

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงและเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก สำหรับทุกกลุ่มอายุในแทบทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 400,000 คนหรือประมาณวันละ 1,096 คน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน (WHO, 2004) โดยประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากร คือ 5.96 : 100,000 ประชากร ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่การฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากคนไทยที่พยายามฆ่าตัวตายมีมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 5 เท่า ดังนั้น ปัญหาในการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาใหญ่ ที่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันป้องกันปัญหากันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2550)

การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก สำหรับประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่แน่นอนทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จนกลายเป็นภาวะความเครียดเกิดขึ้น (จินทิมา องค์โฆษิต ไกรฤกษ์, 2550) พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย และการฆ่าตัวตายของคนในสังคมเป็นเครื่องบ่งชี้สภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มคนที่ท้อแท้ สิ้นหวัง หดความอดทนที่จะอยู่ในโลกนี้ต่อไป หรืออยู่ในสภาพหลงผิดจนเสียการควบคุมตนเองถึงกับทำให้ชีวิตสิ้นสุดลง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสรุตรัตน์, 2541)

บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คัทคลิฟ และบาร์คเกอร์ (Cutcliffe & Barker, 2004) ได้อธิบายไว้ว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง โอกาสที่จะฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 15 ลักษณะ คือ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต 4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว หรือมีประวัติฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพ หรือมีความเศร้าโศกเมื่อเร็ว ๆ นี้ 10) มีประวัติ

ความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้าย หรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย จากการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เกศนาคินทร์ (2544) ศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ความพอเพียงของรายได้ มีโรคประจำตัว ตกงานหรือมีปัญหาการเงิน การเสียชีวิตของคนรัก สูญเสียงานหรือสูญเสียความสัมพันธ์ มีความขัดแย้งรุนแรง ถูกทอดทิ้งหรือได้รับการทารุณกรรม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการเก็บข้อมูลความคิดฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประชาชนมีความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น จากเดิมมีผู้คิดฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 4 ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเท่าตัวเป็นร้อยละ 8-9 และข้อมูลสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549) แต่เดิมอัตราการฆ่าตัวตาย ในปี 2538 เป็น 3.1 ต่อแสนประชากร และในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ต่อแสนประชากร และนับตั้งแต่ พ.ศ.2546-2548 เป็น 7.1, 6.9 และ 6.4 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญของปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องปัญหาการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย จึงได้กำหนดแนวนโยบายในการเร่งรัดการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2550 โดยกำหนดเป้าหมายของอัตราการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 5.4 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2550) โดยกรมสุขภาพจิตได้รวบรวมจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากใบมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย ในช่วงเดือน มกราคม-ธันวาคม 2550 พบว่า ประชาชนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,458 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.48 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้เป็นผู้ชาย 2,703 คน ผู้หญิง 755 คน และในจำนวนนี้มีคนพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จประมาณ 30,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ผลของการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เพียงทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของตนเองเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านภาวะจิตใจของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศชาติ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ไปโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งที่บุคคลนั้นยังมีโอกาสทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ (ดุริณี เลิศปรีชา, 2545) ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ซึมเศร้า ก้าวร้าวหวาดระแวง วิตกกังวล และมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เป็นต้น บุคคลที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จนั้นยังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ พิการ การทำหน้าที่ของตับปอดพร่อง หลอดอาหารตีบ สมองเสื่อม (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้างด้วย ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก

รายงานว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนหนึ่งคน จะมีผลกระทบต่อผู้อื่นอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท คนรัก ดังนั้น ประเทศไทยที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยปีละ 4,000–5,000 คน จะมีผลกระทบกับบุคคลรอบข้างที่ต้องทนทุกข์กับการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 20,000 คน (ปรากฏการณ์, 2549) จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจำนวนมากกว่า 200,000 คน ซึ่งส่งผลให้มีบุคคลที่ต้องทนทุกข์ใจจากการฆ่าตัวตายอีกประมาณ 5–10 ล้านคน ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ภรรยา และเพื่อนสนิทของผู้ตาย ซึ่งคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี การลดปัญหานี้ถ้าสามารถลดได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียได้อย่างน้อย 500 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2544)

จากการศึกษาของมนตรี นามมงคล และคณะ (2545) ที่ศึกษาประชาชนในเขตพื้นที่สาธารณสุข เขต 10 พบว่า ประชาชนในพื้นที่ มีปัญหาเรื่องความทุกข์ใจ หนักใจ ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวมีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ประชาชนที่ประสบปัญหาทุกข์ใจนั้นจึงหมายรวมถึงชาวไทยภูเขาด้วย จากการศึกษาของ ทวิช จตุรพถกษย์ (2538) ที่ศึกษากลุ่มชาวไทยภูเขาเหล่านี้พบว่า ชาวไทยภูเขาเหล่านี้ได้อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในบริเวณภาคเหนือของประเทศไทย ห่างไกลจากศูนย์กลางการปกครอง มีการย้ายถิ่นข้ามแดนระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน การเคลื่อนย้ายข้ามแดนนี้รัฐมองว่าเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของชาติ และความสงบเรียบร้อยของส่วนรวม (Lee & Chupinit อังใน ทวิช จตุรพถกษย์, 2538) รัฐจึงมีนโยบายและโครงการพัฒนาที่มุ่งเปลี่ยนแปลงระบบการเพาะปลูกแบบหมุนเวียนและการปลูกฝิ่น โดยให้มีการทำการเกษตรแบบถาวรและส่งเสริมให้มีการปลูกพืชทดแทน ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาคาเฟอีนด้านกายภาพและเศรษฐกิจเท่านั้น ซึ่ง แมคคินนอน (McKinnon, 1988) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มของชาวไทยภูเขา พบว่า การส่งเสริมให้ชาวไทยภูเขาปลูกพืชเชิงพาณิชย์ทดแทนฝิ่นนั้นต้องใช้ต้นทุนสูง จึงทำให้ชาวไทยภูเขาตกอยู่ในภาวะเป็นหนี้ กลายเป็นแรงงานรับจ้าง ซึ่งไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะในเชิงเศรษฐกิจ หรือทำให้ยากจนลงเท่านั้น แต่ยังกระทบถึงจิตใจ และวัฒนธรรมด้วย การใช้แรงงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ เพื่อลดความตึงเครียดทางจิตใจเกิดขึ้นน้อยลง มีการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายกันมากขึ้น (McKinnon, 1988) ซึ่งการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมให้ชาวเขามีระบบการผลิต ภาษาการคิด และพฤติกรรมเหมือนคนไทยพื้นราบทั่วไป ทำให้การจัดการด้านแรงงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมในระบบเครือญาติของชาวไทยภูเขาได้ถูกทำลายไป ความตึงเครียดจึงเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายตามมา (Tapp, 1989)

ปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดแต่เฉพาะบุคคลที่อยู่ในเขตเมืองเท่านั้น กลุ่มชาวไทยภูเขาเป็นคนไทยส่วนหนึ่งที่ควรให้ความสนใจในทุก ๆ ด้านเท่าเทียมกับชาวไทยพื้นราบ จากการที่

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก จากข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงใหม่สำรวจปี 2549 พบว่ามีชาวไทยภูเขา 279,223 คน จากประชากรทั้งหมด 1,656,709 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่, 2551) ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่าจำนวนคนฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 14.48 (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งในจำนวนนี้ไม่ได้มีการแยกข้อมูลการฆ่าตัวตายระหว่างชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขา จากการศึกษาของ มนตรี นามมงคล และคณะ (2545) ที่สำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา พบว่าชาวไทยภูเขามีกความคิดฆ่าตัวตายในการศึกษานั้น ร้อยละ 7.1 ซึ่งมีจำนวนมากพอควร และในขณะที่ได้มีการเก็บข้อมูลพบว่า มีชาวไทยภูเขาฆ่าตัวตาย 3 ราย มีสาเหตุมาจากความเครียดด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจน ไม่มีที่ดินทำกิน และมีรายได้น้อย ซึ่ง นันทวรรณ โสพรรณ (2548) ได้กล่าวว่าจากสถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ดังกล่าว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีชาวไทยภูเขาย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้น อีกทั้งในอดีตชาวไทยภูเขามิ่วชีวิตที่เรียบง่าย แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลง เศรษฐกิจบีบรัดตัว ทำให้ถึงจุดวิกฤตเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้น

จากการศึกษาของ มนตรี นามมงคล และคณะ (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา พบว่า 1) ความหมายของสุขภาพจิต ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ความหมายของคำว่า "สุขภาพจิต" มักตอบคำถามว่า "ไม่รู้" "ไม่เข้าใจ" มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถตอบได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง จิตใจดี มีความสุข การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สุขสบาย 2) ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ คนมีที่ดินทำกิน มีเงิน ขยายผลผลิตได้คราวละมาก ๆ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข คือ มีที่ดินทำกินมาก ๆ มีผลผลิตต่อปีสูง ขายได้เงินมากมาย ครอบครัวรักใคร่กันดี 4) วิธีการแก้ไขปัญหาหรือวิธีการผ่อนคลายความทุกข์ ชาวไทยภูเขาสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการปรึกษากันในครอบครัวพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ไหว้ผี หรือปัญหาที่ทำกินก็จะจับกลุ่มคุยกันตาม ละแวกบ้านของตน ในกรณีที่เป็นปัญหาย่างยากซับซ้อน ชาวไทยภูเขาจะพึ่งพาผู้นำหรือผู้อาวุโสของหมู่บ้าน และเพิ่มพิธีกรรมการไหว้ผีโดยจะเป็นการจัดพิธีกรรมสำหรับปัญหาที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติโดยผู้นำทางศาสนา โดยจะใช้หลายวิธีการร่วมกันตามความยุ่งยากของปัญหาที่เกิดขึ้น สำหรับการเจ็บป่วยทางจิต ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะสามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดปัญหาได้ตามปรากฏการณ์จริง เช่น คนบ้านนั้นฆ่าตัวตาย เพราะผิดหวังเรื่องความรัก คนฆ่าตัวตายเพราะเป็นโรคเอดส์ หรือคนสติไม่ดี เพราะครอบครัวไม่รัก ชอบทะเลาะกัน เป็นต้น (มนตรี นามมงคล, 2544) ซึ่งผลสำรวจข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดเชียงใหม่ ใน 24 อำเภอ พบว่า อำเภอฝาง พยายามฆ่าตัวตาย 104 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ 23 ราย อำเภอไชยปราการ พยายามฆ่าตัวตาย 32 ราย เสียชีวิต 8 ราย อำเภอเชียงดาว พยายามฆ่าตัวตาย 40 ราย เสียชีวิต 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา ทำร้าย



ตนเองด้วยการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากอยู่ใกล้ตัวนำมาใช้ได้ง่าย (นันทวรรณ โสพรรณ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมความเกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า บุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ บาร์บี และบริคเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท หรือสารซีโรโทนินในสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับซีโรโทนิน (serotonin) ในระดับต่ำกว่าปกติมาก ปัจจัยทางด้านจิตใจเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจาก ความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1996) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับ หวัง ซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) ส่วนปัจจัยด้านความเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541) เนื่องจากความเครียด เป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวัน และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ (วัฒนา นาคนาม, 2546) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะรับรู้และประเมินเหตุการณ์หรือปัญหาที่ตนประสบว่าเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงมากกว่าความเป็นจริง จึงทำให้ความเครียดรุนแรงมากขึ้น จึงใช้วิธีการฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดที่รุนแรงนั้น (Horesh et al., 1996) ส่วนปัจจัยทางด้านสังคม เดอร์คไฮม์ (Durkheim, 1951) เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคมไม่สามารถปรับตัวกับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยมีการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมนั้นจะก่อให้เกิดความเครียด ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้ (Paykel et al., 1994) นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่เหมาะสม มีความขัดแย้งระหว่างกันในครอบครัว โดยเฉพาะในระบบครอบครัวไม่ยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวที่จะส่งเสริม หรือผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541) แม้ว่าไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มของชาวไทยภูเขา โดยเฉพาะ แต่ในการศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบทั่วไป พบว่า มีการกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องไว้หลายประการ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และครอบครัว รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฆ่าตัวตายมีปัจจัยทั้งทางสังคม จิตวิทยา และชีววิทยา ซึ่งปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบที่ซับซ้อนอย่างมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตาย มีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากบ้าง น้อยบ้างแต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษา เพราะจะยังสามารถปรับแก้ได้มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะ

ซึมเศร้า ปัจจัยด้านความเครียด ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ได้ศึกษาในวัยรุ่น พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เกิดจากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ภาวะซึมเศร้า อาจเป็นอารมณ์ปกติที่พบในคนทั่วไปหรือเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าที่ปกติเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหาย (transient state of sadness) แต่ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติจะมีการแสดงออกของกลุ่มอาการ และอาการแสดง (syndrome or symptom complex) ที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย เช่น มีอารมณ์เศร้า เหงา หดหู่ มีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง หลีกหนีสังคม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามีความผิดปกติของพยาธิสภาพทางจิตใจ (Beck & Lehmann cited in Hollon & Cater, 1994) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสัญญาณเตือนที่อาจตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่จังหวัดเชียงใหม่ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2539 ถึง เมษายน 2540 จำนวน 241 คน โดยเป็นผู้ชาย 212 คน ผู้หญิง 29 คน พบว่า ร้อยละ 59 มีภาวะซึมเศร้าก่อนการฆ่าตัวตาย 1 เดือน (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย ของ อมรรัตน์ สุภมาศ (2546) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 432 คน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตัวเอง ความสูญเสียหวัง และเพศ ทั้ง 4 ตัวแปรนี้ร่วมกันจำแนกกลุ่มนักเรียนที่มีความคิดฆ่าตัวตายและกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายการจำแนกความแตกต่างของการเป็นสมาชิกกลุ่มได้ ร้อยละ 12.8 รวมทั้งมีความแม่นยำในการจำแนกกลุ่มนักเรียนที่มีความคิดฆ่าตัวตายและกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง ร้อยละ 64.1 และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย ของ ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2547) โดยศึกษาในกลุ่มของผู้มารับบริการจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย 12 เขต รวมทั้งกรุงเทพฯ ทั้งสิ้น 25 โรงพยาบาล จำนวน 708 คน โดยเป็นผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิต (Case group) จำนวน 236 คน (33.3%) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ (Control group) จำนวน 472 คน (66.7%) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับการพยายามทำร้ายตนเอง ได้แก่ การมีการบาดเจ็บทางศีรษะ การเจ็บป่วยทางจิต ผู้ที่ใช้จ่ายและแอลกอฮอล์ ผู้มีประวัติทางพันธุกรรม และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มี

ความเสี่ยง 1.9, 2.3, 3.6, 1.9 และ 17.5 เท่าของกลุ่มอื่น ๆ ตามลำดับ ที่  $p < .05$  จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่อารมณ์ซึมเศร้า มักมีความท้อแท้หมดหวัง หมดกำลังใจ ไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ จึงต้องการทำลายตนเอง (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) โดยพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent as cited in Mcdougall, Blixen & Suen, 1997)

ปัจจัยด้านความเครียด ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ความเครียดของบุคคลจะมีหรือไม่ มากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) เป็นสำคัญบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะรับรู้และประเมินค่าเหตุการณ์ หรือปัญหาที่ตนประสบว่าเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และถ้าไม่สามารถลดผลกระทบจากความเครียดได้ จะทำให้ความเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงใช้วิธีการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียดที่รุนแรงนั้น (Horesh et al., 1996) จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและถูกรับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ของ มงคล ศิริเทพทวี (2548) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ถูกรับไว้รักษาเนื่องจากมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือเสียชีวิต ในช่วงระยะเวลา 1 เมษายน 2547-30 กันยายน 2547 จำนวน 133 คน เป็นเพศชาย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 เพศหญิง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 พบว่าสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ความเครียด หรือทะเลาะกับคนใกล้ชิด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และจากการศึกษาภาวะเครียด กลไกการจัดการกับภาวะเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ของ ธนุ ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2542) โดยศึกษาในคนไทยทั่วประเทศ ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,462 ราย พบว่า ร้อยละ 86 ของประชากรได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤต และร้อยละ 38.3 รู้สึกเครียดถึงเครียดมากที่สุด ผลกระทบส่วนใหญ่เป็นเรื่องทางการเงิน จำนวน 560 ราย หรือร้อยละ 7.5 หรือ 7,500 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนมีความคิดฆ่าตัวตาย ในจำนวนนี้ 25 ราย หรือร้อยละ 0.34 หรือ 340 รายต่อประชากรหนึ่งแสนได้เคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จ (attempted suicide) จะเห็นได้ว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายถ้าไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจมีความเครียดสูงและทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยด้านสังคมอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการขาดการสนับสนุนทางสังคม ก่อให้เกิดความเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในที่สุด บุคคลที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดการประคับประคองจากผู้อื่นในสังคม เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อนไม่ดี หรือไม่มีเพื่อนสนิท ไม่รู้ลึกว่า

คนจะเข้าใจและผูกพันกับผู้อื่น ได้อย่างแท้จริง เมื่อมีปัญหาจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และหาทางออกไม่ได้ จึงแก้ปัญหาโดยการพยายามจบชีวิตตนเอง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ของมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2543) โดยศึกษาผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พยายามฆ่าตัวตาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม จากการศึกษาของสวอทซ์ และ ไวทาเกอร์ (Schwartz & Whitaker, as cited in Kotler et al., 1993) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย ไม่สามารถที่จะสร้าง หรือรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ได้ (Heikken et al., 1994) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่มั่นคง ทำให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย ซึ่งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคงกว่า (Hart, Williams, & Davidson cited in Heikken et al., 1994) จากการศึกษาของ ฮิคเคน และคณะ (Heikken et al., 1994) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,067 คนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จะใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง มักจะบ่นว่ารู้สึกเหงา โดดเดี่ยวอ้างว้าง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทอน์ซิกแนนท์ และฮานิกแกน (Tonsignant & Hanigan, 1993) ที่ศึกษาในเด็กนักเรียนมัธยมปลายที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน เปรียบเทียบกับนักเรียนมัธยมปลายที่ไม่เคยฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า นักเรียนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญ ที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ น้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน หรือญาติพี่น้องมาก บอกเล่าเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบให้ญาติพี่น้องทราบน้อยมาก แต่กลับพบว่าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายพึงพอใจกับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับ จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ และบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน มีความรักใคร่ ห่วงใยเอื้ออาทร และผูกพันต่อกัน ถ้าสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติ และทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่มั่นคง เห็นคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวได้ดี เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือความเครียด ลดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ (Cohen & Wills, 1989) แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ และปฏิบัติต่อกันไม่เหมาะสมแล้ว ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ก่อให้เกิด



ปัญหาในการปรับตัวทางอารมณ์ เกิดความเครียดได้ง่าย ไม่สามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตเกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ (Robertson, 1989) จนเกิดการคิดทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาการฆ่าตัวตายใน 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและญาติผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 202 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาครอบครัวมากที่สุด 124 ราย (61.3%) มีความคิดฆ่าตัวตายจากปัญหาในครอบครัวสูงที่สุด จำนวน 81 ราย (40.10 %) โดยแบ่งเป็นครอบครัวแตกแยก ร้อยละ 21.29 ครอบครัวอยู่ครบแต่ไม่มีเวลาให้ลูกร้อยละ 12.37 และคนในครอบครัวทะเลาะกันบ่อยร้อยละ 24.26 (เสงี่ยม สารบัณฑิต, วรารัตน์ ทะมั่งกลาง, วารุณี ตั้งเสรี, พินลดา มุลาดี และ นเรศร์ มุมาลี, 2539) จากการศึกษาความชุกของการคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 67.50 มีเหตุการณ์ด้านลบเกี่ยวกับครอบครัว และ ร้อยละ 54.76 มีความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีปัญหากับคู่รัก คู่ครองหรือสมาชิกในครอบครัว ก็ส่งผลให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายทั้งสิ้น (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2540) โดยเฉพาะในวัยรุ่น ที่มีระบบครอบครัวไม่ยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับความต้องการทางพัฒนาการของสมาชิกได้ จึงนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพทางครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่ามีเฉพาะการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยพื้นราบ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของชาวไทยภูเขาและไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา โดยใช้ปัจจัยที่ศึกษาความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในชาวไทยพื้นราบเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการประ โยชน์สำหรับการป้องกันปัญหา หรือลดปัญหา และผลกระทบจากการฆ่าตัวตายของชาวไทยภูเขาต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา

## คำถามการวิจัย

1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของชาวไทยภูเขาเป็นอย่างไร

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา และภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2551

## นิยามคำศัพท์

**ชาวไทยภูเขา** หมายถึง กลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิมที่อาศัยทำกิน หรือบรรพชนอาศัยทำกินอยู่บนพื้นที่สูงในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ภาษา และการดำเนินชีวิตที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

**ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** หมายถึง โอกาส แนวโน้มที่ชาวไทยภูเขาจะฆ่าตัวตาย หรือความเป็นไปได้ที่ชาวไทยภูเขาจะฆ่าตัวตาย ซึ่งวัดโดยแบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse' Global Assessment of Suicide Risk: NGASR) ของ คลัททคลิฟ และ บาร์คเกอร์ (Cutcliffe & Barker, 2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชลธิพร แสนไชย และภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (2549)

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** หมายถึง สิ่งที่สัมพันธ์และกระตุ้นให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษา 4 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

**-ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และ

อาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จาก แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2547)

**-ความเครียด** หมายถึง ความรู้สึกไม่มีความสุข และไม่สบาย ซึ่งเกิดจากการประเมินของบุคคลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินผ่านการรู้คิดว่าสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบนั้น คุกคาม และเป็นโทษต่อภาวะสุขภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่า คุกคามและเป็นโทษต่อภาวะสุขภาพของตน จะเกิดความเครียด ซึ่งประเมินได้จาก แบบวัดความเครียด (The Perceived Stress Scale [PSS]) ของ โทเฮน แคมาร์ค และ เมอร์เมเลสเติน (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ซึ่งสร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ ลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1966) แปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

**-การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากแหล่งสนับสนุนจากสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การได้รับความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และ 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำด้านต่าง ๆ ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ไวนีร์ท (Weinert, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล และ ภัทธาภรณ์ ทุ่งปันทำ (2548)

**-สัมพันธภาพในครอบครัว** หมายถึง ความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ประกอบด้วยการให้ความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในครอบครัว สามารถวัดได้จากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ รัตนา ส้าราญใจ และ สุปราณี อัทธเสรี (2541) ที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรีดแมน และ มอร์โร และวิลสัน (Friedman, 1992; Morrow & Wilson, 1961)