

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาของปัญหา

การฆ่าตัวตาย เป็นปรากฏการณ์ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นมานานและ เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข สังคมไทย ประชาชนและศาสนา การฆ่าตัวตายมักจะเป็นข่าวปรากฏตามหนังสือพิมพ์รายวันและสื่อมวลชนอื่น ๆ ข่าวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นที่สนใจ สืบสวน เสร้าโศกให้กับญาติมิตรและผู้คุ้นเคยกับผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตาย เช่น การยิงตัวตายที่บริเวณท่าเทียบรัฐบาลของนายคำรงค์ ลัทธพิพัฒน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการปลงงาน เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2528 (ไทยรัฐฉบับวันที่ 29 กรกฎาคม 2528 : 1) และบางครั้งการฆ่าตัวตายก็เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งสร้างความแปลกใจให้กับผู้พบเห็น เช่น การฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดตึกเลียนแบบนักร้องขวัญใจวัยรุ่น ยุ๊กิโกะ โอคาตะ ของเยาวชนชาวญี่ปุ่นซึ่งมีจำนวนผู้กระทำมากกว่า 36 คน ภายในเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ หลังจากนักร้องผู้นั้นกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ (กิตติกร 2529 : 11, กรุงเทพทันโลก 2529 : 20-25)

การฆ่าตัวตายอาจจะถูกปิดบังหรือกลบเกลื่อนด้วยความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรม เช่น พวกมุสลิมหรือคาทอลิกถือว่าการฆ่าตัวตาย เป็นการเสียดังค์ศรี อาจจะทำพรางโดยการใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์บางคำในใบมรณบัตร เช่น หัวใจวาย น้ำท่วมปอด ฯลฯ จึงทำให้สถิติการฆ่าตัวตายเป็นต่ำกว่าความเป็นจริง อีกประการหนึ่งมรณกรรมบางรายที่พิสูจน์ไม่ได้ว่าเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากรถยนต์คันเดียว รถพุ่งชนเสาไฟฟ้า หรือรถพลิกคว่ำนั้น เจ้าหน้าที่ชันสูตรพบว่า เป็นการฆ่าตัวตายเสีย 1 ใน 4 ของทั้งหมด (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ฯ 2514 : 300)

องค์การอนามัยโลกได้รายงานเมื่อ พ.ศ. 2527 ว่า จากรายงานการสำรวจในยุโรป 18 ประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2514 ถึง พ.ศ. 2527 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสูงขึ้นใน 15 ประเทศ และอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 32.1 ถึง 48.3 คนต่อประชากร 1 แสนคน อัตรานี้สูงกว่าอัตราเดิมที่สำรวจไว้ถึงร้อยละ 30 ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสูงสุดคือ

ฮังกา (Brooke 1974 : 76, Farmer and Hirsch 1980 : 99, และถ้าพิจารณาเฉพาะช่วงอายุของผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายพบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 15 ถึง 20 ปี กระทำการฆ่าตัวตายมากที่สุด (Brooke 1974 : 27, Farmer and Hirsch 1980 : 99, 73-78; Headley 1983 : 15; Wexler Weisman and Kasl 1978 : 184)

เวกซ์เลอร์ ไวส์แมน และคาสส์ได้สำรวจการแนวโน้มอัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลนิวเฮเวน สหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 15 รายต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อ พ.ศ.2498 มาเป็น 149 รายต่อประชากร 1 แสนคนใน พ.ศ.2513 (Wexler Weisman and Kasl 1978 : 180-185) ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีข่าวการฆ่าตัวตายของเยาวชนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 17.6 รายต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อ พ.ศ.2513 เป็น 18 รายต่อประชากร 1 แสนคนใน พ.ศ.2522 (Tatai, in Headley, eds. 1983 : 21) กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการญี่ปุ่น รายงานเมื่อ พ.ศ.2522 ว่า อัตราการฆ่าตัวตายของเยาวชนอายุระหว่าง 15 ถึง 25 ปี เท่ากับ 10.6 รายต่อเยาวชน 1 แสนคน (กรุงเทพทันโลก 2529 : 25)

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนไทย ระหว่างปี พ.ศ.2513 ถึง พ.ศ.2523 ว่าเพิ่มจำนวนจาก 46.4 รายต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อ พ.ศ.2513 มาเป็น 65.7 รายต่อประชากร 1 แสนคน ในพ.ศ.2518 และเพิ่มเป็น 68.4 รายต่อประชากร 1 แสนคน ในพ.ศ.2521 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2519-2523 : 179) และผลจากการวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยพบว่า ผู้กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 15 ถึง 25 ปี เป็นส่วนใหญ่ (สมพร นุชราทิจ 2518 : 139, ศรี เกศมณี 2517 : 21, สุนทร ชมนันตี 2525 : 244, เกษียร กังคานนท์ และคณะ 2527 : 456, สุชาติ พหลภาคย์ และภกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ 2527 : 167) จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเยาวชนเพื่อวางแผนนโยบายและแผนพัฒนาเยาวชนระยะยาวพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของเยาวชนไทย (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2524 : 6-15) ทุก ๆ ปีจะมี

เยาวชนกระทำการฆ่าตัวตายจากการผิดหวังในการสอบเข้าเรียนหรือเข้าทำงาน หรือพลาดจากจุดมุ่งหมายที่ได้ตั้งใจไว้เสมอ ดังเช่น สถิติเยาวชนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่ห้องแพทย์เวรโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2527 และ 2528 จำนวน 727 คนและ 827 คน ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยได้รับสารพิษหรือยาเกินขนาดรักษาตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2527 และ 2528) การแข่งขันของสภาพสังคมปัจจุบัน ทำให้มีเยาวชนซึ่งเป็นผู้พลาดหวัง เกิดความรู้สึกพ่ายแพ้ เศร้าโศกและไร้คุณค่า มีแนวโน้มที่จะก่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในวัยที่จะ เป็นสมองและพลังสำคัญในการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของชาติ ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของเยาวชนจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ และป้องกันการฆ่าตัวตายซึ่งจะเป็นวิธีรักษาทรัพยากรมนุษย์ อันเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติอีกวิธีหนึ่ง

การฆ่าตัวตายจัดว่าเป็นพฤติกรรมการทำลายตนเองอย่างหนึ่ง แต่ผลของการฆ่าตัวตายนั้นจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของวิธีการ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย สภาพแวดล้อมในขณะนั้นว่าจะเอื้ออำนวยต่อการฆ่าตัวตายมากน้อยเพียงใด รวมทั้งระดับความตั้งใจของผู้กระทำ เช่น คนบางคนกระทำลงไปเพราะมีความตั้งใจและต้องการที่จะจบชีวิตของตนเองอย่างจริงจัง แต่บางคนกระทำเพื่อจะบ่งบอกถึงความเจ็บปวด ความเศร้า หลีกเลี่ยงการเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลง การแก้แค้น หรือสื่อความหมายอื่น ๆ ศูนย์การศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายกระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา จัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายดังนี้

1. การฆ่าตัวตายที่ทำได้สำเร็จ (completed suicide or committed or successful suicide) เป็นการฆ่าตัวตายที่มีความตั้งใจจริง และมักใช้วิธีการรุนแรง
2. การฆ่าตัวตายแบบคุกคาม (self - inflicted, life threatening, threatened - suicide) เป็นพวกที่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง แต่ขณะเดียวกันก็กลัวการกระทำเช่นนั้น มักคิดซ้ำ ๆ ถึงการฆ่าตัวตาย หรือบางรายพูดขู่ว่าจะฆ่าตัวตาย ทั้งที่ใจจริงนั้นไม่อยากจะตายและกลัวตาย ผู้กระทำประเภทนี้มักมีความวิตกกังวลสูง และมักเป็นพวกย้ำคิด

3. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt หรือ parasuicide) เป็นการฆ่าตนเองแต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากเป็นการกระทำที่ไม่รุนแรง ไร้ความ ชาติความรู้ ในวิธีการฆ่าตัวตายหรือมีผู้ช่วยเหลือทันเวลา การพยายามฆ่าตัวตายยังแบ่งออกเป็น

3.1 การพยายามฆ่าตัวตายแบบประท้วง (suicidal gesture) คนพวกนี้ใจจริงไม่อยากตาย แต่ทำลงไปเพื่อประท้วง หรือเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น

3.2 การพยายามฆ่าตัวตายแบบจริงจัง (serious suicidal attempt) เป็นพวกที่ตั้งใจทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงและจริงจัง คนพวกนี้มักจะคิดว่าไม่มีทางแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีอื่นนอกจากตายจึงพันทุกข์ มักเห็นชีวิตว่างเปล่า ไร้ค่าไร้ความหมาย ไร้ที่พึ่ง เขาคิดว่า การมีชีวิตอยู่ต่อไปนับวันแต่จะมีปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในจำนวนคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 8 คน จะมีคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน คิดเป็นอัตราส่วน 8 ต่อ 1

4. การมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือแม้แต่ฝันถึงความตายหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความ ตาย (suicidal ideation) (Adam, 1985 : 183, สุวัฒน์ อาภิพรศ 2524 : 525, สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ 2520 : 831)

แนวความคิดทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ในทางจิตวิทยา ฟรอยด์ เป็นผู้เริ่มสนใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นคนแรก (Jackson, in Shneidman and Farberow, eds. 1957 : 11) เขาได้กล่าวในบทความเรื่อง "ความโศกเศร้า" (Mourning and Melancholia) เมื่อพ.ศ.2460 ว่า การเกลียด ตนเองที่พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้านั้น มีจุดเริ่มจากแรงผลักดันของความโกรธที่มีต่อสิ่งที่ตนรักและความโกรธนั้นย้อนกลับมาฆ่าตนเอง (Freud, cited in Kaplan and Sadock 1985 : 577, Ludwig 1968 : 421) ฟรอยด์ เริ่มพัฒนาสมมุติฐานเกี่ยวกับแรงผลักดันของ จิตใจ (drive หรือ instinct) มาตั้งแต่พ.ศ.2433 โดยแบ่งแรงผลักดันของจิตใจออกเป็น 2 พวกคือ แรงผลักดันทางเพศ (sexual drive) และแรงผลักดันที่จะรักษาตนเอง (self preservative drive) จากความโหดร้ายของสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้ฟรอยด์ เริ่มสนใจความก้าวร้าวและการทำลายซึ่งแต่เดิมนั้น เขามีความเห็น ว่า ความก้าวร้าว เป็น

องค์ประกอบสำคัญของแรงผลักดันทางเพศ فروยด์ เริ่มพัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับความก้าวร้าวและ
การทำลายล้างในบทความเรื่อง Beyond the Pleasure Principle พ.ศ.2463 จน
กระทั่งถึงบทความเรื่อง The New Introductory Lectures พ.ศ.2476 ทฤษฎีใหม่
นี้กล่าวว่า แต่ละชีวิตจะมีพื้นฐานแรงผลักดันหรือสัญชาตญาณ 2 ชนิดคือ

1. Eros หรือ Love Instinct (s) เป็นพลังสร้างสรรค์ชีวิตการ
เจริญเติบโตและสัญชาตญาณทางเพศ (life growth and sexual instincts)
ซึ่งแรงผลักดันหรือสัญชาตญาณนี้มีจุดประสงค์ที่จะรวบรวมสร้างอินทรีย์ให้เจริญ มีคุณภาพและ
มีโครงสร้างซับซ้อนขึ้น

2. Thanatos (Death Instinct) เป็นแรงผลักดันหรือสัญชาตญาณ
ที่พยายามจะนำชีวิตกลับไปสู่ภาวะอนินทรีย์หรือไร้ชีวิต เป็นพลังทำลายที่ส่งผ่านอวัยวะสู่โลก
ภายนอก ถ้ามีเหตุขัดขวางมิให้สัญชาตญาณการทำลายส่งผ่านสู่โลกภายนอก สัญชาตญาณนั้นจะ
ย้อนกลับมาทำลายตนเอง (self-destruction) หรือจะเปลี่ยนรูปไปเป็นมโนธรรม
หรือศีลธรรม (conscience) ดังที่ فروยด์ อธิบายไว้ในบทความเรื่อง Civiliza-
tion and Its Discontents พ.ศ.2476 ว่าสิ่งที่เกิดแก่ผู้ก้าวร้าวเมื่อความก้าวร้าว
นั้นทำอันตรายต่อผู้อื่นหรือสิ่งอื่นไม่ได้ คือสัญชาตญาณก้าวร้าวนั้นจะย้อนกลับสู่แหล่งกำเนิด
หรือ อีโก้ ของคนผู้นั้น และต่อต้านอีโก้ส่วนที่มีอยู่เดิมหรือซูเปอร์อีโก้ ในรูปของมโนธรรม
ที่เข้มแข็งควบคุมอีโก้ส่วนอื่น ความตึงเครียดระหว่างมโนธรรมส่วนย้อนกลับนี้กับอีโก้ที่มีอยู่
เดิมนั้น เรียกว่าความรู้สึกผิด (guilt) ซึ่งแสดงออกโดยความต้องการถูกลงโทษ
(self - punishing conscience) (Fromm 1982 : 519, 613-614)

หลังจาก فروยด์ ได้ เริ่มความสนใจเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายก็มีผู้ศึกษาปรากฏการณ์
นี้กันมากขึ้น เมนนิ่งเจอร์ (พ.ศ.2481) ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอีกท่าน
หนึ่งซึ่งศึกษาตามแนวจิตวิเคราะห์ อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายว่ามี
3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของการตาย (element of dying) องค์ประกอบ
ของการฆ่า (element of killing) และองค์ประกอบของการถูกฆ่า (element

เมื่อน้องเจอร์ 2481

of being killed) เมื่อพิจารณาในแง่แรงผลักดันของพฤติกรรมจะแบ่งรูปแบบความปรารถนา (wishes) 3 แบบคือ

1. ความปรารถนาที่จะฆ่า (The wish to kill) เป็นแรงผลักดันก้าวร้าว เกิดจากสัญชาตญาณการทำลาย ร่วมกับความไม่พึงพอใจในการเลี้ยงดูในวัยเด็ก แรงผลักดันนี้ทำหน้าที่ทำลายสิ่งที่เข้ามาขัดขวางความต้องการของบุคคลนั้น โดยปกติสัญชาตญาณการมีชีวิตจะ เปลี่ยนแรงผลักดันก้าวร้าวให้เป็นแรงผลักดันที่สร้างสรรค์ ในกรณีที่สัญชาตญาณการมีชีวิตไม่สามารถจะ เปลี่ยนแรงผลักดันก้าวร้าวได้หมด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นความก้าวร้าวที่ย้อนกลับมาทำร้ายตนเอง (introjection)

2. ความปรารถนาที่จะถูกฆ่า (The wish to be killed) เป็นรูปแบบการไขว่คว้าทางจิตแบบยอม (submission) มีความพึงพอใจต่อการยอมเริ่มตั้งแต่การได้รับความเจ็บปวด การยอมแพ้จนกระทั่งการถูกฆ่าซึ่งเป็นลักษณะของมาซิคิสม์ ความปรารถนาที่จะทนทุกข์ ยอมรับความเจ็บปวด จนกระทั่งตายนั้นพบในมโนธรรมความรู้สึกผิดชอบ (conscience) ฉะนั้น การฆ่าตัวตายจึงเป็นการฆาตกรรม ที่เปลี่ยนทิศทาง (self murder) ไม่ใช่เป็นเพียงความก้าวร้าวที่ย้อนกลับสู่ตนเอง ยังเป็นการลงโทษตนเองของจิตไร้สำนึกด้วย

3. ความปรารถนาที่จะตาย (The wish to die) แสดงออกมาในลักษณะไม่เห็นคุณค่าของการมีชีวิต คิดว่าชีวิตนั้นมีแต่ความทุกข์ ลำบาก ขมขื่น เก็บกดและยอมแพ้ ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความปรารถนาที่จะตายมีผลทำให้ขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่กำลังเป็นและตายไปในที่สุด

เมนนิงเจอร์ เชื่อว่าบุคคลผู้กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นจะต้องมีความปรารถนาดังกล่าวครบทั้ง 3 ชนิด ซึ่งวิธีการกระทำอาจต่างกันตามแต่ความปรารถนาใดจะรุนแรงกว่า เช่น ถ้าความปรารถนาที่จะฆ่ารุนแรงกว่าอาจจะกระทำโดยยิงตัวตาย หรือ ความปรารถนาที่จะถูกฆ่ารุนแรงกว่าอาจจะไปนอนให้รถไฟทับ ส่วนความปรารถนาที่จะตายนั้น เป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่ สำหรับผู้ที่ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เพราะ ไม่มีความปรารถนาที่จะตายหรือมีความปรารถนาที่จะไม่ตายอยู่ในจิตไร้สำนึก (Menninger 1966 : 23-72)

ชไนด์แมนและฟาร์เบอร์โรว์ เป็นบรรณาธิการหนังสือชื่อ The Clues to suicide ได้แบ่งลักษณะของการฆ่าตัวตายโดยเน้นแรงจูงใจออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การฆ่าตัวตายเป็นความก้าวร้าวที่ย้อนกลับเข้าหาตนเอง เป็นความปรารถนาที่จะทำลายสิ่งที่ตนเองรัก ความปรารถนาที่จะถูกฆ่าและความปรารถนาที่จะตาย ความโกรธ ความเกลียด ความลึงเล จะย้อนกลับสู่ตนเอง (introjection) ในรูปของความก้าวร้าวตั้งใจทำลายตนเองและตัวแทนของผู้ที่ตนรักภายในตัวเอง รวมทั้งลักษณะของการฆ่าตัวตายบางส่วน (partial suicide) เช่น บุคคลผู้ที่ทำการฆ่าตัดหลาย ๆ ครั้ง หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2. การฆ่าตัวตายเป็นการเกิดใหม่ และการกลับคืนมาใหม่ ทำลายส่วนที่ไม่ดี เพื่อที่จะกลับมาเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ดีกว่า การหนีจากชีวิตที่เป็นทุกข์เพื่อจะพบความสุข

3. การฆ่าตัวตายจากการหมดหวังขาดคุณค่าในตนเอง สูญเสียสิ่งที่รัก เนื่องจากผู้กระทำมีระดับความคับข้องใจสูง เมื่อถูกปฏิเสธ จะรู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถพอที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม หรือทำตามสิ่งที่คาดหวังได้ การฆ่าตัวตายเกิดจากการไม่ยอมรับความจริง ร่วมกับหาทางออกทางอื่นไม่ได้ การสูญเสียนับตั้งแต่ความเจ็บป่วยคือ สูญเสียสุขภาพของตนเอง สูญเสียความรัก เสียเงิน เสียอำนาจ เสียหน้า เสียสิ่งที่ตนเคยมีความภาคภูมิใจ เกิดความโศกเศร้า ซึมเศร้า มีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามมา ท้ายสุดจึงกระทำการฆ่าตัวตาย (Shneidman and Farberow 1957 : 15-17)

สแตงเกล (Stengel) ผู้เขียนหนังสือเรื่อง "การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2507 ได้ อธิบายการสื่อความหมายของพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายว่ามี 2 นัย คือ นัยแรก เป็นรูปแบบของการทำลายตนเอง นัยที่สอง เป็นการร้องขอความช่วยเหลือ และความเห็นใจจากบุคคลแวดล้อมหรือ เป็นความต้องการที่จะหนีให้พ้นจากสภาพที่ทนไม่ได้ หรือสภาพจิตถูกรบกวนมาก ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายนี้ สแตงเกล เน้นให้สนใจสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำกับบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ เพราะพฤติกรรมนี้มีมีส่วนจากบุคคลที่สำคัญคือผู้กระทำ หรือมีผลที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือความรู้สึกของบุคคลเหล่านั้น หรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อที่จะแผ่อิทธิพล กระตุ้น ชักจูงหรือควบคุมให้กระทำตามวัตถุประสงค์ของผู้กระทำ

การพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านั้นมักจะเป็น คนรัก คู่ครอง หรือบุคคลในครอบครัวที่ผู้กระทำ มักมีความรู้สึกรุนแรงในใจ เช่น การถูกปฏิเสธ ทะเลาะ แยกหรือหย่า สภาพอารมณ์ของผู้ กระทำในขณะนั้นแสดงให้เห็นถึง ความวุ่นวาย (agitation) ต้องการพึ่งพา (dependency) ขาดวุฒิภาวะ (immature) การตัดสินใจไม่ดีและหุนหันพลันแล่น (impulsion) เมื่อเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขึ้นแล้ว บุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำจะรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิด สงสาร อยากรจะทำดี เป็นการแก้ตัว ความรู้สึกเหล่านี้เป็นการปรับตัวของบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ ทำให้สภาพชีวิตผ่อนคลายขึ้น และอาจมีการทำซ้ำอีกถ้ามี เหตุการณ์แยกจากบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ ลักษณะดังกล่าวนี้ แสดงผลเรียกว่า ผลอุทธรณ์ (appeal effect) ของการพยายาม ฆ่าตัวตาย (Stengel 1964 : 95-99, Adam 1985 : 188)

ในยุโรปและอเมริกาได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายอย่างกว้างขวาง จน สามารถแยกออกเป็นสาขาวิชาที่เรียกว่า วิทยาการฆ่าตัวตาย (Suicidology) (Shneidman, in Ludwig, ed. 1972 : 389) ส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับ เรื่องนี้น้อยนักศึกษา ในแง่ระดับปริญญา และมีศึกษาเป็นรายบุคคลบ้าง ซึ่งทำให้พบว่าปัจจัยที่น่าจะ เป็นพื้นฐานของการ พยายามและการฆ่าตัวตาย คือบุคลิกภาพที่ผิดปกติอันเนื่องมาจากสภาพครอบครัว การอบรม เลี้ยงดูในวัยเด็ก ทำให้เติบโตขึ้นมาเป็นบุคคลที่มีอารมณ์โกรธ หุนหัน ซึมเศร้า หรือแสดงออกใน ทางทรมาณตัวเอง ทำให้คนเจ็บเมื่อเกิดอารมณ์ไม่พอใจและ เลือกริธีทำลายตนเอง เมื่อเผชิญปัญหา (สุวิทนา อารีพรรค 2522 : 279, วิธเพ็ญ บุญประกอบ 2526 : 38, Greer and Gunn 1966 : 1355-1357, Robins, Schmidt and O'neal 1957 : 221) และสุวิทนา อารีพรรค ได้เสนอแนะว่าการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ใช่แก้ด้วยสา เหตุหรือปัญหาที่ กระตุ้นให้เขาก่อพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ควรมีการตรวจทางจิตวิทยา เพื่อให้ทราบถึง ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลนั้นด้วย เพราะลักษณะบุคลิกภาพจะ เป็นแนวทางให้ผู้ให้คำปรึกษาทราบ ถึงการรับรู้และปฏิกิริยาของบุคคลผู้นั้นในการเผชิญปัญหา จึงสามารถให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือ ติดตาม และป้องกันการกระทำการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ในการศึกษาการพยายาม ฆ่าตัวตายจำเป็นจะต้องใช้เวลาและความอดทนจนกว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีความพร้อมทางกาย และจิตใจเพียงพอที่จะร่วมมือในการตอบคำถามหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ บางครั้ง บุคลากรผู้ให้คำปรึกษาไม่กล้าจะซักถามถึงสาเหตุของปัญหาอย่างละเอียดเพราะเกรงว่าจะ เป็น



การกระตุ้นให้เกิดการกระทำซ้ำ แต่ที่จริงการให้คำปรึกษาแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายควรจะต้อง
ถามถึงสาเหตุและความรู้สึก เพื่อประเมินการเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกระทำซ้ำ และแนวทางในการ
วางแผนการให้คำปรึกษาด้วย ด้วยเหตุที่ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพของการพยายาม
ฆ่าตัวตายน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพของ เยาวชนผู้พยายามฆ่าตัวตาย

บุคลิกภาพ

เมื่อกล่าวถึงคำว่า "บุคลิกภาพ" คนทั่วไปมักจะนึกถึงลักษณะของความมีเสน่ห์
ความประทับใจหรือทักษะทางสังคม เช่น พูดเพราะ มารยาทดี แต่การศึกษามุคลิกภาพทาง
จิตวิทยานั้นมักจะ เป็นการศึกษาเพื่อ

1. ช่วยให้เข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลคือ การประเมินทางคลินิกในบุคคล เพื่อให้
ให้การบำบัดรักษาที่ถูกต้อง
2. สร้างทฤษฎีและการวิจัยทางจิตวิทยา เพื่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์
(ชุมพร ยงกิตติกุล 2524 : 144)

การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของ เยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการศึกษา
บุคลิกภาพในวัตถุประสงค์แรกกล่าวคือ เป็นการศึกษาเพื่อพิจารณาตัดสินพฤติกรรมปัจจุบันและ
ทำนายพฤติกรรมในอนาคตโดยนำความรู้ที่ได้ประยุกต์กับความรู้ทางจิตเวชในการแก้ไข รักษา
บรรเทาและป้องกัน เมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้น

นักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของบุคลิกภาพไว้หลายประการ เช่น Murray
ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพคืออวัยวะที่ควบคุมการทำงานของร่างกายซึ่งมีผลทำให้มีการ
เปลี่ยนแปลงตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย

(Personality is the controlling organ of the body, effecting
change from birth to death. Murray , H.A. 1951 : 435)

ในทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) มีการแบ่งโครงสร้างบุคลิกภาพ
ออกเป็น 3 ส่วน คือ อิด (id) อีโก้ (ego) และซูปเปอร์อีโก้ (superego)
โดยพิจารณาว่า อิดทำหน้าที่เป็นแรงผลักดันของจิต (drive หรือ instinctual
drive) ซึ่งทำหน้าที่หาความสุขความสบายให้แก่ตนเองที่ อีโก้ ทำหน้าที่ปรับตัวหรือผสมผสาน
ความต้องการของอิดกับสิ่งแวดล้อม และซูปเปอร์อีโก้ หมายถึงส่วนที่เป็นศีลธรรม มโนธรรม
คำสั่งสอน กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ตามแนวนี้มักจะพิจารณาบุคลิกภาพว่าเป็นการทำงานของอีโก้

โดยก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า กลไกทางจิตหรือกลไกทางจิต (defense mechanism of the ego)。(Freud 1946 : 46)

กอร์ดอน ออลพอร์ท ได้สำรวจความหมายของคำว่า "บุคลิกภาพ" ที่ใช้ศึกษากันทั่วไป ปรากฏว่าได้ความหมายต่างกันถึง 50 ความหมาย เมื่อนำคำจำกัดความนั้นแยกเป็นหมวดหมู่ตามความหมายทางด้าน นิรุกติศาสตร์ ศาสนศาสตร์ ปรัชญา กฎหมาย สังคมวิทยา ลักษณะที่ปรากฏ และจิตวิทยา หลังจากนั้นเขาให้คำจำกัดความของบุคลิกภาพว่า "บุคลิกภาพ คือสิ่งที่คนคนนั้นเป็น" ("Personality is what a man really is") ต่อมาเขาเห็นว่าคำจำกัดความนี้สั้นเกินไป จึงขยายความออกไป บุคลิกภาพคือการจัดระบบกลไกที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เสมอภายในตัวบุคคลทั้งจิตใจและร่างกาย ในการที่จะกำหนดเอกลักษณ์การปรับตัวของบุคคล (Personality is the dynamic organization within the individual of psychophysical systems that determine his unique adjustment to his environment) (Allport 1961 : 28, Hurlock 1974 : 6-8)

การศึกษามุขลักษณะ เริ่มมาจากการสังเกตปรากฏการณ์ของพฤติกรรมมนุษย์ การอธิบายพฤติกรรมนั้นจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อหรือแนวคิดพื้นฐานของนักจิตวิทยา ทำให้เกิดทฤษฎีบุคลิกภาพหลายทฤษฎีซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงหรือแตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การศึกษาทางบุคลิกภาพในตอนแรก ๆ สนใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล และพยายามแบ่งบุคคลออกเป็นประเภท (type) ซึ่งหมายถึงกลุ่มของลักษณะนิสัย หรือลักษณะนิสัย (trait) อันเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม เช่น คาร์ล จุง ผู้ร่วมงานท่านหนึ่งของ فروยด์ แบ่งบุคลิกภาพของคนออกเป็น 2 ประเภท คือบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (introversion) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะแยกตัว เมื่อเกิดความเครียดหรือความขัดแย้งทางอารมณ์ ซื่อายและชอบทำงานคนเดียว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตัวเอง (Extraversion) พวกนี้มีแนวโน้มเข้าหากลุ่มคน มีแนวโน้มเลือกอาชีพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนโดยตรง (Samuel 1981 : 55) ออลพอร์ท ให้ความเห็นเกี่ยวกับลักษณะนิสัย (trait) ว่าเป็นเสมือนหน่วยพื้นฐานของบุคลิกภาพทั้งคุณภาพและกระบวนการที่เป็นแกนพฤติกรรมของ

บุคคล (Allport, in Hjelle and Ziegler 1976 : 175) และ เขาแบ่งลักษณะนิสัย ออกเป็น 2 ชนิด

1. ลักษณะนิสัยสามัญ (Common traits) เป็นลักษณะนิสัยที่เหมือนผู้อื่นทั่ว ๆ ไป เช่น กลุ่มคนที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันจะมีลักษณะนิสัยสามัญคล้ายคลึงกัน อันได้แก่ คำนิยมทางเศรษฐกิจการเมืองและสังคม

2. ลักษณะนิสัยเฉพาะตัว (Personal disposition traits) ลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ออลพอร์ตได้จัดระดับลักษณะนิสัยเฉพาะตัวออกเป็น 3 ระดับดังนี้

2.1 ลักษณะนิสัยสำคัญ (Cardinal disposition trait) เป็นลักษณะนิสัยเด่นที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุคคลเกือบทุกด้าน ไม่สามารถปิดบังซ่อนเร้นได้ ลักษณะนิสัยนี้จะกำหนดอารมณ์ ควบคุมความรู้สึกและชี้นำชีวิต กล่าวได้ว่าเป็นลักษณะนิสัยที่ควบคุมแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพลังต่าง ๆ

2.2 ลักษณะนิสัยร่วม (Central disposition traits) คือแนวโน้มลักษณะที่แสดงออกชัดเจน สังเกตง่าย มั่นคงอยู่ในบุคลิกภาพ แต่ละบุคคลจะประกอบด้วยลักษณะนิสัยร่วม 5-10 ลักษณะ ซึ่งจะควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน

2.3 ลักษณะนิสัยทุติยภูมิ (Secondary traits) เป็นลักษณะนิสัยรอบนอก (peripheral) มีมากมายในตัวบุคคล ได้แก่ ความสนใจและปฏิกิริยาตอบสนองส่วนใหญ่

ออลพอร์ต มักใช้ลักษณะนิสัยทั้ง 3 ระดับนี้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล (Samual 1981 : 75-79, Murn, Fernald and Fernald 1969 : 484)

การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ยังไม่มีนักวิจัยท่านใดยอมรับว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากบุคลิกภาพแบบฆ่าตัวตาย (suicidal personality) ผลจากการวิจัยนั้นพบลักษณะนิสัยและอารมณ์เด่น ๆ หลายประการ แต่ลักษณะอารมณ์สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูง คือภาวะซึมเศร้า

(depression) พบว่าร้อยละ 35-79 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายถูกแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล 2518 : 30, Weissman 1974 : 743) ในจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีอาการซึมเศร้าทั้งหมดร้อยละ 32-40 เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากระดับชีวเคมีของสมองผิดปกติ (endogenous depression หรือ Major depressive disorder) นอกนั้นเป็นอาการซึมเศร้าจากสิ่งแวดล้อม (depressive neurosis) (Brooke 1974 : 89; Wetzel 1976 : 1069; Spalt 1981 : 630; Adam 1985 : 185-228) บาร์ราเคล้าและพัลลิส พบว่าในจำนวนผู้กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ 128 ราย มี 64 รายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วและมีอาการเศร้าเป็นลักษณะเด่น (Barraclough and Pallis 1975 : 60) ลักษณะบุคลิกภาพและอารมณ์อื่นที่พบอีกคือการขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ (immature) นึกถึงแต่ความต้องการของตนเอง (egocentric) พึ่งพา (dependency) มีความมุ่งร้าย (hostility) ต่อกันเองและผู้อื่น กังวล อดทนต่อความคับข้องใจต่ำ และมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น ๆ ไม่ดี (Vinoda 1966 : 1149; McCulloch and Philip 1973 : 47-48, 54-59) ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นลักษณะผิดปกติ (Character disorder) บุคลิกภาพที่ประกอบด้วยลักษณะที่กล่าวมานี้จะเป็นลักษณะบุคลิกภาพแบบฮิสทีเรีย (hysterical personality) ลักษณะบุคลิกภาพแบบด้านสังคม (antisocial personality) และลักษณะความเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุจากทางจิตใจ (somatization disorder) (Farberow 1964 : 8; Woodruff and Coworkers 1972 : 62; Brooke 1974 : 89; Murphy and Wetzel 1980 : 86; Spalt 1981 : 629; Clayton 1985 : 210)

ในการเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลหนึ่งว่าแตกต่างกับผู้อื่นอย่างไร หรือบุคคลทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างไร ได้มีผู้สร้างเครื่องมือทดสอบ (inventories) ในการค้นหาลักษณะบุคลิกภาพนี้มากมาย เช่น Murray, Cattell, Woodworth และเครื่องมือทดสอบเหล่านี้ได้แก่ Thematic Apperception Test, Woodworth Personal data sheet, Sixteen Personality Factor Questionnaire ฯลฯ การศึกษา

ลักษณะบุคลิกภาพของเยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ซึ่งจะทำให้ทราบลักษณะนิสัยต่าง ๆ ของบุคคล แบบทดสอบบุคลิกภาพฉบับนี้มีผู้นิยมใช้กันแพร่หลาย เช่น ใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย คนปกติ นิสิต นักศึกษา ผู้สร้างแบบทดสอบนี้คือ เอส อาร์ ฮาร์ทะเวย์ และ เจ ซี เมคคินเลย์ (S.R.Hathaway and J.C. McKinley) ใช้ประเมินบุคลิกภาพเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2485 (Hathaway and McKinley 1940 : 249-254) และได้สร้างคู่มือการใช้ขึ้นในปี พ.ศ. 2486 (Hathaway and McKinley, 1951) ในแบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถาม 566 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้คือ สุขภาพ (Health) ลักษณะทางไซโคแพท (Psychopathic symptoms) อาการทางประสาท (Neurological disorders) ความยุ่งยากทางการเคลื่อนไหว (Motor disturbance) เพศ (Sexual) ศาสนา (Religion) ทศนคติทางการเมืองและสังคม (Political and Social attitude) การศึกษา (Education) อาชีพ (Occupation) ครอบครัวและสภาพการสมรส (Family and Marital Status)

ลักษณะของมาตราต่าง ๆ ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็มเอ็ม พี ไอ แยกออกได้เป็น 2 จำพวกใหญ่คือ

1. มาตรฐานที่ใช้วัดหาความเที่ยงตรงของผู้สอบ (Validity Scales)

2. มาตรฐานที่ใช้วัดดูลักษณะอาการความเจ็บป่วยทางจิตและประสาท (Clinical Scales)

1. มาตรฐานที่ใช้วัดหาความเที่ยงตรงของผู้สอบ (Validity Scales)

มาตรานี้เป็นลักษณะเด่นของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ปัญหาใหญ่ในการใช้แบบทดสอบประเภทสอบถามถามนั้น มักจะประสบอุปสรรคสำคัญ คือการที่ผู้ตอบมีเจตนาบิดเบือนคำตอบ ทั้งนี้โดยที่ผู้ที่เข้าใจว่าผู้ตอบต้องการจะสร้างภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง ในการนี้ผู้สร้างแบบทดสอบ MMPI ได้หาวิธี "ดัก" ไว้ดังนี้

1.1 ดูจากจำนวนคำตอบที่เว้นว่างไว้ จำนวนข้อกระทงใน MMPI ทั้งหมด มี 566 ข้อ ในจำนวนนี้ผู้รับการทดสอบอาจจะไม่ตอบภายใต้เงื่อนไขว่า ถ้าไม่รู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องที่ถาม ถ้าเว้นว่างไว้มาก กำหนดไว้ว่าเกิน 30 ข้อ ถือว่าผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือตามที่ต้องการ

1.2 มาตรฐานเท็จ (L : Lie Scale) มาตรฐานนี้มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเนื้อหาของคำถาม เป็นสิ่งที่ไม่ดี แต่เป็นลักษณะข้อบกพร่องที่เป็นธรรมดาสำหรับคนทุกคน ผู้ตอบผู้ใดได้คะแนนในมาตรฐานนี้สูง มีความหมายให้เห็นว่าคำตอบของผู้รับการทดสอบทั้ง 566 ข้อ อาจจะมีลักษณะที่ผิดจากความ เป็นจริง

1.3 มาตรฐาน เอฟ (F :F Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 64 ข้อ โดยที่ผู้สร้างแบบทดสอบนี้ เลือกจากข้อคำถามที่มีผู้ตอบรับหรือตอบปฏิเสธไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้ตอบทั้งหมด

1.4 มาตรฐาน เค (K : K Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 30 ข้อ การสร้างมาตรฐานนี้ค่อนข้างจะยุ่งยากและซับซ้อน อาจจะถูกกล่าวโดยสรุปคือ การเปรียบเทียบผลจากการตรวจสอบของแพทย์กับการใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ในการค้นหาลักษณะผิดปกติทางจิตของบุคคล ความขัดแย้งใด ๆ ในการวิเคราะห์โรค (Diagnosis) นำมาปรับและจัดสร้างมาตรฐานนี้ขึ้น

2. มาตรฐานที่ใช้วัดดูลักษณะอาการความเจ็บป่วยทางจิตและประสาท

2.1 มาตรฐานที่ 1 (H : Hypochondriasis Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 33 ข้อ เป็นข้อคำถาม ที่มุ่งจะดูความกังวลของบุคคลที่เอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายอย่างผิดปกติ

2.2 มาตรฐานที่ 2 (D : Depression Scale) มีทั้งหมด 60 ข้อ มาตรฐานนี้ถามถึงลักษณะความก้มใจ ความไม่สบายใจของผู้รับการทดสอบ ลักษณะที่แสดงออกถึงความก้มใจ ความไม่สบายใจดังกล่าว แสดงออกโดยลักษณะที่เป็นผู้มองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) แสดงความหมดหวัง แสดงความท้อแท้ และเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังอาจแสดงออกโดยความปรารถนาที่จะตายหรือประกอบลัทธิวินาศกรรม

2.3 มาตรฐานที่ 3 (Hy : Hysteria Scale) มีทั้งหมด 60 ข้อ ถามถึงลักษณะอาการความเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุจากทางจิตใจ ซึ่งเป็นการแสดงออกเพื่อหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบและปัญหาในการปรับตัวต่าง ๆ อาจจะมีข้อกระทงออกได้เป็น 2 ประเภท คือข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย และข้อคำถามที่ถามในเรื่องเกี่ยวกับการปรับคน

2.4 มาตรฐานที่ 4 ((Pd : Psychopathic Deviate Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 50 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดถึงลักษณะของความไม่รับผิดชอบ มีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ การไม่ยอมรับขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม ความไม่สามารถที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์

2.5 มาตรฐานที่ 5 (Mf : Masculinity - Femininity Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 60 ข้อ ใช้วัดหรือถามลักษณะ การกระทำ ความประพฤติที่สอดคล้องกับบทบาททางเพศ (sex role) ซึ่งแสดงออกในลักษณะของค่านิยม ทศนคติและความสนใจ

2.6 มาตรฐานที่ 6 (Pa : Paranoia Scale) มาตรฐานนี้มี 40 ข้อ ใช้วัดดูลักษณะความคิดที่เป็นไปในรูปหวาดระแวง มีความคิดที่ผิดจากความเป็นจริง (delusions) การแปลความหมายของประสบการณ์อย่างไม่ถูกต้อง

2.7 มาตรฐานที่ 7 (Pt : Psychasthenia Scale) มาตรฐานนี้มีทั้งหมด 48 ข้อ ใช้วัดลักษณะการย้ำคิด ย้ำทำ ความกลัวอย่างผิดปกติ ความไม่สามารถที่จะมีสมาธิในการทำงาน ความรู้สึกผิด

2.8 มาตรฐานที่ 8 (Sc : Schizophrenia Scale) มาตรฐานนี้เป็นมาตรฐานใหญ่มีทั้งหมด 78 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามที่ถามถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ เช่น ในลักษณะของความเย็นชา พฤติกรรมที่ยากแก่ความเข้าใจ ทำทางแบบปราศจากความรู้สึกมีความคิดผิด ๆ (delusions)

2.9 มาตรฐานที่ 9 (Ma : Hypermania Scale) มาตรฐานนี้มี 46 ข้อ คำถาม วัดลักษณะผิดปกติทางด้านอารมณ์โดยเฉพาะ ลักษณะสำคัญของความผิดปกติในลักษณะนี้คือ

- ก. มีการเคลื่อนไหวและการกระทำมากกว่าปกติ (hyperactivity)
- ข. ความตื่นเต้นทางอารมณ์มาก (emotional excitement)
- ค. มีความคิดที่สับสน (flight of idea)

2.10 มาตรฐานที่ 10 (Si ; Social Introversion Scale)

มาตรฐานนี้มี 70 ข้อคำถามวัดลักษณะการเก็บตัว โดยแยกพิจารณาจากลักษณะของความคิด การเข้าร่วมในสังคมและการแสดงออกของอารมณ์

ข้อคำถามต่าง ๆ ใน 14 มาตรฐานที่กล่าวมาจะมีการซ้ำกันได้ในบางข้อ กล่าวคือข้อคำถามในมาตรฐานหนึ่งอาจจะนำไปใช้ได้ในมาตรฐานอื่นได้ (เกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว และ พวงแก้ว ปุณยกนก 2515 : 7-9)

แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ เป็นแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่สำคัญอันหนึ่ง มีการวิจัยต่าง ๆ ที่อ้างอิงหรือใช้แบบทดสอบนี้ในการวิจัยทั้งในอเมริกา และในประเทศที่ต่าง วัฒนธรรม เช่น ญี่ปุ่น จีน เกาหลี ตั้งแต่ พ.ศ. 2504-2515 มากกว่า 5 พันเรื่อง (Dahlstrom, Welsh and Dahlstrom 1975 : 351-566) คัลวินและแมคคอนเนล รวบรวมวิจัยเกี่ยวกับสภาพความแตกต่างของจิตใจโดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ได้ถึง 80 เรื่อง และในจำนวน 80 เรื่องนี้พบว่ามีการวิจัยถึง 70 เรื่องที่รายงานว่าแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึง มีผู้นิยมใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ในการวิจัยมาก (Calvin and Mc-Connell, cited by Buros, 1972 : 251)



การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี โอ ในการวัดพฤติกรรม
การฆ่าตัวตาย

พ.ศ. 2492 ไชมอนและเฮลส์ ศึกษาโครงสร้างบุคลิกภาพและ เอ็ม เอ็ม พี โอ โปรไฟล์ ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่าคะแนนจากมาตรวัดอาการตีเพรสชั่นสูง ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางอารมณ์ ซึ่งรวมไปกับแนวโน้มฆ่าตัวตาย และคะแนนจากมาตรวัดอาการไฮแคสตีเนียสูงซึ่งชี้บ่งถึงการย้ำคิด-ย้ำทำอย่างมากมักพบบ่อยในผู้ป่วยที่ทุนหันหลังแล้ว ต่อมาเขาได้ศึกษา เอ็ม เอ็ม พี โอ โปรไฟล์ ในผู้ป่วยซึ่งมีความคิดอยากจะตาย แต่การวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน พบว่าคะแนนในมาตรวัดอาการตีเพรสชั่นและมาตรวัดอาการไฮแคสตีเนียสูงในผู้ป่วยจิตเภท โรคประสาท ผู้ป่วยระยะเศร้าในโรคคลั่งเศร้า โรคจิตในวัยด้อย และโรคจิตในวัยชรา ที่พบคะแนนใน 2 มาตรนี้สูง ชัดเจนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (reactive depression) ปฏิกริยากังวล (anxiety reaction) และการย้ำคิด-ย้ำทำ (Simon and Hales, 1949 : 222-223)

พ.ศ. 2493 ไชมอนศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของทหารผ่านศึก 50 รายเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว การเจริญเติบโต สภาพสมรส วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค ฯลฯ ในจำนวน 50 ราย มี 22 รายที่ได้ทำแบบทดสอบเอ็ม เอ็ม พี โอ จึงนำมาศึกษาหาบุคลิกภาพเด่นๆ พบว่าพยาธิสภาพทางจิตขณะนั้นมีอาการซึมเศร้า และมีภาวะย้ำคิด-ย้ำทำ และแนวโน้มที่จะกระทำทุนหัน ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมด้านสังคมและพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าได้คะแนนในมาตรวัดลักษณะไฮโคแพทติก ดีวีเอตสูง (Simon, 1950 : 461-463)

— ฟาร์เบอร์โรว์ ศึกษาแบบแผนบุคลิกภาพของผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึก เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางสังคมคล้าย ๆ กันกับกลุ่มผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย แต่แตกต่างกันเฉพาะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี โอ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 16 คน 2 กลุ่มแรกจัดกลุ่มจากพฤติกรรม คือกลุ่มที่ 1 กระทำการฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ 2 ฆ่าตัวตาย อีก 2 กลุ่มหลังแบ่งตามการวินิจฉัยทางจิตเวช กลุ่มที่ 3 วินิจฉัยรุนแรง และกลุ่มที่ 4 วินิจฉัยไม่รุนแรง

คะแนนของมาตรจับ เท็จในกลุ่มนี้จะฆ่าตัวตายและกลุ่มไม่รุนแรง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอาจเป็น เพราะการตอบความจริงทำให้เขาได้รับการช่วยเหลือ (Farberow, 1950 in Welsh and Dahlstrom, eds. 1963 : 427-432)

พ.ศ. 2498 ฟินน์ ศึกษาทหารผู้พยายามฆ่าตัวตายและสร้าง พยายามฆ่าตัวตาย ลักษณะนิสัยที่พบได้บ่อยคือ ลักษณะทุนหันและซึมเศร้า ซึ่งอธิบายทางจิตวิเคราะห์ว่า เป็นความ ผิดปกติของพัฒนาการทาง psychosexual ทำให้ผู้ป่วยหลงตัวเอง (narcissism) และมีการเลียนแบบทางเพศที่ผิดรูปแบบไป (poor masculine identification) (Finn, 1955 : 174)

พ.ศ. 2501 ไชมอนและกิลเบอ์สตัดท์ ศึกษา เอ็ม เอ็ม พี โอ โปรไฟล์ ในผู้ป่วย ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 26 คน ซึ่งได้ทำแบบทดสอบนี้ก่อนฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยเปรียบเทียบกับ กลุ่มคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนในกลุ่มที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จสูงในมาตรวัดอาการดีเพรสชั่นซึ่งพบ 19 รายใน 26 ราย และคะแนนจากมาตรวัด ลักษณะไซโคแพทิก ดิวิเอท ในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเขาอธิบายว่า บุคคลซึ่งพัฒนาบุคลิกภาพไม่สมบูรณ์ ทำให้ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ (immature) ลักษณะ ทุนหันจะพบในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าในกลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเขาอธิบายว่าในผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หรือสร้างพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) มักจะมีลักษณะนิสัยเป็นแบบทุนหันพลันแล่น (impulsion) (Simon and Giberstadt, 1958 : 555-557)

หลังจากที่เกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว ได้แปลแบบทดสอบฉบับนี้เมื่อ พ.ศ. 2508 และ ปรับปรุงแก้ไขใน พ.ศ. 2515 มีการนำแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี โอ มาใช้ทางคลินิกเพื่อ ประเมินบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเวชบางราย นอกจากนั้นนำมาเป็นเครื่องมือในการศึกษา บุคลิกภาพบางประการของบุคคลกลุ่มพิเศษ เช่น การเปรียบเทียบสัณฐานคะแนน เอ็ม เอ็ม พี โอ ของวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน กับวัยรุ่นที่ไม่ติดเฮโรอีน (วิภา นาราคาม, 2517, : พรรณวิสัย วิสัยทอง, 2521) การเปรียบเทียบสัณฐานคะแนน เอ็ม เอ็ม พี โอ ระหว่างหญิงโสเภณี กับคนงานหญิง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2517) และการเปรียบเทียบ

สัณฐานคะแนน เอ็ม เอ็ม ที ไอ ระหว่างเด็กยูวอาชญากรกับเด็กวัยรุ่นปกติ (สุรางค์
 วีรภิกษาพิชัย, 2521) นอกจากนั้นยังใช้เป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบผลของการฝึก
 สมาธิแบบ ที เอ็ม ที มีต่อลักษณะบุคลิกภาพบางประการของเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครอง
 เด็กกลาง (ช.กิริติ ศิริบุญ, 2525) แบบทดสอบนี้ยอมรับโดยทั่วไปโดยเฉพาะในทางคลินิก
 ขณะนี้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แบบทดสอบนี้สำรวจบุคลิกภาพของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ
 เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและทางกาย ฉะนั้นผลของการ
 ศึกษาอาจนำไป เปรียบเทียบกับผลของการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ได้อีก ผู้วิจัย เลือกแบบ
 ทดสอบนี้มาใช้ เปรียบเทียบบุคลิกภาพของ เยาวชนผู้มีประวัติและ เยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายาม
 ฆ่าตัวตาย แต่เนื่องจากแบบทดสอบนี้มีจำนวนข้อคำถามมาก และกลุ่มตัวอย่างยังไม่อยู่ในสภาพ
 จิตใจที่พร้อมที่จะทำแบบทดสอบทั้งหมดได้ จึงเลือกใช้มาตรที่ วัดลักษณะอาการความเจ็บป่วย
 ทางจิตและประสาทเพียงบางมาตร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่กล่าว
 มาแล้ว มาตรที่เลือกใช้มี 4 มาตรดังนี้คือ

* 1. มาตรวัดอาการตีเพรสชั่น เป็นมาตรที่ใช้วัดระดับอาการซึมเศร้าทางคลินิก
 ประกอบด้วยการมองโลกในแง่ร้าย โดยเฉพาะเกี่ยวกับชีวิตของตนเองทั้งปัจจุบันและอนาคต
 ความรู้สึกหมกหมองและไร้ค่า มีความคิดและการเคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งเร้า มีความคิด
 เกี่ยวกับการตาย หรือการฆ่าตัวตาย กลุ่มอาการพวกนี้พัฒนาจากรูปแบบอาการซึมเศร้า อาจ
 เกิดร่วมกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นบุคลิกภาพที่ซับซ้อนกันหลายแบบ ข้อคำถามในมาตรจะ
 ประกอบด้วย การขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมแสดงความเฉยเมย ปฏิเสธคุณค่าของบุคคล
 ไม่มีความสามารถหรือความพึงพอใจในการทำงานกลุ่มอาการทางกาย เช่น การนอนไม่หลับ
 ระบบย่อยอาหารผิดปกติ คะแนนจากข้อคำถามจะสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ที่ผิดปกติในโรคประสาท
 และโรคซึมเศร้า ลักษณะโครงสร้างพื้นฐานของบุคคลหรือวิธีการตัดสินใจ เช่น ความลังเล
 หวั่นไหว ความเชื่อมั่นในความสามารถ การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. มาตรวัดอาการฮีสทีเรีย มาตรนี้สร้างขึ้นมาเพื่อแยกผู้ป่วยที่ใช้กลไกทางจิต
 ในลักษณะแสดงความผิดปกติทางกายโดยสาเหตุจากทางจิตใจ (conversion) เพื่อลดความ
 คับข้องใจ หรือหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบภายใต้สถานการณ์ตั้งเครียด อาการทางกายและ

บุคลิกภาพที่บกพร่องก็จะแสดงออกมาชัดเจน การวัดบุคลิกภาพจะสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่นำมา ก่อนที่บุคคลจะผิดปกติกไป พฤติกรรมที่นำมาเมื่อก่อนนั้น เป็นผลของแรงผลักดันในขณะพัฒนาบุคลิกภาพ ประโยชน์ของมาตรนี้โดยทั่วไป เพื่อแยกผู้ป่วยที่มีอาการทางกายด้วยสาเหตุทางจิตใจออกจาก โรคทางกาย ข้อคำถามจะเกี่ยวกับอาการทางกาย และการเฝ้าอำนาจของสังคม

3. มาตรวัดลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท มาตรนี้ใช้วัดลักษณะบุคลิกภาพที่ไม่ยึดมั่น ในศีลธรรม ไม่อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคมของบุคคลที่มีบุคลิกภาพต้านสังคม ซึ่งประกอบด้วย ทำผิดซ้ำ ๆ ไม่มีความละอายและความคับข้องใจ ไม่เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพผิวเผินกับผู้อื่นในด้านการแสดงออกทั่วไป โดยเฉพาะในด้านความรักและความ สัมพันธ์ทางเพศ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวให้คนทั่วไปเห็นได้ เมื่อพบสถานการณ์ที่ต้องการ ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ และความต้องการคล้อยตามสังคม ข้อคำถามประกอบด้วย ความ รู้สึกไม่คุ้นเคยต่อครอบครัว การหนีโรงเรียน ปัญหาต่อผู้มีอำนาจ ไม่อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคม มีปัญหาทางบ้าน และศีลธรรมเสื่อม

4. มาตรวัดอาการไซแคสตีเนีย มาตรนี้ใช้ประเมินอาการของโรคประสาท หรือ อาการย้ำคิด-ย้ำทำ บุคลิกภาพแบบนี้จะประกอบด้วย การเฝ้าย้ำคิดและมีพฤติกรรมใดพฤติกรรม หนึ่งซ้ำ ๆ เช่น ล้างมือบ่อย ๆ หรือลักษณะการกลัวที่ผิดปกติ กังวลมาก ไม่ค่อยมีสมาธิ ดัดจริตใจ ล่ามปาก ต่ำหนืดตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า มักจะยึดมั่นในจริยธรรมหรือความ เชื่อของ ตนเองสูง (Dahlstrom, Welsh, and Dahlstrom, 1982 : 184-196, 211)

แม้ว่าลักษณะบุคลิกภาพที่วัดจากแบบทดสอบจะเป็นบุคลิกภาพที่ซ้ำซ้อนและไม่แบ่งแยก กันชัดเจนก็ตาม ผลการตอบแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที โอ ในมาตรทั้ง 4 ดังกล่าว จะช่วยให้ เข้าใจแนวโน้มบุคลิกภาพของเยาวชนผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของเยาวชนผู้มีประวัติ และเยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายาม ฆ่าตัวตายด้วยแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที โอ ในมาตรวัดอาการดีเพรสชั่น มาตรวัด อาการฮิสทีเรีย มาตรวัดลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท และมาตรวัดอาการไซแคสตีเนีย

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะบุคลิกภาพระหว่างเยาวชนผู้มีประวัติ และเยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ในมาตรวัดทั้ง 4 มาตรดังกล่าวในข้อ 1

สมมติฐานในการวิจัย

มีความแตกต่างของคะแนนการตอบแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ในระหว่างเยาวชนผู้มีประวัติและ เยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ในมาตรวัดอาการดีเพรสชั่น มาตรวัดอาการฮีสทีเรีย มาตรวัดลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท และมาตรวัดอาการไซแคสซีเนีย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้มุ่งจะ เปรียบเทียบการตอบสนองต่อแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ เฉพาะมาตรวัดอาการดีเพรสชั่น มาตรวัดอาการฮีสทีเรีย มาตรวัดลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท และมาตรวัดอาการไซแคสซีเนีย ของเยาวชนผู้มีประวัติ และเยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น เยาวชนเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15-25 ปี

กลุ่มตัวอย่างเยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นเยาวชนผู้กระทำการพยายามฆ่าตัวตาย โดยการกินยาเกินขนาดรักษา สารพิษ หรือทำร้ายตนเอง ญาตินำส่งที่ห้องแพทย์เวรโรงพยาบาลศิริราช และแพทย์ได้ทำการช่วยเหลือจนผ่านพ้นภาวะอันตรายทางกาย และรับการบำบัดรักษาทางจิตใจ และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคจิต (Psychosis) เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 วันจนถึง 2 สัปดาห์ ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 46 คน

กลุ่มตัวอย่างเยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นเยาวชนผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ไม่เคยมีความคิด การกระทำ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล เนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 46 คน

ใช้วิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองโดยพิจารณา อายุ เพศ และระดับเศรษฐกิจ

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา คือคะแนนที่ได้จากกรตอบสนองคํอแบบทดสอบบุคลิกภาพ

เอ็ม เอ็ม ที ไอ ทั้ง 4 มาตรา

ข้อตกลงเบื้องต้น

แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ใน 4 มาตรา ที่ผู้วิจัยเลือก สามารถ
ประเมินลักษณะบุคลิกภาพตามสภาพ เป็นจริงของผู้ตอบ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากการวิจัยเรื่องนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเยาวชนผู้กระทำการพยายาม
ฆ่าตัวตาย ดังนั้นการดำเนินการวิธีการทดสอบจึงต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยพิจารณา
จากสภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งความร่วมมือของผู้ป่วยในขณะก่อนทำการทดสอบจึง
ไม่สามารถจะดำเนินการทดสอบในลักษณะของการทดสอบทั่วไปได้

2. ในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้วิจัยไม่อาจกำหนดได้แน่นอนว่าจะมีผู้ป่วยจำนวน
เท่าใด จึงเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในระยะเวลาที่กำหนดคือ 6 เดือน

คำจำกัดความ เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะบุคลิกภาพ หมายถึง การตีความลักษณะของบุคคล จากคะแนนการตอบแบบ
ทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ทั้ง 4 มาตรา คือ มาตราวัดอาการตีเพรสชั่น มาตราวัดอาการฮีสทีเรีย
มาตราวัดลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท และมาตราวัดอาการไซแคสตีเนีย

อาการตีเพรสชั่น หมายถึง ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ทั่วไปที่มองชีวิตปัจจุบันและ
อนาคตในแง่ร้าย รู้สึกหมดหวัง และไม่มีคุณค่า มีความคิดและการกระทำเชิงองศา หมกหมุ่นกับ
ความคิดอยากตาย

อาการฮีสทีเรีย หมายถึง ลักษณะที่แสดงออกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย ที่ไม่ได้
มีสาเหตุจากพยาธิสภาพทางกาย แต่เป็นปัญหาจากการปรับตัว และการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ
เช่น อาการหอบจากภาวะเครียด (hyperventilation syndrome)

ลักษณะไซโคแพททิก ดิวิเอท หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพที่ไม่สนใจวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม ประเพณีของสังคม ไม่สามารถให้ประสบการณ์ที่ได้รับการลงโทษมาใช้ เปลี่ยนพฤติกรรมมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นผิวเผิน โดยเฉพาะการแสดงความรัก และสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม

อาการไซแคสตีเนีย หมายถึง ลักษณะที่บ่งถึงอาการโรคประสาท ซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิด หรือมีพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ มีความกลัวที่ผิดปกติ มีความรู้สึกผิด และไม่มีสมาธิในการทำงาน

การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีรุนแรง เช่น ยิงตัวตาย กินยาเกินขนาดหรือสารพิษ รวมทั้งการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มีเจตนาอื่นแอบแฝง (Holding et al, 1977 : 543)

เยาวชน หมายถึง บุคคลผู้มีอายุระหว่าง 15-25 ปี (สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ 2524 : 1)


เยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลผู้มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ผู้ตั้งใจจะสิ้นสุดชีวิต หรือตั้งใจจะพ้นสภาพมีมိตรในชีวิตร โดยการใช้สารพิษหรือทำร้ายตนเอง แต่การกระทำนั้นไม่สำเร็จ และได้รับการรักษาพยาบาลจนผ่านพ้นภาวะอันตรายทางกายแล้ว และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคจิต

เยาวชนผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลผู้มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ผู้มาเยี่ยมญาติ ที่โรงพยาบาลศิริราช ไม่เคยมีความคิด การกระทำหรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล เนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงลักษณะบุคลิกภาพบางประการของเยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

2. เป็นแนวทางในการศึกษา และทำนายพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย
3. ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจในบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มนี้ เพื่อที่นำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา การทำนายและป้องกันพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้กระทำ ครอบครัว และสังคมส่วนรวม



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย