

วิเคราะห์และอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ และทดสอบทางจิตวิทยา เป็นผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) ด้วยการกินยาฆ่าแมลงโฟลิดอน (folidon) ซึ่งพักรักษาตัวอยู่ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 72 คน ภายหลังทำบรรณาธิกรณ แล้วคัดแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบที่ไม่สมบูรณ์ออก จึงเหลือแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบที่สามารถนำมาประมวลผลได้เพียง 66 ชุด ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 47 คน (71.21 %) อำเภออื่น ๆ ของจังหวัดนครราชสีมา 16 คน (24.24 %) และมาจากจังหวัดอื่น ๆ 3 คน (4.53 %)

1. ลักษณะข้อมูลด้านประชากร สังคมจิตวิทยา *

(Demographic and psychosocial characteristics)

1.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว อายุสูงสุด 50 ปี และต่ำสุด 12 ปี อายุเฉลี่ย 23 ปี ถ้าแบ่งเป็น

* ดูเปรียบเทียบการศึกษาของ

1. สมภพ เรืองตระกูล "การช่วยเหลือและรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย" สารศิริราช 27 (กรกฎาคม 2518) : 984-989
2. สุวิทนา อารีพรรค "การพยายามฆ่าตัวตายของคนไทย" วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 24 (กันยายน 2522) : 216-218
3. สุชาติ พหลภาคย์ "การวิจัยการฆ่าตัวตายในสังคมไทย" วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 29 (กันยายน 2527) : 63-182
4. สุนทร ชมนันต์ "การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย" เชียงใหม่เวชสาร 21 (พฤษภาคม 2525) : 241-249
5. World Health Organization Prevention of Suicide Geneva 1968 : annex 3

ช่วงอายุแล้วพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-45 ปี (60.61 %) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 12-20 ปี 34.84 %) ที่น้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 46-60 ปี (4.55 %)

จะ เห็น ได้ว่าวัยของผู้พยายามฆ่าตัวตายของคนไทย จะแตกต่างจากวัยของผู้พยายามฆ่าตัวตายในต่างประเทศ กล่าวคือ คนที่พยายามฆ่าตัวตายในต่างประเทศมักจะเป็นคนสูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุชายที่มีรายได้น้อยและ เกษียณอายุแล้วต้องสูญเสียหน้าที่และบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจากสังคม หรืออยู่ในภาวะที่มีการตายจากของบุคคลที่เป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีการป่วยกายหรือป่วยจิต (World Health Organization, 1968 : 15 - 16)

เหตุที่ผู้สูงอายุไทยไม่ค่อยฆ่าตัวตายมาก เหมือนผู้สูงอายุในต่างประเทศ อาจเป็นเพราะสังคมไทยเป็นสังคมแบบ โมครีสมพันธ์ และมีระบบครอบครัวแบบครอบครัวขยาย (Extended family) ซึ่งผู้สูงอายุยังอยู่กับลูกหลาน แม้ผู้สูงอายุจะต้องเกษียณและต้องสูญเสียหน้าที่และบทบาททางสังคม แต่ยังสามารถได้รับความผูกพันรักใคร่ ความอบอุ่นและความห่วงใยจากลูกหลาน ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สังคมไทยยังมีค่านิยมให้ "ความมั่นคงทางสังคม" กับสมาชิกอาวุโสของครอบครัวอยู่ และยอมรับว่าการดูแลบิดามารดาที่แก่ชราเป็น "หน้าที่" และ "สิทธิพิเศษ" ที่บุตรหลานควรปฏิบัติหรือกระทำให้กับบิดามารดาของตนเอง ในขณะที่เกี่ยวกับประเพณีการปฏิเสธหรือทอดทิ้งพ่อแม่ให้เป็นภาระเลี้ยงดูแก่คนอื่นหรือผู้แปลกหน้าว่าเป็น "บาป" เป็น "ความเสื่อมเสีย" หรือเป็น "ผู้ไม่รู้จักบุญคุณ" ของบิดามารดาที่เคยเลี้ยงดูบุตรหลานเหล่านั้นมาก่อน (อรทัย อาจอ่ำ, 2529 : 1) ดังนั้น แม้ผู้สูงอายุไทยจะมีวิกฤตการณ์ชีวิตขึ้น และวิกฤตการณ์นั้นรุนแรงถึงขั้นย่ำแย่ให้เขาฆ่าตัวตาย ความผูกพันภายในครอบครัวจะเป็นตัวคอยเหนี่ยวรั้งมิให้เขาฆ่าตัวตายได้ง่าย ๆ ในขณะที่ชาวต่างประเทศนั้น ระบบครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ลูกหลานจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ความผูกพันระหว่างบุตรหลานและบิดามารดามีน้อย เมื่อเกษียณอายุแล้ว นอกจากต้องประสบความสูญเสียหน้าที่และบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุชาวต่างประเทศ ยังต้องประสบกับความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว เมื่อมีปัญหาที่มักขาดที่ปรึกษาและระบายความในใจ การเลือกใช้ชีวิตฆ่าตัวตายเพื่อเป็นทางออกของชีวิต จึงพบได้ในผู้สูงอายุชาวต่างประเทศ

1.2 เพศ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเป็นหญิงมากกว่าชาย กล่าวคือ ร้อยละ 74.24 เป็นเพศหญิง ในขณะที่เป็นเพศชายเพียงร้อยละ 25.76 หรืออัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 2.80 : 1 ในขณะที่ สุชาติ พหลภาคย์ (2527 : 168) ศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่ปรากฏในข่าวหนังสือพิมพ์ 4 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เคลื่อนิวส์ บ้านเมือง ข่าวสด รวมทั้งสิ้น 231 ราย กลับพบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.8 : 1

เป็นที่น่าสังเกตว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องเพศของผู้พยายามฆ่าตัวตาย (แต่ไม่สำเร็จ) กับผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จตามประสงค์ กล่าวคือ กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 3 เท่า ส่วนใหญ่จะมีอายุไม่เกิน 30 ปี ส่วนกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะ เพศชายมักเป็นเพศที่กล้าได้กล้าเสีย กล้าเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายจึงใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รวดเร็วและรุนแรงมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (Chaqui 1966)

1.3 สถานภาพสมรส ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายอยู่ในสภาพโสดมากที่สุดคือ ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือ ผู้ที่สมรสแล้วมีร้อยละ 43.74 ที่เป็นหม้ายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.52 หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะพบได้มากในคนโสด หย่าจากคู่สมรส หรือดำเนินชีวิตคู่อย่างลับ ๆ มากกว่าคนที่มิมีชีวิตสมรสราบรื่น

เหตุที่ผู้ที่ไม่แต่งงานมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว เพราะผู้ที่ไม่แต่งงานนั้นมีลักษณะ โดดเดี่ยวทั้งด้านอารมณ์ สังคม นอกจากนั้นยังเป็นผู้ที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือห่วงว่เหนี่ยวใจน้อยกว่า ส่วนผู้ที่แต่งงานแล้วนั้นจะมีพันธะ หรือสิ่งผูกพันทางอารมณ์มากกว่า เป็นผู้ที่ทำอะไรตามใจตนเองน้อยกว่า กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือชีวิตของผู้ที่แต่งงาน จะมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และความสนใจร่วมกับผู้อื่นมากกว่าคนโสด ผู้ที่แต่งงานแล้ว ก่อนตัดสินใจทำอะไรมักจะทำอย่างรอบคอบ คิดถึงผลกระทบที่จะตามมาสำหรับสามี หรือภรรยา และบุตรที่มีชีวิตอยู่ ความรู้สึกผูกพันเหล่านี้ จะเป็นตัวหน่วงเหนี่ยวไม่ให้เขาฆ่าตัวตายได้ง่าย ๆ อย่างไรก็ตาม การแต่งงานที่กล่าวถึงในที่นี้หมายถึง การแต่งงานที่ทั้งสามีและภรรยา มีความพอใจในชีวิตสมรสหรือมีความสัมพันธ์กันดีพอสมควร อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ที่แต่งงานแล้ว จะต่ำกว่าบุคคลที่เป็นโสด ตรงกันข้ามถ้าหากว่า ครอบครัวใดมีชีวิตสมรสไม่ราบรื่น และถึงกับต้องหย่าร้างกันนั้น อัตราการฆ่าตัวตายจะกลับสูงกว่าปกติ

1.4 การศึกษา ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีร้อยละ 71.21 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมและอุดมศึกษา มีร้อยละ 12.12 และร้อยละ 10.61 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย มีเพียงร้อยละ 6.06 เมื่อผู้ป่วยมีการศึกษาค่ำ จึงทำให้อ่านาจอรองต่อการศึกษาเลือกอาชีพมีน้อย จำต้องประกอบอาชีพที่ได้รับค่าตอบแทนต่ำ ปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะความไม่พอกินพอใช้ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความท้อถอย และหาทางออกโดยการพยายามฆ่าตัวตายได้

1.5 อาชีพ ร้อยละ 80.31 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีงานทำ โดยร้อยละ 51.52 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมคือ ทำไร่นา ร้อยละ 16.67 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 7.85 มีอาชีพค้าขาย และร้อยละ 4.55 มีอาชีพรับราชการ นอกนั้นมีอาชีพเป็นแม่บ้านและนักศึกษา คือมีร้อยละ 10.61 และ 9.09 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า อาชีพที่ต้องใช้แรงงาน (Technical skill) และมีรายได้ต่ำ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย มากกว่าอาชีพที่ต้องใช้ความคิด (Conceptual skill) และมีรายได้สูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่า การมีรายได้ต่ำ เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจปัญหาหนึ่ง ที่อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นและผลักดันให้ผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ร้อนใจมากขึ้น เพราะความอึดอัดขัดสนในเรื่องปัจจัย 4 ปัญหาทางเศรษฐกิจนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะก่อให้เกิดปากเสียงขึ้นภายในครอบครัวได้ง่าย ทั้งยังคอยบั่นทอนกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา ยิ่งถ้ามีปัญหาอื่นประดังเข้ามา ในที่สุดผู้ป่วยจึงคิดหาทางออกของชีวิตด้วยการพยายามฆ่าตัวตายได้ กิติกร มิทรัพย์ (2526 : 127) รายงานว่าสาเหตุกระตุ้นให้คนฆ่าตัวตายมีหลายอย่าง ในผู้เคราะห์ร้ายหนึ่ง ๆ อาจมีหลายสาเหตุด้วยกัน แต่ปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับเขานั้น ไม่อาจคลี่คลายได้ด้วยตัวของเขาเอง และที่สำคัญคือ ไม่มีใครช่วยแก้ไขและเอาใจใส่เลย ทำให้เขารู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ปัญหาที่เน้นนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย มักจะเกิดจากการสังสมของปัญหาหลายอย่าง เป็นเวลานาน ซึ่งพอจะจัดลำดับได้ดังนี้

1. ปัญหาครอบครัว ขาดความรักความอบอุ่น ขาดความสุข หรือถูกทอดทิ้ง
2. ปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาเรื่องบุตร นิสมยเข้ากันไม่ได้ สามเษกผู้คิดการพนันและหึงหวง

3. ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความยากจน หรือธุรกิจล้มละลาย
4. ปัญหาความรัก ผิดหวังในความรัก หรือคนรักเสียชีวิต
5. ปัญหามีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ
6. ปัญหาสุขภาพติดเล็กไม่ได้
7. ปัญหาการเรียน สอบไม่ได้หรือผิดหวังในการเรียน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากการมีรายได้น้อย เป็นปัจจัย กระตุ้นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้

1.6 จำนวนบุตรและสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย มาจากครอบครัวขนาดใหญ่และมีจำนวนบุตรมากกว่า 5 คน กล่าวคือ ร้อยละ 53.03 มีบุตรมากกว่า 5 คน ร้อยละ 43.94 มีบุตร 3 - 5 คน ร้อยละ 3.03 มีบุตรน้อยกว่า 3 คน เมื่อศึกษาถึงบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยพบว่า มีเพียงร้อยละ 16.67 เท่านั้น ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 31.82 อาศัยอยู่กับบิดามารดาและญาติ ร้อยละ 6.06 อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 28.78 อาศัยอยู่กับสามีภรรยาและบุตร ร้อยละ 7.57 อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 7.58 อาศัยอยู่กับเพื่อน และร้อยละ 1.52 อาศัยอยู่คนเดียว

จากข้อมูลทีกล่าวนี้อาจเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น เช่น ญาติ เพื่อน ฯลฯ ส่วนน้อยเท่านั้นที่จะอาศัยอยู่กับบิดามารดา การที่เด็กต้องอาศัยอยู่ในความอุปการะของญาติ หรือผู้ใจบุญคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บิดามารดา จะทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น รู้สึกว่าตนถูกชิงชังมาตั้งแต่เกิด ขาดความรู้สึกภูมิใจในคุณค่าของตนเอง เด็กจึงมองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นเมื่อมีปัญหาที่ยังขาดผู้รู้ใจคอยให้คำแนะนำ บริกรหาได้อย่างจริงจังและจริงจัง ความรู้สึกต่ำต้อยประกอบการขาดผู้ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องให้ จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปรับตัว หางอกของปัญหาจึงมีน้อย เมื่อมีความสับสนใจเกิดขึ้น จึงหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา

1.7 ลำดับที่การเกิด พบว่าร้อยละ 60.60 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเป็นบุตรคนกลาง ร้อยละ 22.73 เป็นบุตรคนโต และร้อยละ 16.67 เป็นบุตรคนสุดท้อง

จะเห็นได้ว่าลำดับที่การเกิด ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ดังที่นักจิตวิทยาได้กล่าวไว้ว่า ลำดับที่การเกิดหรือตำแหน่งที่เกิดมาก็เป็นปัจจัยว่าสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตของคนเรา Adler ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ลูกคนโตและคนสุดท้ายมักจะมีสุขภาพจิตดีกว่าลูกคนรอง เพราะลูกคนโตส่วนใหญ่มักจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เป็นที่โปรดปราน คั่นเด่น เท่อกันจากพ่อแม่และญาติ ๆ ลูกคนโตมักจะเป็นหัวแก้วหัวแหวนของครอบครัวในตอนแรก คนสุดท้ายนั้นมักจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และหนุนนอมจากพ่อแม่และพี่ ๆ เพราะเป็นคนเล็กสุดในครอบครัว ส่วนลูกคนกลางนั้น จะเป็นคนที่มีปัญหามากกว่าคนอื่น ๆ ลูกคนกลางมักจะรู้สึกค้อยกว่าพี่และน้อง การขาดความรักทำให้ลูกคนกลางมีความกดดันสูง ต้องคอยแข่งขันและชิงดีชิงเด่นกับพี่และน้องตลอดเวลา จึงมักเป็นคนรู้สึกอ่อนไหวง่าย คิดมาก และน้อยใจมากต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

1.8 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าร้อยละ 72.27 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กล่าวคือ ร้อยละ 40.91 บอกว่าสมาชิกภายในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ร้อยละ 10.60 บอกว่าสมาชิกภายในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กันมากนัก มีเพียงร้อยละ 22.73 เท่านั้นที่บอกว่าสมาชิกภายในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี เมื่อถามถึงบุคคลที่ผู้ป่วยมีปัญหาขัดแย้งด้วย พบว่า ร้อยละ 36.36 บอกว่าส่วนใหญ่มีเรื่องทะเลาะกับคู่สมรสหรือแฟน ร้อยละ 28.79 บอกว่าทะเลาะกับบิดาและ/หรือมารดา ร้อยละ 15.15 บอกว่าไม่เคยมีเรื่องทะเลาะกับใครเลย ผลการศึกษาี้ ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่าน ๆ มา เช่น Weissman (1974 อ้างอิงใน สุรันทา อารีพรรค, 2522 : 277) ซึ่งได้รวบรวมอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายระหว่างปี ค.ศ. 1960-1971 ก็พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายมักเกิดในสภาวะที่มีความขัดแย้งระหว่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกับผู้อื่น (Interpersonal Conflict) ซึ่งรวมถึงความขัดแย้งในครอบครัวและชีวิตสมรส ตลอดจนการสูญเสียความสัมพันธ์กับคนที่มีความหมายสำหรับเขาผู้นั้น และ Zilboorg ก็ศึกษาพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวที่แตกแยก (Broken Home) ก่อนอายุ 5 ปี กล่าวคือ เป็นครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลสำคัญ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับบทบาทของบิดาหรือมารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดเนื่องจากการหย่าร้างหรือการตายจากของบุคคลใดบุคคลหนึ่งก็ได้ สถานการณ์ไม่ลงรอยกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ล้วนเป็นประสบการณ์ที่สะกิดความรู้สึก และเป็นบาดแผลทางใจ (Traumatic Experience) ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ และการปรับตัว (Stengle Erwin, 1969 : 54 - 63)

Sukianonicz (1965 อ้างอิงใน วิทยุเพ็ญ บุญประกอบ, 2526 : 38 ; Stengle Eriwin, 1969 : 54 - 63) ได้ให้ความเห็นว่า สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่เป็นสาเหตุภายนอก และอยู่เบื้องหลังของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและเด็ก ปัญหาบุคลิกภาพของบิดามารดา เพราะถ้าเด็ก เกิดมาในครอบครัวที่มีแต่ความขัดแย้ง บิดามารดามีบุคลิกที่ผิดปกติ หรือเป็นโรคประสาท โรคจิต ปัญหาและความยุ่งเหยิงภายในบ้าน จะยังผลให้เด็ก ทัศนคติอันอารมณ์และจิตใจที่ไม่มั่นคง เด็กจะมีความรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่รักและเป็นที่ ต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกห่อแค้นและ เบื่อหน่ายต่อสภาพความเป็นอยู่แต่ต้อง เก็บกด ความรู้สึกที่ไม่พอใจไว้ ดังนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้ประสบกับปัญหา หรือความผิดหวังในชีวิต จึงมักใช้วิธีการทำร้ายตนเอง

เกี่ยวกับปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวนั้น สามารถนำมาวิเคราะห์ โดยอาศัยแนวทฤษฎีทางสังคมจิตวิทยาของ Durkheim ได้ดังนี้ Durkheim ได้แบ่ง การฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ

ประเภทที่ 1 เรียกว่า Egoistic Suicide การฆ่าตัวตายชนิดนี้หมายถึง การฆ่าตัวตายที่บุคคลผู้นั้นมีความยึดมั่น หรือคิดพันอยู่กับกลุ่มน้อยเกินไป

ประเภทที่ 2 เรียกว่า Altruistic Suicide การฆ่าตัวตายชนิดนี้ เกิดขึ้นเพราะบุคคลคิดพันอยู่กับกลุ่มมากเกินไป จนถึงขั้นที่ว่า ตนสามารถที่จะสละ ชีวิตเพื่อกลุ่ม เพื่อสวัสดิภาพของกลุ่ม หรือเพื่อความมั่นคงของกลุ่มได้

ประเภทที่ 3 เรียกว่า Anormic Suicide การฆ่าตัวตายประเภทนี้ เกิดจากการขาดปกติสถาน (Norm) มักจะเกิดมากในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หรืออย่างกระหึ่มกัน โดยสมาชิกของสังคมรู้สึกงงงันและสับสน ไม่รู้ว่าใช้อะไรเป็น เครื่องนำทางในการปฏิบัติตน หรือในการดำเนินชีวิต จึงนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Stengel Erwin 1969 : 49)

จากทฤษฎีดังกล่าว อาจวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายกลุ่มนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความผูกพันกับครอบครัวน้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจ ที่หงอยเหงา เบื่อ เบื่อหน่าย ความรู้สึกผูกพันและความรับผิดชอบต่อครอบครัวมีน้อย ดังนั้นเมื่อเกิดวิกฤตการณ์แห่งชีวิตขึ้นมา จึงอาจยั่วทำให้เขาฆ่าตัวตายได้ ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีความผูกพันกับครอบครัวมากขึ้นเท่าใด โอกาสที่ผู้ป่วยจะ เสียชีวิตเพราะฆ่า

ตัวตายช่อมลคน้อยลง เท่านั้น ทั้งนี้ก็เพราะความผูกพันกับครอบครัว ความรัก ความอบอุ่น ความห่วงใยระหว่างบิดามารดา คู่สมรสหรือบุตร จะเป็นกำลังใจที่สำคัญ และเป็นแรงยืนยันมิให้เขาฆ่าตัวตายได้ง่าย ๆ

1.9 การรับตัวของผู้ป่วยเมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ ร้อยละ 57.58 บอกว่า เมื่อมีเรื่องกลุ่มอกกลุ่มใจหรือมีปัญหาข้องใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะเก็บปัญหานั้น ไปคิดคนเดียว ร้อยละ 12.12 บอกว่าเมื่อมีเรื่องคับข้องใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะนำปัญหาเหล่านั้น ไประบายให้คนอื่นฟัง หรือขอคำแนะนำปรึกษา และร้อยละ 12.12 บอกว่าเมื่อมีเรื่องคับข้องใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะหางานอื่นหรือกิจกรรมอื่นทำเพื่อให้ลืม เรื่องที่ไม่สบายใจ นอกจากนั้นร้อยละ 18.18 บอกว่าใช้วิธีต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งวิธี ที่กล่าวมาแล้ว

จะเห็นว่า โดยทั่วไปเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักใช้วิธีการรับตัว โดยการเก็บไปคิดคนเดียวมากกว่าที่จะหาคนปรึกษา หรือระบายความคับข้องใจนั้นออกมาในรูปแบบอื่น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถแก้ปัญหาคือหาทางออกของปัญหาได้ อีกทั้งยังไม่สามารถระบายความโกรธ หรือความก้าวร้าวของคนออกมาในรูปแบบของคำพูดหรือกิจกรรมอื่น ๆ เมื่ออารมณ์โกรธและความก้าวร้าวของผู้ป่วยสะสมมากขึ้นทุกวัน ในที่สุด อารมณ์โกรธ เกลียศ และก้าวร้าว นั้นจะหวนกลับเข้าหาตนเอง ทำให้เกิดการทำร้ายตนเองขึ้น แนวคิดนี้สามารถอธิบาย ได้โดยอาศัยทฤษฎี Psychoanalysis ของ Sigmund Freud ซึ่งกล่าวไว้ว่า คนที่ฆ่าตัวตายจะมี Death Instinct ต่อตนเองอยู่แล้ว พื้นฐานของคนพวกนี้มักมีความก้าวร้าว ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ค้องสูญเสียหรือสิ่งที่คนคาดหวัง (Lost object) โดยที่ไม่สามารถระบายความก้าวร้าวออกสู่คนอื่น ไม่ว่าจะ เป็นคำพูดหรือ การกระทำได้ ผลสุดท้ายความโกรธ หรือความก้าวร้าวจะพุ่งเข้าหาตนเอง (Introjection) กลายเป็นโกรธเกลียศและลงโทษตนเอง จึงคัดลึงใจฆ่าตัวตายในที่สุด

1.10 ปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มใจ เกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มใจจนนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ร้อยละ 39.39 มีเรื่องกลุ่มใจเกี่ยวกับความรัก ร้อยละ 28.77 บอกว่ามีเรื่องกลุ่มใจเกี่ยวกับการเงิน ร้อยละ 21.21 มีเรื่องกลุ่มใจเกี่ยวกับครอบครัว ร้อยละ 13.64 มีเรื่องกลุ่มใจเกี่ยวกับการป่วยกายที่คนกำลังประสบอยู่ ร้อยละ 13.64 กลุ่มใจเกี่ยวกับการทำงาน ร้อยละ 6.00 บอกว่ากลุ่มใจเกี่ยวกับการป่วยจิต ร้อยละ 4.55 กลุ่มใจเกี่ยวกับสิ่งเสพติด

ร้อยละ 1.52 บอกว่ากลุ่มใจเกี่ยวกับปัญหาเพศ ร้อยละ 1.52 บอกว่ากลุ่มใจเกี่ยวกับเรื่องการเรียน และอีกร้อยละ 1.52 กลุ่มใจเกี่ยวกับเรื่องเพื่อน การศึกษาของ สุรัทนา อารีพรรค (2522 : 278) ก็พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้คนใช้ลงมือกระทำพฤติกรรมแบบนี้ ได้แก่ ปัญหาภายในบ้าน ปัญหาสมรส ปัญหาเศรษฐกิจ และอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาธรรมชาติของมนุษย์ในสังคม เพียงแต่การแก้ปัญหานั้น คนพวกนี้มักใช้วิธีการทำลายตนเองเพื่อหนีปัญหา ในขณะที่คนส่วนใหญ่ไม่ทำกัน เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ มีปัญหาสัมพันธ์ทางภายในครอบครัว ชาคความรักความอบอุ่นมาตั้งแต่เด็ก คง ได้ก่สาวมาแล้วข้างต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่หล่อหลอมให้ผู้ป่วยมีจิตใจและอารมณ์ไม่มั่นคง หวั่นไหวง่าย ความสามารถในการปรับตัวมีจำกัด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องมาประสบปัญหาซ้ำสอง เช่น ปัญหาความรัก ปัญหาการป่วยกาย ปัญหาการป่วยจิต ปัญหาสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จะคอยซ้ำเติม เพิ่มความกดดันทางจิตใจ และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำการฆ่าตัวตายเร็วขึ้นได้

1.11 เหตุจูงใจของการฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าเหตุจูงใจที่ผลักดันให้ผู้ป่วยลงมือกระทำการฆ่าตัวตายนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.55 คิดว่าการฆ่าตัวตาย จะเป็นหนทางที่ทำให้คนหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ที่คนกำลังประสบอยู่ ร้อยละ 28.77 บอกว่ากระทำไปเพราะต้องการแก้แค้น ประชดประชันบุคคลที่อยู่รอบข้างเท่านั้น เพื่อให้บุคคลรอบข้างรู้สึกผิดที่ไม่รัก ไม่สนใจผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.15 บอกว่ากระทำไปเพราะความคิดหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน เช่น รู้สึกว่ามีอำนาจลึกลับมาบังการ หรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำ ร้อยละ 9.10 บอกว่าทำไปเพราะนึกสนุก อยากลอง และอยากเรียกร้องความสนใจ ร้อยละ 3.03 บอกว่าทำไปเพราะลอกเลียนแบบตามญาติพี่น้อง ส่วนอีกร้อยละ 6.06 บอกว่าทำไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ ไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตายจริง

Schneidman และ Farberow (จำลอง คินยานิช 2522 อ้างอิงใน วิชิต บุญชื่อ 2527 : 29) ได้แบ่งเหตุจูงใจของการประกอบอัตวินิบาตกรรม เป็น 4 ประเภท คือ

1. พวกที่ฆ่าตัวตายเพื่อต้องการเปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่
2. พวกโรคจิตที่ฆ่าตัวตายเพราะประสาทหลอน
3. พวกคนแก่มีอายุมาก หรือคนที่ถูกทอดทิ้งจากสังคม พวกนี้จะฆ่าตัวตาย เพราะมองไม่เห็นคุณค่าของชีวิต
4. พวกฆ่าตัวตายเพราะความโกรธแค้นพยาบาท เป็นการแก้แค้นคนอื่น ต้องการให้คนอื่นสำนึกผิด และคร่ำครวญในความตายของตน

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จัดอยู่ในประเภท 2, 3 และ 4 มากกว่าประเภทที่ 1 กล่าวคือ ผู้ป่วยกระทำไปเพียงเพื่อเป็นการประท้วง ประชดประชันหรือเรียกร้อง ความสนใจ ความเห็นใจหรือความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง มากกว่าต้องการจะ ฆ่าตัวตายจริง ๆ นอกจากแรงจูงใจดังกล่าว Stengel (1969 : 56 - 57) กล่าวว่า สำหรับผู้ป่วยพวกนี้เมื่อมีความเครียดหรือปัญหาชีวิตเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะปรับตัว โดยการใช้กลวิธีป้องกันทางจิตชนิด identification คือการลอกเลียนแบบ การฆ่าตัวตายนั่นเอง

1.12 ความรู้สึกต่อการพยายามฆ่าตัวตาย โดยความรู้สึกส่วนตัวผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 50.00 บอกว่า รู้สึกเสียใจที่ได้กระทำการพยายามฆ่าตัวตายใน ครั้งนี้ ร้อยละ 34.85 บอกว่ารู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 9.09 บอกว่ารู้สึกกลัว ร้อยละ 4.55 บอกว่ารู้สึกดีใจ ภูมิใจ และสะใจ ส่วนอีกร้อยละ 1.52 บอกว่า ไม่ทราบ

เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ใกล้ชิด ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ในครั้งนี้ (ตามความนึกคิดของผู้ป่วย) พบว่าร้อยละ 57.58 บอกว่าผู้ใกล้ชิดจะรู้สึก ผิดหวังและเสียใจ ร้อยละ 27.27 บอกว่า ผู้ใกล้ชิดรู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 6.06 บอกว่าผู้ใกล้ชิดจะรู้สึกสงสารและตามใจผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนอีกร้อยละ 1.52 บอก ว่าไม่ทราบ

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกเสียใจที่ได้กระทำการพยายามฆ่า ตัวตาย จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ผู้ป่วยยังไม่ได้คิด ว่าจะตายจริง แต่ทำไปเพียงเพราะอารมณ์ชั่ววูบ เพื่อเรียกร้องความเห็นใจช่วย เหลือจากบุคคลรอบข้างเท่านั้น

1.13 **ประสิทธิภาพพยายามฆ่าตัวตายของญาติพี่น้อง** พบว่า ร้อยละ 15.15 เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายในญาติพี่น้อง การศึกษาของสุชาติ พหลภาคลย์ (2527 : 168 - 169) ในผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 11.3 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จมีญาติใกล้ชิดฆ่าตัวตายสำเร็จเช่นกัน อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีญาติใกล้ชิดฆ่าตัวตายจะเป็น 15.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีญาติฆ่าตัวตาย

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ แล้วไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นโดยตรง หรือไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาค้นเหตุของความคับข้องใจได้ บุคคลนั้นก็จะใช้วิธีการหลอกลวงตัวเองที่เรียกว่า กลวิธีป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) เพื่อปรับตัวหรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนรู้สึกปลอดภัย กลวิธีป้องกันตนเองนี้มีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การเพ้อฝัน (Fantasy) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) การโยนความผิดให้คนอื่น (Projection) การแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับความรู้สึกของตนเอง (Reaction-formation) การเลียนแบบบุคคลที่ตนรักและศรัทธา (Identification) ฯลฯ ซึ่งแต่ละบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีป้องกันทางจิตเหล่านี้แตกต่างกัน Stengel (1969 : 56) กล่าวว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจะปรับตัวโดยการใช้กลวิธีป้องกันทางจิตชนิด Identification มากที่สุด โดยเฉพาะกับบุคคลที่ผู้ป่วยศรัทธา เมื่อผู้ป่วยมีความคับข้องใจผู้ป่วยมักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายนั้น ๆ ตามวิธีการที่บุคคลใกล้ชิดเคยใช้ จากข้อมูลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมของคนข้างเคียงหรือสังคมรอบด้าน โดยเฉพาะวิธีการปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ของชีวิต มีอิทธิพลและเป็นตัวแบบที่สำคัญที่ผู้ป่วยจะเลียนแบบถ้าคนข้างเคียง หรือสังคมรอบด้านเคยใช้วิธีการฆ่าตัวตายเป็นทางหนีปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีความตึงเครียดเกิดขึ้น ก็มักจะเลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายแทนวิธีอื่นเช่นกัน ดังนั้นข่าวการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ข่าวการฆ่าตัวตายของคนที่มีชื่อเสียงโด่งดัง เช่น คาราภาพยนตร์ นักร้อง นักการเมือง ฯลฯ ข่าวการฆ่าตัวตายของบุคคลเหล่านี้ มีส่วนชักจูงให้บุคคลที่มีปัญหาอยู่แล้ว เกิดการคล้อยตามและเลียนแบบพฤติกรรม ตลอดจนวิธีการฆ่าตัวตายได้

1.14 **ประสิทธิภาพป่วยจิตของญาติพี่น้อง** จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีประวัติญาติพี่น้อง เคยป่วยเป็นโรคจิตถึงร้อยละ 27.27 ในจำนวนนี้ร้อยละ 33.33 ก็พยายามฆ่าตัวตายเพราะเกิดจากการหลงผิด หรือประสาทหลอน ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเวชด้วย แสดงว่าผู้ป่วยต้องป่วยเป็นโรคจิตโดยผู้ป่วยได้รับการถ่ายทอด

หอคัพพันธุกรรมของ โรคจิตนี้จากญาติพี่น้อง เพราะโรคจิตบางชนิดสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคจิตแปรปรวนทางอารมณ์ (Manic-Depressive Illness หรือ Affective Disorder) จากการศึกษาบุตรบุญธรรมที่มีบิดามารดาที่แท้จริง บ่อยเป็นโรคจิตแปรปรวนทางอารมณ์ (Affective mental illness) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) พบว่าแม้บุตรบุญธรรมเหล่านี้จะได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่ดี ก็ยังมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากอิทธิพลของการป่วยจิตที่ได้รับจากบิดามารดา (Victoroff Victor 1982 : 28) เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับการถ่ายทอด gene ของโรคจิตจากบิดามารดาหรือญาติพี่น้อง ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะป่วยทางจิตตามไปด้วย ซึ่งอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนจากการป่วยจิต อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การพยายามฆ่าตัวตายตามเสียงสั่งที่คนได้ยินหรืออำนาจลึกลับที่มาจาก การ เป็นต้น

2. ความคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation)

2.1 การแสดงเจตนาให้ทราบก่อนพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 31.82 ของผู้ป่วยจะให้สัญญาณเตือนภัยก่อน โดยการแสดงเจตนาให้ทราบ เช่น การเขียนจดหมายลาตาย การพูดว่าอยากตาย อีกร้อยละ 68.18 ไม่มีการให้สัญญาณเตือนภัยไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมักเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และประมาณ 60-75 % มักให้อาการเตือนล่วงหน้าไว้ก่อน (Warning) บางคนมีพฤติกรรมและจิตใจเปลี่ยนแปลงก่อนกระทำการ สัญญาณเตือนภัยเหล่านี้ อาจเป็นได้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง (Verbal and behavior clues) และเป็นทั้งในระดับรู้ตัวและไม่รู้ตัว (Conscious and unconcious) ทั้งนี้เพื่อเรียกร้องความเห็นใจ ความช่วยเหลือก่อนที่ผู้ป่วยจะทำการฆ่าตัวตายจริง (Stengel Erwin, 1969 : 43)

2.2 เวลาคิดก่อนตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยร้อยละ 45.45 จะใช้เวลาคิดไม่ถึงหนึ่งวัน ร้อยละ 22.73 ใช้เวลาคิดประมาณ 1-2 วัน ร้อยละ 13.64 ใช้เวลาคิดอยู่ประมาณ 3-7 วัน ร้อยละ 7.58 ใช้เวลาคิดมากกว่า 7 วัน แต่ไม่ถึง 1 เดือน และร้อยละ 10.61 ใช้เวลาคิดมากกว่า 1 เดือน จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาคิดไม่ถึงหนึ่งวันก่อนลงมือกระทำการ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยค่อนข้างจะกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยใช้อารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsive act) ไม่มีการวางแผนการล่วงหน้า ไม่มีโอกาสได้พิจารณาไตร่ตรองถึงเหตุผล

หรือความเหมาะสมมากเท่าไร หรืออาจกล่าวได้ว่าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเพราะอารมณ์ชั่ววูบที่ต้องการประชดประชัน เพื่อเรียกร้องความสนใจหรือความเห็นใจจากคนรอบข้าง มากกว่าที่จะกระทำไปเพื่อต้องการฆ่าตัวตายจริง ๆ

2.3 ความถี่ของความคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย (จากอดีตถึงปัจจุบัน) พบว่าร้อยละ 66.67 เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 15.15 บอกว่าเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมาแล้ว 2 ครั้ง และร้อยละ 18.89 บอกว่าเคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมาแล้วมากกว่า 2 ครั้ง ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายจริงนั้นพบว่า ร้อยละ 89.39 บอกว่าเคยพยายามฆ่าตัวตายจริงเพียงครั้งเดียว (ครั้งนี้เป็นครั้งแรก) และร้อยละ 10.61 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วสองครั้ง (ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2) ส่วนในเรื่องที่ว่าเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว คิดจะพยายามฆ่าตัวตายอีกหรือไม่ ร้อยละ 74.24 บอกว่าไม่คิด ร้อยละ 24.24 บอกว่าไม่แน่ใจ มีเพียงร้อยละ 1.52 เท่านั้นที่บอกว่าคิดอยากฆ่าตัวตายอีกถ้ามีปัญหาหรือความไม่สบายใจ

จากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีได้กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จในครั้งแรกทีเดียว มักจะสำเร็จในครั้งถัดไป อาจเป็นครั้งที่ 2, 3, 4 หรือ 5 ดังนั้นการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก ๆ จึงเป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นการประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากคนข้างเคียงหรือสังคมรอบข้าง การพยายามฆ่าตัวตายเป็นเสมือน "เสียงเรียกร้องขอความช่วยเหลือ" (A cry for help) เมื่อไม่มีใครช่วยเหลือเลยต้องตายจริง ๆ ดังนั้นผลการวิจัยของสุชาติ พลภาคย์ (2527 : 169) ที่พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 22.9 จะมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และร้อยละ 31.7 มีจดหมายสั่งลา ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดจึงไม่ควรนิ่งนอนใจ และเห็นว่าสัญญาณเตือนภัยเหล่านี้เป็นเรื่องไร้สาระ

3. บุคลิกภาพ (Suicidal Personality) จากแบบวัดบุคลิกภาพ MPI พบว่า ค่าเฉลี่ยในแบบวัดบุคลิกภาพ MPI ทั้งมิติสังคม (Extroversion scale) และมิติความแปรปรวนทางอารมณ์ (Neuroticism scale) ของผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ กล่าวคือ ในมิติสังคม (Extroversion scale) ร้อยละ 51.52 ของผู้ป่วยมีบุคลิกแบบแสดงตัว (Extrovert) ร้อยละ 48.48 มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert) ส่วนมิติความแปรปรวนทางอารมณ์ (Neuroticism scale)

พบว่าร้อยละ 77.29 มีอารมณ์หวั่นไหว (Neurotic) และร้อยละ 22.73 มีอารมณ์มั่นคง (Stable)

ถ้าแบ่งบุคลิกภาพ โดยการนำเอามิติสังคม และมีติความแปรปรวนทางอารมณ์มารวมกัน พบว่า ร้อยละ 51.51 มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว - หวั่นไหว (Extrovert - Neurotic) ร้อยละ 25.76 มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว - หวั่นไหว (Introvert - Neurotic) ร้อยละ 12.12 มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว - มั่นคง (Introvert - Stable) ร้อยละ 10.61 มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย - มั่นคง (Extrovert - Stable)

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวหรือเก็บตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนแต่เป็นคนที่มีความล้มเหลวในการปรับตัวทางอารมณ์ทั้งสิ้น (Emotional upset) อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้าพิจารณาในด้านการปรับตัวทางสังคมนั้น การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวมากกว่าเก็บตัว ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ชัดแย้งกับผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของสุวิทนา อารีพรรค (2522 : 273) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีบุคลิกภาพผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีบุคลิกภาพแบบแยกตัว (Schizoid) ร้อยละ 17.5 มีบุคลิกภาพแบบอันธพาลโดยสันดาน (Antisocial) ร้อยละ 15.0 มีบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง (Paranoid) ร้อยละ 10.0 มีบุคลิกภาพแบบไม่บรรลุนุติภาวะ (Immature) ร้อยละ 2.5 มีบุคลิกภาพแบบสมยอม (Passive aggressive) และร้อยละ 2.5 มีบุคลิกภาพแบบฮิสทีเรีย (Hysterical)

สำหรับในต่างประเทศ McCulloch ศึกษาการปรับตัวทางสังคม โดยใช้ Cattell's NSQ ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายก็พบว่า ผู้ป่วยเป็นคนชอบเก็บตัวและขาดความสนใจที่จะคบหาสมาคมกับสังคม (Lack of social conscience) มีนิสัยชอบอิสระ (temperamentally independent) ชอบอยู่โดดเดี่ยว (aloof) ชอบหมกหมุ่นเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง (introspective) มีลักษณะสมยอม (submissive) และขี้อาย (shyness) (McCulloch Wallace, 1973 : 56)

นอกจากนั้นการศึกษาของ Ringel ก็ได้ผลใกล้เคียงกัน Ringel รายงานว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 1 ใน 3 จะมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เช่น โรคประสาท (neurosis) โรคจิต (psychosis) หรือมีบุคลิกภาพแปรปรวน อันได้แก่ บุคลิกภาพแบบแยกตัว (schizoid) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) บุคลิกภาพแบบฮิสทีเรีย (hysteria) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า อีก 2 ใน 3 จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์ ในทางกลับกัน จากการรื้อฟื้นประวัติย้อนหลัง พบว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง หวั่นไหวง่าย ซึ่งส่วนต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์เช่นกัน (Stengel Erwin, 1969 : 59 - 63)

จะเห็นได้ว่า แม้ในด้านการปรับตัวทางสังคม ผลการศึกษารุ่นนี้จะได้ผลแตกต่างกับผลการศึกษารุ่นที่ผ่านมา แต่ในด้านการปรับตัวทางอารมณ์นั้นกลับพบว่า ได้ผลที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ลักษณะอย่างหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายคือ ความล้มเหลวในการปรับตัวทางอารมณ์ (emotional upset) นั่นคือ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจะมีอารมณ์แปรปรวนหวั่นไหวง่าย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวหรือเก็บตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้วนแต่ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ทั้งสิ้น

McCulloch (1973 : 48 - 56) ได้ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 100 ราย ที่พักรักษาตัวอยู่ที่ The Poisoning Treatment Centre ด้วยแบบทดสอบ NSQ, SSI, และ 16 PF โดยที่ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการทดสอบทันทีภายใน 12 - 48 ชั่วโมง หลังจากมีอาการทางกายดีขึ้นแล้ว ผลการศึกษาก็พบว่า จากแบบทดสอบ NSQ (The Neuroticism Scale Questionnaire) ก็พบว่าใน Neuroticism scale ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบสมยอม (submissive) มีความวิตกกังวลสูง (very anxious) มีอาการซึมเศร้า (depress) และไม่ร่าเริงแจ่มใส (low in their spirit) และเมื่อใช้แบบทดสอบ SSI (The Symptom Sign Inventory) ก็พบว่า 48 % ของผู้ป่วยชายและหญิง มีลักษณะนิสัยแปรปรวน (character disorder) กล่าวคือผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (chronic interpersonal difficulties) มีอารมณ์ที่เศร้าโศกเสียใจและชอบตำหนิตัวเอง (plaintive and self pity) อีก 40.0 % มีอาการผิดปกติทางจิตเวช (signs of psychiatric disturbance) ที่เหลือเพียง 12 % เท่านั้นที่ไม่พบพยาธิสภาพทางจิตเวชแต่อย่างใด

นอกจากนั้น ในแบบทดสอบ 16 PF ก็พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูง (high level of anxiety) ผู้ป่วยไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ (immaturity) มีอารมณ์อ่อนไหว (instability) และหวั่นหวาดง่าย (apprehensiveness) ไม่ไว้วางใจใครง่าย ๆ ซึ่สงสัย (suspiciousness) และมีความอดทนต่อความตึงเครียดต่ำ (low frustration tolerance)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคนปกติ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 15 ของคนปกติมีพื้นฐานบุคลิกภาพเป็นคนวิตกกังวล (anxiety personality) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ หรือประมาณร้อยละ 30 และในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจะมีถึงร้อยละ 50 พวกนี้ส่วนใหญ่มีความอดทนต่อความตึงเครียดต่ำ คับข้องใจง่ายและหวั่นหวาดกลัว พฤติกรรมที่แสดงออกมัก เป็นพฤติกรรมที่ขาดการควบคุม มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (impulsive behavior) ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความล้มเหลวในการปรับตัวทางอารมณ์ (emotional upset) เป็นลักษณะนิสัยที่เด่นอย่างหนึ่งของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

Cattell กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจะเป็นคนที่มีระดับความวิตกกังวลสูง มักเป็นคนที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซ่างสงสัย ขาดความไว้วางใจคนรอบข้าง ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่เป็นตัวเองของตัวเอง ชอบพึ่งพิงคนอื่น มีความรู้สึกผิดและรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า มีความตึงเครียดง่าย ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อแนวความคิดในการตัดสินใจและการวางแผนชีวิต ตลอดจนวิธีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ความล้มเหลวทางอารมณ์ (emotional upset) จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยขาดการยั้งคิด พฤติกรรมที่แสดงออกมาก เป็นลักษณะที่หุนหันพลันแล่น (impulsive) ซึ่งภาวะความล้มเหลวทางอารมณ์ที่ว่านี้ ไม่ใช่เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น แต่มักจะเป็นลักษณะที่ติดตัวผู้ป่วยอยู่เป็นเวลานาน ๆ จนกลายเป็นนิสัยประจำตัวที่ติดบงก (McCulloch Wallace, 1973 : 55) และนิสัยที่ติดบงกนี้เอง จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เพราะลักษณะหุนหันพลันแล่นและหวั่นหวาดง่าย จะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ขาดการยั้งคิด ความอดทนต่อความตึงเครียดต่าง ๆ มีน้อย เมื่อไรก็ตามถ้าผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถขจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง หรือระหว่างตนเองกับบุคคลรอบข้างได้ ผู้ป่วยมักจะใช้อารมณ์เป็นหลักในการตัดสินใจแก้ปัญหา นั่นคือผู้ป่วยใช้วิธีการระบายความโกรธนั้นด้วยวิธีการก้าวร้าว โดยการทำร้ายตนเอง ตามที่อารมณ์พุ่งขึ้นมาอย่าง

รวดเร็ว คงจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยใช้เวลาคิดไม่ถึงวัน และ ไม่มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนพยายามฆ่าตัวตาย (ตามข้อมูลที่ได้เสนอมาแล้ว)

ส่วนเหตุผลที่ว่า ทำไมผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (extraversion) มากกว่าแบบเก็บตัว (introversion) หรืออาจกล่าวได้ว่า บุคลิกภาพแบบแสดงตัว มีโอกาสเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการกินยาฆ่าแมลง โพลีคอน มากกว่าบุคลิกภาพแบบเก็บตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ

1. คนที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว มัก เป็นคนชอบทำกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น ชอบเสี่ยง ชอบการเปลี่ยนแปลงใหม่ ทำอะไรหันหลัง โดยทั่วไปค่อนข้างผลุนผลัน ไม่ใคร่ระมัดระวัง เป็นคนแสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผย มีแนวโน้มจะแสดงความก้าวร้าวและความไม่พอใจออกมาย่าง ไม่สามารถเก็บความรู้สึกไม่พอใจไว้ได้มาก (สมทรง สุวรรณเลิศ, 2512 : 17) นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาที่ทำให้คนเกิดความไม่พอใจ ผู้ป่วยไม่ชอบไปปรึกษาคนอื่นเพื่อระบายความในใจหรือหาแนวทางแก้ไข แต่กลับนำไปคิดคนเดียว (ตั้งข้อมูลที่ได้เสนอมาแล้วข้างต้น) ดังนั้นเมื่อไรก็ตาม ถ้าไม่สามารถแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ ให้เป็นไปตามที่ตนต้องการได้ ความชอบเสี่ยงและอารมณ์หุนหันพลันแล่น จะนำบุคคลเหล่านี้ไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อหนีปัญหา หรือเพื่อควบคุมคนอื่น หรือเพื่อเรียกร้องความเห็นใจและความสนใจจากบุคคลอื่น มากกว่าที่จะมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะฆ่าตัวตายจริง ๆ เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเพราะความกลัวเสี่ยง ความหุนหันพลันแล่น และอารมณ์ชั่ววูบมากกว่า โดยจะสังเกตได้จากผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่ว่าจะ มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว หรือเก็บตัว ส่วนใหญ่มีอารมณ์แปรปรวนวันไหวง่าย (neurotic) มากกว่าอารมณ์มั่นคง (stable)

2. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีการกินยาฆ่าแมลงโพลีคอนวิธีเดียว โดยไม่รวมวิธีอื่น เช่น การยิงตัวตาย กระโดดตึก ผูกคอตาย รั้งให้รถชน ฯลฯ ซึ่งการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการกินยานี้เป็นวิธีที่กระทำได้ง่าย ไม่รุนแรง หรือน่ากลัวน่าเสี่ยงเท่าวิธีอื่น ๆ อีกทั้งยาฆ่าแมลงโพลีคอนเป็นยาฆ่าแมลงที่หาได้ง่ายในครัวเรือนเกษตรกร (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยก็เป็นเกษตรกรอยู่แล้ว) ฉะนั้น บุคคลที่จะเลือกใช้วิธีการกินยาฆ่าตัวตาย โดยการกินยาฆ่าแมลงโพลีคอน จึงน่าจะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว ซึ่งเป็นคนที่ชอบเสี่ยง ทำอะไรหันหลังตามอารมณ์หุนหันพลันแล่นที่มีอยู่ มากกว่าคนที่มีบุคลิกแบบเก็บตัวได้

4. สุขภาพจิต (Mental Health) จากการศึกษาพบตัวบ่งชี้หลายตัวที่บอกให้ทราบว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นทุนเดิมอยู่แล้วหรือไม่ อย่างน้อยที่สุดก็ปัญหาสุขภาพจิตขณะหรือก่อนกระทำการฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีนิสัยทางประสาทในวัยเด็ก (Neurotic trait) และมีพฤติกรรมและจิตใจแปรปรวนก่อนพยายามฆ่าตัวตาย (Presuicidal syndrome) และจากการทดสอบสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบ SCL-90 ภายใน 7 วัน หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางกายที่ขึ้นแล้ว ก็พบว่าผู้ป่วยทำคะแนนในแบบทดสอบสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่เด่นชัดในเกือบทุกกลุ่มอาการ ดังจะ ไล่กล่าวต่อไป

4.1 นิสัยทางประสาทในวัยเด็ก (Neurotic trait) ผู้ป่วยร้อยละ 54.18 เคยมีนิสัยทางประสาทในวัยเด็ก ในจำนวนนี้ร้อยละ 28.78 เคยบัสสาวะรดที่นอน (เมื่ออายุเลข 5 ขวบ) ร้อยละ 16.67 เคยกัดเล็บ ร้อยละ 12.12 เคยถูดนิ้วมือ (เมื่ออายุเลข 5 ขวบ) ร้อยละ 12.12 เคยพูดคิกอ้าง ร้อยละ 12.12 เคยคิดฝ่าฝืนฝ่าฝืน และร้อยละ 12.12 เคยมีอาการโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้ป่วยบางคนมีนิสัยทางประสาทในวัยเด็กมากกว่าหนึ่งอาการ เช่น บางคนอาจเป็นทั้งบัสสาวะรดที่นอนและกัดเล็บ ถูดนิ้วมือ เป็นต้น

จากข้อมูลที่น่าเสนอมานี้แล้ว จะพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีลักษณะสอดคล้องกับกลุ่มแรกของการแบ่งผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายของ Depue และ Slater ซึ่ง Depue และ Slater (1981 : 276) ได้แบ่งผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1. กลุ่มวัยหนุ่มสาว ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่ค่อนข้างไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ (emotional immaturity) พวกนี้พยายามฆ่าตัวตาย เพราะอารมณ์หุนหันพลันแล่น (impulsive) พวกนี้กระทำลง ไปโดยไม่ได้ต้องการจะตายจริง (low lethality) แต่เป็นการกระทำเพื่อต้องการควบคุมคนอื่น (manipulative) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมักมี บุคลิกภาพคั้งเดิมแปรปรวนและมีนิสัยทางประสาทมาก่อน (personality disorder and traits)

2. กลุ่มวัยชรา ส่วนใหญ่มัก เป็นผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง (sense depressed population) พวกนี้พยายามจะฆ่าตัวตายเพราะต้องการจะตายจริง

4.2 อาการแสดงก่อนฆ่าตัวตาย (Presuicidal syndrome)

ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมและจิตใจแปรปรวนก่อนเป็นระยะเวลานาน โดยผู้ป่วยจะหมกมุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือจิตใจที่แปรปรวนนี้อยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งก่อนลงมือกระทำการ จากการศึกษาครั้งใหม่พบว่า ร้อยละ 95.45 ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงก่อนพยายามฆ่าตัวตาย ในจำนวนนี้ร้อยละ 71.21 มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ร้อยละ 68.18 มีจิตใจทู่เซร่าหมอง ร้อยละ 68.18 มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ร้อยละ 66.67 รู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ร้อยละ 66.67 เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ร้อยละ 65.06 รู้สึกอ่อนเพลีย ร้อยละ 50.00 มีเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ร้อยละ 43.94 มีอาการวิ่งเวียน ใจสั่น แน่นหน้าอก ร้อยละ 40.91 นอนไม่หลับ ร้อยละ 39.37 รู้สึกว่าตัวเองมีความผิดคิดตัว ร้อยละ 37.88 มีความนึกคิดและการกระทำเชิงซ้ำ ร้อยละ 31.82 มีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 30.30 มีความรู้สึกทางเพศลดลง ร้อยละ 24.24 มีน้ำหนักลด โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงของโรคประสาทซึมเศร้า (depressive neurosis) ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับแนวคิดของ Ringel (1969 : 60) ซึ่งได้อธิบายอาการก่อนฆ่าตัวตาย (Presuicidal syndrome) ไว้ว่า บุคคลก่อนฆ่าตัวตายจะมีอาการแสดงของโรคซึมเศร้าดังนี้

1. ความรู้สึกต่ำต้อย วิตกกังวล ขาดความไว้วางใจสังคมและคิดฟุ้งซ่าน
2. การกกดขี่หรือความก้าวร้าว (suppressed aggression) โดยความโกรธหรือความก้าวร้าวของผู้ป่วย จะพุ่งเข้าหาตนเองมากกว่าที่จะระบายออกสู่คนอื่น
3. การเพ้อฝัน (flight of phantasy) โดยผู้ป่วยจะหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย

4.3 สุขภาพจิตภาพหลังพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาสุขภาพจิตด้วย

แบบทดสอบ SCL-90 ภายในระยะเวลา 7 วัน หลังจาก que ผู้ป่วยมีอาการทางกายดีขึ้นแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างเด่นชัดถึงร้อยละ 78.78 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 63.64 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 39.40 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการผิดปกติทางร่างกาย (Somatization) ร้อยละ 34.84 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobia) ร้อยละ 31.82 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการหวาดระแวง (Paranoid ideation) ร้อยละ 28.79 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการโรคจิต (Psychoticism) กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - compulsive) กลุ่มอาการความรู้สึกไม่

ขอบเขตต่อกับบุคคลอื่น (Interpersonal sensitivity) และกลุ่มอาการก้าวร้าว (Hostility) ร้อยละ 27.27 มีอาการเด่นชัดในกลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety)

ในกรณีเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยกลุ่มอาการสุขภาพจิต ระหว่างผู้ป่วยกับเกณฑ์มาตรฐานปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มอาการในแบบวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอาการ การศึกษาของ สุวิทนา อารีพรรค (2522 : 273) ก็พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเป็นโรคจิต ร้อยละ 25 เป็นโรคประสาทซึมเศร้า ร้อยละ 7.5 เป็นโรคบุคลิกภาพแปรปรวน มีเพียงร้อยละ 17.5 เท่านั้นที่ฆ่าตัวตายเพราะเสียใจ นอกจากนั้น สุชาติ พหลภาคย์ (2527 : 168) ศึกษาผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจากหนังสือพิมพ์ พบว่า ร้อยละ 40.7, 15.1 และ 30.7 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ที่เคยมีอาการทางจิตจนได้รับการรักษาจากหน่วยจิตเวช เป็นผู้ที่มีโรคทางกายอย่างรุนแรง และเรื้อรังหรือทุพพลภาพ และเป็นผู้ที่กำลงใช้ยาจิตเวชในระยะใกล้กับการฆ่าตัวตายตามลำดับ อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่เคยมีอาการทางจิต จนเคยได้รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชจะเป็น 11.1 เท่าของผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตมาก่อน อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่เป็นโรคทางกายร้ายแรงและเรื้อรังหรือทุพพลภาพจะเป็น 16.1 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วยทางกาย ผู้ที่กำลงใช้ยาทางจิตเวชจะมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 11.5 เท่าของผู้ที่ไม่เคยใช้ยาจิตเวช

ไม่เพียงแต่ในเมืองไทยเท่านั้น ที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายจะป่วยเป็นโรคทางจิตเวช แม้การศึกษาในสหรัฐก็ได้ผลเช่นกัน กล่าวคือ ในพวกที่พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 50 - 60 % เป็นโรคซึมเศร้า (Depressive illness) 15 - 45 % มีบุคลิกภาพแบบแปรปรวน (Personality disorder) และน้อยกว่า 5 % เป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (สรยุทธ วาลิกนันท์, 2527 : 1) นอกจากนั้นจากรายงานของ WHO เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Prevention of Suicide) ก็รายงานไว้ว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเป็นโรคจิต (Psychotic illness) ร้อยละ 15 - 30 มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) (McCulloch Waiiage, 1973 : 31 - 33) และโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในพวกนี้ คือ โรคจิตซึมเศร้า (Depressive illness) ไม่ว่าจะชนิด Endogenous หรือ Involution และประมาณ 15 % ของผู้ป่วยซึมเศร้า จะฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย (WHO, 1968 : 16 - 17)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นผลที่เกิดขึ้นจากสภาพจิตที่ท้อแท้สิ้นหวัง หรืออยู่ในภาวะที่หลงผิด ไม่อาจยืนยันช่วยตัวเองได้ ดังนั้นอัตราการฆ่าตัวตายของคนในสังคม จึงเป็นบร่อบที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในสังคมได้อย่างหนึ่ง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและสุขภาพจิต

5.1 ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเก็บตัว กับเกณฑ์มาตรฐานปกติ พบว่า ผู้ป่วยเก็บตัว ทำคะแนนเฉลี่ยใน 6 กลุ่มอาการสุขภาพจิต สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า (depressive) กลุ่มอาการผิดปกติของร่างกาย (somatization) กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนอีก 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (interpersonal sensitivity) กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) นั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับกลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive) พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เหลืออีก 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการก้าวร้าว (hostility) กลุ่มอาการหวาดระแวง (paranoid ideation) และกลุ่มอาการโรคจิต (psychoticism) นั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยแสดงตัว กับเกณฑ์มาตรฐานปกติ พบว่าผู้ป่วยแสดงตัวทำคะแนนเฉลี่ยในทุกกลุ่มอาการสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี 5 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) กลุ่มอาการผิดปกติของร่างกาย (somatization) กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety) กลุ่มอาการหวาดระแวง (paranoid ideation) และกลุ่มอาการโรคจิต (psychoticism) ที่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนอีก 4 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive) กลุ่มอาการไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (interpersonal sensitivity) กลุ่มอาการก้าวร้าว (hostility) กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) ที่พบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.3 ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนหัวโหว่ง่าย กับเกณฑ์มาตรฐานปกติ พบว่า ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนหัวโหว่ง่ายทำคะแนนเฉลี่ยในทุกกลุ่มอาการสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5.4 ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีอารมณ์มั่นคง กับเกณฑ์มาตรฐานปกติ พบว่ามีเพียง 2 กลุ่มอาการเท่านั้น คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า (depressive) และกลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) ที่ผู้ป่วยอารมณ์มั่นคงทำคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

5.5 ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยอารมณ์หัวโหว่ง่าย กับผู้ป่วยที่มีอารมณ์มั่นคง พบว่า มี 4 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) กลุ่มอาการผิดปกติของร่างกาย (somatization) กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety) และกลุ่มอาการก้าวร้าว (hostility) ผู้ป่วยที่มีอารมณ์หัวโหว่ง่ายทำคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยอารมณ์มั่นคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ส่วนอีก 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive) กลุ่มอาการหวาดระแวง (paranoid ideation) และกลุ่มอาการโรคจิต (psychoticism) ที่พบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีก ที่เหลือ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (interpersonal sensitivity) กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) นั้น ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยแสดงตัวและผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนหัวโหว่ง่าย มีสุขภาพจิตค่อนข้างกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยเก็บตัวและผู้ป่วยอารมณ์มั่นคง มีสุขภาพจิตค่อนข้างกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงบางกลุ่มอาการเท่านั้น ในกรณีเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเก็บตัวและผู้ป่วยแสดงตัว พบว่าทั้งสองกลุ่มมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนหัวโหว่ง่าย มีสุขภาพจิตค่อนข้างกว่าผู้ป่วยอารมณ์มั่นคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกกลุ่มอาการ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติความแปรปรวนทางอารมณ์

6. สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI กับแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า

6.1 คะแนนในแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI ในมิติความแปรปรวนทางอารมณ์ (neuroticism scale) สัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอาการ โดยมี 7 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive) กลุ่มอาการไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (interpersonal sensitivity) กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety) กลุ่มอาการก้าวร้าว (hostility) กลุ่มอาการหวาดระแวง (paranoid ideation) และกลุ่มอาการโรคจิต (psychoticism) ที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบบุคลิกภาพ ในมิติความแปรปรวนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนกลุ่มอาการผิดปกติทางร่างกาย (Somatization) มีความสัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบบุคลิกภาพมิติความแปรปรวนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่เหลืออีก 1 กลุ่ม คือ อาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) มีความสัมพันธ์กับคะแนนบุคลิกภาพมิติความแปรปรวนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.2 คะแนนในแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI ในมิติสังคม (extra-version scale) สัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (interpersonal sensitivity) กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) และกลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobia) ที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า คะแนนในแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI มีความสัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะคะแนนในมิติความแปรปรวนทางอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับคะแนนในแบบทดสอบสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการ ในขณะที่คะแนนในมิติสังคมจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาพจิตเพียงบางกลุ่มอาการ เท่านั้น