



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

สรุปข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่เคยรับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในและจำหน่ายกลับบ้านได้ของโรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2534 ถึง 31 ธันวาคม 2535 จำนวน 65 ราย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดตามได้ 20 ราย, ที่อยู่ไม่ถูกต้องและไม่สามารถติดตามได้ 2 ราย, ไม่มีรายชื่อผู้ป่วยในเลขที่บ้าน 1 ราย, ผู้ป่วยคนจีนวัยชราพูดไทยไม่ได้ 1 ราย, ไม่รวมมือ 1 ราย, แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 1 ราย และเสียชีวิต 3 ราย จากอุบัติเหตุ 2 รายและจากผูกคอตาย 1 รายแต่ญาติคิดว่าผู้ป่วยถูกฆาตกรรม ดังนั้นเหลือผู้ป่วยที่สามารถติดตามสัมภาษณ์เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 36 ราย พบว่าเป็นเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2.3 : 1 ส่วนใหญ่ (44.4%) เป็นวัยหนุ่มสาว พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี สถานภาพสมรสโสด (55.6%) การศึกษาระดับอาชีวศึกษา อาชีพลูกจ้างบริษัท รายได้ประมาณ 3,001-6,000.-บาทต่อเดือน มีลักษณะนิสัยว่าเร่งรีบสนุกสนาน เกรงใจคนง่ายและเจ้าอารมณ์ตามลำดับ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารหรือสิ่งเสพติด ชนิดของสารหรือสิ่งเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือบุหรี่ ระยะเวลาที่ใช้สารส่วนใหญ่ 1-5 ปี ภูมิลำเนาเดิมส่วนมากอยู่ในกรุงเทพ มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน สถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร (50.0%) พบมากที่สุด เป็นบุตรคนกลาง (38.9%) ส่วนใหญ่จำนวนพี่น้องในครอบครัว 3-5 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี (66.7%) ผู้ป่วย 27 ราย ยังมีปัญหาชีวิตในปัจจุบันนี้ คือ ปัญหาระหว่างสามีภรรยา หรือปัญหาบิดามารดา ใช้วิธีแก้ปัญหาด้วยตนเองมากที่สุด บุคคลใกล้ชิดที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ คือบิดาหรือมารดา มีความรู้สึกมีความสุขกับชีวิตในขณะนี้ (50%) เฉยๆ (33%) และไม่มีความสุข (83%) และส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะอัตวินิบาตกรรมอีก (94.4%)

เกี่ยวกับการพยายามอัตวินิบาตกรรม จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในครั้งที่ศึกษาใช้วิธีการรับประทานยามากที่สุด (50%) ส่วนมากให้เหตุผลว่าเป็นการพยายามอัตวินิบาตกรรม (69.4%) โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญคือ ปัญหาสามีหรือภรรยา ก่อนกระทำมีความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า และคิดอยากจะตาย ส่วนใหญ่กระทำเป็นครั้งแรก (66.7%) อายุที่เริ่มกระทำเป็นครั้งแรก อยู่ในช่วงอายุ 16-20 ปี (36.1%) บ้านเป็นสถานที่ที่ใช้พยายามอัตวินิบาตกรรมมากที่สุด (86.1%) มักจะไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วยขณะกระทำ ไม่เคยพูดหรือบอกใครมาก่อน และไม่มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า 31 ราย (86.1%) มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยอัตวินิบาตกรรมมาก่อน จำนวน 5 ราย กระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย สภาพจิตใจดีขึ้น (86.1%) และขาดการรักษาต่อเป็นส่วนใหญ่ (69.4%)

สรุปผลการวิจัยตามสมมุติฐานได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวได้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.9 ส่วนการปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่าง ทั้งในและนอกบ้าน ส่วนใหญ่มีการปรับตัวได้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.5 ส่วนผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวได้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.9
2. ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางจิตใจในด้านอารมณ์เศร้าได้ไม่ดี มีจำนวน 20 รายคิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนผู้ที่ปรับตัวได้ดี มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4
3. การปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรม ตามความคาดหวังของสังคม กับการปรับตัวทางจิตใจในด้านอารมณ์เศร้า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่างกับการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เศร้า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามในระดับต่ำมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวัง ของสังคมในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าและกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การปรับตัวทางสังคมในด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่าง ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าและกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในปัจจุบันของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 69.4 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 30.6 คิดเป็นอัตราส่วน 2.3 : 1 ในจำนวนนี้เป็นรักร่วมเพศ 3 ราย โดยเป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) ที่ศึกษาผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2526 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2529 จำนวน 73 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายในอัตราส่วน 2.3 : 1 เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาที่พบว่าผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2518; สุวักนา อารีพรต, 2522; จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และวิสุทธิ กิตติวัฒน์, 2529; สาวิตรี อิศณางค์กรชัย, 2530; วรณัฐ สราญรมย์ และคณะ; Barry D.Garfinkel, Artfroese and Jane Hood, 1982; Adego E.Eferakeya, 1982) และการวิจัยในเด็กก็พบว่า เด็กหญิงมีการพยายามอัตวินิบาตกรรมมากกว่าเด็กชาย (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2526; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2536)

ในด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว อายุระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 ซึ่งใกล้เคียงกับที่สุชาติ พหลภาคย์ (2530) พบว่าผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม ร้อยละ 55.3 และ ร้อยละ 25.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 15-24 ปี และ 25-34 ปี ตามลำดับ และตามจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533 จำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครในวัยดังกล่าว พบมากเป็นอันดับหนึ่งและสอง เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 23.1 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี้, 2535)

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 55.6 ซึ่งพบในช่วงอายุ 15-24 ปี 12 ราย และ 25-34 ปี 5 ราย อันดับรองลงมาคือ คู่ คิดเป็นร้อยละ 33.3 พบในช่วงอายุ 15-24 ปี 5 ราย และ 25-34 ปี 6 ราย อันดับต่อมา คือ แยกและหย่า คิดเป็นร้อยละ 8.3 และ 2.8 ตามลำดับ ไม่พบสถานภาพสมรสหม้ายในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) พบว่าเป็นโสด 66% และจากการวิจัยของ สุวิทนา อารีพรรค (2522) ได้ศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมอย่างรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 ราย พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยเป็นโสด และให้เหตุผลว่าเป็นเช่นนี้เพราะบุคลิกภาพของคนไทยไม่ค่อยเป็นตัวของตัวเอง และชอบพึ่งผู้อื่น เพราะฉะนั้นเมื่ออยู่คนเดียวหรือขาดคู่ครองจะเกิดความรู้สึกว่าไหว ช่วยตัวเองไม่ได้และสิ้นหวังมาก นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้ที่ เป็นโสด เวลา มีเรื่องไม่สบายใจจะขาดคนที่ให้คำปรึกษาได้ ขาดความผูกพันทางใจ เช่น บุตร หรือคู่สมรสทำให้เกิดการอัตวินิบาตกรรมได้ง่ายกว่าคนวัยอื่น แตกต่างกับของต่างประเทศ Ronald W. Maris (2534) กล่าวว่า การแต่งงานและการมีครอบครัว มักจะสัมพันธ์กับอัตราที่พบได้ต่ำของการอัตวินิบาตกรรม และการอัตวินิบาตกรรมมักจะสูงสุดในผู้ที่ เป็นหม้ายและหย่า

ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นอัตราร้อยละ 30.6 รองลงมาคือ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และระดับอุดมศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 19.4 และ 19.4 เท่ากัน ใกล้เคียงกับการ

วิจัยของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และวิสุทธิ์ กิตติวัฒน์ (2529) ศึกษาอัตวินิบาตกรรมในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ.2517-2527 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมจากโรงพยาบาลใหญ่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี, รามาธิบดี, จุฬาลงกรณ์ และตำรวจ พบว่าการพยายามอัตวินิบาตกรรม พบมากในผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา แตกต่างจากการศึกษาของ สุวิทนา อารีพรค (2522) และสุชาติ พหลภาคย์ (2530) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนมีอาชีพลูกจ้างบริษัท คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ นักเรียน นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.9 แตกต่างจากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2529) ซึ่งพบว่าผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน นักเรียน นักศึกษา ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว สภาพเศรษฐกิจหรือสังคมจึงต้องรับภาระมากขึ้น และนอกจากนี้ มีหลายการวิจัยพบว่า อาชีพส่วนใหญ่ ได้แก่การทำนา ทำสวน ทำไร่มากที่สุด (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530; วรณัฐ สราญรมย์ และคณะ, 2531; สุดสบาย จุลลภักดิ์, 2536) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ Adego E. Eferakeya (1984) ทำการศึกษาผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมจากโรงพยาบาล 3 แห่งในเมืองเบนิน ประเทศไนจีเรียระหว่าง พ.ศ.2521-2524 จำนวน 142 ราย พบว่าเป็นนักเรียน นักศึกษาร้อยละ 37 ส่วนแม่บ้านและว่างงานพบรองลงมา ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ และลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกัน

รายได้พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001-6,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ 1-3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.6 ส่วนผู้ที่ไม่มีรายได้มีจำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นแม่บ้าน 1 ราย มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เป็นโรคเลือดชนิด Hemophalia A จนไม่สามารถทำงานได้ 1 ราย จากการศึกษาอื่นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (สุชาติ พหลภาคย์, 2530; Adego E. Eferakeya, 1984)

ลักษณะนิสัย จากการสัมภาษณ์ด้วยตนเองของผู้วิจัย และการสังเกต ในช่วงระยะเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง พบว่า ส่วนใหญ่มีนิสัยร่าเริง สนุกสนาน

คิดเป็นร้อยละ 18.1 รองลงมาคือ เกรงใจคนง่าย คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนอันดับสาม คือ นิสัยเจ้าอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 13.8 แตกต่างจากการศึกษาของ สมภพ เรื่องตระกูล (2518) ศึกษาผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม จำนวน 105 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีลักษณะนิสัยเจ้าอารมณ์ร้อยละ 41, เก็บตัว ร้อยละ 28, มีลักษณะเป็นโรคประสาท ร้อยละ 18 และบุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 13

อาการเจ็บป่วยทางกาย พบว่า ในช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 เช่น โรคกระเพาะ ปวดศีรษะเวลาเครียด ความดันโลหิตสูง (2 ราย) โรคหัวใจ และเบาหวาน (1 ราย) เป็นต้น และมักจะซื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Keith Hawton และคณะ (1982) ศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ออกพอร์ต ด้วยการรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 50 คน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วย มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น โรคหอบหืด โรคข้ออักเสบในเด็ก เป็นต้น

อาการเจ็บป่วยทางจิตใจ พบว่า ในช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยเจ็บป่วยเกี่ยวกับชอบหวาดระแวง, ซึมเศร้า ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ รู้สึกกดดัน วิตกกังวลง่าย และมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช คือ โรคจิตเภท 1 ราย บุคลิกภาพแปรปรวนแบบ Borderline 3 ราย (เป็นโรคจิตร่วมด้วย 2 ราย) โรคจิต 1 ราย มีความผิดปกติของการปรับตัว 5 ราย (เป็นโรคซึมเศร้าด้วย 2 ราย) และโรคซึมเศร้า 2 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับที่สมภพ เรื่องตระกูล (2518) ศึกษาคือ พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคประสาท 38% บุคลิกภาพผิดปกติ 33% โรคจิตเภทและซึมเศร้า 18%

การใช้สารหรือสิ่งเสพติด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารหรือสิ่งเสพติด คิดเป็นร้อยละ 52.8 ส่วนผู้ที่ใช้สารหรือสิ่งเสพติดคิดเป็นร้อยละ 47.2 ซึ่งส่วนใหญ่มีการใช้บุหรี่คิดเป็นร้อยละ 56.5, คีมีสุราเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 17.4 และมีการ

ใช้ยาประเภทต่างๆคิดเป็นร้อยละ 17.4 และมีจำนวน 2 ราย ที่เล่นไพ่ ระยะเวลาที่ใช้สารส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ ใช้มานานกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.0 จากการศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) พบว่า มีผู้ป่วยติดสุราและติดยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 7 ส่วน Ronald W. Maris (1991) กล่าวว่าโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นตัวพยากรณ์โรคที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะกระทำอัตวินิบาตกรรมสำเร็จและพบว่าร้อยละ 72 ของผู้ที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จ ถ้าไม่เป็นโรคซึมเศร้าก็เป็นโรคติดสุราเรื้อรัง

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับลักษณะทางครอบครัว และสภาพของปัญหา(ตารางที่ 2 และตารางที่ 3) พบว่าผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯคิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 44.4 โดยพบว่ามาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.7 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของสมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนเอมอร ชินพัฒนพงษ์ (2530) ทำการศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรมในกลุ่มอายุ 15-30 ปีของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 46 แสดงว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นคนต่างจังหวัดที่อพยบหรือย้ายถิ่นฐานมาอยู่กรุงเทพฯ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวขึ้นได้ และใช้วิธีพยายามอัตวินิบาตกรรมเป็นวิธีแก้ปัญหา

ลักษณะครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 47.2 รองลงมา คือ ครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 41.7 ในปัจจุบันการมีครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นและสภาพสังคมที่ต้องเร่งรีบ ไม่มีเวลาให้กันทำให้ความผูกพันในครอบครัวจึงลดน้อยลงไปด้วย เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่ทราบจะปรึกษาใคร ทำให้ขาดการชี้แนะจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ทำให้ต้องหาทางแก้ปัญหาและหาทางออกให้กับตนเอง ตรงข้ามกับผลการวิจัยของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 อาจเนื่องจากการเป็นการศึกษาในต่างจังหวัด ซึ่งมีลักษณะทางสังคมแตกต่างกันผลที่ได้จึงแตกต่างกัน นอกจาก

นี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 2-5 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ 6-10 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และพบว่าสถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนผู้อาศัยพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.1 ตรงข้ามกับผลการวิจัยของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้องมากกว่าบิดามารดา และมักพบว่ามีปัญหาในครอบครัว คือ สมาชิกชอบทะเลาะเบาะแว้งกัน จากกลุ่มที่ทำการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมา คือบุตรคนโตคิดเป็นร้อยละ 25.0 และบุตรคนสุดท้อง คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนบุตรคนเดียวพบน้อยที่สุด คือคิดเป็นร้อยละ 11.1 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับที่จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) ศึกษา คือร้อยละ 60.60 เป็นบุตรคนกลาง และที่สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ (2518) ศึกษา คือ พบว่าเป็นบุตรคนกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49 และบุตรคนเดียวน้อยที่สุด คือร้อยละ 5 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าบุตรคนเดียวได้รับความรักความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด จากบุคคลรอบข้างอย่างเต็มที่และเพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาได้น้อยกว่าบุตรคนกลาง ส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้อง 3-5 คน รองลงมา คือมากกว่า 5 คน ส่วนน้อยกว่า 3 คน พบน้อยที่สุด ใกล้เคียงกับงานวิจัยของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) พบว่าร้อยละ 76.8 ของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมมีพี่น้องเกิน 3 คน ซึ่งการอยู่ในครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกจำนวนมาก ย่อมไม่สงบและเกิดความยุ่งเหยิงได้ง่าย ทำให้เด็กมีโอกาสถูกทอดทิ้ง ไร้เหว่ ไร้มีความสุขได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัวในขณะนี้พบว่าส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 66.7% ส่วนที่ตอบว่าไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี ในเรื่องเกี่ยวกับถูกน้องละเมิดสิทธิส่วนบุคคล, ภรรยาเล่นการพนัน, ภรรยาและบุตรไม่สนใจไม่พูดคุย, บิดาไม่ค่อยให้เงินใช้ และทะเลาะกับหลาน, ทะเลาะกับสามีบ่อย เนื่องจากสามีติดยาเสพติด, ลูกชายไม่ชอบให้ดื่มเหล้า, ทะเลาะกับสะใภ้ด้วยกัน บิดาชอบดื่มสุราแล้วเอะอะโวยวาย, มารดาไม่เข้าใจ, เข้มงวดและทะเลาะกับญาติสามี คือมีปัญหาในด้าน ปัญหา ระหว่างสามีภรรยาหรือปัญหา กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 27.8 รองลงมาคือ ปัญหาการเงิน และปัญหาเรื่องญาติตามลำดับ และจากการศึกษาของ Keith

Hawton และคณะ (1982) พบว่า พบบ่อยที่สุด คือปัญหาเกี่ยวกับมารดา คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือ ปัญหาที่โรงเรียนหรือที่ทำงานและว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 58 ปัญหาเรื่องแฟนหรือคนรัก คิดเป็นร้อยละ 52% จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการแก้ปัญหาด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 19.8 รองลงมาคือ การเก็บไปคิดคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 16.8 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการปรับตัวโดยการเก็บไปคิดคนเดียวมากกว่าที่จะหาคนปรึกษาหรือระบายออกในรูปแบบอื่น ส่วนผู้ใกล้ชิดที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ ส่วนใหญ่จะเป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 25.0 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นบุตรอันดับรองลงมา คือ เพื่อนคิดเป็นร้อยละ 19.4 อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว จึงให้ความสำคัญกับเพื่อนมาก ส่วนที่ตอบว่าบุตรมีเพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 อาจเนื่องจากสถานภาพและวัยของกลุ่มที่ทำการศึกษาลูกส่วนใหญ่เป็นโสด และบุตรยังมีอายุน้อยอยู่ในด้านความรู้สึกในปัจจุบันของผู้ป่วยต่อชีวิต ในขณะที่ส่วนใหญ่มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 50.0 อันดับรองลงมาตอบว่าเฉย ๆ คิดเป็นร้อยละ 33.4 และไม่มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 8.3 ส่วนที่ตอบว่าอื่น ๆ เช่น มีความสุขสลับกับความทุกข์บ้างไปตลอด และมี 1 ราย ที่ตอบว่า ชีวิตไม่มีค่าเลย ส่วนความคิดอัตวินิบาตกรรม ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดนี้แล้วในขณะนี้ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ส่วนที่มีความคิดอัตวินิบาตกรรมอยู่ก็มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 โดยผู้ป่วยรายหนึ่งคิดว่าถ้าเกิดต้องเผชิญกับปัญหาที่รุนแรงในชีวิตอีก คงทนไม่ได้และคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยเขาได้ ผู้ป่วยอีกรายต้องการทำเพื่อประชดบิดามารดา และผู้ป่วยรายสุดท้ายอยากให้เกิดการอัตวินิบาตกรรมแบบอุบัติเหตุ เนื่องจากทำประกันไว้ 2 แห่ง เพื่อบุตรจะได้เงินประกันและมีเงินไว้เรียนหนังสือ ซึ่งผู้ป่วยรายแรกผู้วิจัยได้แจ้งให้ญาติของผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับความคิดที่จะพยายามอัตวินิบาตกรรมซ้ำ เพื่อระมัดระวังต่อไป ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอกับแผนกจิตเวชอยู่แล้ว ส่วนผู้ป่วยรายที่ 3 ผู้วิจัยได้พูดคุยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา ค้นหาวิธีการอื่นที่จะสามารถช่วยแก้ปัญหาของเขาได้และให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งแนะนำมารับการรักษาต่อถ้ามีอาการมาก

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการพยายามอัตวินิบาตกรรมจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาประเภทต่าง ๆ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.0 ได้แก่ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาที่ใช้รักษาโรคเป็นต้น อันดับรองลงมาคือ การกินสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 38.9 ได้แก่ ยาฆ่าแมลง, ยาเบื่อหนู, ยาฆ่าหญ้า, น้ำยาซักผ้า และน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น ส่วนการกินยาร่วมกับสารเคมี พบมีจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ส่วนวิธีการที่พบน้อยที่สุด คือการใช้ขวดเบียร์ปาดคอตนเองและการกระโดดจากบันไดตึก 1 ชั้น พบอย่างละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และ 2.8 การกินยาพบได้บ่อยเนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก หยิบหาได้ง่าย เพราะส่วนใหญ่มียาอยู่แล้วในบ้าน หรือหาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยา และเป็นวิธีที่น่ากลัวน้อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่พบว่าวิธีการกินยาพบมากที่สุด ทั้งในผู้ใหญ่และในเด็กที่พยายามอัตวินิบาตกรรม แต่จากการสำรวจภาวะการอัตวินิบาตกรรมในประเทศไทย ปี 2533 ของสุดสบาย จุลกัทพะ ศึกษาจากใบมรณบัตร พบว่าวิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การผูกคอตาย รองลงมา คือ การกินยาตาย และการยิงตัวตาย ส่วนในต่างประเทศ พบว่าใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุดเช่นเดียวกัน (Barry D.Garfinkel และคณะ, 1982 และ Adego E.Eferakeya, 1984) นอกจากนี้จะพบว่าวิธีการอาจสัมพันธ์กับอาชีพและความคุ้นเคย เช่นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาชีพทำไร่ ทำนา ก็จะพบวิธีการกินสารเคมีสูง

เหตุผลที่พยายามอัตวินิบาตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความตั้งใจจริงที่จะอัตวินิบาตกรรม โดยตอบว่าเป็นการพยายามอัตวินิบาตกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมาคือ อื่น ๆ เช่นเป็นการประชด น้อยใจ หรือเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบ คิดเป็นร้อยละ 30.6 ไม่พบว่าเกิดจากอุบัติเหตุ ดังนั้นอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความตั้งใจ คือการพยายามอัตวินิบาตกรรม (Suicidal Attempt) และกลุ่มอัตวินิบาตกรรมแบบประท้วง (Suicidal Gesture) ซึ่ง Ronald W.Maris (1991) กล่าวไว้ว่าจริง ๆ แล้ว 85-90% ของผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม ไม่พบว่ามี การอัตวินิบาตกรรมสำเร็จ จากการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) พบว่า เป็นผู้ที่พยายามอัตวินิบาตกรรม เพื่อให้ตายจริง ๆ 56

ราย ทำเพื่อประท้วง 9 ราย และไม่ทราบว่าจะตายหรือไม่ 8 ราย จะเห็นว่ากลุ่ม
 ผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมเหล่านี้ ควรได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมองเห็น และ
 เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของเขา รวมทั้งวิธีการหาทางออกจากปัญหาหรือแก้ไขได้ด้วย
 วิธีการอื่น ๆ เพื่อป้องกันการกระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำ ซึ่งพบว่าปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ
 ของการพยายามอัตวินิบาตกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ ปัญหาระหว่าง
 สามีหรือภรรยาพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.6 รองลงมา คือ ปัญหาบิดา
 มารดา คิดเป็นร้อยละ 33.4 และปัญหาคนรักหรือแฟน คิดเป็นร้อยละ 33.4 อันดับ
 สาม คือ ปัญหาการเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) ที่
 พบว่า สาเหตุกระตุ้นให้เกิดการพยายามอัตวินิบาตกรรม เกิดจากความขัดแย้ง
 ระหว่างบุคคล ร้อยละ 74.9 ที่พบมากที่สุด คือ ความขัดแย้งกับบิดามารดาหรือ
 คู่สมรส ส่วนงานวิจัยของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่า เหตุจูงใจที่ทำให้
 ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม พบว่า ร้อยละ 15.2 กระทำเพราะมีความคิดหลงผิด
 หรืออาการประสาทหลอน ร้อยละ 30.3 กระทำเพราะเป็นการเลียนแบบญาติ
 พี่น้องที่เคยอัตวินิบาตกรรมมาก่อน และจากการศึกษานี้พบ 1 ราย ที่บอกว่าจะนอกจาก
 กระทำเพราะน้อยใจแล้ว ยังเป็นการเลียนแบบการกระทำของพี่สาวด้วย ส่วน
 Ronald M. Maris (1991) กล่าวว่า การอัตวินิบาตกรรมเกิดจากเหตุการณ์ หรือ
 ความเครียดในชีวิตที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และอาจเกิดเป็นเวลานาน ซึ่งเหตุการณ์
 อันนี้ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองลดลง, เกิดความอาย, รู้สึกผิด, กลัว, เป็นปัญหา
 ทางกฎหมาย, ความขัดแย้งระหว่างบุคคล, การสูญเสียความสัมพันธ์, การติดคุก และ
 การสูญเสียสถานภาพ ซึ่งความเครียดเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเกิดแบบเรื้อรัง และสะสม
 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจากการศึกษานี้พบว่า ความรู้สึกและอารมณ์ก่อนการพยายาม
 อัตวินิบาตกรรม ที่พบมากที่สุด คือ ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า และการมีความคิดอยาก
 จะตาย คิดรวมเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมา คือความรู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบ
 ตัว คิดเป็นร้อยละ 19.2 ส่วนอันดับสาม คือ จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง คิดเป็นร้อยละ
 17.3 ส่วนความรู้สึกหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย คิดเป็นร้อยละ 9.6 ซึ่งใกล้เคียงกับการ
 วิจัยของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความคิดอยากตาย
 ร้อยละ 71.21 หดหู่เศร้าหมองและหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย 68.18 สิ้นหวังไร้ค่าและ

เป้าหมายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว 66.67 ซึ่งจะเห็นว่าอารมณ์และความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกถึงความซึมเศร้าของผู้ป่วย

นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมในกลุ่มที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่กระทำเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนผู้ที่เคยกระทำมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 30.6 ซึ่งกระทำเป็นครั้งที่สองคิดเป็นร้อยละ 19.4 ครั้งที่สามคิดเป็นร้อยละ 8.3 และกระทำเป็นครั้งที่สี่ คิดเป็นร้อยละ 5.6 และกระทำเป็นครั้งที่ห้า คิดเป็นร้อยละ 5.6 สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกระทำเป็นครั้งแรก (สุวิทนา อารีพรพรค, 2522; จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530; สุชาติ พหลภาคย์, 2530; สาวิตรี อัมผางค์กรชัย, 2530) แตกต่างจากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2530) พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมเคยกระทำมาแล้ว 1 ครั้ง นอกจากนี้ ประวัติการพยายามอัตวินิบาตกรรมในอดีต อาจจะเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดของการกระทำอัตวินิบาตกรรม และพบว่า 40% ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จในอดีตเคยมีประวัติพยายามอัตวินิบาตกรรมมาก่อน และสอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศ จากการศึกษาของ Barry D.Garfinkel และคณะ (1982) พบว่า ร้อยละ 62.9 ในเด็กและวัยรุ่นไม่เคยอัตวินิบาตกรรมมาก่อน และจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุที่เริ่มอัตวินิบาตกรรมครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.2 ไม่พบการพยายามอัตวินิบาตกรรมครั้งแรกในช่วงอายุ 36-40 ปีและ 51-55 ปี ซึ่งการอัตวินิบาตกรรมซ้ำแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีปัญหาในชีวิต และไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขที่เหมาะสม และสถานที่ใช้ในการทำอัตวินิบาตกรรมพบว่า บ้านเป็นสถานที่ที่ใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.1 โดยเฉพาะห้องนอน เนื่องจากมีความเป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากสายตาของผู้อื่นส่วนผู้ที่กระทำนอกบ้านคิดเป็นร้อยละ 13.9 เช่น ที่ทำงาน บ้านญาติ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry D.Garfinkel และคณะ (1982) ซึ่งส่วนใหญ่กระทำที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 73.4 ส่วนรองลงมากระทำในสวนสาธารณะ ร้อยละ 12 กระทำที่โรงเรียน ร้อยละ 6.5 และกระทำการอัตวินิบาตกรรมที่บ้านเพื่อน 5.3% และผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าขณะพยายามอัตวินิบาตกรรมไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 88.9 และในขณะที่มีผู้อื่นอยู่

ด้วย ร้อยละ 11.1 สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ว่าผู้ป่วยไม่เคยพูดหรือบอกให้ใครทราบมาก่อนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 91.7 ส่วนผู้ที่เคยบอกหรือพูดให้บุคคลอื่นฟัง คิดเป็นร้อยละ 8.3 ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจะสามารถป้องกันเหตุการณ์อันนี้ได้และควรระมัดระวัง หรือใส่ใจกับผู้ป่วยมากขึ้น ถ้าเรามีความคิดหรือเจตนาจะอัตวินิบาตกรรม และหากทางป้องกันช่วยเหลือต่อไป และจากการศึกษาของสวัทนา อารีพรค (2522) พบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมีอาการเตือนให้ทราบล่วงหน้า เช่น พูดว่าอยากตาย หรือจะฆ่าตัวตาย เขียนจดหมายลาตายหรือกระทำอัตวินิบาตกรรมมาก่อนภายใน 1 เดือน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่า โดยทั่วไปแล้ว ก่อนกระทำการพยายามอัตวินิบาตกรรม ผู้ป่วยร้อยละ 31.8 จะให้สัญญาณเตือนภัยก่อน โดยแสดงเจตนาให้ทราบ เช่น การพูดว่าอยากตาย และร้อยละ 95.5 มีพฤติกรรมและจิตใจแปรปรวนก่อนพยายามอัตวินิบาตกรรม นอกจากนี้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่มีการเตรียมการที่จะพยายามอัตวินิบาตกรรมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนผู้ที่มีการเตรียมการมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และส่วนใหญ่ใช้เวลาเตรียมการไม่ถึง 1 วัน สอดคล้องกับที่จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) ศึกษา คือ ใช้เวลาไม่ถึง 1 วัน ก็ตัดสินใจทำอัตวินิบาตกรรม และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยพยายามอัตวินิบาตกรรมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนผู้ที่มีประวัติในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 13.9 เช่น พี่สาว น้องสาว และลูกพี่ลูกน้องของผู้ป่วย ซึ่งเข้าได้กับลักษณะการเลียนแบบมากกว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ เนื่องจากไม่มีประวัติการอัตวินิบาตกรรมในญาติสายตรงลำดับแรก เช่น บิดามารดา มาก่อน ใกล้เคียงกับการศึกษาของสวัทนา อารีพรค (2522) พบว่า ร้อยละ 12.5 ของผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม มีประวัติอัตวินิบาตกรรมสำเร็จหรือพยายามอัตวินิบาตกรรมในครอบครัวมาก่อน และการศึกษาของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 15.2 มีประวัติญาติพี่น้องเคยอัตวินิบาตกรรม และจากการศึกษาของ Phillips และ Cartensen (1986, อ้างใน Ronald W. Maris, 1991) กล่าวว่า การเลียนแบบเป็นตัวพยากรณ์อันหนึ่งของการอัตวินิบาตกรรม โดยพบว่า การอัตวินิบาตกรรมของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น 6.9% ในเวลาเพียง 7-10 วันหลังจากที่โทรทัศน์แพร่ภาพ

เกี่ยวกับการอัตโนมัติกรรมในนิวฮอร์ด

การอัตโนมัติกรรมซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กระทำอัตโนมัติกรรมซ้ำอีก คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนผู้ที่กระทำซ้ำมีจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 13.9 โดยกระทำซ้ำ 1 ครั้ง 3 ราย, ทำซ้ำ 2 ครั้ง 1 ราย และกระทำซ้ำ 4 ครั้ง 1 ราย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 21 ปี เป็นบุตรคนแรกในจำนวนพี่น้อง 4 คน นักศึกษาปี 2 คณะวิทยาศาสตร์ มาโรงพยาบาลครั้งแรกเมื่อ พ.ย. 2532 ด้วยเรื่องเรียนหนังสือไม่รู้เรื่องมา 1 สัปดาห์ ขณะนั้นผู้ป่วยเรียนอยู่คณะทันตแพทย์ ปี 1 เทอมแรกสอบได้เกรด 3.8 ต่อมาเทอมสองผลการเรียนของผู้ป่วยต่ำมากจนต้องหยุดพักการเรียนไว้ก่อน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Depression with Borderline personality R/O Impending Psychosis ผู้ป่วยมีปัญหา คือ มักจะควบคุมตัวเองไม่ได้ จะมีอาการชัก แขนขาชา น้ำลายไหลไม่หยุด ซึมเศร้า หวาดระแวง หูแว่ว เป็นคนมีนิสัยเจ้าอารมณ์ เอาแต่ใจตนเอง วิตกกังวลง่าย ทำให้บิดามารดาทนไม่ได้และทะเลาะกันเป็นประจำ อยู่บ้านชอบคุยกับน้องชายคนเล็กคนเดียว รู้สึกเข้ากับเพื่อนฯ ไม่ได้ พยายามอัตโนมัติกรรมครั้งแรกเมื่อมกราคม 2534 โดยรับประทานยานอนหลับ 10 เม็ด หลังเพื่อนบอกผลสอบ ครั้งที่ศึกษากระทำ เป็นครั้งที่ 2 (ก.พ.34) รับประทานยา Nortilen 20 เม็ด และกระทำซ้ำอีก 3 ครั้ง หลังออกจากโรงพยาบาล โดยรับประทานยานอนหลับ 20 เม็ด ยา Nortilen 7 เม็ด และยาเบื้อหนู 1 ชอง ตามลำดับ โดยกระทำในระยะเวลา 2 เดือน, 2 ปี และ 2 ปี 4 เดือน ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ คือ ปัญหาการเรียนและปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา เวลามีปัญหาจะเก็บไปคิดคนเดียว ร้องไห้ และรับประทานยานอนหลับ ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า และคิดอยากตาย ภายหลังย้ายไปเรียนคณะวิทยาศาสตร์ผลการเรียนดีขึ้น เกรด 3 กว่า แต่ยังวิตกกังวลกลัวว่าเกรดจะไม่ดี จากการศึกษาพบว่า การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัวและการเข้าสังคม และมีอารมณ์เศร้า ปัจจุบันผู้ป่วยยังรับการรักษาสม่ำเสมอ และยังมีความคิดที่จะพยายามอัตโนมัติกรรมอีก

รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 34 ปี จบชั้น ม.3 เป็นแม่บ้าน มีบุตร 2 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3/4 ของครอบครัว มีนิสัยเจ้าอารมณ์ ซาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวลง่าย พยายามอัตวินิบาตกรรมครั้งแรก เมื่ออายุ 16 ปี โดยการรับประทานยาเกินขนาด เนื่องจากปัญหาคนรัก และบิดามารดาแยกทางกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยยังเด็ก ทำให้รู้สึกว่ามีใครเลยในชีวิต ครั้งที่ 2 ผูกคอตาย เมื่ออายุ 25 ปี เนื่องจากโดนโกงเงินไปหลายหมื่นบาท ครั้งที่ศึกษาเป็นครั้งที่ 3 โดยวิธีใช้ขวดเบียร์แตกปาดคอตนเอง เนื่องจากดื่มเหล้าเมาและโกรธที่พี่ชายกับน้องสาวทะเลาะกัน ต้องการตายเพื่อให้หยุดทะเลาะกัน และรู้สึกเบื่อชีวิต อยากหนีทุกอย่าง ภายหลังออกจากโรงพยาบาลกระทำซ้ำอีก 2 ครั้ง โดยใช้มีดโกน และมีดทำกับข้าวฟันมือตนเอง ในระยะเวลา 1 เดือน และ 2-3 เดือนต่อมา ตามลำดับ เนื่องจากเครียดและปวดศีรษะบ่อย ๆ บางครั้งใช้วิธีเอาศีรษะโขกผนังห้อง เวลาปวดมาก ๆ เวลามีปัญหาจะเก็บไปคิดคนเดียวและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ปัจจุบันไม่มีความคิดจะพยายามอัตวินิบาตกรรมอีก การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในด้านการดูแลตนเองและการเข้าสังคม ส่วนด้านการใช้เวลาว่างในบ้านอยู่ในระดับสูง การใช้เวลาว่างนอกบ้านอยู่ในระดับต่ำ และมีอารมณ์เศร้า

รายที่ 3 ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 23 ปี นิสิตปี 4 คณะนิติศาสตร์ เป็นบุตรคนที่ 2 ในจำนวนพี่น้อง 5 คน มาโรงพยาบาลครั้งแรก เมื่อ ก.ค. 33 ด้วยเรื่องเครียด อารมณ์แปรปรวน ไม่อยากไปเรียน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ชอบแยกตัวอยู่เงียบๆ คิดว่าเพื่อนเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ขณะนั้นเรียนอยู่ปี 1 ผิดหวังคณะที่เรียนอยู่ไม่เป็นไปตามที่หวัง มีนิสัยชอบเอาแต่ใจตนเองตั้งแต่เด็ก ชอบขว้างปาสิ่งของ เวลาโกรธ ต่อมาอาการเป็นมากขึ้น เครียดจากผลการเรียนต่ำต้องหยุดพักการเรียน และอายุที่ต้องเรียนกับรุ่นน้อง ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ทูบห้อง ร้องตะโกนตัวสั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia พยายามอัตวินิบาตกรรมครั้งแรก เมื่อตอนเรียนอยู่ปี 1 เทอม 1 และปี 2 เทอม 1 โดยการรับประทานยาเกินขนาด ครั้งที่ศึกษาเป็นครั้งที่ 3 (ค.ค. 34) โดยรับประทานยาที่รักษาเรียกว่าเม็ด และ

กระโดดบันไดจากชั้น 3 ลงมาชั้นที่ 2 เนื่องจากเครียดเรื่องสอบ ภายหลังออกจากโรงพยาบาลกระทำซ้ำอีก 1 ครั้ง ตอนอยู่ปี 3 เทอม 2 (ประมาณ 1 ปีครึ่ง) โดยรับประทานยาฆ่าแมลง พบว่าปัจจัยกระตุ้นทั้ง 4 ครั้ง คือ ปัญหาการเรียน เนื่องจากขาดสมาธิ ชอบเหม่อลอยและแยกตัวอยู่เงียบๆ ทุกครั้งไม่เคยพูดหรือบอกใคร และไม่มี การเตรียมการมาก่อน ปัจจุบันผู้ป่วยยังรับการรักษาต่อเนื่อง และไม่มี ความคิดที่จะพยายามอัตวินิบาตกรรมอีก การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตาม ความคาดหวังของสังคมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการดูแลตนเองและความรับผิดชอบ ต่อครอบครัวและมีอารมณ์เศร้า

รายที่ 4 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 21 ปี เป็นรักร่วมเพศ เรียนจบชั้น ม.3 ปัจจุบันเป็นแม่บ้าน เป็นบุตรคนที่ 1/2 ตอนเด็ก ยายเป็นคนเลี้ยง ญาติเป็นผู้หญิง ทั้งหมด ชอบเขียนป๊อกร้อย น้องสาวชอบทำตัวเป็นผู้ชาย ผู้ป่วยมีปัญหา identity ตนเอง รู้สึกสับสน ไม่พอใจเวลาเพื่อนล้อ ผลการเรียนไม่ดี มาตรวจเมื่อ ต.ค. 35 ด้วยเรื่องดื่มเหล้าเมา แล้วรับประทานยา Paracetamal 20 เม็ด และ สเปรย์ฉีดผมครึ่งขวด เนื่องจากปัญหาต่างๆ ดังกล่าว ภายหลังดื่มเหล้า ผู้ป่วยจึง เกิดความคิดอยากทำร้ายตนเอง (Introjection) และเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มาติดตามผลการรักษาและกระทำซ้ำ อีก 1 ครั้ง (ต.ค. 36) โดยรับประทานยา Paracetamal 10 เม็ด และดื่ม เหล้า ด้วยปัญหาการมีบุคลิกภาพแบบผู้หญิง และมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนชาย โดยระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 1 ปี 2 เดือน ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีปัญหาในชีวิต คือ บิดามารดากำลังจะแยกทางกัน ต่างคนต่างมีแฟนใหม่ มารดาเล่นไพ่ทุกวัน หลังเลิก งานถึงตีหนึ่ง และผู้ป่วยอยากจดทะเบียนสมรสกับเพื่อนชาย ขณะนี้ไม่มีความคิดที่จะ พยายามอัตวินิบาตกรรมอีก การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความ คาดหวังของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการใช้เวลาว่างอยู่ในระดับสูง และมีปัญหาการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เศร้า

รายที่ 5 ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 32 ปี จบชั้น ม.ศ.3 เป็นแม่บ้าน มีบุตร 3 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 6/6 มีนิสัยเอาแต่ใจตนเอง เจ้าอารมณ์ ชอบอยู่คนเดียว มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก เมื่อ พ.ย. 35 ด้วยเรื่องรับประทานยาฆ่าแมลงครึ่งแก้ว และยานอนหลับ 20 เม็ด เนื่องจากสามีมีภรรยาอื่น สามีผู้ป่วยเป็นนักดนตรี ผู้ป่วยแต่งงานด้วยเนื่องจากมารดาจะบังคับให้แต่งงานกับคนอื่น แต่เห็นว่าคนนี้มีฐานะดีกว่าจึงเลือกแต่งงานด้วย ก่อนหน้านั้นสามีผู้ป่วยเคยมีผู้หญิงอื่นมาแล้ว 2 ครั้ง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 3 วัน ผู้ป่วยกระทำซ้ำอีก โดยรับประทานยาเบื่อหนู 1 ซอง ยานอนหลับ 40 เม็ด และยา Paracetamol 30 เม็ด ก่อนกระทำผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า และคิดอยากจะตาย ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องจากคิดว่าไม่ได้เป็นอะไรแล้ว อาการป่วยดีขึ้น และไม่มีความคิดจะพยายามอัตวินิบาตกรรมอีก แต่วางแผนการไว้ว่าเมื่อลูกๆ โตหมดแล้ว จะแยกทางกับสามี และกลับไปอยู่ต่างจังหวัด การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและการเข้าสังคม อยู่ในระดับปานกลาง สูง และต่ำ ตามลำดับ ส่วนการทำกิจกรรมในเวลาว่างในบ้านอยู่ในระดับสูง การทำกิจกรรมในเวลาว่างนอกบ้านอยู่ในระดับต่ำ และมีอารมณ์เศร้า

จะเห็นว่าผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมซ้ำทั้ง 5 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีการเตรียมการ พูดหรือบอกใครไว้ก่อนล่วงหน้า การปรับตัวทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และมีอารมณ์เศร้า การกระทำซ้ำจะเกิดอีกในระยะเวลา 3 วัน, 1 เดือน, 2 เดือน, 1 ปี 2 เดือน และ 1 ปี 6 เดือน ซึ่งสนับสนุนการวิจัยของสมภพ เรืองตระกูล (2518) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4.8 พยายามอัตวินิบาตกรรมซ้ำอีกในเวลา 10 เดือนต่อมา และอุมาพร ตรังสมบัติ (2536) ศึกษาติดตามผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่พยายามอัตวินิบาตกรรมพบว่า ผู้ป่วยจะกระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำอีกและมีอัตราเสี่ยงสูงในช่วง 2 ปีแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนในต่างประเทศการศึกษาของ Jan Fawcett และคณะ (1991) พบว่าร้อยละ 3.0 (32 ราย) จะกระทำอัตวินิบาตกรรมสำเร็จในเวลาต่อมา โดยร้อยละ 41 กระทำใน 1 ปีแรกและ

ร้อยละ 59 กระทำในเวลา 2-10 ปีต่อมา ดังนั้นการอัตรวินิบัติกรรมซ้ำจึงเป็นสิ่งที่ควรจะต้องป้องกันได้ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยพยายามอัตรวินิบัติกรรมที่ทำการการศึกษา เนื่องจากจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการอัตรวินิบัติกรรม จึงควรติดตามประเมินผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อทราบแนวโน้มในการอัตรวินิบัติกรรมซ้ำ และหาทางป้องกันช่วยเหลือต่อไป และจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กระทำอัตรวินิบัติกรรมซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเกี่ยวกับสภาพจิตใจภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย คือ มีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 86.1 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างมากขึ้น อันดับรองลงมา คือ อาการคงเดิม คิดเป็นร้อยละ 11.1 เนื่องจากปัญหาต่าง ๆ ยังคงอยู่และไม่สามารถขจัดออกไปได้แต่ผู้ป่วยพยายามทำใจให้ยอมรับกับปัญหาได้มากขึ้น หรือสามารถปลงได้ อันดับสุดท้ายคือ สภาพจิตใจแย่งลงภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 เนื่องจากสามัคคีตศกเพราะเสพยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยต้องทำงานเลี้ยงดูบุตรอายุ 1 ปีแต่เพียงผู้เดียวทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำงานได้ช้าและลดน้อยลง และไม่มีคนอยากจ้างผู้ป่วยทำงานเพราะต้องนำบุตรไปด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ทำมาหากินไม่ได้ไม่มีใครช่วยเหลือ และเป็นห่วงบุตรมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Keith Hawton และคณะ (1982) พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นร้อยละ 66 มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 32 มีอาการคงเดิม และร้อยละ 2 มีจำนวน 1 ราย อาการแย่งลง ซึ่งสมควรได้ศึกษาติดตามดูการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีอาการคงเดิม และแย่งลง เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขาดการรักษาไม่มาติดตามผลการรักษา คิดเป็นร้อยละ 69.4 เนื่องจากคิดว่าอาการหายดีแล้ว, บ้านอยู่ไกลไม่สะดวกในการเดินทางมาที่โรงพยาบาล, ต้องทำงาน, ช้เกียจมา และแพทย์ไม่นัดอีก เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 30.6 เนื่องจากคิดว่าอาการยังไม่หายดีและมาตามแพทย์นัด ซึ่งบางรายเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านโรคทางจิตเวชต้องติดตามการรักษาแบบใกล้ชิดและต่อเนื่อง และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น ประมาณ 1 ถึง 3 วัน แสดงว่าผู้ป่วยคงไม่มีอาการที่รุนแรงมาก ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีความคิดว่าปลอดภัยดีแล้ว จึงไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล หรือหนี

กลับบ้าน บางรายไม่สมัครใจพบจิตแพทย์หรือไม่มาติดตามการรักษากับคลินิกจิตเวช แสดงว่า ผู้ป่วยและญาติค่านึงถึงปัจจัยทางด้านจิตใจค่อนข้างน้อยกว่าอาการทางร่างกายมาก จากการศึกษาของ Barry D.Garfinkel และคณะ (1982) พบว่า ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมร้อยละ 15.6 ที่แพทย์จำหน่ายโดยไม่นัดติดตามการรักษาต่อ ร้อยละ 22.3 ให้คำแนะนำมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกต่อเมื่อมีอาการ และจากการศึกษาของ Keith Hawton และคณะ (1982) พบว่า จากการติดตามผู้ป่วยอัตวินิบาตกรรมใน 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 69 สามารถแก้ปัญหาได้หรืออาการดีขึ้น เช่น ปัญหาติดสุราร้อยละ 88, ปัญหาเรื่องเพื่อน ร้อยละ 88 และปัญหาการเงิน ร้อยละ 75 ในขณะที่ปัญหาทางจิตใจให้ผลที่ค่อนข้างไม่ดี คือร้อยละ 80 ยังคงอาการไม่เปลี่ยนแปลงหรือแย่ลง และจากการติดตามในเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วย 7 ราย กระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำ โดยที่ 5 ราย กระทำอัตวินิบาตกรรม ซ้ำในช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรติดตามผลการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีค่ายิ่งไปอย่างน่าเสียดาย

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวทางจิตสังคม และการทดสอบสมมติฐานจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมได้ในระดับต่ำ ซึ่งถือว่ามีปัญหาในการปรับตัว คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.9 ส่วนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.8 ส่วนการปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่างทั้งในและนอกบ้าน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทำได้ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ การปรับตัวได้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.9 ส่วนการปรับตัวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.6 ซึ่งถ้าพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางสังคมได้ในระดับต่ำ ซึ่งถือว่ามีปัญหาการปรับตัวทางสังคม แตกต่างจากผลการศึกษาของ Nancy C. Andreasen และ Paul R.Hoenk (1982) ที่ทำการศึกษติดตามผู้ป่วยวัยรุ่นและ

วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการปรับตัว จำนวน 100 ราย ของ
 โรงพยาบาล IOWA ในช่วง 5 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า
 ผู้ป่วยวัยรุ่น 44% และผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ 71% มีสุขภาพดีและไม่มีปัญหาใด ๆ และ
 จากอีกการศึกษาหนึ่ง ทำการติดตามผู้ป่วยพยายามอดวินิบัติกรรมภายหลังจากจำหน่าย
 ออกจากโรงพยาบาล เช่นเดียวกัน พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในด้าน
 ปัญหาทางสังคม และอาการทางจิตเวช เนื่องจากได้รับความเห็นอกเห็นใจ และ
 พัฒนาความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นมากขึ้น (Comprehensive Textbook VI,
 1991) ซึ่งผลการศึกษาดังนี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ว่า ผู้ป่วยภายหลังจากพยายาม
 อดวินิบัติกรรมส่วนใหญ่ยังมีปัญหาที่ต้องประสบในชีวิต ปัจจุบันจำนวน 27 ราย ซึ่ง
 ในจำนวนนี้เป็นปัญหาเดิม ที่เป็นเหตุให้กระทำการพยายามอดวินิบัติกรรมในครั้งที่
 ศึกษาและยังไม่สามารถจัดการแก้ไขได้จำนวน 20 ราย และส่วนใหญ่อารมณ์เศร้า
 แต่ความมีสติ ความยังคิดและความเป็นผู้ใหญ่ก็มีมากขึ้นด้วย ส่วนในผู้ป่วยที่พบเป็น
 จำนวนน้อยที่มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม พบว่าผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นเพศชาย อายุ 59
 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 และติดสุราต้องรับประทานยาเป็นประจำปัญหาที่ผู้ป่วยประสบคือ ภรรยาและบุตรชาย
 2 คน ไม่พูดด้วย ทั้ง ๆ ที่อยู่บ้านเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด คิดมาก
 โดดเดี่ยว เหมือนอยู่ตัวคนเดียว เนื่องจากเพื่อนและญาติไม่ได้ติดต่อกันมานานแล้ว
 ขณะนี้มีเพื่อนบ้านเพียงคนเดียวที่พูดคุยกัน แสดงว่าผู้ป่วยรายนี้ขาดแรงสนับสนุนทาง
 สังคม (Social Support System) อย่างมาก โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดใน
 ครอบครัว และการขาดสังคมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับที่ Ronald
 W. Maris (1991) พบว่า 42% ของผู้พยายามอดวินิบัติกรรมจะอยู่คนเดียว และ
 50% ของผู้ที่อดวินิบัติกรรมสำเร็จไม่มีเพื่อนสนิท และถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยรายนี้เกิด
 ภาวะเหล่านี้ต่อไปอีก โดยไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้เกิดการอดวินิบัติกรรม
 สำเร็จได้ ส่วนผู้ป่วยรายอื่นที่มีปัญหาการปรับตัวมักเกิดจากปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต
 ประจำวัน เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์สามีภรรยา ปัญหาความเจ็บป่วย
 ทางกาย เป็นต้น ที่เกิดจากสภาพสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ต้องเร่งรีบ แข่งขัน
 เพื่อการอยู่รอดทำให้ไม่มีเวลาหรือละเลยกิจกรรมบางอย่างไป

การปรับตัวทางจิตใจในด้านอารมณ์เศร้า พบว่า ผู้ป่วยพยายามอดวินิ
 บาตกรรมส่วนใหญ่มีอาการเศร้า ซึ่งถือว่าการปรับตัวทางด้านจิตใจไม่ดี มีจำนวน
 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนผู้ป่วยที่มีการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เศร้า
 ได้ดี มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ซึ่งในช่วงที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
 ของโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 3 ราย และมี
 อารมณ์เศร้า 5 ราย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกละแสร้งและอารมณ์
 เศร้าก่อนพยายามอดวินิบาตกรรมในครั้งนั้นทุกราย แต่อาการมากน้อยแล้วแต่ความ
 ตั้งใจในการพยายามอดวินิบาตกรรม และความรุนแรงของปัญหาที่ประสบในขณะนั้น
 จึงเป็นไปได้ว่าในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาได้ หรือเมื่อ
 ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตอีก ทำให้ยังคงมีอาการเศร้าอยู่ ซึ่งพบว่าการศึกษานี้
 ในปัจจุบันผู้ป่วยยังประสบปัญหาในชีวิตถึง 75% ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าขึ้น ดังที่มี
 ผู้ศึกษาผู้ป่วยพยายามอดวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามัก
 จะมีการ Relapse หรือเกิด Depressive episode ขึ้น (Comprehensive
 Textbook VI, 1991) จากการศึกษาี้ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบสูงถึง
 19.6 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัดสินว่ามีอารมณ์เศร้า คือ 16 คะแนนที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ
 ท่วงเดือน บัณฑิต (2527) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาวิทยาลัยครู
 อุบลราชธานีและวิทยาลัยครูพระนครที่ถือว่า มีสุขภาพจิตปกติ จำนวน 691 ราย กับ
 กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 30 ราย ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 พบว่า นักศึกษาที่มีสุขภาพจิตปกติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 19.5 ซึ่งชวัชชัย วงพงศธร,
 วงเดือน บัณฑิต และสมพร เตริยมชัยศรี (2533) ศึกษาคุณลักษณะความตรงของ
 แบบสอวัดความซึมเศร้า CES-D และให้ข้อคิดว่าน่าจะเกี่ยวข้องถึงปัจจัย 2
 ประการ คือ ประการแรก ช่วงระยะเวลาในแบบสอวัดที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
 เหตุการณ์ที่เกิดเฉพาะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาที่สั้น
 เกินไป เพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจเกิดเฉพาะภายในช่วงสัปดาห์ที่ใช้แบบสอวัด
 พอดีแต่ในสัปดาห์ก่อนหน้านั้นไม่มีอาการ หรือไม่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความซึมเศร้า
 เลยก็ได้ ประการที่สอง คะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินอาจต่ำเกินไป ซึ่งเกณฑ์คะแนน
 ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปที่ใช้กับคนอเมริกัน อาจไม่เหมาะสมกับคนไทย จากการ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเองของผู้วิจัย พบว่า จากประวัติและปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เข้าได้กับอาการเส้ร่าที่พบ แต่จากบุคลิกภาพภายนอกบางรายไม่สามารถทราบได้จากลักษณะทางคลินิก อาจเนื่องจากบุคลิกภาพของคนไทยมักจะซ่อนความรู้สึกไว้เบื้องหลังรอยยิ้ม หรืออาการเส้ร่าอาจปรากฏในลักษณะอาการทางกาย ซึ่งไม่ปรากฏชัดในระหว่างระยะเวลาของการสัมภาษณ์ทำให้ยากแก่การวินิจฉัยความรู้สึกซึมเส้ร่าของคนไทยได้จากอาการทางคลินิก ดังนั้นภาวะซึมเส้ร่าในผู้ป่วยที่มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงควรเป็นสิ่งที่ควรจะนำมาพิจารณากับปัญหาที่ประสบในขณะนี้ของผู้ป่วย เพื่อประเมินความรุนแรง ให้การป้องกันการอัตวินิบาตกรรมซ้ำต่อไป ดังที่สรยุทธ วาสิกนานนท์ (2527) กล่าวว่า ผู้ที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จและผู้ที่ยยายามอัตวินิบาตกรรม ส่วนใหญ่จะมีโรคซึมเส้ร่าอยู่ สอดคล้องกับที่ Ronald W. Maris (1991) พบว่า 15% ของผู้ที่มีอาการซึมเส้ร่าจะอัตวินิบาตกรรมสำเร็จ และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้อัตวินิบาตกรรมจะมีความซึมเส้ร่ามาก่อน นอกจากนี้ยังพบว่า ความซึมเส้ร่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายซ้ำในเด็ก (อุมาพร คริ่งคสมบัติ, 2536)

การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมและการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เส้ร่าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำและเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7) แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และจากผลการวิจัย พบว่า ผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปรับตัวทางสังคมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากการกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ทางสังคม เช่น การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และการเข้าสังคม เป็นสิ่งที่ทุกคนทำเป็นประจำ และเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามสภาพของบุคคล และเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงของสภาพสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดปัญหาการปรับตัวทางสังคม แต่ภาวะเร่รังrieb แข่งขันแก่งแย่ง เพื่อความอยู่รอด และสภาพสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่งลง ทำให้ก่อปัญหาความเครียด ความกดดัน และความซึมเส้ร่าขึ้นในจิตใจ ซึ่งอาจแสดง

อาการให้เห็นหรือไม่แล้วแต่ความสามารถในการจัดการกับปัญหา การใช้กลไกทางจิต และระบบการช่วยเหลือค้ำจุนทางสังคม (Social Support System) ของแต่ละคน จึงเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมได้ดีกว่าการปรับตัวทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nancy C. Andreasen และ Paul R. Hoenk (1982) ที่ติดตามศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีปัญหาการปรับตัวในเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่น (44%) และผู้ป่วยผู้ใหญ่ (71%) มีสุขภาพดี และพบว่าวัยรุ่นจำนวน 7 ราย ซึ่งเคยปกติแต่กลับมีปัญหาทางจิตเวช คือ เป็นโรคซึมเศร้า 4 ราย เป็นโรคซึมเศร้าและติดสุรา 1 ราย และติดสุราและติดยาเสพติด 2 ราย ซึ่งทำให้น่าติดตามในผู้ป่วยที่มีปัญหาการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เศร้าต่อไปเพื่อให้การช่วยเหลือป้องกัน ส่วนการปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่าง และการปรับตัวทางจิตใจด้านอารมณ์เศร้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก และเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามอย่างไม่น่าสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8) เนื่องจากความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เกิดขึ้นน้อยมาก (ค่า r เกือบเป็น 0) จึงถือได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวัง ของสังคมในกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าและกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้า พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย คือ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอารมณ์เศร้า มีการปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเกี่ยวกับการเข้าสังคม ส่วนด้านเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าทั้งหมดมีจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี (11 ราย) เช่นทะเลาะกันบ่อยกับบุคคลในครอบครัว ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอารมณ์เศร้า ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 16 ราย มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดีเพียง 1 ราย คือ ไม่เข้าใจกันกับมารดา นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้า พบอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายด้านจิตใจ และการใช้สารหรือยาเสพติด เช่น ยานอนหลับ บุหรี่ เหล้า และปัญหาต่าง ๆ ที่พบซึ่งจะมีจำนวนปัญหามากกว่า รุนแรงกว่า และมีประสบการณ์ปัญหาหลาย

ด้านร่วมกัน มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอารมณ์เศร้า ส่วนวิธีแก้ไขเมื่อมีปัญหา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้วิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง เก็บไปคิดคนเดียว ปรีกษาหรือระบายกับผู้อื่นและทำงานอดิเรก ได้ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้ามักมีความรู้สึกต่อชีวิตในขณะนี้ว่าเฉย ๆ 7 ราย, ไม่มีความสุข 3 ราย, มีทั้งความสุขและความทุกข์สลับกัน 2 ราย และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าเลย 1 ราย ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้าตอบว่าเฉย ๆ จำนวน 5 ราย ที่เหลืออีก 11 ราย ตอบว่ามีความสุข อาการป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้ามักมีอาการคงเดิม จำนวน 4 ราย อาการขึ้น ๆ ลง ๆ 1 ราย และอาการแยกลง 1 ราย รวมทั้งยังมีความคิดอัตวินิบาตกรรมอีก จำนวน 3 ราย ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้าพบว่า อาการดีขึ้นและไม่พบว่ามีความคิดอัตวินิบาตกรรมอีก แสดงว่าในผู้ป่วย 3 ราย ดังกล่าวมีความเครียดต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เผชิญในชีวิตและมีอารมณ์เศร้ามาก และมีความเสี่ยงสูงต่อการอัตวินิบาตกรรมซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งในผู้ป่วยอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีการ Relapse และเกิด Depressive episode ขึ้น (Comprehensive Textbook VI, 1991) และนอกจากนี้ Ronald W. Maris (1991) พบว่า 15% ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามักจะอัตวินิบาตกรรมสำเร็จ และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้อัตวินิบาตกรรมจะมีความซึมเศร้ามาก่อน และจากการศึกษาของจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่า ผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่ศึกษา 78% มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีอาการเด่นชัดที่สุดในกลุ่มอาการของอารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง ควรให้ความสนใจติดตามอาการของผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามกลุ่มนี้ว่าสามารถปรับตัว และจัดการแก้ไขต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด ความขัดแย้งใจและอาจทำให้เกิดความหมดหวังต่อชีวิต จนกระทั่งใช้วิธีอัตวินิบาตกรรมเป็นทางออกของปัญหาอีกได้ เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือต่อไป

การปรับตัวทางสังคมด้านการทำกิจกรรมในเวลาว่าง ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าและกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้า พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจกรรมในเวลาว่างใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้าและไม่มีอารมณ์เศร้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมจำนวนมากขึ้น และใช้ระยะเวลาติดตามนานขึ้น โดยใช้ Active Intervention คือ ศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อไม่ให้ขาดการติดต่อ ทั้งวิธีการติดต่อทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน
2. ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม กับความคาดหวังของญาติ ทั้งก่อนและหลังการกระทำอัตวินิบาตกรรม
3. ศึกษาการปรับตัวทางจิตใจในด้านความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม เปรียบเทียบกับกลุ่มคนปกติ หรือในกลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป เพราะความรู้สึกสิ้นหวังเป็นหนึ่งในการบ่งชี้ระยะยาวของความเสี่ยงต่อการอัตวินิบาตกรรม
4. ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มเสี่ยงกลุ่มอื่น เช่น ในผู้ป่วย Alcoholism, Schizophrenia เป็นต้น
5. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการอัตวินิบาตกรรม ในกลุ่มที่กระทำการอัตวินิบาตกรรมซ้ำ กับกลุ่มที่ไม่กระทำการอัตวินิบาตกรรมซ้ำ
6. นำกลุ่มที่พบว่ามีการกระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำ หรือกลุ่มที่ยังมีปัญหาในการดำเนินชีวิตมาศึกษาในทางลึก (Indept Interview) เพื่อนำไปค้นหาสาเหตุที่แท้จริง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวางแนวทางป้องกันแก้ไขการอัตวินิบาตกรรมต่อไป
7. ศึกษาติดตามพฤติกรรมการอัตวินิบาตกรรมของผู้ป่วยในระยะยาว (Longitudinal study) ตั้งแต่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แล้วติดตามดูอาการในระยะเวลาดำเนินมา