

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา จำนวน 400 ราย ทำการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2551 ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การใช้สารเสพติด และการเข้าถึงสิ่งที่จะใช้ในการฆ่าตัวตาย ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1-3

### ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	189	47.3
หญิง	211	52.7
<b>อายุ</b>		
15-19 ปี	153	38.3
20-24 ปี	58	14.4
25-39 ปี	82	20.5
40-46 ปี	41	10.3
> 47 ปีขึ้นไป	66	16.5
Range = 18 – 60 ปี, $\bar{X}$ (S.D.) = 29.8 (13.4)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	197	49.2
คู่	182	45.5
ม่าย	11	2.7
แยกกันอยู่	9	2.3
หย่า	1	0.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 189 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.3 และเพศหญิง 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.7 มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.8 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2

## ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	190	47.5
รับจ้าง	131	32.7
เกษตรกรรวม	73	18.3
ค้าขาย	4	1.0
รับราชการ	2	0.5
<b>รายได้</b>		
> 4,000 บาท/เดือน	263	65.7
ไม่มีรายได้	98	24.5
> 4,000 – 6,000 บาท/เดือน	34	8.5
> 6,000 บาท/เดือน	5	1.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	156	39
ประถมศึกษา	98	24.5
มัธยมศึกษา	87	21.7
ประกาศนียบัตร	54	13.5
ปริญญาตรี	4	1.0
อนุปริญญา	1	0.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างว่างงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65.7 และไม่ได้เรียนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39

## ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละจำแนกตาม การเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด และสิ่งของที่เก็บไว้ในบ้าน (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย</b>		
ไม่มี	378	94.5
มี (ระบุ)	22	5.5
ความดันโลหิตสูง	7	1.9
โรคปอด	4	1.0
ภูมิแพ้	3	0.4
แขนหัก	2	0.5
โรคกระเพาะอาหาร	2	0.5
เบาหวาน	1	0.3
โรคไต	1	0.3
ไมเกรน	1	0.3
โรคเอดส์	1	0.3
<b>การใช้สารเสพติด</b>		
ไม่มี	358	89.5
มี	42	10.5
<b>การเข้าถึงสิ่งที่จะใช้ในการฆ่าตัวตาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ยาพาราเซตามอล >10 ขันไป	225	56.3
ยานอนหลับ	31	7.8
สารเคมีกำจัดวัชพืช	137	34.3
สารเคมีฆ่าแมลง	134	33.5
น้ำยาล้างห้องน้ำ	86	21.5
ก๊าซหุงต้ม	73	18.3
ยาเบื่อหนู	45	11.3
อาวุธปืน	25	6.3

จากตารางที่ 3 พบว่า การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกายส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 94.5 การใช้สารเสพติดไม่มี คิดเป็นร้อยละ 89.5 และการเข้าถึงสิ่งที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายพบว่ามี ยาพาราเซตามอลมากกว่า 10 เม็ดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาได้แก่ สารเคมีกำจัดวัชพืช ร้อยละ 34.3 สารเคมีฆ่าแมลง ร้อยละ 33.5

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล นำมาคิดค่าคะแนนทั้งหมด 15 ข้อ ได้นำมาแบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และนำเสนอเป็นรายชื่อโดยจำแนกตามจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดง ตาราง 4-5

### ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (n = 400)

ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อย	270	67.5
ปานกลาง	72	18
สูง	37	9.3
สูงมาก	21	5.2

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อยมากที่สุด จำนวน 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนปานกลาง จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงมาก จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient : rs) เนื่องจากทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov one sample test พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ดังแสดงในตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 400)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมนระหว่างตัวแปร	ความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย	P-value
ภาวะซึมเศร้า	0.65	.00
ความเครียด	0.20	.00
การสนับสนุนทางสังคม	-0.08	.08
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.44	.00

P < .01

จากตารางที่ 5 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลภาวะซึมเศร้า ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (rs=.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 ความเครียดในชาวไทยภูเขามี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s=.20$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ  $<.01$  และสัมพันธ์ทางลบในครอบครัวในชาวไทยภูเขา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s = -.44$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$  ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในชาวไทยภูเขาไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s=-.08$ )

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษา ดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยภูเขาที่มีชนเผ่าแตกต่างกัน มีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละชนเผ่า ซึ่งมีความเข้มงวด ผ่อนปรน หรือจำกัดให้คนในชนเผ่าต้องยึดถือและปฏิบัติตาม (มนตรี นามมงคล และคณะ, 2545) จากการศึกษาของ พิสมัย วิบูลสวัสดิ์ (2535) พบว่า กลุ่มชาวไทยภูเขามีสภาพการดำรงชีวิตที่ทุรกันดาร ขาดแคลนในทุกสิ่ง ทั้งยังประสบกับเหตุการณ์ที่กดดัน ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจหลายด้าน ปัญหาต่าง ๆ เริ่มจากความรูสึกว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของชาวพื้นราบ ได้รับการเลือกปฏิบัติ (discrimination) อย่างไม่เป็นธรรมจากสังคมใหญ่ จากการศึกษาของ อภิชัย มงคล (2546) พบว่า ปัญหาหรือความกดดันในการดำเนินชีวิต มักเกิดขึ้นก่อนการฆ่าตัวตาย ในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ก่อนการฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านี้มักมีปัญหาวิกฤติในชีวิตเกิดขึ้น เช่น ปัญหาในเรื่องของความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด การทะเลาะกัน ครอบครัว การถูกทอดทิ้ง หรือปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนฆ่าตัวตาย

### ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย จำนวน 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาในรายชื่อของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ข้อคำถามมีประวัติแอลกอฮอล์และหรือการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดมากที่สุดร้อยละ 55.8 รองลงมา มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว ร้อยละ 42.1 (ตารางที่ 7) ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์



ในทางที่ผิด และมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย (ปราชญ์ บุญของศิริโรจน์ และคณะ, 2547) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแยกตัวออกจากครอบครัวหรือสังคม จากการตอบแบบสอบถาม ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพบเพียง ร้อยละ 28.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการแยกตัว ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีความสัมพันธ์ในลักษณะใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันแน่นแฟ้นมีความไว้วางใจพึ่งพาอาศัยและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Pender, 1996) จากการศึกษาของ ธาดา เจริญกุลศล (2542) ที่ศึกษาปัจจัยทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดแพร่ พบว่า ภายหลังจากการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะได้รับความสนใจ และการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น มีการปฏิบัติต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายดีขึ้น หลีกเลี่ยงการกล่าวถึงเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตาย มีการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก ซึ่ง รุจา ภูไพบูลย์ (2534) กล่าวว่าลักษณะสังคมไทย มีค่านิยมในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว และเป็นสังคมเครือญาติ โดยยึดถือความรักใคร่ผูกพัน ความปรองดอง รักพวกพ้อง ไปมาหาสู่กัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พึ่งพาและช่วยเหลือดูแลทุกข์สุขของคนในครอบครัว คนใดมีปัญหา เดือดร้อน ไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งสัมพันธ์กับรายงานระบาค วิทยาการฆ่าตัวตายของ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2547) พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีญาติดูแลช่วยเหลือดี และเป็นกำลังใจมักจะทำให้มีพลัง มีความหวัง ในชีวิตมากขึ้น และมักทำให้สถานการณ์ที่รุนแรง ก่อนหน้าที่ส่งผลให้มีการฆ่าตัวตายนั้นคลี่คลายลง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4) จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล พบในหัวข้อมี ภาวะซึมเศร้าหรือความสนใจและความพึงพอใจหายไปมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 42.8 ของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมา มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 39.5 (ตารางที่ 7) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนเรามีตั้งแต่ระดับปกติจนถึงมีอาการรุนแรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือการแก้ไข จะรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี หรือมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ที่ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังกับอนาคต โดยร้อยละ 47 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ



ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2547) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า วัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มที่เคยกระทำเพียงครั้งเดียว และกระทำซ้ำมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและมีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่อาจตามมาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของเบ็ค ได้อธิบายไว้ว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต มีอาการเบื่ออาหารนอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นหลายระดับ อาจเริ่มต้นตั้งแต่วัยระดับน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้บุคคลเกิดอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต หรือจนสุดท้ายเกิดการฆ่าตัวตาย (Beck, 1967) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996)

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงและสูงมาก ร้อยละ 9.3 และ 5.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบสอบถามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างพบมีแผนในการฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 100 รองลงมา มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 81.2 และมีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 73.9 (ตารางที่ 7) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ โรบิน และคณะ (Robin et al., 1985) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารถึงความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 134 รายพบว่า ร้อยละ 69 มีการสื่อสารหรือแสดงให้คนรอบข้างทราบถึงเจตนาที่จะกระทำการฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) ที่ศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้กระทำอัตวินิบาตกรรม กรณีศึกษาผู้ป่วย 27 ราย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการแสดงเจตนาให้ทราบก่อนการกระทำ ส่วนวิธีการสื่อสารนั้นเป็นไปได้ทั้งวาจาโดยตรง เช่น พูดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือวาจาโดยอ้อม เช่น เบื่อชีวิต นอกจากนี้ วิธีการสื่อสารอาจเป็นเชิงของพฤติกรรม เช่น คิดต่อถึงเพื่อนที่ไม่ได้พบกันเป็นเวลานาน และร้อยละ 43 มีการสื่อสารในช่วง 3 เดือนก่อนการกระทำ (Robin et al., 1985) ซึ่งมาโนช หล่อตระกูล (2547) ได้อธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ไว้ดังนี้ คือ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบ่งถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งพบ ร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนี้เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน และร้อยละ 30-47 มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น และ

นอกจากนี้ การมีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดตั้งใจจะฆ่าตัวตายที่ชัดเจนรุนแรงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงสูงในการที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ และหลีกเลี่ยงในการที่จะให้ผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือ

### ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาจังหวัดเชียงใหม่ได้ดังต่อไปนี้

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าในชาวไทยภูเขา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s = .65$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าหากภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นตามไปด้วย ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า สิ้นหวัง ขาดความสนใจและความสนุกสนานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีอาการทางร่างกายร่วมด้วย สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Eggenberge, Howoth, Munden & Stockslager, 2002) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ที่ศึกษาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดจากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ภาวะซึมเศร้า อาจเป็นอารมณ์ปกติที่พบในคนทั่วไปหรือเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าที่ปกติเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหาย (transient state of sadness) แต่ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติจะมีการแสดงออกของกลุ่มอาการ และอาการแสดง (syndrome or symptom complex) ที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย เช่น มีอารมณ์เศร้า เหงา หดหู่ มีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง หลีกหนีสังคม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามี ความผิดปกติของพยาธิสภาพทางจิตใจ (Beck & Lehmann as cited in Hollon & Cater, 1994) จากการศึกษาของ จรรยา รัชญาดี (2537) พบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 55.6 ปรับตัวทางจิตใจได้ไม่ดียังพบว่ามีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้น ถือเป็นปัจจัยเหตุหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และพบว่าประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากและรุนแรง ร้อยละ 94.4 มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว 1 ครั้ง (สุมิตรพร จอมจันทร์, 2548) ทั้งนี้ จากการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและเรื้อรังมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงถึง 15 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาในวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มที่เคยกระทำเพียงครั้งเดียวและกระทำซ้ำนั้น มีระดับความ

รุนแรงของภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2547)

### ความสัมพันธ์ของความเครียดกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความเครียดในชาวไทยภูเขา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s = .20$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าหากความเครียดสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีสาเหตุและปัจจัยหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์ หรือทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Wilson & Kneisl, 1996) จากการพัฒนาสังคมไทยเข้าสู่ระบบทุนนิยมเข้มข้น ชาวไทยภูเขาต้องเผชิญกับแรงบีบจากรัฐบาลถึง 2 ด้าน ที่ขัดแย้งกัน ในด้านหนึ่งผลักดันให้เปลี่ยนการผลิตมาเป็นเชิงพานิชยกรรมมากขึ้น แต่อีกด้านหนึ่ง รัฐได้ใช้นโยบายอนุรักษ์ธรรมชาติเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า และเขตต้นน้ำลำธารทับพื้นที่ทำกินของชาวไทยภูเขา ส่งผลให้ชาวไทยภูเขาค่อย ๆ ถูกเบียดขับออกไปอยู่ที่ชายขอบ (margin) ของสังคม ทั้งทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีพอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีของชาวไทยภูเขาอย่างยิ่ง เพราะชาวไทยภูเขาไม่เพียงแต่ยากจนลงเท่านั้น แต่ต้องกลายเป็นคนเร่ร่อนจากถิ่นที่อยู่เดิมเพื่อแสวงหางานทำเลี้ยงชีพตามฤดูกาล (ทวิช จตุรพุกภัย, 2541) การอพยพเข้าสู่เมือง และความตึงเครียดทางจิตใจที่เกิดจากการที่วัฒนธรรมท้องถิ่นถูกทำลาย ในสถานการณ์ที่ถูกเบียดจนแทบจะตกขอบ หรือไร้สถานภาพเช่นนี้ ชาวไทยภูเขาที่ยากจนได้มีการปรับตัวในหลายลักษณะ เช่น การปลูกข้าว การถักทอปลอกฝืน เป็นแรงงานรับจ้าง เป็นโสเภณี การกระทำเหล่านี้เป็นการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญปัญหา (มนตรี นามมงคล และคณะ, 2545) และจากการศึกษาของ พิสมัช วิบูลสวัสดิ์ (2535) พบว่า กลุ่มชาวไทยภูเขามีสภาพการดำรงชีวิตที่ทุกข์ยากขาดแคลนในทุกสิ่ง ทั้งยังประสบกับเหตุการณ์ที่กดดัน ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจหลายด้าน จากการศึกษาของ มนตรี นามมงคล และคณะ (2545) กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยภูเขาพบว่า ความเครียดและความไม่สบายใจของชาวไทยภูเขามาจากปัญหาเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ จากข้อคำตอบที่ว่า “บ่พอกิน” (ไม่พอกิน) หรือไม่มีเงินให้ลูกไปเรียนหนังสือในเมือง (มนตรี นามมงคล และคณะ, 2545) เนื่องจากบทบาทของการทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่น ๆ คงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้เป็นที่ยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลอาจจะต้องใช้ความพยายาม

เป็นอย่างมาก อาจจะต้องสละสิ่งหนึ่ง เพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งหนึ่ง เช่น อาจจะต้องทนทำงานหนัก และ นำเบื่อ เพื่อมีรายได้เพียงพอสำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัว (Miller, Smith & Larry , 1993)

เมื่อพิจารณาแหล่งของความเครียดจากงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 18.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ต้องทำงานหนัก เสี่ยงอันตรายจากสารเคมี ที่ใช้กำจัดศัตรูพืช มีรายได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และมีโอกาสน้อยในเรื่องความก้าวหน้าในหน้าที่การงานเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดอย่างยาวนาน เนื่องจากงานเป็นสิ่งนำไปสู่สิ่งที่บุคคลต้องการ 3 ประการ คือ เงิน ความพึงพอใจในตนเอง และความสำเร็จอย่างสูงสุดของชีวิต และประกอบกับการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาของ ฮิกเคน และคณะ (Heikkinen et al, 1997) พบว่า การมีปัญหาเรื่องงานมีความสัมพันธ์ หรือทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจปี 2541 ของ สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล บริทรศ ศิลปกิจ และ วนิตา พุ่มไพศาล (2541) โดยศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 38.2 มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง โดยร้อยละ 7.6 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของ มงคล ศิริเทพทวิ (2548) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และถูกรับไว้ใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ พบว่า สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ความเครียด หรือทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 48.1 ซึ่ง ธนุชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล และ วนา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ศึกษาภาวะเครียด กลไกการจัดการกับภาวะเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า ร้อยละ 86 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤต ร้อยละ 38.3 รู้สึกเครียดถึงเครียดมากที่สุด โดยร้อยละ 7.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย และในจำนวนนี้ได้เคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วแต่ไม่สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 0.3

#### ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s = -.08$ ) (ตารางที่ 5) ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีความสัมพันธ์ ดังเช่นการศึกษาของ คอตเลอร์ และคณะ (Kotler et al., 1993) ที่ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 46 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ฆ่าตัวตายจำนวน 44 ราย โดยทำการประเมินภายใน 10 วันที่ได้รับการรักษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเมื่อวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณ พบว่า การ



สนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย จากการศึกษานี้ของ สวอทซ์ และไวทาเกอร์ (Schwartz & Whitaker as cited in Kotler et al., 1993) พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายน่าจะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย ไม่สามารถที่จะสร้างหรือรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ได้ (Heikkinen et al., 1994) การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลปรับแก้กับความเครียดได้ดี และรวดเร็วขึ้น (Thoits, 1986) เป็นการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤต และความผิดปกติทางด้านจิตใจ คำแรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านอารมณ์ในขณะที่การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตจะส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความอ่อนแอ ไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman & Syme, 1979) ดังการศึกษาของ บันช (Bunch as cited in Heikkinen et al., 1994) พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มักพบกับญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตายได้รับ

ฮิคเคน และคณะ (Heikkinen et al., 1994) ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,067 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง มักจะบ่นว่ารู้สึกเหงา โดดเดี่ยวอ้างว้าง ขาดการสนับสนุนทางสังคมก่อนการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ มธูริน คำวงศ์ปิ่น (2543) ที่ศึกษาความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และ โรงพยาบาลสันทราย จำนวน 40 คน เลือกรูปแบบตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พยายามฆ่าตัวตาย 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้กับความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer et al, 1981) ซึ่งช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง มีความรู้สึกว่าจะไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ใดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ หรือบรรเทาได้ ปัญหาที่มีอยู่จึงเล็กน้อย เช่น ช่วยให้เกิดการระบายออก ช่วยเปลี่ยนสถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมในการขจัด หรือเปลี่ยนแปลงปัญหา เช่น ช่วยเหลือเรื่องการเงิน แรงงาน หรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา (Thoits, 1986) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ระหว่าง และภายหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤต เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความคิดฆ่าตัวตาย (Henderson & Brown as cited in Tousignant & Hanigan, 1993) การขาดการสนับสนุนทางสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต เกิดความอ่อนแอ ไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้

และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman & Syme, 1979) จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม อาจเนื่องมาจากการที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมา ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง สังคมเมืองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมีการแข่งขันกันสูง จึงทำให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดน้อยลง และมีปัญหาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งชาวไทย ภูเขาถูกมองว่าเป็นต้นเหตุของปัญหา การติดยาเสพติด และการค้ายาเสพติด (ทวิช จตุรพฤกษ์, 2541) และจากเดิมที่ชาวไทยภูเขาเคยดำรงชีวิตแบบพึ่งพากันในชุมชน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดำรงชีวิต เมื่อมีการพัฒนาเข้ามาถึง ชาวไทยภูเขาได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน (กิ่งกาญจน์ กาญจนาทรางกูร, 2541) และปัญหาหนึ่งที่ชาวไทยภูเขาได้รับจากสังคมคือ การไม่เป็นที่ยอมรับของชาวพื้นราบ ได้รับการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากสังคมใหญ่ (พิสมัย วิบูลย์สวัสดิ์, 2535) จะเห็นได้จากการถูกกล่าวหาว่าเป็นผู้ทำลายป่า จากพฤติกรรมกรทำไร่เลื่อนลอย ซึ่งได้มีการกำหนดเขตพื้นที่สูงให้เป็นพื้นที่สำหรับการพัฒนาที่ดินในรูปแบบของการเป็นนิคม โดยเน้นให้ชาวไทย ภูเขามีการจัดระเบียบชุมชน และไม่ให้มีการอพยพย้ายถิ่นต่อไป และจากการถูกปกครองโดยชาวพื้นราบ คือ มีพ่อหลวงเป็นคนพื้นราบ (คนเมือง) จึงมักจะได้รับการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมเสมอ การช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่าง ๆ เช่น การกู้ยืมช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์ บัตรผู้มีรายได้น้อย ชาวไทยภูเขาจะไม่ได้รับการจัดสรรความช่วยเหลือจากทางราชการ เป็นต้น

### ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s = -.44$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ลดลงของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ที่ศึกษาความชุกของความคิดฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในชุมชนหนองจอกกรุงเทพมหานคร พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 54.7 มีความขัดแย้งในครอบครัว และร้อยละ 67.5 มีเหตุการณ์ด้านลบเกี่ยวกับครอบครัว การศึกษาของ ศุภรัตน์ เอกอัสวิน (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า สาเหตุกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นปัญหาของสัมพันธภาพในครอบครัว ในการศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตาย 4.6

เท่า ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุการขัดแย้งในครอบครัว และพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมักมีข้อขัดแย้งในครอบครัวถึงร้อยละ 73.9 จากการศึกษาของ เสงี่ยม สารบัณฑิต และคณะ (2539) ที่ศึกษาการฆ่าตัวตายใน 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีความคิดฆ่าตัวตายจากปัญหาในครอบครัวสูงที่สุด ร้อยละ 40.1 โดยแบ่งเป็นครอบครัวแตกแยก ร้อยละ 21.2 ครอบครัวอยู่ครบแต่ไม่มีเวลาให้ลูก ร้อยละ 12.3 และคนในครอบครัวทะเลาะกันบ่อย ร้อยละ 24.2 จากการศึกษาของ กิติกร มีทรัพย์ (2541) ที่ศึกษาแนวทางการดำเนินงานในระบบการให้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายของบุคคลทั่วไปเกิดจากปัญหาครอบครัว เช่น เรื่องเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ได้แก่ การทะเลาะวิวาท ซึ่ง นชพร อธิวิศวกุล และ จินตนา ประวิงส์วุฒ (2539) ที่ศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุกระตุ้นการพยายามฆ่าตัวตายมักเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิด (ทะเลาะ ตบตี ไม่พอใจนิสัยของคนในครอบครัว) ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่ง ซิลบอร์ก (Zilboorg อ้างใน ธารทิพย์ อัมทรัพย์, 2548) ที่ศึกษานักลที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวแตกแยก โดยขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่บิดามารดา อันอาจเกิดจากการ หย่าร้าง การตายจาก หรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดามารดา ทำให้เกิดบาดแผลทางใจส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีพื้นอารมณ์และสังคมไม่มั่นคง มีบุคลิกภาพอ่อนแอเป็นสาเหตุจูงใจให้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เมื่อประสบภาวะวิกฤตในชีวิต

โดยสรุป จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกๆระดับ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะซึมเศร้า และความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย