



บทที่ 1

บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่า พฤติกรรมหลาย ๆ อย่างของมนุษย์ กระทำขึ้นเพื่อดำรงรักษาชีวิตและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความตาย ซึ่งจะเห็นได้จากการคิดค้นประดิษฐ์สิ่งใหม่ ๆ และค้นคว้าหาความรู้อยู่เสมอทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ และทางการแพทย์ เพื่อต่อสู้กับปัญหาและการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

จากสภาพสังคมในปัจจุบันการมีชีวิตอยู่ต้องเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยากวุ่นวายต่างๆ ผู้คนต้องแก่งแย่งกันเพื่อทำให้ตนเองอยู่รอดและมีความเป็นอยู่อย่างสุขสบาย ปัญหานานัปการเหล่านี้ ล้วนแต่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นในจิตใจทั้งสิ้น เป็นเหตุให้เกิดความพยายามค้นหาทางออกด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้กลไกทางจิตประเภทต่าง ๆ การแก้ปัญหาโดยตรง และอีกวิธีหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นมานานแล้ว เกิดได้ทั้งในสังคมที่มีความเจริญและตามชนบทที่อยู่ห่างไกลความเจริญ รวมทั้งเกิดได้กับคนทุกเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมทั่วทุกแห่งในโลก คือ การกระทำอัตวินิบาตกรรมหรือการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากปัญหาหรือวิกฤตการณ์เหล่านั้นเสีย ยิ่งสภาวะแวดล้อมบีบคั้นและสับสนมากเพียงไร อุบัติการณ์ของการอัตวินิบาตกรรมจะเพิ่มขึ้น (เกษียร กังคานนท์ และคณะ, 2527) ดังที่พบเห็นได้บ่อย ๆ จากข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ หรือจากสถิติการอัตวินิบาตกรรมที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตามโรงพยาบาลต่าง ๆ

อัตวินิบาตกรรมเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนอันหนึ่ง ที่ได้แสดงให้เห็นถึงความผันแปรของสังคม และโครงสร้างการดำเนินชีวิตของประชากร

ในชุมชน ตลอดจนสะท้อนให้เห็นว่า ประชากรส่วนหนึ่งไม่สามารถหาทางออกให้แก่ปัญหาการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ความซึมเศร้า ทุกข์ทรมาน ไม่มีใครสามารถให้ความช่วยเหลือได้ หรืออาจเป็นการแสดงออกถึงการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Cry for help) ซึ่งทำให้ไม่สามารถยอมรับสภาพของปัญหาและไม่สามารถปรับตัวอย่างเหมาะสมได้ อีกทั้งยังขาดผู้รับรู้หรือช่วยแนะนำให้คำปรึกษาที่ดี จนกระทั่งประชากรเหล่านั้นตัดสินใจใช้วิธีการอัตวินิบาตกรรมในการแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงปัญหา นอกจากนี้อัตวินิบาตกรรมยังเป็นเครื่องบ่งชี้อันหนึ่ง ถึงสภาวะสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน ในแง่ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาชีวิต พฤติกรรมการแก้ไขปัญหาและความเปราะบางของบุคลิกภาพ อีกทั้งยังเป็นเครื่องแสดงภาวะความบีบคั้นทางสังคมและเศรษฐกิจได้อีกด้วย ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัวและสังคม เนื่องจากก่อให้เกิดการตายในวัยอันไม่สมควร โดยเฉพาะในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่มีพลังสร้างสรรค์ต่อประเทศชาติ ย่อมทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่ายิ่งไปอย่างน่าเสียดาย

การอัตวินิบาตกรรมจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีประมาณ 0.4-0.9% ของการตายทั้งหมด ในประเทศทางตะวันตก จัดเป็นอันดับ 5-10 ของสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุด ประมาณว่าทั้งโลกมีคนฆ่าตัวตาย 1,000 คนทุกวัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีประมาณ 75 คนต่อวัน คือ 1 คน ทุก ๆ 20 นาที และมากกว่า 25,000 คนต่อปี (Comprehensive Textbook VI, 1991) สำหรับในประเทศไทย พบว่า อัตราการกระทำอัตวินิบาตกรรมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น จากจำนวนตายตามเพศและกลุ่มสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ แก้ไขครั้งที่ 9 กับอัตราต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2529-2534 พบว่า อัตราการตายจากการกระทำอัตวินิบาตกรรมและทำร้ายตนเอง (Suicide and Self Inflicted injury) มีดังนี้

พ.ศ.	จำนวน			อัตรา
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
2529	1,815	1,045	2,860	5.4
2530	1,904	1,201	3,105	5.8
2531	2,123	1,308	3,440	6.3
2532	2,425	1,306	3,731	6.7
2533	2,472	1,329	3,801	6.7
2534	2,437	1,165	3,602	6.4

ที่มา : สถิติสาธารณสุข 2534 (1991) กองสถิติสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการอัศวินิบาดกรรมที่เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักถึง เพื่อหาทางป้องกันแก้ไขต่อไป นอกจากนี้อัตราการอัศวินิบาดกรรมที่คาดประมาณกัน เชื่อว่าต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะอาจถูกปิดบังหรือกลบเกลื่อนสาเหตุการตายที่แท้จริง เนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอายหรือเสียศักดิ์ศรี หรือการตายบางอย่างที่พิสูจน์ไม่ได้ว่าเป็นอุบัติเหตุหรือการอัศวินิบาดกรรม เช่น อุบัติเหตุรถพุ่งชนเสาไฟฟ้า หรือพลิกคว่ำที่เกิดจากรถยนต์เพียงคันเดียว รวมทั้งสาเหตุการตายในบางศาสนาหรือวัฒนธรรม ที่ไม่ถือว่าเป็นการอัศวินิบาดกรรม และการไม่มารับการรักษาจากแพทย์ หรือมาไม่ถึงโรงพยาบาลของผู้กระทำอัศวินิบาดกรรม จึงทำให้สถิติที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง และจากการศึกษาของสมพร บุขราทิจ (2518) สํารวจจากใบมรณบัตร ร้อยละ 3 ของการตาย พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยในปี พ.ศ. 2517 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี เท่ากับ 15 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่า

สถิติ ของกองสถิติสาธารณสุขอย่างมาก และสูงกว่าอัตราของทางราชการถึง 3 เท่า อาจเนื่องจากวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนอัตราการตายจากอัตรวินิบาตกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ อาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา สังคม และเศรษฐกิจ

การกระทำอัตรวินิบาตกรรมในประเทศไทย ถือว่าไม่ผิดกฎหมาย ซึ่งสิทธิที่จะตายควรเป็นสิทธิตามธรรมชาติอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ดีบางประเทศถือว่าเป็นความผิดทางอาญา (วิทูร์ย์ อั้งประพันธ์, 2534) ถึงแม้ว่าจะเป็นการกระทำที่บุคคลอาจถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคล ที่มนุษย์สามารถทำได้และเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในมนุษย์ แต่การกระทำอัตรวินิบาตกรรมก็จัดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงที่สุด (Kulugman, 1967 อ้างในวิชราภรณ์ อภิวัชรางกุล, 2535) แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้สึก การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ และสิ้นหวังไร้ผู้ช่วยเหลือ (วิชราภรณ์ อภิวัชรางกุล, 2535) และนอกจากนี้การกระทำอัตรวินิบาตกรรมในทางพุทธศาสนาถือเป็นบาปสูงสุด (นิชชี, 2531) แต่ในบางศาสนาไม่ถือว่าเป็นการอัตรวินิบาตกรรม เช่น ชาวฮินดู ผู้หญิงที่สามีตายจะกระโดดเข้ากองไฟตามสามี ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของพิธี และชาวญี่ปุ่นที่ถือว่าการอัตรวินิบาตกรรมเป็นการแสดงถึงเกียรติยศ

การทำลายชีวิตตนเองเป็นอาการของโรคมะเร็งตัวโรคและมีสาเหตุมาจากโรคและเหตุอื่นหลายประการ เป็นผลที่ซับซ้อนของปัญหาทางจิตสังคม และการแพทย์ จึงไม่มีวิธีวิทยาศาสตร์ใดเพียงวิธีเดียวที่จะช่วยให้เข้าใจธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย และช่วยแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างแจ่มแจ้ง (สุชาติ พหลภาคย์ และคณะ, 2527) จึงเป็นปัญหาที่มีความยากลำบากในการดูแลรักษาและต้องการความร่วมมือของบุคลากรในสาขาวิชาต่าง ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่สมควรได้มีการศึกษาค้นคว้าหาวิธีการควบคุมและป้องกันอย่างจริงจัง

นอกจากนี้การอ้วตวินิบัติกรรม เป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้ป่วยจิตเวช และเป็นสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ ซึ่งจิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) พบว่า โดยทั่วไปแล้วก่อนการกระทำการพยายามอ้วตวินิบัติกรรมผู้ป่วยร้อยละ 31.82 จะให้สัญญาณเตือนภัยก่อน โดยการแสดงเจตนาให้ทราบ เช่น การเขียนจดหมายลา การพูดว่าอยากตาย และร้อยละ 94.45 มีพฤติกรรมและจิตใจแปรปรวนก่อนการกระทำการพยายามอ้วตวินิบัติกรรม นอกจากนี้ผู้ที่เคยมีประวัติพยายามอ้วตวินิบัติกรรมมาก่อนมักจะทำการอ้วตวินิบัติกรรมได้สำเร็จในโอกาสต่อมา การกระทำครั้งที่สองจะเกิดภายใน 90 วัน ภายหลังจากการอ้วตวินิบัติกรรมครั้งแรก (นิชชี, 2531) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Randall D.Buzan และ Michael P.Meissberg (1992) พบว่า 10-20 % ของผู้พยายามอ้วตวินิบัติกรรมจะกระทำสำเร็จภายใน 6 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 79% ภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการพยายามอ้วตวินิบัติกรรมจะให้ผลเป็นการอ้วตวินิบัติกรรมสำเร็จหรือไม่ ย่อมขึ้นกับการตอบสนองของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2519) และสภาพจิตใจของเขาในขณะนั้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญต่อภาวะเครียดได้นั้น จะต้องอาศัยกลไกการปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งการปรับตัวนอกจากจะทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ ฟังพาดูอื่นนั้นยังลงยังทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม จึงสมควรติดตามดูการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังจากการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อจะได้ทราบพฤติกรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านว่าเป็นอย่างไร และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้หรือไม่ และเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญต่อการอ้วตวินิบัติกรรม ซึ่ง สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) ศึกษาในผู้ที่อ้วตวินิบัติกรรมสำเร็จพบว่า 89% ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามก่อนการกระทำอ้วตวินิบัติกรรม จึงสมควรติดตามดูว่าผู้ป่วยภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ยังมีความซึมเศร้าอยู่หรือไม่ และรุนแรงแค่ไหน

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยายาม  
 อัดวินิบัติกรรมกายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เพื่อศึกษาว่า  
 ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวทางจิตใจในด้านอารมณ์เศร้า และการทำหน้าที่  
 ทางสังคมเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อนำข้อมูลมาเป็นประโยชน์ในการป้องกันรักษา และ  
 ส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไปรวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยที่เคยพยายาม  
 อัดวินิบัติกรรมกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการปรับตัวทางจิตใจ และการปรับตัวทาง  
 สังคมของผู้ป่วยพยายามอัดวินิบัติกรรมกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวทางสังคม ของผู้ป่วยพยายาม  
 อัดวินิบัติกรรมกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้ามักกลุ่ม  
 ที่ไม่มีอารมณ์เศร้า

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยพยายามอัดวินิบัติกรรมกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมี  
 ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม
2. การปรับตัวทางจิตใจ และการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยพยายาม  
 อัดวินิบัติกรรมกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กัน
3. การปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยพยายามอัดวินิบัติกรรม กายหลัง  
 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มที่มีอารมณ์เศร้ามักกลุ่มที่ไม่มีอารมณ์เศร้ามี  
 ความแตกต่างกัน

### คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยที่เคยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวทางจิตสังคมเป็นอย่างไร

### คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย เกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัวด้านจิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม ดังนี้

- การปรับตัวทางด้านจิตใจ (Psychological Adjustment) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวด้านจิตใจ โดยประเมินจากสภาวะทางจิตใจ ในด้านอารมณ์เศร้า

- การปรับตัวทางสังคม (Social Adjustment) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่าง ๆ คือ การทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับการดูแลและรับผิดชอบตนเอง ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การเข้าสังคมและการทำกิจกรรมในเวลาว่างทั้งในและนอกบ้าน

ผู้พยายามอัตวินิบาตกรรม (Suicidal Attempter) คือ บุคคลที่พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นการกระทำที่มุ่งจะจบชีวิตของตนเอง แต่ไม่สามารถกระทำสำเร็จและมีความรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

### ข้อตกลงเบื้องต้น

วันและเวลาที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีผลต่อการให้คำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

### รูปแบบการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ชนิดการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study)

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามารามธิบดีในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2534 ถึง 31 ธันวาคม 2535 โดยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ เท่านั้น

#### 2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวทางจิตใจ และการปรับตัวทางสังคม

### ข้อจำกัดและอุปสรรคของการวิจัย

1. ผู้ป่วยหรือญาติไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องราวให้ทราบ จึงไม่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

2. แบบสอบถามไม่ถึงผู้รับ ที่อยู่ไม่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดตามได้

3. เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปได้



### ผลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบพฤติกรรม และการปรับตัวของผู้ป่วยพยายมอัตวินิบาตกรรม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว และนำข้อมูลมาวางแผนการให้การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป
2. เพื่อติดตามผลการรักษา และศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้พยายมอัตวินิบาตกรรม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อทราบแนวโน้มของการกระทำอัตวินิบาตกรรมซ้ำ และนำมาวางแผนในการดูแลรักษาป้องกัน
4. เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป



ศูนย์วิทยพัรพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย