

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโดยได้นำเสนอเนื้อหาที่ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - 1.1 การฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
  - 1.4 ผลกระทบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
  - 2.1 ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า
  - 2.2 ปัจจัยด้านความเครียด
  - 2.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม
  - 2.4 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว
3. แนวคิดด้านสุขภาพจิตและแนวโน้มปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของชาวไทยภูเขา

### แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### 1.1 ความหมายการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) มาจากคำว่า sui ซึ่งหมายถึง self และ cide หมายถึง murder (Webmaster, 1986) ซึ่งในภาษาไทยนั้นใช้คำว่า อัดวินิบาตกรรม เป็นคำประสม มาจากคำว่า อัดต (sui) หมายถึง ตัวตน (self) มาผสมกับคำว่า วินิบาต (caedere) หมายถึง การทำลาย การฆ่า (to kill) และกรรม หมายถึง การกระทำ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539) รวมความแล้ว suicide หรืออัดวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำเป็นการทำลายตัวเอง ซึ่งผู้กระทำอาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น ปีนยั้งตัวเอง การใช้มีดแทงตัวเอง การดื่มสารพิษ กระโดดจากที่สูง ใช้เชือกผูกคอตนเอง กระโดดให้รถชน เป็นต้น (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2534)

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองอย่างตั้งใจเพื่อยุติชีวิต การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การพยายามจบชีวิตของตนเองแต่ไม่สำเร็จได้รับความช่วยเหลือไว้ได้

บาร์บี และ บริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง หรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

องค์การอนามัยโลก (WHO cited in Repper, 1999) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่ไม่ใช่ลักษณะนิสัย และไม่ได้หวังผลให้ถึงแก่ชีวิต โดยมีสาเหตุมาจากตัวบุคคลไม่ใช่สาเหตุอื่น ที่จะทำร้ายตนเอง โดยคาดหวังจะให้ได้รับบาดเจ็บต่อร่างกาย จากการกระทำนั้น ๆ

ฮันสทิน (Hauenstein, 1998) ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวด หรือ เป็นอันตราย ถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรง เพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การฆ่าตัวตาย เป็นกลุ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เกิดจากการที่บุคคลคิด ลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับอันตรายอย่างรุนแรง หากการกระทำนั้น ๆ สำเร็จก็จะทำให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิตในที่สุด

## 1.2 ความหมายของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ทวิ ตั้งเสรี และ คณะ (2546) ได้อธิบายว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การแสดงเจตนา หรือตั้งใจกระทำการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน 2) มีภาวะเครียดอย่างรุนแรงอาจเกิดจากมีเรื่องทุกข์ใจ กดดัน คับข้องใจอย่างมาก หรือมีการสูญเสียของรักบุคคล สิ่งของและหน้าที่การงาน 3) มีประวัติเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตเวชที่ร้ายแรง เรื้อรังจนมีผลกระทบต่อกระดำเนินชีวิตประจำวัน หรือประวัติการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายมาก่อน

เบค สเตียร์ และ ราเนียร์ (Beck, Steer & Ranieri, 1988) ได้อธิบายถึงข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้น หรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั่น

โทมัส (Thomas, 1980) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำเพื่อจงใจในการฆ่าตัวเอง เป็นความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นความผิดปกติ หรือเป็นโรคที่ผันแปรไปตามกาลเวลา

ไรเนียร์สัน (Rynerason, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำของบุคคลในการทำลายตนเองด้วยความเต็มใจ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง โอกาส แนวโน้มที่ชาวไทยภูเขาจะฆ่าตัวตาย หรือความเป็นไปได้ที่ชาวไทยภูเขาจะฆ่าตัวตาย

### แนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการแต่งงาน มีการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลอื่น สูญเสียสัมพันธภาพ การสูญเสียที่ก่อให้เกิดความเศร้าโศก หรือมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การมีปัญหาด้านการเงิน เศรษฐกิจสังคม การหย่าร้าง ซึ่งปัญหาดังกล่าวล้วนแล้วแต่เป็นความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า (Paykel & Colleagues., cited in Varcariolis, 2002) ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบหุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะในวันครบรอบการตายของบุคคลที่ตนรัก (Glodney, 2002) ผู้ที่มีประสบการณ์ในการสูญเสียสัมพันธภาพมีโอกาสที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (Buda & Tsuang, 1990) นอกจากนี้ความเศร้าโศก ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้อีกด้วย (Cutcliffe & Barker, 2004) ส่วนความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เป็นโรครื้อรัง เป็นอีกความเสี่ยงหนึ่งที่ทำนายถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เอดส์ มะเร็ง เบาหวาน ลมชัก การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูง โรคปอด และการได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง (Mackenzie & Popkin, 1990) รวมถึง เพิ่งได้รับการผ่าตัด มีความเจ็บปวดทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นโรครื้อรังรักษาไม่หาย เป็นระยะสุดท้ายของโรคทางกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

จากการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล พบว่า ความเจ็บป่วยด้านจิตเวชเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Cutcliffe & Barker, 2004) มากกว่าร้อยละ 90 ของคนที่ฆ่าตัวตายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช (Goldney, 2002) ซึ่งพบว่าโรคทางจิตเวช 4 โรคที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ โรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (conduct disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย (organic mental disorder) (Vaillant & Blumental, 1990) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชมีปัจจัยที่สนับสนุนให้

เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ เช่น การที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน อาการหลงผิด หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งเสริมให้เป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (Sadock & Sadock, 2003) จากแนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คัทคลิฟ และ บาร์คเกอร์ (Cutcliffe & Barker, 2004) ได้อธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วยปัจจัย 15 ลักษณะ คือ

1. มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
2. มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้
3. มีการเจ็บป่วยทางจิต
4. มีภาวะซึมเศร้า
5. มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคม
6. มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย
7. มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน
8. มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว หรือมีประวัติฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว
9. มีการสูญเสียสัมพันธภาพ หรือมีความเศร้าโศกเมื่อเร็ว ๆ นี้
10. มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต
11. มีสถานภาพเป็นหม้าย หรือสูญเสียคู่ชีวิต
12. มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน
13. มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม
14. มีการใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด
15. มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

#### การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินโดยแบบประเมินตนเอง และการประเมินโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

## 1. แบบประเมินโดยการประเมินตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยตนเอง มีดังนี้

1.1 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ (Adult Suicide Ideation Questionnaire: ASIQ) สร้างขึ้นโดย เรโนล์ (Reynolds) ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเดิมเป็นแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และได้พัฒนาให้นำมาใช้สำหรับผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ. 1991 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งจะประเมินตนเองถึงความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่น 0.96 – 0.98 (Brown., n.d.)

1.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการฆ่าตัวตาย (Suicide Probability Scale: SPS) สร้างขึ้นโดย คูล และ กิล (Cull & Gill) ในปี ค.ศ. 1988 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย 31 ข้อคำถาม ซึ่งถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะสิ้นหวัง การประเมินตนเองในด้านลบ และความไม่เป็นมิตร มีค่าความเชื่อมั่น 0.62 – 0.89 (Brown, n.d.) ได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวิจัยทางคลินิก การประเมินทางคลินิก การคัดกรองในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง (Goldston., n.d.)

1.3 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation Scale: SIS) สร้างขึ้นโดย รัด (Rudd) ในปี ค.ศ. 1989 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งจะประเมินถึงระดับความรุนแรง หรือความตั้งใจของความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 (Brown, n.d.)

1.4 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตายของเบ็ค (Beck Scale for Suicide Ideation: BSI) สร้างขึ้นโดย เบค และ สเตียร์ (Beck & Steer) ในปี ค.ศ. 1991 มีลักษณะให้ประเมินตนเองเพื่อวัดทัศนคติ พฤติกรรม และการวางแผนที่จะฆ่าตัวตายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจาก Scale for Suicide Ideation มีค่าความเชื่อมั่น 0.87–0.92 (Brown, n.d.) ได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวิจัยทางคลินิก หรือใช้ในการประเมินผู้ป่วย (Goldston., n.d.)

1.5 แบบประเมินความคิดในการทำร้ายตนเองของไฟร์สโตน (Firestone Assessment of Self Destructive Thought: FAST) สร้างขึ้นโดย ไฟร์สโตน (Firestone) ในปี ค.ศ. 1996 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 84 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 – 0.94 (Brown, n.d.) ได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวิจัยทางคลินิก การประเมินทางคลินิก และการคัดกรองในคลินิก (Goldston., n.d.)

## 2. แบบประเมินโดยการสัมภาษณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์มี ดังนี้



2.1 แบบวัดแนวโน้มน้ำการฆ่าตัวตาย (Suicide Intent Scale: SIS) ซึ่งสร้างโดย เบ็ค สคูลเลอร์ และ เฮอร์แมน (Beck, Schuyler & Herman) ในปี ค.ศ. 1974 เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความตั้งใจในการที่จะฆ่าตัวตายให้สำเร็จสำหรับผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 – 0.95 (ASA, 2005) ได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวิจัยทางคลินิก (Goldston, n.d.) ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและจิตเวชฉุกเฉิน

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview [M.I.N.I.]) ได้ทำการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช โดยได้นำเครื่องมือของนายแพทย์ ชีแฮน และ ลีรูเบีย (Sheehan and Leerubier) ชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.00 (2002) มาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2547) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ และได้มีการแบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.86

2.3 แบบสัมภาษณ์การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและการสัมภาษณ์การฆ่าตัวตายทางมัลติมีเดีย (Adolescent Suicide Interview: [ASI] and the Multimedia Adolescent Suicide interview: [MASI]) ได้สร้างขึ้นโดย ชัฟเฟอร์ และ คณะ (Shaffer and colleagues) แบบสัมภาษณ์การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (ASI) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ต่อมา ได้พัฒนาให้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เป็นแบบโครงสร้างสามารถสัมภาษณ์ได้โดยใช้คอมพิวเตอร์ หรือ เรียกว่า the MASI หรือ Multimedia Adolescent Suicide Interview โดย ลูคัส (Lucus) ในปี ค.ศ. 1997 ซึ่ง ASI มี 4 ส่วน สำหรับประเมินอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) คือ 1) โรคซึมเศร้า 2) ความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย 3) ความรุนแรงของการพยายามฆ่าตัวตาย และ 4) การนำไปสู่การฆ่าตัวตาย แบบสัมภาษณ์นี้นำไปใช้ในการวิจัยทางคลินิก หรือการสำรวจทางระบาดวิทยา หรือการสำรวจ หรือการคัดกรอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 -0.96 (Goldston, n.d.)

2.5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2545) ซึ่งสร้างขึ้นมาเนื่องจากในปี 2540 ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตระดับต่างๆ เช่น วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า บางรายคิดฆ่าตัวตายจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ กรมสุขภาพจิต ซึ่งรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพจิตของคนไทย จึงได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือได้ดำเนินการเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือและศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในวงการจิตแพทย์ตรวจสอบเท่านั้น จากนั้นนำไปทดลองใช้ และปรับปรุง แก้ไขก่อนนำมาใช้จริงทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วย

ข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถาม การแปลผล ถ้าตอบมีในข้อ 1 หรือข้อ 2 หมายถึง ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าตอบว่ามี ในข้อ 3 หรือ ข้อ 4 หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

2.6 แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Rise: NGASR) แบบประเมินนี้สร้างโดย คัทคลิฟ และ บาร์คเกอร์ (Cutcliffe & Barker) ในปี ค.ศ. 2004 เป็นแบบสัมภาษณ์โดยพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนาใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช การพัฒนาเครื่องมือนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต 4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคม และ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว หรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพหรือมีความเศร้าโศก เมื่อเร็ว ๆ นี้ 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายเป็นมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และนอกจากนี้ เครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจากผู้ป่วยจิตเวช การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นการประเมินโดยพยาบาล แบบประเมินนี้ยังสามารถแบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ถึง 4 ระดับ คือ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับสูงมาก จึงทำให้ง่ายต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระดับความเสี่ยงที่มีความแตกต่างกัน แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบว่า ใช่ หรือไม่ใช่ และจากการหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า มีค่าความเชื่อมั่น 0.9 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ นอกจากนี้แบบประเมินนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหลาย ๆ ประเทศ เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีความแตกต่างกันไปตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น (Cutcliffe & Barker, 2004)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่าการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มี 2 ประเภท คือ การประเมินแบบประเมินด้วยตนเอง และการประเมินแบบการสัมภาษณ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Rise: NGASR) เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้มีการหาความตรงตามเนื้อหาโดยให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเข้ารับการอบรมในการใช้เครื่องมือ 2 วันเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการใช้เครื่องมือก่อนที่จะนำไปใช้จริง เป็นความแม่นยำของข้อมูลที่ได้ และแบบประเมินนี้มีคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแต่ละข้อมีความแตกต่างกัน ตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ที่เพิ่มมากขึ้น ในการแปลผลของแบบวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น จะแปลผลในแต่ละข้อเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ ข้อ 1, 4, 7, 9, 12 มีค่าคะแนน 3 คะแนน เนื่องจากเป็นความเสี่ยงมากต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ ข้อ 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15 มีค่าคะแนน 1 คะแนน มีความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่าส่วนที่ 1

### สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายประการ ซึ่งไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งว่า การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายนั้น เกิดจากสาเหตุใดได้อย่างชัดเจน และเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลของความทุกข์จากหลาย ๆ สาเหตุด้วยกัน โดยนักวิชาการที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เชื่อว่า การฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ (biology factor) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychology factor) ปัจจัยทางด้านสังคม (sociological factor) และ บรอมกิส (Blomquist, 1974) ได้กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งหมายถึง สภาพจิตใจของบุคคลแต่ละคน สังคม วัฒนธรรม และองค์ประกอบทางชีวภาพกับสาเหตุของร่างกาย การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยเหตุ และการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคลในสังคมนั้นๆ ด้วย (Wilson & Kneisl, 1996) การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมีดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางชีวภาพ

จากการศึกษาโครงสร้างของสารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ หรือทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือ สารเคมีในสมอง (neurochemical agents) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งสารเหล่านี้ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และแกมมาอะมิโนแอซิด (gamma amino acid) และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายระดับซีโรโทนิน หรือ 5-ไฮดรอกซีทริปตามีน (5-hydroxytryptamine [5-HT]) ในน้ำไขสันหลังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าปกติ (Barbee & Bricker, 1996) ซึ่งเชื่อว่า ระดับซีโรโทนิน (serotonin) ที่ต่ำนี้จะทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้ และจะทำร้ายตนเองเมื่อมีความเครียด (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2544) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายจะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., cited in Hauenstein, 1998)



จากการศึกษาความผิดปกติทางจิตในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน (genetic factor) พี่น้องร่วมสายเลือด และแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) พบว่า แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins) (Roy, 2003)

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตรุนแรงเรื้อรัง (physical and psychiatric illness factor) โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มอารมณ์ (affective disorder) เช่น ภาวะซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลเคมีในระบบประสาทส่วนกลาง จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (อุมพร ตรังสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541; ดวงใจ กสานติกุล, 2542; Kovacs et al., 1993; Chaput et al., 1998) รวมถึงผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง โรคลมชัก เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; ประเวศ ตันติพิวัฒน์เสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541, วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

## 2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ปัจจัยทางจิตใจหลายประการที่อาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เช่น การหมดหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ ความรู้สึกผิด พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความอับอาย ความเครียด ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า มองสิ่งรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจคิดว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การร่วมประสาณ การเกิดใหม่ การแยกจากสิ่งที่เป็นอยู่ การแก้แค้น การตอบโต้และการลงโทษตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวานิช, 2542) ซึ่งได้อธิบายถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายไว้ คือ

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) อธิบายเกี่ยวกับสัญชาตญาณที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย คือ สัญชาตญาณแห่งความตาย (death instinct) และความรู้สึกผิดของบุคคลต่อกลุ่มคนที่มีความสำคัญ เช่น ครอบครัว (Freud cited in Boyd, 2005) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียด ต่อบุคคล หรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว ที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud cited in Hauenstein, 1998) ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร เป็นความรู้สึกที่รุนแรง และมีความตั้งใจที่จะแก้แค้น จัดการกับบุคคลที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึกนั้น ในกรณีที่ภรรยาถูกสามีทอดทิ้ง จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อให้สามีรู้สึกผิด และสูญเสียความมีคุณค่าของตนเองต่อญาติ เพื่อน หรือบางครั้งเป็นการบีบบังคับให้สามีกลับมาดูแลตน (Shives, 1998)

แมนนิเจอร์ (Menninger cited in Boyd, 2005) ได้อธิบายถึง แรงขับทางด้านจิตใจที่ทำให้บุคคลเกิดการฆ่าตัวตาย ไว้ว่า

1) ความประสงค์ที่จะฆ่า (the wish to kill) ความประสงค์นี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว และมองตัวเป็นเสมือนเป้าที่ปรารถนาจะฆ่า

2) ความประสงค์ที่จะถูกฆ่าตัวตาย (the wish to be killed) ความประสงค์เป็นการยอมจำนนต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับของความตาย ทั้งนี้ เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความสำนึกผิด ซึ่งเกิดจากสาเหตุชาติญาณ ความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึก

3) ความประสงค์ที่จะตาย (the wish to be die) ความประสงค์นี้เป็นแนวคิดที่สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจมีจิตไร้สำนึก ซึ่งเชื่อว่า การฆ่าตัวตาย เป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหลีกหนี เพื่อจะได้กลับมาใหม่ แต่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น จึงทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่าง จิตสำนึกและจิตไร้สำนึก

ส่วนในทฤษฎีของ แอดเลอร์ (Adler cited in Boyd, 2005) ได้อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ

2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) แนวคิดนี้เชื่อว่า การฆ่าตัวตาย เกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan cited in Barbee & Bricker, 1996) เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งจากสัมพันธภาพได้ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกตัวเองไร้ค่า (Stuart & Laraia, 2005) ดังนั้น พฤติกรรมการฆ่าตัวตายจึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544)

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) แนวคิดนี้ กล่าวว่า การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้น การเกิดการเรียนรู้จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายใน โดยยังไม่จำเป็นต้องการแสดงออก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ซึ่งแนวคิดนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนนั้น ไม่ได้เกิดขึ้น และไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย การร่วมกันของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่า การเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเรานั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สม โภชน์ เอี่ยมสุภชาติ, 2543) ดังนั้น สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล โดยให้ความสำคัญที่รูปแบบความคิด เช่น การคิดอัตโนมัติในทางลบ (negative thinking) คิดว่าตัวเองไร้ค่า (self-worthlessness) รู้สึกสิ้นหวัง

รู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ รู้สึกหมดสิ้นทุกอย่าง เมื่อคนเรามีความหวัง ก็ย่อมจะมองถึงอนาคตว่าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ในคนที่สิ้นหวังที่มองหาทางออกไม่ได้ ก็จะมองอนาคตเป็นเรื่องที่ไม่สามารถเป็นไปได้ และไม่คิดถึงอนาคต (Shives, 1998) นอกจากนี้ บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางความคิดที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการ การแก้ปัญหาจึงทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไรบ้าง (Bartifai et al., cited in Rickeman & Houfek, 1995) จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Rudd et al., cited in Frisch & Frisch, 2002)

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (behavior theory) ได้อธิบายว่า การปรับพฤติกรรมโดยใช้พื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ สามารถทำได้โดยลดสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ และจัดให้มีสถานการณ์ที่พึงพอใจมากขึ้น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือหลีกเลี่ยงความเครียด การเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา การปรับการคิดและพฤติกรรม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Boyd, 2005)

3. ปัจจัยทางสังคม การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในสังคม และได้แบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม (Durkheim cited in Porter, 1997; Shives, 1998)

3.1 การฆ่าตัวตายที่เกิดเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันในกลุ่ม หรือสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) บุคคลมีความยึดมั่นผูกพัน ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง เป็นการทลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วยความมีเหตุผล ตั้งใจกระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง การฆ่าตัวตายที่ยึดกลุ่มแบบนี้เป็นทางเลือกของกลุ่ม ซึ่งได้รับการยอมรับและการแยกเป็นข้อย่อย ได้ดังนี้ (Durkheim cited in Porter, 1997; Shives, 1998)

1) การฆ่าตัวตายโดยถูกบังคับ (obligatory altruistic suicide) เกิดจากสภาพของวัฒนธรรม และประเพณีของสังคมนั้น เช่น กรณีภรรยาต้องฆ่าตัวตายตามสามี โดยโดดเข้ากองไฟในสังคมอินเดียโบราณ

2) การฆ่าตัวตายแบบเลือกได้ (option altruistic suicide) เช่น การเผาตนเองตายเพื่อเป็นการประท้วงทางการเมือง

3.2 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจาก บุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้าสังคมได้ (egoistic suicide) การฆ่าตัวตายประเภทนี้เกี่ยวกับตนเอง (ego) เป็นสำคัญ บุคคลมีความผูกพันกับชุมชนน้อย ผู้คนต่างถือตัวใครตัวมัน ความร่วมมือระหว่างกันลดน้อยลง กลับมาเห็นแก่ตัวมากขึ้น การฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นถ้าเขาไม่สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน เช่น คนโสด ฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง เป็นต้น

3.3 การฆ่าตัวตายจากการปรับตัวไม่ได้ (anomic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว กระทั่งหัน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะวิกฤต ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทันกับความล้มเหลว การที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหา ความเครียด สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง สิ่งที่สร้างความยุ่งยากใจอย่างต่อเนื่องได้นั้น ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความคิดชั่ววูบในการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว จากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต การสูญเสียบทบาทและสภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เช่น คนที่มีฐานะร่ำรวย และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน อาจมีความรู้สึกว่าเป็นการล้มเหลวในชีวิตอย่างสิ้นเชิง และอาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3.4 การฆ่าตัวตายจากความสุดท้นในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) เกิดเนื่องจากการถูกควบคุม และบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของนักโทษ การฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงความอับอาย เช่น นักธุรกิจที่ล้มละลาย หาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย เพื่อหนีความอับอาย ผู้ที่เจ็บป่วยทางกายอย่างรุนแรง ต้องการตายเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายจากปัจจัยทางสังคม คือ การปรับตัวไม่ได้ (anomic suicide) จากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกบีบคั้นมากเกินไป ไม่สามารถจัดการ หรือควบคุมอารมณ์หันหันพลันแล่นของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสังคมไม่ได้สร้างความหวังที่จะเป็นที่พึ่งได้ จึงทำให้บุคคลตัดสินใจด้วยการฆ่าตัวตาย (Durkheim cited in Frisch & Frisch, 2002)

จากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ คัทคลิฟ และ บาร์เกอร์ (Cutcliffe & Barker, 2004) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สามารถทำนายความเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็วๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต

4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคม และ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว หรือมีประวัติ ฆ่าตัวตายในครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพหรือมีความเศร้าโศก เมื่อเร็วๆ นี้ 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเมื่อกล่าวถึงการฆ่าตัวตาย พบว่า เป็นการกล่าวถึงปัจจัยทางสังคมและชีววิทยาอันซับซ้อน ซึ่งปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบที่ซับซ้อนอย่างมาก (กาญจนา เกติมี, 2546) การฆ่าตัวตาย จึงมีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากบ้าง น้อยบ้างแต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษา เพราะจะยังสามารถปรับแก้ได้มี 4 ปัจจัยตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

1. **ปัจจัยภาวะซึมเศร้า** ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ลึนหวัง ขาดความสนใจและความสนุกสนานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตาย เป็นต้น (Eggenberge, Hawoth, Munden & Stockslager, 2002) ภาวะซึมเศร้า ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) บุคคลที่เคยฆ่าตัวตายนั้นต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีภาวะซึมเศร้า เช่น บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางจิตใจได้ไม่ดี ยังพบความซึมเศร้าอยู่ทำให้บุคคลกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังในการฆ่าตัวตาย (จรรยา ธัญญาดี, 2537)

2. **ปัจจัยด้านความเครียด** เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความเครียดเป็นสภาวะการณ์ส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้ ตลอดชีวิตของพวกเราจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้ต้องมีการปรับตัว และการปรับตัวทำให้เกิดความเครียด จึงเป็นภาวะการณ์ที่เกิดควบคู่กับการดำรงชีวิตของบุคคลตลอดเวลา (Levy, Dignan & Shireffs, 1984) เนื่องจากบุคคลต้องปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเผชิญ จึงมักเป็นเรื่องการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพลัดพราก การลาออกหรือถูกให้ลาออกจางาน และสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น (Aguiera, 1994) บุคคลที่ฆ่าตัวตายเป็นมักเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ชีวิต (stressful life event) (De Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wolters, 1992; Heikknen, Aro & Lonqvist, 1994)



3. **ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม** เป็นอีกแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลที่จะช่วยให้เผชิญปัญหากับความเครียดได้ดี เป็นการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติและความผิดปกติทางด้านจิตใจ คงไว้ซึ่งความสุขทางอารมณ์ ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจะมีการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมเกิดความไม่มั่นคง อ่อนแอ ของจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Berkman & Syme, 1979) จากการศึกษาของ บันช์ (Bunch cited in Heikknen, 1994) พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักพบกับญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด น้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ไม่สามารถที่จะสร้าง หรือรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ได้ (Heikknen, 1994)

4. **ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายอีกปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ชีวิตของคนเรามีความเกี่ยวข้องผูกพันกับครอบครัวตลอดเวลา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวมีความยุ่งยาก และสลับซับซ้อน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัวย่อมมีการขัดแย้งกันเสมอ (โกสุม เศรษฐวงศ์, 2532) ปัญหาความขัดแย้งและความคับข้องใจของสมาชิกในครอบครัวเมื่อรุนแรงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ปัจจัยในเรื่องสัมพันธภาพทางครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมในระยะเริ่มต้นของชีวิต (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533)

#### **ผลกระทบความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย**

ผลกระทบความเครียดต่อการฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรเท่านั้น ทุกครั้งที่เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย ย่อมนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทางจิตใจ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศ อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ ขาดงาน ความพิการ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่สามารถป้องกันได้ (ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, 2547) หากการกระทำไม่สำเร็จและภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและมีโอกาสรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง อาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางราย มีความรู้สึกผิดอยู่ในใจที่เป็นผู้สร้างปัญหาให้กับครอบครัว ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงสังคม ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ผลกระทบด้านร่างกาย** พบว่า มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย (วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์ และ ดวงดา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) ได้แก่ จะมีอาการเบื่ออาหาร รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ รับประทานอาหารผิดปกติ เคลื่อนไหวช้า ความต้องการทางเพศลดลง

(Maurer, 1986) บางรายอาจมีความพิการทางกายจากหลอดเลือดตีบ เนื่องจากดื่มสารล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจน หลังผูกคอตาย (วิลโล เสรีสิทธิพิทักษ์ และ ดวงตา ไกรภัสร์พงษ์, 2537)

**ผลกระทบด้านจิตใจ** พบว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายอาจจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแล และถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด (นิตยา เถลิ้มกุล, ชลอ ชูพงษ์ และ มณฑิพย์ บริสุทธิ, 2542) ทำให้มีความวิตกกังวล สับสน หมดหวัง เศร้า เบื่อหน่าย (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุด พบว่า ประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก (Conwell & Brent cited in Mcdougall, Blixen & Suen, 1997: ทวี ตั้งเสรี และ คณะ, 2546) และในระยะเวลา 1 ปีแรกของการพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสำเร็จ คิดเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป อันถือว่าเป็นสาเหตุการตายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2542) จึงทำให้บุคคลกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังในการฆ่าตัวตายซ้ำ (จรรยา ชาญญาติ, 2537)

**ผลกระทบด้านครอบครัว** พบว่า เป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดต่อความสะเทือนใจต่อญาติ พี่น้อง ครอบครัว เกิดการสูญเสียบุคคลสำคัญจากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Diekstra, 1993)

**ผลกระทบด้านสังคม** พบว่า สังคมไทยส่วนใหญ่ เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นการทำผิดศีลธรรม คนที่ฆ่าตัวตายเป็นบาป ดังนั้น สังคมไทยมักจะมองว่าผู้ที่เลือกแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้ เป็นผู้ที่กระทำโดยไม่มี การคิดไตร่ตรองให้รอบคอบก่อน แต่ในมุมมองของผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย มักจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขามีอยู่ในขณะนั้น (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) ดังนั้น ผู้ที่รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มักจะได้รับผลกระทบเหล่านี้เมื่อกลับเข้าสู่สังคม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือทำให้ผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับปัญหาจากผลกระทบเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นจากปัญหาเดิม อาจทำให้บุคคลกลุ่มนี้แยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย (Veiel et al., cited in Heikkinen, Aro & Lonqvist, 1994)

**ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** พบว่า ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 1 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้อย่างน้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี การลดปัญหานี้ ถ้าสามารถลดได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียได้อย่างน้อย 500 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2544)

นอกจากนี้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจจะยังมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา ปัญหาของผู้ที่ฆ่าตัวตาย นอกจากจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจแล้ว ปัญหาทางด้านความสามารถในการปรับตัวของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นแบบหลีกเลี่ยงปัญหา คือ มีความคิด และพฤติกรรมที่พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะ เช่น ไม่ให้ความสนใจ ลดการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้น โดยพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การปลอบใจตนเอง และคิดว่าเวลาจะช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งการใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นวิธีที่อาจจะช่วยลดความทุกข์ได้ แต่ได้มีการศึกษาพบว่าอาจส่งผลกระทบ คือ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Folkman et al., cited in Folkman & Lazarus, 1991)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า พบแต่การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชาวไทยพื้นราบ แต่ไม่พบวรรณกรรมหรืองานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการฆ่าตัวตายของชาวไทยภูเขาแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงสนใจว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเหมือนกับความเสี่ยงและปัจจัยในการฆ่าตัวตายของชาวไทยพื้นราบหรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยจึงจะศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นอย่างไร โดยศึกษาจากปัจจัยของชาวไทยพื้นราบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยที่พอจะสามารถเข้าไปช่วยปรับแก้ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ รวมทั้งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามี 4 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บุคคลนั้นก็อาจจะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ดังรายละเอียดของปัจจัยทั้ง 4 ดังต่อไปนี้

#### ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ซึ่ง เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความ

วิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เนื้อชาตอสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น คำว่า ซึมเศร้า จึงหมายถึงได้ทั้งภาวะซึมเศร้าที่ปกติ หรือภาวะซึมเศร้าหมดหวัง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนส่วนใหญ่ (Pinsky, 2003) ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า สิ้นหวัง ขาดความสนใจและความสนุกสนานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตาย เป็นต้น (Eggenberge, Hawoth, Munden & Stockslager, 2002) ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ เป็นภาวะอารมณ์ตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย (Stuat, 2001) และเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เซ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ผิดหวัง มีสถานการณ์ที่น่าสลดใจ และเกิดเป็นครั้งคราวแล้วหายไปเอง สามารถที่จะทำกิจกรรมหรืองานอื่น ๆ ให้เป็นผลสำเร็จได้ เป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของทุกคนในตลอดช่วงชีวิต (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) แต่ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาการแสดงออกนาน 2 สัปดาห์ ติดต่อกันขึ้นไป ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จะถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก และอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นและกลายเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้ (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล, 2544; Beck, 1967; Beck et al., 1979) ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีคำอธิบายหลายประการด้วยกัน รวบรวมได้ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ หมายถึง ภาวะแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกายโดยจะมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดน้อยลง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจจะมีอาการแสดง คือ มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหารหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีแรง และไม่มีความสุข ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดเรื้อรัง หรือหายแล้วเป็นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อ และหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์ทุกข์ รู้สึกหมอง หดหู่ใจ หมดอาลัยตายอยาก มีความคิดอยากตาย เป็นต้น เป็นอยู่นานจนมีผลกระทบต่อสังคมและการทำงาน ทำให้มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเอง และมีความสามารถในการเรียนและการทำงานลดลง

ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่สนใจในกิจกรรมแทบทุกอย่างที่ตนเคยทำอยู่เป็นประจำ เลิกงานอดิเรกที่ตนเองเคยชอบ รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ความรู้สึกนี้จะเป็นอย่างยาวนาน แยกตัวจากเพื่อนและครอบครัวจนเห็นได้ชัด สมาธิลดลง คิดซ้ำ ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความผิดพลาดหรือผิดหวังเล็ก ๆ น้อย ก็ถือเป็นเรื่องใหญ่มาก และจะพบว่ามีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายอาจน้ำหนักเพิ่ม นอนไม่หลับ พุดซำ และพูดน้อยลง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความแปรปรวน ทางด้านความคิด อารมณ์ และร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติไม่มีความสุขขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวังมองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

### ระดับของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967; Beck et al., 1979) กล่าวว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง ที่แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม โดยแสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านความคิดจะมีอาการแสดงออกคือ มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มีความคาดหวังในทางลบ ต่ำหนิตนเอง และโทษตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ มีความคิดบิดเบือนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งมักพบบ่อยในผู้หญิง
2. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ความสนใจผู้อื่น และกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ในเด็กและวัยรุ่นอาจมี



อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายหรือเจ้าอารมณ์แทนที่จะมีความรู้สึกเศร้า รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หาททางออกให้ตนเองไม่ได้ และรู้สึกผิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยสนใจ

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจในตนเอง หลีกเลียง หรือหลีกหนีจากสถานการณ์ชีวิตประจำวันต่าง ๆ เหนื่อยหน่าย แยกตัว มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

4. ด้านร่างกายและพฤติกรรม จะมีอาการแสดงออก เกี่ยวกับ การเบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ความสนใจในการมีกิจกรรมซึ่งเคยมีความสุขลดลง ความต้องการทางเพศลดลง

อาการแสดงทั้ง 4 ด้านของภาวะซึมเศร้า นี้ ในแต่ละด้านมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่ง เบ็ค (Beck, 1967; Beck et al. , 1979) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ เป็นภาวะความคิด ความรู้สึกของคนปกติทั่วไป ที่มีอารมณ์ไม่รู้สึกเศร้า ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย หรือไม่ท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองถูกลดโทษ ไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ได้คิดว่าตนเองเลวกว่าคนอื่น ๆ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความสนใจในคนอื่น ตัดสินใจได้ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามอง มีความสามารถทำงานได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักตัวไม่ได้ลดลง ไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จะมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ คือ

2.1 ด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน มีช่วงเวลาที่อารมณ์เศร้าหายไป และมีอารมณ์สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้านี้ในระดับนี้สามารถลดลงได้ โดยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยภายนอก บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง เช่น เรื่องตลก เหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เพลิดเพลินใจ การได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น เป็นต้น มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน หรือพึงพอใจกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน ความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ รวมถึงความรักความผูกพันต่อครอบครัว และเพื่อนลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะในผู้หญิง อารมณ์จั่นลดลง

2.2 ด้านความคิด คือ คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจได้ช้า ก้าวการ

ตัดสินใจที่ผิดพลาด ต่ำหนืดตนเอง ทนไม่ได้กับข้อผิดพลาดของตน มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในทางลบ ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง

2.3 ด้านแรงจูงใจ คือ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตนเองให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลีกเลี่ยงหรือผัดผ่อนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองคิดว่าไม่น่าสนใจ หรือกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือกิจกรรมที่ไม่ได้ให้ความพึงพอใจอย่างทันทีทันใด ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นแม้ในเรื่องที่ตนเองเคยทำได้ มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

2.4 ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม คือ ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ในบางรายอาจนอนมากผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลงเล็กน้อย ในบางรายความต้องการทางเพศอาจสูงขึ้น เหนื่อยง่ายกว่าปกติเวลาทำงาน

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย ซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน วิตกกังวลว่าร่างกายจะผิดปกติทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

3.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้ารุนแรงเป็นอาการสำคัญ และคงอยู่นาน มีอารมณ์เศร้ารุนแรงมากในตอนเช้า มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา เช่น อารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลังใจ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกไม่ชอบตนเองทำอะไรก็ไม่ถูกต้องไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ ร้องไห้อย่างไม่มีเหตุผล ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง และฉุนเฉียวง่าย แทบจะไม่มีอารมณ์ขัน และจริงจังในทุก ๆ เรื่อง

3.2 ด้านความคิด มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มีความหมกมุ่นในเรื่องความบกพร่องของตนเอง มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ หรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้ง ๆ ที่ ยังไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้

3.3 ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ หลีกเลียงและแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นเมื่อเผชิญกับปัญหา มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตาย

3.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท อาจมีสะดุ้งตื่นหลังจากนอนหลับได้ไม่นาน รู้สึกอ่อนเพลีย ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ความต้องการทางเพศลดลงอย่างชัดเจนต้องใช้สิ่งกระตุ้นอย่างมาก ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะมีอาการเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ไม่สนใจตนเองดูแลตนเองไม่ได้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายๆ ในชีวิตประจำวัน นอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่สนิท อ่อนเพลียตลอดเวลา แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉยๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิมนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่ง ผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เงียบซึม ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง หมดความสนใจในเรื่องเพศ มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความคิดหลงผิด หรือประสาทหลอน (delusion) มีอาการแสดงออกภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ

#### การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินมากมายตามคำนิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินด้วยตนเอง (self report) (Burt & IsHak, 2002; Yonkers & Samson, 2000) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ประเภทที่ 1** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) มีดังนี้

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยศาสตราจารย์ แฮมมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ต่อมาปี ค.ศ. 1967 มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้เพื่อตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออก แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อวัด ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ซึ่งความสำคัญของอาการแสดงของพฤติกรรมและอาการทางกาย ต่อมามีการพัฒนาโดยการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกเป็น 24 ข้อ แบบประเมินมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ลักษณะของอาการรุนแรง อาจใช้เพื่อ 1) หากความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การรักษา 2) เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่าง ๆ หรือ 3) เพื่อตรวจค้นหาอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการแสดงโดยวิธีการสังเกตอาการผู้ป่วย โดยเน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ความวิตกกังวล (anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหึ่งรู้ (agitation insight) มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 4 คะแนน ข้อคำถามส่วนใหญ่มีลักษณะพิเศษ คือ การสื่อความรู้สึกนึกคิด และ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Grinker et al. cited in Allyn & Bacon, 1979) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับบริการ และต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม จากการศึกษาของ โอนีก้า และ อับราฮัม (Onega & Abraham, 1998) พบว่า ไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิด และจิตวิญญาณได้ และความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลงเมื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย (Linden et al. , 1995 cited in Burt & IsHak, 2002)

2. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย มอนท์โกเมอรี และ แอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมีจุดประสงค์ 2 ประการ เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า และ เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่ทั้งจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0, 2, 4, และ 6 คะแนน การให้คะแนนจะประกอบด้วย การสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ โศกเศร้าจะแสดงออกทางคำพูดหรือสีหน้าท่าทาง แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญของอาการภาวะซึมเศร้าที่แสดงในด้านความคิด ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางร่างกายได้ค่อนข้างดี และมีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ประโยชน์ของแบบประเมินนี้ คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้น พร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยการให้คะแนนแบบประเมินง่าย ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินนี้สั้น และไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาในการประเมิน ได้มีการนำไปใช้ในหลาย ๆ กลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทางกาย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และกลุ่มวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน และไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออก

**ประเภทที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self report)** แบบประเมินนี้ นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ ซึ่งมีตัวอย่างดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI-1A) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบ็ค และ คณะ (Beck et al., 1967) ซึ่งสร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม เป็นแบบประเมินเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่ออธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพื่อจัดลำดับในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรักษาและได้ออกแบบเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด ใช้โดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์ จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ลักษณะคะแนนมีทั้งหมด 63 คะแนน มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย แบ่งระดับคะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (10-16 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (17-23 คะแนน) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (24 คะแนนขึ้นไป) ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ ใช้ได้ในคลินิกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และในประชาชนปกติทั่วไป มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก



2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung DDS) แบบประเมินนี้สร้างโดย ซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (psychomotor disturbance) (Sokamoto et al, 1998 as cited in Burt & IsHak, 2002) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 10 ข้อ สร้างขึ้นตามเกณฑ์พื้นฐานในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4<sup>th</sup> Edition [DSM-IV]) แบ่งคะแนนแต่ละข้อ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน ใช้เวลาในการประเมิน 15-20 นาที แต่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับด้านอาการทางกายมากนัก เหมาะสมกับวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) แบบประเมินนี้จึงไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถดำเนินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม (Zung as cited in Yonkers & Samson, 2000)

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างขึ้นโดย ราดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน โดยมีการพัฒนาปรับปรุงจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสคิน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ แบบประเมินนี้ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แบบประเมินนี้มี 4 ข้อ ที่เป็นข้อความในเชิงบวก เพื่อควบคุมการมีอคติ มีเกณฑ์ให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน สามารถใช้ได้กับประชากรทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าแบบประเมินนี้จะพัฒนามาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในการสำรวจกลุ่มประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้นแต่การศึกษาไม่ได้สนับสนุนการใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มที่ไม่มีการติดตามการรักษาโดยการสัมภาษณ์ ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น ส่วนข้อดี คือสะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลา และง่ายต่อการแปลผล

4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย ซิกมันด์ และ สเนيثท์ (Zigmond & Snaith, 1983) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อคัดกรองภาวะอารมณ์แปรปรวน ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา แบบประเมินนี้สามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาล และประชากรในชุมชน ข้อคำถามในแบบประเมินจะเน้นสิ่งที่รบกวนทางอารมณ์มากกว่าอาการทางร่างกาย จึงสามารถแยกอาการป่วยทางจิตเวชออกจากอาการป่วยทางด้านร่างกาย แบบประเมินนี้จะไม่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์วินิจฉัยของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แบบวัดนี้จะไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับการคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด และอาการสิ้นหวัง แต่จะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรักษาด้วยยา และให้ความสำคัญกับอาการแสดงของความรู้สึกไม่มีความสุขมากกว่าอารมณ์เศร้า แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินด้วยตนเองมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เวลา 3 ถึง 4 นาที ในการประเมิน มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน ข้อดีของแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่สั้น และง่ายสำหรับการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช และเหมาะสมสำหรับการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ (primary care setting) เนื่องจากไม่มีความซับซ้อน เป็นคำถามที่ไม่คุกคามจิตใจ

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2547) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต โดยแบบประเมินจะสอบถามถึงประสบการณ์ เหตุการณ์ อาการ หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ถูกประเมินอยู่ในระดับใด โดยประเมินเหตุการณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 15 ข้อ คำตอบ มี หรือไม่มี ถ้าตอบว่ามี 6 ข้อ ขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.88 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่  $p < 0.001$  (ทวี ตั้งเสรี และ คณะ, 2546) การทำแบบคัดกรองเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นการเลือกคำตอบ ที่ตรงกับตัวผู้ถูกประเมินมากที่สุด และตอบลงในช่องคำตอบตามความเป็นจริงกับตัวผู้ถูกประเมินมากที่สุด และเป็นแบบคัดกรองที่สามารถใช้ได้สะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้ได้จริงในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตั้งแต่ในชุมชน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ (ทวี ตั้งเสรี และ คณะ, 2546)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภท ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จุดประสงค์เพื่อให้สามารถประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมให้มากที่สุด การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตมีข้อจำกัดในการที่จะต้องใช้จิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางจิตเวชจึงจะสามารถที่จะใช้

แบบประเมินนี้ได้ อย่างถูกต้อง ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองได้รับความนิยมนมากกว่า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบอกอาการและอาการแสดงของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองได้ดีกว่าใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต และยังสามารถใช้ประเมินตนเองได้ด้วย ซึ่งเป็นการประหยัดเวลาและสามารถประเมินซ้ำได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ผู้ประเมินสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึก หรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ประเมิน โดยให้ผู้ประเมินอ่านคำถามแล้วสำรวจว่าในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ อาการ หรือความคิดเห็นและความรู้สึกในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ถูกประเมินบ้าง โดยมีคำถามจำนวน 15 ข้อ คำตอบ มี หรือ ไม่มี ถ้าตอบว่ามี 6 ข้อขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2547) และเป็นแบบคัดกรองที่สามารถใช้ได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ได้จริงในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่อยู่ในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ (ทวี ตั้งเสรี และ คณะ, 2546)

#### ภาวะซึมเศร้าและบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควรเท่านั้น หากการกระทำนั้นไม่สำเร็จและภายหลังจากที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและมีโอกาสรอดชีวิตและกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง อาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบางราย มีความรู้สึกผิด อยู่ในใจที่เป็นผู้สร้างปัญหาให้กับครอบครัว ซึ่งความคิดดังกล่าวก่อให้เกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ที่อาจนำไปสู่ความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกได้ และยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และประเทศชาติอย่างมาก จากปัญหาของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย และเป็นปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีกปัจจัยหนึ่ง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นความผิดปกติรูปแบบหนึ่งของภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าทั้งในผู้ที่มีอายุน้อย และผู้สูงอายุ (วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2544) ภาวะซึมเศร้า ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) บุคคลที่เคยพยายาม ฆ่าตัวตายนั้นต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีภาวะซึมเศร้า เช่น บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางจิตใจ

ได้ไม่ดี ยังพบความซึมเศร้าอยู่ จึงทำให้บุคคลกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังในการฆ่าตัวตายซ้ำ (จรรยา ชาญญาติ, 2537)

### ปัจจัยด้านความเครียด

ความหมายของความเครียดเป็นสภาวะการณ์ส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้ เพราะตลอดชีวิตของคนเราจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ตลอดเวลาซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้ต้องมีการปรับตัว และการปรับตัวทำให้เกิดความเครียด จึงเป็นภาวะการณ์ที่เกิดควบคู่กับการดำรงชีวิตของบุคคลตลอดเวลา (Levy, Dignan & Shireffs, 1984) มีผู้ที่ได้ศึกษาถึงความเครียดและให้ความหมายของความเครียดตามแนวคิดดังกล่าว เช่น

เซลเย (Selye, 1976) ผู้เริ่มศึกษาความหมายเกี่ยวกับความเครียดให้ความหมายตามแนวคิดปฏิกิริยาตอบสนองว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้าหรือข้อเรียกร้อง (stressor) สิ่งคุกคามที่มากกระทำต่อบุคคลโดยสิ่งเร้า หรือข้อเรียกร้องดังกล่าวมีทั้งพึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์

มิลเลอร์ สมิธ และ แลร์รี่ (Miller, Smith & Lary, 1993) เป็นนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่ศึกษาความเครียดเป็นองค์รวมโดยให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะของความตึงเครียดที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อปัจจัยเรียกร้อนและกดดัน ทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ซึ่งข้อเรียกร้องดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นในขณะที่บุคคลพยายามจะหาวิธีการในการจัดการกับข้อเรียกร้องและความกดดันนั้น ๆ

สมิธ (Smith, cited in McCain & Smith, 1994) กล่าวว่า การศึกษาความเครียดตามแนวคิดของกระบวนการปรับตัวทางชีวิตสังคมนั้นเป็นการศึกษาความเครียดโดยการรวม แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเข้ากับกลไกการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทไร้ท่อ เมื่อบุคคลประสบกับความเครียด

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก ซึ่งได้แบ่งความเครียดไว้ 3 กลุ่มดังนี้ คือ

ความเครียดในความหมายของการตอบสนอง (response definitions) หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม ซึ่งวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของ

สรีระที่ตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด (physiological response) เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น มือสั่น ท้องอืด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อเกร็ง ความดันโลหิตสูง และเหงื่อออก เป็นต้น

ความเครียดในความหมายของสิ่งกระตุ้น (stimulus definitions) หมายถึง การที่บุคคลต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิตครั้งสำคัญ ๆ และเหตุการณ์นั้นนำมาซึ่งความเครียด ซึ่งได้แก่ การตายของคู่รัก การหย่าร้าง และการตกงาน เป็นต้น

ความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (person-environment relationship definitions) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกระบวนการทำงานทางปัญญา ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมว่าเกินพลังความสามารถหรือเกินทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ และเป็นอันตรายต่อความผาสุก ลักษณะที่เกิดขึ้นนั้นเรียกว่า ความเครียด

จากความหมายของความเครียดสรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ความรู้สึกไม่มีความสุขและไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดจากการประเมินของบุคคลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะประเมินผ่านการรู้คิดว่าสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบนั้น คุกคาม และเป็นโทษต่อภาวะสุขภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าคุกคาม และเป็นโทษต่อภาวะสุขภาพของตนจะเกิดความเครียด การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาตามแนวคิดของลาซาลัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1966)

### สาเหตุของความเครียด

ซอลดา พันธุเสนา (2536) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ

#### 1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของและวัตถุต่าง ๆ รอบตัวที่สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5

1.2 สังคมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน การมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

#### 2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ได้แก่

2.1 โครงสร้างร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยาในบุคคล ที่มีโครงสร้างร่างกายสมบูรณ์และมีสุขภาพดีจะเป็นตัวส่งเสริมให้ทำการแก้ปัญหาและมีความทนทานต่อสภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ร่างกายเติบโตไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย



2.2 ระดับพัฒนาการ การมีร่างกายที่พัฒนาการไม่ปกติและมีจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ ซึ่งส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก่อให้เกิดความเครียดตามมา

2.3 การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด กังวล หรือ ตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของบุคคล การรับรู้เป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับความต้อการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เหมือนกัน มีความหวัง ทัศนคติและการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน

จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคล มีสาเหตุทั้งจากภายนอก และภายในตัวบุคคล

### ระดับของความเครียด

จากแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) การเกิดความเครียดจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมิน และพิจารณาสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบตนเอง มีลักษณะอย่างไร เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ เฟรน และ วอลลิกา (Frain & Valiga, 1979) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (day to day stress) ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวโดยอัตโนมัติ ซึ่งเป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ การแข่งขัน การใช้เวลาเดินทางไปทำงานในสภาพจราจรที่สับสน การปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เป็นต้น ในระดับบุคคลจะรู้สึกถึงความสามารถในการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดได้เป็นอย่างดี ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมาก และจะหมดไปในระยะอันสั้น

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับเล็กน้อย (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน การพบกับเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลมีความตื่นตัว และร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมาก และจะหมดไปในระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) ความเครียดในระดับนี้เกิดจากบุคคลได้รับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานแล้วไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลา

อันรวดเร็ว เช่น การเข้าทำงานใหม่ การเปลี่ยนงาน การได้รับการผ่าตัด เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองถูกคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต บุคคลอาจไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้อาจจะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมง หลาย ๆ ชั่วโมง หรือเป็นวัน ในระดับนี้อาจทำให้มีอาการแสดงทางกาย เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น ใจสั่น อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับสูง (severe stress) เป็นความเครียดที่จัดอยู่ในระยะวิกฤตเกิดจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว และแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น สมาธิในการทำงานลดลง ขาดงาน ไม่สนใจดูแลครอบครัว เป็นต้น ความเครียดระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ถ้าไม่สามารถจัดการแก้ไขได้ และอาจนำไปสู่อาการแสดงของโรคจิต หรือทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงได้

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินเป็นความเครียดในระดับที่ 1 และ ระดับที่ 2 ยังเป็นภาวะความเครียดปกติไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แต่ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองและมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่ 3 เป็นความเครียดในระดับกลาง ๆ ที่บุคคลเริ่มตระหนักและรับรู้ว่าคุณคุกคามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะรับมือกับความเครียด ส่วนความเครียดในระดับที่ 4 บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ๆ ซึ่งหากกระทำได้สำเร็จร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจตามมา

### ผลของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาล และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540)

#### 1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก กล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็งทำให้มีผลต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอย่างไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดได้ เนื่องจากการเพิ่มของกรดแลคติก และกล้ามเนื้อที่แข็งแรงนี้จะดึงกระดูกบริเวณที่หดเกร็งให้ออกนอกแนว

1.2 ระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบทำให้เกิดอาการ เช่น อาหารไม่ย่อย จุกเสียดในท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด เป็นต้น

1.3 ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง

1.4 ระดับฮอร์โมน น้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ความต้องการทางเพศลดลงทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตจะหลั่งน้อย ทำให้เด็กเติบโตช้า

1.5 ระดับภูมิคุ้มกัน การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 ด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวล และเศร้า

2.2 ความคิดทำลาย หรือขัดขวางการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งไตร่ตรองในการทำสิ่งต่าง ๆ

## การประเมินความเครียด

จากแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้อธิบายว่า การประเมินความเครียด เกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคล โดยบุคคลจะมีการประเมินเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ มาประเมินสิ่งเร้าว่ามีความสำคัญและรุนแรง เพื่อตัดสินใจว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองเพียงใด ซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่เกิดผลใด ๆ (irrelevant) คือ ประเมินว่าสิ่งเร้าอาจจะมาคุกคามหรือไม่คุกคามตนเองก็ได้ เป็นเพียงแต่สงสัย ทำให้บุคคลไม่แน่ใจต่อผลกระทบจากสิ่งเร้า

1.2 เกิดผลดี หรือได้รับผลประโยชน์ (benign-positive) คือ ประเมินว่าให้ผลในทางบวกจากสิ่งเร้า แต่เมื่อไม่เป็นไปตามที่ประเมินไว้บุคคลจะเกิดความเครียดขึ้น

1.3 เกิดความเครียด (stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวเต็มที่ หรือพิจารณาหากเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยประเมินเหตุการณ์นั้น ออกเป็น 3 อย่าง คือ เป็นอันตราย หรือสูญเสีย (harm/loss) เป็นการประเมินว่าเกิดความเสียหายแก่ตนแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่าในตนเอง เป็นต้น หรือเป็นการถูกคุกคาม (threat) ซึ่งประเมินว่าจะเกิดอันตราย หรือมีการสูญเสียแก่ตนในอนาคต หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) เป็นการประเมินที่เกิดจากอิทธิพลของความกระตือรือร้น ตื่นเต้นและมีแรงจูงใจที่จะสู้ อยากรจะลง เป็นต้น

จากการประเมินเหตุการณ์ในระยะนี้ เป็นการรับรู้ว่าเป็นอันตรายกับตนเอง แต่ถ้าเหตุการณ์ใดที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือเกี่ยวข้องกับตนในทางดี บุคคลจะรับรู้ว่ามันไม่ใช่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตน เพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าที่ได้ประเมินแล้วว่าเป็นอันตราย หรือคุกคามแก่ตน ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรม

ซึ่งการประเมินทั้ง 2 ลักษณะนี้ มีความสำคัญเท่าเทียมกัน และไม่ขึ้นอยู่กับเวลาว่าต้องประเมินลักษณะที่ 1 ก่อน แล้วจึงประเมินลักษณะที่ 2 บุคคลจะประเมินสิ่งเร้าในลักษณะใดก่อนก็ได้

ยังมีการประเมินอีกลักษณะหนึ่ง เรียกว่า การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินซึ่งอาจต่อเนื่องจากลักษณะที่ 1 หรือที่ 2 หมายถึง เปลี่ยนแปลงการประเมินเดิมของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นใหม่ เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

การประเมินเพื่อตัดสินใจว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือแบ่งแยกลักษณะ และระดับความรุนแรงของในแต่ละบุคคลนั้นขึ้นกับปัจจัยเหตุการณ์เฉพาะหน้า (situation factor) ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด และความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ส่วนปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal factor) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ความเชื่อ และสติปัญญาของบุคคล

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Coleman, Butcher & Carson, 1980) ความเครียดจากความยุ่งยากประจำวัน (daily hassles) ลาซารัส และคณะ (Lazarus et al., 1985) กล่าวว่ามาตรวัดความยุ่งยากประจำวัน (Daily Hassles Scale) เป็นเครื่องมือวัดที่สะท้อนถึงความเครียดของบุคคลจากเหตุการณ์ประจำวัน 8 เรื่อง ได้แก่

1. งานอาชีพ เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบเพื่อหาเลี้ยงชีพ ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกว่าเป็นงานหนัก งานที่ทำอยู่ไม่มั่นคง ไม่พึงพอใจในงาน ไม่ชอบระบบงาน มีความขัดแย้งกับหัวหน้างาน หรือเพื่อนร่วมงาน
2. งานบ้าน เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวในการดูแลบ้าน เช่น ดูแลการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซ่อมแซมบ้าน การดูแลต้นไม้ สัตว์เลี้ยง การบำรุงรักษารถ การรับผิดชอบต่อใช้ต่าง ๆ ภายในบ้าน
3. สิ่งแวดล้อม เป็นสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศ เสียงดังรบกวน มลพิษ ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความไม่เป็นมิตรของเพื่อนบ้าน
4. สุขภาพ เป็นภาวะสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ สุขภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะสะท้อนถึงสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ หรือต้องการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
5. ความมั่นคงของสถานะทางสังคม เป็นสถานการณ์การยอมรับของสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยกย่องและมีตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น
6. ความรับผิดชอบด้านการเงิน เป็นความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับรายรับหรือรายจ่ายต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การเก็บออมเงิน ค่าใช้จ่ายที่ให้แก่มนุษย์อื่นในความดูแลรับผิดชอบ เป็นต้น
7. ความเร่งรีบของเวลา เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกว่า กิจกรรมหลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบทำ ไม่สามารถทำให้สำเร็จภายในเวลาที่กำหนด
8. ความกังวลส่วนตัว เป็นความรู้สึกที่ขัดแย้งในตัวเองที่มีต่อลักษณะรูปร่าง หน้าตา ภาพลักษณ์ของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเอง โดดเดี่ยว กลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น กลัวการเผชิญกับความจริง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียด (The Perceived Stress Scale [PSS]) ของ โคเฮน และ คณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งสร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของลาซาลัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1966) และแปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับให้คะแนนตามความบ่อยของความรู้สึก คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง โดยข้อ 4,5,6,7,9,10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)



## ความเครียดและบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (ประยูทธ์ เสรีเสถียร และ คณะ, 2541; Dixon et al., 1999) เนื่องจากความเครียด (stress) เป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวัน และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ เกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย (วัฒนา นาคนาม, 2546) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะรับรู้และประเมินค่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่ตนประสบว่าเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และไม่สามารถลดผลกระทบจากความเครียดได้ ทำให้ความเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงใช้วิธีการฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียดที่รุนแรงนั้น (Horeish et al., 1996) ประกอบกับการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย มักมีปัญหาดังกล่าวตามมา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น จนอาจเกิดความคิดชั่ววูบ หุนหันพลันแล่น พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก เนื่องจากเคยแก้ปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ดังการศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ปัจจัยสำคัญของการฆ่าตัวตายซ้ำ คือ ความเครียดในชีวิต (Brent, Kolki, & Moritz, 1993)

แหล่งของความเครียดมีหลายแหล่งด้วยกัน ซึ่งตามแนวคิดพฤติกรรมชีวภาพของความเครียด (biobehavioral model of stress) กล่าวว่า แหล่งความเครียดของบุคคลเกิดจากการงาน ครอบครัว สังคม เรื่องส่วนตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเงิน (Miller & Smith, 1993) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า แหล่งความเครียดที่บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายประสบมักจะเกิดจากการเงิน และการงาน (Malmberg, Hawton, & Simkin, 1997) จากลักษณะส่วนบุคคล เช่น การเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีปัญหาด้านกฎหมาย จากครอบครัว เช่น การโต้แย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างคู่สมรส (Myers et al., 1975) การหย่า การแยกกันอยู่ การเสียชีวิตของคู่สมรส (Colman et al., 1980) และความขัดแย้งในครอบครัว (Heikken et al., 1997) และพบว่า ความเครียดของบุคคลที่ฆ่าตัวตายประสบมีมากกว่ากลุ่มบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตายประมาณ 4 เท่า (Myers et al., 1975) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการฆ่าตัวตายของบุคคลที่ฆ่าตัวตายจำนวน 202 ราย พบว่า ร้อยละ 97 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายมีแหล่งของความเครียดมากกว่า 1 แหล่ง

ความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากบุคคลต้องเผชิญสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเผชิญ มักเป็นเรื่องการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพลัดพราก การลาออกหรือถูกไล่ออกจากงาน และสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น (Aguilera, 1994) บุคคลที่

ฆ่าตัวตายมักเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ชีวิต (stressful life event) ก่อนการฆ่าตัวตายจำนวนมาก เป็นอันตรายรุนแรงและเกิดขึ้น (De Wilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1992; Heikkinen, Aro, & Lonngvist, 1994) จากการศึกษาของ ประทุม สุขมี (2542) ที่ศึกษาแหล่งของความเครียดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน พบว่า การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิต และความยุ่งยากประจำวัน เป็นปัจจัยเหตุให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด จากการศึกษาการฆ่าตัวตายของเกษตรกรในอังกฤษ และเวลส์ในปี ค.ศ. 1991 – 1994 พบว่า เกษตรกรฆ่าตัวตาย จำนวน 84 ราย ร้อยละ 50 ของเกษตรกรที่ฆ่าตัวตายเกิดจากการมีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องการเงิน (Malmberg, Hawton, & Simkin, 1997) และพบว่าความเครียดทางจิตสังคมจากการประสบความยุ่งยากเกี่ยวกับเรื่องเงินเป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุด ในบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย (Rich et al., 1988) และการว่างงานยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และฆ่าตัวตายในที่สุด (Heikkinen et al., 1995)

### ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังต่อไปนี้

ไวสส์ (Wiess, 1974) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่จะดำรงและรักษาไว้เป็นความสุขทางด้านจิตใจประกอบด้วยความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การได้เลี้ยงดูผู้อื่น การรู้สึกถึงคุณค่าของตน การเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการได้รับการแนะนำข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลใช้ในการแก้ปัญหา

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่อง ให้มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

แบรนด์ และ ไวนีร์ท (Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการ

ส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำ

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ให้คำนิยาม การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิบัติการช่วยเหลือในด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์สังคมที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

จากความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ เกื้อกูล สนับสนุนด้านต่างๆ จากแหล่งสนับสนุนจากสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำด้านต่างๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาตามแนวคิดของ ไวเนิร์ต (Weinert, 2000)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา หรือความเครียด และสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี การสนับสนุนนี้บุคคลอาจได้รับมาจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้ เพราะการดำรงชีวิตมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา และความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จิตติมาพันธ์ ฌ เชียงใหม่, 2546) ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งประเภทของกลุ่มให้การสนับสนุนออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดในการให้ความช่วยเหลือ เพราะครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม มีความไว และเห็นความต้องการของสมาชิกแต่ละคน และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มสนับสนุนจากเพื่อน (peer support) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างเป็นทางการ มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการตอบสนองความต้องการทั่วไปและความต้องการเฉพาะเจาะจงแก่สมาชิก เป็นเหตุให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. กลุ่มสนับสนุนจากองค์กรทางศาสนา (religious organization) เป็นสถาบันสนับสนุนที่เก่าแก่ในสังคม ช่วยให้ผู้คนที่ได้รับการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้ พระนักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. กลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional support) เป็นแหล่งช่วยเหลือให้การดูแลและให้บริการผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. กลุ่มสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านอื่น ๆ (organized system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัครให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล บางกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ (emotional support) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าได้ได้รับความรัก ความจริงใจ และการดูแลเอาใจใส่ มักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้ง

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้บุคคลนั้นทราบว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่า

3. การสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House cited in Tiden, 1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริง ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การไม่เห็นด้วย เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบกับผู้เข้าร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน

ไวสส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมได้ 5 ประเภท ดังนี้

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (attachment) คือการได้รับการสนองตอบทางด้านอารมณ์ การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่ สนับสนุนไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย ขาดความรัก มองโลกในแง่ร้าย

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) คือ การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ ยกย่อง การให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลในสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมนี้ทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) คือ การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกถูกตัดขาดจากสังคม เกิดความเบื่อหน่ายไม่มีเพื่อน

4. การสนับสนุนทางสังคมการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลนั้น (opportunity for nurturance) คือ การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น ให้ได้รับความสุขสบาย รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของผู้อื่น แลกเปลี่ยนประโยชน์ระหว่างบุคคลถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะรู้สึกชีวิตไร้ค่า

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ หรือคำแนะนำ (assistance guidance) คือ การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ หรือการช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะรู้สึกสิ้นหวัง

จากแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความไว้วางใจจากสังคม เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความมุ่งมั่นอดทนในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ ได้แก่ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และบริการตามความต้องการของบุคคลเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูลและ



คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาและประเมินตนเองทำให้เกิดความมั่นใจ

ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดประสิทธิภาพ เมื่อสามารถตอบสนองความต้องการได้ เฉพาะเจาะจงกับปัญหา หรือความเครียดที่บุคคลกำลังประสบอยู่ ความเครียดเดียวกันอาจต้องการความช่วยเหลือที่หลากหลายเปลี่ยนไปตามความต้องการของปัญหาหรือความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ เกื้อกูล สนับสนุนด้านต่าง ๆ จากแหล่งสนับสนุนจากสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำด้านต่าง ๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งผู้ศึกษาได้ศึกษาตามแนวคิดของไวเนอร์ท (Weinert, 2000)

### ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

การแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งได้เป็น 3 ระดับ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2531)

1. ระดับกว้าง (macro level) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือสังคม วัตถุประสงค์จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) หมายถึง การช่วยเหลือของโครงการและหน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัตถุประสงค์แบบเจาะจงในกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น เพื่อน การสนับสนุนในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านอารมณ์
3. ระดับเล็ก (micro level) เป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น พ่อแม่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลแต่ละคนมีความจำเป็นหรือความต้องการการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน และในขณะที่เดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันด้วย สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม นอร์เบค (Norbeck, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลแต่ละคนได้รับมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

## 1. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ เพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีกว่าเพศชาย เนื่องจากความใกล้ชิด และมีสัมพันธภาพที่ดีกว่า

1.2 อายุ มีอิทธิพลต่อปริมาณและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เช่น วัยเด็กจะมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลเดียวกันและในปริมาณที่สูง แต่เมื่ออายุมากขึ้น ความถี่ของการสนับสนุนจะลดลง และจำนวนบุคคลที่ให้การสนับสนุนก็จะขยายกว้างออกไป มีทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน โดยพบว่าในเด็กวัยรุ่น จะมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเพิ่มมากขึ้น

1.3 สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสแบบต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจกันมากน้อยแค่ไหน (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิทธิเกียรติ ยันตติลล, 2541) บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมักได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ได้มากกว่า

1.4 ความสามารถแต่ละบุคคล บุคคลที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคคลอื่นในสังคมได้ดี จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่มิปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมน้อย จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจะมีกลุ่มเครือข่ายสังคมขนาดเล็ก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เนื่องจากความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มทางสังคมมีน้อย

1.5 อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

1.6 ฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษา พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีโอกาสได้รับการสนับสนุนมากกว่า ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งความช่วยเหลือได้มากกว่า

1.7 ศาสนา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ แหล่งด้านทานความเครียด เกิดความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ บุคคลที่ขาดความผูกพันกับศาสนา ก็จะขาดที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

2. ลักษณะของสถานการณ์ พบว่า ในแต่ละสถานการณ์ในชีวิตที่บุคคลเผชิญนั้น จะส่งผลต่อบุคคลให้มีความต้องการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น ในภาวะที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤต บุคคลจะต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้ (Henderson & Brown as cited in Tousignant & Hanigan, 1993)

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ เป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาอย่างกว้างขวางจึงมีแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชนิดที่แตกต่างกันโดย แบรินท์ และ ไวเนิร์ต (Brandt & Weinert cited in Weinert, 1988) ได้สร้างแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire [PRQ]) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้เอื้อประโยชน์ หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล 10 แหล่ง และในส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ สามารถประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม

ต่อมา ในปี ค.ศ. 2000 มีการปรับปรุง แบบสอบถามการประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 2 เป็น Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000] โดย ไวเนิร์ต (Weinert, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด อย่างไรก็ตามผู้สร้างเครื่องมือได้ระบุไว้ว่า ไม่ได้นำส่วนที่ 1 มารวมไว้ใน PRQ 2000 เนื่องจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 เป็นอิสระจากกัน อีกทั้งข้อคำถามในส่วนที่ 1 ทำให้แบบสอบถามมีความยาวมากขึ้น และมุ่งถามแต่เฉพาะแหล่งสนับสนุนเพียงอย่างเดียว (Weinert, 2000) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ บุคคลทั่วไป ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ในช่วง .87 ถึง .93 ซึ่งจะเห็นว่าเครื่องมือนี้สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมในด้านต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นที่ด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมายที่เข้ามากระทบ โดยเฉพาะด้านอารมณ์ และจิตใจ เครื่องมือนี้จึงเหมาะสมในการนำมาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย แคปแลน (Kaplan, 1977) โดยใช้แนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวม ซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น เครื่องมือนี้ใช้ประเมินได้เพียงปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับเท่านั้น และลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด

เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค, ลินเซย์ และ แครร์โรรี (Norbeck, Lindsey & Carrien, 1982) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ คาห์น (Kahn) เครื่องมือชื่อ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง .85-.92 (n=75)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 ของ ไวเนิร์ต (Weinert, 2000) เนื่องจากครอบคลุม การสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน สามารถนำไปใช้ในการศึกษาทั่วไปไม่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างใด ๆ และข้อคำถามมีจำนวนลดลง จากแบบสอบถามเดิม ทำให้สะดวก และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นาน เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวไทยภูเขา

#### การสนับสนุนทางสังคมและบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลที่จะช่วยให้เผชิญปัญหากับความเครียดได้ดี เป็นการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติและความผิดปกติทางด้านจิตใจ คงไว้ซึ่งความสุขทางอารมณ์ ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจะมีการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมเกิดความไม่มั่นคง อ่อนแอ ของจิตใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Berkman & Syme, 1979) บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย (Veiel, et al cited in Heikkinen, Aro, & Lonqvist, 1994) จากการศึกษาของ บันช์ (Bunch cited in Heikkinen et al., 1994) พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักพบกับญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ไม่สามารถที่จะสร้างหรือรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ได้ (Heikkinen et al., 1994)

จากการศึกษาของ ดีแมน และ ลิดิว (De man & Ledue, 1995) พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะรู้สึกว่ามีคนที่จะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในเวลาที่ต้องการได้น้อย มีความพึงพอใจต่อการรับความช่วยเหลือน้อย ส่วนการศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมภายหลังการเกิดเหตุการณ์สูญเสียในนักเรียนมัธยมปลายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 25 คน เปรียบเทียบกับนักเรียนมัธยมปลายที่ไม่เคยฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า นักเรียนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ

น้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน หรือญาติพี่น้องมากกว่า มีการบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบให้ญาติพี่น้องทราบน้อยมาก แต่กลับพบว่า เด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายพึงพอใจกับการช่วยเหลือ สนับสนุนที่ได้รับ (Tousignant & Hanigan, 1993) ฮิคคินเนน และ คณะ (Heikkinen et al., 1994) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,067 คน พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงจะใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมักจะบ่นรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการฆ่าตัวตาย ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังโดดเดี่ยว จะทำให้บุคคล ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก ก็จะทำให้ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม และมีความยากลำบากในการแนะนำตัวเองให้บุคคลอื่นได้รู้จัก (Jones, cited in Eskin, 1995) จึงขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะขอความช่วยเหลือได้

จากการศึกษาของ คอตเลอร์ และ คณะ (Kotler et la., 1993) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย 46 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ฆ่าตัวตายจำนวน 44 คน โดยทำการประเมินภายใน 10 วัน ที่เข้ารับการรักษา ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาวิจัยการพยายามฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น ฮาร์เซลล์ และ เลวิน (Hazell & Lewin, 1993) พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มักจะขาดการประคับประคองจากผู้อื่นในสังคม เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา เพื่อนฝูง ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่มีความเข้าใจ และผูกพันกับผู้อื่นอย่างแท้จริง และจากการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย ใน 7 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ เชียงใหม่ สารบັນชิตกุล และ คณะ (2539) จำนวน 202 คน พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ถึงร้อยละ 48.51 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามีคนที่ให้ความช่วยเหลือน้อย เช่น ความสัมพันธ์ที่มีกับบิดามารดา ไม่มีเพื่อนสนิท และไม่มีมีความผูกพันกับคนอื่นอย่างจริงจัง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ทำให้บุคคลนั้นไม่กล้าแสดงออก ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดี เมื่อมีปัญหาไม่ปรึกษาคนอื่น (ศุภรัตน์ เอกอัสวิน, 2545) ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจารย์ วิชัยยะ (2533) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คือ ผู้ที่มีความรู้สึกหมดหวัง ไม่มีใครช่วยได้ รู้สึกเบื่อหน่าย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่โดดเดี่ยว เป็นโสด หม้าย ขาดเพื่อน ขาดการเข้าสังคม และจากการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่



และร้อยละ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 66.67 (มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543) จะเห็นได้ว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะขาดสัมพันธภาพ ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม (Eskin, 1995) ซึ่งการขาดการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย (Kotler et al., 1993) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญ (Eskin, 1995)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายในบุคคล ควรพิจารณาจากการสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะขาดความสัมพันธ์ ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

### ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2539) สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน เกี่ยวข้อง

เกษม ดันติพลาชีวะ (2539) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิต การอยู่ร่วมกันประกอบด้วย การเข้าใจจิตใจของกันและกัน ความเป็นครอบครัวเกิดจากความผูกพันโดยสายเลือดไม่มีสิ่งใดจะเทียมได้กับความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน ความผูกพันที่เกิดขึ้นทางจิตใจมีความลึกซึ้ง สร้างสมด้วยประสบการณ์ที่มีต่อกันเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ผ่านประสบการณ์การอยู่ร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว

มินูชิน (Minuchin, 1974) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการดำเนินชีวิต โดยได้รับความรัก และกำลังใจจากครอบครัว

ฟริคแมน (Friedman, 1992) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกของสมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน

อมาโต (Amato, 1994) กล่าวว่า ครอบครัวที่ทั้งบิดามารดามีเวลาให้กับครอบครัวเต็มที่จะทำให้บุตรเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อบิดามารดา และบุตร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกัน

จึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ที่บุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การ

พักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้ได้ศึกษาตามแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1992)

### องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแนวคิดที่มีผู้ศึกษาได้อย่างกว้างขวาง ซึ่ง มูสส์ และ มูสส์ (Moos & Moos อ้างใน นพวรรณ หาญผล, 2535) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีองค์ประกอบ 3 มิติ ดังนี้

1. มิติความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก (relationship dimensions) ประกอบด้วย การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (cohesion) ซึ่งแสดงถึงระดับความผูกพันในครอบครัวและการที่สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัว การแสดงความรู้สึก (expressiveness) เป็นลักษณะที่ครอบครัวควรมีการสนับสนุนให้สมาชิกสามารถแสดงออกถึงอารมณ์ที่แท้จริงได้อย่างเปิดเผย และการแสดงความขัดแย้ง (conflict) เป็นการแสดงออกซึ่งอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวและคับข้องใจ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. มิติการพัฒนาส่วนบุคคล (personal growth dimension) ประกอบด้วยลักษณะการพึ่งพาตนเอง (independence) แสดงถึงความสามารถของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง การประสบความสำเร็จในชีวิต (achievement orientation) ในเรื่อง การเรียน และการทำงาน สมาชิกควรจูงใจและพยายามแข่งขันเพื่อให้ประสบความสำเร็จการร่วมกิจกรรมในสังคม (intellectual culture orientation) โดยการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับสังคม รวมถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการร่วมกิจกรรมทางศาสนา (moral religious emphasis) เป็นระดับของการให้ความสำคัญเชื่อชาติ ศาสนา และความนิยมต่าง ๆ

3. มิติการดำรงรักษาไว้ซึ่งระบบครอบครัว (system maintenance dimensions) ประกอบด้วย การจัดการในครอบครัว (organization) แสดงถึงการวางแผนในการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกันอันเป็นส่วนสำคัญของทุกสถาบันร่วมกัน และการควบคุม (control) เป็นลักษณะที่สมาชิกอยู่ภายใต้กฎระเบียบของครอบครัวที่ใช้ในการดำเนินชีวิต

ฟรีดแมน (Friedman, 1992) ได้อธิบายถึงลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึก ของสมาชิก ขอมรับและมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความใกล้ชิด มีความสนิทสนม เกิดความต้องการที่จะแบ่งปัน ซึ่งกันและกัน และยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่าเป็นสิ่งที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยครอบครัวมีหน้าที่

หลัก คือ การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว และองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมี 5 ด้าน ดังนี้

1. ต้องให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้กับสมาชิก
2. ด้านการอบรมสั่งสอน ต้องให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวต้องทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
4. ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่าง ๆ
5. ด้านการดูแลสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ จัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

สรุปได้ว่าความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว มีผลต่อการพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ และสุขภาพจิต เช่น ในคนที่พ่อแม่รักมาก เลี้ยงดูอย่างปกป้องมากเกินไป คอยควบคุมดูแลทุกสิ่งทุกอย่าง จนมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจและต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา เมื่อเผชิญปัญหาโดยลำพังอาจทำให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

#### ความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพส่วนบุคคล การพัฒนาวุฒิภาวะ การอบรมเลี้ยงดูที่มีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2529) ซึ่ง กุหลาบ รัตนจักรธรรม และ คณะ (2541) กล่าวว่าลักษณะของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวที่ดีจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงความรัก ความผูกพัน ดังนี้

1. ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน หมายถึง การดูแลสุขภาพเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ความทุกข์และความสุขที่ต้องการระบาย
2. ต้องรู้จักคนที่รักเรา สามี ภรรยา ต้องรู้จักและเข้าใจกันให้ดี สำหรับบุตร บิดา มารดา ก็ต้องเข้าใจอุปนิสัยของกันและกัน บุตรชอบหรือไม่ชอบอะไร จุดเด่นจุดด้อยเป็นอย่างไร สมาชิกในครอบครัวจะต้องเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกันและกัน

3. ต้องเคารพซึ่งกันและกัน การเคารพในที่นี้ หมายถึง การเคารพที่มาจากใจ การเคารพในลักษณะนี้มีพฤติกรรมแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น การฟังกัน การเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างกัน การเกรงใจกัน ความรู้สึกรู้ว่ามีคุณค่าและจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น
4. ต้องมีความรับผิดชอบ ของสมาชิกในครอบครัว หากไม่มีการรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ความไม่ถูกต้อง การเป็นต้นแบบที่ไม่ดี การทะเลาะ หรือละเมิดสิทธิของเด็ก สิทธิของบิดามารดา สิทธิของผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ ก็เป็นการไม่รับผิดชอบ
5. ต้องมีความไว้วางใจกัน ความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจควรมีต่อกันทั้งทางกาย และทางใจ ช่วยให้คนในครอบครัวมีความสุขใจ ไม่กังวลเป็นที่พึ่งพาได้ ครอบครัวใดที่ไม่ได้สร้างรากฐานที่ดีในเรื่องของความไว้วางใจ อาจนำไปสู่ภาวะของความก้าวร้าว เก็บกด หรือมีปมด้อย
6. ต้องให้กำลังใจกันและกัน การให้กำลังใจก็คือการให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัว ให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูดและท่าทางที่ทำให้การสนับสนุนชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ดีถูกต้อง แนะนำแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหาไม่คว่ำ หรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด
7. ต้องให้อภัยกันและกัน สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน ต้องมีการกระทบกระทั่งกันบ้างไม่มากก็น้อย ถ้ามีความรักอยู่ก็จะอภัยซึ่งกันและกัน
8. ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารอาจจะมีทั้งรูปแบบที่ใช้ภาษาท่าทาง ภาษาพูด การเขียน
9. ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่า และคุณภาพ สมาชิกในครอบครัวควรหาเวลาอยู่ด้วยกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ไปเที่ยวทางไกล ไปเที่ยวสวนสาธารณะ รับประทานอาหารพิเศษร่วมกัน ไปเยี่ยมญาติ เป็นต้น
10. ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว สภาพของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น บุตรที่เกิดใหม่เป็นทารก ก็จะเติบโตและมีพัฒนาการตามวัยอันเหมาะสม บิดามารดาจะต้องปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงของบุตร ตัวของบิดามารดาเองก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องตระหนักในเรื่องความเปลี่ยนแปลงนี้ และปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ในฐานะที่ตัวเองเปลี่ยนแปลงไป และปรับตัวในฐานะที่จะต้องสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของคนอื่น
11. ต้องรู้จักหน้าที่ในครอบครัวและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในครอบครัวต่างคนต่างมีบทบาทหน้าที่ต่อตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทและหน้าที่เหล่านี้ เกิดจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของแต่ละคนในครอบครัว ดังนั้น สมาชิกใน

ครอบครัวจะต้องตกลงกันให้ได้ว่าเรื่องต่างๆ ที่จะบริหารครอบครัวให้ปกติสุขนั้น เป็นเรื่องของใคร ร่วมกันอย่างไร

12. มีความใกล้ชิดทางสัมผัส การสัมผัส เช่น การกอดกัน โอบกั้นข้าง กว้างแขนหรือ หอม แก้มกัน ในครอบครัว เป็นการแสดงความรัก ความอบอุ่นตามธรรมชาติของคน

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพัน ที่บุคคลในครอบครัว ปฏิบัติต่อกัน ประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาตามแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1992)

### การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวได้มีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน และมีผู้พัฒนานำมาสร้างเป็นแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยได้นำแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1992) และ มอร์โร และ วิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) มาพัฒนาและสร้างแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว อย่างแพร่หลาย เนื่องจากแนวคิดนี้มีความชัดเจนทางด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ซึ่ง มอร์โร และวิลสัน กล่าวว่า การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ต้องให้ความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว โดยการรักใคร่ ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เคารพซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจด้วยกันในครอบครัว และมีความสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตครอบครัว และส่งผลต่อสังคมในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้นำแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1992) และ มอร์โร และ วิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) มาพัฒนาและสร้างเป็นแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างแพร่หลาย เช่น

อัญชติ ฐิตะปุระ (2536) นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ แบบสอบถามมีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรัก (affection) จำนวน 6 ข้อ ด้านความห่วงใยอนุเคราะห์ซึ่งกันและกัน (mutual nurturance) จำนวน 8 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว (sharing of recreation) จำนวน 4 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect balance) จำนวน 7 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (harmony of



members) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จริ่งมากที่สุด จริ่งเป็นส่วนมาก จริ่งบ้างเล็กน้อย และไม่จริ่งเลย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

รัตนา สาราณูใจ (2541) นำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของอัญชลี ฐิตะปุระ (2536) โดยปรับให้เหมาะสมกับสตรีวัยหมดประจำเดือน ใช้ในการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือ พื้นที่สัดหีบ จังหวัดชลบุรี แบบสอบถามมีทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน (affection and mutual nurturance) จำนวน 12 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว (sharing of recreation) จำนวน 6 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect balance) จำนวน 9 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (harmony of members) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จริ่งมากที่สุด จริ่งเป็นส่วนมาก จริ่งบ้าง จริ่งเล็กน้อย และไม่จริ่งเลย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

นัยนา อินธิโชติ (2545) นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ของอัญชลี ฐิตะปุระ (2536) โดยปรับให้เหมาะสมกับเยาวชนผู้เสพยาบ้า ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน (affection and mutual nurturance) จำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว (sharing of recreation) จำนวน 2 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect balance) จำนวน 6 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (harmony of members) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด หรือไม่เห็นด้วยเลย ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก และข้อความเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.93

จุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545) นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของรัตนา สาราณูใจ (2541) โดยปรับให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ใช้ในการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แบบสอบถามมีจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน (affection and mutual nurturance) จำนวน 10 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว (sharing of recreation) จำนวน 6 ข้อ ด้านการเคารพ

ซึ่งกันและกัน (mutual respect balance) จำนวน 10 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (harmony of members) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จริงมากที่สุด จริงเป็นส่วนมาก จริงบ้างเล็กน้อย และไม่จริงเลย ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

จะเห็นได้ว่าแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของฟริดแมน (friedman, 1992) และ มอร์โร และ วิลสัน (morrow & Wilson, 1961) มีผู้นำมาสร้างเป็นแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวไว้หลายฉบับ มีทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละฉบับของแบบประเมินมีความแตกต่างกันในเรื่องของจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้าน ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าทั้งหมด มีตั้งแต่ 4 ระดับจนถึง 5 ระดับ และทุกฉบับมีการสร้างหรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษา และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ รัตนา สำราญใจ (2541) ซึ่งสร้างมาจากแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟริดแมน (Friedman, 1992) และ มอร์โร และ วิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) เนื่องจากแบบสอบถามของ รัตนา สำราญใจ เป็นแบบสอบถามในลักษณะกลาง ไม่ใช่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้ในทุกวัยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความเหมาะสมกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

### สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ชีวิตของคนเรามีความเกี่ยวข้องกับผูกพันกับครอบครัวตลอดเวลา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวมีความยุ่งยาก และสลับซับซ้อน เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัวย่อมมีการขัดแย้งกันอยู่เสมอ (โกสุม เศรษฐวงศ์, 2532) ปัญหาความขัดแย้งและความคับข้องใจของสมาชิกในครอบครัวเมื่อรุนแรงจะส่งผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมีความคิดฆ่าตัวตายจากปัญหาในครอบครัวสูงที่สุดถึง ร้อยละ 40.1 โดยแบ่งเป็นคนในครอบครัวทะเลาะกันบ่อย ร้อยละ 24.2 ครอบครัวแตกแยก ร้อยละ 21.2 และคนในครอบครัวอยู่ครบแต่ไม่มีเวลาให้ลูก ร้อยละ 12.3 (เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และ คณะ, 2539) และจากการศึกษาของ สุภรัตน์ เอกอัครวิน (2545) พบว่า สาเหตุกระตุ้นที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ในการศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตาย 4.6 เท่า เป็นสาเหตุของการขัดแย้งในครอบครัว และพบว่า การฆ่าตัวตายมักมีข้อขัดแย้งในครอบครัวถึง ร้อยละ 73.9 ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง

สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสภาพจิตและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก (ชุมพร ยงกิตติสกุล และ นิรมล ชยุตสาหกิจ, 2537) และจากการศึกษาพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีสาเหตุกระตุ้นมาจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะวัยรุ่นของไทยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีปัญหาในครอบครัว (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2541)

ปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลง จากสังคมชนบท มาเป็นสังคมเมืองและสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิกออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง ครอบครัวถูกละเลยไป ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น มองโลกในแง่ร้าย และจากการที่ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่ง ซิลบอร์ก (Zilboorg อ้างใน ธารทิพย์ อัมทรัพย์, 2548) ได้ศึกษา พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มักมีประวัติครอบครัวแตกแยก ก่อนอายุ 15 ปี โดยขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญ ที่ทำหน้าที่บิดา มารดา อันอาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจาก หรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดามารดา ทำให้เกิดบาดแผลทางใจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีพื้นที่อารมณ์และสังคมที่ไม่มั่นคง มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ เป็นสาเหตุจูงใจให้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เมื่อประสบภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่ง มาทูนเนน และ คณะ (Marttunen et al., 1994) ได้ศึกษาการขาดการประคับประคองจากครอบครัวจะทำให้เกิดพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย โดยพบว่า การที่บุคคลขาดการติดต่อกับครอบครัว หรือจากครอบครัวเป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง และเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดตามลำพัง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ และอยากตายในที่สุด จะเห็นได้ว่า ปัจจัยในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย จากการที่ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมในระยะเริ่มต้นของชีวิต (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533) และเป็นรากฐานที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ มีความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้

#### แนวคิดด้านสุขภาพจิตและแนวโน้มปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของชาวไทยภูเขา

ชาวไทยภูเขาในประเทศไทยนั้นประกอบไปด้วยหลายกลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic groups) บางกลุ่มอาศัยอยู่ในดินแดนแถบนี้มาก่อน บางกลุ่มเพิ่งอพยพเข้ามาหลังจากคนไทยเข้ามาครอบครอง โดยอาศัยอยู่ตามชายแดน บนภูเขาสูงห่างไกลจากศูนย์การปกครอง (มนตรี นามมงคล และคณะ, 2545) ต่อมา รัฐบาลได้มีการปราบปรามอาชญากรรมตามชายแดน และต่อต้านการแทรกซึมของ

คอมมิวนิสต์ จึงทำให้สภาพความเป็นอยู่ของชาวไทยภูเขายากจน มีสุขภาพอนามัยไม่ดี ขาดการศึกษา พูดภาษาไทยไม่ได้ (วันช พุทธะศรี, 2533) ทำให้ชาวไทยภูเขาบางกลุ่มปลูกฝิ่นเป็นพืชเศรษฐกิจ ต่อมาได้กลายเป็นปัญหาของรัฐบาล จึงได้มีนโยบายการพัฒนาและสงเคราะห์ชาวไทยภูเขาให้อยู่อาศัยและทำมาหากินบนภูเขาเป็นหลักแหล่ง เลิกปลูกฝิ่น ให้ปลูกพืชอื่นทดแทน เพื่อให้ชาวไทยภูเขาเลิกย้ายถิ่น (ทวิช จตุรพฤษ, 2538) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของชาวไทยภูเขาดังกล่าว ส่งผลต่อการปรับตัวของคนที่อยู่ห่างไกลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (อิทธิพล เหมหงษ์, 2545) จึงทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ตกอยู่ในภาวะเบื่อหน่าย เงียบเหงา (มนตรี นามมงคล และ คณะ, 2545)

จากการศึกษาของ มนตรี นามมงคล และ คณะ (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา พบว่า ความหมายของสุขภาพจิต ชาวเขาส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจความหมายของคำว่า "สุขภาพจิต" มักตอบคำถามว่า "ไม่รู้" "ไม่เข้าใจ" มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถตอบได้ว่าสุขภาพจิต หมายถึง จิตใจดี มีความสุข การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สุขสบาย ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี คือ คนมีที่ดินทำกิน มีเงิน ขายผลผลิตได้คราวละมาก ๆ ความสุข และปัจจัยที่มีผลต่อความสุข ในความหมายของชาวเขา คือ การมีกิน มีที่ดินทำกิน ไม่เจ็บป่วยร้ายแรงหวัระได้ ปัจจัยที่ทำให้มีความสุขได้ คือ มีที่ดินทำกินมากๆ มีผลผลิตต่อปีสูง ขายได้เงินมากๆ ครอบครัวรักใคร่กันดี มีความสามารถส่งลูกไปเรียนได้สูง ๆ และเมื่อพบปัญหา ชาวไทยภูเขามีวิธีการแก้ไขปัญหา หรือวิธีการผ่อนคลายความทุกข์ โดยการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยการปรึกษากันในครอบครัวพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ไหว้ผี หรือปัญหาที่ทำกินก็จะจับกลุ่มคุยกันตามละแวกบ้านของตน ในกรณีที่เป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อน ชาวเขาจะพึ่งพาผู้นำหรือผู้อาวุโสของหมู่บ้าน และเพิ่มพิธีกรรมการไหว้ผี โดยจะเป็นการจัดพิธีกรรมสำหรับปัญหาที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติโดยผู้นำทางศาสนา คือ จะใช้หลายวิธีการร่วมกันตามความยุ่งยากของปัญหาที่เกิดขึ้น สำหรับการเจ็บป่วยทางจิต ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะสามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดปัญหาได้ตามปรากฏการณ์จริง เช่น คนบ้านนั้นฆ่าตัวตาย เพราะผิดหวังเรื่องความรัก คนฆ่าตัวตายเพราะเป็นโรคเอดส์ หรือคนสติไม่ดีเพราะครอบครัวไม่รัก ชอบทะเลาะกัน เป็นต้น

จังหวัดเชียงใหม่เป็นแหล่งหนึ่งที่มีชาวไทยภูเขาอพยพเข้ามาสู่เมืองเป็นจำนวนมาก การมาอยู่ในพื้นที่ราบของชาวไทยภูเขาจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ มากมาย (อิทธิพล เหมหงษ์, 2545) ส่งผลกระทบต่อชาวไทยภูเขาทุกกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ต้องมีการปรับตัวทางวัฒนธรรมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ในสังคมปัจจุบัน ส่งผลต่อสภาพจิตใจ และวัฒนธรรม ที่เป็นการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ เพื่อช่วยลดความตึงเครียดทางจิตใจมีการปฏิบัติน้อยลง จึงทำให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Mckinnon, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า สุขภาพจิตของชาวไทยภูเขาที่ต้องประสบกับเหตุการณ์ที่กดดันจากหลายแหล่ง ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจหลายด้าน รวมถึงการที่ต้องปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมปัจจุบันที่ไม่ใช่เป็นวิถีชีวิตของตน ส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี เบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง เกิดความคับข้องใจอย่างมาก ถ้ายังไม่ได้รับการช่วยเหลือ แนวโน้มจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มชาวไทยภูเขาเพิ่มขึ้น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ชาวไทยภูเขาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากชาวไทยภูเขามีสภาพการดำรงชีวิตที่ทุกข์ยาก ขาดแคลนในทุกสิ่ง ทั้งยังประสบกับเหตุการณ์ที่กดดัน ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจหลายด้าน ปัญหาต่าง ๆ เริ่มจากความรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของชาวเมืองพื้นราบ ได้รับการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) อย่างไม่เป็นธรรมจากสังคมใหญ่ (พิศมัย วิบูลสวัสดิ์, 2535) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสภาวะจิตใจของชาวไทยภูเขา ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่ง คัทคลิฟ และ บาร์คเกอร์ ได้ให้ความหมาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึงโอกาสที่จะฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 15 ลักษณะ คือ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต 4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการ ฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัว หรือมีประวัติฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพ หรือมีความเศร้าโศกเมื่อเร็ว ๆ นี้ 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้าย หรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย (Cutcliffe & Barker, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของชาวไทยพื้นราบ ได้แก่ ปัจจัยภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การฆ่าตัวตายของชาวไทยพื้นราบ มาศึกษาในกลุ่มชาวไทยภูเขา เพื่อใช้ในการวางแผนช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ต่อไป