

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญประการหนึ่งของประชากร โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายของหลายประเทศอยู่ในระดับสูง และสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์แบ่งระดับอัตราการฆ่าตัวตายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ อัตราการฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า 5 ต่อแสนประชากรจัดอยู่ในระดับต่ำ อยู่ระหว่าง 5-15 ต่อแสนประชากรอยู่ในระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 15-30 ต่อแสนประชากรอยู่ในระดับสูง และมากกว่า 30 ต่อแสนประชากร อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งพบว่ามีประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูงมาก เช่น ประเทศฮังการี 38.6 ต่อแสนประชากร ประเทศศรีลังกา 33.2 ต่อแสนประชากร ระดับสูง เช่น ประเทศฟินแลนด์ มีอัตราการฆ่าตัวตาย 29.8 ต่อแสนประชากร และระดับปานกลาง เช่น ประเทศญี่ปุ่น 16.1 ต่อแสนประชากร (Diekstra & Gulbinat, 1993) สำหรับประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์แบ่งระดับอัตราการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกแล้ว พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ จากในปี พ.ศ. 2538 มีอัตราการป่วยด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตาย 7.92 ต่อแสนประชากร พบในปี พ.ศ. 2539 มีอัตรา 7.56 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2540 มีอัตรา 9.09 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา, 2541)

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสาธารณสุขที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เพื่อน ตัวผู้ป่วยเอง และทีมสุขภาพ กล่าวคือ ครอบครัวเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธตนเองที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ตายได้ โกรธผู้ตายที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่าง ๆ ตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไร เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระทำเช่นนั้น รู้สึกเสียหน้า อับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โกรธซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกเป็นคราบและถูกปฏิเสธจากสังคม เพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ และการเสนอข่าวของสื่อมวลชน เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกผิด เนื่องจากเชื่อว่าตนเองน่าจะได้อะไรบางอย่างเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และเกิดปัญหา

ความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากมีการตำหนิบุคคลบางคนในครอบครัวหรือบุคคลบางคนในครอบครัว ต้องตกเป็นแพะรับบาปในเหตุการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้อาจจะเป็นสาเหตุ ประการหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวของผู้ตายมีความเสี่ยงสูงมากต่อการฆ่าตัวตาย (Lee & Watson, 1993; Van Donger, 1990) ส่วนผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จอาจเกิด ปัญหาตามมาได้ เช่น เกิดความพิการทางกาย หลอดอาหารตีบเนื่องจากดื่มสารล้างท้องน้ำ สมองเสื่อม จากการขาดออกซิเจนภายหลังผูกคอตาย (วิลโล เสรี สิทธิพิทักษ์ และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2537) เกิด ปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ซึมเศร้า ก้าวร้าวหวาดระแวง วิตกกังวล และมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เป็นต้น (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530) ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีกในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Roy, 1983 cited in Hradek, 1988) และ 1 ปีต่อมาหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (Schmidtke et al., 1996) และผลกระทบต่อทีมสุขภาพซึ่งให้การดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า บุคลากรเกิดความรู้สึกท้อ หน่าย รู้สึกผิด โกรธ วิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกประณาม ความรับผิดชอบ ความบกพร่องของตน ความล้มเหลว ในการรักษา และความรู้สึกสับสนว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Johnson, 1997; Wilson, Kneisl, 1996)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งจะต้องได้รับการแก้ไข (Diekstra & Gulbinat, 1993) และกำหนดให้ประเทศสมาชิกร่วมมือ กันเพื่อหาแนวทางในการป้องกัน และลดอัตราการฆ่าตัวตายให้เหลือเพียงครึ่งเดียวของอัตราการฆ่าตัว ตายของอัตราแต่ละประเทศที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก่อนที่จะถึงปี ค.ศ. 2000 ซึ่งนโยบายดังกล่าวได้เริ่ม ดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 (WHO, 1990 cited in Taylor, Kingdom & Jenkins, 1997) สำหรับ ประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้กำหนดให้ ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหา สังคมที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ต้องร่วมมือกันแก้ไข และได้จัดทำแผนงาน หรือโครงการ ต่าง ๆ หลายโครงการด้วยกัน เพื่อที่จะหาแนวทางในการป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยในปีงบประมาณ 2540 ได้จัดทำโครงการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากรทั้งจากภาครัฐและเอกชน ในการให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภาวะวิกฤต โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตาย และโครงการศึกษาเส้นทางการขอรับความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน ชุมชน เป็นต้น และในปี พ.ศ. 2541 กรมสุขภาพจิตยังได้จัดทำเทคโนโลยีเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยจัดทำคู่มือฝึกอบรมเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล คู่มือฝึกอบรมเพื่อป้องกันปัญหาการ

ฆ่าตัวตายสำหรับชุมชน สปอร์ตวีดิทัศน์เพื่อรณรงค์การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และสารคดีโทรทัศน์ เรื่องการประเมินและการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2540, 2541)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะกำหนดให้ประเทศสมาชิกได้ร่วมมือกันเพื่อที่จะหาแนวทางในการป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตาย แต่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของหลายประเทศก็ยังคงอยู่ในระดับที่สูง รวมทั้งประเทศไทยที่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นจาก 7.56 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2539 เป็น 9.09 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2540 (กองระบาดวิทยา, 2541) สะท้อนให้เห็นว่าโครงการหรือแผนงานต่าง ๆ ที่กรมสุขภาพจิตได้จัดทำขึ้นไม่สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย (Wilson & Kneisl, 1996) เช่น พบว่าผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้ชายใช้วิธีการที่รุนแรงในการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงแสวงหาการช่วยเหลือ ได้รับความเห็นใจและการประคับประคองมากกว่าผู้ชาย และผู้หญิงมักจะมีความคิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายจึงได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (Hawton & Catalan, 1987; Shaffer & Fisher, 1981 cited in Blumenthal & Kupfer, 1990) สภาพสังคม พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของสังคมเมืองสูงกว่าสังคมชนบท เนื่องจากสังคมเมือง ความรู้สึกผูกพันระหว่างบุคคลในสังคมลดลง บุคคลแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นและความเครียดที่บุคคลในสังคมต้องประสบมีมากขึ้น (Yang, 1992 cited in Barbee & Bricker, 1996) ส่วนในด้านอายุ บุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ กลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องประสบกับความเครียดทั้งจากการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองและการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม (Wilson & Kneisl, 1996) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเกิดขึ้นเมื่อเด็กไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับพัฒนาการทางจิตและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ (Gilead & Mulaik, 1983) ส่วนผู้สูงอายุนั้นพบว่า การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมักจะเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการสูญเสียต่าง ๆ เช่น การสูญเสียคู่สมรส สูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น (Shneidman, 1985 cited in Barbee & Bricker, 1996) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าบุคคลที่เป็นโสด แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้ายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ (Blumenthal & Kupfer, 1990) เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งการมีแรงสนับสนุนทาง

สังคมจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคและช่วยลดความเครียด (Hubbard, Muhlenkamp & Brown, 1980)

การศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายมีการศึกษาหลายลักษณะ เช่น ศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายกับแบบการปรับแก้ (Horesh et al, 1996) ศึกษาการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมรุนแรงและแบบการปรับแก้ (Botsis, Soldatos, Liossi, Kokkevi & Stefanis, 1991) ศึกษาเหตุการณ์เครียดในชีวิตและการพยายามฆ่าตัวตาย (Myers, Prusoff & Paykel, 1975) ศึกษาเหตุการณ์เครียดในชีวิต การใช้สุราและการฆ่าตัวตาย (Vassilas & Morgan, 1997) ศึกษาเหตุการณ์เครียดในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและการฆ่าตัวตาย (HeKkinen, Aro & Lonqvist, 1994) และศึกษาแหล่งของความเครียดกับการฆ่าตัวตาย (Rich, Warsdt, Nemiroff, Fowler & Young, 1991) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีหลายประการด้วยกันแต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษาและสามารถให้การช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ในบทบาทของพยาบาลจิตเวช คือ ปัจจัยด้านแหล่งของความเครียด และการปรับแก้ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จมีแหล่งของความเครียดหลายแหล่ง (Warsdt et al, 1991) และใช้การปรับแก้ (coping) ที่ไม่เหมาะสม (Barbee & Bricker, 1996; Botsis, Soldatos, Liosis, Kokkevi & Stefanis, 1994; Horesh et al, 1996)

แหล่งของความเครียด หมายถึง สิ่งเร้าทั้งที่เกิดจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียด แหล่งของความเครียดมีหลายแหล่งด้วยกัน ซึ่งตามแนวคิดพฤติกรรมชีวภาพของความเครียด (biobehavioral model of stress) กล่าวว่าแหล่งของความเครียดของบุคคลเกิดจาก งาน ครอบครัว สังคม เรื่องส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการเงิน (Miller & Smith, 1993) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแหล่งของความเครียดที่บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายประสพมักเกิดจาก การเงิน จากงาน (Malmberg, Hawton & Simkin, 1997; Heikkinen et al, 1994, 1997) จากลักษณะส่วนบุคคล เช่น การเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีปัญหาด้านกฎหมาย จากครอบครัว เช่นการโต้แย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างคู่สมรส (Myers et al, 1975) การหย่า การแยกกันอยู่ การเสียชีวิตของคู่สมรส (Colman et al, 1980) และความขัดแย้งในครอบครัว (Heikkinen et al, 1997) และพบว่าแหล่งของความเครียดที่บุคคลที่ฆ่าตัวตายต้องประสพมีมากกว่ากลุ่มบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตายประมาณ 4 เท่า (Myers et al, 1975) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งของความเครียดและการฆ่าตัวตายของบุคคลที่ฆ่าตัวตาย จำนวน 202 ราย พบว่า ร้อยละ 97 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายมีแหล่งของความเครียดมากกว่า 1 แหล่ง และสามารถแบ่งแหล่งของความเครียดได้ 3 แหล่งคือ 1)ความขัดแย้ง

ระหว่างบุคคล-การแยก-การถูกปฏิเสธ 2) ปัญหาเศรษฐกิจ และ 3) การเจ็บป่วยทางกาย (Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler & Young, 1991)

ส่วนในด้านการปรับแก้ จากการศึกษาพบว่า การปรับแก้ที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์หรือทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996; Botsis, Soldatos, Liosis, Kokkevi & Stefanis, 1994; Horesh et al, 1996) เนื่องจาก การปรับแก้เป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียด (Horesh et al, 1996) การศึกษาการปรับแก้มีหลายแนวคิด ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาการปรับแก้ตามแนวคิดของลาซารุสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งให้ความหมายของการปรับแก้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการต่อข้อเรียกร้องที่เกิดจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ซึ่งถูกประเมินว่าเป็นความเครียด และแบ่งจุดมุ่งหมายของการปรับแก้ออกเป็น 2 ลักษณะคือ การปรับแก้โดยมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามความเป็นจริง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาจึงทำให้สามารถแก้ไขความเครียดได้โดยตรง และการปรับแก้โดยมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นการกระทำที่มุ่งลดความไม่สบายใจ หรือปรับอารมณ์ความรู้สึกเท่านั้น และส่วนใหญ่แล้วบุคคลมักจะใช้การปรับแก้ทั้งมุ่งปรับอารมณ์และมุ่งแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยในกรณีที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นๆ เป็นอันตรายหรือคุกคาม บุคคลอาจจะใช้การปรับแก้โดยมุ่งปรับอารมณ์ก่อนในขั้นต้น หลังจากนั้นจึงใช้การปรับแก้โดยมุ่งแก้ปัญหา จากลักษณะความคิด และพฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อความเครียด ลาซารุสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 8 วิธี (ways of coping) คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ประเมินค่าใหม่ทางบวก แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา ควบคุมตนเอง แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม ถอยห่างและหนีหลีกเลี่ยงปัญหา โดยบุคคลจะเลือกใช้วิธีการปรับแก้เพียงหนึ่งวิธีที่คุ้นเคยจากประสบการณ์ในอดีต หรือหลายวิธีในเวลาเดียวกัน หรือใช้วิธีการปรับแก้ที่เหมือนเดิมไม่ว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะมีลักษณะอย่างไร การที่บุคคลเลือกใช้วิธีการปรับแก้ที่เหมาะสมกับตนเองและสภาพของปัญหาจะทำให้สามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ (Aldwin & Revenson, 1987) ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Bell, 1977) แต่ถ้าบุคคลใช้วิธีการปรับแก้ที่ไม่เหมาะสมกับตนเองและสภาพของปัญหา เช่น ใช้วิธีการปรับแก้แบบถอยห่าง หนีหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการปรับแก้ที่มุ่งปรับอารมณ์ บ่อย ๆ โดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดหรือการกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข

ก็จะก่อให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตาย (Bell, 1977; Forman, 1993)

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าวิธีการปรับแก้ที่ไม่เหมาะสมกับตนเองและสภาพของปัญหาทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขและก่อให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้นจนนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตและการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย พบว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักจะใช้ การปรับแก้ที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการปรับแก้ มักจะปฏิเสธ หนี และหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ อย่างตรงไปตรงมา (Trautman, Dopkins, Shrout & Rotheram-Borus, cited in Eskin, 1995) มีข้อจำกัดในการปรับแก้ ขาดความสามารถในการค้นหาวิธีการอื่น ๆ มาใช้ในการจัดการกับความเครียด (Shneidman & Farberow, 1976 cited in Rickelman & Houfek, 1995) หรือไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาหรือแหล่งที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด เกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Horesh et al, 1996) จากการศึกษาแบบการปรับแก้ (coping styles) และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามการปรับแก้ Albert Einstien College of Medicine Coping Style Questionnaire (AECOM-CSQ) ซึ่งแบ่งแบบการปรับแก้ออกเป็น 8 แบบพบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ใช้แบบการปรับแก้ปัญหา แบบการลดความสำคัญของปัญหาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดว่าเป็นภาระ และมีความสำคัญมากจึงทำให้ไม่สามารถที่จะลดผลกระทบของความเครียดได้ และมีแนวโน้มที่จะทำให้มีความเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลใช้วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งตนเองคิดว่าเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะขจัดความเครียดนั้น ๆ และพบว่าแบบการปรับแก้แบบดำเนินผู้อื่น การเก็บกด และการทำกิจกรรมเพื่อลดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับปัญหาอย่างตรงไปตรงมา จึงทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากแบบการปรับแก้ดังกล่าวเป็นวิธีการพื้นฐานในการหลีกเลี่ยงปัญหาที่แท้จริง ซึ่งในระยะยาวพบว่า นอกจากจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้ได้รับการแก้ไขแล้วยังทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ไม่ดี และเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์มากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ส่วนแบบการปรับแก้โดยการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้แก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ และประสบความสำเร็จในการหาแนวทางอื่น ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา (Horesh et al, 1996) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมรุนแรง และแบบการปรับแก้ในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามการปรับแก้ AECOM-CSQ พบว่า

แบบการปรับแก้สามารถทำนายความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ (Botsis, Soldatos, Liosis, Kokkevi & Stefanis, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการปรับแก้ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพของปัญหา และสภาพของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยทางจิต หรือการฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งของความเครียดหลายแหล่ง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูง อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข โรงพยาบาลทุ่งใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการเพิ่มขึ้น คือ ในปีพ.ศ. 2538 มีจำนวน 11 ราย พ.ศ. 2539 มีจำนวน 13 ราย และพ.ศ. 2540 มีจำนวน 21 ราย (เวชระเบียน, 2538-2540) ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาว่า ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ มีแหล่งของความเครียดจากแหล่งใดบ้าง และใช้วิธีการปรับแก้อย่างไร เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งของความเครียด และวิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะ เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้บุคคลที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้มีวิธีการปรับแก้ที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ บุคคลและระยะเวลาในการเผชิญปัญหา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแหล่งของความเครียดของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาวิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเครียดจากแหล่งใดบ้าง
2. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีวิธีการปรับแก้อย่างไร

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาแหล่งของความเครียด และวิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2541 จำนวน 20 ราย

## นิยามคำศัพท์

แหล่งของความเครียด หมายถึง สิ่งเร้าที่เกิดจากภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่า ก่อให้เกิดความเครียด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบแหล่งของความเครียด (sources of stress) 6 ด้าน คือ งาน เรื่องส่วนตัว ครอบครัว สังคม เงิน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแบบทดสอบชุดที่ 2 ของแบบทดสอบความเครียดสวนปรุงชุด 104 ข้อ สร้างโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมมาศ ตาปัญญา (2540)

วิธีการปรับแก้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมอย่าง ต่อเนื่องมากกว่าปกติ เพื่อที่จะจัดการอย่างเฉพาะเจาะจงต่อสถานการณ์ซึ่งถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ (Ways of Coping Questionair: WOC) สร้างโดยฟอล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1988) แปลโดยสิริลักษณ์ วรรณพงษ์ (2539) แบ่งวิธีการปรับแก้ออกเป็น 8 วิธี คือ ควบคุมตนเอง เสนอหน้ากับปัญหา ประเมินค่าใหม่ทางบวก ถอยห่าง หนีหลีกเลี่ยงปัญหา แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม วางแผนแก้ปัญหา แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ตั้งใจและพยายามทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งแต่ไม่สามารถกระทำสำเร็จ และได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุ่งใหญ่ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช