

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายาม
อัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวม
รายละเอียดในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดหัวข้อที่ศึกษาตามลำดับ
คือ

1. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการอัตวินิบาตกรรม
2. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการพยายามอัตวินิบาตกรรม
3. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัว

ซึ่งมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการอัตวินิบาตกรรม

กล่าวถึงลักษณะโดยทั่วไปของการอัตวินิบาตกรรม ซึ่งมีดังต่อไปนี้

2.1.1 ความหมายของการอัตวินิบาตกรรม

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "อัตวินิบาตกรรม" ไว้แตกต่างกันดังนี้

พิรา ศุภรัตน์ (2520) อธิบายว่า "อัตวินิบาตกรรม" เป็นคำ
ผสมมาจากคำว่า อุตต (Sui) แปลว่า ตนหรือตนเอง (Self)
วินิบาต (Cide) แปลว่า การทำลาย, การฆ่า (Murder)
กรรม แปลว่า การกระทำ

ฉะนั้น อัตวินิบาตกรรม จึงแปลว่า "การกระทำอันเป็นการทำลาย
ตนเอง"

จำลอง ดิษขณิษ (2520) อธิบายว่า อัตวินิบาตกรรมเป็นภาวะถูกเงินทางจิตเวชที่พบได้บ่อยอย่างหนึ่ง หมายถึง การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ใช้ปืนยิง กระโดดตึก กระโดดน้ำ กินยาพิษหรือยานอนหลับ แขนวคอบ เปิดแก๊สพิษ เป็นต้น

สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2527) อธิบายว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการทำร้ายร่างกาย และเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเองโดยความตั้งใจ โดยมีปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตใจและสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในเหตุการณ์ชีวิตอย่างฉับพลัน เป็นสิ่งส่งเสริมพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

วิชราภรณ์ อภิวัชรางกูล (2535) สรุปความหมายของอัตวินิบาตกรรมว่า เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่กระทำโดยมีจุดประสงค์ที่จะกระทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้น อาจเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำทางอ้อมอันมีผลให้ชีวิตสิ้นสุดลง การกระทำดังกล่าวมีทั้งที่วางแผนไว้ล่วงหน้าและไม่ได้วางแผนล่วงหน้า แต่เป็นการตัดสินใจกะทันหันในการทำลายชีวิตตนเอง

Encyclopaedia Americana (1981; อ้างใน ประทีป มากมิตร, 2529) ได้ให้ความหมายว่า "อัตวินิบาตกรรม" ก็คือ การกระทำที่ผู้กระทำมีจุดมุ่งหมายแรกคือตั้งใจและเจตนาที่พรวดชีวิตตนเอง

Edwin Shneidman (อ้างใน Comprehensive Textbook VI, 1991) บรรยายคำว่า "อัตวินิบาตกรรม" ว่าเป็นการทำลายตัวเองโดยรู้สึกตัว โดยบุคคลที่เข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างหมดหวังและการทำลายตัวเองเป็นการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า การอัตวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำลายชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจและอยู่ในภาวะของการรู้สึกตัว โดยกระทำด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งโดยทางตรงหรือทางอ้อม

2.1.2 อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของการอัตวินิบาตกรรมจะแตกต่างกันไป เนื่องจากความแตกต่างทางสังคม เศรษฐฐานะ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ จากการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่า อัตราการอัตวินิบาตกรรมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (1974) รายงานอัตราการอัตวินิบาตกรรมในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่าประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ ประเทศฮังการี ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึง 48.3 คนต่อประชากรแสนคน รองลงไปได้แก่ฟินแลนด์ ออสเตรเลีย ตามลำดับ ส่วนประเทศที่มีอุบัติการณ์ต่ำสุด ได้แก่ ประเทศมอลต้า ซึ่งมีอุบัติการณ์ 1.9 คนต่อประชากรแสนคน รวมแล้วทั่วโลก มีผู้ฆ่าตัวตายเป็นจำนวนถึงกว่า 5 แสนคนต่อปี

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมีประมาณ 30,000 คน ตายจากการอัตวินิบาตกรรมสำเร็จซึ่งจะพบการพยายามอัตวินิบาตกรรมประมาณ 8-10 เท่า ของจำนวนนี้ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหายไป จากการรายงานสาเหตุการตายที่แท้จริง อุบัติเหตุที่ไม่ได้พิจารณาสาเหตุการตายอย่างถี่ถ้วน และที่เรียกว่า "การอัตวินิบาตกรรมแบบเรื้อรัง" เช่น การตายจากโรคพิษสุราเรื้อรัง ยาเสพติดและการไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคทางอายุรกรรมบางโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าในช่วงระหว่างปี 1970-1980 จะมีผู้อัตวินิบาตกรรม 230,000 คน หรือประมาณ 1 คนทุก 20 นาที หรือ 75 คนต่อวัน อัตราการอัตวินิบาตกรรมสูงขึ้นเป็นเวลาหลายปี โดยอัตราการอัตวินิบาตกรรมในปี 1970 คือ 11.6 คนต่อแสนคน ปี 1980 11.9 คนต่อแสนคน และในปี 1985 12.5 คนต่อแสนคน ซึ่งในปี 1977 สูงสุด คือ 13.3 คนต่อแสนคน ปัจจุบันการอัตวินิบาตกรรมจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 8 รองจาก

โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อัมพาต อุบัติเหตุ โรคปอดบวม โรคเบาหวาน และโรคตับแข็ง ส่วนในประเทศอุตสาหกรรมอื่นรายงานว่า อัตราการอัศวินิบัติกรรมพบในอัตราสูงมากกว่า 25 คนต่อแสนคน ในประเทศสแกนดิเนเวีย สวิสเซอร์แลนด์ เยอรมันตะวันตก ออสเตรเลีย ประเทศในยุโรปตะวันตกและญี่ปุ่น ส่วนในบางประเทศจะมีอัตราการอัศวินิบัติกรรมต่ำกว่า 10 คนต่อแสนคน ในประเทศสเปน อิตาลี ไอร์แลนด์ อียิปต์ และเนเธอร์แลนด์

ในประเทศไทย สมพร บุขราทิจ (2517) สํารวจจากใบมรณบัตร ร้อยละ 3 ของการตาย พบว่าอัตราการตายของคนไทยในปี พ.ศ. 2517 ต่อประชากรแสนคนต่อปี เท่ากับ 15 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าสถิติของกองสถิติสาธารณสุขในปีเดียวกัน คือ 5.0 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และวิสุทธิ์ กิตติวัฒน์ (2529) ศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายจากสถาบันนิติเวชวิทยา และสำนวนการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายจากโรงพยาบาลใหญ่ 4 แห่ง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจาก 7.85 ต่อแสนในปี พ.ศ. 2517 มาเป็น 8.61 ในปี พ.ศ. 2527 และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายปีละไม่ต่ำกว่า 700 ราย เฉลี่ยแล้วมีผู้คิดทําลายชีวิตตนเองอย่างน้อยวันละ 3 ราย

สุดสบาย จุลกัทัพพะ (2536) ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี 2533 จากใบมรณบัตรที่เก็บบันทึกในรูปแบบของคอมพิวเตอร์และไมโครฟิล์ม จากสำนักงานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยที่ให้สาเหตุของการตายเป็นการฆ่าตัวตาย จำนวน 3,323 ราย พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย 5.9 ต่อประชากรแสนคน และการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของการตายทั้งหมดทั่วประเทศ

จากที่กล่าวมาจึงเชื่อว่า สถิติการอัตวินิบาตกรรมที่พบต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาจถูกปิดบังหรือกลบเกลื่อน โดยถือว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย และเสียศักดิ์ศรี และมรณกรรมของบางคนพิสูจน์ไม่ได้ว่า เป็นอุบัติเหตุหรือการทำอัตวินิบาตกรรม

2.1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการอัตวินิบาตกรรม

มีผู้ศึกษา และอธิบายเกี่ยวกับการกระทำอัตวินิบาตกรรมไว้หลายท่าน ซึ่งพอจะแบ่งกว้าง ๆ ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ปัจจัยทางด้านสังคม (Sociological Factors)

Emile Durkheim เป็นคนแรกที่ศึกษาในเรื่องนี้ และสรุปว่าปัจจัยทางสังคมมีบทบาทมาก และแบ่งการกระทำอัตวินิบาตกรรมเป็น 3 แบบ คือ

(1) Egoistic Suicide หมายถึงการอัตวินิบาตกรรมที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือสังคม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่อธิบายว่าทำไมคนโสดจึงพบว่าการอัตวินิบาตกรรมมากกว่าคนที่สมรสแล้ว และทำไมคู่สามีภรรยาที่มีบุตรแล้วจึงเป็นกลุ่มที่พบว่ามีอัตวินิบาตกรรมน้อยกว่ากลุ่มสถานภาพสมรสอื่น ๆ ในสังคมชนบทมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันดีมากกว่าสังคมเมือง จึงพบว่าการอัตวินิบาตกรรมน้อยกว่า ในลักษณะเดียวกัน ผู้นับถือศาสนาคริสต์ นิกายโปรเตสแตนต์จะมีความผูกพันกันทางศาสนาน้อยกว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์ นิกายคาทอลิก ดังนั้นจึงพบอัตราการอัตวินิบาตกรรมได้สูงกว่า

(2) Altruistic Suicide หมายถึงการอัตวินิบาตกรรมที่เกิดจากการมีความสัมพันธ์ในสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป เป็นการทาลายชีวิตของตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น พลังงานที่ใช้ในการทาลายตนเองนั้นเกิดจากความมีเหตุผลและตั้งใจจริง กระทำโดยจิตสำนึกของตน เพื่อหน้าที่การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง เช่น นักบินหน่วยคามิกาเซ่ของชาวญี่ปุ่นในสมัยโบราณ ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติอย่างสูง และพระเวียดนามเผาตัวเองในปลาย พ.ศ. 2503 หรือต้น พ.ศ. 2513 ในสมัยสงครามเวียดนาม เป็นต้น

(3) Anomic Suicide หมายถึงการอัตวินิบาตกรรมที่เกิดจากการเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอย่างสูง หรือการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เศรษฐฐานะ มักจะเกิดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรืออย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถทนต่อสภาพที่ต้องสูญเสียสถานะในสังคม เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอย่างกะทันหัน ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ และการล้มละลาย เป็นต้น

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors)

Freud เชื่อว่าคนที่กระทำอัตวินิบาตกรรมมีสัญชาตญาณแห่งความตายต่อตนเองอยู่แล้ว พื้นฐานของคนพวกนี้มักมีความรุนแรง ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์หรือบุคคลที่ต้องสูญเสีย จะมีความโกรธต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายความโกรธนี้จะพุ่งเข้าหาตนเอง (introjection) กลายเป็นความโกรธเกลียด และลงโทษตนเอง จึงตัดสินใจฆ่าตัวตาย

ในเวลาต่อมา Meninger สร้างทฤษฎีตามแนวความเชื่อของ فروยด์ กล่าวว่า "การฆ่าตัวตายเป็นการฆาตกรรมตนเอง" (Self-Murder) และเกิดจากองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

(1) ความต้องการที่จะฆ่า (The wish to kill) เป็นแรงกระตุ้นที่ขับมาจากความก้าวร้าวโดยที่บุคคลกระทำตนเป็นสิ่งภายนอก ซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่าและแรงกระตุ้นที่ขับออกมานั้นทำให้เกิดความต้องการที่จะฆ่าตนเอง

(2) ความต้องการที่จะถูกฆ่า (The wish to be killed) เป็นการยอมจำนนต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงที่สุด คือ ความตาย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข เกิดจากสัญชาตญาณความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึกและความสำนึกผิด การที่ตนได้รับความเจ็บปวดไปจนถึงความตาย ทำให้จิตไร้สำนึกได้รับความพอใจ

(3) ความต้องการที่จะตาย (The wish to be die) สาเหตุข้อนี้มีสมมุติฐานว่าผู้ที่อัตวินิบาตกรรม ต้องการที่จะเปลี่ยนจิตใจเสียใหม่ โดยมีความเข้าใจว่าความตายเป็นการหนีไปเสียเพื่อจะได้กลับมาใหม่และความแตกต่างระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกในความต้องการตายและไม่ต้องการตาย เป็นผลให้

เกิดความขัดแย้ง อันนำไปสู่การอัตวินิบาตกรรม

ตามทฤษฎีใหม่ ๆ ในปัจจุบัน นักวิจัยเกี่ยวกับการอัตวินิบาตกรรมไม่เห็นด้วยที่ว่า กระบวนการทางจิตหรือโครงสร้างของบุคลิกภาพที่เฉพาะเจาะจงมีความสัมพันธ์กับการอัตวินิบาตกรรม และได้เสนอแนะว่าสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการทางจิตได้จากผู้ป่วยอัตวินิบาตกรรมจากการสร้างมโนภาพต่างๆ ของเขาต่อสิ่งซึ่งอาจจะเกิดขึ้น และสิ่งซึ่งจะเกิดเป็นลำดับต่อไปอีก ถ้าเขาเจตนาอัตวินิบาตกรรม การสร้างมโนภาพต่าง ๆ มักจะเกี่ยวกับการแก้แค้น การมีพลังอำนาจ การควบคุม การลงโทษ เพื่อเป็นการชดใช้ เพื่อหลบหนีหรือเพื่อให้หลับ เพื่อให้ช่วยชีวิต เพื่อไปเกิดใหม่ เพื่อไปอยู่กับคนที่ตายไปแล้ว หรือเพื่อการมีชีวิตใหม่ ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียของที่ตนเองรัก หรือการบาดเจ็บจากความคิดเข้าข้างตนเอง และในผู้ป่วยซึ่งมีประสบการณ์ของอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง และรู้สึกสำนึกผิด หรือผู้ที่เลียนแบบการอัตวินิบาตกรรม

3) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Physiological Factors)

(1) กรรมพันธุ์ (Genetics) มีหลายการศึกษาพบว่า การอัตวินิบาตกรรมมีแนวโน้มที่จะพบได้ในครอบครัวที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับการอัตวินิบาตกรรมมากกว่าครอบครัวที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน และมีการศึกษาหนึ่งพบว่า ความเสี่ยงของการอัตวินิบาตกรรมในญาติลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวช พบเป็น 8 เท่าของญาติลำดับแรกในกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช และนอกจากนี้ความเสี่ยงของการอัตวินิบาตกรรมในญาติลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จ พบว่าเป็น 4 เท่าของญาติลำดับแรกของผู้ป่วยที่ไม่มีการอัตวินิบาตกรรม โดยเฉพาะในวัยรุ่น พบว่าสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอัตวินิบาตกรรมสำเร็จมักเกิดจากการเลียนแบบ เพื่อใช้การอัตวินิบาตกรรมเป็นทางออกของปัญหา เมื่อเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างรุนแรงจนไม่สามารถที่จะทนได้อีกต่อไป

มีการศึกษาหนึ่ง (Comprehensive Textbook VI, 1991) พบว่า ผาแฝดจากไข่ใบเดียวกัน 51 คู่ มี 9 คู่ ที่กระทำการอัตวินิบาตกรรม และไม่มีพบว่ามีผาแฝดจากไข่คนละใบกระทำการอัตวินิบาตกรรม จากการศึกษาในระยะยาวของชุมชนชาว Amish พบว่า 26 ราย ที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จเป็นสมาชิกอยู่ใน

4. ครอบครว และมีประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความผิดปกติทางอารมณ์

(2) สารเคมีในสมอง (Neurochemistry) การขาดสารซีโรโตนิน ซึ่งวัดจากการลดลงของสาร 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) พบในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามอัตวินิบาตกรรม ส่วนผู้ป่วยที่พยายามอัตวินิบาตกรรมด้วยวิธีที่รุนแรง (เช่น ใช้ปืนยิงตัวเอง กระโดดจากที่สูง) พบว่าระดับของ 5-HIAA ในน้ำไขสันหลัง ต่ำกว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่กระทำการอัตวินิบาตกรรม หรือในผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่ใช้วิธีการที่รุนแรงน้อยกว่า เช่น การรับประทานยาเกินขนาด

2.1.4 สาเหตุของอัตวินิบาตกรรม

สาเหตุของการกระทำอัตวินิบาตกรรม มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน มีผู้ศึกษาและอธิบายสาเหตุไว้ดังนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2533) กล่าวว่า การอัตวินิบาตกรรม อาจทำไปด้วยจุดมุ่งหมายและความเชื่อถือต่าง ๆ กัน ดังต่อไปนี้

1. เป็นความเชื่อทางศาสนา เช่น การทรมานตัวเองจนถึงแก่ความตาย
2. เป็นความหลุดพ้นจากความทุกข์ เศร้าห้กรรม หรือความทรมานเพราะความเจ็บปวดเนื่องจากโรคทางกาย
3. มีความรู้สึกไม่สมควรมีชีวิตอยู่ต่อไปเพราะตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ต่อใครอีกแล้ว
4. เพื่อไปเกิดใหม่ มีชีวิตใหม่ด้วยความหวังว่าจะดีกว่าเดิม
5. เป็นการแก้แค้น โดยเชื่อว่าถ้าตนตาย บุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่จะเกิดความรู้สึกเสียใจและเป็นทุกข์ทรมานใจกับการสูญเสีย
6. เป็นการได้ไปอยู่ร่วมกันใหม่ในชาติหน้ากับบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งได้เสียชีวิตไปก่อนหน้านี้อหรือพร้อม ๆ กัน

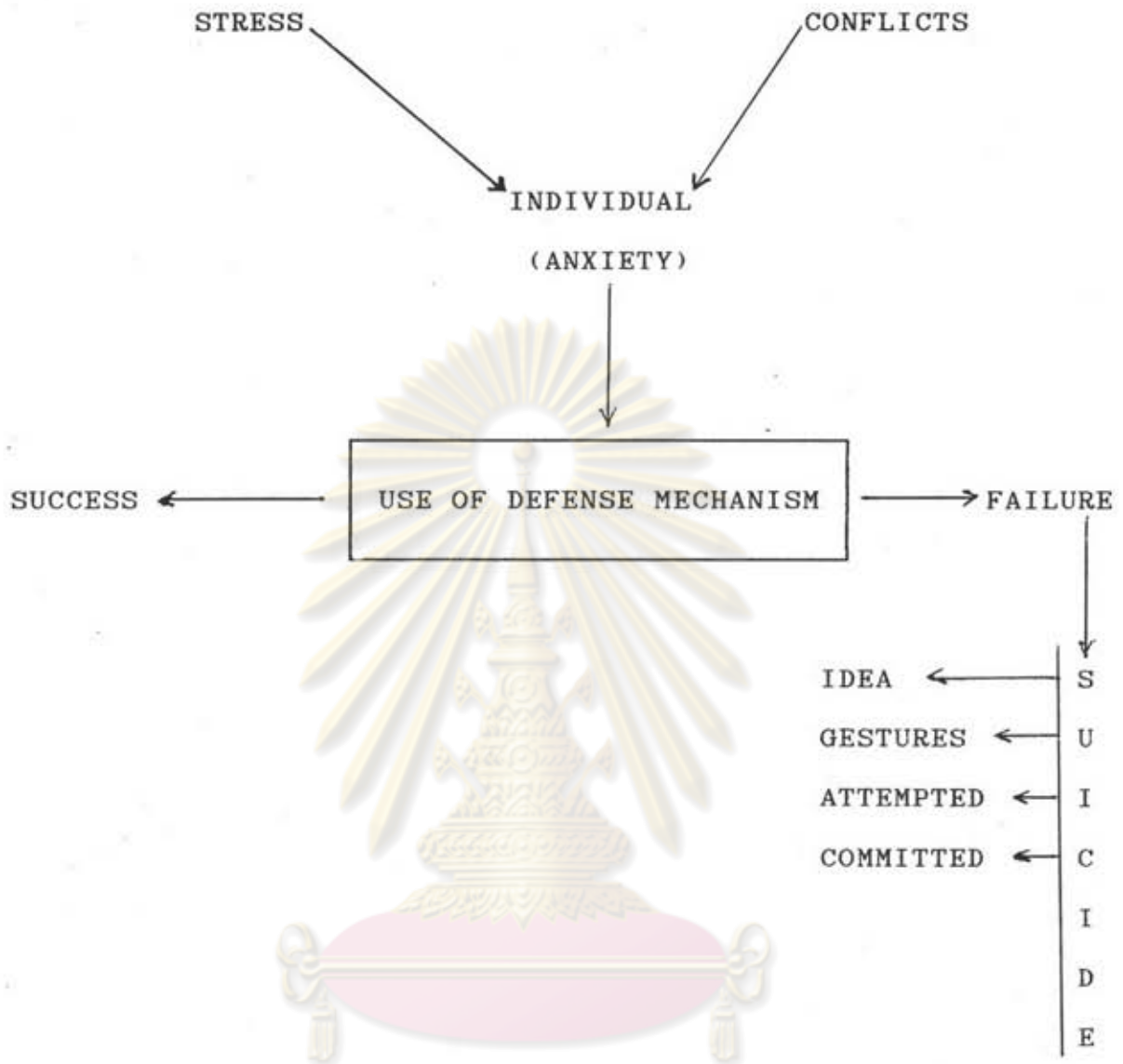
7. เป็นการกระทำของผู้ป่วยโรคจิต เช่น ได้ยินเสียงบอกให้ฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยได้รับพิษจาก LSD ด้วยความหลงผิดคิดว่าตนบินได้ ก็ก้าวออกมาจากหน้าต่างและถึงแก่ความตาย

กล่าวโดยสรุป สาเหตุของการอัตวินิบาตกรรมแบ่งเป็น 3 สาเหตุใหญ่ คือ สาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 105 รายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า สาเหตุกระตุ้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ ปัญหาครอบครัว ชีวิตสมรส และความยากจน ซึ่งตรงกับผลงานการวิจัยของ สุวิทนา อารีพรรค (2522), จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์ (2530) และสาวตรี อักษรศาสตร์ชัย (2530) ส่วนสาเหตุในเด็กที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายคือ การถูกลอบรมสั่งสอน และลงโทษ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2535) และเด็กส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจความหมายของความตายที่แท้จริง ยังหวังว่าจะหนีปัญหาชั่วคราวและเกิดใหม่ได้ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2526)

2.1.5 กลไกของการอัตวินิบาตกรรม

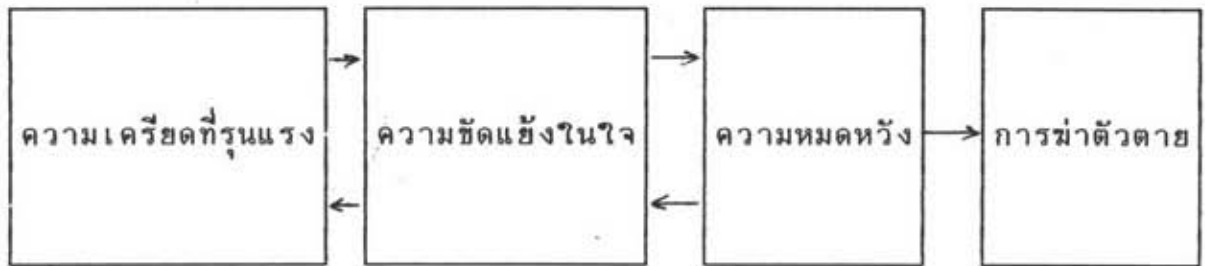
มีผู้อธิบายเกี่ยวกับกลไกของการอัตวินิบาตกรรมไว้หลายท่าน ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (อ้างใน เรณู ประทุมมณี, 2523) กล่าวถึงกลไกพฤติกรรมของผู้ประกอบอัตวินิบาตกรรม ว่าการที่บุคคลพยายามอัตวินิบาตกรรม คือ พฤติกรรมของ "การร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for Help) เพื่อให้ผู้อื่น เข้ามามองนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างเหลือล้น ความคับแค้นใจ และความคับแค้นทางอารมณ์สูงสุดในเหตุการณ์ในชีวิต ต้องการความอบอุ่นทางใจ ต้องการผู้รับฟังความทุกข์ยาก ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะพยายามอัตวินิบาตกรรมโดยวิธีที่รุนแรงขึ้น ถ้ามีผู้ให้ความช่วยเหลือไว้ได้ทันทีจะไม่ถึงขั้นอัตวินิบาตกรรมจริง แต่ถ้าล้มเหลวก็จะอัตวินิบาตกรรมสำเร็จ ดังแผนภาพข้างล่างนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร

นอกจากนี้จิตแพทย์ผู้มีชื่อเสียงระดับโลก 3 ท่าน คือ คาร์ล กุสตาฟ จุง แอริค แอริคสัน และโรเบิร์ต บัทเลอร์ (อ้างในศรีเวื่อน แก้วกิ่งवाल, 2529) ได้แสดงมติว่า ความเครียดระดับรุนแรงที่เกิดจากข้อขัดแย้งในใจ ซึ่งหาทางแก้ไม่ได้ (Unresolved Conflicts) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Depress) หรือภาวะซึมเศร้าแอบแฝง (Masked Depression) ก็ได้ ภาวะนี้มักจะเกิดควบคู่กันหรือต่อเนื่องกันกับภาวะหมดหวังในตนเอง ในผู้อื่นและในสังคม เมื่อมากๆ เข้า คนก็เกิดอารมณ์อยากฆ่าตัวตายจนถึงกับฆ่าตัวตายได้ ดังแผนภาพ



2.1.6 ประเภทของอัตวินิบาตกรรม

มีผู้แบ่งประเภทของอัตวินิบาตกรรมไว้ ซึ่งพอจะนำมากล่าวได้ดังต่อไปนี้

สุวิทนา อารีพรรค (2524) แบ่งการฆ่าตัวตายตามความรุนแรงและความตั้งใจในการกระทำเป็น 3 ชนิด คือ

- 1) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicide) หมายถึง การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลให้ผู้กระทำเสียชีวิต
- 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempt) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะตาย
- 3) การแสวงงกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicidal Gesture) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจน้อย หรือไม่มีความตั้งใจจริงที่จะตาย

Kramer และคณะ (1982, อ้างใน วิชากรณ์ อภิวัชรางกูล, 2535) ทำการรวบรวมและแบ่งประเภทของอัตวินิบาตกรรมออกกว้าง ๆ ดังนี้

- 1) Intentional Suicide เป็นการอัตวินิบาตกรรมอย่างตั้งใจจริง เป็นการฆ่าร้ายตัวเองในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี
- 2) Psychotic Suicide เป็นการกระทำใด ๆ ที่ไม่ถึงแก่ความตาย เช่น การตัดอวัยวะส่วนที่ไม่ดีออกจากร่างกาย

- 3) Automatization Suicide เป็นการกระทำ
อัตวินิบาตกรรมขณะปราศจากความรู้สึก เช่น ผู้ที่รับประทานยานอนหลับ แล้วกระทำ
สิ่งใด ๆ โดยไม่มีสติที่จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- 4) Chronic Suicide เป็นพวกที่อยู่โดยการทำร้ายตัวเองมา
เป็นระยะเวลาานาน เช่น พวกที่ใช้สารต่าง ๆ ในทางที่ผิด ดื่มสุราเรื้อรังทั้ง ๆ ที่
เป็นโรคตับ
- 5) Manipulation Suicide เป็นการกระทำวิธีต่าง ๆ เพื่อ
แสดงความตั้งใจจริงในการเตือน หรือร้องขอความช่วยเหลือ เช่น การกรีดข้อมือ
- 6) Accidental Suicide เป็นการพยายามกระทำสิ่งใด ๆ
แล้วมีผลตรงกันข้ามและถึงแก่ความตายไปในที่สุด เช่น คู่สมรสกลับมาช้ากว่าปกติ
ทำให้ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทัน
- 7) Neglect Suicide เป็นอัตวินิบาตกรรมเนื่องจากละเลย
เอาใจใส่สุขภาพตัวเอง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่เอาใจใส่ต่อคำแนะนำของแพทย์
- 8) Probability Suicide เป็นพวกที่ดำรงชีวิตด้วยการ
เสี่ยงโชค เช่น นักแข่งรถ
- 9) Self-Destructive Suicide เป็นพวกที่ชอบทำร้าย
ตัวเอง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จัด
- 10) Suicidal Threats เป็นพวกที่ชอบขู่จะฆ่าตัวตาย แต่
ไม่เคยมีความตั้งใจที่จะกระทำ
- 11) Suicidal Thinking เป็นพวกที่คิดถึงการฆ่าตัวตายบ่อยๆ
แต่ไม่เคยพูดถึงหรือกระทำจริง ๆ
- 12) Test Suicide เป็นผู้ที่ทำแบบทดสอบแล้วมีปฏิกิริยาต่อการ
ทดสอบในเรื่องที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เช่น MMPI เป็นแบบทดสอบหนึ่งในการวัด
แนวโน้มของการฆ่าตัวตาย

และจากการศึกษาของ E.S. Paykel และ E. Rassaby (1978) ในการแบ่งกลุ่มของผู้พยายามอัตวินิบาตกรรมโดยวิธี Cluster Analysis จำนวน 236 ราย พบว่าสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 จำนวน 172 ราย เป็นผู้ที่รับประทานยาเกินขนาด มีความเสี่ยงและความผิดปกติของจิตน้อย มีแรงจูงใจในการทำลายตนเองน้อย

กลุ่มที่ 2 จำนวน 51 ราย (โดย 28 รายกรีดข้อมือและบริเวณอื่นๆ 5 ราย ใช้ปืนยิง และ 18 ราย ใช้หลายวิธีร่วมกัน) เป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงในการพยายามอัตวินิบาตกรรม มีความเสี่ยงและมีแรงจูงใจที่จะทำลายชีวิตของตนเองมากที่สุด

กลุ่มที่ 3 จำนวน 13 ราย เป็นกลุ่มที่มีประวัติเคยพยายามอัตวินิบาตกรรม หรืออัตวินิบาตกรรมแบบประท้วงมาก่อนหลายครั้ง มีแรงจูงใจที่จะทำลายตนเองน้อยที่สุด มักพบว่ามีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

ดังนั้น สรุปประเภทของการอัตวินิบาตกรรมตามความตั้งใจในการทำลายชีวิตของตนเองได้ 2 ประเภท คือ

- 1) กลุ่มที่มีความตั้งใจจริงในการอัตวินิบาตกรรม ได้แก่ ผู้ที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จ และผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม มักใช้วิธีการที่รุนแรง
- 2) กลุ่มที่ไม่มีหรือมีความตั้งใจน้อยในการอัตวินิบาตกรรม ได้แก่ อัตวินิบาตกรรมแบบประท้วงหรือแสร้งกระทำ เพื่อเรียกร้องความสนใจ

2.1.7 ลักษณะและแนวโน้มของความเสี่ยงในการอัตวินิบาตกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราเสี่ยงอย่างสูง ในการกระทำอัตวินิบาตกรรม ได้แก่ ลักษณะดังต่อไปนี้ (Comprehensive Textbook VI, 1991)

<u>ปัจจัย</u>	<u>ความเสี่ยงสูงต่อการอัตวินิบาตกรรม</u>
ลักษณะทางประชากรและสังคม	
อายุ	มากกว่า 45 ปี ขึ้นไป
เพศ	ชาย
สถานภาพสมรส	หย่าหรือหม้าย
การทำงาน	ว่างงาน
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	มีภาวะขัดแย้ง
ลักษณะของครอบครัว	ยุ่งเหยิงสับสน หรือมีความขัดแย้ง

<u>ปัจจัย</u>	<u>ความเสี่ยงสูงต่อการอัตวินิบาตกรรม</u>
สุขภาพ	
ด้านร่างกาย	มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ป่วยเป็น Hypochondriac
ด้านจิตใจ	รับประทานยาจำนวนมาก มีความซึมเศร้าอย่างรุนแรง โรคจิต ความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างรุนแรง โรคติดสุรา หรือสารอื่น ๆ ความสิ้นหวัง
ลักษณะการอัตวินิบาตกรรม	
ความคิดอัตวินิบาตกรรม	เกิดบ่อย มีความตั้งใจจริง และเกิดเป็นระยะเวลานาน
การพยายามอัตวินิบาตกรรม	เคยพยายามอัตวินิบาตกรรมหลายครั้ง มีการเตรียมการอัตวินิบาตกรรมไว้ก่อน ล่วงหน้า ไม่ต้องการความช่วยเหลือจาก ใคร มีความประสงค์ที่จะตาย
แหล่งที่มาของการอัตวินิบาตกรรม	
จากบุคคล	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการมีชีวิตรู้ตัว มีความคิดหยิ่งเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ต่ำ ควบคุมอารมณ์ได้ต่ำ หรือไม่ดี
จากสังคม	มีความสัมพันธ์กับสังคมที่ไม่ดี หลีกเลี่ยงจากสังคม ไม่รับผิดชอบต่อครอบครัว

2.1.8 การป้องกัน

การอัตรวินิบัติกรรมเป็นสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ ซึ่งจะกล่าวแนวทางในการป้องกันไว้ดังต่อไปนี้

1) Primary Prevention การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการกระทำอัตรวินิบัติกรรม

(1) ให้การศึกษาแก่ประชาชนให้ทราบถึงลักษณะอาการของผู้ที่มีท่าทางและแนวโน้มจะทำลายตัวเอง

(2) การจัดบริการทางจิตเวชให้ทั่วถึง และประชาชนสามารถใช้บริการได้โดยสะดวก

(3) จัดตั้งศูนย์ป้องกันอัตรวินิบัติกรรม ให้คำปรึกษา แนะนำผู้ที่มีความคิดหรือกำลังจะกระทำอัตรวินิบัติกรรม

(4) เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอัตรวินิบัติกรรมแก่ประชาชน

(5) จัดตั้งองค์การศึกษาเกี่ยวกับการอัตรวินิบัติกรรม และหาทางช่วยเหลือป้องกัน

(6) เผยแพร่ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับการอัตรวินิบัติกรรม เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและหาทางร่วมมือกันแก้ไขปัญหาคต่อไป

2) Secondary Prevention การป้องกันเมื่อการพยายามอัตรวินิบัติกรรมเกิดขึ้นแล้ว และป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำซ้ำ

(1) ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้ผู้อยู่คนเดียว

(2) ไม่ให้เก็บของมีคมที่จะใช้ทำร้ายตนเองได้ เช่น มีดพับ มีดโกน กรรไกร ส้อม กระจก และระวางเกี่ยวกับยาอันตรายต่างๆ เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำลายเชื้อโรค และสารพิษอื่น ๆ นอกจากนี้ยังต้องระวางเชือก ผ้าขาวม้า เข็มขัด เน็คไท แม้แต่ผ้าปูที่นอน ซึ่งอาจจะนำมาใช้รัดคอได้

(3) การพูดคุยด้วยความเห็นใจและเข้าใจในปัญหาของเขา จะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ มีที่พึ่งและระบายสิ่งที่ไม่สบายใจออกมา

(4) ชักจูงให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมคอยกระตุ้นและให้กำลังใจ เมื่อกระทำสำเร็จ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่า

(5) แพทย์ไม่ควรให้ยาแก่ผู้ป่วยมากเกินไป เพราะผู้ป่วย อาจใช้ยานั้นรับประทานเพื่อกระทำอัตวินิบาตกรรม

(6) คนที่พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม ควรได้รับการ แนะนำ ติดตาม หรือควรส่งต่อให้ได้พบจิตแพทย์ เพื่อแก้ปัญหาและหาสาเหตุ

(7) ศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการ อัตวินิบาตกรรม และหาทางแก้ไข

(8) ในรายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการ ติดตามการรักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยการเยี่ยมบ้าน หรือนัด ผู้ป่วยมาติดต่ออีก

2.1.9 การรักษา

ผู้ที่กระทำอัตวินิบาตกรรม และมีความคิดที่จะทำร้ายตนเองอย่าง รุนแรง ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และอาจได้รับการรักษาร่วมกัน ดังนี้

1) การทำช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) โดยเฉพาะในรายที่มีความซึมเศร้า จะช่วยให้เลิกคิดฆ่าตัวตายอย่างรวดเร็ว

2) การให้ยาจิตบำบัด เช่น ยาต้านเศร้า ยาต้านโรคจิต เป็นต้น

3) จิตบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีแก้ปัญหาชีวิตด้วยวิธีที่ เหมาะสมกว่าการกระทำอัตวินิบาตกรรม

2.2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการพยายามอัตวินิบาตกรรม

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม และเข้ารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล มีผู้ศึกษาวิจัยไว้มากพอสมควร ดังต่อไปนี้

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 105 ราย ที่มารับบริการในระยะเวลา 10 เดือน ที่โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2516 ถึง เดือนมีนาคม 2517 พบว่า อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 15-30 ปี หญิงพบบ่อยกว่าชายประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยขาดความอบอุ่นแต่ วัยเด็ก การขาดบิดามารดาภายในอายุ 10 ขวบ เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง สาเหตุกระตุ้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ ปัญหาครอบครัว ชีวิตสมรส และความยากจน 1 ใน 3 มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ครั้งหนึ่งมีประวัติโรคทางจิตเวชใน ครอบครัว โรคที่พบบ่อยมาก 2 โรคในผู้ป่วย คือ โรคประสาทและบุคลิกภาพผิดปกติ

สุวิทนา อารีพรรค (2522) ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงจน ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงคือ เพศหญิง อายุน้อย การศึกษาสูง และระดับเศรษฐกิจสูง คนโสด หม้าย แยกหรือหย่าร้าง และคนที่ดำเนินชีวิตค่อนข้าง ลับ ๆ มีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนที่ใช้ชีวิตสมรสราบรื่น การรับประทานยาหรือสารมีพิษ เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด ปัญหาที่กระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายคือ ปัญหาครอบครัว ปัญหา การสมรส และปัญหาเศรษฐกิจ

สุนทร ชมนันตี (2525) ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ถึง พ.ศ. 2521 มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 617 ราย เสียชีวิต 115 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดเป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุอยู่ในช่วง 15-25 ปี คนโสด พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าคนสมรสแล้ว เกษตรกรและกรรมกรพยายามฆ่าตัวตาย มากที่สุด ส่วนใหญ่ใช้วิธีดื่มยาพิษ ยิงตัวตาย และผูกคอตาย ตามลำดับ เดือนที่ ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ช่วงฤดูหนาวกับฤดูร้อน

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และ วิสุทธิ กิตติวัฒน์ (2529) ศึกษา อดวินิบาตกรรมในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2517-2527 โดยการ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันนิติเวชวิทยา กรมตำรวจ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และสำนวนการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายจากโรงพยาบาลใหญ่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชวิถี รามาธิบดี จุฬาลงกรณ์ และตำรวจ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจาก 4.85 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2517 มาเป็น 8.61 ในปี พ.ศ. 2527 เพศชายฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า ในขณะที่เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 3 เท่า กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตาย และจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด ผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉลี่ยมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้สมรสแล้วมีจำนวนการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายใกล้เคียงกับผู้ที่ เป็นโสด และส่วนใหญ่ยังไม่มียุติกรรม อาชีพรับจ้างมีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด วิธีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ ในขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีดื่มยาพิษ เพศชายใช้วิธีการรุนแรงกว่าเพศหญิง พบมากในต้นฤดูฝน สาเหตุจากปัญหาความขัดแย้งกับคู่สมรส หรือบุตร พบมากรองลงมาคือปัญหาสุขภาพกายหรือจิต

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานยาฆ่าแมลงโพลีคอน ของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา จำนวน 66 ราย มีอายุตั้งแต่ 12-50 ปี อายุเฉลี่ย 26 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีอาชีพทำไร่ทำนา มาจากครอบครัวขยายสมาชิกในครอบครัวชอปะทะเลาะเบาะแว้งกัน สาเหตุจูงใจเพราะความคิดหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน สาเหตุนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาความรัก การเงิน ครอบครัว การป่วยทางกาย การงาน การป่วยทางจิต สิ่งเสพติด ปัญหาทางเพศ การเรียน และการคบเพื่อน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย

วรุณ สุราญรมย์ และคณะ (2530) ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2530 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2530 จำนวน 140 ราย พบว่า อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 2:1 พบมากในช่วงอายุ 16-25 ปี (48%) สถานภาพสมรสคู่

(64%) อาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวม (78%) ใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลงมากที่สุด (42%) ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ คือ ปัญหาระหว่างสามีภรรยา ผู้ป่วยอัตวินิบาตกรรม สำเร็จ (2.3%)

สาวิตรี อัมผางค์กรชัย (2530) ศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่ มาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2529 ถึง 31 ธันวาคม 2530 จำนวน 59 ราย พบว่า เป็นเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 3 ต่อ 1 ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี สถานภาพสมรสคู่ 54% อาชีพรับจ้าง 30% กินยา กล่อมประสาทหรือยานอนหลับ 37% กระทำเป็นครั้งแรก 85% สาเหตุกระตุ้นที่พบ บ่อยที่สุด คือ ปัญหาชีวิตสมรส 39%

สุชาติ พหลภาคย์ (2530) ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการ รักษาจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2526 - 31 พฤษภาคม 2529 จำนวน 73 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง ต่อเพศชายในอัตรา 2.3 ต่อ 1 อายุระหว่าง 13-66 ปี อายุเฉลี่ย 25.2 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 15-24 ปี (55.3%) และระหว่าง 25-34 ปี (25%) ตามลำดับ เป็นโสด (66%) การศึกษาระดับ ป.1-ป.6 (47%) อาชีวศึกษา (20%) เป็น ผู้ไม่มีรายได้อีก (64%) ป่วยด้วยโรค Dysthymic disorder (50%) มีประวัติ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (43%)

เอมอร ชินพัฒนพงษ์ (2530) ศึกษาผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม ในกลุ่มอายุ 15-30 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 100 ราย โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลังและจับคู่ในเรื่องเพศ อายุ กับผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 100 ราย ตั้งแต่วันที่ 11 พฤศจิกายน 2528 ถึง 30 กันยายน 2529 พบว่า ส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง (75%) อายุ 15-19 ปี (46%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (46%) ใช้วิธีรับประทานยา (90%) สาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้น คือ ปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาครอบครัว และปัญหาความรัก ตามลำดับ

Barry D. Garfinkel และคณะ (1982) ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นพยายามอัตวินิบาตกรรมที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2513 ถึง 30 มิถุนายน 2520 จำนวน 505 ราย พบว่าอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3 ต่อ 1 เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 15.3 ปี เพศชายมีอายุเฉลี่ย 14.7 ปี อาการทางจิตเวชที่พบบ่อยคือ Dysphoric affect 53.3% กระทำเป็นครั้งแรก 62.9% สถานที่ใช้คือบ้าน 73.4% ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด 87.9% ความตั้งใจในการอัตวินิบาตกรรมต่ำ 77.7%

Keith Hawton และคณะ (1982) ศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่รับการรักษาในโรงพยาบาลออกซ์ฟอร์ด ด้วยการรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 50 ราย อายุ 13-18 ปี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนตุลาคม 2522 พบว่า 90% เป็นเพศหญิง 24% พบแพทย์ใน 1 สัปดาห์และ 50% ใน 1 เดือนก่อนการพยายามอัตวินิบาตกรรม โดยการรับประทานยาเกินขนาด ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาครอบครัว เพื่อน โรงเรียน หรือการทำงาน รวมทั้งการว่างงาน และปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกาย จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยใน 1 เดือนต่อมา พบว่า 66% ของผู้ป่วยอาการดีขึ้น 32% อาการคงเดิม และ 2% อาการแย่ลง ส่วนการติดตามผู้ป่วยใน 1 ปี พบว่า 14% พยายามอัตวินิบาตกรรมซ้ำ โดย 10% กระทำภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Adego E. Eferakeya (1984) ศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมจากโรงพยาบาล 3 แห่ง ในเมืองเบนิน ประเทศไนจีเรีย ระหว่างพ.ศ. 2521-2524 จำนวน 142 ราย พบว่าอัตราการทำพยายามอัตวินิบาตกรรมโดยเฉลี่ยเป็น 7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน 87% อายุน้อยกว่า 30 ปี อายุที่พบส่วนใหญ่ 15-19 ปี (39.4%) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1:1.2 ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา (37%) แม่บ้าน (13.8%) และว่างงาน (13%) วิธีการที่นิยมใช้คือ การรับประทานยา (68%) หรือสารเคมี (20%) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุคือ ความเจ็บป่วยทางจิต (32%) และความขัดแย้งกับบิดามารดา (24%)

Paul M. Salkovskis และคณะ (1990) ทำการศึกษาผู้พยายาม
 อดวินิบัติกรรม ที่โรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่ง ในเมืองลีดส์ จำนวน 20 ราย อายุ
 16-65 ปี เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการแก้ปัญหาโดยการทำพฤติกรรมบำบัด และมีกลุ่ม
 ควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 12 ราย พบว่ากลุ่มทดลอง มีอาการดีขึ้น
 กว่ากลุ่มควบคุมในด้านต่าง ๆ คือ ความซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย
 และพบว่าเมื่อสิ้นสุดการรักษาและการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี ผลของการ
 อดวินิบัติกรรมซ้ำจะเกิดขึ้นนานกว่า 6 เดือนหลังจากกระทำครั้งแรก

Jan Fawcett และคณะ (1991) ศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์
 จำนวน 954 ราย จากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย 5 แห่ง เป็นเพศชาย 401
 ราย และ เพศหญิง 553 ราย อายุเฉลี่ย 38.1 ปี พบว่า 569 ราย เป็นโรค
 ซึมเศร้า 185 ราย เป็น Bipolar Type I 144 ราย เป็น Bipolar Type
 II และ 80 ราย เป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วย 32 ราย (3%) อดวินิบัติกรรมสำเร็จ
 ในจำนวนนี้ 13 ราย (41%) กระทำใน 1 ปี โดย 3 ราย กระทำใน 3 เดือน
 และ 7 ราย กระทำใน 6 เดือนแรก ส่วนอีก 19 ราย (59%) กระทำอดวินิบัติ
 กรรมสำเร็จในช่วงเวลา 2-10 ปี

Richard A. Zweig และ Gregory A. Hinrichsen (1993) ศึกษา
 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ
 โรงพยาบาล Hillside จำนวน 126 ราย พบว่าอายุเฉลี่ย 70.81 ปี ส่วนใหญ่
 มีสถานภาพสมรสคู่ (61%) หรือหม้าย (34%) เป็นเพศหญิง (70%) ผู้ป่วย 11 ราย
 (87%) พยายามอดวินิบัติกรรม เนื่องจากโรคซึมเศร้าภายใน 1 ปี หลังจากเป็น
 ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ไม่พบว่ามีผู้อดวินิบัติกรรมสำเร็จ ทำการเปรียบเทียบ
 ระหว่างกลุ่มที่อดวินิบัติกรรมกับกลุ่มที่ไม่อดวินิบัติกรรม พบว่าไม่แตกต่างกันในด้าน
 เพศ สถานภาพการสมรส อายุ และอาการป่วยทางกาย แต่กลุ่มที่พยายาม
 อดวินิบัติกรรมมีสถานภาพทางสังคมโดยเฉลี่ยสูงกว่า

2.3 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัว

จากรายงานการศึกษาวิจัยที่รวบรวมมา ไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัย เรื่องการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรม ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาก่อน แต่มีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวไว้ดังต่อไปนี้

Nancy C. Andreasen และ Paul R. Hoenk (1982) ศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ จำนวน 136 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการปรับตัว และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล IOWA ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2514 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2517 โดยวิธีส่งจดหมาย และบางรายใช้วิธีโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน เพื่อติดต่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา (อยู่ในช่วงเวลา 5 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) พบว่า ไม่ได้รับการติดต่อกลับมา จำนวน 28 ราย ปฏิเสธที่จะมาติดตามการรักษา จำนวน 8 ราย ทำให้เหลือผู้ป่วยที่จะทำการศึกษา จำนวน 100 ราย เป็นวัยรุ่น 52 ราย และผู้ใหญ่ 48 ราย พบว่า วัยรุ่น จำนวน 23 ราย (44%) และผู้ใหญ่ จำนวน 44 ราย (71%) มีสุขภาพดีและไม่มีปัญหาใด ๆ และพบว่าวัยรุ่น จำนวน 7 ราย ซึ่งดูปกติแต่กลับมีปัญหาบางอย่างในชีวิต คือ เป็นโรคซึมเศร้า 4 ราย เป็นโรคซึมเศร้าและติดสุรา 1 ราย และติดสุราและยาเสพติด 2 ราย ในจำนวนวัยรุ่นที่มีปัญหามีจำนวน 1 รายที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จ ส่วนผู้ใหญ่มี 2 รายที่อัตวินิบาตกรรมสำเร็จส่วนโรคอื่น ๆ ที่พบเป็นปัญหาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ คือ โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติทางบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย