

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในหมู่บ้านวังสูงใหม่ ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสาร ตำราวิชาการ วิทยานิพนธ์ งานวิจัย และสถิติที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายและประเภทของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 สถานการณ์การฆ่าตัวตาย
 - 1.3 กระบวนการพฤติกรรมของการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 สาเหตุของการฆ่าตัวตาย
2. สัญญาณเตือนอันตราย และหลักการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. หลักการให้ความช่วยเหลือผู้พยายามทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. การดูแลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยหลังจากได้รับการช่วยเหลือ
5. แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และแนวคิดทฤษฎีบุคลิกภาพ ที่เกี่ยวข้อง
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายและประเภทของการฆ่าตัวตาย

1.1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

ฆ่าตัวตาย (Suicide) มาจากคำว่า Sui แปลว่า Self และ Cide แปลว่า murder ตรงกับภาษาไทยว่า อัตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำประสมมาจาก คำว่า อัตต + วินิบาต + กรรม

อัตต	แปลว่า	ตัวคน , ตนเอง
วินิบาต	แปลว่า	การทำลาย , การฆ่า
กรรม	แปลว่า	การกระทำ

รวมความแล้ว Suicide หรือ อัตวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำอันเป็นการทำลายตัวเอง ซึ่งผู้กระทำอาจใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ใช้ปืนยิงตัวเอง การใช้มีดแทงตัวเองดื่มสารพิษ กระโดดจากที่สูง

ใช้เชื้อกัญชาก่อนตนเอง กระโดดให้รถชน เป็นต้น (อ้างใน จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2534 หน้า 14) นอกจากนี้ สมชาย จักรพันธุ์ (2541 หน้า 4) ได้กล่าวไว้ในรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย “ การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง หรือหลุดพ้นจากความบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต โดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมา หรือกระทำทางอ้อม การกระทำทางอ้อมที่เป็นการฆ่าตัวตายมีมากมายเช่น การขับรถเร็ว การใช้ชีวิตเสี่ยงมาก ๆ เป็นต้น ในบางความหมายการฆ่าตัวตายอาจรวมถึงการฆ่าตัวเอง และการทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่น ”

1.1.2 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

ประเวช ดันดิพิวัฒนสกุล, และคณะ (2541 หน้า 5) ได้แบ่งประเภทของการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ คือ

1.1.2.1 ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Idea) คือ เป็นผู้ที่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย คนทั่วไปอาจมีความคิดชั่ววูบที่อยากตาย ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นได้ในช่วงที่ชีวิตประสบปัญหา สับสน เกิดความเครียด ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไร้ค่าไม่มีความหมาย หรือเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกตนเองเป็นส่วนเกินไม่เป็นที่รักของใคร จึงมีความคิดอยากตาย

1.1.2.2 ความพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คนเหล่านี้มักคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาอยู่ในขณะนั้น เขามีความรู้สึกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ หหมดความหวัง มักจะเห็นว่าชีวิตว่างเปล่า ไร้ที่พึ่ง ไร้ความหมาย มองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหา หรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ จึงหยุดการรับรู้ลงด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1.2.3 การฆ่าตัวตายเพื่อประท้วง (Suicidal Gesture) หมายถึง ผู้ที่ส่งสัญญาณเตือนหรือพยายามสื่อบอกว่าเขากำลังมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายเพื่อเรียกร้องความสนใจ พวกนี้ในส่วนลึกของจิตใจ ไม่อยากตายแต่ที่กระทำลงไปเพื่อเป็นการประท้วงหรือร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการให้คนอื่นหันมาสนใจและดูแลตนเองมากขึ้น และเพื่อให้ได้ในเรื่องที่ตนเองปรารถนา

1.1.2.4 การพยายามฆ่าตัวตายแบบจริงจัง (Serious Suicidal attempt) เป็นพวกที่ตั้งใจทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงและจริงจัง คนพวกนี้มักจะคิดว่าไม่มีทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีอื่นนอกจากการตายจึงจะพ้นทุกข์ มักเห็นชีวิตว่างเปล่า ไร้ความหมาย ไร้ที่พึ่ง ในจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 8 คน จะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน เป็นเป็นอัตราส่วน 8 ต่อ 1

1.1.2.5 การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicide Complete) คือ เป็นผู้ที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริง ๆ โดยอาจจะมีความคิด หรือเคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อนแล้วก็ได้ แต่ไม่สำเร็จ ในครั้งนี้จึงวางแผนและฆ่าตัวเองได้สำเร็จ และรายงานผลการศึกษานับเดียวกันนี้พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่ง และร้อยละ 66 ไปพบแพทย์ก่อนฆ่าตัวตาย

1.2 สถานการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2534 หน้า 1) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2534 ระบุว่า ในแต่ละปี พลเมืองโลกฆ่าตัวตาย วันละประมาณ 1,000 คน หรือประมาณปีละ 500,000 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ทวีปยุโรป และอเมริกาเหนือ การพยายามฆ่าตัวตาย ถูกจัดอยู่ในอันดับ 5-10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด

กรมสุขภาพจิต (2541 หน้า 4) ได้กล่าวถึง สถานการณ์ของปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจกับการฆ่าตัวตายในประเทศเม็กซิโก ในปี ค.ศ. 1996 ว่า “หนึ่งเดือนหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจที่รัฐบาลประกาศลดค่าเงินเปโซ มีคนพยายามฆ่าตัวตายถึง 500 คน ในเม็กซิโกซิตี ซึ่งเป็น Megacity (มีประชากรมากกว่า 10 ล้านคน) เขาคิดว่าเป็นปัญหามาจากวิกฤตเศรษฐกิจ” และในปีเดียวกันที่ประเทศญี่ปุ่น มีอัตราการฆ่าตัวตายประมาณ 20,000 กว่าคน จากพลเมืองประมาณ ร้อยกว่าล้านคน อัตราฆ่าตัวตายประมาณ 20 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก ที่น่าสนใจคือ ผู้ฆ่าตัวตายชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี และเกิน 60 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากเศรษฐกิจ และโดยปกติเราเชื่อว่าคนญี่ปุ่นฆ่าตัวตายสูงเพราะเป็นผลจากวัฒนธรรม ส่วนหนึ่งคนที่สูญเสียศักดิ์ศรีจะฆ่าตัวตายแบบนักรบ (ฮาราคิริ) และจากรายงานของประเทศเกาหลี ในปี ค.ศ. 1998 พบว่า จากประชากร 40 ล้านคน มีคนฆ่าตัวตายประมาณ 25 คนต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม มีคนฆ่าตัวตาย 2,288 คน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 มีส่วนหนึ่งที่มาจากปัญหาเศรษฐกิจ

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล, และคณะ (2541 หน้า 23) รายงานว่า จากสถิติและข้อมูลจากรายงานในใบมรณบัตรของประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 4,529 คน หรือ คิดเป็น 7.57 ต่อแสนประชากรต่อปี แต่ละวันในปี พ.ศ. 2539 มีผู้ฆ่าตัวตายประมาณวันละ 12 คน จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา จันทบุรี โดยมีอัตราต่อแสนเท่ากับ 27.34, 24.12, 17.51 , 16.80 และ 16.18 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2540 มีคนฆ่าตัวตายรวมทั้งสิ้น 4,218 คน คิดเป็นอัตรา 6.98 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 อันดับแรก คือ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ระยอง จันทบุรี อัตราต่อแสน เท่ากับ 27.79, 24.08, 19.01, 15.09, และ 13.90 การฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าพื้นที่อื่น

และที่สำคัญ อัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนยังคงมีการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาแอลกอฮอล์ที่ระบาดอยู่ในพื้นที่

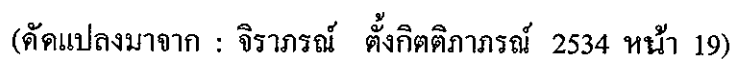
กรมสุขภาพจิต (2541 หน้า 8) รายงานว่า การที่ประเทศไทยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลได้ประกาศลดค่าเงินบาทตั้งแต่กลางปี 2540 เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งความเป็นอยู่ของประชาชน เศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่ ปัญหาสุขภาพจิต วิตกกังวล และข่าวการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าวิตกมาก เพราะปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ และโครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนไปจึงทำให้สถิติของผู้ทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งความเจริญทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารต่าง ๆ สามารถเข้าถึงทุกด้าน การนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์หรือโทรทัศน์ ที่มีลักษณะรุนแรง น่ากลัว และน่าสยดสยองมากขึ้นทุกวัน วิธีการฆ่าตัวตายก็เริ่มเปลี่ยนแปลงรูปแบบ จากการฆ่าตัวตายเดี่ยวเป็นการฆ่าตัวตายหมู่ หรือครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าไปอย่างรวดเร็ว และน่าเสียดาย

1.3 กระบวนพฤติกรรมของการฆ่าตัวตาย

เมื่อบุคคลต้องประสบกับการขาดความสนับสนุนหรือไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคม ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาทางจิตใจ สูญเสียคนรัก ตลอดจนปัญหาสุขภาพกาย เบื่อหน่ายสภาพชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยของตนเอง หรือจากผลของยาบางชนิด ยาคลายเครียดยาระงับประสาท สุรา ยาเสพติดต่าง ๆ เป็นต้น ความตึงเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวลสูง เมื่อไรก็ตามถ้าบุคคลเหล่านี้ประสบความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็คือ การฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ก็เพื่อต้องการจะหนีจากความกดดันต่าง ๆ ที่ตนกำลังประสบอยู่ การฆ่าตัวตาย จึงเปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการแก้ปัญหา คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมากใช้วิธีฆ่าตัวตายเป็นวิธีการต่อสู้กับความเศร้าที่ทนไม่ได้ทางจิตวิทยาถือว่า การพยายามฆ่าตัวตาย ในครั้งแรกๆ เป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นการประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากคนข้างเคียง หรือสังคมรอบข้างดังนั้นการพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for help) หรือประท้วงประชันสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การฆ่าตัวตายเป็นการแสดงออกของสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct) ต่อตนเอง พื้นฐานของบุคคลเหล่านี้จะมีแรงขับเคลื่อนเกี่ยวกับความก้าวร้าวรุนแรง ครั้นเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่ตนรักไป ความโกรธหรือความก้าวร้าวรุนแรงเหล่านี้ จะพุ่งเข้าหาตนเอง (Introjection) กลายเป็นโกรธเกลียด ลงโทษตนเองด้วยการทำร้ายตนเอง (Self - injury) ถ้าในระดับรุนแรงก็คือการฆ่าตัวตาย (Suicide)

ดังนั้นถ้าบุคคลที่อยู่รอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน ผู้ใกล้ชิด สามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่บุคคลเหล่านี้ได้ โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยาก และให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศก เสียใจ (Depress) ความคิดอยากฆ่าตัวตายก็ จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ ปลดปล่อยทุกข์แล้วทุกข์อีก เมื่อความทุกข์ สะสมมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide Idea) และต่อมาก็จะมีพฤติกรรม แสดงออกว่าจะฆ่าตัวตาย (Suicide Gesture) เพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือเพื่อขอความช่วยเหลือ ทั้ง ๆ ที่ไม่อยากตายจริง เช่นผู้ป่วยอาจบอกให้ทราบว่าจะฆ่าตัวตาย แล้วทำให้เห็นจริง ๆ ในระดับ ยังไม่รุนแรง ถึงขั้นจะตายจริง แต่ถ้าในระยะนี้ยังไม่ได้รับความสนใจหรือช่วยเหลืออีกก็จะพยายาม ฆ่าตัวตายจริง ๆ (Attempted Suicide) ด้วยวิธีการที่รุนแรงกว่าเดิม แต่ยังคงมีความหวาดกลัวการฆ่า ตัวตายอยู่บ้าง ถ้ามาถึงขั้นนี้แล้วยังไม่มีใครเข้าใจพฤติกรรมของเขา ในที่สุดก็จะทำการฆ่าตัวตายจน สำเร็จ (Complete Suicide)

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบความหมายของการฆ่าตัวตาย หมายถึง การ กระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยตั้งใจหรือเจตนา ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ ความคิด ฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเพื่อประท้วง การพยายามฆ่าตัวตายแบบจริงจัง และการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนกระบวนการพฤติกรรมของการฆ่าตัวตายสูง เมื่อไรก็ตามถ้าคนเรา ประสบความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็คือ การฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา การฆ่าตัวตาย จึง เปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตัว พยายามฆ่าตัวตายเปรียบ เสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ หรือประชดประชันสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การฆ่า ตัวตายเป็นการแสดงออกของสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct) ต่อตนเอง



1.4 สาเหตุของฆ่าตัวตาย

เออวิน (Erwin, S. 1969 อ้างในจิราภรณ์ คังกิตติภรณ์. 2534. หน้า 20-27) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยา ที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายได้สรุปถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้ 4 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ

1.4.1 สาเหตุเนื่องจากสภาพสังคม จากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายพบว่าองค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย คือ สถาบันทางสังคม ในสังคมที่สับสน มีการแก่งแย่งแข่งขันชิงดีชิงเด่น ผู้คนในสังคมต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเองในสังคม ผู้ที่อ่อนแอจะอยู่ในสังคมไม่ได้ เพราะจะประสบกับความพ่ายแพ้ทั้งตนเองและผู้อื่น ผลที่ตามมาคือความอับสออดสูกับสิ้นใจในโศกนาฏ และการกระทำของตนเองในที่สุดก็ฆ่าตัวตาย

นอกจากเงื่อนไขทางสังคม สถาบันครอบครัวก็ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ทั้งการศึกษาของ Zilboorg พบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีประวัติครอบครัวแตกแยกในที่นี้หมายถึง ลักษณะครอบครัวที่ขาดหรือสูญเสียบุคคลที่สำคัญที่ทำหน้าที่บิดาหรือมารดา ซึ่งการขาดหรือสูญเสียนี้อาจเกิดจากการหย่าร้าง การตายจากหรือการไม่ลงรอยกันระหว่างบิดามารดา สภาพบรรยากาศของครอบครัวแบบนี้ล้วนแต่จะสร้างประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจ (Traumatic Experience) และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้เด็กมีพื้นฐานทางอารมณ์และสังคมที่ไม่มั่นคง (Emotional and Social Instability) บุคลิกภาพที่อ่อนแอจะเป็นสาเหตุจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มกระทำการฆ่าตัวตายได้ง่าย เมื่อประสบกับภาวะวิกฤติต่างๆในชีวิต

1.4.2 สาเหตุเนื่องจากสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะทำการฆ่าตัวตายนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายไม่สมประกอบ มีความพิการ บุคคลประเภทนี้มักจะเกิดความท้อแท้ใจหมดอาลัยในชีวิต มองไม่เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระของบุคคลรอบข้าง นอกจากเรื่องความพิการแล้ว การเป็นโรคร้ายแรงไม่มีทางรักษาให้หายได้ หรือยากแก่การรักษา เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคลมชัก หรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการ เสียโฉม หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอ เกิดความท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป จึงอาจคิดฆ่าตัวตายได้

1.4.3 สาเหตุเนื่องจากจิตใจ หรือสุขภาพจิตเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่แล้วสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้แก่ ความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิต โดยทั่วไปเมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียในชีวิตไม่ว่าจะเป็น สูญเสียของรัก ฐานะทางสังคม เกียรติยศชื่อเสียง หน้าที่แล้วไม่สามารถจัดการกับความตึงเครียดเหล่านี้ได้ จะทำให้บุคคลเหล่านั้นตกอยู่ในสภาพเศร้าโศกเสียใจ หดหู่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกไร้ค่าได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปในสังคม เมื่อภาวะวิกฤตินั้นผ่านไป

ความรู้สึกที่จะกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยไม่คิดจะทำลายตัวเอง นอกเสียจากคนที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์โดยเฉพาะใจคนที่เคยมีประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางใจมาก่อน (Traumatic experience) จะเลือกวิธีการทำลายตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 3 จะมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคประสาท (Neurosis) โรคจิต (Psychosis) หรือบุคลิกภาพแปรปรวน (Severe Personal Disorder) แต่ไม่ได้หมายความว่าอีก 2 ใน 3 จะเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์ ในทางกลับกันจากการสืบค้นประวัติย้อนหลังพบว่าบุคคลเหล่านี้จะมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง หวั่นไหวง่าย ต้องอยู่ในการดูแลของจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็สอดคล้องกันที่ สมภพ เรื่องตระกูล (2525 หน้า 15) ได้ศึกษาและแบ่งประเภทของผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วยสาเหตุเนื่องจากสภาพจิตใจไว้ในรายละเอียด ดังนี้

1. พวกซึมเศร้า (Depressive Neurosis) ผู้ป่วยชนิดนี้จะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตายค่อนข้างมาก โรคประสาทชนิดซึมเศร้า เป็นภาวะเรื้อรังของความเศร้า ผู้ป่วยจะตีค่าตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงและดูถูกตนเอง รู้สึกว่าตัวเองเป็นคนต่ำต้อย ขี้ริ้ว ขี้เหล่ ไร้เงลา เสื่อมสมรรถภาพไร้เกียรติหรือเป็นคนชั่วช้า ส่วนสาเหตุที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอาการของโรคประสาทชนิดนี้ได้แก่ การตายของญาติสนิท ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจหรือวิกฤติการณ์ของชีวิต เช่น มีหนี้สินล้นพ้นตัว ถูกฟ้องล้มละลาย ไฟไหม้บ้านเป็นต้น อาการทั่วไปของโรคประสาทชนิดซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดห่อคล้ายตายอยาก มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ดูถูกตนเอง ตึงเครียด หงุดหงิดง่าย ขวนขวายและขาดความเชื่อถือคนรอบข้าง แสดงท่าทีที่น่าเบื่อหน่าย โศกเศร้าและสิ้นหวัง ความตั้งใจมีน้อย สมาธิและความจำเสื่อม เพราะมัวแต่หมกมุ่นโศกเศร้า บางรายวิตกกังวล มึนงง คิดอะไรไม่ออก และมักมองคนอื่นในแง่ร้าย คิดว่าเขาไม่หวังดี คอยจับผิด หรือคอยเอาเรื่องเอาเปรียบ ไม่เชื่อในไมตรีจิตของใคร พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย สีหน้าเศร้าหมอง บางคราวแสดงสีหน้าหวาดกลัว ตามักกดค้ำมองดูพื้นมุมปากตกโหล่ห่อ และหลังค่อม ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ ปฏิกริยาโต้ตอบช้าไม่แสดงความสนใจในบุคคลและสิ่งแวดล้อม

2. พวกโรคจิต จำนวน 1 ใน 3 ของบรรดาผู้ฆ่าตัวตายเป็นผู้ป่วยทางจิต และ 2 ใน 3 เมื่อศึกษาย้อนหลัง พบว่า มีภาวะทางอารมณ์และอาการผิดปกติ คือ หวาดกลัว ระแวง ขอบสงสัย มีอาการหลงผิดคิดว่ามีผู้ปองร้าย และประสาทหลอนบอกให้ฆ่าตัวตาย หรือโทษตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. กลุ่มที่คิดสุรา หรือคิดยาเสพติด มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนลดลง เมื่อมีความกดดันเพิ่มขึ้นจะเกิดอารมณ์เศร้าได้ง่ายและรุนแรง เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

4. พวกโรคประสาท โดยเฉพาะพวก Hypochondriasis อย่างรุนแรง พวกนี้จะบ่นแต่อาการทางกายซ้ำซาก โดยที่แพทย์ตรวจไม่พบโรคทางกายใดๆ บางคนอาจไม่แสดงอาการเศร้าเลย บ่นแต่อาการฝ้ายกายอย่างเดียวหรือในเด็กวัยรุ่น ความเศร้าอาจแสดงออกในรูปตรงข้าม คือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทำลาย ทำให้จิตแพทย์วินิจฉัยผิดพลาดไป อาการเหล่านี้มักแสดงถึงอารมณ์เศร้าที่แฝงอยู่ในรูปอาการอื่นๆ

5. พวกบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorder) โดยเฉพาะ Hysterical Personality ซึ่งมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนหลงตัวเองมาก (Narsissism) และเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น แนวโน้มของการปรับตัวต่อความคับข้องใจต่าง ๆ (Frustration) ก็มักจะแสดงออกในรูปของกายและสภาพจิตมักผิดปกติ เช่น การเป็นลมหมดสติ การสูญเสียความจำอย่างกระทันหัน พวกนี้เมื่อประสบกับปัญหาการขาดความรัก ขาดความสนใจจากบุคคลรอบข้าง หรือเมื่อทำอะไรไม่สมปรารถนา ก็จะหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย ส่วนในกลุ่มของ Antisocial Psychopaths กลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกินกว่าเหตุและขาดความรับผิดชอบ อารมณ์รุนแรง ไม่เคยรู้สึกสำนึกผิด ไม่มีความอดทน อดกตัญ เมื่ออารมณ์ก้าวร้าวเกิดขึ้นรุนแรง ในขณะที่บุคคลปรับตัวไม่ทันก็จะหันเหความก้าวร้าวนั้นเข้าหาตนเอง เช่น ทำร้ายตนเอง กรีดข้อมือตนเอง และสำหรับกลุ่มอื่นในพวกบุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งมีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสูงคือ พวก Alcoholics เพราะการดื่มเหล้าและสิ่งเสพติดจนคิดเป็นนิสัยถือเป็นการฆ่าตัวตายแบบเรื้อรัง (chronic suicide) อย่างหนึ่ง การดื่มเหล้าเป็นวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงหนีจากความจริงวิธีหนึ่ง และพวกซึมเศร้ามักจะใช้วิธีการดื่มเหล้าเพื่อให้ลืมความทุกข์ ขณะเดียวกันการดื่มเหล้า ยังทำให้การควบคุมภายในตนเองลดลง และสามารถทำร้ายผู้อื่น หรือพยายามฆ่าตัวตายได้

6. พวกจิตเภท (Schizophrenia) พวกนี้จะฆ่าตัวตายเพราะประสาทหลอน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการหูแว่ว (auditory hallucination) และหลงผิด (Delusion) เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองอยู่ยงคงกระพันเลยลองยิงตัวตาย บางคนได้ยินเสียงคนสั่งให้กระทำการต่าง ๆ เช่น สั่งให้ผูกคอตาย สั่งกระโดดน้ำตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลัวเสียงที่มารบกวนอย่างสุดขีดเลยหาวิธีหนีเสียงนั้นโดยการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยพวกนี้มักจะมีอาการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงและแปลกประหลาด เช่น จุ่มหัวตัวเองลงในโถ่งน้ำเพื่อหนีเสียงรบกวน

นอกจากนี้ สรายุทธ วาสิกานานนท์ (2527 หน้า 3) รายงานเพิ่มเติมว่า จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในพวกที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 93 มีโรคทางจิตเวชขณะที่ทำการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 72 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็น Depressive Illness ร้อยละ 13 ป่วยเป็น Alcoholism ร้อยละ 5 ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ และมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่ไม่เป็นโรคจิตเวช แต่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากมีวิกฤติการณ์ชีวิตบางอย่าง เช่น สูญเสียสถานภาพทางสังคม ทางเศรษฐกิจหรือมีปัญหา

ระหว่างบุคคล ส่วนในพวกที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่าร้อยละ 50 - 60 ป่วยเป็นโรค Depressive Illness ร้อยละ 15- 45 มีบุคลิกภาพแปรปรวน และน้อยกว่าร้อยละ 5 ป่วยเป็น Schizophrenia โรคทางจิตเวชที่มีแนวโน้มจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

1.4.4 สาเหตุจากการลอกเลียนแบบ การลอกเลียนแบบก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งในการฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นการเลียนแบบจากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการฆ่าตัวตายของญาติพี่น้อง หรือบิดามารดา เป็นที่ยอมรับกันว่าการเลียนแบบ (Imitation) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นเหตุจูงใจสำคัญทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความสนิทสนมกับญาติพี่น้องที่เคยกระทำการฆ่าตัวตาย บุคคลผู้นั้นมักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายนั่น ๆ จากญาติที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต จะปรับตัวโดยการใช้กลวิธีป้องกันทางจิตชนิดหนึ่ง (Identification) คือ ลอกเลียนแบบพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย

ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และคณะ (2541 หน้า 3-6) ได้ทำการศึกษา สาเหตุการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แบ่งประเภท ของการฆ่าตัวตายไว้ 3 ด้านใหญ่ คือ

1. สาเหตุจากด้านสังคม แม้ว่าการฆ่าตัวตายของแต่ละคนจะมีสาเหตุและความเป็นมาที่แตกต่างกัน แต่มักมีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรักความสัมพันธ์ของสังคมที่มีความสับสน วุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ทำให้สมาชิกในสังคมจะเกิดความรู้สึกแปลกแยกไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่การฆ่าตัวตายในสังคมเช่นนี้จะเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกันกับสังคมที่เน้นความเป็นตัวของตัวเอง เน้นการแก่งแย่งแข่งขันในหมู่เยาวชน ค่านิยมต่าง ๆ จะสั่นคลอน ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่พบคือ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การหย่าร้าง ความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพของการฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นตามมามากใช้วิธีการเดียวกัน

2. สาเหตุจากด้านจิตใจ ผู้คิดฆ่าตัวตายเป็นคนมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ ผู้คิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาของนายแพทย์ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล พบว่าผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุก จะเครียดน้อยกว่าผู้ที่เลี้ยงปัญหาหรือเน้นแต่การบรรเทาความอึดอัด การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกสุดท้ายเพื่อหนีจากปัญหาที่มองไม่เห็นทางแก้ไข

3. สาเหตุจากด้านชีวภาพ และการแพทย์ การศึกษาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช อย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญ คือภาวะซึมเศร้า และการคิดสุรา แม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าและการคิดสุรา น่าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม แต่จากการศึกษาพบว่าอารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น มีอาการหวาดระแวงมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพันธุกรรม และนักวิทยาศาสตร์ยังตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้มีอาการซึมเศร้า แสดงถึงกระบวนการทางชีวภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และพบว่าการรักษาด้วยยาเพื่อปรับการทำงานของระบบสารเคมีในสมอง ช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาทางจิต การช่วยเหลือทางจิตใจจะเน้นการปรับวิธีคิด เพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพ เช่นเดียวกับปัญหาการคิดสุราที่พบสาเหตุทางกรรมพันธุ์ร่วมด้วย ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน ส่วนปัญหาคิดสุราเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะผู้ดื่มสุราที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย มีปัญหาชีวิตสมรส มีปัญหาในที่ทำงาน หรือมีปัญหาทางกฎหมายจากการขับรถในขณะเมาสุรา ทางแพทย์เชื่อว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้นส่วนใหญ่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง การรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกรายมักมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลผู้นั้น ทั้งทางด้านสังคมจิตใจ และการแพทย์

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540 หน้า 245) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ไว้ ดังนี้

1. การเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 95 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (major depression) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี มีโอกาสจะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ป่วย นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ อีก เช่น การใช้ยาเสพติด พฤติกรรมเกเร และบุคลิกภาพผิดปกติแบบอันธพาล เป็นต้น

2. บุคลิกภาพและกลไกการปรับตัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มักเป็นคนสมบุรณ์แบบ มินิสัยชอบแยกตัว มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เป็นเด็กกว่าวัย อดทนต่อความคับข้องใจได้น้อย มีความก้าวร้าว สูงขาดความยับยั้งชั่งใจและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ แต่บางคนก็เก็บกดทางอารมณ์ นอกจากนี้มักมีความคิดแบบสุดขั้วไม่ยืดหยุ่น มีโลกทัศน์ที่แคบ ชอบตำหนิตนเอง เมื่อประสบปัญหาที่ไม่สามารถหาทางแก้ไขได้และเกิดความรู้สึกหมดหวังได้ง่าย

3. ปัจจัยทางด้านสังคม และความเครียดในชีวิต การศึกษาเปรียบเทียบวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายกับวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ พบว่า พวกแรกมีความเครียดในชีวิตสูงและมักเป็นความเครียดเรื้อรัง นอกจากนี้มีการสูญเสียหลายครั้งในช่วงต้นของชีวิต เช่น พ่อแม่เสียชีวิต หย่าร้าง หรือแยกทางกัน พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในคนใกล้ชิด เช่น ครูญาติหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน เป็นต้น

บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักขาดการประทับประคองจากผู้อื่น เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่หรือเพื่อน ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่รู้ดีว่าตนและผู้อื่นจะเข้าใจและผูกพันกันได้อย่างแท้จริง เมื่อมีปัญหาจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและหาทางออกไม่ได้ นอกจากนี้เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ตัดสินใจฆ่าตัวตายมักเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น เช่น ถูกพ่อแม่ลงโทษหรือทะเลาะกับเพื่อน ทั้งหมดนี้ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสัมพันธ์ได้มาถึงจุดสุดท้ายแล้ว จึงแก้ปัญหาด้วยการพยายามจบชีวิตตนเอง

4. ปัจจัยทางพันธุกรรม การศึกษาในบุตรบุญธรรมและชนชาติ Amish ซึ่งมีการแต่งงานในเครือญาติพบว่า การฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้านี้เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม บุคคลที่มีความเปราะบางทางพันธุกรรม (genetic Vulnerability) จะควบคุมตนเองได้น้อย เมื่อมีความเครียดก็จะเกิดอารมณ์เศร้าและทำร้ายตนเองได้ การฆ่าตัวตายในครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเลียนแบบหรือการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของการฆ่าตัวตายหรือโรคซึมเศร้าก็ได้

เอมอร์ ซินพัฟพงศา (2530 หน้า 15) ได้กล่าวถึง การฆ่าตัวตายว่าจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ในเชิงระบาดวิทยา 3 ประการ คือ Host Agent และ Environment

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Host) เช่น ในอดีตเพศชายฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง แต่ปัจจุบันอาจเปลี่ยนไป อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา เป็นต้น

2. ปัจจัยด้าน Agent ได้แก่ แอลกอฮอล์ (Alcohol) สุรา มีบทบาทในการก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เพ้อคลั่ง จนอาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเองได้ สารมึนพิษและยาฆ่าแมลง ยาเบื่อหนู กัญชา ยาเสพติด ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท และอาการของโรคทางกายและทางจิต เช่น โรคจิตจากพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์ การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงแบบเฉียบพลัน อาจก่อให้เกิดภาวะเพ้อคลั่ง กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคประสาท หรือความแปรปรวนทางอารมณ์ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว นับตั้งแต่ภายในครอบครัว ไปจนถึงสังคมรอบข้าง ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่เล็กที่สุดของสังคม มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของบุคคลถ้าครอบครัวมีสภาพไม่ปกติสุข มีความไม่เป็นระเบียบในครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่แยกกันอยู่

ละทิ้ง เลิกสร้าง ครอบครัวอยู่อย่างไม่มีความช่วยเหลือเกื้อกูลในทางจิตใจ ไม่มีความผูกพัน รักใคร่กัน มีภาวะวิกฤติเกิดขึ้นในครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัวประสบอุบัติเหตุ ต้องโทษจำคุกหรือล้มละลาย ครอบครัวที่บิดามารดาทะเลาะวิวาทกันอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น มองโลกในแง่ร้าย เศร้าหมอง อาจทำให้มีบุคลิกภาพ แบบ Dependent คือต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ เมื่อเกิดความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง จะเกิดความรู้สึกผิดหวังอย่างรุนแรง ซึมเศร้า เสียใจมากและนานกว่าคนธรรมดา ซึ่งอาจใช้กลไกป้องกันตัวเองชนิด Introjection โดยรับเอาความที่ไม่ดีเข้ามาไว้ในตัวเอง เกิดความรู้สึกไร้ค่าและอารมณ์เศร้าจะเพิ่มมากขึ้น เป็นเหตุให้คิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย การอบรมเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครอบครัวก็มีผลต่อพัฒนาด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิตของเด็กเช่นกัน เช่น แม่ซึ่งรักลูกมากเกินไป ปกป้องลูกมากเกินไป ห่วงเหินลูกคอยดูแลช่วยเหลือควบคุมทุกสิ่งทุกอย่าง จะมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (Dependent)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วมีผลทำให้คนในสังคมต้องต่อสู้ดิ้นรน แ่งแย่งแข่งขันเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหา การว่างงาน ค่าครองชีพตกต่ำ รายได้น้อยกว่ารายจ่าย ก่อให้เกิดปัญหาความยากจน เมื่อเจ็บป่วยไม่มีเงินรักษาสถานบริการทางสุขภาพอนามัยหรือการศึกษาไม่เพียงพอ ในสังคมที่ไม่มีความเป็นระเบียบย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของบุคคลในสังคมนั้นๆและบุคคลในสังคมมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิต และโรคประสาทมากขึ้นกว่าสังคมอื่น ๆ ภาวะความตึงเครียด ความวิตกกังวล และวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตหากส่งผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตเพียงเล็กน้อย ก็อาจนำไปสู่สาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายได้

จากการศึกษา ทำให้ทราบว่า การฆ่าตัวตายอาจจะมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่สะสมมานานหรือปัจจัยเดียวกันที่มากกระทบ และทำให้สะท้อนใจจึงเกิดความคิดชั่ววูบด่วนตัดสินใจด้วยการคิดสั้นฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สะสม เช่น เหตุการณ์ที่สะท้อนใจในวัยเด็ก การขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ครอบครัวยากจน เชนิอยู่กับภาววิกฤตของชีวิต สูญเสียของรัก บุคลิกภาพแปรปรวน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง และสภาพจิตใจที่ผิดปกติเป็นโรคจิตโรคประสาทมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ พืชจากสุรา ยาเสพติด แล้วไม่สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ จึงทำให้เกิดความตึงเครียด รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หาทางออกไม่ได้ จึงส่งผลให้คิดสั้นฆ่าตัวตายได้ หรืออาจมาจากการลอกเลียนแบบจาก ญาติ บุคคลใกล้ชิด ดาราที่ตนเองชื่นชอบ ที่เคยทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว หรืออาจมาจากการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน เป็นต้น

2. สัญญาณเตือนอันตราย และหลักการป้องกันผู้พยายามฆ่าตัวตาย

การได้รับรู้ข้อมูล สัญญาณเตือนเกี่ยวกับเรื่องที่จะส่งผลทำให้บุคคลต่าง ๆ ฆ่าตัวตายได้ก่อนล่วงหน้าจะสามารถช่วยชีวิตของเขาเหล่านั้นได้ จากรายการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตเมื่อปี พ.ศ. 2541 ดังรายละเอียดดังนี้

2.1 สัญญาณเตือนอันตราย ในกลุ่มต่าง ๆ

จากผลการศึกษา และรายงานการวิจัยพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายประมาณครึ่งหนึ่งจะส่งสัญญาณเตือนบางประการก่อนลงมือกระทำ แต่ญาติมักไม่ให้ความสนใจและคิดว่าจะไม่ทำจริง หรือในบางครั้งเป็นการพูดบ่นซ้ำ ๆ จนญาติเบื่อ และไม่ใส่ใจ ซึ่งสามารถแบ่งได้ตามกลุ่มได้ดังนี้

2.2.1 สัญญาณเตือนอันตรายในกลุ่มเด็ก

เด็กไม่มีการตอบสนองเมื่อพูดด้วยหรือสัมผัส สีหน้าเฉยชา ไม่ยิ้ม ไม่ร้องไห้หรือร้องไห้บ่อย น้ำหนักลดหรือเพิ่ม ซึ่งไม่ได้เกิดจากอาการเจ็บป่วยทางสุขภาพ ขาดแรงจูงใจที่จะเล่น มีปัญหาเรื่องการกินการนอน ท้องผูก ท้องเสียบ่อย ๆ ปัสสาวะรดที่นอน ไวต่อเสียงและการสัมผัส ซึมเศร้า แสดงท่าทีหมกความซุกซน ขาดความคิดริเริ่ม ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ มีความก้าวร้าวชอบทำลาย หรือทำร้ายตนเอง เช่น กัดตัวเอง เอาศีรษะโขกพื้น หรือทำร้ายผู้อื่น ทรมานสัตว์ ไม่เชื่อฟังในทุก ๆ เรื่อง ซึ่งแสดงถึงความขัดแย้งที่มีต่อคนใกล้ชิด คับข้องใจ ร้องไห้บ่อย มีความภาคภูมิใจต่ำ ไวต่อความรู้สึกหรืออ่อนไหวมาก ไม่มีสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ คลุ้มคลั่ง หุนหันพลันแล่น มีแนวโน้มจะได้รับอุบัติเหตุ มีความกังวล และกลัวเป็นเวลานานๆ พูดซ้ำ เคลื่อนไหวซ้ำ พูดจาสับสน เมื่อเล่าอะไรแล้วจะต่อไม่ติด จะขาดหายไปเลย ๆ พูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย หรือเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย

2.2.2 สัญญาณเตือนอันตรายในกลุ่มวัยรุ่น

นิสัยการกินการนอนเปลี่ยนไป แยกตัวจากเพื่อน ๆ หรือครอบครัวและกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ มีพฤติกรรมรุนแรง แข็งกร้าว โกรธง่าย มีความรู้สึกไว ห้วนไหวง่าย ใช้จ่ายหรือดื่มเหล้า ไม่สนใจคนรอบข้างอย่างผิดปกติ มีอาการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพอย่างชัดเจน เบื่อหน่ายอยู่ตลอดเวลา ขาดสมาธิ การเรียนตกต่ำ บ่นบ่อย ๆ ถึงอาการทางกายที่เกี่ยวกับอารมณ์ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ ขาดความอดทน บ่นเมื่อหน้าๆ พูดให้สัญญาณเตือนทางวาจา เช่น พูดว่า “เราคงไม่ได้พบกันอีก” “ไม่มีอะไรที่สำคัญอีกแล้วในชีวิต” มีการจัดเตรียมบางสิ่งบางอย่าง เช่น แจกจ่ายของที่ที่เคยชอบเคยสะสม ทำความสะอาดห้องนอน คำหัตถ์เขียนตนเองเสมอ ๆ มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มจัดและขับรถขณะมึนเมา ขับมอเตอร์ไซด์ ผาดโผนและมักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ ใช้จ่ายหรือสูบบุหรี่จำนวนมาก ๆ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วในอดีตมีลักษณะสดชื่นหลังจากที่ซึมเศร้ามาระยะหนึ่งอย่างผิดปกติ เป็นช่วงระยะอันตรายมาก

2.2.3 สัญญาณเตือนอันตรายในกลุ่มผู้ใหญ่

ซึมเศร้าตลอดเวลา อารมณ์เฉยชา สิ้นหวัง ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รู้สึกผิด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดสุรา ยาเสพติด อ่อนเพลียเป็นเวลานานๆ หมดความสนใจในกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งเรื่องเพศ พฤติกรรมการกินการนอนผิดปกติ โกรธง่าย ร้องไห้มากขึ้น มีความกังวลใจเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น คิดว่าต้องตายด้วยโรคที่รักษาไม่ได้ กลัวการสูญเสีย กลัวว่าต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจยาก ไม่กระตือรือร้นที่จะรักษาความเจ็บป่วยหรืออาการทางกายที่มีมาเรื้อรัง ปวดหัว ปวดท้อง ปวดต้นคอ ปวดหลัง ที่สำคัญมีความคิดอยากตาย มีการวางแผนหรือเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย มาก่อน

2.2 หลักการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.2.1 การจัดการศึกษา เพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปมีทักษะในการจัดการปัญหาชีวิต ให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อแก่กันในยามวิกฤต และมีความพร้อมสำหรับการมีชีวิตรอบคอบ เพื่อเป็นแหล่งให้กำลังใจที่สำคัญ ควรส่งเสริมให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปมีทัศนคติที่ไม่รังเกียจหรือละอายต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช รู้วิธีสังเกตอาการของผู้ใกล้ชิดที่อาจคิดฆ่าตัวตายและให้ความช่วยเหลือขั้นต้น รู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นช่วยให้ญาติของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและร้ายแรงมีความเข้าใจและมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย มาตรการที่สำคัญในสถานศึกษา ได้แก่

2.2.1.1 การจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิต เพื่อให้นักเรียนมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด รู้จักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดี จัดการความขัดแย้งและปัญหาต่างๆ ในชีวิต และรู้จักขอความช่วยเหลือ

2.2.1.2 เพิ่มความสามารถของครูในการสังเกตนักเรียนที่อาจมีปัญหาทางจิตใจและเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ความช่วยเหลือนักเรียนหรือส่งต่อเพื่อรับความช่วยเหลือ

2.2.1.3 จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และพูดคุยปรึกษากัน ตลอดจนพัฒนาความร่วมมือระหว่างชุมชน ครู ผู้ปกครอง และนักเรียน

2.2.1.4 ให้การปรึกษาช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้ทำร้ายตนเอง

2.2.2 บทบาทของสื่อมวลชนกับการป้องกันความพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาวิจัยพบว่า การนำเสนอข่าวมีส่วนชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวและพื้นที่ๆ มีการนำเสนอข่าวเข้มข้นกว่าจะได้รับผลกระทบมากกว่า ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาในหลายพื้นที่ เชื่อว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นเพราะรายงานข่าวการฆ่าตัวตาย เป็นการนำเสนอแบบอย่างของการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ ผู้ที่มี

แนวโน้มน้อยอยู่แล้วหรือผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันกับผู้ฆ่าตัวตายจึงลดความยับยั้งชั่งใจ โดยเฉพาะหากผู้ฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่เป็นที่ชื่นชอบจะส่งผลทำให้เกิดการเลียนแบบฆ่าตัวตายได้ คือ

2.2.2.1 บรรยายวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายอย่างละเอียด

2.2.2.2 อธิบายสาเหตุของการฆ่าตัวตายไว้อย่างง่าย ๆ ว่าเป็นเพราะความเครียด ทั้งที่ในความจริงมักมีหลายสาเหตุประกอบกัน เช่น รายงานข่าวว่าสอบได้คะแนนไม่ดีจึงฆ่าตัวตาย

2.2.3 ไม่นำเสนอปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่แล้วของผู้ฆ่าตัวตาย

2.2.4 ไม่นำเสนอผลตามมาของการฆ่าตัวตาย เช่น กรณีฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและเกิดความพิการ เป็นอัมพาต สมองพิการ หรือผลกระทบต่อการครอบครัวที่อยู่เบื้องหลัง

2.2.5 ไม่นำเสนอวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่แนะนำวิธีการที่ง่ายเกินจริง หรือไม่เหมาะสมกับปัญหาที่ซับซ้อนอันเป็นสาเหตุที่แท้จริงของการฆ่าตัวตาย เช่น เพียงแนะนำว่าให้ตั้งคณมน้ำใจต่อกัน

2.2.6 นำเสนอ "รางวัล" ที่ได้รับจากการฆ่าตัวตาย เช่น การเป็นที่รู้จักดังนั้นการนำเสนอข่าวที่ดีจึงควรเลี่ยงการนำเสนอภาพของผู้ตกอยู่ในสภาพท้อแท้สิ้นหวังหรือลงรายละเอียดของการฆ่าตัวตาย และไม่ควรเสนอข่าวเพื่อความตื่นเต้นเร้าใจ ข่าวที่ดีควรจะเป็นการศึกษาและสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชน ดังนั้นการนำเสนอประสบการณ์ของผู้เคยมีความที่คิดทำร้ายตนเองและผ่านพ้นวิกฤตของชีวิตมาได้ด้วยดีเป็นแบบอย่าง และเพื่อเป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิตนอกจากนี้การนำเสนอภาพการทำร้ายตนเองในภาพยนตร์หรือละครควรได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และขณะนำเสนอภาพการทำร้ายตนเองควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงสถานบริการช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายและบริการปรึกษาผู้ทุกข์ใจ ซึ่งสื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ด้านการปรับตัวในชีวิต เพิ่มคุณภาพชีวิตครอบครัวและชุมชน

2.3 การควบคุมวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย คนส่วนมากเข้าใจว่า คนที่คิดฆ่าตัวตายจะใช้วิธีการที่โหดมือ ใช้อุปกรณ์ที่หยาบคายได้ง่าย จึงเชื่อว่าการควบคุมอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายไม่น่าจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ แต่จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าการควบคุมอุปกรณ์หรือวิธีการที่มีผู้ใช้ฆ่าตัวตายมากจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเป็นการกระทำที่หุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะ ในผู้ที่มีอายุน้อย หรือทำได้เพราะมีวิธีการที่ง่ายและไม่ทรมาน การมีมาตรการป้องกันจึงช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ ซึ่ง ตัวอย่างของการควบคุมอุปกรณ์หรือวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ที่มีผลในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ได้แก่

2.3.1 การลดการจำหน่ายอนาล็อก ซึ่งเป็นยาที่มีอันตรายเมื่อรับประทานเกินขนาด

2.3.2 การเปลี่ยนส่วนผสมแก๊สที่ใช้ภายในบ้านไม่ให้เป็นพิษ (เช่น ถังปิ๊ป, อังกฤษ)

2.3.3 การลดไอเสียของรถยนต์ให้มีส่วนผสมของคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยลง

2.3.4 การควบคุมการมีอาวุธปืนไว้ในครอบครอง

2.3.5 การควบคุมการเก็บ / ขาย สารพิษที่ใช้ในการเกษตร

2.3.6 การสร้างรั้วกันบริเวณสะพานสูงหรือที่สูง เพื่อป้องกันการกระโดดจากที่สูง

2.4 จัดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต บริการปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในช่วงที่ชีวิตตกอยู่ในภาวะวิกฤต จะช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกทางเดินที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเขาในระยะยาว กลุ่มที่ควรได้รับความช่วยเหลือได้แก่

2.4.1 กลุ่มคนว่างงาน ผู้ตกงานมักมีปัญหาด้านการเงิน และอาจรู้สึกท้อแท้ไม่มีคุณค่าหรือในบางครั้งการตกงานอาจเป็นผลจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ทำให้ผลงานตกต่ำลงจึงถูกให้ออกจากงาน กลุ่มผู้ว่างงานจึงควรได้รับการช่วยเหลือ

2.4.2 กลุ่มผู้ประสบปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรส ความขัดแย้งในครอบครัวและชีวิตสมรสเป็นเหตุกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองที่สำคัญ ควรจัดบริการปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวและชีวิตสมรสและในกรณีคู่สมรสตัดสินใจแยกทางกัน ควรช่วยเหลือคู่สมรสและเด็กๆ ในการปรับตัวกับการแยกทางกัน

2.4.3 กลุ่มผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรงเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยอาจทำให้การฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการช่วยเหลือด้านสังคมและจิตใจ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ที่สำคัญสังคมควรให้โอกาสและกำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ควรมีบริการปรึกษา แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข จำเป็นต้องมีทักษะในการวินิจฉัยและให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาอารมณ์เศร้า ปัญหาการปรับตัวและผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย ในการศึกษาของประเทศสวีเดนพบว่า การเสริมความรู้และทักษะแก่แพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างถูกต้องจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้

2.4.4 การจัดบริการเฉพาะอื่น ๆ นอกเหนือจากการบริการปรึกษาปัญหาชีวิตในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ แล้วยังอาจบริการเพิ่มเติม เพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น บริการโทรศัพท์สายด่วน โทรศัพท์สายด่วนจะไม่สามารถแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้จำเป็นต้องมีระบบบริการปรึกษาที่มีคุณภาพและเป็นบริการที่พบกันโดยตรง เช่น หน่วยบริการสุขภาพจิตฉุกเฉิน การประเมินผลบริการโทรศัพท์สายด่วนในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และอยู่ในภาวะโดดเดี่ยว ภายหลังการนำเสนอข่าวทางโทรทัศน์เกี่ยวกับบริการนี้มักมีผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น แต่อัตราการฆ่าตัวตายและอัตราการฆ่าตัวตายในพื้นที่นั้นพิสูจน์ไม่ได้ว่ามีการลดลงอย่างชัดเจนทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดของวิธีการประเมินหรือเป็นเพราะบริการชนิดนี้ตอบ

สนองความต้องการของประชากรคนละกลุ่มกับผู้ฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ความนิยมของบริการชนิดนี้แสดงให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตที่มีอยู่สูงในประชาชนทั่วไป

2.4.5 การปรึกษาในโรงเรียนและสถานศึกษา เป็นบริการที่นักเรียนและนักศึกษาสามารถเดินเข้าไปปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียน และชีวิตส่วนตัว เหมือนกับการที่โรงเรียนและสถานศึกษาต่างๆ จัดให้มีห้องพยาบาลทางกายไว้ประจำ

2.5 การวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชอย่างถูกต้อง ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชในขณะที่ฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและคิดสุรา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้ใช้บริการที่หน่วยบริการจิตเวช สถานบริการทางสุขภาพทั่วไปจึงต้องมีขีดความสามารถในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องทั้งการรักษาทางกาย และทางจิตเวช ตลอดจนถึงการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดควรมีความเชื่อมโยงถึงกัน เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาหลายอย่างพร้อมกัน

2.6 การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและสังคม การสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชน ให้มีความเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมใจกันปกป้องลูกหลานจากอิทธิพลของค่านิยมที่ไม่เหมาะสม พัฒนาโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพกายและใจ ช่วยสร้างสังคมให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแปลกแยก ให้ทุกคนได้ร่วมสร้างคุณค่าให้กับชุมชน จะเป็นเกราะป้องกันที่ดีของปัญหาการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาและรายงานการวิจัย พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายประมาณครึ่งหนึ่งจะส่งสัญญาณเตือนบางประการก่อนลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งถ้าหากญาติหรือผู้ใกล้ชิดให้ความสนใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนดังกล่าวที่แสดงออกมาในลักษณะทางกาย อารมณ์ สื่อความหมายด้วยวาจา และการกระทำ เช่น น้ำหนักลด ขับถ่ายไม่เป็นเวลา นอนไม่หลับ ซึมเศร้า แยกตัวเองจากกลุ่ม โกรธง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการเรียนตกต่ำ พูดบ่นกลุ้มใจไม่สามารถจะหาทางแก้ไขปัญหาได้ ไม่อยากเป็นภาระให้กับผู้อื่น บ่นอยากตาย ทำร้ายตนเอง และเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ควรดำเนินการป้องกันการเข้าถึงอุปกรณ์ ที่อาจจะนำไปใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายได้ และปรึกษาญาติผู้ใหญ่ หรือผู้ที่มีความรู้เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ หรือนำส่งโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับคำปรึกษาต่อไป การจัดสถานศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อม และการควบคุมการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนก็เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ระดับหนึ่ง

3. หลักการให้ความช่วยเหลือผู้พยายามทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, และคณะ (2541 หน้า 70-74) ได้กล่าวว่าความคิดฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นได้ ขณะที่คนเราเกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึกลับหวังมองไม่เห็นทางออกของปัญหา หรือเกิดขึ้นในขณะที่มีความรู้สึกโกรธ รู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยวรู้สึกว่าไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมรอบข้าง ไม่มีใครเข้าใจหรือใส่ใจความเป็นอยู่ของเขา รู้สึกไร้ค่า ผู้พยายามทำร้ายตนเองมักมีความลังเลอยู่ภายในใจระหว่างการมีชีวิตอยู่ต่อไปกับการจบชีวิตของตนเองลง การช่วยเหลือจะใช้ประโยชน์จากความลังเลใจดังกล่าว โดยการช่วยให้ผู้พยายามทำร้ายตนเอง ตระหนักว่าในใจของตน มีสิ่งที่ไม่อยากจะมีชีวิตและที่ยังอยากอยู่ต่อไป และได้มีโอกาสทบทวนเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีผู้พยายามทำร้ายตนเอง เช่น จะกระโดดจากที่สูง หรือจะยิงตัวเอง การให้ความช่วยเหลือควรมีหลักพื้นฐานดังนี้

1. ปลอดภัยไว้ก่อน กฎข้อแรก คือผู้ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองและทีมงานทุกคนที่เกี่ยวข้อง การช่วยเหลือควรทำอย่างเต็มที่แต่จะต้องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้พยายามทำร้ายตนเองมีอาวุธอยู่ในมือ หรืออยู่ในตำแหน่งที่อาจเกิดอันตรายได้ง่าย

- 1.1 มีการเตรียมทีมงาน วางแผน แบ่งหน้าที่ ตกลงกันก่อนว่าใครจะทำอะไร ใครจะเป็นผู้พูดคุย ใครเป็นผู้เข้าประชิดหากการพูดคุยล้มเหลว และจำเป็นต้องเข้าถึงเนื้อตัวกัน ไม่ควรมีผู้ช่วยเหลือมากเกินไปในบริเวณที่พูดคุย เพราะอาจทำให้เขาตื่นตระหนก

- 1.2 สังเกตว่าเขามีอาวุธ หรือสิ่งที่จะใช้เป็นอาวุธอยู่ใกล้มือหรือไม่ รวมทั้งอาวุธที่อาจซุกซ่อนอยู่ในตัว เช่น ดุกระเป๋ากางเกงตุง ถ้าผู้พยายามทำร้ายตนเองมีอาวุธอาจจะต้องขอร้องให้เขาวางอาวุธลงก่อน เช่น อาจพูดว่า "จะวางมีดลงก่อนได้ไหม จะทำให้เราคุยกันได้สบาย ๆ" หรือรักษาระยะห่างที่เหมาะสม

- 1.3 ผู้ทำหน้าที่พูดคุย ควรมองทางหนีไว้และมีผู้ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

- 1.4 หลีกเลี่ยงการจู่โจม โดยเฉพาะถ้าไม่มีตัวประกัน หรือเหตุการณ์ไม่มีอันตรายรุนแรง แต่หากมีตัวประกันอยู่ การเข้าจู่โจมอาจมีความจำเป็นมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาทางเลือกอย่างรอบคอบ

- 1.5 ควรคัดเลือกผู้ทำหน้าที่พูดคุยที่มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การเตรียมตัวให้พร้อม เช่น ดื่มน้ำ เข้าห้องน้ำ เตรียมใจให้สงบผ่อนคลาย เพราะการพูดคุยอาจต้องใช้เวลานาน

2. สร้างความไว้วางใจ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีซึ่งสามารถทำได้ โดย

- 2.1 รวบรวม และรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้พยายามทำร้ายตนเองให้มากที่สุด เพื่อการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีก่อนการพูดคุย

2.2 ทักทาย แนะนำตัว อาจพูดว่า

" สวัสดีครับ ผมชื่อ ... มาขอคุยด้วยเพื่อดูว่าเราจะช่วยอะไรคุณได้บ้าง ขอคุยด้วยสักพักนะครับ "

" ไม่ทราบว่าจะให้เรียกตัวคุณว่าอะไรดี " หรืออาจทักชื่อของเขาก็ได้ หากสอบถามได้จากผู้อื่น

2.3 รับฟังเรื่องราวของเขา โดยเริ่มเปิดประเด็นด้วยคำถามเปิด

" พอจะบอกได้ไหม ว่าเกิดอะไรขึ้น คุณถึงมาที่นี่ "

2.4 สรุปประเด็น ทบทวนความเข้าใจ เพื่อให้ผู้พยายามทำร้ายตนเองเกิดความรู้สึกว่าเราตั้งใจฟัง ใส่ใจ และเข้าใจปัญหาของเขา

2.5 แสดงความห่วงใยอย่างเหมาะสม เช่น หากอยู่กลางแจ้งมานาน อาจขอให้เขานั่งลงก่อนหรือทักว่า " อยู่ตรงนี้มีมานาน ไม่ร้อนแน่หรือครับ ดื่มน้ำสักหน่อยไหม " หากเขารู้สึกไม่ไว้วางใจ เช่น สงสัยว่าน้ำที่ให้ผสมยานอนหลับ เราต้องดื่มด้วยเพื่อแสดงความจริงใจ การขอร้องหรือการทักเช่นนั้นนอกจากเป็นการแสดงความห่วงใยแล้ว การที่เขายอมทำตามในเรื่องง่าย ๆ ก่อนจะช่วยเพิ่มโอกาสในการร่วมมือมากขึ้น เมื่อขอร้องในเรื่องที่ยากขึ้น

2.6 ทำความเข้าใจในปัญหาที่เขาประสบ โดยการรับฟัง ไม่คัดค้าน ได้เฉยหรือซ้ำเติม แต่ก็ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2.7 หากเป็นไปได้ควรเลือกผู้ช่วยเหลือที่เป็นคนรู้จัก หรือเป็นคนที่ผู้จะทำร้ายตนเองมีความรู้สึกที่ดีและพูดภาษาเดียวกัน จะช่วยให้ได้รับความไว้วางใจดีขึ้น ใช้ท่าทางที่เป็นมิตร ไม่วางตัวเป็นผู้มีอำนาจ

2.8 แสดงความจริงใจ เปิดเผย อาจยกมือเพื่อแสดงให้เห็นว่าไม่มีอาวุธ อย่าล้วงกระเป๋าเพราะอาจทำให้เขาระวัง อาจเลี่ยงการแต่งกายในชุดเครื่องแบบ

2.9 ไม่ตำหนิ ดูถูก ทำทนาย หรือเย้ยหยัน

2.10 สีนํ้า และน้ำเสียง ควรสงบเยือกเย็น เป็นกลาง ไม่ก้าวร้าว ไม่โกรธตอบ อาจพูดซ้ำว่าเขาเล็กน้อย เพื่อเหนี่ยวนำให้เขาสงบลง ไม่พูดดงเกินไป

2.11 ควรสบตา ประสานสายตากับ้อยๆ เพื่อแสดงให้เขาเห็นว่าเรามีความห่วงใยเขา แต่อย่างจ้องนานๆ เพราะอาจทำให้เขาคิดว่าเราก้าวร้าว

2.12 ท่าทาง สงบเยือกเย็น แต่ตื่นตัวอยู่เสมอ ควรรักษาระยะห่างอย่าเข้าใกล้เขามากนัก ไม่ผลุนผลันเข้าไป เพราะอาจทำให้เขาตกใจ พยายามอย่าให้เขารู้สึกว่าถูกดื้อนเข้ามุม ถ้าเขายืนประจัญหน้า ควรยืนเฉียงไปด้านข้างเล็กน้อย หัวทั้ง 2 ข้างห่างกันประมาณช่วงไหล่ เพราะจะเคลื่อนไหวได้สะดวก สังเกตปฏิกิริยาของเขาหากผ่อนคลายลง อาจเข้าใกล้ทีละน้อย

2.13 อาจเบี่ยงเบนความคิดออกจากเรื่องฆ่าตัวตาย เช่น ขอให้ทำอะไรง่ายๆ ให้หยิบของให้ เพื่อเปลี่ยนประเด็นการคุย เพิ่มเวลาในการทำความรู้จักกัน แทนที่จะเผชิญหน้ากันด้วยเรื่องจะฆ่าตัวตาย หรือไม่

2.14 พยายามให้ผู้คิดทำร้ายตนเองพูดได้ตอบกับเรา ในลักษณะยอมรับหรือเห็นด้วย โดยตั้งคำถามที่รู้ว่าเขาจะต้องตอบรับแน่นอน เพราะคนที่เห็นด้วยกับเราจะโกรธยาก

2.15 กระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก พยายามให้เขาพูดเรื่อย ๆ เพราะนอกจากเขาจะรู้สึกผ่อนคลายขึ้นแล้ว ยังสามารถลดโอกาสการลงมือทำร้ายตนเอง เนื่องจากการกระทำสองอย่างจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้ยาก

2.16 ไม่ขัดแย้ง พยายามเป็นฝ่ายเดียวกับเขา แสดงความเห็นด้วยกับคำพูดหรือความรู้สึกของเขาให้มากที่สุด แต่ต้องไม่โกหก เน้นการเห็นด้วยกับความรู้สึกของคนๆ นั้นมากกว่าเนื้อหาที่กำลังเป็นปัญหาอยู่

2.17 พยายามถ่วงเวลา อาจเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับคนที่เขาต้องการคุยด้วย อาจถามว่า " ต้องการจะพบใคร หรืออยากพูดกับใคร " ทั้งนี้ผู้ช่วยต้องประเมินว่าบุคคลนี้จะไม่กระตุ้นให้เขาลงมือทำร้ายตนเองเร็วขึ้น

2.18 ถ้าอยู่ในห้อง อาจให้เขานั่งลงบนเก้าอี้นุ่ม ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายขึ้น และลดโอกาสในการเคลื่อนไหวเพื่อทำร้ายตนเองลง แต่ผู้เข้าไปพูดคุยไม่ควรนั่งบนเก้าอี้ที่นุ่มหรือสบายเกินไป เพื่อจะได้เคลื่อนไหวได้ทันเมื่อจำเป็น

3. สร้างความหวัง ความคิดฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นเมื่อมองไม่เห็นทางออกของปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ การพูดคุยเพื่อช่วยให้มองเห็นทางเลือกต่างๆ ได้ดีขึ้นจะช่วยให้เกิดความหวัง อย่างไรก็ตามอารมณ์ความรู้สึกมักจะบดบังความชัดเจนทางความคิด การสร้างความหวัง จึงต้องดำเนินการควบคู่กันไปหลายอย่างดังนี้

3.1 ลดอารมณ์ที่พลุ่งพล่านลง โดยการพูดคุยด้วยท่าทีที่สงบ ไม่แตกตื่นอันจะช่วยเหนี่ยวนำให้เขาเกิดความสงบลง การได้พูดเล่าระบายความทุกข์จะช่วยลดอารมณ์ที่ถูกกักขังอยู่ในลงได้ ควรเปิดโอกาสให้เขาได้พูดเล่าเรื่องราวโดยไม่ขัดแย้ง

3.2 ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อพูดคุยได้สักพักจนมีท่าทีที่ผ่อนคลายขึ้น ควรชักชวนให้เขาย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ลดอันตรายลง เช่น หากยืนอยู่ขอบตึกอาจพูดว่า "พอจะนั่งลงคุยกันได้ไหม จะได้ไม่พลัดตกลงไประหว่างที่เราคุยกัน"

3.3 ช่วยให้เขาได้มีโอกาสมองปัญหาจากมุมมองอื่นที่จะช่วยให้เห็นทางออกได้ดียิ่งขึ้น

3.4 อาจช่วยแก้ไขปัญหบางเรื่องในขั้นแรก เพื่อให้เกิดกำลังใจ และอยากมีชีวิตอยู่

4. ควบคุมฝูงชน ฝูงชนอาจจะโกลนท่าทายเป็นเขาลงมือทำร้ายตนเอง อาจมีการถ่ายภาพ แสงไฟจากกล้องถ่ายรูปจะยิ่งทำให้เกิดความสับสนวุ่นวายใจ และเพื่อให้ผู้พยายามทำร้ายตนเองไม่รู้ ลึกเสียหน้า ควรหาวิธีการควบคุมเพื่อให้บรรยากาศการพูดคุยผ่อนคลาย ไม่วุ่นวายสับสน

5. เตรียมแผนรองรับเมื่อลงมือทำ เตรียมแผนรองรับหากการพูดคุยเพื่อช่วยเหลือไม่สามารถหยุดการทำร้ายตนเองได้ หรือกรณีเกิดอุบัติเหตุ เช่น หากยืนอยู่ขอบตึกจะกระโดดลงมา ควรมีทีมงาน จัดเตรียมพื้นที่ด้านล่าง จัดหาอุปกรณ์เพื่อลดแรงกระแทก เช่น ก่อองกระดาด เบาะรอง และทีมแพทย์ พยาบาล รถพยาบาล เพื่อเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ

6. พิจารณาอาการทางสมองและโรคจิต อาการทางสมองหรือการทางจิตรวมทั้งการเมายา จะรบกวนการตัดสินใจและทำให้การพูดคุยเพื่อช่วยเหลือเป็นไปได้ยากและอาจจำเป็นต้องพิจารณาใช้มาตรการเร่งด่วนมากขึ้น เพื่อป้องกันอันตราย

7. การดูแลจิตใจผู้ช่วยเหลือ การช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายเป็นภาระที่หนักจำเป็นต้องหมั่นดูแลใจของทีมงาน โดยเฉพาะกรณีที่ช่วยไม่สำเร็จ อาจรู้สึกเสียใจ โกรธ เสียหน้า หรือรู้สึกผิด เพื่อนร่วมงานต้องให้กำลังใจ ไม่ซ้ำเติมหรือหยอกล้อ

8. การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้พยายามทำร้ายตนเอง หลังจากได้รับการช่วยเหลือ ผู้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นควรแนะนำ หรือส่งต่อ พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำและปรึกษาเกี่ยวกับการปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข และยังคงค้างคาใจ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้มีโอกาสดูผ่อนคลายลงได้

จากการศึกษาทำให้ทราบว่า ผู้พยายามทำร้ายตนเอง หรือ พยายามฆ่าตัวตายมักเกิดความรู้สึกเลวอยู่ภายในใจระหว่างการมีชีวิตอยู่ต่อไป กับการจบชีวิตของตนเองลง ดังนั้นการช่วยเหลือจะใช้ประโยชน์จากการความเลวใจดังกล่าว โดยการช่วยให้ผู้เลวใจได้เกิดความตระหนักว่าในใจตนเองมีทั้งความคิดอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยเปิดประเด็นให้เขาได้ทบทวน เพื่อหาทางออกที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาและการเจรจาต่อรอง ซึ่งต้องอาศัยหลักพื้นฐาน คือ ต้องสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ และให้ความมั่นใจ พยายามให้ค้นหาปัญหาสาเหตุ และหาวิธีการแก้ไขปัญหา ให้ความหวังที่เป็นไปได้ ขณะเดียวกันก็ต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน คือ ต้องมีการควบคุมฝูงชนมีแผนรองรับเมื่อเขาลงมือกระทำ เช่น จัดเตรียมรถพยาบาล เบาะรองจากที่สูง ซึ่งหากผู้เจรจาต่อรองละเอียดจุดใดจุดหนึ่ง อาจส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ให้การช่วยเหลือ ซึ่งอาจกระทบกระเทือนต่อครอบครัวของทั้งสองฝ่ายได้

4. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจากได้รับการช่วยเหลือ

4.1 การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หลังจากที่ได้ให้การรักษาตามอาการแล้วแพทย์ก็จะให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและให้การรักษตามขั้นตอน ซึ่งส่วนมากจะแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

4.1.1 Medical Management การช่วยเหลือทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับความรุนแรง วิธีการและอาวุธที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสภาพการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายอื่น ๆ ด้วย เช่น อาการที่เกิดจากการตกค้างของสารพิษที่ดื่มเข้าไป หรือรอยแผลจากกระสุนที่ไต่ยังทำร้ายตนเอง พยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้คอยประเมินสภาพจิตใจ ไปพร้อมๆ กับการสังเกตอาการทางด้านร่างกายไปพร้อมๆ กัน และใช้กระบวนการ การให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้ไว้วางใจ และยอมพูดคุย ได้ผ่อนคลาย ได้ระบาย และเปิดใจ พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพิจารณาในการตัดสินใจเลือกทางเดินเอง

4.1.2 Suicide Precaution ในระหว่างผู้ป่วยรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกได้ พยาบาลจิตเวชต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายอีก ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยการสังเกตอาการต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด เช่น ระวังวัตถุที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ ในการกระทำการฆ่าตัวตายได้อีก วิธีการฆ่าตัวตายอาจใช้อุปกรณ์ต่างๆ ทางทางการแพทย์ เช่น สายน้ำเกลือ สายออกซิเจนในการผูกคอตายได้ ไม่มีการแยกหรือปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องตามลำพังหรืออยู่คนเดียว ควรมีเจ้าหน้าที่หรือญาติคอยติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่ห่างๆ

4.1.3 Psychiatric Treatment ในกรณีที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการฆ่าตัวตาย ถ้าในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ จะต้องส่งพบจิตแพทย์ทุกราย หรือถ้าไม่มีจิตแพทย์ส่งคลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งจะมีพยาบาล หรือนักจิตวิทยาที่ได้ผ่านการอบรมแล้วคอยให้คำปรึกษาภายใน 48 – 72 ชั่วโมง ถึงแม้พฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจะไม่รุนแรงก็ตาม เมื่อผู้ป่วยพักฟื้นอยู่ได้ระยะหนึ่งแล้วจำเป็นจะต้องกลับบ้าน คณะเจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีบทบาทมากขึ้นในข้อการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยดังนี้ คือ

4.1.3.1 ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับบ้าน พยาบาลจะประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยของว่าเป็นเช่นไรบ้าง และควรจะได้พบกับญาติเพื่อพูดคุยอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อความแน่ใจว่าญาติผู้ใกล้ชิดจะดูแลและติดตามสังเกตอาการของผู้ป่วยได้ และพึงระลึกว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนมากไม่ต้องการจะตายจริงๆ เพียงแต่ในช่วงเวลานั้นรู้สึกท้อหนทางในการแก้ไขปัญหา เมื่อการฆ่าตัวตายผ่านพ้นไป การกลับมาคิดถึงการฆ่าตัวตายอีกมิได้สูง ได้มีผู้ศึกษาพบว่า ร้อยละ 99 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะเลือกแก้ปัญหาโดยการฆ่าตัวตายอีกในช่วงเวลา 1 ปี

4.1.3.2 ระวังการจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลับไปกินที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องใช้อย่างประจำ การจ่ายยาให้ผู้ป่วยในแต่ละครั้งจำนวนมากเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจกินยามากเกินไป (Overdose) ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ ดังนั้นจึงควรจ่ายยาให้กับญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่มารับผู้ป่วยกลับบ้าน รวมทั้งจะต้องมีญาติเป็นผู้เก็บยาและจ่ายยาให้ผู้ป่วยรับประทานตามกำหนดเวลา จะไม่ให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ เพื่อเป็นการป้องกันการรับประทานยามากเกินไป

4.1.3.3 สร้างเงื่อนไขผูกพันกับผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่กลับไปทำการฆ่าตัวตายอีก โดยมีเงื่อนไขว่า ถ้าหากผู้ป่วยมีความคิดเช่นนั้นอีกจะโทรศัพท์มาปรึกษา หรือเข้ามาปรึกษาได้ที่หน่วยบริการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาล เพื่อมาร่วมกันพิจารณาและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ปัญหาทุกอย่างในโลกนี้มีทางออก และหาทางแก้ไขได้เสมอ ไม่ต้องรีบด่วนตัดสินใจด้วยวิธีที่รุนแรง แนะนำให้พูดคุยระบายให้กับเพื่อนหรือญาติสนิทที่เข้าใจรับทราบ มองโลกในแง่ดีคิดว่าทุกคนยินดีให้คำปรึกษา จากนั้นนัดผู้ป่วยมาพบเพื่อติดตามผลการรักษาในครั้งต่อไปตามอาการ

4.1.3.4 สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากการฆ่าตัวตายแล้วก็คือ ผู้ให้คำปรึกษา หรือพยาบาลจิตเวช ควรจะคำนึงถึงก็คือ การสร้างสัมพันธภาพ และเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรในขณะที่เขาพยายามฆ่าตัวตาย เช่น รู้สึกกังวล กลัว หรืออื่นๆ นอกจากนี้ควรประเมินสภาพจิต (Mental Status) ว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรในเรื่องการฆ่าตัวตาย หรือยังมีความคิดที่ต้องการจะฆ่าตัวตายอยู่อีกหรือไม่ ในทำนองเดียวกันก็ต้องประเมินความเสี่ยงหรือแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายอีก เช่น เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน มีประวัติว่ามีบุคคลในครอบครัวเคยฆ่าตัวตายและมีร่องรอยของการทำร้ายร่างกาย เช่น รอยแผลเป็นจากการกรีดข้อมือ เป็นต้น

4.2 การดูแลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโดยครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540 หน้า 101) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้ ถ้าปราศจากครอบครัวที่ดี ดังนั้นครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือฟื้นฟูทางด้านสังคมหรือทางการแพทย์ การนำเทคนิคจิตบำบัดครอบครัวมาใช้เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางที่ทางการแพทย์นิยมนำมาใช้ ซึ่งได้ผลเป็นอย่างดีมาแล้ว จิตบำบัดครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกันและทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆ เท่านั้น จิตบำบัดครอบครัวจะมองปัญหาอยู่ที่ ภายนอกตัวบุคคล คือ บริบท (Context) และต้องแก้บริบท ซึ่งหมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน สังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง เป็นต้น เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการฟื้นฟูสภาพและบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง หลักสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ ต้องช่วยครอบครัว เป็นที่พึ่งพิงทางใจของผู้นั้นได้ เป็นที่ซึ่งจะทำให้เขารู้สึกปลอดภัย

ภัยได้รับความเข้าใจและการยอมรับ และเป็นທີ່ซึ่งจะสร้างพลังให้เขาสามารถออกไปเผชิญกับโลกภายนอกได้ โดยมีหลักการดังนี้

4.2.1 ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตาย การช่วยให้ญาติ

บิดา มารดา ผู้ปกครองค้นหาความจริงจากผู้ป่วยว่า เพราะอะไรผู้ป่วยจึงไม่ยอมมีชีวิตอยู่ โดยให้ครอบครัวเป็นผู้ค้นหาสาเหตุและวิเคราะห์โดยสมาชิกในครอบครัวร่วมกัน

4.2.2 สร้างความรู้สึกเชื่อมโยงและผูกพัน จะโดยสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนก็ได้สร้างความสัมพันธ์ ความรู้สึกเชื่อมโยง ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ สามารถเล่าปัญหาของตนเอง เปิดเผยอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ที่เก็บกดอยู่ สร้างความรู้สึกว่าบุคคลนั้นรัก สนใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยไม่ว่าจะบอกพร้อมอย่างไร พร้อมเสมอที่จะอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยในสถานการณ์คับขันแทนที่จะให้เขารู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างและหาทางออกโดยการพยายามฆ่าตัวตายอีก

4.2.3 ปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวให้เหมาะสม ครอบครัวจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการสื่อสารที่ชัดเจน ครอบครัวควรจะมีการแสดงความรักใคร่ ผูกพัน ค่อกันเพิ่มขึ้น พ่อแม่ปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาคัดค้านจากการใช้ถูกเป็นบุคคลที่สาม มาเป็นหันหน้าเข้าหากันพูดคุยกันด้วยเหตุผล เป็นต้น

4.2.4 ลดความหุนหันพลันแล่นและขาดความยั้งคิดที่อยู่ในระบบครอบครัว จะต้องมีการฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักอดทนรอคอย โดยครอบครัวจะต้องไม่ตามใจผู้ป่วยดังที่เคยทำในอดีต ไม่ทำตามที่ผู้ป่วยต้องการทันที แต่ปล่อยให้รอคอยและพบกับความผิดหวังบ้าง

4.2.5 ปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูให้เป็นคนแข็งแรงยิ่งขึ้น เมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นครอบครัวจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ให้ผู้ป่วยเท่าที่ควร ครอบครัวจะทำหลายอย่างเพื่อล้างความรู้สึกผิดดังกล่าว เช่น อาจตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ไม่ยอมให้เผชิญกับความยากลำบากหรือความเครียดใดๆ เลย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนอ่อนแอและเปราะบาง

4.2.6 ครอบครัวควรจะมีการประนีประนอม ควรมีการพูดคุยปรับความเข้าใจและแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกภายในครอบครัว ช่วยกันคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อที่จะได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาดังตรงประเด็นได้ โดยเฉพาะวัยรุ่นมักมีปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่ในเรื่องความคิด ความเป็นตัวตนเอง ดังนั้นครอบครัวจึงควรจะมีการรู้จักพูดคุยตกลงในปัญหาที่เกิดขึ้น

4.2.7 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาบุคลิกภาพและการปรับตัว ครอบครัวจึงควรจะมีบทบาทในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีทักษะทางสังคมที่ดี และมีวิธีการแก้ปัญหที่เหมาะสม

ดังนั้น การดูแล ฟันฟุสภาพ ผู้ป่วยหลังจากได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากแพทย์แล้ว จะต้องมีการให้การรักษาทางใจด้วยการส่งไปที่คลินิกให้คำปรึกษา เพื่อให้จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือผู้ที่ผ่านการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ได้ทบทวนตนเอง และค้นหาคุณค่าในตนเอง และพิจารณาผลดีผลเสียที่จะตามมาหลังการกระทำ ก่อนปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจะต้องผ่านการประเมินเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย พร้อมให้คำปรึกษากับญาติครอบครัวในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจที่บ้าน พร้อมทั้งการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การฟื้นฟูสภาพจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไปหากญาติหรือผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจจะเลยอาจทำให้บุคคลนั้นกลับไปพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จได้

5. แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Freud, S. 1976, อ้างใน ัญญลักษณ์ โรหิตเสถียร, หน้า 3) เป็นนักปรัชญา นักวิทยาศาสตร์และจิตแพทย์ เป็นผู้ริเริ่มงานศึกษาค้นคว้าข้อเท็จจริงทางจิตใจ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างแท้จริง คือมีการสังเกตพฤติกรรมของคนไข้ จดข้อมูลที่สังเกตเห็นอย่างละเอียด แล้วเอาข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ตีความแล้วตั้งเป็นทฤษฎี ทฤษฎีของเขาได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในยุคนั้น มีแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจที่พัฒนาตามมาอีกมาก แม้ในปัจจุบันความสำคัญของทฤษฎีจิตวิเคราะห์จะมีบทบาทน้อยลง และทฤษฎีทางด้านชีวภาพและการรักษาด้วยยาจะมีบทบาทสูงขึ้น แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันว่า ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เป็นส่วนที่ช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ของจิตใจได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ฟรอยด์ ได้แบ่งจิตใจของคนเราออกเป็น 3 ระดับตามการรับรู้ได้แก่ จิตสำนึก (The conscious) เป็นส่วนของจิตใจที่คนเรารู้สึกนึกคิดอยู่แต่ละขณะ จิตก่อนสำนึก (The reconscious) เป็นส่วนของจิตใจที่ตามปกติแล้วเราไม่ได้ตระหนักถึง แต่หากใช้ความตั้งใจก็จะขึ้นมาสู่จิตสำนึกได้ เช่น การพยายามนึกถึงเหตุการณ์บางอย่างในอดีต และจิตไร้สำนึก (The unconscious) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ตามปกติไม่อาจขึ้นมาในระดับจิตสำนึกได้ อาจแสดงออกมาในความฝัน หรือแสดงเป็นอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะเบี่ยงเบนไปจากความคิดความต้องการเดิม

นอกจากนี้ฟรอยด์ ยังได้แบ่งโครงสร้างจิตใจออกตามหน้าที่เป็น 3 ส่วน ได้แก่ อิด (Id) เป็นส่วนที่อยู่ในจิตไร้สำนึกเท่านั้นเป็นแรงผลักดันดั้งเดิมของคนเราแบ่งออกเป็น แรงผลักดันทางเพศ (Sex drive) และแรงผลักดันก้าวร้าว (Aggressive drive) อีโก้ (Ego) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่อยู่ทั้ง 3 ระดับของจิตใจ โดยจะควบคุมบริหารจัดการ ต่อแรงผลักดันต่างๆ ที่มา ปฏิสัมพันธ์กัน

ทำหน้าที่ประนีประนอมระหว่างแรงผลักดันจากอิด กับระเบียบหรือข้อจำกัดจากสภาพเป็นจริงภายนอก และแรงต่อต้านจากซูเปอร์อีโก้โดยทำหน้าที่เป็นไปตามกระบวนการคิดในระดับจิตไร้สำนึกที่ไม่สมเหตุสมผล ไม่คำนึงถึงผลที่จะตามมา ซูเปอร์อีโก้ (Superego) เป็นส่วนของจิตใจที่พัฒนาขึ้นมาแบ่งออกเป็น มโนธรรม (Conscience) ซึ่งมีหน้าที่คอยตัดสินความคิด การกระทำ ว่าถูกหรือผิด และ อุดมคติ (ego ideal) ซึ่งเป็นส่วนของบุคคลในอุดมคติที่เราอยากเป็นหรืออยากเลียนแบบ

และฟรอยด์ ยังเชื่อในเรื่อง พลังสร้างสรรค์ชีวิต (Love Instinct) การเจริญเติบโตและสัญชาตญาณทางเพศ (life growth and sexual instinct) ซึ่งแรงผลักดันหรือสัญชาตญาณนี้มีจุดประสงค์ที่จะรวบรวมสร้างอินทรีย์ให้เจริญ มีคุณภาพและมีโครงสร้างซับซ้อนขึ้น เชื่อในเรื่องพลังแห่งการทำลาย (Death Instinct) ว่าเป็นแรงผลักดันหรือสัญชาตญาณที่พยายามจะนำชีวิตกลับไปสู่ภาวะอนินทรีย์หรือไร้ชีวิต เป็นพลังทำลายที่ส่งผ่านอวัยวะสู่โลกภายนอก ถ้ามีเหตุขัดขวางมิให้สัญชาตญาณการทำลายส่งผ่านอวัยวะสู่โลกภายนอกสัญชาตญาณนั้นจะย้อนกลับมาทำลายตน หรือจะเปลี่ยนรูปไปเป็นมโนธรรม หรือศีลธรรม (Conscience) ดังอธิบายไว้ว่าสิ่งที่เกิดแก่ผู้ก้าวร้าว เมื่อความก้าวร้าวนั้นทำอันตรายต่อผู้อื่นหรือสิ่งอื่นไม่ได้สัญชาตญาณก้าวร้าวจะย้อนกลับสู่แหล่งกำหนด อีโก้ของคนผู้นั้นและต่อต้านอีโก้ที่มีอยู่เดิมในรูปของมโนธรรมที่เข้มแข็งกว่าควบคุมอีโก้ส่วนอื่น ความตึงเครียดระหว่างมโนธรรมส่วนย้อนกลับนี้กับอีโก้ที่มีอยู่เดิมนั้นเรียกว่า ความรู้สึกผิด ซึ่งแสดงออกโดยการ โทษตัวเอง ความต้องการถูกลงโทษ

แจคสัน และฟาร์เบอร์โรว์ (Jackson and Farberow, 1957 p.52) กล่าวว่า ในทางจิตวิทยา ฟรอยด์ เป็นผู้เริ่มสนใจเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายเป็นคนแรกโดยกล่าวในบทความเรื่อง ความโศกเศร้า (Mourning and Melancholia) ว่า "การเกลียดตนเองที่พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้านั้นมีจุดเริ่มจากแรงผลักดันของความโกรธที่มีต่อสิ่งที่ตนรักและความโกรธนั้นจะย้อนกลับมาทำลายตนเอง"

เมนนิงเจอร์ (Menninger, 1966 pp. 23-27) ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอีกท่านหนึ่งซึ่งศึกษาตามแนวคิดจิตวิเคราะห์ ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายว่ามี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของการตาย (element of dying) องค์ประกอบของการฆ่า (element of killing) และองค์ประกอบของการถูกฆ่า (element of being killed) เมื่อพิจารณาในแง่แรงผลักดันของพฤติกรรมจะแบ่งรูปแบบความปรารถนา (wishes) 3 แบบ คือ

1. ความปรารถนาที่จะฆ่า (The wish to Kill) เป็นแรงผลักดันก้าวร้าว เกิดจากสัญชาตญาณการทำลาย ร่วมกับความไม่พึงพอใจในการเลี้ยงดูในวัยเด็กแรงผลักดันนี้ทำหน้าที่ทำลายสิ่งที่เข้ามาขัดขวางความต้องการของบุคคลนี้ โดยปกติสัญชาตญาณการมีชีวิตจะเปลี่ยนแรงผลักดันก้าวร้าวให้เป็นแรงผลักดันที่สร้างสรรค์ ในกรณีที่สัญชาตญาณการมีชีวิตไม่สามารถจะเปลี่ยนแรงผลักดันก้าวร้าวได้หมด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นความก้าวร้าวที่ย้อนกลับมาทำร้ายตนเอง (introjection)

2. ความปรารถนาที่จะถูกฆ่า (The wish to be killed) เป็นรูปแบบการใช้กลไกทางจิตแบบยอม (submission) มีความพึงพอใจต่อการยอมเริ่มตั้งแต่การได้รับความเจ็บปวด การยอมแพ้ จนกระทั่งการถูกฆ่า ซึ่งเป็นลักษณะของมาโซคิสต์ ความปรารถนาที่จะทนทุกข์ ยอมรับความเจ็บปวด จนกระทั่งตายนี้พบในมโนธรรมความรู้สึกผิดชอบ (conscience) ฉะนั้น การฆ่าตัวตายจึงเป็นการฆาตกรรมที่เปลี่ยนทิศทาง (self murder) ไม่ใช่เป็นเพียงความก้าวร้าวที่ย้อนกลับสู่ตนเอง ยังเป็นการลงโทษตนเองของจิตไร้สำนึกอีกด้วย

3. ความปรารถนาที่จะตาย (The wish to die) แสดงออกมาในลักษณะไม่เห็นคุณค่าของการมีชีวิต คิดว่าชีวิตนั้นมีแต่ความทุกข์ ลำบาก ขมขื่น เกือบกดและยอมแพ้ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความปรารถนาที่จะตายมีผลทำให้ขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่กำลังเป็นและตายไปในที่สุด แมงนิงเจอร์ เชื่อว่าบุคคลผู้กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นจะต้องมีความปรารถนาดังกล่าวครบทั้ง 3 ชนิด ซึ่งวิธีการกระทำอาจแตกต่างกันตามแต่ความปรารถนาใดจะรุนแรงกว่า เช่น ถ้าความปรารถนาที่จะฆ่าตัวเองตายอย่างรุนแรงก็อาจจะกระทำโดยยิงตัวตาย หรือ ความปรารถนาที่จะถูกผู้อื่นฆ่ารุนแรงกว่าอาจจะไปนอนให้รถไฟทับ ส่วนความปรารถนาที่จะตายนั่นเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จหรือไม่ สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จเพราะ ไม่มีความปรารถนาที่จะตายหรือมีความปรารถนาที่จะไม่ตายอยู่ในจิตไร้สำนึก

เออวิน (Erwin, 1964 pp. 95-99) ได้อธิบายถึงการสื่อความหมายของพฤติกรรมฆ่าตัวตายว่ามี 2 นัย คือ นัยแรก เป็นรูปแบบของการทำลายตนเอง นัยสอง เป็นการร้องขอความช่วยเหลือและความเห็นใจจากบุคคลแวดล้อม หรือเป็นความต้องการที่จะหนีให้พ้นจากสภาพที่ทนไม่ได้ หรือสภาพจิตถูกครอบงำมาก ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นให้สนใจสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้กระทำกับบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ เพราะพฤติกรรมนี้มีส่วนจากบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ หรือมีผลที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือความรู้สึกของบุคคลเหล่านั้น หรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อที่จะแผ่อิทธิพลกระตุ้น ชักจูงหรือควบคุมให้กระทำตามวัตถุประสงค์ของผู้กระทำ การพยายามฆ่าตัวตายบุคคลเหล่านั้นมักจะเป็น คนรัก คู่ครอง หรือบุคคลในครอบครัวที่ผู้กระทำมักมีความรู้สึกรุนแรงในใจ เช่น การถูกปฏิเสธ ทะเลาะ แยกหรือหย่า สภาพอารมณ์ของผู้กระทำในขณะนี้ส่อให้เห็นถึง ความวุ่นวาย (agitation) ต้องการพึ่งพา (dependency) ขาดวุฒิภาวะ (immature) การตัดสินใจไม่ดีและหุนหันพลันแล่น (impulsion) เมื่อเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขึ้นแล้ว บุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำจะรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิด สงสาร อยากจะทำดีเป็นการแก้ตัว ความรู้สึกเหล่านี้เป็นการปรับตัวของบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำ ทำให้สภาพชีวิตผ่อนคลายขึ้นและอาจมีการทำซ้ำขึ้นอีกถ้ามีเหตุการณ์แยกจากบุคคลที่สำคัญต่อผู้กระทำลักษณะดังกล่าวเรียกว่า "ผลอุทธรณ์"

เอ็ดเลอร์ (Adler, A. 1927 pp. 43-44) ซึ่งเป็นศิษย์ของ ฟรอยด์ แต่แยกตัวมาตั้งทฤษฎีใหม่ เน้นความสำคัญของจิตสำนึกโดยเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการรับรู้และแปลความหมายของสิ่งแวดล้อม โดยมีความเห็นว่ามันเป็นสัตว์สังคม มนุษย์ไม่อาจแยกตัวจากสังคมได้ ฉะนั้นสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม จะมีอิทธิพลต่อบทบาทของมนุษย์ในการสร้างบุคลิกภาพและเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีแรงจูงใจในการกระทำเพื่อชีวิตสมบูรณ์ และเอาชนะปมด้อยของตนเอง เราทุกคนสำนึกอยู่ตลอดในปมด้อยของตนเอง และพยายามหาวิธีต่างๆ ที่จะเอาชนะปมด้อย ซึ่งปมด้อยนี้มีหลายรูปแบบ คือ

1. ปมด้อยทางร่างกาย หมายถึง รูปร่างหน้าตาอาจไม่สวย หรือไม่สมประกอบ ซึ่งเป็นมาแต่กำเนิดเกิดการเปรียบเทียบแล้วก่อให้เกิดความไม่สบายใจ
2. ปมด้อยทางสติปัญญา คือ ความสามารถของสมองด้านความรู้เฉลียวฉลาดเสียไปเป็นคนโง่ เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน ก่อให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง หาทางออกไม่ได้
3. ปมด้อยทางสังคม เป็นคนเข้าสังคมไม่ได้ ขาดประสบการณ์ในสังคม ปรับตัวเองเข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้ ไม่มีเพื่อนที่จะคบหาสมาคมด้วย
4. ปมด้อยทางประสบการณ์ในอดีต เป็นคนมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในวัยเด็กและในอดีต เช่นการได้รับความละเลย และถูกข่มขู่ในวัยเด็ก

นอกจากนี้เอ็ดเลอร์ ยังกล่าวอีกว่า ทุกคนเกิดมาล้วนมีปมด้อยไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และทุกคนมีความปรารถนาที่จะแก้ปมด้อยของตน ถ้าแก้ไขได้ก็มีความสามารถสูง มีความสำเร็จในชีวิตมีคนนับถือ ถ้าแก้ไขไม่สำเร็จจะมีปัญหาทางจิตใจ คือใช้ความเจ็บป่วยลดปมด้อยอันนั้น โดยทำให้คนหันมาสนใจความเจ็บไข้ได้ป่วยแทน เรียกร้องความสนใจจากบุคคลอื่น เช่น การแกล้งป่วยไม่ไปโรงเรียนเพื่อที่จะให้แม่มาคอยเอาใจ การขู่ทำร้ายตนเองหากไม่ได้ในสิ่งที่ตนเองปรารถนา หรือขู่ฆ่าตัวตาย เมื่อคนรักไม่สนใจ เป็นต้น เอ็ดเลอร์ ยังได้แนะนำวิธีแก้ไขปมด้อยด้วยวิธีสัมพันธภาพ และการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม แบบตัวต่อตัว (face to face interview) ให้คำแนะนำ ชักจูง ชักชวน และให้ความรู้ใหม่ เพื่อเพิ่มความสามารถที่จะเอาชนะปมด้อยและให้อยู่ในสังคมได้ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำหลักการให้คำปรึกษาเข้าไปใช้ในโรงพยาบาลสถานบริการของรัฐทุกแห่ง เพื่อให้บริการต่อผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เรื่องโรคเอดส์ ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ยาเสพติด ซึ่งเรียกว่า “กระบวนการให้คำปรึกษา” (Counselling) โดยจะเน้นการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม

ฟอรัม (Fromm, E. 1941 p.18) เป็นนักจิตวิทยาที่เน้นความสำคัญของสังคม และสิ่งแวดล้อม เขาเชื่อว่ามนุษย์ได้กลายเป็นสัตว์โลกที่อ้างว้าง เพราะมนุษย์ได้แยกตัวเองออกจากธรรมชาติ และจากมนุษย์ด้วยกันเอง เพื่ออิสระภาพ แต่อิสระภาพของมนุษย์ ถูกขดใช้ความหวาดเดียวดาย ดัง

นั้นมนุษย์ที่ไม่ต้องการอยู่เดี่ยวดายจึงพยายามหนีอิสรภาพ แต่การทำเช่นนั้นกลับกลายเป็นว่ามนุษย์ต้องเผชิญกับการทำลายตัวเอง ฟอรัม แนะนำวิธีแก้ไข 2 วิธี คือวิธีแรก จะต้องสร้างความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นโดยใช้ ความรัก ความเข้าใจ เป็นเครื่องมือ วิธีที่สอง โดยการปรับตัวเองให้กลืนเข้าไปกับระบบ หมายถึง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำทุกอย่างที่สังคมต้องการ เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ โดยการยอมสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง

เออวินและฟาร์บีโรว์ (Ewin and Farberow , 1957 อ้างใน ัญญลักษณ์ โรหิตเสถียร 2530, หน้า 8) ได้แบ่งลักษณะของการฆ่าตัวตายโดยเน้นแรงจูงใจที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การฆ่าตัวตายเป็นความก้าวร้าวที่ย้อนกลับเข้าหาตนเอง เป็นความปรารถนาที่จะทำลายสิ่งที่ตนเองรัก ปรารถนาที่จะถูกฆ่า และความปรารถนาที่จะตาย ความโกรธ ความเกลียด ความลึงเลจะย้อนกลับเข้าหาตนเอง (introjection) ในรูปของการทำลายตนเองแทนสิ่งที่ตนเองรัก รวมทั้งลักษณะของการฆ่าตัวตายบางส่วน เช่น บุคคลผู้ที่ชอบทำงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2. การฆ่าตัวตายเป็นการเกิดใหม่ และการกลับคืนมาใหม่ ทำลายส่วนที่ไม่ดีเพื่อที่จะกลับมาเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ดีกว่า การหนีจากชีวิตที่เป็นทุกข์เพื่อจะพบความสุขในภพหน้า เช่น ผู้คิดเชื่อโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ที่ทำการผ่าตัดหลาย ๆ ครั้ง

3. การฆ่าตัวตายจากการหมดหวัง ขาดกำลังใจ มองไม่เห็นคุณค่าตนเอง สูญเสียสิ่งที่ตนรัก เสียเงินทอง เสียอำนาจ เสียหน้า เสียสิ่งที่ตนเคยมีความภาคภูมิใจ เกิดความโศกเศร้า ซึมเศร้า ไม่ยอมรับความจริง หาทางออกทางอื่นไม่ได้ ท้ายสุดจึงกระทำด้วยการฆ่าตัวตาย

สมพร บุษราทิจ (2525 หน้า 30) ได้กล่าวถึง จิตใจตามหลักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ของฟรอยด์ บอกว่า มนุษย์ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่ผิดปกติ จิตใจเป็นกระบวนการที่มีลักษณะสำคัญ คือ

1. การแบ่งส่วนของจิตออกตามการระลึกรู้ จำแนกออกเป็นส่วน ๆ ได้แก่

- 1.1 จิตสำนึก (Conscious) คือ ส่วนของจิตที่รู้อยู่ในขณะปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์

- 1.2 จิตกอนสำนึก (Preconscious) คือ ส่วนของจิตที่ไม่อยู่ในความรู้สึก แต่สามารถนำเข้ามาในความรู้สึก คือระลึกได้ทันทีที่ตั้งใจ

- 1.3 จิตไร้สำนึก (Unconscious) คือ ส่วนของจิตที่ไม่อยู่ในความรู้สึกและไม่สามารถระลึกได้ตั้งใจ ตัวอย่าง เช่น นาย ก. นึกถึงเพื่อนคนหนึ่ง เขาจำชื่อเพื่อนคนนี้ได้ ชื่อของเพื่อนนาย ก. อยู่ในจิตสำนึก แต่ก่อนที่นาย ก. จะนึกถึงได้ ชื่อเพื่อนของนาย ก. คนนี้อยู่ในจิตกอนสำนึกของนาย ก. ถ้านาย ก. พยายามนึกชื่อเพื่อนแต่นึกไม่ออก ชื่อเพื่อนของนาย ก. ก็อยู่ในจิตไร้สำนึก

2. การแบ่งส่วนของจิตตามหน้าที่ จิตเป็นนามธรรมเกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน พอจะจำแนกออกเป็นส่วนต่าง ๆ ตามหน้าที่ ดังนี้ คือ

2.1 อิด (ID) จิตส่วนนี้มีลักษณะคล้ายความทะยานอยาก (Drive) หรือ ค้นหาในทาง พุทธศาสนา แบ่งออกเป็นสองชนิดคือ ความทะยานอยากในทางกาม (Sexual drive) และความ ทะยานอยากในทางทำลาย (Aggressive drive) ความทะยานอยากในทางกามนั้นตรงกับความต้องการของกามค้นหา ซึ่งมีได้หมายถึงความต้องการในทางเพศเพียงอย่างเดียว ความสุขอันเกิดจากการ สัมผัสทางอื่น เช่น รูป รส กลิ่น เสียง ก็รวมอยู่ด้วยจิตส่วนนี้อยู่ในจิตไร้สำนึกเท่านั้น ดังนั้นเราจึง ไม่รู้สึกตัวว่ามีจิตส่วนนี้ กระบวนการของอิด (ID) เป็นไปตามหลักของการแสวงสุข (pleasure principle) คือมุ่งให้ได้รับผลประโยชน์ของตนเองเป็นที่ตั้ง ให้สมปรารถนาทางตรงและทันที ไม่มีการร้งรอ ไม่คำนึงถึงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และเป็นกระบวนการปฐมภูมิ (primary process) เช่น ความคิดของเด็กทารก นั่นคือไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริง ไม่มีความผูกพันกับเวลา ประสบการณ์และการเรียนรู้ไม่มีผลต่อความคิดประเภทนี้ เพราะความคิดประเภทนี้ไม่อยู่ในจิต สำนึก ตัวอย่างเช่น ความฝัน บุคคลในฝันอาจเป็นการรวมของหลาย ๆ คนในชีวิตจริง จิตใจของ บุคคลที่อายุสูงขึ้นผ่านประสบการณ์ชีวิต การเรียนรู้ การศึกษา จะมีลักษณะเปลี่ยนไป คือมีเหตุผล รู้ถูกผิด คำนึงถึงเวลา ความคิดชนิดนี้เรียกว่าความคิดชนิดกระบวนการทุติยภูมิ (Secondary process)

2.2 อีโก้ (Ego) คือส่วนที่สองในโครงสร้างของจิต เป็นกระบวนการของจิตที่ทำหน้าที่ สำรวจพหังต่าง ๆ ที่มากระทบจิตใจทั้งจากภายนอกและภายใน เสมือนหนึ่งผู้จัดการที่คอยทำให้ จิตใจอยู่ในภาวะสมดุลย์ กระบวนการของจิตส่วนนี้รวมถึงการรับรู้ (perception) ความจำ ความคิด เขาวนปัญญา การทำงานของกล้ามเนื้อ (motor-function) การตัดสินใจ การรู้จักโลกตามที่เป็นจริง และการพยายามปรับตัวให้เข้ากับภาวะแวดล้อม อีโก้ ทำงานตามหลักแห่งความเป็นจริง (Reality Principle) ด้วยการคำนึงถึงเหตุการณ์ทุกด้าน แล้วเลือกทางออกที่เป็นผลดียั่งยืน โดยได้รับอันตราย หรือเจ็บปวดน้อยที่สุด การดำเนินงานของอีโก้เป็นตามกระบวนการทุติยภูมิ อีโก้ มีอยู่ในจิตใจทั้ง สามระดับ คือจิตสำนึก จิตก่อนสำนึก และจิตไร้สำนึก การรับรู้ ความคิด เขาวนปัญญา การ ทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการทำงานของจิตใจในระดับจิตสำนึก ความจำ เป็นตัวอย่างของอีโก้ที่อยู่ ในส่วนจิตก่อนสำนึก สำหรับส่วนที่เป็นจิตไร้สำนึกที่สำคัญคือ กลไกการป้องกันตน การพัฒนา ของ อีโก้ เกิดขึ้นจากปัจจัยสำคัญสองประการ คือการเจริญเติบโตทางกายเป็นปัจจัยอันแรก เด็ก เมื่อเกิดมาพูดไม่ได้ ไม่รู้จักคิด การควบคุมกล้ามเนื้อยังไม่สมบูรณ์ ต่อเมื่อโตขึ้นร่างกายก็ทำหน้าที่ เหล่านี้ได้ดีขึ้น ความจำ ความคิด การรับรู้ก็ดีขึ้นเช่นกัน ปัจจัยประการที่สองคือประสบการณ์ที่ เกิดจากภาวะแวดล้อม เมื่อมีภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมการพัฒนาของอีโก้ ก็ราบรื่น หากภาวะแวด ล้อมไม่เหมาะสม เช่น การขาดความรักความอบอุ่น ผู้เลี้ยงดูไม่ดูแลรักใคร่อย่างสมอดันเสมอ

ปลาย อีโก้ ย่อมจะมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ ช่วงของชีวิตที่สำคัญที่สุดคือ ตั้งแต่เกิดจนถึง หก ขวบ เป็นระยะของการพัฒนาที่สำคัญ หลังจากนั้นการพัฒนายังดำเนินต่อไปแต่ไม่มากและไม่สำคัญเท่าระยะหกขวบแรกของชีวิต

2.3 ซุปเปอร์อีโก้ (Superego) เป็นส่วนของจิตใจที่มีหน้าที่ตัดสินใจส่วนอื่นว่า ถูก-ผิด การดำเนิน-ชมเชย เช่นเดียวกับอีโก้ คือการทำงานของจิตส่วนนี้มีอยู่ทั้งระดับจิตก่อนสำนึก และจิต ไร้สำนึก ในส่วนที่เป็นจิตสำนึก และจิตก่อนสำนึกคือความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ซุปเปอร์อีโก้ที่เป็น ส่วนจิตไร้สำนึกนั้นเป็นส่วนสำคัญที่สุด ซุปเปอร์อีโก้ เกิดจากความพยายามแก้ปัญหา ปมปิตุฆาต (Oedipal-complex) และการนำเอามาตรฐานความดี – ความชั่ว จากบิดามารดามาประทับไว้ในใจตน ส่วนของซุปเปอร์อีโก้ ยังรวมถึง อุดมคติของอีโก (Ego-Ideal) คืออุดมคติที่ฝังอยู่ในจิตก่อนสำนึก และจิตไร้สำนึกของเด็กเป็นความปรารถนาที่จะเป็นอย่างที่เขาคิดว่าพ่อ แม่ของเขาเป็น

และในปีเดียวกัน ท่านยังได้กล่าวไว้ในบทบรรณาธิการ ของสารศิริราช ว่า คนไทยฆ่าตัว ตายกันมากโดยเฉพาะในวัยรุ่นหนุ่มสาว พบมากในเพศหญิง ที่มีช่วงอายุ 15 – 30 ปี ทั้งนี้อาจเป็น เพราะในช่วงนั้นผู้หญิงไทยต้องต่อสู้กับอุปสรรคของชีวิตหลายประการ เช่น การแข่งขันในการเรียน การประกอบอาชีพ และการตัดสินใจเรื่องคู่ครอง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ทางประเพณี วัฒนธรรม จากการเป็นหญิงไทยโบราณมาเป็นแบบตะวันตก ซึ่งวิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้ มากที่สุด คือ การดื่มยาพิษ กินยานอนหลับ ผูกคอตาย และยิงตัวตาย ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ที่ฆ่า ตัวตายส่วนหนึ่งป่วยเป็นโรคทางใจ คือโรคซึมเศร้า จิตเภท และโรคทางกายที่ไม่อาจรักษาหายได้ เช่น โรคกระเ็้ง ทั้งนี้เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ฆ่าตัวตาย ฉะนั้นการฆ่าตัวตายอาจมีสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น เหตุบีบคั้นจากสภาพแวดล้อมภายนอก หรือภายในจิตใจ และความบกพร่องทางบุคลิกภาพ และยังได้กล่าวอีกว่า “การที่บุคคลใดฆ่าตัวตายนับได้ว่าเป็นบาป” เพราะเป็นการกระทำที่ขาดความ เมตตา ไม่มีความเมตตาแม้แต่ตัวเอง ซึ่งบางคนอาจคิดว่าเป็นการกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองพ้นทุกข์ ทำไปด้วยความเมตตาสงสาร อาจเห็นว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดก็ยังนับว่าเป็นบาป ทั้งนี้เป็นความเห็น ผิดคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง เป็นทฤษฎีอันมิชอบ ขาดสติ เป็นการกระทำไปโดยการขาดการ ไตร่ตรองพิจารณาละเอียดถึง เหตุอันสมควร และไม่สมควร

อุมาพร ด้รงค์สมบัติ (2540 หน้า 244 - 245) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช จากคณะแพทย ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้กล่าวถึงการพยายามฆ่าตัวตายว่า การพยายามฆ่าตัวตายเป็น หนึ่งในกลุ่มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ซึ่งหมายถึงความคิดหรือการกระทำใด ๆ ก็ตามที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัว ตายมีตั้งแต่อยากฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย

(Suicidal attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicidal) การมีพฤติกรรมแบบใดแบบหนึ่งถือเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าบุคคลนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ

จารุวรรณ ศ.สกุล (2530 หน้า 77 - 85) กล่าวว่า โครงสร้างของสังคม (Social Structure) หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมมีอยู่ 2 แบบ คือแบบแนวราบ เป็นความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมที่มีฐานะเท่าเทียมกัน เช่น พี่น้อง สมาชิกของสมาคมใดสมาคมหนึ่ง อีกแบบหนึ่งคือแบบแนวตั้ง เป็นความสัมพันธ์ในลักษณะแบ่งชนชั้นต่างๆ ของคนในสังคม มีการแบ่งแยกระหว่างคนจนกับคนร่ำรวย ผู้มีฐานะบรรดาศักดิ์กับคนธรรมดา และผู้รับใช้ชัดเจน ชั้นของสังคมไม่ได้วัดจากฐานะการเงินเพียงอย่างเดียว แต่วัดจากบุคคลที่มีมาตรฐานร่วมกัน เช่น ในเรื่องของรายได้ อาชีพ การศึกษา ผู้ที่มีรายได้ทัดเทียมกันมักจะมีแนวโน้มที่จะมีมาตรฐานการแต่งกาย ที่พักอาศัย การแสดงออกในสังคม ที่เหมือนกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาหรืออาชีพเดียวกันมักจะมีมาตรฐานการคาดหวัง เป้าหมายของชีวิตที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ชั้นของสังคมยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพด้วย

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2534 หน้า 17) ได้รายงานถึง กระบวนการพฤติกรรมของการฆ่าตัวตาย ไว้ดังนี้ คือ เมื่อบุคคลต้องประสบกับการขาดความสัมพันธ์ หรือไม่สามารปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น การขาดเพื่อน การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาทางจิตใจ เช่น สูญเสียคนรัก ตลอดจนปัญหาสุขภาพกาย เบื่อหน่ายสภาพชีวิตที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยของตนเองด้วยโรคประจำตัว โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือจากผลของยาบางชนิด เช่น ยาคลายประสาท สุรายาเสพติดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น ความตึงเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวลสูง เมื่อไรก็ตามถ้าบุคคลเหล่านี้ประสบความล้มเหลวจากการปรับตัว ทางออกก็คือ การฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ก็เพื่อจะหนีจากความกดดันต่าง ๆ ที่ตนกำลังประสบอยู่ การฆ่าตัวตายจึงเปรียบเสมือนทางออกสุดท้ายจากผลของความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการแก้ปัญหา คนที่ฆ่าตัวตายจำนวนมากใช้วิธีฆ่าตัวตายเป็นวิธีการต่อสู้กับความเศร้าที่ทนไม่ได้ ทางจิตวิทยาถือว่า ความพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นเสมือนการร้องขอความช่วยเหลือ (Cry for help) หรือประชดประชันสังคม

ดังนั้นถ้าบุคคลที่อยู่รอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ หรือใครก็ตามสามารถให้ความอบอุ่นทางใจแก่บุคคลเหล่านี้ได้ โดยการแสดงความเข้าใจ ใส่ใจ ยอมรับฟังความทุกข์ยาก และให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ (Depress) ความคิดอยากฆ่าตัวตายก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีผู้แบ่งเบาภาระเศร้าโศกเสียใจ ปล่อยให้ทุกข์แล้วทุกข์อีก เมื่อความทุกข์สะสมมากขึ้นก็จะทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea) และต่อมาก็น่าจะมีพฤติกรรมแสดงสัญญาณเตือนเกี่ยวกับฆ่าตัวตาย (Suicidal Gesture) เพื่อเรียกร้องความสนใจหรือเพื่อขอ

ความช่วยเหลือ ซึ่งจริงแล้วไม่อยากจะตายจริง เช่น ผู้ป่วยอาจบอกให้ทราบว่าจะฆ่าตัวตาย แล้วทำให้เห็นจริง ๆ ในระดับนี้ยังไม่รุนแรงถึงขั้นจะตายจริง แต่ถ้าในระบายนี้อยู่ยังไม่ได้รับความสนใจหรือช่วยเหลืออีก ก็จะพยายามฆ่าตัวตายจริง ๆ (Attempted Suicide) ด้วยวิธีการที่รุนแรงกว่าเดิม แต่ยังคงมีความหวาดกลัวการฆ่าตัวตายอยู่บ้าง ถ้ามาถึงขั้นนี้แล้วยังไม่มีใครเข้าใจพฤติกรรมของเขาในที่สุดก็จะทำการฆ่าตัวตายจริง ๆ จนสำเร็จ (Completed Suicide)

6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ

กอร์ดอน ออลพอร์ท (Gordon, A. 1961 p.19) ได้สำรวจและให้ความหมายของคำว่า “บุคลิกภาพ” หมายถึงการจัดระบบกลไกที่เปลี่ยนแปลงไปได้เสมอภายในตัวบุคคลทั้งจิตใจและร่างกายในการที่จะกำหนดเอกลักษณ์การปรับตัวของบุคคล (Personality is the dynamic organization within the individual of psychophysical systems that determine his unique adjustment to his environment)

นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง การศึกษาบุคลิกภาพว่า เริ่มมาจากการสังเกตปรากฏการณ์ของพฤติกรรมมนุษย์ การอธิบายพฤติกรรมนั้นจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ หรือ แนวคิดพื้นฐานของนักจิตวิทยา ทำให้เกิดทฤษฎีบุคลิกภาพหลายทฤษฎี ซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงหรือแตกต่างกัน เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การศึกษาทางบุคลิกภาพในตอนแรก ๆ สนใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล และพยายามแบ่งบุคคลออกเป็นประเภท (type) ซึ่งหมายถึงกลุ่มของลักษณะนิสัย หรือลักษณะนิสัย (trait) อันเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม และได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับลักษณะนิสัย (trait) ว่าเป็นเสมือนหน่วยพื้นฐานของบุคลิกภาพทั้งคุณภาพ และกระบวนการที่เป็นพฤติกรรมของบุคคล และได้แบ่งลักษณะนิสัยออกเป็น 2 ชนิด

1. ลักษณะนิสัยสามัญ (Common traits) เป็นลักษณะที่เหมือนผู้อื่นทั่ว ๆ ไป เช่นกลุ่มคนที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันจะมีลักษณะนิสัยสามัญคล้ายคลึงกัน อันได้แก่ ค่านิยมทางเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม เป็นต้น

2. ลักษณะนิสัยเฉพาะตัว (Personal disposition traits) ลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ออลพอร์ทได้จัดระดับลักษณะนิสัยเฉพาะตัวออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 2.1 ลักษณะนิสัยสำคัญ (Cardinal disposition trait) เป็นลักษณะนิสัยเด่นที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมบุคคลเกือบทุกด้าน ไม่สามารถปิดบังซ่อนเร้นได้ ลักษณะนิสัยนี้จะกำหนดอารมณ์ ควบคุมความรู้สึกรู้สึกและชี้นำชีวิต กล่าวได้ว่าเป็นลักษณะนิสัยที่ควบคุมแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ

2.2 ลักษณะนิสัยรวม (Central disposition traits) คือแนวโน้มลักษณะที่แสดงออกชัดเจน สังเกตง่าย มันคงอยู่ในบุคลิกภาพ แต่ละบุคคลจะประกอบด้วยลักษณะนิสัยรวม 5 – 10 ลักษณะ ซึ่งจะควบคุมพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน

2.3 ลักษณะนิสัยทุติยภูมิ (Secondary traits) เป็นลักษณะนิสัยรอบนอก (Peripheral) มีมากมายในตัวบุคคล ได้แก่ ความสนใจและปฏิกิริยาตอบสนองส่วนใหญ่ ซึ่งออลพอร์ท มักจะใช้ลักษณะนิสัยทั้ง 3 ระดับนี้อธิบายพฤติกรรมบุคคล

คาร์ล อาร์ โรเจอร์ (Rogers, C.R.; 1961, อ้างใน รัชฎาลักษณ์ โรหิตเสถียร 2530, หน้า 7) ซึ่งเป็นผู้ร่วมงานท่านหนึ่งของ فروยด์ ได้แบ่งบุคลิกภาพของคนออกเป็น 2 ประเภท คือบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (introversion) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะแยกตัวเมื่อเกิดความเครียดหรือความขัดแย้งทางอารมณ์ ขี้อายและชอบทำงานคนเดียว และบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตัวเอง (Extroversion) พวกนี้มีแนวโน้มเข้าหากกลุ่มคน มีแนวโน้มเลือกอาชีพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนโดยตรง

คาร์ล อาร์ โรเจอร์ (Rogers, C.R.; 1975, อ้างใน แสงสุรีย์ ตำอangsกุล 2524 หน้า 36-48) มีแนวคิดในแนวมนุษนิยม ซึ่งเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพทั้งหมดติดตัวมา (all inherent potentialities) เพื่อทำหน้าที่ธำรงรักษาชีวิตและมุ่งหมายยกระดับจิตใจของทั้งตนและเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เรื่องความยากตายนั้นมิใช่เป็นสัจชาตญาณตามธรรมชาติ เขาเชื่อว่าความอยากตายจะเกิดขึ้นโดยบังเอิญ เกิดขึ้นเพราะมีความเจ็บป่วยทางร่างกายต่างหาก นอกจากนี้โรเจอร์ยังได้แบ่งโครงสร้างหลักของบุคลิกภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ อินทรีย์ (organism) ทางจิตวิทยาถือว่าเป็นศูนย์รวมของการเกิดประสบการณ์ทั้งหมด สนามปรากฏการณ์ (phenomenon) หมายถึง ขอบเขตที่บุคคลแต่ละคนรับรู้ว่าคุณเคยมีประสบการณ์ก็คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนเคยเกี่ยวข้องและ อัตตา (self) ซึ่งเขาเชื่อว่า อัตตาเป็นโครงสร้างสำคัญยิ่งที่อยู่ในสนามประสบการณ์ ภาพพจน์หรือความคิดรวบยอดเกี่ยวกับอัตตา (self - image or self - concept) หมายถึง สัญญลักษณ์ของการรับรู้และการสร้างความหมายต่างๆ แก่ตนเองโดยเฉพาะ (I or me) และเป็นการรับรู้ถึงสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับคนอื่น และทุกแง่มุมของชีวิต

เมเยอร์ (Meyer, 1994 p.96) เป็นแพทย์ที่เชื่อในเรื่อง การพัฒนามนุษย์ที่มีปัจจัยมาจากสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยทางด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่คนกลุ่มใหญ่ยอมรับและใช้กันอยู่ทุกวันนี้ ได้เน้นพัฒนาการของมนุษย์ว่าเกิดจากการผสมผสานของปัจจัย 3 ประการ คือ ชีววิทยา (Biological factor) จิตใจ (Psychological factor) สังคม (Social factor) เขาได้กล่าวว่า โรคทางใจเกิดจากการตอบสนองทางด้านจิตใจสรีรภาพที่ผิดปกติต่อสิ่งแวดล้อม ถ้าเป็นโรคประสาทแสดงว่าบุคคลนั้นปรับตัวไม่ได้ในบางปัจจัย แต่ถ้าเป็นโรคจิตแสดงว่าเสียทุกปัจจัย วิธีที่จะให้เข้าใจความคิดผิดปกติของมนุษย์ เมเยอร์ ยังเชื่อว่า การใช้วิธีการให้คำปรึกษา (Counselling) และสัมพันธ

แบบตัวต่อตัว ร่วมกับการให้ระบายความรู้สึกออกมาโดยอิสระ โดยให้ความเชื่อมั่นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นน่าจะแก้ไขได้ และร่วมวางแผนค้นหาปัญหา วิเคราะห์พิจารณาหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับการปรึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เขาได้ตัดสินใจพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาดังๆ ด้วยตัวเอง ได้ตามความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เขาได้ผ่อนคลายและดีขึ้นได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2518 หน้า 17) ได้กล่าวว่า การวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้น ยังไม่มีนักวิจัยท่านใดยอมรับว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากบุคลิกภาพแบบฆ่าตัวตาย (Suicidal Personality) ผลจากการวิจัยนั้นพบลักษณะและอารมณ์เดิม ๆ หลายประการ แต่ลักษณะทางอารมณ์สำคัญซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูงคือ ภาวะซึมเศร้า (depression) พบร้อยละ 35-79 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายถูกแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า ในจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีการซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 32-40 เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากระดับชีวเคมีของสมองผิดปกติ (endogenous depression หรือ Major depressive disorder) นอกนั้นเป็นภาวะซึมเศร้าจากสิ่งแวดล้อม (Depressive neurosis) นอกจากนี้ยังพบบุคลิกภาพลักษณะอื่นอีก คือ การขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ (egocentric) ฟุ้งพา (immature) มีความมุ่งร้าย (hostility) ต่อตนเองและผู้อื่น กังวล อดทนต่อความคับข้องใจต่ำ และมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น ๆ ไม่ดี ซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ ที่เป็นลักษณะผิดปกติ (Character disorder) บุคลิกภาพที่ประกอบด้วยลักษณะที่กล่าวมานี้จะเป็นลักษณะบุคลิกภาพแบบแบบฮิสทีเรีย (hysterical personality) ลักษณะบุคลิกภาพแบบด้านสังคม (antisocial personality) และลักษณะความเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุจากทางจิตใจ (somatization disorder)

ในการวัดบุคลิกภาพได้มีผู้สร้างเครื่องมือทดสอบ (inventories) เพื่อค้นหาลักษณะบุคลิกภาพมากมาย เช่น Eysenck, (1959 P. 1-4) ได้สร้างแบบวัด MPI (The maudeley Personality Inventory) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย สมทรง สุวรรณเลิศ และการวัดสุขภาพจิตโดยใช้แบบวัด SCL - 90 (Symptom Checklist - 90) ซึ่งสร้างโดย Derogatis (1973 p. 13-25) แปลและปรับปรุงโดย ละเอียด ชูประยูร และคณะ (2521 หน้า 9-11)

จากแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ที่เกี่ยวข้อง พบว่าฟรอยด์ เป็นผู้เริ่มสนใจเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายเป็นคนแรกได้เป็นผู้เริ่มคิดค้นทฤษฎีเกี่ยวกับจิตวิทยาสังคม โดยได้แบ่งจิตใจของคนเราออกเป็น 3 ระดับ ตามการรับรู้ ได้แก่ จิตสำนึก (The conscious) จิตกอนสำนึก (The reconscious) จิตไร้สำนึก (The unconscious) และฟรอยด์ ยังได้แบ่งโครงสร้างของจิตใจออกเป็น 3 ส่วน คือ อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Superego) และเขายังเชื่อ เรื่อง พลังสร้างสรรค์ชีวิต (Love Instinct) การเจริญเติบโตและสัญชาตญาณทางเพศ (life growth and sexual intincts) เชื่อในเรื่องพลังแห่งการทำลาย (Death Instinct) เช่น ความรู้สึกผิด ซึ่งแสดงออกโดยการโทษตัวเองต้องการ

อุทกทอง โทษ ซึ่งก็สอดคล้องกับที่ แจกสัน และฟาร์บีโล กล่าวไว้ ว่า "การเกลียดตนเองที่พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้า นั้น มีจุดเริ่มจากแรงผลักดันของความโกรธที่มีต่อสิ่งที่ตนรัก และความโกรธนั้นจะย้อนกลับมาทำลายตนเอง " และเอ็ดเลอร์ ซึ่งเป็นศิษย์ของ فروยด์ เชื่อว่ามนุษย์เป็นสัตว์สังคม มนุษย์ไม่อาจแยกตัวจากสังคมได้ ฉะนั้นสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ค่านิยม จะมีอิทธิพลต่อบทบาทของมนุษย์ในการสร้างบุคลิกภาพและเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีแรงจูงใจในการกระทำให้ชีวิตสมบูรณ์ และเอาชนะปมด้อยของตน ส่วนเมนิงเจอร์ ได้ศึกษาตามแนวคิดจิตวิเคราะห์ และได้อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่ามี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของการตาย องค์ประกอบของการฆ่า และองค์ประกอบของการถูกฆ่า และแบ่งตามรูปแบบความปรารถนา ได้ 3 แบบ คือ ความปรารถนาที่จะฆ่า (The wish to Kill) ความปรารถนาที่จะถูกฆ่า (The wish to be killed) และความปรารถนาที่จะตาย (The wish to die) ซึ่งก็สอดคล้องกับที่ สเตงเกล ได้อธิบายถึงการสื่อความหมายของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่ามี 2 นัย คือ นัยแรกเป็นรูปแบบของการทำลายตนเอง นัยที่สอง เป็นการร้องขอความช่วยเหลือและความเห็นใจจากบุคคลแวดล้อม หรือเป็นความต้องการที่จะหนีให้พ้นจากสภาพที่ทนไม่ได้ หรือสภาพจิตถูกรบกวน ส่วนคาร์ล จุง ได้แบ่ง บุคลิกภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (introversion) และบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตัวเอง (Extraversion) แต่ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส ได้มองโลกในแง่ดี เชื่อว่ามนุษย์แท้จริงแล้วอยากสร้างสรรค์ตนเองและสังคม และได้แบ่งบุคลิกภาพตามโครงสร้างหลักออกเป็น 3 ส่วน คือ อินทรีย์ (organism) สนามปรากฏการณ์ (phenomenon) และอัตตา (self) ซึ่ง เมเยอร์ ก็ได้เชื่อในเรื่อง การพัฒนาบุคลิกภาพที่มีปัจจัยมาจาก สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยทางด้านชีววิทยา ซึ่งได้เน้นพัฒนาการของมนุษย์ว่าเกิดการผสมผสานของปัจจัย 3 ประการ คือ ชีววิทยา (Biological factor) จิตใจ (Psychological factor) สังคม (Social factor) วิธีที่จะให้เข้าใจความผิดปกติของมนุษย์เขาเชื่อว่า การใช้วิธีการให้คำปรึกษา (Counseling) การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว นอกจากนี้ สภาพ เรื่องตระกูล ยังได้กล่าวว่า มีปัจจัยบางอย่างที่แสดงลักษณะทางอารมณ์สำคัญที่เป็นข้อบ่งชี้ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูง คือ ภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากระดับชีวิตเดิมของสมองผิดปกติ และภาวะซึมเศร้าจากสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบบุคลิกภาพอย่างอื่น อีก เช่น ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ฟุ้งพา มีความมึนเมา ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น กังวล อดทนต่อความคับข้องใจต่ำ และมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น ๆ ไม่ดี ซึ่งอาจก่อให้เกิดบุคลิกภาพแบบแบบฮิสทีเรีย แบบต่อต้านสังคมได้ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบประเมิน MPI และ SCL - 90

7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self – esteem)

มาสโลว์ (Maslow, 1954 อ้างใน ประทุม สุขุมิ, 2542 หน้า 11) ความต้องการยอมรับนับถือจากผู้อื่น เป็นขั้นที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาสู่ขั้นการเป็นเจ้าของตนเอง และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-Actualization needs) อันเป็นความสุขสมบูรณ์ และเป้าหมายของการพัฒนาการของชีวิตขั้นสูงสุด และมาสโลว์ ยังได้แบ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองประเภทที่เกิดจากการเห็นคุณค่าจากตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และการประเมินค่าตนเองในด้านต่าง ๆ คือความเข้มแข็ง ความชำนาญ และความสามารถ ผลสัมฤทธิ์ ความสามารถที่เพียงพอในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อมั่น ความมีอิสระ และการเป็นตัวของตัวเอง

2. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประเภทที่เกิดจากการได้รับความเห็นคุณค่าจากผู้อื่น กล่าวคือ การได้รับชื่อเสียงหรือเกียรติยศ ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น การได้รับตำแหน่งและความรุ่งเรือง การมีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการกล่าวถึง ได้รับการสนใจ การมีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี หรือเป็นที่ยกย่องชมเชยของผู้อื่น

คูเปอร์สมิท (Smit, C. 1984 อ้างในแสงสุริย์ ลำอังกกุล, 2524. หน้า 19) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเองซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง และแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง จากคำจำกัดความข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้สึก การเห็นคุณค่าใจตนเอง เป็นการประเมินหรือตัดสินคุณค่าของตนเองจากความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านความสำเร็จ ความสามารถ ความเชื่อมั่น ตลอดจนถึงความมีอิสระในการกระทำ ซึ่งความต้องการเห็นคุณค่าในตนเองนี้หากบุคคลมีและเกิดความเชื่อมั่น มองเห็นคุณค่าและความสามารถในตนเอง

นวลละออ สุภาพล (2542 หน้า 137) กล่าวว่า ความต้องการได้รับนับถือยกย่อง (Self-esteem) แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือ ความต้องการนับถือตนเอง (Self – respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความแข็งแรง ความสามารถในตนเองมีผลสัมฤทธิ์และความอิสระทุกคนต้องการที่จะรู้สึกว่าเขามีคุณค่าและมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในงานภาระกิจต่างๆ และมีชีวิตที่เด่นดัง ส่วนลักษณะที่ 2 คือ ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (esteem from others) คือ ความต้องการมีเกียรติยศ การได้รับการยกย่องได้รับการยอมรับ ความสนใจ ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องชมเชยในสิ่งที่เขากระทำ ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าว่าความสามารถของเขาได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มี 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตนเอง และองค์ประกอบภายนอกตนเอง

1. องค์ประกอบภายในตนเอง องค์ประกอบภายในตน หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลแตกต่างกัน ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ มีส่วนช่วยบุคคลเกิดความเห็นในคุณค่าตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น ความงาม ความงดงามทางกายภาพ มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ลักษณะทางกายภาพ เช่น ความแข็งแรง ความรวดเร็วเป็นลักษณะทางกายภาพที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเพศชาย

1.2 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพและการกระทำความสามารถทั่วไป สมรรถภาพและการกระทำ มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จของบุคคลทั้งในโรงเรียน และสังคม โดยเฉพาะในวัยเรียน การประสบความสำเร็จล้มเหลว ในการเรียน มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวโดยสรุปสติปัญญาที่มีผลต่อสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

1.3 ภาวะทางอารมณ์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความเป็นสุข ความวิตกกังวล เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและส่งผลต่อการประเมินตนเอง บุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางที่ดีจะแสดงความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและมีภาวะอารมณ์ที่ดี ส่วนบุคคลที่ประเมินตนเองในทางที่ไม่ดี จะไม่มีความพึงพอใจในภาวะปัจจุบันของตนเองและมองว่าตนเองไม่สามารถจะประสบความสำเร็จในอนาคตได้

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล บุคคลจะประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า ให้ความสำคัญ บุคคลที่ให้คุณค่าแก่ความสำเร็จทางการเรียน ถ้าเขาประสบความสำเร็จล้มเหลว เขาจะประเมินคุณค่าของตนเองต่ำลง การให้คุณค่าของบุคคลแก่สิ่งหนึ่งสิ่งใดจะสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมให้คุณค่า ถ้ามีความสอดคล้อง การเห็นคุณค่าของตนเองก็ยิ่งสูงขึ้น ถ้าค่านิยมส่วนตัวของเขาไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม บุคคลจะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

1.5 ความทะเยอทะยานหรือระดับความมุ่งหวัง การตัดสินคุณค่าของคนอยู่บนพื้นฐานของการเปรียบเทียบผลงาน และความสามารถของตนเองกับมาตรฐานส่วนคนที่ตั้งไว้ ถ้าบุคคลมีผลงานและความสามารถตรงตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ บุคคลจะเกิดความเห็นคุณค่าในตนเองในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวซึ่งจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเขา

2. องค์ประกอบภายนอกตน สภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วยส่งผลให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

2.1 ความสัมพันธ์กับพ่อแม่และทางบ้าน การที่พ่อแม่ยอมรับเด็กทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และเห็นคุณค่าอย่างที่ดีเป็นอยู่ หรือการที่พ่อแม่ให้ความนับถือ ให้ความเป็นอิสระแก่เด็กในขอบเขตการกระทำที่กำหนดให้ และเน้นการให้รางวัลมากกว่าการลงโทษ และการที่พ่อแม่กำหนดขอบเขตการกระทำไว้อย่างชัดเจน และดูแลให้เด็กทำตาม ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย

2.2 โรงเรียนและการศึกษา โรงเรียนสามารถจัดสภาพแวดล้อมในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กได้ต่อจากทางบ้าน การที่ครูเปิดโอกาสให้เด็กสามารถทำกิจกรรมอย่างอิสระโดยไม่จำกัดระเบียบที่วางไว้ การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้เด็กได้เกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากครูเพื่อนๆ ในห้องเรียน จะเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจในตนเองเกิดความสำเร็จทางการศึกษา

2.3 สังคมกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเองนอกจากจะพัฒนาขึ้นมาจากความรักการยอมรับอย่างแท้จริงจากพ่อแม่แล้ว สังคมและกลุ่มเพื่อนก็นับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ บุคคลจะเรียนรู้ตนเอง ให้คุณค่าตนเองโดยประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อนในเรื่องของทักษะ ความสามารถ และความถนัด หากสิ่งเหล่านี้ได้รับการยอมรับยกย่องจากกลุ่มเพื่อนที่เขานิยมชมชอบ บุคคลก็จะมองว่าตนเองมีคุณค่ามีความหมายและการตัดสินใจเห็นคุณค่าในตนเองย่อมสูงขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองของ มาสโลว์ ที่ได้กล่าวถึง ความต้องการยอมรับนับถือจากผู้อื่น เป็นขั้นที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาสู่ขั้นการเป็นเจ้าของตนเอง และเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-Actualization needs) อันเป็นความสุขสมบูรณ์ และเป้าหมายของการพัฒนาการของชีวิตขั้นสูงสุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการเห็นคุณค่าจากตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และการประเมินค่าตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น ความเข้มแข็ง ความชำนาญ ความเชื่อมั่น และความมีอิสระ 2. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่เกิดจากการได้รับความเห็นคุณค่าจากผู้อื่น เช่น การได้รับชื่อเสียงหรือเกียรติยศ ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น การได้รับตำแหน่ง การมีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการกล่าวถึง ได้รับการสนใจ มีศักดิ์ศรีหรือเป็นที่ยกย่องชมเชยของผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการตัดสินใจว่ามีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มี 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตนเอง เช่น ลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทั่วไป ภาวะทางอารมณ์ ค่านิยมส่วนบุคคล ความทะเยอทะยาน และองค์ประกอบภายนอกตนเอง เช่น สภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ความสัมพันธ์กับพ่อแม่และทางบ้าน โรงเรียนและกลุ่มเพื่อนเป็นต้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฮ็อก (Hock, 1980 p. 63) ศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและคลินิกของเอกชน ที่ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีเชื้อชาติจีน เพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนเท่ากับ 2.5 ต่อ 1 มีสถานภาพโสด วิธีการที่ใช้คือ การกินยาพิษ สาเหตุกระตุ้นคือ ปัญหาชีวิตสมรส รองลงมาคือการเจ็บป่วยทางจิต

เอลเฟราเคีย (Eferakeya, 1984 pp.70-73) ได้ทำการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ในกลุ่มผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดโดยเฉพาะ ในช่วงอายุ 15-19 ปี รองลงมาคืออายุ 20-24 ปี ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.2 ต่อ 1 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน รองลงมาได้แก่ แม่บ้านและคนว่างงาน วิธีการที่นิยมใช้คือ การกินยาและสารพิษ ปัจจัยกระตุ้นคือ การเจ็บป่วยทางจิตใจและมีความขัดแย้งกับบิดามารดา

สมภพ เรื่องตระกูล (2518 หน้า 230) ศึกษาเรื่อง การช่วยเหลือและรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า ช่วงอายุของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 13-50 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณสองเท่า เป็นโสด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ นักเรียน และแม่บ้าน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดความอบอุ่นมาตั้งแต่วัยเด็ก ขาดบิดามารดาก่อนอายุ 10 ขวบ สาเหตุกระตุ้นที่สำคัญ คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาความยากจน และโรคทางจิตเวช ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จะกระทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบ ประมาณ 1 ใน 3 เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีประวัติของครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากในผู้ป่วย คือ โรคประสาทโดยมีอาการซึมเศร้าด้วย และบุคลิกภาพที่แปรปรวน

สมพร บุษราธิจ, และคณะ (2521 หน้า 193) ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ในอัตราส่วน 2 : 1 มีอาชีพรับจ้างดูแลตามบ้าน อายุต่ำกว่า 30 ปี เป็นผู้ที่ขาดความอบอุ่นในวัยเด็ก การพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะกระทำเป็นครั้งแรก สาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นเนื่องมาจากปัญหาชีวิตสมรส วิธีการที่ใช้คือการกินยาพิษฆ่าแมลง หนึ่งในสามเป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้า

สุวัทนา อารีพรรค (2522 หน้า 261) ได้ทำการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในคนไทยจำนวน 40 คน ในกลุ่มคนไข้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิงสูงถึง ร้อยละ 65 เพศชายร้อยละ 35 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.67 เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกร้อยละ 52.5 เคยกระทำมาแล้ว ร้อยละ 47.5 การกินยาหรือสารพิษเป็นวิธีการที่นิยมมากที่สุด ร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้มีการส่งสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า เช่นการพูดว่าอยากตาย หรือจะ

ฆ่าตัวตาย การเขียนจดหมายลา หรือเคยพยายามกระทำมาก่อนภายในหนึ่งเดือน ร้อยละ 45 เหตุปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายจากปัญหาภายในบ้าน ร้อยละ 62.5 กระทำเพราะความหลงผิดประสาทหลอน ร้อยละ 17.5 กระทำเพื่อหนีปัญหาซึ่งไม่สามารถจะแก้ไขได้ ร้อยละ 40 มีประวัติการฆ่าตัวตายของญาติที่สำเร็จ หรือการพยายามฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว ร้อยละ 12.5 คนไข้เกือบทุกคนมีประวัติครอบครัวซึ่งผิดปกติ ร้อยละ 45 มาจากครอบครัวที่แตกแยก (Broken home families) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งบิดามารดาแยกทางกันหรือเสียชีวิต ร้อยละ 42.5 มาจากครอบครัวซึ่งบิดามารดามีปัญหาทางด้านจิต (family deficiency) ที่พบมากที่สุดคือปัญหาการติดสุรา ร้อยละ 40 มาจากครอบครัวซึ่งบิดามารดามีเจตนาคติในทางลบต่อบุตร เช่น ถ้าเอียง ปกป้องและตามใจเด็กมากเกินไป เข้มงวดกวดขันหรือไม่เสมอต้นเสมอปลาย เป็นต้น เจตนาคติที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 62.5 ของคนไข้กลุ่มนี้ คือ ความลำเอียงให้ความรักเอาใจใส่ต่อบุตรคนอื่น ๆ มากกว่าคนไข้ และร้อยละ 17.5 มาจากครอบครัวซึ่งบิดามารดาขาดความปรองดองกัน และทะเลาะวิวาทกันเป็นประจำ ร้อยละ 52.5 ของคนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพแปรปรวน ชนิดแยกตัว และร้อยละ 82.5 ของคนไข้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคจิตระยะเริ่มแรก โรคซึมเศร้า และโรคพิษสุราเรื้อรังเพียงร้อยละ 17.5 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก หรือพันธุกรรม รวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิต หรือทางกายมาก่อน น่าจะเป็นเหตุกระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายได้

สุนทร ชมนันต์ (2524 หน้า 241) ได้ศึกษา การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ถึง พ.ศ. 2521 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 617 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการจากทางโรงพยาบาล 962,489 ราย เป็นอัตราส่วน 1 : 1,600 และเสียชีวิต 115 ราย หรือ 1 : 5.37 พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 12-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ในช่วงอายุที่ยังน้อยเพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย และเมื่ออายุมากขึ้นเพศชายพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง คนโรคพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่สมรสแล้ว เกษตรกรและกรรมกรพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.33 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ส่วนใหญ่ใช้วิธีดื่มยาพิษ, ยิงตัวตาย, และผูกคอตาย รองลงมาตามลำดับ

เกษียร กังคานนท์, และคณะ (2527 หน้า 455) ได้ศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรงจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2515 ถึง วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2524 จำนวน 47 ราย พบว่าเป็นชาย 29 ราย หญิง 18 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1.6 : 1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 16-25 ปี ร้อยละ 51 เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 25 วิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ การแขวนคอ ร้อยละ 70 รองลงมาคือกระโดดจากที่สูง ร้อยละ 50 และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 25 มีเพียง 9 รายเท่านั้นที่จิต

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต หรือมีความผิดปกติทางจิต นอกจากนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่า ถ้าปัญหาทางเศรษฐกิจก็ดี สังคมก็ดี ที่ตนเองเผชิญอยู่ ถ้าได้รับการแก้ไขให้คลี่คลายไปได้ก็จะไม่คิดฆ่าตัวตายอีก

สุชาติ พหลภักย์, และคณะ (2527 หน้า 29) ได้ศึกษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลจิตวิทยา ก่อนฆ่าตัวตายจากญาติใกล้ชิด หรือเพื่อนผู้ใกล้ชิดของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งปรากฏเป็นข่าวการฆ่าตัวตายตามหน้าหนังสือพิมพ์ 4 ฉบับ คือ ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด บ้านเมือง พบว่า เพศชายฆ่าตัวตาย มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 1.8 : 1 ผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงคือ ผู้ที่อายุ 15-34 ปี เป็นโสด หม้าย หย่า แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ ผู้ที่มีอาการทางจิตประสาท ผู้ที่มีโรคทางกายรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ที่มีญาติสนิทเคยฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ชายจะเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าเพศหญิง

เอมอร ชินพัฒนพงษ์ (2530 บทคัดย่อ) ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่ม อายุ 15-30 ปี จำนวน 100 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา วิธีการหรือสารพิษเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด สาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นคือ ปัญหาชีวิตสมรส ครอบครัว และความรักตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญคือ ประวัติการใช้ยาเสพติดให้โทษ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ความอบอุ่นของครอบครัวที่ไม่ดีในวัยเด็ก ปัญหาชีวิตสมรส อุบัติเหตุเฉียบพลัน เก็บตัว เจ้าอารมณ์ คิดมาก

ธัญญาลักษณ์ โลหิตเสถียร (2530 บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพระหว่างเยาวชนอายุระหว่าง 15-25 ปี ในกลุ่มซึ่งเคยมีประวัติ และไม่เคยมีประวัติ มีเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 92 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 46 คน และกลุ่มที่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายที่มาเยี่ยมญาติที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 46 คน ศึกษาโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐานวัดอาการดีเปรสชัน (Depression) มาตรฐานวัดอาการฮิสทีเรีย (Hysteria) มาตรฐานวัดไซโคแพททีคิตีเอท (PhycopartricDawiat) ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนการตอบแบบทดสอบในมาตรฐานวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 โดยกลุ่มเยาวชนผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้คะแนนในการตอบแบบทดสอบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสามารถบอกได้ว่ากลุ่มผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีประวัติเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

สุดสบาย จุลกัทัพพะ (2533 หน้า 245) ได้ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 โดยการรวบรวมข้อมูลจากใบมรณะบัตรที่เก็บบันทึกในรูปคอมพิวเตอร์และไมโครฟิล์ม จากสำนักงานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ที่ให้สาเหตุของการตายเป็นการฆ่าตัวตายทั่วประเทศ จำนวน 3,323 ราย พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.9 ต่อ

แสนประชากร และการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของการตายทั้งหมดทั่วประเทศ พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 - 1.8 เท่า ช่วงที่มีอายุที่พบมากที่สุด คือ 15 - 25 ปี ผู้ที่เป็นโรคมีการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่สมรสแล้ว จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 6 อันดับแรก ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน จันทบุรี สิงห์บุรี ระยอง เชียงราย อัตราต่อแสนประชากรเท่ากับ 19.32, 16.76, 14.11, 13.80, 13.44, 13.37 ตามลำดับ โดยวิธีการผูกคอตาย รับประทานยา และยิงตัวตาย แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายจะใช้วิธีรุนแรง รวดเร็ว และให้ผลแน่นอนมากขึ้น

จิราภรณ์ ดังกิตติภรณ์ (2534 บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 72 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะประชากร สังคมจิตวิทยา ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บุคลิกภาพและสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 23 ปี พบมากในช่วงอายุ 21 - 45 ปี และส่วนใหญ่เป็นหญิงที่มีสถานภาพโสด การศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นบุตรคนกลาง และมาจากครอบครัวขนาดใหญ่ มีลูกมากกว่า 5 คน ซึ่งสมาชิกภายในครอบครัวมักมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน แรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย คือ ความต้องการหนีความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ และมักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความทุกข์จากปัญหาความรัก ผู้ป่วยเกือบครึ่งใช้เวลาคิดไม่ถึงหนึ่งวันก่อนตัดสินใจกระทำการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเคยให้สัญญาณเตือนภัยล่วงหน้าร้อยละ 31.82 เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมากกว่าหนึ่งครั้ง ร้อยละ 33.34 และเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วสองครั้ง ร้อยละ 10.61

ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร และ ปรีทรรศ ศิลปกิจ (2535 หน้า 101) ได้ทำการศึกษา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 - 2530 โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและบัตรตรวจโรค พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 920 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด 2,375,309 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 2582 เป็นชาย 517 ราย ร้อยละ 56.2 อัตราส่วนชาย : หญิง เท่ากับ 1.28 : 1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 71 วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือการกินยาหรือสารพิษ ร้อยละ 88.34 ปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายคือความขัดแย้งระหว่างบุคคล 213 ราย ร้อยละ 68.2 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ทราบสาเหตุ มีการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทก่อนฆ่าตัวตาย 171 ราย ร้อยละ 18.65 ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมี 114 ราย ร้อยละ 12.3 เป็นชาย 72 ราย ร้อยละ 63.2 คิดเป็นอัตราส่วนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ชาย : หญิง เท่ากับ 1.71 : 1 และ อัตราส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.07 : 1 อายุเฉลี่ยของหญิงที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มจาก 23.5 ปีใน พ.ศ. 2522 เป็น 27.8 ปีใน พ.ศ. 2530 ชายจาก 24.7 ใน พ.ศ. 2522 เป็น 30 ปี ใน พ.ศ. 2530

อุมาพร ทรัพย์สมบัติ (2537 หน้า บทคัดย่อ) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ถูกส่งมาประเมินและรับการรักษาทางจิตเวชจากหน่วยจิตเวชเด็ก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ถึง พ.ศ. 2534 พบว่า มีผู้ป่วยที่ถูกส่งมาด้วยปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 43 ราย หรือร้อยละ 1.08 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,986 ราย เป็นหญิง 31 และชาย 12 ราย อัตราส่วนหญิงต่อชาย เป็น 2.6 : 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลางหรือคนสุดท้อง มาจากครอบครัวยากจนมีลูก 3 คนหรือน้อยกว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 83.7 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.3 และฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7 วิธีการพยายามฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือ กินยาเกินขนาด โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือการถูกอบรมสั่งสอนและลงโทษ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น อารมณ์เศร้าพบ ร้อยละ 87.5 การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุดคือ ความผิดปกติในการปรับตัว ผู้ป่วยจำนวนมากมีลักษณะนิสัยเป็นเด็กกว่าวัย ขาดความยับยั้งชั่งใจหรือเก็บกด จากการเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อน กับผู้ป่วยที่ไม่เคยมี พบว่ากลุ่มแรกอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยและความผิดปกติทางจิตในบิดามารดาสูงกว่ากลุ่มหลัง นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในเด็ก

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, และคณะ (2537 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มาขอรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2534 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2535 เป็นการศึกษาข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ พบว่า มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 122 ราย อัตราส่วน ชาย : หญิง 1.14 : 1 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61 อาชีพรับจ้างและเกษตรกร ร้อยละ 78.7 รายได้อยู่ระหว่าง 1,000 – 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 59 เสพยาเสพติด ร้อยละ 7.4 มีปัญหาขัดแย้งกับคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของตนเอง ร้อยละ 50 มีปัญหาด้านสุขภาพการเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 19.7 มีการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ร้อยละ 4 พบว่าวิธีการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ใช้มากที่สุดคือ การกินยาฆ่าแมลงและสารพิษ ร้อยละ 97.6

มนตรี นามมงคล, และคณะ (2540 หน้า 13) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความคิดอยากฆ่าตัวตาย และความคิดอยากฆ่าผู้อื่นของข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ข้าราชการครูมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เกื้อหนุนให้ปรับตัวรับกับความเครียดได้ดีกว่า ทำให้มีระดับความไวที่จะเกิดความเครียดต่ำกว่าข้าราชการสาธารณสุข และตำรวจ กลุ่มข้าราชการทั้งหมดมีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงคือ ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากเรื่องการเงิน ปัญหาครอบครัว และสิ่ง

แวดล้อม โดยตำรวจจะเรียกในระดับที่จะก่อให้เกิดอันตรายมากที่สุดร้อยละ 27.8 รองลงมาคือข้าราชการสาธารณสุข ร้อยละ 26.8 ส่วนครูร้อยละ 19.8 จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์พบว่าระดับความเครียดจะมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับอายุ อายุราชการ รายได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตรที่มี การอาศัยอยู่ร่วมกันกับครอบครัวใหญ่ สาขาอาชีพทางราชการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ละข้าราชการตำรวจจะมีระดับความคิดอยากฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่นสูงสุดร้อยละ 14.9 รองลงมาคือ ข้าราชการสาธารณสุขร้อยละ 11.6 และครูร้อยละ 7.7

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ และคณะ (2541 หน้า 20) ได้ทำการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2540 โดยรวบรวมรายชื่อจากใบมรณบัตร และสอบถามข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายที่อาจไม่ปรากฏในรายงานใบมรณบัตรจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้งสิ้นที่ทำการศึกษา จำนวน 241 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 88.00 เพศหญิง ร้อยละ 12.00 กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 29.90 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 29.00 ซึ่งเป็นวัยแรงงาน ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น มากถึง ร้อยละ 77.20 เหตุกระตุ้นของการฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุจากการคิดเชื่อเอดส์ พบมากที่สุดถึง ร้อยละ 19.90 รองลงมาได้แก่ คิดสุรา ร้อยละ 18.70 และปัญหาชีวิตสมรส มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ปัญหาทางเศรษฐกิจ ป่วยทางจิตเวช ปัญหากับพ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก ร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 17.80, 17.80, 15.80, 10.40, 10.00 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย กินสารพิษ ร้อยละ 48.1 แวนคอร้อยละ 45.60 ยิงตัวตายร้อยละ 4.10 ประวัติเกี่ยวกับการเคยทำร้ายตนเองพบร้อยละ 17.0 ผู้ฆ่าตัวตายมีการส่งสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 50.2 พบผู้ฆ่าตัวตายที่มีอารมณ์เศร้าในระยะ 1 เดือน ก่อนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 58.90 และพบผู้ที่มีอาการทางจิต เช่น พุดคนเดียว หรือมีอาการหูแว่ว มีความกลัว หรือกลัวคนมาทำร้ายตนเอง จำนวน 47 ราย ร้อยละ 19.50 และในจำนวน 241 รายนี้ ยังพบว่ามีผู้ที่มีปัญหาเอดส์ จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5

ภิรมศักดิ์ บุญเจียร (2541 บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาที่จังหวัดชัยนาท ซึ่งทำการศึกษาดังตัวแปรทางสังคมกับพฤติกรรมความพยายามฆ่าตัวตายจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 202 ตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มอย่าง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ Case ซึ่งมีทะเบียนประวัติเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 92 ตัวอย่างและกลุ่มที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 110 ตัวอย่าง ซึ่งนำรายชื่อมาจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายตัดสินใจกระทำมากที่สุดได้แก่ การประชด ซึ่งวิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีการกินยาฆ่าแมลง และกินยาพิษ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนส่วนใหญ่จะมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุผลคือการฆ่าตัวตายเพื่อประชด

มรุณีน คำวงศ์ปิ่น (2543 บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2542 จำนวน 40 คน โดยศึกษาถึงความเครียด วิธีการปรับแก้ และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีความเครียดระดับต่ำ วิธีการปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ วิธีปรับอารมณ์ ร้อยละ 37.50 วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 35 วิธีบรรเทาปัญหา ร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุด คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.13 ด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตนมีค่าต่ำสุด คิดเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.07 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบมากที่สุด คือ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 95 บิดามารดา ร้อยละ 90 คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ร้อยละ 82.50 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พบน้อยที่สุดคือ พระ หรือนักบวช ร้อยละ 2.50

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเปลี่ยนไป และเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นในบางกลุ่มอายุ และพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าทุกพื้นที่ ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ หรือบริบทของชุมชนชนบทธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมก็ได้ ซึ่งพอจะแยกออกได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น จากชีวิตความเป็นอยู่ความสัมพันธภาพในความครอบครัว ประวัติของบุคคลภายในครอบครัวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บริบทของชุมชน วัฒนธรรมประเพณี และวัฒนธรรมประจำถิ่น ความเชื่อ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ของครอบครัว ตลอดจนถึงการลอกเลียนแบบจากตัวอย่างที่ได้พบเห็น เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านสุขภาพจิต เช่น การเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช ซึมเศร้า จิตเภท บุคลิกภาพแปรปรวน สุรา และยาเสพติด
3. ปัจจัยทางด้านร่างกายและการแพทย์ เช่น ความพิการแต่กำเนิด ภาวะโรคประจำตัว โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง หอบหืด หรือการได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น

ในภาพรวมของข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในประเทศไทยพบว่า จากรายงานการศึกษาของสุดสบาย จุลทัทพะ “การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 เปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาของนายแพทย์ประเวช คันธุวิวัฒน์สกุล และคณะ ในปี พ.ศ. 2541 ที่ศึกษา เรื่องฆ่าตัวตายการสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน พบว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายรวมเพิ่มขึ้นโดยมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 1.8 : 1 เป็นประมาณ 3 : 1 แสดงให้เห็นว่าอัตรา

การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 15-24 ปี แต่จากการศึกษาของ นายแพทย์ประเวช ดันดิพิวัฒนสกุล และคณะ ในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ในปี พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2540 ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 25-34 ปี สูงสุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีตและของต่างประเทศ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อกลุ่มมีอายุมากขึ้น และปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายมากได้แก่ ปัจจัยจากทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชมากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านสังคมโดยเฉพาะปัญหาในครอบครัว สภาพเศรษฐกิจสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในสังคม ตลอดจนถึงการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โรคติดยา และโรคจิตเวชต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายในอดีตดังกล่าวสูง อาจมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากปัจจุบันก็ได้ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าปัจจุบันน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น รวมทั้งมีความเจริญทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสารที่ไร้พรมแดน การได้รับอิทธิพลทางด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ จากทางตะวันตกเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ไร้ขอบเขตของการควบคุม และไร้ขีดจำกัด ตลอดจนถึงการเกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในช่วงตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา จนทำให้สังคมและค่านิยมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก็เป็นไปได้

แต่สำหรับงานวิจัยเรื่องนี้ มีแนวทางการวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้น คือ เป็นการวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative research method) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ กรณีศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในหมู่บ้านวังสูงใหม่ ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลัง 2 ปี โดยเน้นศึกษาแบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นตัวของผู้ที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ และญาติใกล้ชิดที่เกี่ยวข้อง เช่น บิดา มารดา เป็นต้น เพื่อศึกษาถึงปัจจัยของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ สอบถาม ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง การใช้แบบวัดบุคลิกภาพ MPI และแบบวัดทางจิต SCL-90 ควบคู่ไปกับการสังเกต พร้อมทั้งศึกษาบริบทของชุมชน

แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

