

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
- แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
- แนวคิดเกี่ยวกับการปรับแก้
- แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย หรือ อุตวินิบาตกรรม (suicide) เป็นคำประสม มาจาก อุตต (sui) ซึ่งหมายถึง ตัวตน ตนเอง (self) ผสมกับ วินิบาต (caedere) หมายถึง การทำลาย การฆ่า (to kill) และกรรม หมายถึง การกระทำ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539; Hauenstein, 1998)

การฆ่าตัวตาย พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่ปลิดชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ วิจารย์ วิชัยยะ (2533) อธิบายว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายตนเอง หรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่มีเจตนาที่จะตายจริง ๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้น ๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

การฆ่าตัวตาย ตามความหมายของนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้ มักจะให้ความหมายตรงกันคือ การจงใจ ตั้งใจ ที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต (Diekstra & Gulbinat, 1993; Hauenstein, 1998; Riley & Kneisl, 1996)

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย

ไดคสตรา และกัลบินาต (Dickstra & Gulbinat, 1993) แบ่งพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความคิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว เกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งคิดวางแผนฆ่าตนเอง
2. พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เกิดจากความตั้งใจที่จะทำให้ตนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำ และการกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่นิสัยปกติของบุคคลนั้น
3. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) การตายที่เป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจที่ต้องการตาย

บาร์บี และบริคเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) แบ่งพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา หรือความคิดทางอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเอง ในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ
2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ
3. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง แต่กระทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดแผลลอกที่ข้อมือด้วยมีดพลาสติก เป็นต้น
4. พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การแสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบผลสำเร็จ และความรุนแรงในการกระทำดังกล่าวจะเรียกว่า para-suicidal behavior
5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or successful suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

จะเห็นได้ว่าการแบ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามระดับของความตั้งใจ หรือความตั้งใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ และจากรายงานการศึกษายืนยันว่าในแต่ละพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะมีความคาบเกี่ยวและเชื่อมโยงกันอยู่ คือ มีตั้งแต่ คิด พยายาม และฆ่าตัวตายสำเร็จ (Diekstra & Gulbinat, 1993) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติตั้งใจและพยายามทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ทฤษฎีและแนวคิดปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีหลากหลายปัจจัยเหตุ การอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายมีทฤษฎีและแนวคิดดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors)

1.1 การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) หรือสารเคมีในสมอง (neurochemical agents) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ที่ผิดปกติ สารเหล่านั้น ได้แก่ serotonin dopamine norepinephrine และ gamma amino butric acid และพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับ serotonin หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Barbee & Bricker, 1996)

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายจะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Modai et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญ หรือสิ่งของที่ตนรัก จะเกิดความรู้สึกโกรธ เกลียด ต่อบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป ผลสุดท้ายจะกลายเป็นความโกรธ ความก้าวร้าว ที่พุ่งเข้าหาตนเอง และลงโทษตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย (Freud, 1985 cited in Hauenstein, 1998)

เมนนิเกอร์ (Menninger cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ

1. ความประสงค์ที่จะฆ่า (the wish to killed) ความประสงค์นี้เป็นแรงขับที่มาจากความก้าวร้าว และมองตัวเองเสมือนเป้า ซึ่งเขาปรารถนาจะฆ่า

2. ความประสงค์ที่จะถูกฆ่า (the wish to be killed) เป็นการยอมต่อความเจ็บปวดทรมานไปจนถึงระดับความตาย ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข ความสุขเช่นนี้เป็นความสำนึกผิดซึ่งเกิดจากลักษณะความก้าวร้าวที่ทำงานในระดับจิตไร้สำนึก

3. ความประสงค์ที่จะตาย (the wish to be die) แนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตาย อาจจะมีจิตไร้สำนึกเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเปลี่ยนจิตใจใหม่ ความตายเป็นการหนีเพื่อจะได้กลับมาใหม่ แต่ความเป็นจริงไม่เป็นเช่นนั้น ความขัดแย้งระหว่างจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ส่วนบาร์บี และบริกเกอร์ (Barbee & Bricker, 1996) อธิบายโดยใช้แนวคิดของ เอดเลอร์ (Adler) ว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ

2.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ซัลลิแวน (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) อธิบายถึง สาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะทางปัญญาของบุคคล บุคคลที่ฆ่าตัวตายเป็นมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (rigid cognitive) การลงความเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน (dichotomous thinking) จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการแก้ปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) นอกจากนี้ยังมีลักษณะการคิดในทางลบ (negative thinking) มองโลกในแง่ร้าย จากลักษณะทางปัญญาดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ห่อเหี่ยว รู้สึกว่าตนไร้ค่า ต้องการความช่วยเหลือ และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Hauenstein, 1998)

3. ปัจจัยทางสังคม (sociological factors)

เดอร์ไครม์ (Durkheim, 1951 cited in Barbee & Bricker, 1996) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมในสังคม และแบ่งปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ฆ่าตัวตายเพื่อเสียสละ (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมหรือส่วนรวมมากเกินไป บุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อกลุ่มในสังคมมาก ยึดถือความอยู่รอดของกลุ่มมากกว่าของตนเอง จนสามารถเสียสละชีวิตตนเองเพื่อกลุ่ม เพื่อความอยู่รอดของกลุ่ม เป็นการทำลายชีวิตตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การฆ่าตัวตายจึงกระทำด้วย

ความมีเหตุผล ตั้งใจ กระทำโดยมีจิตสำนึกของตนเอง เพื่อหน้าที่ การงาน วินัย ศาสนา และอุดมการณ์ทางการเมือง เช่น นักบินหน่วยคามิกาเซ่ของชาวญี่ปุ่นในสมัยโบราณ พระเวียดนาม เผ่าตัวเองในสมัยสงครามเวียดนาม ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติยศอย่างสูง เป็นต้น

2. ฆ่าตัวตายด้วยนึกถึงแต่ตนเอง (egoistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการขาดความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวหรือสังคม หรือบุคคลรู้สึกผูกพันกับครอบครัวและสังคมน้อย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ถูกทอดทิ้ง ขาดการช่วยเหลือสนับสนุน เช่น คนโสดฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว คนที่อยู่ในสังคมชนบทฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนที่อยู่ในสังคมเมือง เป็นต้น

3. ฆ่าตัวตายจากความคิดชั่ววูบ (anomic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือกระทันหัน ทำให้สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกสับสน ปรับตัวไม่ทัน เกิดความคิดชั่ววูบจึงทำการฆ่าตัวตาย เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวจากการตายของบุคคลสำคัญในชีวิต การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

4. ฆ่าตัวตายจากความสุดทนในชะตาชีวิต (fatalistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดจากการถูกควบคุมและบีบคั้นมากเกินไป ทำให้เกิดความอึดอัดใจต่อสถานการณ์อย่างรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ เช่น การฆ่าตัวตายของทาสในสมัยโบราณ การฆ่าตัวตายของนักโทษ และการฆ่าตัวตายของเชลยศึก เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่

เพศ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เพศชายมักจะแสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายถึงปัญหาหรือระบายความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งเป็นเหตุให้เพศชายฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (Hauenstein, 1998) และมักใช้วิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง ก็ยังทำให้อัตราฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) แต่การศึกษาในประเทศจีนกลับพบว่า เพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าเพศชาย (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2541; Pritchard, 1996) ทั้งนี้เนื่องจากในประเทศจีนการฆ่าตัวตายไม่เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะถ้าผู้ชายฆ่าตัวตายจะรู้สึกเสียหน้ามาก (Pritchard, 1996) สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปีหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2530-2539 เพศชายมี

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน (มาโนช ห่อตระภูณ, 2541) และเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (จรรยา ธีัญญาดี, 2537; ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, 2530)

อายุ การฆ่าตัวตายพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงอายุ 15–24 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าวัยอื่น ๆ (Barbee & Bricker, 1996) สำหรับประเทศไทยพบว่า ช่วงอายุ 20–34 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยสูงสุดในช่วงอายุ 20–24 ปี และจะลดลงในช่วงอายุ 40–69 ปี และสูงขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป (สำนักนโยบายและแผน, 2539)

วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่รุนแรงที่สุดในชีวิต เป็นวัยผันผวน เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ ลับสน ดึงเครียด เสี่ยงต่อพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Wilson & Kneisl, 1996) และวัยนี้เป็นช่วงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องเตรียมตัวประกอบอาชีพ เตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ที่สมวัย เตรียมตัวในการมีคู่สมรส เตรียมตัวเป็นบิดามารดา ซึ่งล้วนแต่ก่อให้เกิดความเครียด และการปรับตัวทั้งสิ้น ประกอบกับการดำรงชีวิตในสังคมไทยปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปสู่รูปแบบทางสังคมตะวันตกมากขึ้น เป็นสังคมแห่งวัตถุนิยม ทำให้คนในวัยนี้ต้องต่อสู้แข่งขันกันมากขึ้นในเรื่อง การเรียน การงาน ก่อให้เกิดความบีบคั้น ดึงเครียด นำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย (ประเวศ วัติ, 2535)

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่เสื่อมถอยในความสามารถทุก ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่สูญเสียและกำลังที่จะก้าวไปสู่ความตาย (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการสูญเสียสิ่งสำคัญต่าง ๆ เช่น สูญเสียความสมบูรณ์ทางร่างกาย สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียคู่สมรสและเพื่อน ถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง เป็นต้น (Shneidman, 1985 cited in Barbee & Bricker, 1996) วัยนี้จึงพบอารมณ์เศร้าได้สูงกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย อยู่คนเดียวตามลำพัง ผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่า เพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะน้อย (Hoyer & Lund, 1993; McIntosh, 1992 cited in Hauenstein, 1998) ส่วนเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยก อัตราการฆ่าตัวตายจะพบได้สูง (Hulten & Wasserman, 1992; McIntosh, 1992 cited in Hauenstein, 1998) แต่บางการศึกษากลับพบว่า บุคคลที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตสมรส เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้น (Schmidtke et al., 1996) ดังนั้นสถานภาพสมรสแบบต่าง ๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้

โดยตรงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ชันตคิลก, 2541)

ศาสนา เป็นปัจจัยแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ (Antonovsky, 1982 อ้างใน กนกพร สุคำวัง, 2540) บุคคลที่ขาดความผูกพันกับศาสนาก็จะขาดสิ่งยึดมั่นทางใจ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) การฆ่าตัวตายของบุคคลที่นับถือศาสนาต่าง ๆ นั้น พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามจะต่ำกว่าประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (Diekstra & Gulbinat, 1993) อาจเกิดจากความเชื่อทางศาสนาที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาป ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ถูกสังคมต่อต้าน และลงโทษผู้ที่ฆ่าตัวตาย ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรม (Coleman, Butcher, & Carson, 1980) ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ในประเทศแถบยุโรปตอนเหนือและอเมริกาเหนือจะสูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกในประเทศแถบยุโรปตอนใต้หรือในประเทศแถบลาตินอเมริกา (Diekstra & Gulbinat, 1993) อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์จะมีความยึดมั่นผูกพันทางศาสนาน้อยกว่าผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก จึงพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า (Durkheim, 1897 cited in Barbee & Bricker, 1996)

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำเป็นปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (ประยูศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541) เนื่องจากระดับการศึกษาดำเนินให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) ดังการศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, กิตติกา กาญจนรัตนากร, และสุพิศ กิตติรัชดา (2537) ที่พบว่า ร้อยละ 61.5 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 และการศึกษาของ ประยูศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่พบว่าร้อยละ 55.9 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้เรียน และเรียนจบชั้นประถมศึกษา

อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงรายได้ สถานภาพทางสังคม การได้รับความเคารพนับถือ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลายระดับ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดแตกต่างกัน (สุพัตรา สุภาพ, 2534) ในขณะที่การว่างงานทำให้ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดต่ำลง ซึมเศร้า หมดหวัง ทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ขัดแย้งกับคู่สมรส ติดสุรา แยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก (Adam, 1990) อัตราการว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการฆ่าตัวตาย (Yang

et al., 1992 cited in Barbee & Bricker, 1996) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบได้สูงในผู้ที่ตกงานว่างงาน การงานไม่มั่นคง และมีปัญหาการทำงาน (Platt, 1984 cited in Adam, 1990) สำหรับในประเทศไทยพบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มักจะประกอบอาชีพใช้แรงงาน รับจ้างทั่วไป (นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และคณะ, 2537; ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร และปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) ส่วนผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ว่างงานมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ยังประกอบอาชีพ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในด้านการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน การขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดได้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดต่ำลง (Marshall, 1978 cited in Barbee & Bricket, 1996) ในขณะที่บางรายงานการศึกษา กลับพบว่า การมีรายได้สูงและคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (Lester, 1984 cited in Barbee & Bricker, 1996) สำหรับการศึกษานในประเทศไทย พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท/เดือน และรายได้ไม่เพียงพอ/ไม่แน่นอน (ประยูคต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

ประวัติการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Barbee & Bricker, 1996) โรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เช่น เอดส์ มะเร็ง การบาดเจ็บของสมองหรือไขสันหลัง และไตวาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เรื้อรัง ร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคหรือวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น (Mckenzie & Popkin, 1990) จากการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 93 คน พบว่า จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด การมองและการได้ยินบกพร่อง สิวในระยะรุนแรง ข้ออักเสบ โรคกระเพาะ ลมชัก และโรคเอดส์ เป็นต้น (Earle et al., 1994 cited in Barbee & Bricker, 1996) ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยันตติคุณ (2541) ศึกษาพบว่า โรคทางกายเรื้อรัง (อาการและสุขภาพแย่ง) เป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่สองของความคิดฆ่าตัวตาย

นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มักจะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะมีอาการผิดปกติทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการหรือมากกว่าในขณะที่ทำการฆ่าตัวตาย

(Harris & Barraclough, 1997) ความเจ็บป่วยทางจิตที่พบ อาทิเช่น ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เศร้า (major depressive disorder) จิตเภท (schizophrenia) ความผิดปกติแบบวิตกกังวลอย่างรุนแรง (panic disorder) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) (Black & Winokur, 1990) ส่วนบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักไม่มีความเจ็บป่วยทางจิต (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

การใช้สารเสพติด เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า (Wilson & Kneisl, 1996) ผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 2.42 และ 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่หาทางออกเมื่อมีความทุกข์ใจโดยการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3.02 เท่าของผู้ที่หาทางออกโดยการพูดคุยเรื่องไม่สบายใจกับคนใกล้ชิดหรือคนที่ไว้ใจ หรือมีความเสี่ยงมากต่อการฆ่าตัวตาย (ประยุตต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

ประวัติการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายซ้ำ การศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมภาพร ตรีงคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และพบว่าร้อยละ 10 ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) ประวัติการฆ่าตัวตายประกอบไปด้วย

ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) ส่วนใหญ่เกิดจาก ความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และปัญหาผู้สาว (ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร และปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) นอกจากนี้ยังพบว่า การฆ่าตัวตายมักเกิดจากเหตุการณ์หรือความเครียดในชีวิตที่มีได้คาดคิดมาก่อน (Maris, 1991 อ้างใน จรรยา รัชญาณี, 2537) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่เผชิญมักเป็นเรื่องของการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพรัดพราก การลาออกหรือถูกไล่ออกจากงาน และการสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น (Aguilera, 1994)

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง การมีความคิดฆ่าตัวตาย จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ความคิด เช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รักที่ต้องการของผู้อื่น บุคคลที่อาจมีความคิดเช่นนี้มากกว่า คนทั่วไป เช่น คนตกงาน ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้กำลังประสบกับปัญหาชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

แผนการฆ่าตัวตาย หรือการวางแผนไว้ล่วงหน้า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ จะกระทำขณะโกรธเคือง ด้วยอารมณ์ชั่ววูบ ทำอย่างหุนหันพลันแล่น (impulsive) โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า ส่วนบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) บุคคลที่มีรายละเอียดของแผนชัดเจน ระบุวิธีและเตรียมอุปกรณ์ไว้พร้อม กำหนดเวลากระทำแน่นอน กระทำในสถานที่และเวลาที่ไม่มีใครอยู่หรือมี โอกาสมาพบได้น้อย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมาก (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล, 2541)

การส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ ประมาณร้อยละ 80 ของบุคคลที่พยายาม ฆ่าตัวตาย จะส่งสัญญาณเตือนบางประการให้ทราบล่วงหน้าก่อน อาจเป็นทางคำพูด เช่น การพูด ถึงความตาย สิ่งเดียวกับคนใกล้ชิด การซักถามเกี่ยวกับปริมาณ/ขนาดของยา ส่วนทางพฤติกรรม เช่น การเขียนบันทึกความรู้สึกที่เหงาโดดเดี่ยว หรือหมดหวัง การเขียนระบายความโกรธถึงบุคคล ที่ปฏิเสธตน การเขียนเปิดโปงเรื่องราวบางอย่าง การมอบหมายกรรมธรรม์ประกันชีวิต เป็นต้น (Shives, 1998)

สถานที่ฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักจะกระทำในสถานที่ที่คนอื่นมีโอกาสรู้หรือช่วยเหลือเอาไว้ได้ทันทั่วทั้งที่ (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; อุมพร ตรังคสมบัติ และอรุวรรณ หงษ์แก้ว, 2541) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย มีเพียงส่วนน้อยที่ตั้งใจบชีวิตของตนเองจริง ส่วนใหญ่จะทำไปเพราะเหตุผลอื่น เช่น เพราะ ความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจ ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบอย่างหุนหันพลันแล่น ซึ่งถือเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือ (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

วิธีฆ่าตัวตาย บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ มักจะใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตราย รุนแรง (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541; ศาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2530; Barbee & Bricker, 1996) วิธีที่นิยมใช้มากที่สุดทั้งหญิงและชาย คือ การกินยาและสารพิษ ซึ่งเป็น วิธีที่สะดวกและน่ากลัวน้อยที่สุด ยาที่ใช้มักเป็นยานอนหลับ ยากล่อมประสาท และยารักษาโรค ที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว สารพิษที่ใช้มักเป็นสารเคมีที่หาได้ง่ายในบ้าน เช่น ยามันแมลง ยาน้ำยา ชักฟอก และน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น

ประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมากในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน (Malone et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมากกว่าเป็น 4 เท่า ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998) ส่วนการศึกษาในฝาแฝด พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันเมื่อคนใดคนหนึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จ ฝาแฝดคนที่เหลือก็จะฆ่าตัวตายตาม (Roy et al., 1995 cited in Hauenstein, 1998) และนอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและปฏิบัติตามผู้อื่น (Diekstra, 1986 cited in Runeson, Beskow, & Waren, 1996)

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้รวบรวมความหมายของความเครียดไว้ 3 กลุ่มดังนี้ คือ

1. ความเครียดในความหมายของการตอบสนอง (response definitions) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม ซึ่งวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสรีระที่ตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด (physiological response) เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น มือสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อเกร็ง ความดันโลหิตสูง และเหงื่อออก เป็นต้น
2. ความเครียดในความหมายของสิ่งกระตุ้น (stimulus definitions) หมายถึง การที่บุคคลต้องพบกับ การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ชีวิตครั้งสำคัญ ๆ และเหตุการณ์นั้นนำมาซึ่งความเครียด ซึ่งได้แก่ การตายของคู่รัก การหย่าร้าง และการตกงาน เป็นต้น
3. ความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (person–environment relationship definitions) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกระบวนการทำงานทางปัญญา ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมว่าเกินพลังความสามารถหรือเกินทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่ และเป็นอันตรายต่อความผาสุก ลักษณะที่เกิดขึ้นนั้นเรียกว่า ความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาความเครียดในความหมายของความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยมีตัวแปรกลาง คือ ปัญญา (cognition) ซึ่งเป็นผลจากการทำหน้าที่ของสมอง ปัญญาเป็นตัวจัดกระทำเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เรียกว่า กระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal process) (Lazarus & Folkman, 1984)

กระบวนการประเมินค่าทางปัญญา

กระบวนการประเมินค่าทางปัญญา ตามแนวคิดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกระบวนการให้ค่าความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร กระบวนการลักษณะนี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตราบเท่าที่บุคคลยังมีการรับรู้และตอบสนองได้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินค่าปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินค่าสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนในลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะคือ

1.1 ไม่มีอะไรเกี่ยวข้องกัน (irrelevant) คือ การประเมินค่าว่าเหตุการณ์นั้น ๆ ไม่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางบวกหรือทางลบ

1.2 ให้ประโยชน์ (benign positive) เหตุการณ์นั้นจะถูกประเมินค่าว่านำมาซึ่งความรู้สึกเป็นสุข สดชื่น ร่าเริง มีขวัญและกำลังใจดี

1.3 เต็มไปด้วยความกดดันบีบคั้นหรือเต็มไปด้วยความเครียด (stressful) แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 ลักษณะอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) เหตุการณ์ที่ถูกประเมินในลักษณะนี้มักจะเกิดขึ้นแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การตาย การพรัดพราก เป็นต้น

1.3.2 ลักษณะคุกคาม (threat) หมายถึง เหตุการณ์นั้นถูกคาดเดาล่วงหน้าว่าจะทำให้ตนได้รับอันตราย สูญเสีย หรือเกิดความยุ่งยากต่อไปในอนาคต

1.3.3 ลักษณะท้าทาย (challenge) หมายถึง เหตุการณ์นั้นมีแนวโน้มจะก่อให้เกิดประโยชน์หรือเกิดการพัฒนาต่อไป การประเมินค่าลักษณะนี้บุคคลจะสามารถควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ หรือไม่เกินความสามารถในการเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้

2. การประเมินค่าทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินค่ากลยุทธ์การปรับแก้ (coping strategies) หรือประเมินค่าเงื่อนไขการใช้กลยุทธ์การปรับแก้ที่นั้น ๆ (coping option) รวมถึงประเมินค่าทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ทั้งภายในและภายนอกตัว

การประเมินค่าทางปัญญานี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินค่าใหม่ (reappraisal) ไปเรื่อย ๆ ตามข้อมูลใหม่ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา ตามการแบ่งของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งออกได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่

1.1 ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงการให้ความสำคัญให้ความหมายต่อเหตุการณ์ต่อกิจการที่ตนหรือบุคคลผูกพันด้วย เช่น แรงจูงใจเพื่อการดำรงชีวิตฐานคิดหรือแนวทางของบุคคลในการเลือกที่จะต่อสู้หรือหนี บุคคลที่มีความผูกพันแน่นหรือลึกซึ้งมักจะหัวนไหว ไม่มั่นคง เนื่องจากสถานการณ์นั้นถูกประเมินเป็นความเครียดลักษณะคุกคามหรือลักษณะทำลาย

1.2 ความเชื่อ (beliefs) บุคคลที่เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ได้ มักจะประเมินค่าเหตุการณ์นั้นในลักษณะทำลาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ก็จะประเมินเหตุการณ์ในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม

2. ปัจจัยสถานการณ์ (situation factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่และความรุนแรง (novelty) โดยเฉพาะสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนเลย และเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายกับชีวิต บุคคลมักประเมินค่าว่าเต็มไปด้วยความเครียดลักษณะคุกคามและลักษณะอันตรายหรือสูญเสีย

2.2 ความแม่นยำในการทำนาย (predictability) บุคคลโดยทั่วไปมักจะรู้ดีกว่าเหตุการณ์ซึ่งสามารถทำนายหรือคาดเดาได้ เต็มไปด้วยความกดดันที่บีบคั้นน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ยากจะทำนาย

2.3 ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ (event uncertainty) ถ้าเหตุการณ์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความคลุมเครือไม่ชัดเจนและไม่แน่นอนมากเท่าใด ก็ยิ่งจะทำให้การประเมินค่าเป็นไปในลักษณะที่เต็มไปด้วยความกดดันที่บีบคั้นมากขึ้นตามไปด้วย

ความเครียดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (ประยุทธ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; Dixon et al., 1991) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะรับรู้และประเมินค่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่ตนประสบว่าเป็นเรื่องใหญ่โต และร้ายแรงมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดและไม่สามารถลดผลกระทบจากความเครียดได้ ทำให้ความเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงใช้วิธีการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียดที่รุนแรงนั้น (Horesh et al., 1996) เหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเผชิญ มักเป็นเรื่องของการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การพรัดพราก การลาออกหรือถูกไล่ออกจากงาน และสูญเสียทรัพย์สิน เป็นต้น (Aguilera, 1994)

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายไว้หลายเรื่องส่วนใหญ่แล้วจะเน้นศึกษาความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ชีวิต (stressful life events) ดังการศึกษาของ เพเคล และคณะ (Paykel et al., 1975) ที่ศึกษาถึงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยวิธีสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi structure interview) กับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตจำนวน 61 เหตุการณ์ โดยใช้แบบวัดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตตามแนวคิดของโฮมส์ และเรย์ (Holmes & Rahe, 1967 cited in Paykel et al., 1975) เป็นหลัก และกำหนดค่าคะแนนตามระดับความเครียด โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มบุคคลทั่วไป พบว่า ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายต้องเผชิญกับจำนวนเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตมากกว่ากลุ่มบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มบุคคลทั่วไปถึง 4 เท่า ความรุนแรงของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย เหตุการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ การโต้แย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างคู่สมรส ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอย่างรุนแรง และการมีคดีทางกฎหมาย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษาของดีไวน์ และคณะ (De Wilde et al., 1992) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น กับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตระหว่างช่วงวัยเด็กถึงวัยรุ่น โดยวิธีสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก (อายุถึง 12 ปี) ถึงช่วงวัยรุ่น (อายุ 12 ปีขึ้นไป) ใช้แบบวัดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่พัฒนามาจากแนวคิดของโฮมส์ และเรย์ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 48 คน กลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้

พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 66 คน และกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายและไม่เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน จำนวน 43 คน พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายเผชิญกับจำนวนเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เหตุการณ์ที่ต้องเผชิญตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยรุ่น คือ การถูกทารุณกรรมทางเพศ และในระยะ 1 ปี ก่อนการพยายามฆ่าตัวตายเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ คือ สอบตกซ้ำชั้น และการเปลี่ยนแปลงของจำนวนสมาชิกในครอบครัว ฮิคคิเนน และคณะ (Heikkinen et al., 1994) ศึกษาถึงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่าง 1,067 คน ของประเทศฟินแลนด์ พบว่า ร้อยละ 80 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตในระยะ 2 เดือน ก่อนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 28 มีปัญหาเกี่ยวกับงาน ร้อยละ 23 เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ร้อยละ 22 เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ร้อยละ 18 มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 16 ตกงาน/ว่างงาน ร้อยละ 14 ถูกพรัดพราก ร้อยละ 13 บุคคลในครอบครัวเสียชีวิต และบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ร้อยละ 12 จะเห็นได้ว่าการศึกษาลักษณะนี้ค่อนข้างยืนยันว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักประสบกับเหตุการณ์ในลักษณะสูญเสีย หรือเป็นอันตรายอย่างรุนแรง และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ

นอกจากความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ชีวิตแล้วยังพบว่า ความเครียดจากความยุ่งยากประจำวัน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย (Chiles & Strosahl, 1995) ความยุ่งยากประจำวัน (daily hassles) เป็นเหตุการณ์ประจำวันที่บุคคลต้องเผชิญอยู่เสมอในการดำรงชีวิต หรือสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน อาทิเช่น งานอาชีพ งานบ้าน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ความมั่นคงของสถานะทางสังคม ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความเร่งรีบของเวลา และความกังวลส่วนตัว ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกขุ่นเคือง ไร้ค่า ขัดใจ อารมณ์เสีย หงุดหงิด รู้สึกเป็นทุกข์ หรือความเครียด หรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความผาสุกของบุคคล ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัว และสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ความยุ่งยากประจำวันนอกจากจะเกิดจากเหตุการณ์ประจำวันที่บุคคลต้องเผชิญอยู่เสมอในการดำรงชีวิตแล้ว ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การตายของคู่รัก การหย่าร้าง การตกงาน ที่มักจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากประจำวันหรือความเครียด ถ้าเหตุการณ์เหล่านั้นเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก เกิดขึ้นอยู่เสมอต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ย่อมส่งผลต่อความเครียดในระดับที่สูงได้ (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988) ความยุ่งยากประจำวันมีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจ การทำงาน บทบาททางสังคม ภาวะสุขภาพ และส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดี เช่น การเจ็บป่วย ขวัญและกำลังใจลดลง ความพร้อมในบทบาทการทำงานและบทบาททางสังคม เป็นต้น บุคคลที่มีความยุ่งยากประจำวันที่

ก่อให้เกิดความเครียดมาก จะเกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984)

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความยุ่งยากประจำวันกับภาวะสุขภาพไว้หลายเรื่อง อาทิ เช่น แคนเนอร์ คอยด์ เชเฟอร์ และลาซารัส (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981) ศึกษาเปรียบเทียบการวัดความเครียด 2 วิธี ระหว่าง ความยุ่งยากประจำวัน กับ เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective) ในระยะเวลา 10 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี พบว่า ความยุ่งยากประจำวันสามารถทำนายอาการแสดงทางด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โฮโลฮาน โฮโลฮาน และเบลล์ (Holohan, Holohan, & Belk, 1984) ศึกษาการปรับตัวในผู้สูงอายุเกี่ยวกับบทบาทของความเครียดจากความยุ่งยากประจำวัน และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ในผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท เพศชาย 32 คน เพศหญิง 32 คน อายุระหว่าง 65-75 ปี พบว่า ความยุ่งยากประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่า ความยุ่งยากประจำวันสามารถทำนายอาการวุ่นวายสับสน (agitation) ที่สหนักติต่อวัยสูงอายุ อาการทางกายเนื่องจากจิตใจ และภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นากาโน (Nakano, 1988) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยุ่งยากประจำวันกับความพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ ในคนญี่ปุ่น เพศชาย 64 คน เพศหญิง 41 คน อายุระหว่าง 31-61 ปี โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ส่งไปทางไปรษณีย์ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน พบว่า ความยุ่งยากประจำวันมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจ เดอลองกิส และคณะ (DeLongis et al., 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยุ่งยากประจำวันกับภาวะสุขภาพ โดยศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดในชีวิตประจำวัน ต่อภาวะสุขภาพและอารมณ์ในกลุ่มสตรี 75 คู่ ใช้วิธีการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความเครียดในชีวิตประจำวัน และการเกิดปัญหาสุขภาพในขณะนั้นหรือในเดือนต่อมา ปัญหาสุขภาพคือ ไข้หวัดใหญ่ เจ็บคอ ปวดศีรษะ และปวดหลัง และความเครียดในชีวิตประจำวัน ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และอารมณ์ที่ไม่ดี นอกจากนี้ยัง พบว่า บุคคลที่มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อาการทางกาย และภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี สมจิต หนูเจริญกุล ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และใช้

การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ พบว่า ความยุ่งยากประจำวันมีผลทางลบต่อการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มคนปกติ ส่วนการศึกษาในคนป่วยนั้น ครอสบี (Crosby, 1988) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และความรุนแรงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในผู้ป่วย 101 คน ที่มีอายุระหว่าง 18-76 ปี โดยใช้แบบวัดความยุ่งยากประจำวัน แบบวัดความวิตกกังวล พบว่า ความถี่และความรุนแรงของความยุ่งยากประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดทางอารมณ์

สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้มาตรวัดความยุ่งยากประจำวันนั้น ยังไม่พบว่ามีรายงาน มีเพียงการศึกษาวิจัยที่คล้ายคลึงกัน เช่น การศึกษาของประทุม สุขมี (2542) ที่ศึกษาแหล่งของความเครียดของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ใช้แบบวัดแหล่งของความเครียด จำนวน 56 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นแบบวัดชุดที่ 2 ในแบบทดสอบความเครียดสวนปรง 104 ข้อ (Saunprung Stress Test-104) สร้างโดยใช้แนวคิดพฤติกรรมชีวภาพของความเครียด (Biobehavioral model of stress) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งของความเครียด 6 แหล่ง คือ งาน เรื่องส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม และการเงิน ซึ่งพบว่า แหล่งของความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเป็นแหล่งของความเครียดในระดับปานกลาง ได้แก่ สิ่งแวดล้อม และการเงิน ส่วนแหล่งของความเครียดในระดับต่ำ ได้แก่ เรื่องส่วนบุคคล เรื่องสังคม เรื่องงาน และเรื่องครอบครัว

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิต และความยุ่งยากประจำวัน เป็นปัจจัยเหตุให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัญหาทางจิตใจ และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

การประเมินความเครียด

การศึกษานี้ใช้มาตรวัดความยุ่งยากประจำวัน (Daily Hassles Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดที่สะท้อนถึงความเครียดของบุคคลจากเหตุการณ์ประจำวัน 8 เรื่อง ได้แก่ (Lazarus et al., 1985)

1. งานอาชีพ เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบเพื่อหาเลี้ยงชีพ ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกว่าเป็นงานหนัก งานที่ทำอยู่ไม่มั่นคง ไม่พึงพอใจในงาน ไม่ชอบระบบงาน มีความขัดแย้งกับหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน

2. งานบ้าน เป็นงานที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวในการดูแลบ้าน เช่น ดูแลการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซ่อมแซมบ้าน การดูแลต้นไม้ สัตว์เลี้ยง การบำรุงรักษารถ การรับผิดชอบซื้อของใช้ต่าง ๆ ภายในบ้าน

3. สิ่งแวดล้อม เป็นสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศ เสียงดังรบกวน มีกลิ่นเหม็น ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความไม่เป็นมิตรของเพื่อนบ้าน

4. สุขภาพ เป็นภาวะสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ สุขภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะสะท้อนถึงสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ หรือต้องรับการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ความไม่สบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

5. ความมั่นคงของสถานะทางสังคม เป็นสถานการณ์การยอมรับของสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยกย่องและมีตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น

6. ความรับผิดชอบด้านการเงิน เป็นความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับรายรับ/รายจ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การเก็บออมเงิน ค่าใช้จ่ายที่ให้แก่มุคคลอื่นในความดูแลรับผิดชอบ เป็นต้น

7. ความเร่งรีบของเวลา เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกว่ามีกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบทำ ไม่สามารถทำให้สำเร็จภายในเวลาที่กำหนด

8. ความกังวลส่วนตัว เป็นความรู้สึกที่ขัดแย้งในตัวเองที่มีต่อลักษณะรูปร่างหน้าตา ภาพลักษณ์ของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว กลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น กลัวการเผชิญกับความจริง

มาตรวัดความยุ่งยากประจำวันของลาซารัส และคณะ (Lazarus et al., 1985) พัฒนามาจากมาตรวัดความยุ่งยากประจำวันของแคนเนอร์ และคณะ (Kanmer et al., 1981) ซึ่งมี 117 ข้อคำถามนั้นได้รับการได้แย้งจากโดเรนเวนด์ และเชร่าห์ (Dohrenwend & Shrout, 1985) ว่ามีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อน และมีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงทางด้านร่างกายและจิตใจถูกวัดรวมอยู่ด้วย ดังนั้นลาซารัส และคณะจึงได้ปรับปรุงเครื่องมือใหม่ ผลจากการวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้ข้อคำถาม 53 ข้อ จากนั้นมีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 1 วัน ได้ค่า $r = 0.77$ ($p < 0.001$) ทดสอบซ้ำห่างกัน 1 เดือน ได้ค่า $r = 0.82$ ($p < 0.001$)

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับแก้

ความหมายของการปรับแก้

การปรับแก้ หมายถึง กระบวนการของความคิดและพฤติกรรม ที่สะท้อนถึงการใช้พลังอย่างต่อเนื่องมากกว่าปกติ ทั้งปรับและแก้ต่อข้อเรียกร้อง ไม่ว่าจะมาจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ข้อเรียกร้องเกิดจากกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา การปรับแก้มีลักษณะเฉพาะ 4 ประการ คือ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. มีลักษณะเป็นกระบวนการ (process-oriented) มากกว่าเป็นลักษณะประจำตัว (trait-oriented) เป็นการตอบสนองที่มีลักษณะเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องตามข้อเรียกร้องเฉพาะเรื่อง
2. มีลักษณะพิเศษเพราะถูกประเมินว่า เป็นพลังที่ต้องใช้ หรือเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่มากกว่าปกติ เพื่อการปรับความเครียดทางจิตใจ ไม่ใช่พฤติกรรมการปรับแบบอัตโนมัติตามปกติ
3. เป็นการใช้งัดเชิงการจัดการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรม โดยพิจารณาตัดสินว่าดีหรือไม่ดีไม่ได้
4. การจัดการในที่นี้หมายถึง การทำให้ลดน้อยลง หรือการทำให้เหลือน้อยที่สุด การหลีกเลี่ยง การยอมรับกับสภาพความเครียด หรือความพยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดสภาพความเครียด

หน้าที่ของการปรับแก้

การปรับแก้แบ่งตามหน้าที่ (function) ได้ 2 แบบ ดังนี้ (Folkman & Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984)

1. การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงความพยายามในการเลือกที่จะจัดการ โดยตรงกับสาเหตุหรือปัญหาที่ก่อให้เกิดสภาพเครียด มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ (problem solving) คือ มีการกำหนดปัญหา หาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี พิจารณาถึงผลดีและผลเสียของทางเลือกไว้แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหายังมีข้อที่แตกต่างจากการแก้ปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ คือ การรวบรวมกลวิธีมากกว่า และเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง การปรับแก้แบบนี้จะช่วยลดทั้งสภาพเครียดทางด้านจิตใจและลดการเร้าของ

ถึงกระตุ้น เพราะจะเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด เช่น การปรับระดับความต้องการของตนเองให้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง หากทางเลือกเพื่อจะได้สิ่งที่ต้องการไว้หลาย ๆ ทาง พัฒนามาตรฐานพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา จะช่วยลดสภาพเครียดทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Felton & Revenson, 1984; Mitchell, Cronkite, & Moos, 1983; Mitchell & Hodson, 1983 cited in Aldwin & Revenson, 1987) ในขณะที่บางรายงานการศึกษากลับพบว่า การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหาช่วยลดสภาพเครียดทางด้านจิตใจได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่จะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาได้มากกว่า การปรับแก้แบบนี้มักจะถูกใช้ในสถานการณ์ที่เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (Billings & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978 cited in Billings & Moos, 1984)

2. การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion-focused forms of coping) เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงความพยายามของบุคคลในการควบคุมสภาพความเครียดทางอารมณ์ และปรับอารมณ์ของตนเอง เป็นการบรรเทาหรือลดสภาพความเครียดเท่านั้น การปรับแก้แบบนี้มักจะถูกใช้ในสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น เป็นอันตราย คุกคาม หรือทำหายน เป็นต้น ซึ่งเป็นลักษณะของการกระทำเพื่อให้ตนเองมีความหวัง สามารถมองเห็นส่วนดีของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบไม่มองแต่ในทางลบอย่างเดียว หลีกเลี่ยงการยอมรับความจริงแบบตรงไปตรงมา แต่ปรับการให้ความหมายของความจริงใหม่โดยไม่บิดเบือน การปรับแก้แบบนี้ไม่ได้จัดการกับปัญหาโดยตรง เมื่อปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเพิ่มความเครียดทางอารมณ์มากขึ้นได้ โดยเฉพาะถ้าบุคคลกระทำโดยขาดการตระหนักรู้ในตนเองอาจเกิดการหลอกตนเอง (self-deception) การบิดเบือนความเป็นจริง (reality distortion) มีโอกาสเกิดปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Bell, 1977; Kelly & Murphy, 1992) การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Billings & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978 cited in Billings & Moos, 1984) บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามักใช้การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มาก (Coyne et al., 1981; Lazarus, 1986 cited in Aldwin & Revenson, 1987) แต่ถ้าบุคคลใช้การปรับแก้แบบนี้อย่างตระหนักรู้ตามสภาพความเป็นจริงก็จะช่วยให้ปรับตัวได้

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจในเรื่องการปรับแก้ คือ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ไม่สามารถบอกได้ว่า การปรับแก้แบบไหน จะช่วยให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการปรับแก้ความเครียดได้ดีกว่ากัน การปรับแก้ที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจจะไม่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์อื่น ๆ ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานการณ์ปัญหา และ

ความแตกต่างของแต่ละบุคคลในการประเมินค่า กล่าวคือ ถ้าสถานการณ์ใดบุคคลประเมินค่าว่าตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เป็นอันตราย หรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำทายนุคคลนั้นจะใช้การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่า แต่ถ้าสถานการณ์ใดบุคคลประเมินค่าว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ บุคคลนั้นจะใช้การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า

2. บุคคลอาจเลือกใช้การปรับแก้เพียงแบบเดียว หรือเลือกใช้ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหามุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน ซึ่งการปรับแก้ทั้ง 2 แบบนี้อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือเกิดต่อเนื่องสลับสับเปลี่ยนกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินค่าใหม่ (reappraisal) โดยอาจมีส่วนเสริมแรงซึ่งกันและกัน หรืออาจขัดขวางการทำงานของมันและกันก็ได้ หรืออาจจะกล่าวได้ว่ามีส่วนในการเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพของบุคคลในการปรับแก้ กล่าวคือ ถ้าสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลประเมินค่าว่าเป็นความเครียดที่อันตรายหรือคุกคาม บุคคลอาจเลือกใช้การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ก่อน โดยพยายามควบคุม/ลด ความกลัว ความกังวลต่าง ๆ จากนั้นจึงใช้แบบมุ่งแก้ปัญห การปรับแก้จะมีความเฉพาะในแต่ละบุคคล และในแต่ละแบบนั้นไม่มีแบบใดที่จะใช้ได้ดีในทุกปัญหา แต่อาจมีบางแบบที่ดีกว่า ถ้าช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือช่วยลดความเครียด การปรับแก้ที่มีประสิทธิภาพต้องใช้ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหามุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน มีการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังต้องมีความเหมาะสมกับข้อเรียกร้องและแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่อีกด้วย บุคคลส่วนใหญ่มักใช้การปรับแก้ทั้งแบบมุ่งปรับอารมณ์ และมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน จากการศึกษาความเครียดและการปรับแก้ในคนปกติ อายุ 45-64 ปี จำนวน 100 คน เพื่อหาแบบของการปรับแก้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบสอบถาม way of coping พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ใช้การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหามุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน การปรับแก้ที่เลือกใช้ในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเมินค่า (Lazarus & Folkman, 1980 cited in Folkman, Lazarus, Dandel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986)

จากแนวคิดของลาซารัส และโพล์คแมนดังกล่าว ได้มีผู้แบ่งแบบของการปรับแก้ที่แตกต่างกันไป จาโลวีก (Jalowiec, 1988) แบ่งพฤติกรรมปรับแก้ตามแนวคิดของลาซารัส และโพล์คแมน ออกเป็น 3 แบบ คือ

1. พฤติกรรมเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping behavior) คือ การปรับแก้ที่มุ่งแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง เช่น คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหามุ่งควบคุมสถานการณ์ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่ทุกมุม ลองแก้ปัญหามากมาย วิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด เป็นต้น

2. พฤติกรรมปรับอารมณ์ (emotive coping behavior) คือ การปรับแก้ที่มุ่งลดความรู้สึกไม่สบายใจหรือความรู้สึกเป็นทุกข์ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ เช่น

อารมณ์เสีย คุณเฉียว สบถ สบประพาส ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ ดำเนินคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา เป็นต้น ซึ่งคล้ายกับการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion-focused forms of coping) ตามแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมนนั่นเอง (Lazarus & Folkman, 1984 cited in Jalowiec, 1988)

3. พฤติกรรมบรรเทาปัญหา (palliative coping behavior) คือ การปรับแก้ที่จะช่วยลดหรือบรรเทาความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยไม่เผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์นั้น ๆ โดยตรง แต่เป็นการหาทางเลี่ยงในการรับรู้กับปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง และไม่ใช้การหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเหตุการณ์ เช่น ยอมรับกับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้ สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งการปรับแก้แบบนี้วิธีการส่วนใหญ่จะมาจาก การปรับแก้แบบมุ่งอารมณ์ (Jalowiec, 1988) ดังนั้นพฤติกรรมการปรับแก้แบบบรรเทาปัญหา จึงเป็นส่วนหนึ่งของการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ตามแนวคิดของลาซารัส ทั้งนี้เนื่องจากการบรรเทาปัญหาเป็นวิธีที่มุ่งลด บรรเทา หรือจัดการกับความเครียดทางอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ และลาซารัสใช้คำว่าบรรเทาปัญหาควบคู่ไปกับการปรับอารมณ์ (Lazarus, 1976 อ้างใน กิตติกร นิลมานันต์, 2538)

ทรัพยากรในการปรับแก้ของบุคคล

บุคคลจะมีการปรับแก้ความเครียดที่แตกต่างกันไป และจะสามารถปรับแก้ความเครียดได้ผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับทรัพยากรในการปรับแก้ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (health and energy) จะเป็นตัวช่วยเอื้อความพยายามในการปรับแก้ความเครียด บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ จะปรับแก้ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย

2. ความเชื่อในทางบวก (positive beliefs) ความเชื่อมีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลในแง่การรับรู้และประเมินค่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ทำให้สามารถควบคุมหรือเอาชนะสิ่งที่มาคุกคามได้ ความเชื่อในทางที่ดี เช่น เชื่อในความสามารถหรือศักยภาพของตนเอง เชื่อว่าควบคุมเหตุการณ์ได้ เชื่อในความยุติธรรม เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า เชื่ออำนาจภายในตนเอง (internal locus of control) มากกว่าเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง (external locus of control) เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความหวังมีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับปัญหา

3. ทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหาโดยคำนึงถึงผลได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้น เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ สติปัญญา ความรู้ความสามารถ ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อทักษะการแก้ปัญหา เช่น

3.1 เพศ พบว่า เพศชายมักจะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายนถึงปัญหาและความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง (Hauenstein, 1998) ในขณะที่เพศหญิงมักแสวงหาความช่วยเหลือ พูดหรือระบายปัญหาและความไม่สบายใจให้บุคคลใกล้ชิด

3.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์ในชีวิต รวมถึงการเผชิญกับปัญหาและความเครียดต่าง ๆ การปรับแก้จะเปลี่ยนไปตามช่วงอายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์ มีความรอบคอบในการพิจารณาปัญหา ช่วยให้การปรับแก้มีประสิทธิภาพ และสามารถปรับแก้ได้ตามสภาพความเป็นจริงมากเท่านั้น (Vaillant & Pfeiffer, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984)

3.3 ระดับการศึกษา มีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปลข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Jalowiec & Powers, 1981) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ระดับการศึกษาที่ดีทำให้บุคคลสามารถเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้แก้ปัญหาดัง ๆ ได้ (Jalowiec & Powers, 1981) ส่วนบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981)

3.4 ประสบการณ์ในอดีตของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเครียดในปัจจุบัน ถ้าในอดีตประสบความสำเร็จ ก็จะมีกำลังใจเชื่อมั่นที่จะจัดการกับความเครียดในปัจจุบัน แต่ถ้าในอดีตล้มเหลวความสำนึกในคุณค่าแห่งตนจะลดต่ำลง ไม่มั่นใจ ลงเลในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด (Fuller & Schaller- Ayers, 1990 อ้างใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2538)

4. ทักษะทางสังคม (social skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะในการแสดงความรู้สึกของตนเองอย่างเหมาะสม การขอความช่วยเหลือและร่วมมือจากบุคคลอื่น ทักษะทางสังคมจะช่วยเอื้อในการแก้ไขปัญหาดัง ๆ ได้ดีขึ้น ถ้าได้ฝึกทักษะเหล่านี้ในชีวิตประจำวัน ก็จะมีประโยชน์ช่วยป้องกันความล้มเหลวในการปรับแก้ได้

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่เป็นแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ เช่น บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในสังคม เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การช่วยเหลือในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ การได้รับและรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยทำให้การปรับแก้ความเครียดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (material resources) ได้แก่ เงิน สิ่งของ บริการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่สามารถซื้อได้ด้วยเงิน บุคคลที่มีแหล่งประโยชน์ทางวัตถุอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีทักษะการใช้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมมีทางเลือกในการปรับแก้ความเครียด ได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแหล่งประโยชน์ทางวัตถุ นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ขาดแหล่งประโยชน์ทางวัตถุมักมีความเชื่อถือในเรื่องของโชคชะตา ไม่พยายามค้นคว้าที่จะแก้ไขปัญหา มักใช้การปรับแก้แบบหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าบุคคลที่มีแหล่งประโยชน์ทางวัตถุอย่างเพียงพอหรือมาก (Westbrook, 1979 cited in Billings & Moos, 1984)

วิธีการปรับแก้ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า บุคคลขาดความสามารถในการจัดการกับข้อเรียกร้อง ปัญหา และความยุ่งยากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน (Dixon et al., 1991) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีลักษณะทางปัญญาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การลงความเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นแบบสุดขั้วสองด้าน จึงมีความจำกัดในการแก้ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาทำได้ยาก ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบเกิดจากอะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง (Arffa, 1983; Bartifai et al., 1990 cited in Rickeman & Houfek, 1995) ประกอบกับเลือกใช้การปรับแก้แบบหนี หลีกเลี่ยง และปฏิเสธ มากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างตรงไปตรงมา (Schotte & Clum, 1987 cited in Eskin, 1995) ดังการศึกษาของบอดชีซ โซลติวตอส, ลุยซี, คอกกีวี, และสเตฟานีส (Botsis, Soldutos, Lioffi, Kokkevi, & Stefanis, 1994) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และวิธีการปรับแก้ ในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ของ Albert Einstein College of Medicine Coping Styles Questionnaire (AECOM-CSQ) แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 8 วิธี คือ หลีกเลี่ยงปัญหา (suppression) แสวงหาความช่วยเหลือ (help-seeking) หาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา (replacement) ตำหนิผู้อื่น (blame) การทำกิจกรรมเพื่อลด

ความเครียด (substitution) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา (mapping) การกระทำที่ตรงกันข้ามกับความรู้สึกลับ (reversal) และการลดความสำคัญของปัญหา (minimization) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้การปรับแก้ทั้ง 8 วิธี แต่ความถี่ในการใช้จะน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย วิธีการปรับแก้ที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย คือ การลดความสำคัญของปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา และการดำเนินผู้อื่น ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย และพบว่าทั้ง 3 วิธี มีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ต่อการฆ่าตัวตาย และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่า การปรับแก้สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R=0.32, p<0.05, R=0.28, p<0.05$) การศึกษาของฮอช และคณะ (Horesht et al., 1996) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรับแก้ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 30 คน และกลุ่มผู้มีสุขภาพจิตดีจำนวน 32 คน โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ของ AECOM-CSQ พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้วิธีการปรับแก้แบบการลดความสำคัญของปัญหา และการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย กล่าวคือ ไม่สามารถลดความสำคัญของปัญหาหรือแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ และขาดความสามารถในการหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อจัดการกับปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการปรับแก้แบบ หลีกเลี่ยงปัญหา การดำเนินผู้อื่น การทำกิจกรรมเพื่อลดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ส่วนวิธีการปรับแก้แบบการลดความสำคัญของปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และการกระทำที่ตรงกันข้ามกับความรู้สึกลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาของคอตเลอร์ และคณะ (Kotler et al., 1993) ที่ศึกษาถึงวิธีการปรับแก้ในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 46 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 44 คน โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ของ AECOM-CSQ พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีการปรับแก้แบบการลดความสำคัญของปัญหาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่พยายามฆ่าตัวตาย การศึกษาของเคอร์รี่, มิลเลอร์, วู้ท และแอนเดอร์สัน (Curry, Miller, Waugh, & Anderson, 1992) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปรับแก้ ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคมที่ผิดปกติ และการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจำนวน 41 คน โดยใช้แบบวัดการปรับแก้ Health and Daily Living Form B แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 5 แบบ คือ การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (information seeking) การวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางอื่น ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา และการพิจารณาประสบการณ์ที่เคยใช้ในอดีต (logical analysis) การวางแผนแก้ปัญหา และการประเมินสภาพของ

ปัญหาอย่างเป็นระบบ (problem solving) การมองปัญหาในทางบวก การตัดใจจากปัญหา และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด (affective regulation) การระบายออกทางอารมณ์โดยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการโยนความผิดให้ผู้อื่น (emotional discharge) พบว่า การแสวงหาข้อมูลและการแสวงหาความช่วยเหลือ การวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางอื่น ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคมที่ผิดปกติ และการฆ่าตัวตาย การมองปัญหาในทางบวก มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า การระบายออกทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางสังคมที่ผิดปกติ การวางแผนแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับการฆ่าตัวตาย และพบว่าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย ใช้การปรับแก้แบบการวางแผนแก้ปัญหาน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และวัยรุ่นที่ไม่ฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าใช้การวางแผนแก้ปัญหาน้อยจะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายสูง ส่วนบุคคลที่ไม่ค่อยระบายความเครียดหรือระบายอารมณ์จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยนั้น ประทุม สุขมี (2542) ศึกษาถึง วิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ (way of coping questionnaire) แบ่งวิธีการปรับแก้ออกเป็น 8 วิธี คือ เผชิญหน้ากับปัญหา วางแผนแก้ปัญหาค่าใหม่ทางบวก แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการปรับแก้ทั้ง 8 วิธี วิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อย คือ ควบคุมตนเอง หนีหลีกเลี่ยงปัญหา และแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งทั้ง 3 วิธี เป็นวิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์

จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายปรับแก้ความเครียดในชีวิตโดยเลือกใช้วิธีการปรับแก้มากกว่าหนึ่งวิธีร่วมกัน วิธีการปรับแก้ที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้บ่อย คือ วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา เช่น การลดความสำคัญของปัญหา การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการเกี่ยวกับปัญหา และการวางแผนแก้ปัญห ซึ่งวิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ของการฆ่าตัวตาย ถ้าใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหาบ่อย จะมีความถี่ของการฆ่าตัวตายสูง ส่วนวิธีการปรับแก้ที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้บ่อย คือ วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ เช่น การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา การตำหนิผู้อื่น การควบคุมตนเอง ซึ่งวิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ของการฆ่าตัวตาย จึงอาจพบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา

การประเมินการปรับแก้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้มาตรวัดการปรับแก้ของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale: JCS) สร้างโดยจาโลวีก (Jalowiec, 1988) เป็นเครื่องมือวัดการปฏิบัติตัวของบุคคลที่สะท้อนถึงกลยุทธ์การปรับแก้ความเครียด สร้างครั้งแรกในปี ค.ศ. 1979 โดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีความเครียดและการปรับแก้ของลาซารัส และลอเนียร์เป็นพื้นฐาน (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec, 1988) แบ่งกลยุทธ์การปรับแก้ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) กลยุทธ์การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-oriented coping strategies) มีมาตราย่อย ๆ 15 เรื่อง 2) กลยุทธ์การปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ (affective-oriented coping strategies) มีมาตราย่อย ๆ 25 เรื่อง รวม 40 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 หมายถึง ไม่เคยใช้เลย-ใช้เกือบทุกครั้ง

ซึ่งต่อมาจาโลวีก เมอร์ฟี และเพาเวอร์ส (Jalowiec, Murphy, & Powers, 1984) ได้นำมาตรการปรับแก้ของจาโลวีก ที่สร้างในปี ค.ศ. 1979 นำมาตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ในกลุ่มตัวอย่าง 141 คน พบว่าการวิเคราะห์ใน 2 องค์ประกอบ คือ กลยุทธ์การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา กับ แบบมุ่งปรับอารมณ์ ไม่สนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง และพบว่า กลยุทธ์การปรับแก้มีมากกว่า 2 ลักษณะ

ในปี ค.ศ.1987 จาโลวีก ได้รวบรวมพฤติกรรมของบุคคลในการปรับแก้กับความเครียด และได้ปรับปรุงแบบวัดอีกครั้ง โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 60 ข้อ แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 8 ลักษณะ คือ 1) การเผชิญปัญหาโดยตรง 2) การหลีกเลี่ยง 3) การมองในแง่ดี 4) การยอมจำนน 5) การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก 6) การบรรเทา 7) การรับความเกือหนุน และ 8) การพึ่งตนเอง จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาโดยตรงและการพึ่งตนเองก็คือ การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา ส่วนการหลีกเลี่ยง การมองในแง่ดี การยอมจำนน การแก้ไขความทุกข์ที่อารมณ์และความรู้สึก การบรรเทา รวมทั้งการรับความเกือหนุนก็คือการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ตามแนวคิดของลาซารัสและโพล์คแมนนั่นเอง

ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก ได้นำแบบวัดในปี ค.ศ. 1979 มาปรับปรุงและพัฒนาอีกครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น จำนวน 1,400 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษาปริญญาโท 124 คน ซึ่งทำให้แบบวัดมีความเป็นสากลในการวัดมากขึ้น การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดมีดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ร่วมกันพิจารณา ผลปรากฏว่าร้อยละ 85 มีความเห็นตรงกันในเนื้อหาของแบบวัดโดยรวม

2. ความตรงตามโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ และใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ จากข้อคำถาม 40 ข้อ พบว่ามี 4 ข้อ ไม่สามารถจัดให้อยู่ในการปรับแก้แบบใดได้จึงตัดออก เหลือเพียง 36 ข้อคำถาม และแบ่งการปรับแก้ออกเป็น 3 แบบ คือ เฉลี่ยหน้ากับปัญหาปรับอารมณ์ และบรรเทาปัญหา นอกจากนี้ยังได้หาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ซึ่งพบว่าทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ในมิติที่แตกต่างกันของการปรับแก้ในแต่ละแบบ และต่างเป็นอิสระต่อกัน

3. ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.95 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ของการปรับแก้ในแต่ละแบบ พบว่า แบบเฉลี่ยหน้ากับปัญหาเท่ากับ 0.85 ปรับอารมณ์เท่ากับ 0.70 และบรรเทาปัญหาเท่ากับ 0.75

มาตรวัดการปรับแก้ของจาโลวิก ได้มีผู้นำไปใช้ศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มคนปกติ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบ จำนวน 90 คน และหาความเที่ยงของมาตรวัดการปรับแก้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารายด้าน คือ เฉลี่ยหน้ากับปัญหาเท่ากับ 0.82 ปรับอารมณ์เท่ากับ 0.69 และบรรเทาปัญหาเท่ากับ 0.59 (Downe-Wamboldt, 1991) สำหรับในประเทศไทย วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้นำไปใช้ในกลุ่มบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการบำบัดรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ 0.72 กิตติกร นิลมานัต (2538) นำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 43 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.74 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดการปรับแก้ของจาโลวิก ที่แปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมาย

แรงสนับสนุนทางสังคมตามความหมายของ ไวส์ (Weiss, 1974) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตนเชื่อว่า มีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่า ได้รับความยกย่อง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน เฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ชูเมกเกอร์ และบราวเนลล์ (Shumaker & Brownell, 1984 cited in Callaghan & Morrissey, 1993) ให้ความหมายว่า เป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไปซึ่งทำให้ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสุขในชีวิตมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของไวส์ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัวและสังคมในลักษณะของความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอตลิป (Gottlibe, 1985 อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (macro level) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) หมายถึง การช่วยเหลือที่พิจารณาโครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม การวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพกันอย่าง

สมัคร เช่น กลุ่มเพื่อน ซึ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับใกล้ชิดหรือระดับเล็ก (micro level) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด อาทิเช่น คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer et al., 1981) ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา ที่ต้องการเน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์ และระยะเวลาของความสัมพันธ์ อาทิเช่น

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่า กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ หรือเรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญมากที่สุด เพราะมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่าง ๆ
2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนา โดยยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายในการให้การสนับสนุน
4. กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และผู้ใกล้ชิด

5. กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แบรนทท์ และไวเนอร์ทท์ (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1988) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 11 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบิดามารดา
2. กลุ่มบุตร
3. กลุ่มคู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต
4. กลุ่มญาติหรือบุคคลในครอบครัว
5. กลุ่มเพื่อน
6. กลุ่มเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน
7. กลุ่มพระหรือนักบวช
8. กลุ่มบุคลากรทางด้านวิชาชีพ
9. กลุ่มหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน
10. กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
11. กลุ่มอื่นๆ

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของแบรนท์และไวเนิร์ท เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างชัดเจน และครอบคลุม

ลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม

ลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีการแบ่งหลายลักษณะ อาทิเช่น

ไวส์ (Weiss, 1974) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะตามความสำคัญ ของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งไดมอนด์ และ โจนส์ (Dimond & Jones, 1983) ได้อธิบายผลของการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละลักษณะดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพัน (attachment/intimacy) หมายถึง ความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์เช่นนี้มักจะพบใน คู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองทางอารมณ์เหล่านี้จะรู้สึกว่าเป็นที่รักมีความหมาย ได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้ จะรู้สึกหวาดหวั่นเดียวดาย ขาดความรัก มองโลกในแง่ร้าย

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) หมายถึง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความหวังโย ความเอื้ออาทร แรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้เกิดจาก

การที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะทำให้รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย เพราะขาดเพื่อน

3. การมีโอกาสนำประโยชน์ต่อผู้อื่น (opportunity for nurturant behavior) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่พึ่งที่ต้องการของผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนไร้ค่า

4. ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) หมายถึง การเคารพนับถือ ยกย่อง เห็นคุณค่า ซึ่งชมความสามารถตามบทบาททางสังคม การเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและสังคม รวมถึงการให้อภัย การให้โอกาสในการปรับปรุงตัวเอง ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองหรือรู้สึกตนเองไร้ค่าไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (the availability of information, emotional, and material help) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน และวัตถุสิ่งของ ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะตามระดับความสัมพันธ์ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความสนิทสนม ความผูกพัน ความไว้วางใจ ซึ่งมักจะได้รับการจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนความสำนึกในคุณค่า (esteem support) ได้แก่ การยอมรับ การเห็นคุณค่าของบุคคล

3. การสนับสนุนแบบเครือข่าย (network support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะ ตามประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม คือ

1. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทองหรือให้บริการ

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักความผูกพัน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

จะเห็นได้ว่าการแบ่งลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันนั้น ก็เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละลักษณะทำหน้าที่ที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหา และลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Thoits, 1982) การศึกษาครั้งนี้เลือกที่จะศึกษาถึงลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1974) เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลจะได้รับทั้งด้านร่างกาย คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุประสงค์ของ ด้านจิตใจ คือ ความรักใคร่ผูกพัน ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน และด้านสังคม คือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงการที่บุคคลมีโอกาสนเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นอีกด้วย

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

แม้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความแตกต่างกัน แต่การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ (Berkman & Syme, 1979; Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1986; Wortman, 1984) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer et al., 1981) ภายในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงต่อภาวะสุขภาพ คือ จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ส่วนผลทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ คือ ลดความเครียด (buffer) ที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen & Wills, 1985) ซึ่งทอยท์ (Thoits, 1986) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยปรับแก้กับความเครียด (coping assistance) โดยตรงได้หลายวิธี คือ 1) ช่วยเปลี่ยนแปลงการให้ค่าความหมายกับสถานการณ์ โดยช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง มีความรู้สึกว่าไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ ปัญหาที่มีอยู่จึงเล็กลง 2) ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เนื่องจากความเครียด เช่น ช่วยให้เกิดการระบายออก 3) ช่วยเปลี่ยนสถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมในการจัดหรือเปลี่ยนแปลงปัญหา เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์

เปลี่ยนแปลงในชีวิต และเหตุการณ์วิกฤต (Gibson, 1992) ดึงการศึกษาของเฮนเดอร์สัน และบราวน์ (Henderson & Brown, 1988 cited in Tousignant & Hanigan, 1993) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีคุณภาพ ระหว่างและภายหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ (Turner & Marino, 1994) เนื่องจากจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เครียดได้ดี โอกาสเกิดปัญหาด้านจิตใจลดลง ดังนั้นการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอหรือมีความพึงพอใจ เมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิต จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตใจ และดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านอารมณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคม

บุคคลแต่ละคนมีความจำเป็นหรือความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน และในขณะเดียวกันก็ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันด้วย สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ (Norbeck, 1985 อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531; Turner & Marino, 1994)

1. คุณสมบัติส่วนบุคคล

1.1 อายุ พบว่า ในแต่ละช่วงอายุของบุคคลจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันไป และแหล่งสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด ขนาดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 18-35 ปี และจะอยู่คงที่เมื่ออายุ 35-55 ปี และจะน้อยลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเกษียณจากงาน การเสียชีวิตของคนใกล้ชิด เพราะฉะนั้นการติดต่อทางสังคม และโอกาสได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะลดลงไปด้วย

1.2 เพศ พบว่า เพศหญิงมักมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย และปริมาณของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย

1.3 สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสแบบต่าง ๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากกว่า ว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปต์วิบูลย์ และศิริเกียรติ ชันตติถก, 2541) บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มักจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแล การให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความสำนึกในคุณค่าแห่งตน

มากขึ้น (Hanucharunkul, 1988 อ้างใน เปรมฤทัย น้อยหมั่นไว, 2536) ในทางตรงกันข้ามถ้าความล้มพันธ์ระหว่างคู่สมรสไม่ดี จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดัน ความทุกข์ใจ

1.4 ศาสนา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นปัจจัยแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานความเครียด ช่วยให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตและดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ (Antonovsky, 1982 อ้างใน กนกพร สุคำวัง, 2540) บุคคลที่ขาดความผูกพันกับศาสนาก็จะขาดสิ่งยึดมั่นทางใจ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2537)

1.5 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Muhlenkamp & Sayles, 1986)

1.6 อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. สถานการณ์ พบว่า ในแต่ละสถานการณ์ชีวิตจะส่งผลให้บุคคลมีความต้องการและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพระหว่างและภายหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤต เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ (Henderson & Brown, 1988 cited in Tousignant & Hanigan, 1993)

แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลปรับแก้กับความเครียดได้ดีและรวดเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติและความผิดปกติทางด้านจิตใจ ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านอารมณ์ ในขณะที่การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้บุคคลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตจะส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความอ่อนแอไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman & Syme, 1979) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย (Veiel et al., 1988 cited in Heikkinen et al., 1994) ดัชนีการศึกษาของบันช (Bunch, 1972 cited in Heikkinen et al., 1994) ที่พบว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักพบกับญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตาย ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ไม่สามารถที่จะสร้างหรือรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ได้ (Heikkinen et al., 1994) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่มั่นคงอ่อนแอ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ฆ่าตัวตายซึ่งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคงกว่า (Hart et al., 1988; Veiel et al., 1988 cited in Heikkinen et al., 1994) อิคคิเนนและคณะ (Heikkinen et al., 1994) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย

ในประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,067 คน พบว่า ส่วนใหญ่แล้วเพศหญิงจะใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง มักจะบ่นว่ารู้สึกเหงา โดดเดี่ยวอ้างว้าง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่าน ๆ มาว่า ส่วนใหญ่บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง (Barraclough & Pallis, 1975; Chynoweth, Tonge, & Armstrong, 1980; Murphy, Wetzel, Robins, & McEvoy, 1992; Rich, Young, & Fowler, 1986; Rorsman, 1973; Sainsbury, 1973 cited in Heikkinen et al., 1994) ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง โดดเดี่ยว จะทำให้บุคคลชื้ออายุไม่กล้าแสดงออกมากขึ้น ก็ยิ่งจะขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม และมีความยากลำบากในการแนะนำตัวเองให้บุคคลอื่นได้รู้จัก (Jones, 1982; Jones, Hobbs, & Hockenbury, 1982; Rock, 1984 cited in Eskin, 1995) จึงขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะขอความช่วยเหลือได้ คอตเลอร์ และคณะ (Kotler et al., 1993) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 46 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ฆ่าตัวตายจำนวน 44 คน โดยทำการประเมินภายใน 10 วันที่เข้ารับการรักษา ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเมื่อวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของว็อทไท และ คล็อพตัน (Whatley & Clopton, 1992) ที่ศึกษาถึง แรงสนับสนุนทางสังคมและความคิดฆ่าตัวตายในนักศึกษา กลับพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความคิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการทำนายความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่ความซึมเศร้าสามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้ดีกว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ดีแมน และเลดิวค (Deman & Leduc, 1995) ศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะรู้สึกว่าตนเองมีคนที่จะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในเวลาที่ต้องการ ได้น้อย มีความพึงพอใจต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อย ส่วนการศึกษาถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภายหลังการเกิดเหตุการณ์สูญเสีย ในนักเรียนมัธยมปลายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 25 คน เปรียบเทียบกับนักเรียนมัธยมปลายที่ไม่ฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน พบว่า นักเรียนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย มีญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญ ที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ น้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน หรือญาติพี่น้องมาก บอกเล่าเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองประสบให้ญาติพี่น้องทราบน้อยมาก แต่กลับพบว่าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายพึงพอใจกับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับ (Tousignant & Hanigan, 1993) วัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จะมีบุคคลที่รู้จักเป็นจำนวนมาก แต่มีเพื่อนที่แท้จริงน้อย (Miller, 1981 cited in Tousignant & Hanigan, 1993) การศึกษาของ เอสกิน (Eskin, 1995) พบว่าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะรับรู้ถึงการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณ พบว่า

การรับรู้ถึงการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้มากกว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อน ดังนั้นการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นควรพิจารณาจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นหลัก (Choquet, Kovess, & Poutignat, 1993; Neiger & Hopkins, 1988; Rosenkrantz, 1978; Welleman & Welleman, 1988 cited in Eskin, 1995) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นและวัยรุ่นใหญ่ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะขาดสัมพันธ์ภาพ ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม (D'Attilio, Campbell, Lubold, Jacobson, & Richard, 1992; Howard-Pitney, LaFromboise, Basil, September, & Johnson, 1992; Rudd, 1990; Slater & Depue, 1981 cited in Eskin, 1995) ซึ่งการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย (Charron, 1981 cited in De Man, 1995; Jacobson, 1983; Schwartz & Whitaker, 1990 cited in Kotler et al., 1993) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญทั้งในวัยรุ่นและวัยรุ่นใหญ่ (Eskin, 1995)

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวาง จึงทำให้มีแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมหลายชนิดแตกต่างกันไป โดยอาจมีการวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว เช่น แบบวัดของแคปแพลน (Kaplan, 1977 cited in Turner, 1981) หรือวัดทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เช่น แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire: PRQ-85) ของ แบรินท์ และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1988) แบบวัดของ นอร์เบค, ลินด์เซย์, และคาไรริ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1982) ซึ่งเป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ แต่ก็ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่า การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมควรจะศึกษาถึงปริมาณหรือคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโรบินสัน (Robinson, 1990) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า ควรเป็นการวัดทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคม และควรเป็นการวัดปริมาณแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ขึ้นกับจำนวนของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพราะแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดไม่ได้เป็นแหล่งให้การสนับสนุนที่ดีต่อบุคคล บุคคลอาจมีจำนวนแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก แต่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือต่อบุคคลได้

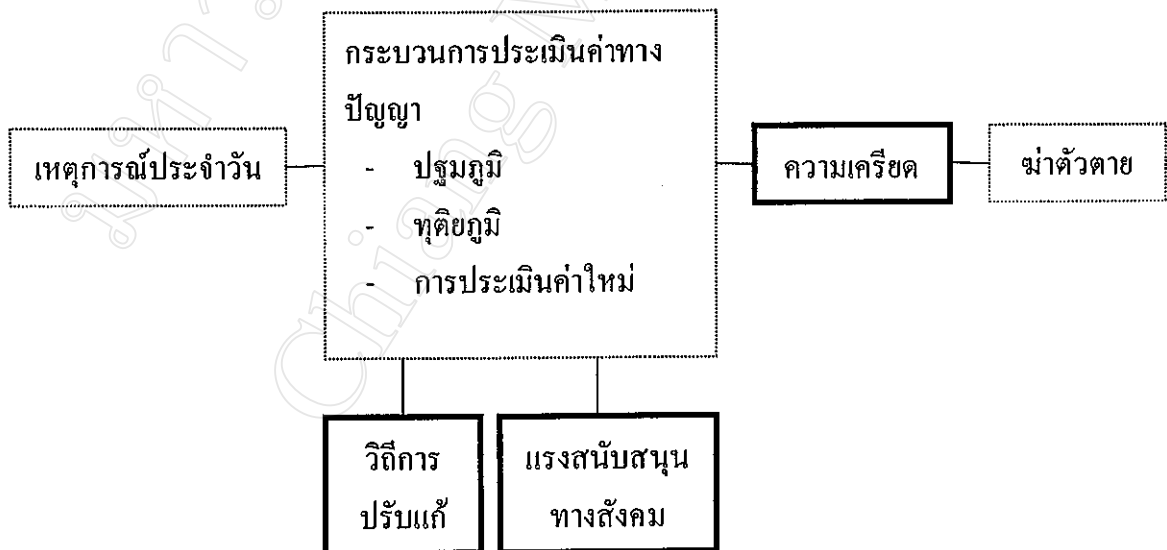
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire: PRQ-85) ของ แบรินท์ และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985

cited in Weinert, 1988) ที่สร้างโดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1969, 1974 cited in Weinert, 1988) ซึ่งประกอบไปด้วย แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (PRQ-85: Part 1) วัดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ-85: Part 2) วัดการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ลักษณะ คือ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสัมภาษณ์แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลทั้ง 2 ส่วนดังกล่าว จะสามารถประเมินทั้งปริมาณและคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครอบคลุม

แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (PRQ-85) ของแบรนท์ และไวเนิร์ต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ นอกจากนี้ไวเนิร์ตและทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของ PRQ-85: Part 2 ส่วนค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบสอบถาม PRQ-85 ไปใช้กันอย่างกว้างขวางทั้งในคนปกติและผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และศิริรภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลทั้ง 2 ส่วน ซึ่งแปลโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่า ความเครียดของแต่ละบุคคลจะมีหรือไม่ มากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของปัญญาหรือกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การประเมินค่าปฐมภูมิ เป็นการประเมินค่าเหตุการณ์ว่าเกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ ถ้าเกี่ยวข้อง ๆ ในลักษณะให้ประโยชน์หรือเป็นความเครียด การประเมินค่าทุติยภูมิ เป็นการประเมินค่ากลยุทธ์การปรับแก้ที่ใช้ และทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ การประเมินค่าใหม่ เป็นการทวนการประเมินค่าปฐมภูมิและการประเมินค่าทุติยภูมิ ดังนั้น กระบวนการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะมีการประเมินค่าใน 3 ลักษณะ คือ การประเมินค่าปฐมภูมิ เป็นการประเมินค่าเหตุการณ์ประจำวันว่าเกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ ถ้าเกี่ยวข้อง ๆ ในลักษณะให้ประโยชน์หรือเป็นความเครียด การประเมินค่าทุติยภูมิเป็นการประเมินค่าวิธีการปรับแก้ และแหล่งประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินค่าใหม่ เป็นการทวนการประเมินค่าปฐมภูมิและการประเมินค่าทุติยภูมิ



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย