

บทที่ 1

บทนำ

การป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของงานสาธารณสุข ทั้งนี้เพราะแนวโน้มของการฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้นทุกวัน แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ แต่อย่างน้อยที่สุดก็สามารถประมาณได้ว่า ปัจจุบันพลเมืองโลกฆ่าตัวตายวันละ 1000 คน หรือประมาณ 500,000 คนต่อปี ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิเช่น ประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ การพยายามฆ่าตัวตายถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5-10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO : 1984) ในประเทศไทยก็เช่นกัน การตายจากสาเหตุภายนอกทั้งหมด เช่น การตายจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การฆ่าตัวตาย และการถูกฆ่าตาย (E800 - E999, ICD-9) ก็ถูกจัดอยู่ในอันดับที่หนึ่งหรือสองของสาเหตุการตายที่สำคัญสิบอันดับแรกของประเทศ (National Epidemiology Board of Thailand : 1987) แม้การฆ่าตัวตายของประเทศไทย จะไม่มากเหมือนกับต่างประเทศบางประเทศ แต่ก็ เป็นเรื่องที่น่าวิตกมาก เพราะปัจจุบันข่าวการฆ่าตัวตายที่ปรากฏอยู่ตามหน้าหนังสือพิมพ์ มีลักษณะรุนแรง น่ากลัวและน่าสยดสยองมากขึ้นทุกวัน และวิธีการฆ่าตัวตายก็เริ่มเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากการฆ่าตัวตายเดี่ยว เป็นการฆ่าตัวตายหมู่หรือครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่า ไปอย่างรวดเร็วและอย่างน่าเสียดาย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจิตใจโดยตรง และพฤติกรรมนี้จะพบมากในบุคคลที่เคยมีปัญหาจิตใจเรื้อรังมาก่อน หรือในบุคคลที่กำลังมีปัญหาในการปรับตัว ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความแนะนำจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา และบุคคลกลุ่มนี้มักจะพบมากในสังคมที่สับสนวุ่นวาย แ่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่น ผู้คนในสังคมต้องกันรนต่อสู้ เพื่อความอยู่รอดของตน

ดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน หรืออาจกล่าวได้ว่า อัตราการฆ่าตัวตายเป็นดัชนีที่จะบ่งบอกให้ทราบถึง ความก้าวหน้าหรือความล้าหลังของวงการสาธารณสุข หรือสังคมได้เป็นอย่างดี และเป็นสิ่งที่ทุกคนควรจะให้ความสำคัญ และหาแนวทางป้องกันก่อนที่

เหตุการณ์จะสายเกินแก้ต่อไป

ที่มาของปัญหาและเหตุผลเบื้องหลังการวิจัย

ปัจจุบันการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกแถลงไว้ว่า ในโลกของเรามีคนตายเพราะฆ่าตัวตายวันละ 1,000 คน ในจำนวนนี้ เป็นคนไทยประมาณ 2 คน และการฆ่าตัวตาย เคยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 10 ของประเทศไทย (สมภพ เรืองตระกูล, 2518 : 584) จากกองสถิติและการพยากรณ์ชีพ กระทรวงสาธารณสุขคำนวณพบว่า ในปี 2518 มีคนตายจากการฆ่าตัวตายเป็น 4.5 คนต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่ สมพร บุษภกิจ ศึกษาการฆ่าตัวตายสำเร็จจากใบมรณบัตร คำนวณอัตราการตายได้ถึง 15 คนต่อประชากร 100,000 คน (สมพร บุษภกิจ, 2521 : 1993) ต่อมาปี 2528 สถิติการฆ่าตัวตายเพิ่มเป็น 7.9 คนต่อประชากร 100,000 คน และถ้าเปรียบเทียบสัดส่วนการฆ่าตัวตายจากทุกสาเหตุพบว่า ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนของคนฆ่าตัวตาย จะเป็นเพียงร้อยละ 0.3 ในช่วงต้น แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นความล้าคืบจนเป็นร้อยละ 1.9 ในปี พ.ศ.2528 (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัดส่วนของอัตราการฆ่าตัวตายต่อการตายจากทุกสาเหตุ ปี พ.ศ.
2500 - 2528

ปี พ.ศ.	อัตราการตาย ต่อ 100,000	อัตราการฆ่าตัวตาย ต่อ 100,000	ร้อยละของการฆ่าตัวตาย ต่อการตายทั้งหมด
2500	908	2.6	0.3
2503	841	3.5	0.4
2508	717	3.4	0.5
2513	616	3.9	0.6
2518	566	4.5	0.8
2523	553	7.7	1.4
2528	580	7.9	1.9

แหล่งที่มา : กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

สถิติการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีนี้เป็นเรื่องน่าวิตกมาก เพราะการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสังคม เป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันสมควร นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดความสะเทือนใจแก่ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงของผู้ตาย (เขาวรัตน์ ปรบัภิษยาม, 2530 : 383 - 392) ถ้ามองในแง่การเมืองการปกครองแล้ว อัตราการฆ่าตัวตายจะเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึง สภาพความล้มเหลวในการพัฒนาประเทศได้วิธีหนึ่ง

ส่วนด้านจิตวิทยานั้นถือว่า อัตราการฆ่าตัวตายในสังคมจะเป็นบรบทที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในสังคม เพราะการฆ่าตัวตายเป็นผลของความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและจิตใจโดยตรง (สุพิศรา บุญญาภิศย์, 2526 : 129) การฆ่าตัวตายเป็นมักจะสัมพันธ์กับสภาพจิตใจของผู้กระทำการฆ่าตัวตายในขณะนั้น บางคนฆ่าตัวตายเพราะความหลงผิด หรืออาการประสาทหลอนจากการป่วยทางจิต บางคนฆ่าตัวตายเพราะมีอาการก้าวร้าวสุดขีด ในขณะที่บางคนมีความเศร้าสุดขีดเนื่องจากความผิดหวัง เสียใจจากความล้มเหลวหรือสูญเสีย การขาดความสัมพันธ์ หรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น การสูญเสียคนรัก การสูญเสียสถานภาพทาง

สังคม การล้มเหลวทางเศรษฐกิจ การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การขาดเพื่อน
คลอจนความเบื่อหน่ายต่อสภาพชีวิต ที่ต้องทนทุกข์ทรมาน กับการเจ็บป่วยของ
ร่างกาย ความตึงเครียดต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและ
วิตกกังวลสูง โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือก่อนจะทำการฆ่าตัวตายนั้น มักจะพ
อารมณ์ถึงตัวถึงขั้นอารมณ์วิกฤต แต่ไม่สามารถยับยั้งตนเองและระบายออกสู่คนอื่น
ได้ อารมณ์รุนแรงที่เก็บกดไว้ก็จะพุ่งเข้าหาตนเอง โดยการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัว
ตายจึงเป็นทางออกสุดท้ายของความล้มเหลวในการปรับตัว การพยายามฆ่าตัวตายน
จึงเหมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (cry for help) หรือประทศประชันสังคม
เป็นสัญญาณเตือนภัยที่บอกให้ทราบว่ เขาเหล่านั้นกำลังต้องการความช่วยเหลือ
ความสนใจจากคนข้างเคียงและสังคมรอบข้าง แต่ถ้าสังคมยังเพิกเฉยอยู่ ในที่สุด
เขาเหล่านั้นอาจต้องจบชีวิตลง ด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

จากการศึกษาความจริงจึ่งระหว่าง ความสัมพันธ์ของการพยายามฆ่าตัว
ตายกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา พบว่า 20 % ของคนที่พยายามฆ่าตัว
ตาย จะพยายามฆ่าตัวตายใหม่ในหนึ่งปี และ 1 ใน 10 ของการพยายามฆ่าตัวตายน
ใหม่จะสำเร็จ (สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2527 : 2) ดังนั้นพฤติกรรมเชิงฆ่าตัว
ตาย (suicidal behavior) เช่น การพยายามฆ่าตัวตาย การขู่ว่าจะฆ่าตัวตาย
และความคิดจะฆ่าตัวตาย เป็นข้อบ่งชี้หนักแน่นที่สุดของการฆ่าตัวตายจริงในอนาคต
คนที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นวิธีรุนแรงหรือไม่ มีแนวโน้มที่จะพยายามฆ่าตัว
ตายในอนาคตอีก และโอกาสเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีมากขึ้น จึงเป็นเรื่องน่า
คิดว่า ถ้าปล่อยไว้ให้เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเป็นประจำ โดยไม่มีการป้องกันและแก้ไขต่อไป
คงจะต้องมีคนตายเพราะการฆ่าตัวตายมากขึ้นทุกวัน แล้วสังคมไทยจะเป็นอย่างไร

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักจิตวิทยาคลินิก อยู่ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราช-
สีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมาด้วยอาการของการพยายามฆ่าตัวตายมาก เป็น
พิเศษแห่งหนึ่งของประเทศไทย และผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมี
โอกาสได้คลุกคลีกับผู้ป่วยเหล่านี้อย่างใกล้ชิด จึงทำให้เกิดความคิดว่า ผู้วิจัยน่าจะ
ถือโอกาสนี้ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด และใช้ประโยชน์ได้
จริง ๆ เพราะเท่าที่ผ่านมา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ส่วนใหญ่มักจะศึกษาใน
แง่ของระบาดวิทยา และเป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไป มากกว่าที่จะเป็นข้อมูลเจาะลึกลงไป
ถึงปัญหาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยประสบอยู่ก่อนที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และกำลังประสบอยู่
แม้ได้ผ่านภาวะวิกฤตนั้นไปแล้ว นอกจากนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ผ่าน ๆ มา
ก็มักจะเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ละเอียด และ

ลึก ซึ่ง เท่าแบบทดสอบทางจิตวิทยา การศึกษาคั้งนี้จึงมุ่งใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อประเมินบุคลิกภาพ และสุขภาพจิตของผู้ป่วยภายหลังพยายามฆ่าตัวตายแล้ว และใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาย้อนหลังถึงลักษณะข้อมูลด้านประชากร สังคมจิตวิทยา ความคิดเห็น เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยก่อนพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นยังต้องการศึกษาว่า ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพต่างกันนั้น จะมีสุขภาพจิตต่างกันหรือไม่ และแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กันมากน้อยแค่ไหน ทั้งนี้ เพื่อจะได้ข้อสรุปที่ลึกซึ้งและตรงประเด็น อันจะนำมาใช้ประโยชน์ในการประเมิน การวางแผนการรักษา และการป้องกันแก้ไขปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างจริงจัง อีกทั้งผลการศึกษานี้จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลาย ได้เข้าใจ และใส่ใจกับบุคคลที่มีแนวโน้มจะพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อจะได้ป้องกันรักษา ได้ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านประชากร สังคมจิตวิทยา ตลอดจนความคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแบบวัดบุคลิกภาพ MPI ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายกับเกณฑ์มาตรฐานปกติ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายกับเกณฑ์มาตรฐานปกติ
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์แปรปรวนหัวโนหวาง่าย (Neuroticism) กับอารมณ์มั่นคง (Stability)
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) กับแสดงตัว (Extraversion)
6. เพื่อหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแบบวัดบุคลิกภาพ MPI กับคะแนนในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

สมมติฐานของการศึกษา

1. ค่าเฉลี่ยในแบบวัดบุคลิกภาพ MPI ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จะสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติ
2. ค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จะสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานปกติ
3. ค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์แปรปรวนหรือหวาดง่าย (Neuroticism) จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์มั่นคง (Stability)
4. ค่าเฉลี่ยในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) จะสูงกว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extraversion)
5. คะแนนในแบบวัดบุคลิกภาพ MPI กับคะแนนในแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จะมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. สภาพความพร้อมของผู้ป่วย เนื่องจากการสัมภาษณ์และการทดสอบผู้ป่วยจะทำได้ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางกายดีขึ้นแล้ว แต่ปรากฏว่ามีผู้ป่วยบางรายแม้จะมีอาการทางกายดีขึ้นแล้ว แต่สภาพจิตใจยังไม่ดีเท่าที่ควร บางรายยังมีอาการซึมเศร้าและเหม่อลอย หรือครุ่นคิดกับปัญหาเดิมอยู่ ทำให้ความพร้อมในการให้ข้อมูลไม่มี บางรายมีอาการป่วยหนักและเรื้อรัง ต้องอยู่ในห้อง ICU เป็นเวลานาน ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ในขณะที่บางรายอาการทางกายดีขึ้นน้อย แต่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้กลับบ้าน ญาติผู้ป่วยก็รีบรับกลับ ทั้ง ๆ ที่ทำแบบทดสอบยังไม่ครบ ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ จึงต้องคัดกลุ่มตัวอย่าง เหล่านี้ทิ้งไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีหลายชนิดและบางชนิดมีข้อคำถามมากไป ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างช้าและนาน บางคนอาจต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงหรือหลายวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีความพร้อมทางจิตใจ หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้เอง ดังนั้นจึงพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่ทำแบบทดสอบไม่เสร็จก็กลับบ้านเสียก่อน ทำให้ต้องสูญเสียข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ไป

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษามีจำกัด เนื่องจากผู้วิจัยต้องย้ายไปทำงานที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์หรืออย่างกระชั้นชิด ซึ่งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มาก จึงไม่สามารถทำการรวบรวมข้อมูลข้อได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีน้อยกว่าที่กำหนดไว้

4. พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษานี้จะศึกษาผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างกว้าง ๆ โดยไม่สามารถแบ่งได้ว่า การพยายามฆ่าตัวตายนั้น เป็นการพยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ (ตั้งใจที่จะตายจริง) หรือเป็นการแสวงกระทำเพื่อการประห้วง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted suicide patients) หมายถึง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการกระทำที่มุ่งจะทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต แต่ไม่สามารถกระทำได้สำเร็จ จึงต้องเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมชาย-หญิง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. อายุ (Age) หมายถึง อายุตามปฏิทินของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

3. เพศ (Sex) หมายถึง เพศของผู้ป่วยซึ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

4. สถานภาพสมรส (Marital status) หมายถึง สถานภาพการสมรสของผู้ป่วย เช่น โสด สมรส หม้าย

5. การศึกษา (Education) หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติการศึกษาของไทย

6. อาชีพ (Career) หมายถึง อาชีพหลักที่ผู้ป่วยกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้เพื่อจุนเจือครอบครัว

7. จำนวนบุตร (Number of children) หมายถึง จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิตเดียวกันในครอบครัวของผู้ป่วย

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (Family Member) หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งอาจรวมถึงญาติพี่น้องคนอื่น ๆ ด้วย

9. ลำดับที่การเกิด (Birth order) หมายถึง ตำแหน่งที่ต่อเนื่องกันในระหว่างพี่น้องร่วมสายโลหิตเดียวกัน ในการศึกษาคั้งนี้ศึกษาเฉพาะบุตรคนโต คนกลาง และคนสุดท้อง โดย

บุตรคนโต หมายถึง บุตรคนที่หนึ่งของครอบครัว

บุตรคนกลาง หมายถึง บุตรคนอื่น ๆ ยกเว้นบุตรคนที่หนึ่ง และคนสุดท้องของครอบครัว

บุตรคนสุดท้อง หมายถึง บุตรคนสุดท้องของครอบครัว

10. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Family relationship) หมายถึง สภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกันของบุคคลภายในครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่น้อง ตลอดจนบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ความสัมพันธ์ในที่นี้ ครอบคลุมไปถึงทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลนั้นแสดงต่อบุคคลในครอบครัวอย่างผูกพันกัน

11. ปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มใจ (Problems) หมายถึง ปัญหาที่ผู้ป่วยแก้ไม่ตก และเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มใจ จนเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจกินยาฆ่าตัวตาย

12. การปรับตัวเมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ (Conflict adjustment) หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว เมื่อมีความคับข้องใจ หรือความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

13. มูลเหตุจูงใจ (Motives) หมายถึง แรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจกินยาฆ่าตัวตาย

14. ความรู้สึกต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (Felling) หมายถึง ความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วย ต่อการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ตลอดจนความรู้สึกของญาติพี่น้องผู้ป่วยต่อการกระทำของผู้ป่วย (ตามแนวคิดของผู้ป่วย)

15. ประวัติการฆ่าตัวตายของญาติพี่น้อง (Family suicide) หมายถึง การที่บิดา มารดา ญาติพี่น้องที่ร่วมสายโลหิตเดียวกัน เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

16. ประวัติการป่วยทางจิตของญาติพี่น้อง (Family mental illness) หมายถึง การที่บิดา มารดา ญาติพี่น้องที่ร่วมสายโลหิตเคยมีประวัติป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

17. ความคิดเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide idea) หมายถึง ความนึกคิดของผู้ป่วยต่อการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้

18. การแสดงเจตนาให้ทราบ (Warning) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้แสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เพื่อเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่าผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตาย

18. เวลาคิดก่อนตัดสินใจ (Timing) หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้ในการคิดก่อนตัดสินใจฆ่าตัวตาย

20. ความถี่ของความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Frequency of thought) หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยคิดจะพยายามฆ่าตัวตาย

21. ปัญหาจิตเวช (Psychiatric problems) หมายถึง ปัญหาบุคลิกภาพและสุขภาพจิต ที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานปกติ

22. บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง ลักษณะบุคลิกพื้นฐานที่วัดได้จากแบบทดสอบ MPI ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

22.1 บุคลิกภาพแสดงตัว (Extrovert) หมายถึง ลักษณะบุคลิกที่ชอบสังคม มีลักษณะน่าคบเป็นมิตร ชอบงานสังคม มีเพื่อนมาก สนุกสนานร่าเริง ไม่จำเจ มองโลกในแง่ดี ชอบทำกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น ชอบเสี่ยง ทำอะไรทันพลัน โดยทั่วไปค่อนข้างผลุนผลัน ไม่ใคร่ระมัดระวัง ชอบแสดงตลกขบขันให้หัวเราะขึ้นพร้อมที่จะได้คอบเสมอ ชอบการเปลี่ยนแปลงใหม่ ชอบความสะดวกสบาย เป็นคนแสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผย มีแนวโน้มที่จะแสดงความก้าวร้าวและความไม่พอใจออกมาง่าย ไม่สามารถเก็บความรู้สึกพอใจไม่พอใจได้มาก ไม่ใช่จะดูน่าเชื่อถือ

22.2 บุคลิกภาพเก็บตัว (Introvert) หมายถึง ลักษณะบุคลิกที่ ชอบเก็บตัว มีลักษณะเงียบเฉย ไม่ชอบสังคมกับคนอื่น มองปัญหาเข้าสู่ตนเอง ชอบอ่านและค้นคว้าคนเดียวมากกว่าการสังคมกับคนอื่น สนุกกับคนยาก ห่าอะไรเติม ไปด้วยความระมัดระวัง มักมีแผนการล่วงหน้าและไม่ไว้ใจ เหตุการณ์เฉพาะหน้า ไม่ชอบทำกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น เป็นคนเอาจริงเอาจัง คำเป็นชีวิตประจำวัน ให้ความสำคัญเคร่งขรึมและชอบความมีระเบียบเรียบร้อยในชีวิต ไม่ใคร่แสดงอารมณ์ ว่างาม ควบคุมความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจไว้มาก ไม่ใคร่แสดงอารมณ์ก้าวร้าวออกมาตรง ๆ และเห็นอารมณ์ดูไม่เปลี่ยนแปลง คุ้นชินเชือก บางครั้งอาจมองโลกในแง่ร้าย มีคติดแบบมาตรฐานจรรยาบรรณของสังคมมาก

22.3 อารมณ์แปรปรวนหวั่นไหวง่าย (Neurotic) หมายถึง ลักษณะบุคลิกที่มีอารมณ์รุนแรงหวั่นไหวง่าย คิดมาก รู้สึกวิตกกังวลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นแม้ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ไม่สามารถทนต่อสภาวะที่มีความเครียดมาก ๆ ได้ บุคคลประเภทนี้มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นโรคประสาทได้ง่าย เมื่อมีปัญหาสะเทือนใจและมักมี complaint ของอาการโรคทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวลด้วย

22.4 อารมณ์มั่นคง (Stable) หมายถึง ลักษณะของบุคลิกที่มีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกมั่นคง ลักษณะตรงข้ามกับ Neuroticism (Eysenck, 1959 : 1 - 4 , สมทรง สุวรรณเลิศ, 2512 : 17, ประจักษ์ ประจักษ์จิต, 2525 : 18 - 19)

23. บิสัยทางประสาทในวัยเด็ก (Neurotic trait) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นบิสัยปกติในวัยเด็กของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบิสัยที่บ่งบอกถึงสภาพจิตที่มีปัญหา

24. อาการแสดงก่อนพยายามฆ่าตัวตาย (Presuicidal syndrome) หมายถึง สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนพยายามฆ่าตัวตาย

25. สุขภาพจิตหลังพยายามฆ่าตัวตาย (Post-suicidal mental health) หมายถึง ลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วย ที่ประเมินได้จากแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 ภายใน 7 วัน หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจนอาการทางกายดีขึ้นแล้ว ซึ่งมีอยู่ 9 กลุ่มอาการ คือ

25.1 Somatization Dimension (Som) หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางร่างกาย เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจ และระบบอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบอัตโนมัติ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ความเจ็บปวดและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

25.2 Obsessive-Compulsive Dimension (O-C) หมายถึง กลุ่มอาการของการย้ำคิดย้ำทำ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความคิด แรงผลักดัน การกระทำต่าง ๆ ที่รบกวนจิตใจ เป็นอาการที่คนไข้ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น แต่ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางสติปัญญาไปด้วย

25.3 Interpersonal Sensitivity Dimension (IS) หมายถึง กลุ่มอาการของความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น เป็นความรู้สึกบกพรอง หรือมีความรู้สึกว่าคุณเองมีปมด้อย การลดลงของค่านิยมในตนเอง ความรู้สึกอึดอัดและความไม่สบายใจในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ความรู้สึกหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองอย่างรุนแรง และการคาดหวังว่าจะได้รับปฏิสัมพันธ์ที่ดีตอบในทางลบจากการติดต่อกับคนอื่น

25.4 Depressive Dimension (D) หมายถึง กลุ่มอาการของอารมณ์เศร้า หดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจ และสูญเสียพลังกำลัง ความรู้สึกสิ้นหวังหือแท้ ความคิดฆ่าตัวตาย

25.5 Anxiety Dimension (A) หมายถึง กลุ่มอาการและพฤติกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกกังวลต่าง ๆ เช่น ความกระวนกระวายนั่งไม่คิดกลัว ประหม่า และความตึงเครียด

25.6 Hostility Dimension (H) หมายถึง กลุ่มความคิด อารมณ์ หรือการกระทำซึ่งเป็นลักษณะของความรู้สึกโกรธแค้น ชุนเคือง รวมทั้งความรู้สึกก้าวร้าวทำลาย ความรู้สึกได้แย่ง และควบคุมอารมณ์ไม่ได้

25.7 Phobic Anxiety Dimension (PH) หมายถึง กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล เช่น ความกลัวเฉพาะที่มีต่อคน สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งไม่มีเหตุผลและเกินความจริง ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น

25.8 Paranoid Ideation Dimension (PAR) หมายถึง กลุ่มความคิดชอบระแวง เช่น การโทษคนอื่น ความไม่เป็นมิตร ความระแวงสงสัย ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง หลง ความผิด การสูญเสียการควบคุมตนเอง และความคิด มักใหญ่ใฝ่สูงกว่าตนเอง เป็นใหญ่เป็นโต

25.9 Psychoticism (PSY) หมายถึง กลุ่มอาการทางจิต ซึ่งมี ตั้งแต่อาการที่ยังไม่แสดงชัดเจน ถึงอาการที่แสดงออกอย่างชัดเจน เช่น อาการกด กอนแยกตัวเอง หนีสังคม จนถึงลักษณะความคิดของ schizophrenia อาการ หูแว่ว การถูกควบคุมความคิดจากภายนอก (ละเอียค สุประभूर, 2521 : 9 - 11 ; กตทยา แสงเจริญ, 2527 : 73 - 747)