

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับการรักษาด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2542 จำนวน 40 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเครียด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิธีการปรับแก้

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

4.1 ข้อมูลลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม

4.2 ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 อายุระหว่าง 17-43 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 26.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40 รองลงมา สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 37.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35 รองลงมา การศึกษาระดับอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา ร้อยละ 32.50 อาชีพลูกจ้างโรงงาน ร้อยละ 35 รองลงมา อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25 มีรายได้ระหว่าง 2,000-4,000 บาท/เดือน ร้อยละ 57.50 คิดเป็นรายได้เฉลี่ย 3,191.25 บาท/เดือน ไม่มีโรคทางกาย ร้อยละ 62.50 มีโรคทางกาย ร้อยละ 37.50 โรคที่พบ ได้แก่ ไทรอยด์ ร้อยละ 10 ไมเกรน ร้อยละ 7.50 ดิซเซีย เอช ไอ วี ร้อยละ 5 ส่วนโรคอื่น ๆ พบเท่า ๆ กัน ร้อยละ 2.50 ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 100 ส่วนการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 57.50 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 42.50 ชนิดของสารเสพติดที่ใช้คือ บุหรี่ บุหรี่และสุรา อย่างละเท่า ๆ กัน ร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 1

### 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก ร้อยละ 87.50 ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตายเป็นมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับสมรส ร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับบิดามารดา ร้อยละ 22.50 ไม่มีแผนการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 65 ไม่มีการส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ ร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่จะฆ่าตัวตายในบ้าน ร้อยละ 95 วิธีฆ่าตัวตายเป็นมากที่สุด คือ การใช้ยาฆ่าแมลง ร้อยละ 25 รองลงมา คือ การใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 20 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 82.50 ระยะเวลาหลังการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 2-28 เดือน คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 10.90 เดือน ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 97.50 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 85 และมีความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ยังไม่มีการฆ่าตัวตาย) ร้อยละ 15 ดังแสดงในตารางที่ 2

## ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>รายได้/เดือน</b>		
หญิง	27	67.50	ไม่มีรายได้	11	27.50
ชาย	13	32.50	2,000-4,000 บาท	23	57.50
<b>อายุ</b>			4,001-6,000 บาท	2	5.00
12-18 ปี	3	7.50	6,001-8,000 บาท	2	5.00
19-25 ปี	20	50.00	8,001-10,000 บาท	1	2.50
26-45 ปี	17	42.50	10,001 บาทขึ้นไป	1	2.50
(range 17-43 ปี, $\bar{X}$ = 26.60 ปี)			(range ไม่มีรายได้-21,250 บาท, $\bar{X}$ = 3,191.25 บาท/เดือน)		
<b>สถานภาพสมรส</b>			<b>ประวัติการเจ็บป่วย</b>		
โสด	15	37.50	โรคทางกาย		
คู่	16	40.00	ไม่มีโรคทางกาย	25	62.50
หม้าย/หย่า/แยก	9	22.50	มีโรคทางกาย	15	37.50
<b>ศาสนา</b>			- ไทรอยด์	4	10.00
พุทธ	39	97.50	- ไมเกรน	3	7.50
คริสต์	1	2.50	- ตึคเชื้อ เอช ไอ วี	2	5.00
<b>ระดับการศึกษา</b>			- โรคกระเพาะ	1	2.50
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2.50	- โรคความดันโลหิต	1	2.50
เรียนหนังสือ	39	97.50	- โรคหอบหืด	1	2.50
- ประถมศึกษา	14	35.00	- โรคเลือด(ทาลัสซีเมีย)	1	2.50
- มัธยมศึกษา	10	25.00	- โรคผิวหนัง(เรื้อรัง)	1	2.50
- อาชีวศึกษาหรือ	13	32.50	- โรคกระดูกและข้อ	1	2.50
อนุปริญญา			<b>โรคทางจิตเวช</b>		
- ปริญญาตรี	2	5.00	ไม่มีโรคทางจิตเวช	40	100.00
<b>อาชีพ</b>			<b>การใช้สารเสพติด</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	10.00	ไม่ได้ใช้	23	57.50
ประกอบอาชีพ	36	90.00	ใช้	17	42.50
- ลูกจ้างโรงงาน	14	35.00	- บุหรี่	8	20.00
- รับจ้างทั่วไป	10	25.00	- บุหรี่และสุรา	8	20.00
- นักเรียน/นักศึกษา	8	20.00	- สุรา	1	2.50
- กิจการส่วนตัว	3	7.50			
- รับราชการ	1	2.50			

## ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ประกอบด้วย ประวัติการฆ่าตัวตาย ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย แผนการฆ่าตัวตาย การส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ สถานที่ฆ่าตัวตาย วิธีฆ่าตัวตาย ประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาหลังการพยายามฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความคิดฆ่าตัวตาย)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการฆ่าตัวตาย</b>			<b>วิธีฆ่าตัวตาย</b>		
ครั้งแรก	35	87.50	ยาฆ่าแมลง	10	25.00
ครั้งที่สอง	5	12.50	ยานอนหลับ	8	20.00
<b>ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย</b>			ยาเบื่อหนู	6	15.00
ปัญหากับคู่สมรส	13	32.50	ยาหลาย ๆ ชนิดร่วมกัน	5	12.50
ปัญหากับบิดา-มารดา	9	22.50	ยาพาราเซตามอล	4	10.00
ปัญหาเศรษฐกิจ	5	12.50	ยาฆ่าหญ้า	4	10.00
ปัญหาจากโรคทางกาย	4	10.00	น้ำยาล้างห้องน้ำ	2	5.00
ปัญหากับผู้รัก	3	7.50	แวนคอค	1	2.50
ปัญหากับญาติของคู่สมรส	2	5.00	<b>ประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย</b>		
ปัญหาเกี่ยวกับบุตร	1	2.50	ไม่มี	33	82.50
ปัญหากับมารดาเลี้ยง	1	2.50	มี (ปู่, มารดา, อา, น้ำ, พี่)	7	17.50
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	1	2.50	<b>ระยะเวลาหลังการพยายามฆ่าตัวตาย</b>		
ไม่ยอมบอกปัญหา	1	2.50	2 – 10 เดือน	23	57.50
<b>แผนการฆ่าตัวตาย</b>			11 – 19 เดือน	12	30.00
ไม่มี	26	65.00	20 – 28 เดือน	5	12.50
มี	14	35.00	(range 2 - 28 เดือน, $\bar{X}$ = 10.90 เดือน)		
<b>การส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ</b>			<b>การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจาก -</b>		
ไม่มี	29	72.50	<b>โรงพยาบาล</b>		
มี	11	27.50	ไม่ทำ	39	97.50
<b>สถานที่ฆ่าตัวตาย</b>			ทำ 2 ครั้ง	1	2.50
ในบ้าน	38	95.00	<b>ความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา)</b>		
นอกบ้าน	2	5.00	ไม่มี	34	85.00
			มี (แต่ยังไม่มีแผนการ	6	15.00
			ฆ่าตัวตายในขณะนี้)		

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 10-71 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 0-159 คะแนน คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.71 และเมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3

### ตารางที่ 3

พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้และคะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ความเครียด	พิสัย		$\bar{X}$	SD	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนนจริง					
คะแนน	0-159	10-71	30.63	14.71	ต่ำ	22	55
ความเครียด					สูง	18	45

สำหรับการพิจารณาระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 6 คน ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 64.71 ดังแสดงในตารางที่ 4

### ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของระดับความเครียด จำแนกตามความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา)

ความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา)	ระดับความเครียด		รวม
	สูง	ต่ำ	
ไม่มี			
จำนวน (คน)	12	22	34
ร้อยละ	35.29	64.71	100.00
มี (แต่ยังไม่มีแผนการฆ่าตัวตายในขณะนี้)			
จำนวน (คน)	6	-	6
ร้อยละ	100.00	-	100.00

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิธีการปรับแก้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการปรับแก้ทั้ง 3 วิธี คือ วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีปรับอารมณ์ และวิธีบรรเทาปัญหา วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.50 วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35 วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25 และร้อยละ 2.50 ใช้ทั้งวิธีเผชิญหน้ากับปัญหาและวิธีบรรเทาปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด (กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้วิธีการปรับแก้ที่มากที่สุดได้มากกว่า 1 วิธี)

วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปรับอารมณ์	15	37.50
เผชิญหน้ากับปัญหา	14	35.00
บรรเทาปัญหา	10	25.00
เผชิญหน้ากับปัญหาและบรรเทาปัญหา	1	2.50

สำหรับการพิจารณาวิธีการปรับแก้เมื่อจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน ที่มีความคิดฆ่าตัวตายใช้วิธีปรับอารมณ์มากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาใช้วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 33.33 และใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหาน้อยที่สุด ร้อยละ 16.67 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ร้อยละ 38.24 รองลงมา ใช้วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 35.29 วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 23.53 และร้อยละ 2.94 ใช้ทั้งวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา และวิธีบรรเทาปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 6

#### ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของวิธีการปรับแก้ จำแนกตามความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา)

ความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา)	วิธีการปรับแก้				รวม
	เผชิญหน้า กับปัญหา	ปรับอารมณ์	บรรเทาปัญหา	เผชิญหน้ากับปัญหา และบรรเทาปัญหา	
<b>ไม่มี</b>					
จำนวน (คน)	13	12	8	1	34
ร้อยละ	38.24	35.29	23.53	2.94	100.00
<b>มี (แต่ยังไม่มีการฆ่าตัวตาย)</b>					
จำนวน (คน)	1	3	2	-	6
ร้อยละ	16.67	50.00	33.33	-	100.00

## ส่วนที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม

### 4.1 ข้อมูลลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 59-157 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 25-175 คะแนน คิดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.28 และเมื่อพิจารณาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ด้านความรักใคร่ผูกพัน มีค่าสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.17 รองลงมาคือ ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.83 ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.45 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.99 ส่วนด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตนมีค่าต่ำสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.38 ดังแสดงในตารางที่ 7

#### ตารางที่ 7

พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้และคะแนนจริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

แรงสนับสนุนทางสังคม	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง		
ความรักใคร่ผูกพัน	5 – 35	8 – 35	25.13	6.17
การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	5 – 35	13 – 33	24.37	4.83
การได้รับความช่วยเหลือ ในด้านต่าง ๆ	5 – 35	13 – 32	24.03	4.45
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5 – 35	9 – 35	23.43	4.99
ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน	5 – 35	11 – 31	23.07	4.38
รวม	25 – 175	59 – 157	120.03	20.28

และเมื่อจำแนกตามระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 8

#### ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนแรงสนับสนุน- ทางสังคม	สูง	22	55
	ต่ำ	18	45

สำหรับการพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 66.67 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 58.82 ดังแสดงในตารางที่ 9

#### ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา)

ความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา)	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม		รวม
	สูง	ต่ำ	
ไม่มี			
จำนวน (คน)	20	14	34
ร้อยละ	58.82	41.18	100.00
มี			
จำนวน (คน)	2	4	6
ร้อยละ	33.33	66.67	100.00



#### 4.2 ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ใน 10 สถานการณ์ปัญหาที่พบในการดำเนินชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานการณ์ริบคว้น (สถานการณ์ที่ 1) สถานการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือพิการ (สถานการณ์ที่ 2) สถานการณ์เมื่อมีปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรส คู่รัก หรือบุคคลที่สนิทอื่น ๆ (สถานการณ์ที่ 3) สถานการณ์ในการแก้ปัญหาที่เกิดกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง (สถานการณ์ที่ 4) สถานการณ์เมื่อมีปัญหาเศรษฐกิจ (สถานการณ์ที่ 5) สถานการณ์เมื่อมีความรู้สึกโดดเดี่ยว (สถานการณ์ที่ 6) สถานการณ์เมื่อตนเองเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (สถานการณ์ที่ 7) สถานการณ์เมื่อมีปัญหาชีวิตจนเกิดความคับข้องใจ (สถานการณ์ที่ 8) สถานการณ์เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับงานบ้านหรืออาชีพ (สถานการณ์ที่ 9) และสถานการณ์เมื่อมีปัญหาส่วนตัวในชีวิตประจำวัน (สถานการณ์ที่ 10) บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 95 บิดามารดา ร้อยละ 90 คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ร้อยละ 82.50 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 80 เพื่อน ร้อยละ 75 บุคลากรทางด้านวิชาชีพ ร้อยละ 27.50 บุตร ร้อยละ 25 กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร้อยละ 15 หน่วยงานที่จัดให้ชุมชน ร้อยละ 12.50 และกลุ่มอื่น ๆ เช่น บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ นายจ้าง หัวหน้า และอาจารย์ ร้อยละ 10 ส่วนพระหรือนักบวชเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือน้อยที่สุด ร้อยละ 2.50 ดังแสดงในตารางที่ 10

## ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมใน 10 สถานการณ์ปัญหา (กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่งในแต่ละสถานการณ์)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว	38	95.00
บิดา มารดา	36	90.00
คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต	33	82.50
เพื่อนบ้าน หรือเพื่อร่วมงาน	32	80.00
เพื่อน	30	75.00
บุคลากรทางด้านวิชาชีพ	11	27.50
บุตร	10	25.00
กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	6	15.00
หน่วยบริการที่จัดให้ชุมชน	5	12.50
อื่น ๆ ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ	4	10.00
นายจ้าง หัวหน้า และอาจารย์		
พระหรือนักบวช	1	2.50

นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละสถานการณ์ปัญหามีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ สถานการณ์เมื่อมีปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรส คู่รัก หรือบุคคลที่สนิทอื่น ๆ (สถานการณ์ที่ 3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่า ไม่มีใคร (เนื่องจากชอบพึ่งตนเอง) ร้อยละ 35 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้และชอบพึ่งตนเอง) ร้อยละ 10 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้) ร้อยละ 5 และสถานการณ์เมื่อมีปัญหาส่วนตัวในชีวิตประจำวัน (สถานการณ์ที่ 10) กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่า ไม่มีใคร (เนื่องจากชอบพึ่งตนเอง) ร้อยละ 30 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้และชอบพึ่งตนเอง) ร้อยละ 5 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้) ร้อยละ 2.5 ดังแสดงในตารางที่ 11

## ตารางที่ 11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในแต่ละสถานการณ (กลุ่มตัวอย่าง 1 คน  
ที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่งในแต่ละสถานการณ)

สถานการณ	ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีใคร)		
	หาไม่ได้	ขอพึ่งตนเอง	หาไม่ได้และขอพึ่งตนเอง
<b>สถานการณที่ 1</b>			
จำนวน(คน)	-	1	-
ร้อยละ	-	2.50	-
<b>สถานการณที่ 2</b>			
จำนวน(คน)	-	1	-
ร้อยละ	-	2.50	-
<b>สถานการณที่ 3</b>			
จำนวน(คน)	2	14	4
ร้อยละ	5.00	35.00	10.00
<b>สถานการณที่ 4</b>			
จำนวน(คน)	-	6	2
ร้อยละ	-	15.00	5.00
<b>สถานการณที่ 5</b>			
จำนวน(คน)	1	3	-
ร้อยละ	2.50	7.50	-
<b>สถานการณที่ 6</b>			
จำนวน(คน)	1	5	1
ร้อยละ	2.50	12.50	2.50
<b>สถานการณที่ 7</b>			
จำนวน(คน)	-	1	-
ร้อยละ	-	2.50	-
<b>สถานการณที่ 8</b>			
จำนวน(คน)	1	6	2
ร้อยละ	2.50	15.00	5.00
<b>สถานการณที่ 9</b>			
จำนวน(คน)	-	7	1
ร้อยละ	-	17.50	2.50
<b>สถานการณที่ 10</b>			
จำนวน(คน)	1	12	2
ร้อยละ	2.50	30.00	5.00

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยดังนี้

การศึกษามุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ในครั้งนี้พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวตรี อัญญากรชัย (2530) ที่ศึกษา ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 59 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.27 เป็นเพศหญิง การศึกษาของ จรรยา ธัญญาดี (2537) ที่ศึกษา การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.40 เป็นเพศหญิง การศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72 เป็นเพศหญิง และการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายในประเทศสวีเดนจำนวน 1,573 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.83 เป็นเพศหญิง (Nordstrom et al., 1995) จะเห็นได้ว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีการปรับตัวได้ยากกว่า ฟังหาผู้อื่นมากกว่า อ่อนไหวง่าย มักจะใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าเผชิญหน้ากับปัญหา (Billings & Moos, 1984; Stone & Neale, 1984) ซึ่งวิธีการปรับแก้แบบนี้ถ้ากระทำโดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง อาจเกิดการหลอกตนเอง บิดเบือนความจริง (Lazarus & Folkman, 1984) มีโอกาสเกิดปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Bell, 1977; Kelly & Murphy, 1992) ด้วยเหตุผลดังที่ได้กล่าวมาจึงทำให้เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 17 ปี อายุสูงสุด 43 ปี อายุเฉลี่ย 26.60 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 19-25 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุระหว่าง 26-45 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 (ตารางที่ 1)

จะเห็นว่าบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาวที่กำลังย่างเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมาเป็นผู้ใหญ่ และจากสถิติในระหว่าง พ.ศ. 2535-2539 พบว่า ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดคืออายุระหว่าง 20-34 ปี โดยสูงสุดในช่วงอายุระหว่าง 20-24 ปี (สำนักนโยบายและแผน, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ พหลภาคย์ (2530) ที่ศึกษา ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 56 คน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 55.3 มีอายุระหว่าง 15-24 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 การศึกษาของนิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนคร พังค์จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 122 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 16-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.80 รองลงมาอายุระหว่าง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.95 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว อายุระหว่าง 15-24 ปี เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (Barbee & Bricker, 1996) วัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตการณ์ที่รุนแรงที่สุดในชีวิต เป็นวัยที่ผันผวน เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจสับสน ตึงเครียด วัยรุ่นจึงต้องปรับตัว แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้หรือล้มเหลว ประกอบกับขาดการช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและสังคมทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Wilson & Kneisl, 1996) และในวัยนี้ยังเป็นช่วงวัยต่อที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องเตรียมตัวประกอบอาชีพ เตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ที่สมวัย เตรียมตัวในการมีคู่ เตรียมตัวเป็นบิดามารดา ซึ่งล้วนแต่ต้องให้เกิดความเครียด ประกอบกับการดำรงชีวิตในสังคมไทยปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปสู่รูปแบบของสังคมตะวันตกมากขึ้น เป็นสังคมแห่งวัตถุนิยม ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ต้องต่อสู้แข่งขันกันมากขึ้น ในเวลาการเรียน การงาน ก่อให้เกิดความบีบคั้น ตึงเครียด นำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ความรุนแรง และการฆ่าตัวตาย (ประเวศ วะสี, 2535) สำหรับกลุ่มบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย อันดับรองลงมาในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยของการประกอบอาชีพ สร้างฐานะ สร้างครอบครัว มีคู่ครอง ปรับตัวกับคู่สมรส ส่งเสียเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับสภาพสังคมในปัจจุบันต้องต่อสู้ดิ้นรน แข่งขัน แต่ละครอบครัวต้องรับผิดชอบต่อภาระต่าง ๆ มากขึ้น เป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบสูงมาก ก่อให้เกิดความกดดันและบีบคั้นในชีวิตมาก (สุดสบาย จุลกัทพพะ, 2536) จากเหตุผลที่กล่าวมา จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาวที่กำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยอื่น ๆ

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง (Barbee & Bricker, 1996) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของค่านิยม ทศนคติ สังคมและวัฒนธรรม ในสังคมไทยผู้เยาว์ต้องให้เกียรติให้ความเคารพผู้สูงอายุ ค่านิยมเรื่องความกตัญญูถือเป็นสิ่งสำคัญ การที่ถูกหลานต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ถือเป็นคุณธรรมประการหนึ่ง และผู้สูงอายุก็ไม่รู้สึกรว่าเป็นสิ่งผิดในการที่ต้องพึ่งพาถูกหลาน นอกจากนี้ ซึ่งแตกต่างจากสังคมตะวันตก โดยเฉพาะสังคมอเมริกันเป็นสังคมที่ความหนุ่มสาว ความสร้างสรรค์ ถือว่าเป็นสิ่งที่น่าชื่นชม ความชราภาพนั้นมีภาพลักษณ์ในทางตรงกันข้าม จึงมีความบีบคั้นทาง

วัฒนธรรมต่อผู้สูงอายุในสังคมของประเทศตะวันตกค่อนข้างมาก (Corin, 1995 อ้างใน มาโนช หล่อตระกูล, 2541) จึงพบอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในสังคมตะวันตกสูงกว่าในสังคมไทย

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 40 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และคณะ (2537) ที่ศึกษา องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 122 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.4 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.6 มีสถานภาพสมรสคู่ และการ ศึกษาของ สวิก และฮินริชเสน (Zweig & Hinrichsen, 1993 อ้างใน ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริ เกียรติ ยันตติลล, 2541) ที่ศึกษาถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 63.6 มีสถานภาพสมรสคู่ เมื่อ พิจารณาจากข้อมูลการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า ปัญหาที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างฆ่าตัวตาย มากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับสมรส ร้อยละ 32.50 (ตารางที่ 2) ซึ่งแตกต่างจากบางรายงานการศึกษาที่ พบว่า สถานภาพสมรสคู่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงอย่างมากกับอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (De Leo & Ormskerk, 1991 อ้างใน ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยันตติลล, 2541) และการ ศึกษาที่พบว่า เพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยมาก (Hoyer & Lund, 1993; McIntosh, 1992 cited in Hauenstein, 1998) จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530) กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะสูง ถ้าการแต่งงานมีชีวิตครอบครัวที่ไม่ราบรื่น ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาบกพร่อง ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ดังนั้นสถานภาพสมรสแบบต่าง ๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อ การฆ่าตัวตาย แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่กันมากน้อยเพียงใด (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยันตติลล, 2541)

ศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 นับถือ ศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1) ประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจะมีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงกว่าประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (Diekstra & Gulbimat, 1993) อาจเกิด จากความเชื่อทางศาสนาและกฎหมายของประเทศนั้น ๆ ศาสนาอิสลามเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็น บาป ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ถูกสังคมต่อต้าน ลงโทษผู้ที่ฆ่าตัวตาย และถือว่าการฆ่าตัวตาย เป็นอาชญากรรม (Coleman et al., 1980)

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 122 คน พบว่า ร้อยละ 61.50 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปีที่ 1-4 การศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า ร้อยละ 55.90 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนและเรียนจบชั้นประถมศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปลข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และพฤติกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้ (Jalowiec & Powers, 1981) บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูลและการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) ดังนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต อาจเกิดความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เกิดความรู้สึกกดดันและความเครียด ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 มีอาชีพลูกจ้างโรงงาน และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 122 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.90 มีอาชีพรับจ้าง การศึกษาของประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และการศึกษาของ แพลต (Platt, 1984 cited in Adam, 1990) ที่พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีอาชีพหรือการงานที่ไม่มั่นคง ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และอาจสะสมเพิ่มความรุนแรง และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท/เดือน สูงสุด 21,250 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 3,191.25 บาท/เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีรายได้อยู่ในช่วง 2,000-4,000 บาท/เดือน (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท/เดือน มีรายได้ไม่เพียงพอ/ไม่แน่นอน และเมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่มีรายได้

ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน มีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 2.79 เท่าของผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท/เดือน หรือมีความเสี่ยงสูงมาก และผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ /เหลือใช้ หรือมีความเสี่ยงใจระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ารายได้ต่ำและไม่เพียงพอในการใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ในด้านการตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตได้ ในขณะที่รายได้ต่ำไม่เพียงพอในการใช้จ่าย จะนำไปสู่ภาวะหนี้สิน อันเป็นสาเหตุของความเครียดที่สะสม หากไม่ได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อหนีภาระและหนี้สินได้ในที่สุด (ประยูงค์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541)

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีเพียงบางส่วน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของประยูงค์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาพยาบาลวิชาชีพของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ โรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.10 ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 11.90 ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาของ จรรยา รัชญาดี (2537) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.70 ไม่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีเพียงร้อยละ 33.30 ที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกาย ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย แต่จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พยายามฆ่าตัวตายเพราะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายของตน คือ โรคไทรอยด์ และติดเชื้อเอช ไอ วี การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคที่เรื้อรัง ร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและทรมานจากอาการของโรคหรือวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Mackenzie & Popkin, 1990) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ยันตติลล (2541) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 40 คน พบว่า ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย อธิบายได้ว่าช่วงวัยมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย วัยสูงอายุมักมีโรคทางกายหลายโรคและมีโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ความทุกข์ทรมานจากเจ็บป่วยทางกายจึงพบมากในวัยสูงอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 1) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ



จรรยา รัชญาดี (2537) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.70 ไม่มีโรคทางจิตเวช มีเพียงร้อยละ 33.30 ที่มีโรคทางจิตเวช การศึกษาของประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เท่านั้นที่ป่วยด้วยโรคจิตโรคประสาท ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป 20 เท่า (Gunnell, 1995) จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายมีอาการผิดปกติอย่างน้อย 1 อาการ หรือมากกว่า ในขณะที่ทำการฆ่าตัวตาย (Harris & Barrsclough, 1997) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบในบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กลับไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช (ประเวช ดันดิพิวัฒน์กุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541)

การใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวมากกว่าครึ่งจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 ไม่ใช้สารเสพติด ส่วนที่ใช้สารเสพติดมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 สารเสพติดที่ใช้คือ บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 20 บุหรี่และสุรา คิดเป็นร้อยละ 20 และสุรา คิดเป็นร้อยละ 2.50 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ (2541) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง จำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.60 ไม่ใช้สารเสพติด ผู้ที่ใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 56.80 สารเสพติดที่ใช้คือ สุรา คิดเป็นร้อยละ 25.40 บุหรี่คิดเป็นร้อยละ 31.40 และเมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 2.42 และ 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด ซึ่งมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ฤทธิ์ของสุราหรือสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ สูญเสียสมาธิและความจำ หุนหันพลันแล่น ซึมเศร้า ซึ่งจะกระตุ้นให้มีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจมากกว่าการใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว (Wilson & Kneisl, 1996)

ประวัติการฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 พยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งที่ 2 มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 (ตารางที่ 2) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก (จรรยา รัชญาดี, 2537; จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2530;

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร และปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535; ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และศิริเกียรติ ชันติคิลก, 2541; สาวิตรี อัยณางค์กรชัย, 2530) การศึกษาติดตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อุมพร ตรีงคสมบัติ และคุณิตติขนะพิชิตกุล, 2539) โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 ปีภายหลังการฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อฆ่าตัวตายสำเร็จ และพบว่าร้อยละ 10 ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา (ประเวช ดันติพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541) ดังนั้นการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรกจึงเป็นสัญญาณเตือน เป็นการร้องขอความช่วยเหลือ (A cry for help) ที่บุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิดควรให้ความสนใจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Shives, 1998)

ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 มีปัญหากับคู่สมรส และรองลงมามีปัญหาเกี่ยวกับมารดา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพเคล และคณะ (Paykel et al., 1975) ที่ศึกษาถึงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้ฆ่าตัวตาย คือ การโต้แย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างคู่สมรส การศึกษาของนิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และคณะ (2537) ที่ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตาย คือ การขัดแย้งกับคู่สมรส การขัดแย้งกับบิดามารดา/พี่น้อง การศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อภัยศรี ธนไพศาล, และสุพรรณิ เกกนิระ (2541) ที่ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตายในผู้หญิงคือ ความขัดแย้งกับคู่สมรส ขัดแย้งกับญาติ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากการล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996)

แผนการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ไม่ได้วางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ที่วางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2518) ที่ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 105 คนในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 41 พยายามฆ่าตัวตายด้วยอารมณ์ชั่ววูบ โดยไม่ได้คิดเตรียมการหรือวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า และการศึกษาของจรรยา ัญญาดี (2537) ที่ศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 36 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83.3 ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ประเวช ดันติพิวัฒนกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2541) อธิบายว่า การเตรียมการหรือการวางแผนล่วงหน้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้พิจารณาแยกกลุ่มบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายออกจากกลุ่มบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะกระทำขณะโกรธเคือง

ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบ ทำอย่างหุนหันพลันแล่น (impulsive) โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า ส่วนบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มักมีการวางแผนฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้า

การส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 ไม่ส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ที่ส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวทนา อารีพรรค (2522) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทย จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ไม่ส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า และร้อยละ 45 ส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า เช่น การพูดว่าอยากตาย หรือจะฆ่าตัวตาย เขียนจดหมายลาตาย เป็นต้น การศึกษาของ จรรยา รัชัญญาดี (2537) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.7 ไม่เคยพูดหรือบอกให้บุคคลอื่นทราบล่วงหน้า มีเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้น ที่เคยพูดหรือบอกให้บุคคลอื่นทราบล่วงหน้า ฌีฟส์ (Shives, 1998) อธิบายว่า ประมาณร้อยละ 80 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย จะส่งสัญญาณเตือนบางประการให้ทราบล่วงหน้าก่อน ซึ่งอาจเป็นทางคำพูด เช่น การพูดถึง ความตาย ตั้งเกี่ยวกับคนใกล้ชิด การซักถามเกี่ยวกับปริมาณ/ขนาดของยา ส่วนทางพฤติกรรม เช่น การเขียนบันทึกความรู้สึกที่เหงาโดดเดี่ยว หมดหวัง การเขียนระบายความโกรธถึงบุคคลที่ ปฏิเสธตน การเขียนเปิดโปงเรื่องราวบางอย่าง การมอบหมายกรรมธรรมประกันชีวิต เป็นต้น แต่ การศึกษาที่ผ่านมามีพบพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะไม่ส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า จึงเป็นการยากที่บุคคลใกล้ชิดจะสามารถให้การช่วยเหลือหรือป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที การส่งสัญญาณเตือนจะช่วยให้บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดได้ระมัดระวังป้องกัน ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด หาแนวทางช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ก็พบได้ว่า การส่งสัญญาณเตือนก่อนลงมือกระทำ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมักไม่คิดว่าจะทำจริง หรือบางครั้งเป็นการพูดบ่นซ้ำๆ จนญาติเบื่อและไม่ใส่ใจ อาจเกิดการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้

สถานที่ฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ฆ่าตัวตายในบ้าน มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ที่ฆ่าตัวตายนอกบ้าน (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา รัชัญญาดี (2537) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 36 คน พบว่า บ้านเป็นสถานที่ใช้ฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.1 โดยเฉพาะในห้องนอน และการศึกษาของแบร์รี่ และคณะ (Barry et al., 1982 อ้างใน จรรยา รัชัญญาดี, 2537) พบว่า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่พยายามฆ่าตัวตายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 73.4 รองลงมาในสวนสาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 12 ที่โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 6.5 และที่บ้านเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 53 จะเห็นว่าบุคคลที่พยายาม

ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะกระทำในบ้าน อาจเนื่องมาจากความเป็นส่วนตัวปลอดจากสายตาของบุคคลอื่น (จรรยา รัชญาดี, 2537) แต่ก็พบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะกระทำในสถานที่ที่คนอื่นมี โอกาสช่วยเหลือได้ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

วิธีฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ฆ่าตัวตายด้วยวิธี กินยาฆ่าแมลงมากที่สุด รองลงมา กินยานอนหลับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20 กินยาเบื่อหนู จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยและ ต่างประเทศที่พบว่า การกินยาและสารพิษเป็นวิธีฆ่าตัวตายที่พบได้มากที่สุด (นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และคณะ, 2537; ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร และปริทรรศ สิลปกิจ, 2535; สาวิตรี อัยนางค์กรชัย, 2530; อูมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว, 2541; Barbee & Bricker, 1996) ซึ่งโดยทั่วไป แล้วบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักใช้วิธีการไม่เป็นอันตรายรุนแรง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541; Barbee & Bricker, 1996) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นวิธีที่สะดวกและน่ากลัว น้อยที่สุด กล่าวคือ สารพิษที่ใช้ก็เป็นสารเคมีที่หาได้ง่ายในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง ยาเบื่อหนู น้ำยาซักผ้าขาว และน้ำยาล้างห้องน้ำ เป็นต้น ยาที่ใช้กินมักเป็นยานอนหลับ ยากล่อมประสาท และยารักษาโรคที่มีอยู่แล้ว (สาวิตรี อัยนางค์กรชัย, 2530) ประกอบกับการจำหน่ายยาที่มีอันตรายเมื่อรับประทานเกินขนาดหรือสารพิษต่าง ๆ ก็เป็นไปอย่างเสรีหาซื้อได้ง่าย ขาดความควบคุม ทำให้บุคคลที่ต้องการฆ่าตัวตาย ใช้เป็นเครื่องมือในการทำลายชีวิตตนเองได้ง่ายขึ้น (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร และปริทรรศ สิลปกิจ, 2535)

ประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติฆ่าตัวตายมาก่อน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 มีประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่ ปู่ มารดา อา น้ำ และพี่ (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา รัชญาดี (2537) ที่ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลรามารชิบัติ จำนวน 36 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.90 มีประวัติบุคคลในครอบครัว เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ได้แก่ พี่สาว น้องสาว และลูกพี่ลูกน้อง การศึกษาของ ประชุกต์ เสรีเสถียรและคณะ (2541) ศึกษาาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยองจำนวน 118 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.30 มีญาติหรือเพื่อนสนิท มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง คู่ครอง และเพื่อน ปัจจัยทางชีวภาพ อธิบายถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายไว้ว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะพบได้สูงมาก ในครอบครัวที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน (Malone et al., 1994 cited in Hauenstein, 1998) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมากกว่า

เป็น 4 เท่าในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Hauenstein, 1998) และนอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมอธิบายว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและปฏิบัติตามผู้อื่น (Diekstra, 1986 cited in Runeson et al, 1996)

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 ไม่ได้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก 2 ครั้งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ตารางที่ 2) การศึกษาตามบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนถึง 10 ปี พบว่า ร้อยละ 10-50 จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (อูมาพร ตรังคสมบัติ และคุดิต สิขนะพิชิตกุล, 2569) โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 จะเกิดขึ้นภายใน 1 ปีหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก ร้อยละ 50 ของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายจะเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง (Schmidtke et al., 1996) และพบว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มักเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Barbee & Bricker, 1996) และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คือ ความเครียดในชีวิต (Brent et al., 1993; Pfeffer et al., 1992; Pfeffer et al., 1993)

#### ความเครียดของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X} = 30.63, SD=14.71$ ) (ตารางที่ 3) ถ้าพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงระยะเวลาหลังการพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยประมาณ 10.90 เดือน (ตารางที่ 2) ซึ่งปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรงจนต้องพยายามฆ่าตัวตายนั้น อาจจะได้รับการแก้ไขให้หมดไป หรือคลี่คลายลง หรือปัญหายังคงมีอยู่ แต่กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ปัญหาประเมินค่าทบทวนใหม่ และสามารถปรับตัวได้ ภายหลังภาวะวิกฤตในชีวิต ดังที่ประเวศ ต้นดิพิวัฒน์สกุล (2541) ได้อธิบายถึงการปรับตัว ของบุคคลเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตไว้ว่า บุคคลอาจปรับตัวเข้าสู่ภาวะเดิมหรือนำสมดุลกลับสู่ชีวิต อาจเป็นสมดุลในแบบเดิมที่คุ้นเคย เช่น กินได้ นอนหลับ สุขภาพดี มีความสุขพอควร และรับผิดชอบต่อหน้าที่ เป็นต้น หรือสมดุลใหม่ที่ดีกว่าเดิม เพราะเกิดการเรียนรู้และเติบโต เข้าใจชีวิตมากขึ้น มีความเข้มแข็งของจิตใจมากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}=120.03, SD=20.28$ ) (ตารางที่ 7 และ 8) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้

ความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer et al., 1981) ภายในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) ทั้งนี้เนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen & Wills, 1985) การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ หรือมีความพึงพอใจเมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิต จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตใจ และดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้การวัดความเครียดโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า มาตรวัดความยุ่งยากประจำวันนั้น เป็นการวัดความเครียดภายในระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภายในระยะเวลา 1 เดือนนั้นกลุ่มตัวอย่างประเมินค่าเหตุการณ์ประจำวันว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับต่ำ จากลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลต่อการประเมินค่าสถานการณ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ

แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับความเครียดกับความคิดฆ่าตัวตาย เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 4) ความคิดฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง คือ ตั้งแต่คิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งในแต่ละพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายจะมีความคาบเกี่ยวและเชื่อมโยงกันอยู่ การมีความคิดฆ่าตัวตาย จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ความคิดฆ่าตัวตายน่าจะเกิดขึ้นในช่วงที่ชีวิตประสบกับปัญหายุ่งยากหรือเกิดความเครียด (ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541; ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541; Dixon et al., 1991) และถ้าไม่สามารถลดผลกระทบจากความเครียดได้จะทำให้ความเคร็ครุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงคิดฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียดที่รุนแรงนั้น (Horesh et al., 1996) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.71 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4) จะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคคลที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้อาจช่วยสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้ว่า บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

## วิธีการปรับแก้ของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

แนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่าวิธีการปรับแก้ หมายถึง กระบวนการของความคิดและพฤติกรรม ที่สะท้อนถึงการใช้พลังอย่างต่อเนื่องมากกว่าปกติ ทั้งปรับและแก้ต่อข้อเรียกร้อง ไม่ว่าจะมาจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ข้อเรียกร้องเกิดจากกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา แบ่งตามหน้าที่ได้ 2 แบบ คือ วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลในการเลือกที่จะจัดการโดยตรงกับปัญหา หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดสภาพเครียด และวิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นความพยายามของบุคคลในการควบคุมสภาพความเครียดทางอารมณ์ และปรับอารมณ์ของตนเอง เป็นเพียงการบรรเทาหรือลดสภาพความเครียดเท่านั้น ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ศึกษาการปรับแก้ตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน และได้แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 3 วิธี คือ วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นความพยายามในการจัดการหรือแก้ไขกับปัญหาโดยตรง วิธีปรับอารมณ์ เป็นความพยายามในการลดหรือบรรเทาความเครียดทางอารมณ์เท่านั้น และวิธีบรรเทาปัญหา เป็นความพยายามในการลดหรือบรรเทาความเครียดทางอารมณ์ ไม่เผชิญหรือจัดการกับปัญหานั้น ๆ โดยตรง แต่เป็นการหาทางเลือกในการรับรู้กับปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหานั้น ๆ ไม่เปลี่ยนแปลง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ใช้วิธีการปรับแก้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน คือ วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีปรับอารมณ์ และวิธีบรรเทาปัญหา (ตารางที่ 12) สามารถอธิบายตามแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการปรับแก้ของลาซารัสและ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ว่า ในแต่ละสถานการณ์ความเครียดบุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้ที่ผสมผสานกัน ทั้งวิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหา และวิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่จะใช้วิธีใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ถ้าสถานการณ์ใดบุคคลประเมินค่าว่าตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ รู้สึกเป็นอันตราย/สูญเสีย หรือถูกคุกคาม บุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่า แต่ถ้าสถานการณ์ใดบุคคลประเมินค่าว่าตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ บุคคลจะใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ดังการศึกษาของประทุม สุขมี (2542) ที่ศึกษาวิธีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของลาซารัส และ โฟล์คแมน 1988 ที่แบ่งการปรับแก้เป็น 2 ลักษณะ และแบ่งวิธีการปรับแก้เป็น 8 วิธี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการปรับแก้ทุกวิธีร่วมกัน การศึกษาของคอตเลอร์ และคณะ

(Kotler et al., 1993) การศึกษาของบอดซิช และคณะ (Botsis et al., 1994) และการศึกษาของฮอช และคณะ (Horesch et al., 1996) ที่ศึกษาวิธีการปรับแก้ในผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบสอบถามวิธีการปรับแก้ของ AECOM-CSQ แบ่งการปรับแก้ออกเป็น 8 วิธี พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้วิธีการปรับแก้ทุกวิธีร่วมกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการปรับแก้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน (กิตติกร นิลมานัต, 2538; ปราณี มิ่งขวัญ, 2542; หทัยรัตน์ จรัสสุโรติน, 2538; Jalowiec & Powers, 1981; Downe-Wambaldt, 1991)

และเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนการใช้วิธีการปรับแก้ในแต่ละวิธี พบว่า วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.50 วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35 และวิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25 และร้อยละ 2.50 ใช้ทั้งวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา และวิธีบรรเทาปัญหา (ตารางที่ 5) ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีปรับอารมณ์ใกล้เคียงกับวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา และใช้วิธีบรรเทาปัญหาน้อยกว่าทั้ง 2 วิธี สามารถอธิบายตามความคิดเห็นของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984) ได้ว่า บุคคลที่มีความเครียดระดับต่ำมักใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน แต่เมื่อความเครียดเพิ่มสูงขึ้นในระดับปานกลางบุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า และเมื่อความเครียดเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับรุนแรงบุคคลมักใช้วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์แทน ดังผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีความเครียดอยู่ระดับต่ำ (ตารางที่ 3) และใช้วิธีปรับอารมณ์ใกล้เคียงกับวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา (ตารางที่ 5)

แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความโน้มเอียงในการใช้วิธีการปรับแก้ ในลักษณะการลดหรือบรรเทาความเครียดทางอารมณ์ไม่เผชิญหรือจัดการกับปัญหานั้น ๆ โดยตรง (ใช้วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.50 และใช้วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25) มากกว่าที่จะมุ่งแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้น ๆ โดยตรง (ใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3) ซึ่งคล้ายคลึงกับการใช้วิธีการปรับแก้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ใช้วิธีปรับอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา ใช้วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 33.33 และใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหาน้อยที่สุด ร้อยละ 16.67 (ตารางที่ 6) ซึ่งจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ก็มีความโน้มเอียงในการใช้วิธีการปรับแก้ในลักษณะการบรรเทาหรือลดความเครียดทางอารมณ์มากกว่าการแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้น ๆ โดยตรง อีกเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ดังการศึกษาของประทุม สุขมี (2542) ที่พบว่า วิธีการปรับแก้ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเลือกใช้บ่อย 3 อันดับแรก



คือ การควบคุมตนเอง ร้อยละ 30 หนีหลีกเลี่ยงปัญหา ร้อยละ 25 และแสวงหาการแก้หนุหนทาง  
 ตั้งคม ร้อยละ 25 ซึ่งทั้ง 3 วิธีดังกล่าวเป็นวิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่แตกต่างกับการ  
 ศึกษาวิธีการปรับแก้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ดังการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัด (2538) ที่พบว่าญาติ  
 ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี ใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา ใช้วิธีบรรเทาปัญหา  
 และใช้วิธีปรับอารมณ์น้อยที่สุด การศึกษาของหทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ที่พบว่า หญิงสูงอายุ  
 โรคข้อเสื่อมใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาใช้วิธีบรรเทาปัญหา และใช้วิธีปรับ  
 อารมณ์น้อยที่สุด การศึกษาครั้งนี้จึงอาจช่วยสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาได้ว่า บุคคลที่เคยพยายาม  
 ฆ่าตัวตายมีวิธีการปรับแก้ที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มักใช้การแก้ปัญหาหรือปรับแก้กับความเครียดใน  
 ลักษณะการลดหรือบรรเทาปัญหามากกว่าที่จะแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้น ๆ โดยตรง ไม่ว่าจะม  
 ความเครียดในระดับต่ำหรือสูงก็ตาม วิธีการปรับแก้แบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นความพยายามของ  
 บุคคลในการบรรเทาหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นเท่านั้น ไม่ได้จัดการกับปัญหาโดยตรง ถ้าใช้วิธีนี้  
 อย่างตระหนักรู้ตามสภาพความเป็นจริง จะช่วยให้ใช้วิธีการปรับแก้แบบอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ  
 มากขึ้น และช่วยให้ปรับตัวได้ (Lazarus & Folkman, 1984) แต่ถ้าใช้โดยขาดการตระหนักรู้ใน  
 ตนเอง อาจเกิดการบิดเบือนความจริง เกิดปัญหาทางจิต เช่น ซึมเศร้า คิดและพยายามฆ่าตัวตาย  
 (Bell, 1977; Kelly & Murphy, 1992) การปรับแก้ที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต  
 ควรใช้ทั้งวิธีการปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญหและวิธีมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกันอย่างสมดุล และทั้ง 2 วิธี  
 ต้องมีการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน มีความเหมาะสมกับข้อเรียกร้องและแหล่งประโยชน์ที่  
 บุคคลมีอยู่ (Jalowiec & Powers, 1981; Lazarus & Folkman, 1984) ดังการศึกษาวิธีการปรับแก้ใน  
 ชีวิตประจำวันของคนปกติ ที่อายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธี  
 การปรับแก้แบบมุ่งแก้ปัญห และมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 98 และร้อยละ 96  
 ตามลำดับ (Lazarus & Folkman, 1980 cited in Folkman et al., 1986) ลาซารัส และโฟล์คแมน  
 (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายไว้ว่า ไม่สามารถบอกได้ว่าวิธีการปรับแก้แบบใดจะมี  
 ประสิทธิภาพมากกว่ากัน วิธีการปรับแก้ที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจจะไม่ม  
 ประสิทธิภาพในสถานการณ์อื่น ๆ ก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานการณ์ปัญหาและความ  
 แตกต่างของแต่ละบุคคลในการประเมินค่าสถานการณ์รวมถึงพลังความสามารถ และแหล่ง  
 ประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ อัลวินด์ และรีเวนสัน (Aldwin & Revenson, 1987) ให้ข้อคิดเห็นว่าบุคคล  
 ควรจะใช้วิธีการปรับแก้แบบใดก็ได้ที่เหมาะสมกับตนเองและสถานการณ์ปัญหา กล่าวคือ ควรเป็น  
 วิธีการปรับแก้ที่ช่วยลดความเครียดทางจิตใจ ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา และช่วย  
 ป้องกันความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

ควรจะใช้วิธีการปรับแก้แบบใดก็ได้ที่เหมาะสมกับตนเอง และสถานการณ์ปัญหา ช่วยลดความเครียดทางจิตใจ โดยที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X} = 120.03$ ,  $SD=20.28$ ) (ตารางที่ 7 และ 8) ซึ่งจากการสอบถามเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างบางคนให้ข้อมูลว่า ภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย บุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดให้การดูแลเอาใจใส่ตนเองเพิ่มมากขึ้น ไม่กล่าวซ้ำเติม คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของทาดา เจริญกุล และคณะ (2542) ที่ศึกษาถึง ปัจจัยทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดแพร่ พบว่า ภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะได้รับความสนใจ และดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น มีการปฏิบัติต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายดีขึ้น หลีกเลี่ยงการกล่าวถึงเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตาย มีการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก และ การศึกษาของนิตยา เถลิงกุล และคณะ (2542) ที่ศึกษาถึง ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ภายหลังจากพยายามฆ่าตัวตายในระยะแรกบุคคลในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัว บิดามารดา คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และเพื่อน (ตารางที่ 10) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลในสังคมปฐมภูมิ หรือกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (จริยวัตร คมพยัคน์, 2531) หรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิด (Pender, 1996) ที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันกันแน่นแฟ้น มีความไว้วางใจ พึงพาอาศัยและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน นอร์เบค, ลินด์เซย์, และคาร์โรริ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1982) กล่าวว่า กลุ่มที่มีความผูกพันกันแน่นแฟ้นจะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความผูกพันกันแน่นแฟ้น การศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า ความสัมพันธ์ในลักษณะใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันกันแน่นแฟ้น ทำให้กลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความมั่นคงมากขึ้น ซึ่งความมั่นคงในกลุ่มมีความสำคัญต่อการทำนายผลของแรงสนับสนุนทางสังคม จากเหตุผลต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

และเมื่อพิจารณาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมในรายด้านพบว่า ด้านความรักใคร่ผูกพันมีค่าสูงสุด ( $\bar{X}=25.13$ ,  $SD=6.17$ ) (ตารางที่ 7) ความรักใคร่ผูกพัน หมายถึง ความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์เช่นนี้

มักจะพบในกลุ่มสมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองทางอารมณ์เหล่านี้จะรู้สึกว่าคุณเป็นที่รักมีความหมาย ได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้ จะรู้สึกวันห่วย เดียวดาย ขาดความรัก มองโลกในแง่ร้าย (Dimond & Jones, 1983) จากที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างบางคนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลในสังคมปทุมภูมิ หรือกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) หรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิด (Pender, 1996) ที่กลุ่มตัวอย่างใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น มีความไว้วางใจ กลุ่มบุคคลเหล่านี้สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ เช่น ให้ความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นปลอดภัย ให้การช่วยเหลือ ให้การปรึกษา จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุด

ส่วนด้านความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตนพบว่า มีค่าต่ำสุด ( $\bar{X} = 23.07$ ,  $SD = 4.38$ ) (ตารางที่ 7) ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การเคารพนับถือ ยกย่อง เห็นคุณค่าชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม การเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและสังคม รวมถึงการให้อภัย การให้ออกาสในการปรับปรุงตัวเอง ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไร้ประโยชน์ (Dimond & Jones, 1983) จากความรู้สึกดังกล่าว ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล ซึมเศร้า และจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Adler cited in Barbee & Bricker, 1996) จากการศึกษาปัจจัยการทำนาย และอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายจะมีความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตนต่ำ (Kjelsberg, Ncegaald, & Dahl, 1994) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตนต่ำเป็นบุคลิกภาพเฉพาะที่มักจะพบในกลุ่มบุคคลที่ฆ่าตัวตาย และมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Demam & Leduc, 1995)

สำหรับการพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อจำแนกตามความคิดฆ่าตัวตาย (ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 9) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้กับความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer et al., 1981) ภายในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982) โดยช่วยเปลี่ยนแปลงการให้คำความหมายกับสถานการณ์ ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง มีความรู้สึกว่าจะไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ ปัญหาที่มีอยู่จึงเล็กลง ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เนื่องจากความเครียด เช่น ช่วยให้เกิดการ

ระบายออก ช่วยเปลี่ยนสถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมในการจัดหรือเปลี่ยนแปลงปัญหา เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา (Thoits, 1986) ช่วยลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen & Wills, 1985) และดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ (Turner & Marino, 1994) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ ระหว่างและภายหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ (Henderson & Brown, 1988 cited in Tousignant & Hanigan, 1993) ในขณะที่การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต จะส่งผลต่อภาวะจิตใจ เกิดความอ่อนแอ ไม่มั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้ และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Berkman & Syme, 1979) การศึกษาของว็อทไฮ และคล็็อพตัน (Whatley & Clopton, 1992) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความคิดฆ่าตัวตาย การศึกษาของดีแมน และเลดิวค (Deman & Leduc, 1995) พบว่า วัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะรู้สึกว่าตนเองมีคนที่จะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในเวลาที่ต้องการได้น้อย มีความพึงพอใจต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนน้อย ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่พบว่ามีคนช่วยเหลือ 58.82 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 9) การศึกษาครั้งนี้อาจช่วยสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาได้ว่า บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักจะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับระดับต่ำ

นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 95 บิดามารดา ร้อยละ 90 คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ร้อยละ 82.50 เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 80 และเพื่อน ร้อยละ 75 (ตารางที่ 10) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลในสังคมปฐมภูมิ หรือกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) หรือกลุ่มบุคคลใกล้ชิด (Pender, 1996) จึงมีความสัมพันธ์ในลักษณะใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันแน่นแฟ้นไว้วางใจ สามารถขอความช่วยเหลือได้ ประกอบกับลักษณะของสังคมไทยทางภาคเหนือที่มีค่านิยมและแนวปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและสังคมฉันท์เครือญาติ โดยยึดถือความรักใคร่ผูกพัน ความปรองดอง รักพวกพ้อง ถ้อยทีถ้อยอาศัย ไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พึ่งพาอาศัย และช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน โดยเฉพาะญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความผูกพันทางสายโลหิต จะคอยดูแลทุกข์สุขของกันและกันเสมอ ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ก็พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) และแม้ว่าญาติพี่น้อง

หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกันอาจแต่งงานหรือแยกครอบครัวไปแล้ว แต่ก็ยังคงไปมาหาสู่ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่เสมอ ถ้าอีกฝ่ายหนึ่งมีเรื่องเดือดร้อน ลักษณะของสังคมไทยจึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งในระดับครอบครัว เครือญาติ และสังคม ดังนั้นญาติหรือบุคคลในครอบครัว บิดามารดา คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และเพื่อน จึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของบราวน์ (Brown, 1986) ที่กล่าวไว้ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน และความคิดเห็นของฟิลลิปป์ (Phillips, 1991) ที่กล่าวไว้ว่า ระบบเครือข่ายทางสังคมของบุคคลจะประกอบไปด้วย ตนเอง ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และหน่วยบริการอื่น ๆ เมื่อบุคคลเกิดปัญหาที่จะช่วยตนเองก่อน หากไม่ประสบผลสำเร็จจึงจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และถ้ายังไม่ประสบผลสำเร็จก็จะขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการอื่น ๆ เป็นลำดับสุดท้าย และการศึกษาครั้งนี้พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ซึ่งบุตรก็เป็นกลุ่มบุคคลในสังคมปทุมธานี หรือกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ หรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผู้ที่เน้นแน่นแฟ้นกับกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มหนึ่ง (ตารางที่ 10) ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 เท่านั้นที่มีบุตร และยังได้ระบุว่าบุตรก็เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเองเช่นกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นบุตรน้อยกว่าญาติหรือบุคคลในครอบครัว บิดามารดา คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และเพื่อน

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางด้านวิชาชีพ กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 27.50, 15.00, และ 12.50 ตามลำดับ (ตารางที่ 10) แม้ว่าหน่วยงานในภาครัฐและเอกชน ได้เร่งพัฒนาการให้บริการและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น เช่น บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (hot lines) ตลอด 24 ชั่วโมง บริการปรึกษาทางโทรศัพท์แบบมีผู้ตอบรับอัตโนมัติ ซึ่งให้บริการฟรีทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง คลินิกคลายเครียด บริการให้การปรึกษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น แต่บริการดังกล่าวก็ยังมีปัญหาในการเข้าถึง และปัญหาทัศนคติต่อการใช้บริการ ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างบางคนให้ข้อมูลว่า ไม่เคยทราบว่ามีบริการดังกล่าว หรือทราบว่ามีแต่ไม่เคยใช้บริการเพราะไม่กล้าและใช้ไม่เป็น หรือทราบว่ามีและอยากลองใช้บริการบ้างแต่ไม่มีโทรศัพท์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างใช้บริการดังกล่าวน้อย ส่วนมากยังคงใช้ระบบการขอความช่วยเหลือจากผู้ที่ตนเองมีความคุ้นเคย ใกล้ชิด และไว้วางใจมากกว่า การศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน เท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 2.50 (ตารางที่ 10) ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นพระ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกขอความช่วยเหลือน้อยที่สุด ทั้ง ๆ ที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในสังคมชนบทจะมีความผูกพันและใกล้ชิดกับวัดและพระสงฆ์มาก บุคคลในชุมชนจะให้ความศรัทธาและความสำคัญกับพระสงฆ์ โดยเฉพาะเรื่องของจิตใจ เมื่อมีปัญหา ก็มักจะไปวัดเพื่อขอความช่วยเหลือในระดับต้น เช่น การรศ่น้ำมนต์ การสะเดาะเคราะห์ การให้กำลังใจ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นการบำบัดขั้นพื้นฐานเช่นกัน (จิตชนก โอภาสวัฒนา, 2539) พระสงฆ์ยังสามารถให้การส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนทั่วไปได้อย่างกว้างขวาง (กรมสุขภาพจิต, 2540 ก) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ส่วนใหญ่แล้วมีเพียงผู้สูงอายุเท่านั้นที่มักจะไปวัดและสนทนารธรรมกับพระสงฆ์ วิทยาลัยอื่น ๆ จะพบได้น้อยมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีวัยสูงอายุเลย ร้อยละ 7.50 อยู่ในวัยหนุ่มสาว ร้อยละ 50 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และร้อยละ 42.50 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ตารางที่ 1) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นพระน้อยที่สุด

นอกจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมใน 10 สถานการณ์ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างดังที่ได้กล่าวไปแล้ว เมื่อพิจารณาในแต่ละสถานการณ์ปัญหาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ได้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ สถานการณ์เมื่อมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส คู่รัก หรือบุคคลที่สนิทอื่น ๆ (สถานการณ์ที่ 3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่า ไม่มีใคร (เนื่องจากชอบพึ่งตนเอง) ร้อยละ 35 ไม่มีใคร (เนื่องจากชอบพึ่งตนเองและหาไม่ได้) ร้อยละ 10 และไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้) ร้อยละ 5 (ตารางที่ 11) ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า ปัญหาในลักษณะดังกล่าวเป็นเรื่องส่วนตัวมาก ๆ ไม่ควรเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ จึงคิดว่าไม่ควรปรึกษาใคร และไม่ไว้ใจใครกลัวว่าจะเอาเรื่องของตนไปเปิดเผย และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตายในครั้งที่ผ่านมา ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรส ร้อยละ 32.50 รองลงมา ปัญหาเกี่ยวกับบิดา-มารดา ร้อยละ 22.50 (ตารางที่ 2) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าวประกอบกับขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเหตุให้ฆ่าตัวตาย ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากการล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธ์ภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan, 1931, 1956 cited in Barbee & Bricker, 1996) เช่น ความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยา บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนร่วมงาน และปัญหาผู้สาว เป็นต้น (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร และปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) การศึกษาของเพเคล และคณะ (Paykel et al., 1975) พบว่า ปัญหากระตุ้นที่ทำให้ฆ่าตัวตายที่สำคัญ คือ การโต้แย้งกันอย่างรุนแรงระหว่างคู่สมรส การศึกษาของ นิพนธ์ เสริมพานิชย์ และคณะ

(2537) พบว่า ปัญหากระตุ้น ให้พยายามฆ่าตัวตายคือ ความขัดแย้งกับคู่สมรส ความขัดแย้งกับ บิดามารดาหรือญาติพี่น้อง การศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ (2541) พบว่า ปัญหา กระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยเพศหญิง คือ ขัดแย้งกับคู่สมรส ขัดแย้งกับญาติ ส่วนสถาน การณ์ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ปรองดองมา คือ สถานการณ์เมื่อ มีปัญหา ส่วนตัวในชีวิตประจำวัน (สถานการณ์ที่ 10) ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ให้คำตอบว่า ไม่มีใคร (เนื่องจากชอบ ฟังตนเอง) ร้อยละ 30 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้ และชอบฟังตนเอง) ร้อยละ 5 ไม่มีใคร (เนื่องจากหาไม่ได้) ร้อยละ 25 อธิบายได้ว่า เหตุการณ์ประจำวันเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ อยู่เสมอในการในการดำรงชีวิตหรือสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ถ้าเหตุการณ์เหล่านั้นทำ ให้เกิดความเครียดหรือคุกคามต่อความผาสุกของบุคคล และเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกัน เป็นระยะเวลานาน ๆ ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงและรุนแรงได้ และความเครียด จากเหตุการณ์ประจำวันก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย (Chiles & Strosahl , 1995) ดังนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นประกอบกับขาดแหล่งสนับสนุน ทางสังคม จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้ จึงควรให้การเฝ้าระวัง ถ้ามีปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ ต่อไป

ผลการศึกษานี้พบว่า บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ภายหลังการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ ใช้วิถีปรับอารมณ์ใกล้เคียงกับวิถีเผชิญหน้ากับปัญหา และใช้วิถีบรรเทาปัญหาน้อยกว่าทั้ง 2 วิถี และได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง แต่บุคคลกลุ่มนี้ ก็ยังถูกจัดว่าเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงอยู่ เนื่องจากมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ประกอบกับมีลักษณะ บุคลิกภาพเฉพาะที่แฝงอยู่ คือ ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตนต่ำ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มี ความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงควรให้การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในบุคคลกลุ่มนี้ ต่อไป