

ปัจจัยด้านจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารักษาในโรงพยาบาลลำปาง

เกษศิริ เหลี่ยมวานิช*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยทางจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มา รักษาในโรงพยาบาลลำปางกับผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional) ศึกษาเปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง และมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย กับกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนทั่วไปช่วงอายุ 18 - 60 ปี ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่น หรือบุคคลอื่น ที่มาโรงพยาบาลลำปางช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มผู้ป่วย และไม่มี ประวัติพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยจับคู่เป็นเพศเดียวกันและอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี กลุ่มละ 42 คน รวม 84 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติ Fisher's exact test และ 3) independent t-test

ผลการศึกษา กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ย 24.2 ± 6.3 ปี (min=18, max=45) และกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ย 24.7 ± 5.7 ปี (min=18, max=47) โดยพบว่าด้านปัจจัยจิตสังคม กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำกว่า ระดับเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า แหล่งเกื้อกูลทางสังคมที่น้อยกว่า มีภาวะทางจิตเวชและการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า และเมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบที่ไม่แตกต่างกัน โดยผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีการควบคุมตัวเองอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ส่วนด้านความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ การมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ความภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสงบสุขทางใจอยู่ในระดับปกติ แต่ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความฉลาดทางอารมณ์ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นความเห็นใจผู้อื่นและความรับผิดชอบที่อยู่ในระดับปกติ

สรุป ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายเกือบทุกด้าน ดังนั้นหากมีโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์อย่างเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้าน และมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว น่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

คำสำคัญ ปัจจัยด้านจิตสังคม ความฉลาดทางอารมณ์ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

Corresponding author: เกษศิริ เหลี่ยมวานิช

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง

E-mail: koikate@hotmail.com

วันรับ : 29 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 17 มิถุนายน 2567 วันตอบรับ : 18 มิถุนายน 2567

Psychosocial Factors and Emotional Intelligence of Attempted Suicide Patients in Lampang Hospital

Ketsiri Liamwanich*

*Department of Psychiatry, Lampang Hospital

ABSTRACT

Objective: To study and compare psychosocial factors and emotional intelligence between attempted suicide patients treated at Lampang Hospital and individuals with no history of suicide attempts.

Methods: This cross-sectional comparative study included two groups: 1) patients aged 18 - 60 years who had attempted suicide and were treated at the psychiatric outpatient department of Lampang Hospital, and 2) a comparison group of individuals without a history of suicide attempts, selected from the general population aged 18 - 60 years, matched by gender and age within 5 years to the patient group. Each group comprised 42 participants, totaling 84 individuals. Data were collected between November 2023 and January 2024 using a general information questionnaire and the Thai Emotional Intelligence Assessment developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Statistical analyses included 1) descriptive statistics 2) Fisher's exact test, and 3) Independent t-test.

Results: Among the attempted suicide group, 36 (85.7%) were female and 6 (14.3%) were male, with a mean age of 24.2 ± 6.3 years (ranging from 18 to 45 years). Similarly, the group without suicide attempts comprised 36 (85.7%) females and 6 (14.3%) males, with a mean age of 24.7 ± 5.7 years (ranging from 18 to 47 years). The study found that the attempted suicide group had lower educational levels, poorer family relationships, lower socioeconomic status, higher prevalence of psychiatric disorders, and higher substance use compared to the non-attempted suicide group. Regarding emotional intelligence, significant differences were found across all aspects except responsibility which showed no statistical significant difference. The non-attempted suicide group demonstrated higher self-control than normal range whereas level of empathy, responsibility, motivation, problem-solving, decision-making, relationships, self-esteem, life satisfaction, and emotional tranquility were within normal ranges. While the attempted suicide group showed significantly lower in emotional intelligence levels in all aspects except the empathy and responsibility levels which remained within normal ranges.

Conclusion: Individuals who attempted suicide exhibited lower emotional intelligence levels than those who had not attempted suicide in almost all aspects. Therefore, specific emotional intelligence enhancement programs tailored to each aspect and further studies on the effectiveness or outcome of such programs may be beneficial for future suicide prevention efforts.

Keywords: Psychosocial factors, Emotional intelligence, Attempted suicide

Corresponding author: Ketsiri Liamwanich

E-mail: koikate@hotmail.com

Received 29 February 2024 Revised 17 June 2024 Accepted 18 June 2024

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศ โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2023 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประชากรช่วงอายุ 15 - 29 ปี และพบว่ามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (prior suicide attempt) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด (single most risk factor) ในการฆ่าตัวตายสำเร็จ¹

ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตภาคเหนือตอนบน จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข² พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตภาคเหนือตอนบน (เขตสุขภาพที่ 1) ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 อยู่ที่ 14.95, 15.54 และ 15.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินนโยบายต่างๆ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งประเทศให้มีระดับไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร โดยในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดลำปางมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 14.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 6 รองจากลำพูน พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน

พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าในเขตภาคเหนือตอนบน (เขตสุขภาพที่ 1) มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564 - 2566 จาก 1,595 คน เป็น 1,912 คน และ 1,861 คนตามลำดับ โดยจังหวัดลำปางมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564 - 2566 อยู่ที่ 263 คน 437 คน และ 286 คนตามลำดับโดยสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคเหนือรองจากเชียงใหม่ และเชียงราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 20 - 30 ปี

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงกันทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น โรคประจำตัวทางจิตเวช ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว บุคลิกภาพ และด้านสังคม เช่น การได้รับความเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) ระดับเศรษฐกิจ³ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่ ซึ่งในจังหวัดลำปางเคยมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต (psychological autopsy)⁴ แต่มีข้อจำกัดในการศึกษา คือ psychological autopsy เป็นข้อมูลระดับทุติยภูมิได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดไม่ได้จากตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง อีกทั้งงานวิจัย

ด้านการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในประเทศไทยรวมทั้งต่างประเทศ จะเน้นการศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น การศึกษาของ M.K. Srivastava และคณะ⁵ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาที่ศูนย์การแพทย์ของเมืองพอนดิเชอร์รี ประเทศอินเดีย จำนวน 137 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การว่างงาน การไม่ได้รับการศึกษา และมีความเครียดอย่างรุนแรงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

Suresh Kumar และคณะ⁶ ได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมและบุคลิกภาพที่อาจส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล IQRAA ประเทศอินเดีย จำนวน 104 คน พบว่าปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ อายุน้อย (20 - 40 ปี) สถานภาพสมรส ครอบครัวยากจน รู้สึกโดดเดี่ยว และเป็นภาระในครอบครัว ขาดทักษะการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน มีโรคทางจิตเวช มีบุคลิกที่ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่นง่าย

Khummeeseenon P และคณะ⁷ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ช่วงอายุ 20 - 59 ปี จำนวน 89 คน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง หม้าย มีประวัติถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงในวัยเด็ก มีความขัดแย้งในครอบครัว

Angel Garcia de la Garza และคณะ⁸ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไป (general population) ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 34,653 คน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions ซึ่งเป็น face-to-face longitudinal survey มาวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ อายุน้อย รู้สึกเศร้า หุนหันพลันแล่น ผลการเรียนไม่ดี และมีปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะวางแผนในการปรับเปลี่ยนหรือป้องกันได้ยาก เช่น ปัจจัยเสี่ยงด้านปัญหาเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส แต่ปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและบุคลากรด้านสาธารณสุขน่าจะสามารถนำผลการศึกษามาใช้เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวได้คือ ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ว่าเป็นความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และ

มีความสุข โดยได้ทำการศึกษา พัฒนาแนวคิด และแบ่งความฉลาดทางอารมณ์ของคนไทยออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 2) ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 3) ด้านสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต และมีความสุขทางใจ⁹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังไม่มาก โดยพบว่ามีงานวิจัยของ Elena Dominguez-Garcia และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยวิธีการ systematic review จากงานวิจัยภาษาอังกฤษและสเปน ทั้งหมด 25 งานวิจัย พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีทักษะในการปรับตัว แก้ปัญหา เมื่อบุคคลนั้นเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีกว่า มีศักยภาพในการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นๆ ได้ดีกว่า และมีความสามารถดูแลระดับประคองตนเองให้ยังคงมีความพอใจในตนเองถึงแม้จะเผชิญเหตุวิกฤติในชีวิต ขณะที่ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำจะมีทักษะและศักยภาพต่างๆ เหล่านี้ที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้เวลาบุคคลเหล่านี้เผชิญความเครียดในชีวิตจะเกิดอารมณ์ทางด้านลบได้ง่าย มีการปรับตัวกับปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบกับความสัมพันธ์กับรอบข้าง ความภาคภูมิใจ และความพึงพอใจในชีวิตตนเองลดลง ส่งผลให้เป็นความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย อีกทั้งในพื้นที่จังหวัดลำปางยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความฉลาดทางอารมณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากจะได้ข้อมูลจากผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยตรง รวมถึงนำผลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจง เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดลำปางต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ มีรูปแบบการศึกษาแบบเปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งในโรงพยาบาลลำปาง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC 175/66

ประชากรที่ศึกษา

1. กลุ่มผู้ป่วย (case group)

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อายุ 18 - 60 ปี ซึ่งมารักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง

2. กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

ประชาชนทั่วไปช่วงอายุ 18 - 60 ปี เช่นญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่น หรือบุคคลอื่นที่มาโรงพยาบาลลำปางช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มผู้ป่วย และไม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน โดยจับคู่เป็นเพศเดียวกันและอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี เพื่อความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) ของการศึกษา เนื่องจากเพศและอายุเป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และจากข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดลำปางย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2564 - 2566) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 20 - 30 ปี

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ขนาดตัวอย่างคำนวณจาก pilot study ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย เนื่องจากเป็น การศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยใช้การคำนวณแบบสองทิศทาง (two-sided test) alpha error ร้อยละ 5.0 power ร้อยละ 80.0 ratio ของกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 ต่อ 1 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน รวม 84 คน โดยได้เก็บข้อมูลตั้งแต่ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 และได้กลุ่มตัวอย่างครบในช่วงเดือนมกราคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกรับ-คัดออก

กลุ่มผู้ป่วย (case group)

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และได้รับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง

- อายุ 18 - 60 ปี

เกณฑ์การไม่รับเข้า (exclusion criteria)

- ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

- ผู้ที่ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria)

- ประชาชนทั่วไป เช่นญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่นหรือบุคคลอื่นที่มาโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วย

- อายุ 18 - 60 ปี

- ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

- เป็นเพศเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วย และอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี

เกณฑ์การไม่รับเข้า (exclusion criteria)

- มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน

- ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ซึ่งครอบคลุมตัวแปรด้านจิตสังคมที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ การได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) โรคประจำตัวทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทย อายุ 18 - 60 ปี¹¹ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 52 ข้อ จำแนกความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 9 ด้าน คือ การควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ การมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ความภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสุขสงบทางใจ โดยการแปลผลจะมีช่วงค่าคะแนนที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ละด้าน และระดับความฉลาดทางอารมณ์เป็นต่ำกว่าปกติ ปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงแบบครึ่ง (split-half reliability) ภาพรวมเท่ากับ 0.84

โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามดังกล่าวตามความสมัครใจ โดยกระทำหลังเสร็จสิ้นการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 16.1 นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผล

ต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Fisher's-exact test ในกรณีเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มในลักษณะร้อยละ และสถิติ independent t-test ในกรณีเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มในลักษณะค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้จำนวน 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (case group) 42 คน และกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย (comparison group) 42 คน โดยแต่ละกลุ่มเป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย 24.2 ± 6.3 ปี (min=18, max=45) และกลุ่มเปรียบเทียบ 24.7 ± 5.7 ปี (min=18, max=47) โดยอายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.678)

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าปัจจัยที่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง case group และ comparison group คือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (p-value<0.001) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่กว่า (p-value<0.001) ระดับเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า (p-value<0.001) แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) ที่น้อยกว่า (p-value=0.001) มีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วย (p-value<0.001) และมีการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า (p-value=0.012) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และพบว่าสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ด้านคะแนนความฉลาดทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ ขณะที่กลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน และยังมีคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคมระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีทดสอบ Fisher's exact test

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย N=42	ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย N=42	
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	24.2±6.3 (min=18, max=45)	24.7±5.7 (min=18, max=47)	0.678
การศึกษา			<0.001
ไม่ได้เรียนประถม	2 (4.8)	0 (0.0)	
มัธยม, ปวช., ปวส.	32 (76.2)	7 (16.7)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	8 (19.0)	35 (83.3)	
สถานภาพสมรส			0.791
โสด	31 (73.8)	34 (80.9)	
คู่ อยู่ด้วยกัน	10 (23.8)	7 (16.7)	
คู่ แยกกันอยู่	1 (2.4)	1 (2.4)	
เสียชีวิต แยกทาง	0 (0.0)	0 (0.0)	
ลักษณะครอบครัว			0.464
ครอบครัวเดี่ยว	14 (33.3)	14 (33.3)	
ครอบครัวขยาย	12 (28.6)	14 (33.3)	
อยู่กับคนอื่น	9 (21.4)	4 (9.5)	
อยู่คนเดียว หรือหอพัก	7 (16.7)	10 (23.8)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			<0.001
ราปรื่นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	14 (33.3)	37 (88.1)	
ขัดแย้ง แต่ตกลงกันได้	13 (30.9)	5 (11.9)	
ขัดแย้งทะเลาะวิวาท พุบตี	7 (16.7)	0 (0.0)	
ต่างคนต่างอยู่ ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน	8 (19.1)	0 (0.0)	
ระดับเศรษฐฐานะ			<0.001
ขาดสน	17 (40.5)	1 (2.4)	
มีพอใช้จ่าย	24 (57.1)	31 (73.8)	
มีเงินเหลือเก็บ	1 (2.4)	10 (23.8)	
แหล่งเกื้อกูลทางสังคม			0.001
คนในครอบครัว	9 (21.4)	26 (61.9)	
เพื่อนหรือคนรู้จัก	8 (19.1)	3 (7.1)	
แก้ปัญหาเอง	25 (59.5)	13 (31.0)	
มีโรคทางจิตเวช			<0.001
มี	36 (85.7)	2 (4.8)	
ไม่มี	6 (14.3)	40 (95.2)	
การใช้ยาเสพติด			0.012
ใช้	7 (16.7)	0 (0.0)	
ไม่ใช้	35 (83.3)	42 (100.0)	

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีทดสอบ Independent t-test

ด้าน	ค่าปกติ	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
		ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย	
การควบคุมตัวเอง	13-18	14.9 (3.1) (ปกติ)	20.1 (2.2) (สูง)	<0.001
ความเห็นใจผู้อื่น	16-21	18.7 (2.7) (ปกติ)	20.4 (2.2) (ปกติ)	0.002
ความรับผิดชอบ	17-23	20.3 (2.3) (ปกติ)	20.7 (2.4) (ปกติ)	0.432
การมีแรงจูงใจ	15-21	13.4 (3.2) (ต่ำ)	20.1 (2.7) (ปกติ)	<0.001
การตัดสินใจแก้ปัญหา	14-20	12.6 (3.1) (ต่ำ)	18.8 (3.0) (ปกติ)	<0.001
ด้านสัมพันธภาพ	15-20	14.7 (3.1) (ต่ำ)	18.6 (3.2) (ปกติ)	<0.001
ความภูมิใจในตนเอง	9-14	8.7 (2.8) (ต่ำ)	13.1 (2.1) (ปกติ)	<0.001
ความพอใจในชีวิต	16-22	14.8 (3.1) (ต่ำ)	20.6 (2.6) (ปกติ)	<0.001
ความสงบสุขทางใจ	15-21	13.4 (3.9) (ต่ำ)	20.4 (2.5) (ปกติ)	<0.001

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและด้านจิตสังคมของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน คือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช การใช้ยาเสพติด ส่วนปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์พบว่าระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน และยังพบว่ามีระดับคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรับผิดชอบที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสวีเดน¹² ที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูง ระดับผลการเรียนที่สูง ระดับ IQ ที่สูง ทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่มีระดับ

สติปัญญาหรือการศึกษาที่สูง จะมีวิจารณญาณ ทักษะการปรับตัว ศักยภาพในการแก้ปัญหาหากเกิดความเครียดในชีวิตได้ดีกว่า

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่กว่า ซึ่งเป็นไปได้ว่าครอบครัวที่ขัดแย้ง มีปัญหาการสื่อสารและตอบสนองทางอารมณ์ในครอบครัว เกิดความเปราะบางในจิตใจ และเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้ความรุนแรงโดยการทำร้ายตัวเองเป็นการแก้ปัญหาเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Yari Gvion และคณะ¹³ ที่พบว่าการเจ็บปวดด้านจิตใจ (mental pain) ปัญหาการสื่อสาร ขาดทักษะการแก้ปัญหา และความก้าวร้าว เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการพยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดันในการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน จึงทำให้ผู้ประสบปัญหาทางการเงินมีความเครียดและแนวโน้มฆ่าตัวตายกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁴

ปัจจัยด้านแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) เมื่อคนเรามีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือแนะนำการปรับตัว ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อมากขึ้น การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งเกื้อหนุน

ทางสังคมน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะไม่ปรึกษาใครเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Khummeeseenon และคณะ⁷ ที่พบว่าผู้ที่มิบุคคลหรือหน่วยงานคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ปรึกษา เป็นปัจจัยปกป้องจากการทำร้ายตัวเอง

ปัจจัยด้านการมีภาวะโรคทางจิตเวชและปัจจัยด้านการใช้ยาเสพติด การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วยและมีการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยา¹⁵ ที่พบว่า การฆ่าตัวตายจะสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด เนื่องจากโรคทางจิตเวชและผลจากยาเสพติดทำให้การควบคุมอารมณ์ ความคิด การเชื่อมโยงเหตุผลและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดความหุนหันพลันแล่นและฆ่าตัวตายได้ง่าย

ปัจจัยด้านการควบคุมตัวเอง การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการควบคุมตัวเองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่ามีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ด้านดังกล่าวจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีระดับคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ จึงทำให้ระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ควบคุมในการศึกษานี้ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมตัวเอง เช่น ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีแหล่งเกื้อกูลทางสังคม (supporting system) การไม่มีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด ซึ่งทำให้การควบคุมตัวเองในกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยมีการศึกษาพบว่า การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ซึ่งมีพ่อแม่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีกลุ่มเพื่อนที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์¹⁶ อย่างไรก็ดีตามยังเป็นไปได้ว่าการตระหนักรู้ได้ถึงอารมณ์ตัวเอง และสามารถดูแลควบคุมอารมณ์นั้น จะช่วยให้ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงจนทำร้ายตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria Donald และคณะ¹⁷ ที่พบว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองได้ดี (self-regulation) จะช่วยลดความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านความเห็นใจผู้อื่น การศึกษานี้ถึงแม้จะพบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านความเห็นใจผู้อื่นของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายแล้ว มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ของด้านดังกล่าวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จะมีความเครียดสูง หมกมุ่นกับปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในอิตาลี¹⁸ ที่พบว่าผู้ที่มีประวัติการฆ่าตัวตายจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน

ปัจจัยด้านการมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ซึ่งแรงจูงใจ ความหวัง ความมุ่งมั่นที่จะทำตามแรงบันดาลใจ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของแรงผลักดันที่จะทำให้คนเรามีชีวิตอยู่ต่อไป การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rory C.O Conner และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้ที่ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองใน 2 ปี

ปัจจัยด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยทั่วไปแล้วภายใต้สถานการณ์ที่มีความตึงเครียด หากบุคคลมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี เหมาะสมกับสถานการณ์ ก็จะใช้วิธีการอื่นที่ไม่ใช่การทำร้ายตัวเองในการแก้ปัญหา ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olivia H Pollak และคณะ²⁰ ที่พบว่าบุคคลที่มีความพร่องด้านทักษะการแก้ปัญหา มีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่าหลังติดตามไปได้ 9 เดือน

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เทียบเท่ากับคนอื่น ได้รับการยอมรับชื่นชมจากบุคคลอื่น นำมาสู่การเคารพ รัก และไม่ทำร้ายตนเอง การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสัมพันธภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน²¹ ที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่คงที่จะเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิต โดยความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิตส่งผลให้บุคคลนั้นพอใจแบบที่ตัวเองเป็น ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น รัก เคารพ ภาคภูมิใจในตัวตน จึงไม่ทำร้ายตัวเอง ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิตน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความภาคภูมิใจและความพอใจในชีวิตตนเองต่ำมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองหลังติดตามไป 15 ปี²²

ปัจจัยด้านความสงบสุขทางใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สามารถมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ ยืดหยุ่น เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางใจเกิดขึ้น นำไปสู่การไม่ทำร้ายตนเอง การศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความสงบสุขทางใจน้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสิงคโปร์ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความผ่อนคลาย ยืดหยุ่นทางอารมณ์²³ จะลดความเสี่ยงเรื่องฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส การศึกษานี้พบว่าสถานภาพการสมรสของกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในประเทศนอร์เวย์²⁴ ซึ่งพบว่าสถานภาพหม้ายหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สาเหตุเนื่องจากความสัมพันธ์หรือความผูกพันทางอารมณ์กับคู่ชีวิตถูกบั่นทอน ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาในโรงพยาบาลลำปางนี้อายุน้อยไม่มากนัก (เฉลี่ย 24 ปี) และส่วนใหญ่โสด จึงทำให้ไม่สามารถประเมินสถานภาพสมรสที่อาจมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ เช่น หม้าย แยกกันอยู่ได้

ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว มีการศึกษาในประเทศอินเดีย⁶ พบว่าครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากกว่าครอบครัวขยาย โดยต่างจากผลการศึกษางานวิจัยนี้ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นไปได้ว่าในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ภาคเหนือ ถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่คนในชุมชนหรือญาติจะไปมาหาสู่ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลง ทำให้ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ การศึกษานี้พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านความรับผิดชอบ เสียสละเพื่อส่วนรวม ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาอื่นๆ ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบและการฆ่าตัวตาย ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านความรับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พื้นอารมณ์ บุคลิกภาพ การมีความผิดปกติทางจิต การใช้ยาเสพติด การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์โดยถูกทารุณกรรม

ความรู้สึกด้อยค่าในตัวเอง ปัจจัยระดับครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ต่ำหนัมาก ควบคุมมาก และปัจจัยระดับสังคม เช่น การมีเพื่อนฆ่าตัวตาย และการเลียนแบบในสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน²⁵ โดยในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความด้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ทั้งด้านการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐานะ แหล่งเกิดภูมิลำเนาสังคมและการมีภาวะทางจิตเวช ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ เนื่องจากความฉลาดทางอารมณ์ส่วนหนึ่งพัฒนาได้จากการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูล⁹ ทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเกือบทุกด้าน อีกทั้งผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ อาจส่งผลให้ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและด้านจิตสังคมดังกล่าวด้อยยิ่งขึ้น โดยในการศึกษานี้พบว่าความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิตและความสงบสุขทางใจมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปได้ว่าหากบุคคลใดมีความพึงพอใจในตัวเองน้อย จะส่งผลให้เกิดความเครียดหรืออารมณ์ในแง่ลบได้ง่าย เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า การใช้ยาเสพติด ซึ่งทำให้กระทบต่อศักยภาพการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความฉลาดทางอารมณ์ด้านแรงจูงใจไม่สัมฤทธิ์ ขาดพลังมุ่งมั่นในการเรียนหรือการทำงานที่จะยกระดับเศรษฐกิจของตนเอง¹⁰ ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาและระดับเศรษฐานะที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ยังพบว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านสัมพันธภาพในกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและในครอบครัวได้ง่าย หากมีความเครียดเกิดขึ้นส่งผลให้ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันได้ง่าย ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมในครอบครัว ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจหรือรู้สึกขาดแหล่งเกิดภูมิลำเนาสังคมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำกว่า และส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองมากกว่าปรึกษาผู้อื่นหากมีความเครียดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ วิธีการเก็บข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาตามมาตรฐาน เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษา

(counselling) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด ทศนคติ ทักษะในการจัดการอารมณ์ รวมถึงสร้างความหวัง และจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดีมากขึ้น อาจมีผลต่อคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงกว่าเป็นจริง เมื่อเทียบกับความฉลาดทางอารมณ์ขณะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อีกทั้งผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง สามารถตอบแบบสอบถามได้ ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตายหรือมีภาวะจิตเวชที่รุนแรง รวมถึงวิธีการศึกษาซึ่งควบคุมเพียง 2 ปัจจัยคือ เพศและอายุในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นซึ่งอาจมีผลทั้งต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและระดับความฉลาดทางอารมณ์ ทำให้มีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษานี้พบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสงบสุขทางใจ ดังนั้น หากมีโปรแกรมที่ส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านดังกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจง อาจจะช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง แต่มีการศึกษาที่บ่งบอกว่าความฉลาดทางอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาของ Laosabchareon²⁶ ซึ่งสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่ทำในวัยรุ่นอายุ 10 - 21 ปีในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ดังกล่าวสามารถเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ ช่วยให้เด็กจัดการกับความเครียดและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้นได้ และยังมีการศึกษาในประเทศสเปนเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มผู้จัดการบริษัทช่วงอายุเฉลี่ย 37.61 ปี พบว่าโปรแกรมนี้อาจเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์เกี่ยวกับการตระหนักรู้อารมณ์ตัวเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบริษัทได้ดียิ่งขึ้น²⁷

ดังนั้นจากการศึกษานี้ หากมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา เพิ่มสัมพันธภาพ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิต และ

ความสุขทางใจ และมีการประเมินประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

สรุป

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายคือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด ส่วนปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์พบว่าระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น และความรับผิดชอบซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายพบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรับผิดชอบซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งหากมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นการส่งเสริมด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิตและความสุขทางใจ และประเมินประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น น่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันตรัตน์ ปทุมานนท์, นพ.ศุภชัย ลวณะสกล, นพ.ธานินทร์ โลกเศกสรวี, นพ.ชนินท์ ประคองยศ, ผศ.(พิเศษ) ญญ.ดร.รุ่งทิพา หมีนป่า และ ผศ.ดร.พัชรินทร์ เสรี ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านระเบียบวิจัยและสถิติ รวมถึงการเขียนรายงานการวิจัยแก่ผู้พิมพ์ที่นักจิตวิทยาคลินิก และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง ที่ช่วยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง คุณอดิگانต์ พรหมหนู ที่ช่วยจัดพิมพ์เอกสารและติดต่อประสานงานจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี งานวิจัยนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแหล่งทุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflict interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Looker Studio [Internet]. [cited 2024 Feb 2]. Suicide situation in 1st Health District of Thailand. Available from: <http://lookerstudio.google.com/reporting/a02f1938-4792-40e0-890c-ec43a711266b/page/wJpUC?feature=opengraph>
3. Hoffman MA. Suicide and hastened death: a biopsychosocial perspective. *Couns Psychol* 2000;28(4):561-72.
4. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang district, Lampang province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1):47-54.
5. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide: a case control study. *Indian J Psychiatry* 2004;46(1):33.
6. Kumar PNS, Rajmohan V, Sushil K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian J Psychol Med* 2013;35(4):378-84.
7. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrassameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W, et al. Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th Health District of Thailand. *J Suicide Prev Thai* 2020;1(1):25-40.
8. García de la Garza Á, Blanco C, Olfson M, Wall MM. Identification of suicide attempt risk factors in a national US survey using machine learning. *JAMA Psychiatry* 2021;78(4):398-406.
9. Department of Mental Health. Knowledge of emotional quotient development manual in 3-11 year-old children for parents [Internet]. Nonthaburi: Veteran press office; 2003 [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1148>
10. Domínguez-García E, Fernández-Berrocal P. The association between emotional intelligence and suicidal behavior: a systematic review. *Front Psychol* 2018;9:2380.
11. Wongpiromsarn Y. The development of the emotional intelligence screening test for the Thai population age 12 to 60 years. *J Psychiatr Assoc Thai* 2002;47(4):267-80.
12. Lannoy S, Ohlsson H, Kendler KS, Sundquist J, Sundquist K, Edwards AC. The causal effect of education and cognitive performance on risk for suicide attempt: a combined instrumental variable and co-relative approach in a Swedish national cohort. *J Affect Disord* 2022;305:115-21.
13. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious suicide attempts: systematic review of psychological risk factors. *Front Psychiatry* 2018;9:56.
14. Kar N. Profile of risk factors associated with suicide attempts: a study from Orissa, India. *Indian J Psychiatry* 2010;52(1):48-56.
15. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(7):1425.
16. Thompson RA, Meyer S, Jochem R. Emotion regulation. In: Haith MM, Benson JB, editors. *Encyclopedia of infant and early childhood development*. San Diego: Academic Press; 2008 p. 431-41.
17. Donald M, Dower J, Correa-Velez I, Jones M. Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):87-96.
18. Scocco P, Aliverti E, Toffol E, Andretta G, Capizzi G. Empathy profiles differ by gender in people who have and have not attempted suicide. *J Affect Disord Rep* 2020;2:100024.
19. O'Connor RC, O'Carroll RE, Ryan C, Smyth R. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *J Affect Disord* 2012;142(1-3):248-55.
20. Pollak OH, Cheek SM, Rudolph KD, Hastings PD, Nock MK, Prinstein MJ. Social problem-solving and suicidal behavior in adolescent girls: a prospective examination of proximal and distal social stress-related risk factors. *J Psychopathol Clin Sci* 2023;132(5):610-20.
21. Fallahi-Khoshknab M, Amirian Z, Maddah SSB, Khankeh HR, Dalvandi A. Instability of emotional relationships and suicide among youth: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):50.
22. Junker A, Nordahl HM, Bjørngaard JH, Bjerkeset O. Adolescent personality traits, low self-esteem and self-harm hospitalisation: a 15-year follow-up of the Norwegian Young-HUNT1 cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(3):329-39.
23. Toh SHY, Wan MJS, Kroneman LM, Nyein N, Wong JCM. Temperament and adolescent suicide attempts: a case-control study with multi-ethnic Asian adolescents. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):434.
24. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metr* 2021;19(1):33.
25. Sukhawaha S, Arunpongpaissal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescent : a narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thai* 2017;62(4):359-78.
26. Laosabcharoen S, Sangon S, Nintajan P. A synthesis of research on promoting emotional intelligence for adolescents. *Rama Nurs J* 2013;19(1):31-47.
27. Gilar-Corbi R, Pozo-Rico T, Sánchez B, Castejón JL. Can emotional intelligence be improved? a randomized experimental study of a business-oriented EI training program for senior managers. *PLoS One* 2019;14(10):e0224254.