสดงให้วัยรุ่น เห็นว่า สมาชิกทุกคน มีความรักความผูกพันกับวัยรุ่นเป็นอย่างมาก มีการบอกพ่อ แม่พี่น้อง ทุก คน รักวัยรุ่น มีย้ำเตือนให้วัยรุ่นเห็นว่าหากครอบครัวสูญเสียวัยรุ่นไป ครอบครัวจะเสียใจแค่ไหน เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความรักความผูกพันกับครอบครัวมากขึ้น เมื่อวัยรุ่นเกิดความรักความผูกพันกับ ครอบครัวแล้ว ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญกับ ครอบครัว วัยรุ่นก็จะไม่กลับมาทำร้ายตนเองอีก

จากการศึกษาวิจัยของ ใจมั่ง (2549). ทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี การปรับตัวด้านการปรับตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างดี ในด้านความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและความรู้สึกมีอาการทางประสาท และมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเองและความรู้สึก มีแนวโน้มถดถอย ในด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงระดับการปรับตัวต่อการฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์ โดยเฉพาะการปรับตนเองด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเอง มีแนวโน้มถดถอย รวมทั้งการปรับตัวทางด้านสังคม ในด้านทักษะทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวมีแนวโน้มปรับตัวได้น้อยกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ ผลการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนที่ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล่าวเหมือนกันว่า การย้ำเตือนความผูกพันด้วยรักที่ ครอบครัวมีให้วัยรุ่นนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมาก เพราะทุกคนรักวัยรุ่นมากวัยรุ่นคือบุคคลที่มีความสำคัญกับครอบครัว และยืนยันว่าหากมีการสูญเสียวัยรุ่นไปครอบครัวจะเสียในมาก

### **ข้อจำกัดของการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประสบอุปสรรคด้าน ระยะเวลาในการศึกษา ซึ่งสามารถศึกษาได้เพียง 3 ครอบครัว และความเป็นไปได้ว่า ใน 1 ครอบครัวจะมีผู้ให้ข้อมูลเพียง 1 คน ผู้วิจัยสามารถที่จะใช้ผลการวิจัยนี้ นำร่องในการวิจัยครั้งต่อไป โดยการเพิ่มจำนวนครอบครัวให้มากขึ้น จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ก็สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลดังนี้

### **ด้านปฏิบัติการพยาบาล**

สามารถนำไปปรับใช้ในกิจกรรมการพยาบาล ตามบริบทที่ได้ ทั้งทางด้าน ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยเน้นที่การพยาบาลในบทบาทของพยาบาล APN ในการออกแบบการดูแลแบบครบวงจร ในการดูแลและป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป

### **ด้านการวิจัย**

สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ สำหรับใช้ฟื้นฟูสภาพวัยรุ่นภายหลังการฆ่าตัวตาย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรรณิการ์ เกาหมอ และ ศิริมา เนาวรัตน์ (2542). ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์. เอกสารวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ (2542). ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครปฐม. วารสารจิตวิทยาคลินิก 30,2 (กรกฎาคม – ธันวาคม) 36-41.
- จอนณะจง เพ็งจาด (2546). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2546)
- จันทิตา พุกพานานนท์ (2537). พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. สงขลานครินทร์ เวชสาร 12,3,141-144
- จันท์เพ็ญ ชูประภาวรรณ(2543). สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: โครงการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์. .
- ชาย โพธิสิตา (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. .
- ดรุณี คชพรหม (2544). ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 "ความสุขที่พอเพียง" วันที่ 5-7 กันยายน 2544. หน้า 136
- ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2529). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ (2546). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของแพทย์ไทย. เอกสารวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ธัญญภรณ์ ใจมั่ง (2549). การปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่พยายามฆ่าตัวตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ โครงการค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นพรัตน์ ไชยขำนิ (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด หน้า 199

- นิสา ชูโต (2540). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ:พี เอ็น การพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547) ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต และ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. .
- เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ๊ดติคส์ และคณะ (2548). การศึกษาระดับปริญญาโท:เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ:สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประมัย ฤทธิธิน ( 2548). ภูมิหลังส่วนบุคคลและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดสุรินทร์. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่4, เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ,วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 199.
- ปฟ้าณี ลีดิวัฒนา (2535). การพัฒนาเด็กเยาวชนและสตรี. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พนม เกตุมาน .(2549) . ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและปัญหาพฤติกรรม : พัฒนาการวัยรุ่น. ( Online). 2549. Available from E-mail: [panom@psyclin.co.th](mailto:panom@psyclin.co.th)
- พนมศรี เสาร์สาร (2541) การสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น 4 ราย ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 7-9 กันยายน 2541 กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .
- พนิดา ศรีคชินทร์ (2547). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี คำธิดา.(2548). โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 184.
- เพชรฯ ปาสวานันท์ (2548). การพิสูจน์ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 200-201.
- เพ็ญพักตร์ อูทิศ. (2544). การพยาบาลสุขภาพจิตแก่บุคคลเสี่ยง. (เอกสารประกอบการสอน) 22 ธันวาคม 2544 : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุริน คำวงศิปิน(2543). ความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิต, และการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- มะลิ ชูโต. (2548). การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปริ้นซ์พาลเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 52.
- มานิช หล่อตระกูล (2541). แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย:แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 43,1, 67-83.
- มานิช หล่อตระกูล (2544). สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46,1 (มกราคม-มีนาคม 2544): 37-48.
- ยุพดี ศิริวรรณ แลคณະ (2548). ความรุนแรงของวัยรุ่นไทย:พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ. พิมพ์ที่ ปียอนด์ พับลิชชิ่ง นนทบุรี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ลวัฒน์ วิริยะประสาท (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาวะการดูแล กับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6, เรื่อง สุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ. โรงแรมปริ้นซ์พาลเลซ กรุงเทพมหานคร หน้า 91.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ (2534). จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์
- วาสนา นัยพัฒน์. (2550) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. (เอกสารประกอบการสอน) 9 กรกฎาคม 2550 : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ วันเพ็ญ (2549). การสำรวจสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่นจากหนังสือพิมพ์. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, ณ. โรงแรมปริ้นซ์พาลเลซ กรุงเทพฯ, จากหลังคาแดงสู่ชุมชน ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, หน้า 193.
- วิภาวรรณ ชุ่ม (2539). ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไป ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา รามาธิบดีพยาบาลสาร 2,3 (กันยายน 2539) :16-24.
- ศรัทธา ณะภูมิ (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ศุภรีใจ วงศ์มะโน (2547). ทักษะชีวิตและการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นชาวไทยภูเขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภรัตน์ เอกอัศิน. (2547). การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช . วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12,1, 40-49.
- สมหมาย เลหาะจินดา และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543). ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิดฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 6 วันที่ 6-8 กันยายน 2543 โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุขภาพจิต กรม (2543). คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากร  
สาธารณสุข. ขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

สุชา จันท์เอม (2529). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช.

สุชา จันท์เอม (2536). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช.

สุชา จันท์เอม (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช

สุชาติ พหลภาคย์ (2542). การฆ่าตัวตาย:ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น :โรงพิมพ์  
ภักดิ์ ออเซต.

สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548). การศึกษาดรบาปในผู้ป่วยจิตเภท. การ  
ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8  
กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีณท์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร, หน้า 69-70.

สุพัตรา ทองคุณ (2545). กระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท. ที่ประชุมวิชาการกรม  
สุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด หน้า 107.

สุพัตรา สุภาพ (2543). ปัญหาสังคม. กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิช.

สุวรรณี พุทธิศรี, มาโนช หล่อตระกูล.(2006). การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย. วารสารสมาคม  
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 51,1 (มกราคม-มีนาคม 2549) : 21-28

สุวันทนา อารีพรอค. (2524). ความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ร่วมกับองค์การพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อการสาธารณสุข  
(PATH) (2544). ผลกระทบทางใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในครอบครัว. ที่ประชุมวิชาการ  
กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 "ความสุขที่พอเพียง" วันที่ 5-7 กันยายน 2544. หน้า 79

อรพรรณ ลีบุญวัชชัย.(2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลีบุญวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังสมบัติ (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ:  
ชั้นตำการพิมพ์.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2531). การพยาบาลผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช 2, (มกราคม-เมษายน 2531).

อัมพร เบ็ญจพลพิทักษ์ (2546). พัฒนาการวัยรุ่น ในสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์(ไทย) ร่วมกับ  
กระทรวงสาธารณสุข สุขภาวะวัยใส อนาคตชาติไทย. เอกสารประกอบการประชุม  
วิชาการประจำปี 2546 (หน้า 57-72) นนทบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

อัมพร โอตระกูล (2538). สาเหตุการฆ่าตัวตาย:สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ:อักษรนำการพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

Adams DM, Overholser JC, Lehnert KL (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33,4, 498-507.

Alex Steiner (2000). The Case of Martin Heidegger, Philosopher and Nazi. (Online) [www.wsws.org](http://www.wsws.org) Last update 3 April 2000.

American Indian and Alaska Native Policy Summit (2007). Pathways to Healing: Suicide Prevention, Intervention and Postvention in Systems Of Care. A plenary held at the System of Care Community Meeting Winter 2007 in Atlanta, GA on February 1, 2007.

Barry M. Wagner (2003). Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior. Psychological Bulletin 121,2 (March) : 246-298.

Becker, C (1992). Living and Relating:An Introduction to Phenomenology. Newbury Park, CA:Sage.

Benjapom Panyayoung. (2006). Suicide among Children and Adolescents in Thailand. Journal of The Psychiatric Association of Thailand 51,1 (January-March) :11-20.

Bostik Katherine E.and Everall Robin D.( 2007). Healing from Suicide: Adolescent . Perceptions of Attachment Relationships. British Journal of Guidance & Counselling 35,1,79-96.

Bulechek K. Gloria (1999) Nursing interventions: effective nursing treatments/ [edited by]Gloria M. ulechek,Joanne C. McCloskey.

Carter EA and McGoldrick M (1980). The Family Life Cycle. NewYork:Gardner

Castiglia,P.T. and Harbin,R.E. (1992). Child health care:Process and Practice. Philadelphia:J.B. Lippicott.

Clark-Stewart,A and Friedman,S (1987). Child Development Infancy though Adolescence. United States America:John Wiley & Sons.

David R. carbone (2006). Understanding phenomenology. Malta Gutenberg Press.

- Drew, N. (1993). Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research. Image Journal of Nursing Scholarship 25,4,354- 351.
- Fishman CH (1989). Treating Troubled Adolescents:A Family Theory Approach. NewYork:Basic Books.
- Gloria Bulechek and Joanne C. Mccloskey (1999). Nursing Interventoin Effective Nursing Treatment their edition.WB Saunders Company.
- Holloway,I and Wheeler,S (1996). Qualitative Research for Nurses. Massachusetta:Blackwell Science.
- Hurlock E.B (1967). Adolescent Development. NewYork:Mc Graw Hill.
- Hurlock E.B (1973). Adolescent Development Tokyo:Mc Graw Hill,Kogakuaka.
- Jasper,M.A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. Journal of Advanced Nursing 19, 309-314.
- Joy P.S. Wong, Sunita M. Stewart, S.Y. Ho, Uma Rao and T.H. Lam.\_Exposure to suicide andsuicidal behaviors among Hong Kong adolescents. Social Science & Medicine, 61,3, (August 2005) : 591-599.
- Knaack, P. (1984). Phenomenological Research. Western Journal of Nursing Reseearch 6,1, 107-114.
- Kidd, Sean A(2007). Youth Homelessness and Social Stigma. Journal of Youth and Adolescence 36,3 (April 2007) : 291-299
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL (2001). Gender difference in suicide Attempts from adolescence to young adult. J Am acad child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 427-434.
- Lim Phaik Hooi (2002) Lived Experiences of Family Caregivers Caring for Members with Chronic Schizophrenia at Home in Kelantan, Malaysia Master Of Nursing Science Prince of Songkla University Hatyai Campus.
- Lincoln, Y.S. and Guba,E (1985). Naturalistic Inquiry. Newburg park CA:Sage Publication.
- Linda Eby and Nancy J. Brown (2005). Mental Health Nursing Care. Pearson Prentice Hall.
- Louise Rebraca Shives (2005). Basic Concepts of psychiatric:Mental Health Nursing 6<sup>th</sup> Edition Lippincott Williams & Wilking.

National Youth Violence Prevention Resource Center. Centers for Disease Control and Prevention and Federal partners working on youth violence. ( Online)  
<http://www.usda.gov> Last Updated: 5/31/2007.

National Youth Violence Prevention Resource Center. Youth Suicide Risk Factors.  
<http://www.safeyouth.org>.

Roger,D (1972). The Psychology of Adolescence. 2<sup>nd</sup>. NewYork:Meredith Corporation.

Omery (1983). Phenomenology:A method for nursing research. Advanced in nursing Science 5, 2, 49-63.

Saska Roskar and Roderick H. Hughes. Familial Study of Suicidal Behavior Among Dolescentsin Slovenia . The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 25, 2 (April 2004) : 74-77.

Schwandt,T.A (2006). Diction of Qualitative Research. Thusand Osaks CA:Sage

Seguin Monique, Lynch Judy, Labelle Real, Gagnon Andre (2004). Personal and Family Risk Factors for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. Archives of Suicide Research 8, 3 (July–September) : 227-238.

Sheeber L and Johnson J (1992). Child temperament,material adjustment,and changes in family life style. Am J Orthopsychiatry 63, 178-186

Shneidman,E,S (1976). Suicidology:contemporary developments. New York Grune & Stratton<sup>nd</sup> edition. Philadelphia:Lippincott.

Sidney M. Manning (1977). Child and Adolescent Development. NewYork:MC Graw Hill.

Streubert,H.J and Carpenter,D.R. (1999). Qualitativem Research in nursing:Advancing the humanistic Imperative. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia:Lippincott.

World Health Organization (1996). World health report bidding the gaps. World health report Switzerland.

World Health organization ( 2003). The World Health Report 2003 Shaping the Future. Geneva.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

6. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
7. ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์
8. บันทึกภาคสนาม
9. แบบบันทึกถอดความและรหัสเบื้องต้น
10. การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และ  
สัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไปจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน หรือเพื่อตรวจสอบความตรง ความ  
น่าเชื่อถือของข้อมูล

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด  
24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-2221867

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้  
ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

8. ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วม  
โครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว

9. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดย การ  
ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการ การรักษาในโรงพยาบาลแต่  
ประการใด

10. ในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่าขณะทำการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาต้องการความ  
ช่วยเหลือ เช่นผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความสับสนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็น  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะทำหน้าที่รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ถ้าปัญหา  
มีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการ  
ช่วยเหลือโดยตรง

11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่าง หรือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการ  
วิจัย

12. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ  
ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่  
สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

12. จำนวนของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 8-15 ครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุด  
เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ ข้อมูลเริ่มได้ประเด็นซ้ำ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์)

ผู้วิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ    ประสพการณ์การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัว

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย .....

ข้าพเจ้า..... ได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์  
สถานที่ติดต่อที่สะดวกที่สุดระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ โรงพยาบาลวาริชภูมิ อ.วาริชภูมิ จ.  
สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 042-781187, 087-2221867 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของ  
หนังสือนี้ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่องของ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย กิจกรรมที่  
ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะ  
จะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิที่จะถอนตัวออก  
จากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและทราบว่าการถอนตัวจาก  
การศึกษาค้นคว้าจะไม่ส่งผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้า ได้รับความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น  
เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้า จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าจากผู้วิจัยว่า ในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่าขณะทำการสัมภาษณ์หากพบว่า  
ข้าพเจ้ามีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ เช่น เกิดความสะเทือนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยใน  
ฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะทำหน้าที่รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ  
ถ้าปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องใน  
การช่วยเหลือโดยตรง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้ด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....  
วันที่ / เดือน / ปี

.....  
(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....  
วันที่ / เดือน / ปี

.....  
(นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์)

ผู้วิจัยหลัก

.....  
วันที่ / เดือน / ปี

.....  
(.....)

พยาน

## ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....

ครั้งที่ 2.....

ครั้งที่ 3.....

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1) อายุ.....ปี

2) เพศ.....

3) สถานภาพสมรส.....

4) ระดับการศึกษา.....

5) อาชีพ.....

6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

7) ลักษณะครอบครัว

( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน

( ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน

8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....

9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่น.....ปี.....เดือน

10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ.....

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่กว้าง โดยแนวคำถามในครั้งได้ผ่านการเห็นชอบและให้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีแนวคำถามดังนี้

### 1. ชั้นเริ่มสนทนา

#### คำถามเกริ่นนำ

ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่วไปโดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ปัจจุบันท่านอายุเท่าไร
- 2) สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมดกี่คน.....มีใครบ้าง
- 3) ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว
- 4) ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
- 5) ปัจจุบันสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร
- 6) ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร
- 7) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
- 8) ท่านดูแล.....(ชื่อวัยรุ่น) มานานเท่าไร
- 9) ปกติน้อง...(ชื่อวัยรุ่น) เป็นคนอย่างไร

### 2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้างๆ ในประเด็นที่สนใจจะศึกษา โดยมีแนวคำถามดังนี้

#### การหาความหมาย

- 1) การดูแลน้อง....(ชื่อวัยรุ่น)ของท่าน คืออะไรช่วยอธิบาย
- 2) การดูแลนี้ทำให้น้อง...(ชื่อวัยรุ่น) และ/หรือ ครอบครัวท่านเป็นอย่างไร

#### คำถามหลัก

- 1) ท่านใกล้ชิดสนิทสนมกับน้อง .....(ชื่อวัยรุ่น) แค่ไหน
- 2) ในวัยเด็กน้อง...(ชื่อวัยรุ่น) เติบโตและได้รับการดูแลอย่างไร  
Probe ต่อในเรื่องต่อไปนี้ ถ้าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง พัฒนาการของวัยรุ่น  
ด้านร่างกาย

- สุขภาพร่างกายของน้อง .... (ชื่อวัยรุ่น) เป็นอย่างไร

### ด้านจิตใจ

- น้องเคย ..... (ชื่อวัยรุ่น) มีสิ่งวิตกกังวลใจ ห่วงใย ลำบากใจ หรือคับข้องใจเรื่องอะไรบ้าง ..... เพราะเหตุใด

### ด้านสังคม

- น้อง... (ชื่อวัยรุ่น) มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวอย่างไร
  - น้องมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน อย่างไร
- 3) ท่านดูแลน้อง....(ชื่อวัยรุ่น) ในฐานะอะไร
  - 4) การที่ท่านดูแลน้อง....(ชื่อวัยรุ่น) ท่านรู้สึกอย่างไร
  - 5) สิ่งสำคัญในการดูแลน้อง...(ชื่อวัยรุ่น) คืออะไร
  - 6) อะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้น้อง...(ชื่อวัยรุ่น) ไม่กลับมาทำร้ายตนเองอีก
  - 7) ท่านคิดว่าการป้องกันวัยรุ่นทำร้ายตนเองควรทำอย่างไร

### คำถามรอง

- 1) ท่านต้องการให้น้อง...(ชื่อวัยรุ่น) เป็นอย่างไร
- 2) ท่านพอใจกับชีวิตของน้อง...(ชื่อวัยรุ่น) ณ ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร

### คำถามเจาะลึก

- 1) ท่านทำอะไรในการดูแลน้อง... (ชื่อวัยรุ่น) ที่บ้าน
- 2) กิจกรรมในการดูแลน้อง.... (ชื่อวัยรุ่น) ที่บ้านท่านดูแลเรื่องใดบ้าง กรุณายกตัวอย่าง
- 3) ท่านทำกิจกรรมเหล่านั้นอย่างไรบ้าง (ช่วยอธิบาย)
- 4) ขณะที่ท่านให้การดูแลท่านรู้สึกอย่างไร (ช่วยอธิบายความรู้สึก)
- 5) เกิดอะไรขึ้นกับครอบครัวของท่านบ้าง.....มีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร ผู้วิจัย Probe ต่อในเรื่องต่อไปนี้ง่ายถ้าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง เช่น หน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว สภาพเศรษฐกิจ เพื่อนบ้านและคนในชุมชน
- 6) ท่านทราบได้อย่างไรว่าการดูแลของท่านสามารถตอบสนองความต้องการของน้อง..... (ชื่อวัยรุ่น) ได้ช่วยอธิบาย
- 7) เกิดอะไรขึ้นกับท่านบ้างขณะที่ท่านให้การดูแลน้อง.... (ชื่อวัยรุ่น)
- 8) ใครมีส่วนร่วมในการดูแลบ้าง.....อย่างไร
- 9) ท่านเคยไปปรึกษา หรือขอคำแนะนำในการดูแลน้อง..... (ชื่อวัยรุ่น) จากใครบ้างหรือไม่
- 10) ถ้าเคยไปปรึกษาใคร..... ด้วยเรื่องอะไร.....หลังจากปรึกษาแล้วท่านรู้สึกอย่างไร

11) มี แหล่งสนับสนุนในชุมชนที่เินบั้งที่ให้การช่วยเหลือ

3. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม

- 1) มีอะไรอีกหรือไม่ที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม
  - 2) ท่านมีอะไรจะซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึของท่าน
- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้  
นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย











ภาคผนวก ข

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสังเขป

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลทั่วไปโดยสังเขป

### ครอบครัวที่ 1/1

- 11) อายุ.....14.....ปี
- 12) เพศ.....ชาย.....
- 13) สถานภาพสมรส.....โสด.....
- 14) ระดับการศึกษา.....มัธยมศึกษาปีที่ 3.....
- 15) อาชีพ.....นักเรียน.....
- 16) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....-.....บาท
- 17) ลักษณะครอบครัว
  - ( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน
  - ( / ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....5.....คน
- 18) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....น้องชาย.....
- 19) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ      มารดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง  
กระดูก เมื่อปี 2551 ยายป่วยเป็นโรคเบาหวาน

### ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- ผมว่าการดูแลพี่ (ชื่อวัยรุ่น) ที่ทำแบบนั้นสำหรับผม ผมคิดว่าน่าจะหมายถึง การดูแลให้พี่  
เค้าไม่ทำร้ายตนเองอีก (1/1, บรรทัดที่ 45-46)
- ไม่ว่าพี่เค้าจะแก้มือหรือ ตั้งใจ ผมก็ไม่ให้มันเกิดขึ้นอีกแล้ว (1/1, บรรทัดที่ 52)
- สิ่งสำคัญที่ทำให้ผมต้องดูแลพี่ (ชื่อวัยรุ่น) คงเป็นเพราะว่า ผมเป็นน้อง เค้าเป็นพี่ เราเป็น  
พี่น้องกัน เราเป็นครอบครัวเดียวกัน พี่เค้าสำคัญกับผมมากนะครับ ผมไม่เคยคิดนะว่าจะเป็นอย่าง  
ถ้าไม่มีพี่เค้าแล้ว (1/1, บรรทัดที่ 94-97)
- ผมเสียแม่ไปแล้วคนหนึ่ง ยังไงผมก็ไม่ยอมเสียพี่ไปหรอก สิ่งที่ผมทำตอนนี้คือทำยังไงก็ได้  
ให้พี่เค้ารู้ว่าเค้าสำคัญกับผมมากแค่ไหน เค้าจะได้ไม่ทำแบบนั้นอีก ผมรู้ว่าพี่(ชื่อวัยรุ่น) ก็กลัว  
ผมเสียใจเช่นกัน (1/1, บรรทัดที่ 97-100)
- สำหรับผมผมคิดว่าที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองอาจจะเป็นเพราะว่าไม่มีใครเข้าใจเขา  
แม้แต่คนในครอบครัว (1/1, บรรทัดที่ 111-113)      - ความรักมันครับผมเชื่อว่าถ้าเราอยู่ด้วยกันด้วย  
ความรัก ทำให้อีกคนเขารู้ว่าเขามีค่าแค่ไหนกับคนที่เขารักผมว่าไม่มีใครทำร้ายตนเองหรอกครับ  
เพราะกลัวว่าคนที่เรารักจะเสียใจ (1/1, บรรทัดที่ 103-105)

## ครอบครัวที่ 1/2

- 1) อายุ.....65.....ปี
- 2) เพศ.....หญิง.....
- 3) สถานภาพสมรส.....คู่.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง.....
- 5) อาชีพ.....ข้าราชการบำนาญ.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....30,000-50,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน  
( / ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....5.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....ยาย.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ บุตรสาวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกระดูก เมื่อปี 2551 ตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน

## ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- อาจารย์คิดว่า คือการที่เราให้ความรักความอบอุ่นและพยายามเข้าใจเค้าให้มากที่สุด ให้เค้ารู้สึก เรารักเค้า พร้อมจะดูแลปกป้องและเป็นกำลังใจให้เค้าเสมอไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราพร้อมจะช่วยเค้าและอยู่ข้างเค้าเสมอ ไม่ให้เค้ากลับไปทำร้ายตนเองอีก (1/2, บรรทัดที่ 79-83)

- สิ่งสำคัญที่ทำให้อาจารย์ต้องดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) คงเป็นเพราะว่า อาจารย์เป็นยายน้องเค้าคือสายเลือดของลูกสาวอาจารย์ที่เหลือนอยู่ เพราะฉะนั้น เค้ามีความสำคัญกับอาจารย์มากนะ เพราะเค้าคือตัวแทนลูกของเรา ไม่มีพ่อแม่ที่ไหนไม่รักไม่คิดถึงลูกนะ ทุกวันนี้เวลาอาจารย์มองเค้า อาจารย์ ก็รู้สึกว่าคุณอยู่กับเราตลอดเวลา เค้าเป็นกำลังใจให้อาจารย์มีชีวิตอยู่ต่อไปได้นะ สิ่งที่อาจารย์ทำตอนนี้คือทำยังไงก็ได้ให้เค้ารู้ว่าเค้าคือคนที่สำคัญที่สุดสำหรับอาจารย์ เพราะฉะนั้นเค้าต้องมีชีวิตที่ดีและอยู่ต่อไปให้ได้ (1/2, บรรทัดที่ 140-147)

- อาจารย์ว่าครอบครัวสำคัญนะถ้าทุกคนในครอบครัวรักกันแสดงความรักห่วงใยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็ช่วยกันแก้ไขไม่ซ้ำเติมกัน แค่นี้ก็ป้องกันไม่ให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองได้แล้วละ (1/2, บรรทัดที่ 159-162)

- อยากให้ทุกคนมีสติ พุดคุยกันให้มากขึ้น มีปัญหาอะไร ไม่พอใจอะไรให้คุยกัน อย่าเก็บไว้คนเดียว ให้ปรึกษาหารือกัน (1/2, บรรทัดที่ 228-229)

### ครอบครัวที่ 1/3

- 1) อายุ.....67.....ปี
- 2) เพศ.....ชาย.....
- 3) สถานภาพสมรส.....คู่.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ปริญญาตรี.....
- 5) อาชีพ.....ข้าราชการบำนาญ.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....30,000-50,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน  
( / ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....5.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....ตา.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ บุตรสาวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกระดูก เมื่อปี 2551 ภรรยาป่วยเป็นโรคเบาหวาน

### ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- ดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) ผมคิดว่า คือการที่เราทำให้เค้ารู้สึก ว่าเรารักเค้า เราจะดูแลปกป้อง และเป็นกำลังใจให้เค้า เราพร้อมจะช่วยเค้าและอยู่ข้างเค้าเสมอ ไม่ให้เค้ากลับไปทำร้ายตนเองอีก (1/3, บรรทัดที่ 46-48)

- เค้ามีความสำคัญกับผมมากอย่างแน่นอน เค้าคือตัวแทนของลูกผม เห็นผมเฉยๆแบบนี้ก็คิดถึงลูกเหมือนกันนะ ทุกวันนี้ สิ่งที่ ผมพยายามทำตอนนี้คือทำให้เค้ารู้ว่าเค้าคือคนที่สำคัญที่สุด คนหนึ่งของครอบครัวเรา เค้าต้องมีชีวิตที่ดีและอยู่ต่อไปให้ได้ (1/3, บรรทัดที่ 95-99)

- ผมคิดว่าที่วัยรุ่นส่วนใหญ่เค้าทำร้ายตนเอง อาจจะเป็นเพราะว่าไม่มีใครเข้าใจเขา แม้แต่ในครอบครัวเองก็ยังไม่ฟังว่าเค้าต้องการอะไร (1/3, บรรทัดที่ 107-109)

- อย่างน้อยๆก็ไม่คิดทำร้ายตนเองอีกผมอยากให้เค้าได้เจออะไรใหม่ในชีวิตนะ เค้ายังเด็ก อยากให้เค้าใส่ใจการเรียนของเค้าก็พอเรื่องของผู้ใหญ่ก็ให้ผู้ใหญ่จัดการไป (1/3, บรรทัดที่ 115-117)

### ครอบครัวที่ 1/4

- 1) อายุ.....37.....ปี
- 2) เพศ.....ชาย.....
- 3) สถานภาพสมรส.....หม้าย.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ปริญญาตรี.....
- 5) อาชีพ.....ข้าราชการครู.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....20,000-30,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน  
( / ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....5.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....บิดา.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ      ภรรยาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง  
กระดูก เมื่อปี 2551

### ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- การดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) คือการให้ความรักความอบอุ่น ความมั่นใจว่าไม่ว่าวันนี้ หรือวันไหนๆ เค้าจะมีพ่อคนนี้อยู่เคียงข้างและคอยเป็นกำลังใจให้เค้าเสมอ วันนี้เค้าไม่ได้มีแต่ตัวฉันเท่านั้น แต่ยังมีพ่อ มีคุณตา คุณยาย ที่รักเค้ามาก และไม่มีใครมาแทนที่คุณแม่ของเค้าได้ (1/4, บรรทัดที่ 97-101)
- การที่ผมได้ดูแลเค้ามันทำให้ผมรู้สึกมีความสุขนะ เหมือนเรามีความหมายมากขึ้น และเราก็มีความสำคัญแก่กันและกัน รู้สึกดีเลยละ (1/4, บรรทัดที่ 151-153)
- ก็พยายามให้ ความรัก ให้ความอบอุ่น เค้า เป็นกำลังใจให้เค้า ทำให้เค้าเห็นว่าชีวิตเค้ามีค่าแค่ไหนกับคนที่รักเค้า เค้าจะไม่ทำร้ายตนเองนะผมว่า (1/4, บรรทัดที่ 167-169)
- ตอนนี้ทุกคนดูจะเปิดใจกันมากขึ้น ดูคุ้นเคยกันมากขึ้น เรามีกิจกรรมด้วยกันบ่อยขึ้น ผมมองดูแล้ว ผมว่าผมมองเห็นนะว่าตอนนี้ทุกคนกำลังมีความสุข (1/4, บรรทัดที่ 200-202)

## ครอบครัวที่ 2/1

- 1) อายุ.....40.....ปี
- 2) เพศ.....หญิง.....
- 3) สถานภาพสมรส.....คู่.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ปริญญาตรี.....
- 5) อาชีพ.....ข้าราชการครู.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....20,000-35,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( / ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....4.....คน  
( ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....-.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....มารดา.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ บุตรชายคนรองเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกเมื่อปี 2545

## ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

-ตอนแรกพี่คิดว่าความรักความเอาใจใส่ที่น่าจะพอแล้วในการดูแลเค้า แต่ตอนนี้พี่ว่ามันไม่พอนะมันต้องเพิ่ม ความเข้าอกเข้าใจ การยอมรับและรับฟังในสิ่งที่เขาต้องการ ความอดทนนี้สำคัญมาก พี่ว่ามันสำคัญมากนะในการดูแลเค้า (2/1, บรรทัดที่ 91-94)

- นอกจากความรักความเอาใจใส่แล้ว การให้การยอมรับในตัววัยรุ่นเอง การเข้าอกเข้าใจพร้อมจะให้โอกาสเค้า ก็น่าจะป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้นะพี่ว่า (2/1, บรรทัดที่ 101-103)

- ตอนนี้ก็รู้สึกชีวิตดีขึ้นตอนคลายมาก พี่รู้ว่าที่ผ่านมาเราตึงเกินไป ทำให้เราเจอความทุกข์ตอนนี้ ใช้ธรรมชาติช่วยด้วยเวลา ไม่สบายใจหรือรู้สึกไม่ได้ตั้งใจ ก็ดีนะ เหตุการณ์ครั้งนี้สอนการใช้ชีวิตให้พี่เยอะเลย โดยเฉพาะการปล่อยวาง (2/1, บรรทัดที่ 131-134)

- ตอนนี้พี่ไม่ต้องการให้เค้าเป็นอะไรแล้ว แค่ให้เค้า เป็นอย่างที่เขาอยากเป็น ถ้าไม่เสียหายมากนัก พี่ก็จะส่งเสริม ขอแค่เค้า ยังมีชีวิตอยู่ มีความสุข และเอาตัวรอดพี่ก็พอใจแล้ว (2/1, บรรทัดที่ 105-107)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ครอบครัวที่ 2/2

- 1) อายุ.....45.....ปี
- 2) เพศ.....ชาย.....
- 3) สถานภาพสมรส.....คู่.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ปริญญาตรี.....
- 5) อาชีพ.....ข้าราชการครู.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....30,000-50,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( / ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....4.....คน  
( ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....บิดา.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ บุตรชายคนรองเสียชีวิตด้วยโรค  
ใช้เลือดออกเมื่อปี 2545

## ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- ความหมายเหรอ สำหรับผม การดูแลน้อง (ชื่อวัยรุ่น) คือการที่เราดูแลเค้าด้วยความรัก  
ความเข้าใจ คอยอยู่เคียงข้างเค้าเมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ไข และสนับสนุนเค้าเป็นกำลังใจให้เค้า  
เติบโตต่อไป (2/2, บรรทัดที่ 29-31)

- ก็ดีนะผมว่ามันทำให้เราใกล้ชิดกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้นจากแต่ก่อนที่เราคิดว่าเรา  
รู้จักกันดีแล้วครอบครัวเราไม่มีปัญหาอะไรเลย ตอนนั้นผมพบว่า ที่ผ่านมามีเราลืมบางอย่างไป  
บางอย่างที่เป็นส่วนประกอบของคำว่าครอบครัว เราลืม ที่จะรับฟังซึ่งกันและกัน ปัญหามันถึงได้  
เกิด ตอนนั้น เราฟังกันมากขึ้นไม่ใช่ไม่มีปัญหานั้น ปัญหายังมีเหมือนเดิมแต่ ผมรู้สึกที่ปัญหาเราแก้  
ได้ง่ายขึ้น และเราได้แก้ด้วยกันทั้งหมด มันทำให้เราเข้าใจกันมากขึ้น เกิดเรื่องแบบนี้ผมว่าดี  
เหมือนกัน บทเรียนนี้ราคาแพงมากนะสำหรับครอบครัวเรา (2/2, บรรทัดที่ 34-41)

- เหนื่อยมั้ง อึดอัดมากกว่านะผมว่าในตอนแรกที่กลับจากโรงพยาบาล กว่าเราจะคุยกัน  
และเริ่มปรับตัวเข้าหากันใหม่ แต่ตอนนี้ดีขึ้นแล้ว ไม่รู้สึกอึดอัดแล้ว แต่ยังมีเหนื่อยบ้าง (2/2, บรรทัด  
ที่ 100-102)



### ครอบครัวที่ 3

- 1) อายุ.....45.....ปี
- 2) เพศ.....หญิง.....
- 3) สถานภาพสมรส.....หย่า.....
- 4) ระดับการศึกษา.....ประถมศึกษา.....
- 5) อาชีพ.....เกษตรกร.....
- 6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....10,000-20,000.....บาท
- 7) ลักษณะครอบครัว  
( / ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....3.....คน  
( ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน
- 8) ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น.....มารดา.....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลวัยรุ่นหลังเกิดเหตุ.....1.....ปี จนถึงปัจจุบัน
- 10) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและเครือญาติ สามีเสียชีวิตด้วยโรคเมเร็งตับ

### ตัวอย่างคำสำคัญที่ได้จากการถอดเทป

- พี่ว่าเป็นการที่พี่ดูแลให้เค้าปลอดภัย หายกลับมาเป็นปกติแล้วก็ไม่กลับมาทำร้ายตนเองอีก (3, บรรทัดที่ 37-38)

- เป็นแม่ก็ต้องดูแลลูกเป็นเรื่องปกติ แต่พี่เป็นมากกว่านั้น เพราะพี่ต้อง เป็นทั้ง พ่อและแม่ในเวลาเดียวกัน ต้องเป็นทุกอย่างที่ลูกอยากให้เป็น และเมื่อลูกต้องการ (3, บรรทัดที่ 70-72)

- สำหรับพี่ต้องเป็นความรักความเข้าใจการให้กำลังใจ การทำให้เค้าเห็นว่าถึงแม้คนอื่นจะไม่รักเค้าแต่แม่และน้องยังรักและพร้อมที่จะเป็นกำลังใจให้เค้าเสมอนี้แหละการดูแลของพี่ (3, บรรทัดที่ 77-79)

- ที่จริงเค้าเป็นอยู่ทุกวันนี้ก็ไม่ได้มีอะไรที่ไม่ดีนะ เค้าแค่หลงทาง ชั่ววูบ นะ แล้วตอนนี้เค้าก็กลับมาแล้ว สิ่งที่พี่อยากเห็นคือ อยากให้เค้าโตเป็นผู้ใหญ่เสียที อยากให้มองออกไปข้างนอก มองไปข้างหน้า ให้รู้ว่าโลกของเค้าไม่ได้มีแค่นี้ มีอะไรให้เค้าได้เรียนรู้อีกเยอะสิ่งเค้าเจอ คือเรื่องปกติเจอได้ทุกคนไม่ใช่เรื่องใหญ่อะไรที่เค้าต้องมาจริงจังขนาดนี้ ถ้าเค้าคิดได้แบบนี้พี่ไม่ห่วงอะไรอีกแล้ว (3, บรรทัดที่ 89-94)

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเมตตา ไชยเชษฐ์ เกิดวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดสกลนคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เมื่อปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย