

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์
The Risk Factors of Suicide Reattempts In Psychiatric Patients,
Buri Ram Hospital

วันรวี พิมพรัตน์, พ.บ. *

จินตนา กมลพันธ์, พย.บ.*

Wanrawee Pimratana, M.D.*

Jintana Kamonpan, B.N.S *

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

*Department of Substance Abuse and Mental Health Services, Buri Ram Hospital,
Buri Ram Province, Thailand, 31000

Corresponding author.E-mail address: wanrawee_p@yahoo.co.th, pwanrawee@gmail.com

Received : 10 Nov 2020. Revised : 17 Nov 2020. Accepted : 18 Dec 2020

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : การฆ่าตัวตายเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์
- รูปแบบการศึกษา** : retrospective case-control study
- วิธีการศึกษา** : เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มาติดตามการรักษาที่จิตแพทย์ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ในช่วงเดือน มกราคม พ.ศ.2561 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563 และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบตัวแปรเดียว ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร ใช้สถิติพหุคูณถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression)
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่าง 82 รายเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.6 อายุเฉลี่ย 28 ปี (14-60 ปี) สถานภาพโสด/หย่าร้างร้อยละ 59.7 การวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มโรค mood disorder ร้อยละ 74.4 พบการฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 26.8 วิธีฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยาเกินขนาดร้อยละ 48.8 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วย logistic regression พบว่า สถานภาพโสด หรือหย่าร้างจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าสถานภาพสมรส 6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio=6.44, 95%CI=1.04-40.00, p=0.046)
- สรุป** : ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้างเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทางผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาระบบการติดตามรักษา ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ใกล้ชิดเฝ้าระวังป้องกันผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป
- คำสำคัญ** : ฆ่าตัวตายซ้ำ ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่อายุน้อย มีโรคประจำตัว คือ บุคลิกภาพผิดปกติ โรคปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ มีการรักษาโรคทางจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยหลายโรค การใช้สารเสพติดจำพวกสุรา ได้รับการรักษาด้วยยา antipsychotic หรือ antidepressant มีการฆ่าตัวตายซ้ำหลายครั้ง วิธีการโดยการกินยาเกินขนาด มีประวัติเคยถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน มีปัญหาทางจิตสังคม ไม่ค่อยมีการติดต่อทางสังคม และทางครอบครัว มีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อน⁽⁴⁻¹¹⁾ ความสำคัญของการฆ่าตัวตายซ้ำคือ ผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยในงานวิจัยมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่างการศึกษาร้อยละ 1.2-13^(4-6,9,11)

ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในคลินิกให้คำปรึกษามาก่อนพบว่า มีผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายในคลินิกให้คำปรึกษามากถึงร้อยละ 61.7 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรค psychotic disorder โรค adjustment disorder และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี⁽¹²⁾

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยการฆ่าตัวตายนั้นประกอบด้วยหลายอย่าง ทั้งการให้ยาทางจิตเวชตามการวินิจฉัย รวมถึงการให้การรักษแบบจิตสังคมบำบัด ซึ่งต้องอาศัยทีมงานจิตเวชทั้งจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกรร่วมกันดูแลผู้ป่วย

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่ควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลายของปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันซึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ยังไม่เคยทำการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำมาก่อน ทางผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มา รักษาด้วยการฆ่าตัวตายในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์นั้น มีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือไม่และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างไรบ้างเพื่อเป็นแนวทางเพื่อการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็นซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อนำไปหาวิธีป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายให้ดียิ่งขึ้น

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ retrospective case-control study

ประชากรที่ศึกษา

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มาติดตามการรักษาที่จิตแพทย์ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่มีประวัติการมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือนขึ้นไป เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุดในช่วง 3 เดือนแรกหลังการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก โดยพบได้ถึงร้อยละ 40^(3,6) และมีข้อมูลประวัติการรักษาครบถ้วนตามที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีประวัติการมาติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง หรือมาติดตามการรักษาน้อยกว่า 3 เดือน หรือไม่มีข้อมูลประวัติการรักษาครบถ้วนตามที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้ค่า level of confidence=0.80, expected proportion=0.1⁽⁷⁾, precision of error=0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 60 ราย คำนวณประชากรเพิ่มร้อยละ 20 ได้ขนาดประชากรที่ศึกษา 72 ราย

เมื่อทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่มีการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ผ่านการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 มีจำนวน 168 ราย เป็นผู้ป่วยมาติดตามการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนเข้าได้กับเกณฑ์การเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 82 ราย

วิธีการศึกษา

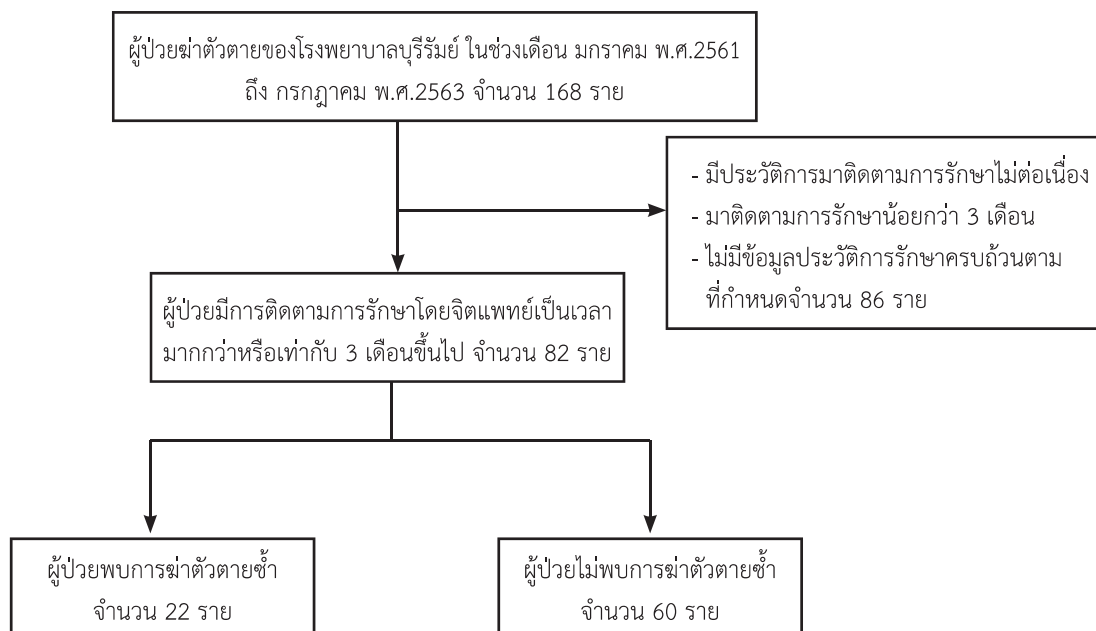
ทำการศึกษาแบบ retrospective case-control study ทำการทบทวนประวัติในเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส

อาชีพ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยจิตแพทย์ การใช้สารเสพติด (สุรา ยาบ้า กัญชา) ประวัติการฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งที่ฆ่าตัวตาย วิธีการฆ่าตัวตาย อาการปัจจุบัน ระยะเวลาที่มาติดตามการรักษา การรักษาโดยใช้ยาทางจิตเวช (antidepressant, antipsychotic, mood stabilizer, anxiolytic)

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบตัวแปรเดียว ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร ใช้สถิติพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression)

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร 0032.102.1/23

Study Flow



ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ส่งปรึกษาแผนกจิตเวชและผ่านการดูแลรักษาโดยจิตแพทย์ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 168 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่พบประวัติในเวชระเบียนและมีการติดตามการรักษาโดยจิตแพทย์เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนขึ้นไปเหลือจำนวน 82 ราย

ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศหญิงจำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.6 อายุเฉลี่ย 28 ปี (14-60 ปี) สถานภาพสมรส/หย่าร้างจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.7 ประกอบอาชีพจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 การวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มโรค mood disorder จำนวน 61 ราย

คิดเป็นร้อยละ 74.4 พบการวินิจฉัยโรคร่วมจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2 พบประวัติการใช้สุราจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 ยาบ้าจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.9 กัญชาจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 พบการฆ่าตัวตายซ้ำ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 วิธีฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยาเกินขนาดจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.8 อาการปัจจุบันพบว่าไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.7 ระยะเวลาที่มาทำการรักษาน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.1 ประวัติการใช้ยา ใช้อยากลุ่ม antidepressant จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.6 antipsychotic จำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.5 mood stabilizer จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2 anxiolytic จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัย	จำแนกข้อมูลย่อย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	หญิง	62(75.6%)
	ชาย	20(24.4%)
อายุ	อายุน้อยกว่า 21 ปี	33(40.2%)
	อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี	49(59.8%)
สถานภาพสมรส	โสด/หย่าร้าง	49(59.7%)
	สมรส	33(40.3%)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11(13.4%)
	นักเรียน/นักศึกษา	35(42.7%)
การวินิจฉัย	ประกอบอาชีพ	36(42.9%)
	Psychotic disorder	12(14.6%)
	Mood disorder	61(74.4%)
	Adjustment disorder	8(9.8%)
	Other diagnosis	1(1.2%)
การวินิจฉัยโรคร่วม	ไม่มี	72(87.8%)
	มี	10(12.2%)
ประวัติการใช้สุรา	ไม่มี	60(73.2%)
	มี	22(26.8%)
ประวัติการใช้ยาบ้า	ไม่มี	78(95.1%)
	มี	4(4.9%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัย	จำแนกข้อมูลย่อย	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการใช้กัญชา	ไม่มี	79(96.3%)
	มี	3(3.7%)
จำนวนครั้งที่ฆ่าตัวตาย	1 ครั้ง	60(73.2%)
วิธีการฆ่าตัวตาย	มากกว่า 1 ครั้ง	22(26.8%)
	กินยาเกินขนาด	40(48.8%)
	กรีดผิวหนัง	18(21.9%)
	กินสารเคมี	9(11.0%)
	ผูกคอ	9(11.0%)
	อื่นๆ	6(7.3%)
อาการปัจจุบัน	ไม่มีความคิดอยากตาย	49(59.7%)
	มีความคิดอยากตาย	15(18.3%)
	ไม่มาติดตามการรักษา	18(22.0%)
ระยะเวลาที่มาทำการรักษา	น้อยกว่า 1 ปี	46(56.1%)
	มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	36(43.9%)
ประวัติการใช้ยา		
Antidepressant	ไม่มี	11(13.4%)
	มี	71(86.6%)
Antipsychotic	ไม่มี	16(19.5%)
	มี	66(80.5%)
Mood stabilizer	ไม่มี	63(76.8%)
	มี	19(23.2%)
Anxiolytic	ไม่มี	20(24.4%)
	มี	62(75.6%)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง และกลุ่มที่ฆ่าตัวตายซ้ำจำแนกตามปัจจัยต่างๆ ได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบตัวแปรเดียว

ปัจจัย	จำแนกข้อมูลย่อย	การฆ่าตัวตาย		Chi-square	p-value
		ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ	หญิง	43(71.7%)	19(86.4%)	1.885	0.170
	ชาย	17(28.3%)	3(13.6%)		
อายุ	อายุน้อยกว่า 21 ปี	20(33.3%)	13(59.1%)	4.441	0.035
	อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี	40(66.7%)	9(40.9%)		
สถานภาพสมรส	โสด/หย่าร้าง	30(50.0%)	19(86.4%)	8.851	0.003
	สมรส	30(50.0%)	3(13.6%)		
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9(15.0%)	2(9.1%)	5.406	0.06
	นักเรียน/นักศึกษา	21(35.0%)	14(63.6%)		
	ประกอบอาชีพ	30(50.0%)	6(27.3%)		

ปัจจัย	จำแนกข้อมูลย่อย	การฆ่าตัวตาย		Chi-square	p-value
		ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน(ร้อยละ)		
การวินิจฉัย	Psychotic disorder	10(16.7%)	2(9.1%)	1.496	0.683
	Mood disorder	44(73.3%)	17(77.3%)		
	Adjustment disorder	5(8.3%)	3(13.6%)		
	Other diagnosis	1(1.7%)	0(0.0%)		
การวินิจฉัยโรคร่วม	ไม่มี	52(86.7%)	20(90.9%)	0.271	0.603
	มี	8(13.3%)	2(9.1%)		
ประวัติการใช้สุรา	ไม่มี	45(75.0%)	15(68.2%)	0.381	0.537
	มี	15(25.0%)	7(31.8%)		
ประวัติการใช้ยาบ้า	ไม่มี	58(96.7%)	20(90.0%)	1.150	0.284
	มี	2(3.3%)	2(9.1%)		
ประวัติการใช้กัญชา	ไม่มี	58(96.7%)	21(95.5%)	0.067	0.796
	มี	2(3.3%)	1(4.5%)		
วิธีการฆ่าตัวตาย	กินยาเกินขนาด	26(43.3%)	14(63.6%)	6.496	0.165
	กรีดผิวหนัง	12(20.0%)	6(27.3%)		
	กินสารเคมี	8(13.3%)	1(4.5%)		
	ผูกคอ	9(15.0%)	0(0.0%)		
	อื่นๆ	5(8.3%)	1(4.5%)		
อาการปัจจุบัน	ไม่มีความคิดอยากตาย	37(61.7%)	12(54.5%)	1.657	0.437
	มีความคิดอยากตาย	9(15.0%)	6(27.3%)		
	ไม่มาติดตามการรักษา	14(23.3%)	4(18.2%)		
ระยะเวลาที่มาทำการรักษา	น้อยกว่า 1 ปี	33(55.0%)	13(59.1%)	0.109	0.741
	มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	27(45.0%)	9(40.9%)		
ประวัติการใช้ยา					
Antidepressant	ไม่มี	9(15.0%)	2(9.1%)	0.484	0.487
	มี	51(85.0%)	20(90.9%)		
Antipsychotic	ไม่มี	12(20.0%)	4(18.2%)	0.034	0.854
	มี	48(80.0%)	18(81.8%)		
Mood stabilizer	ไม่มี	47(78.3%)	16(72.7%)	0.284	0.594
	มี	13(21.7%)	6(27.3%)		
Anxiolytic	ไม่มี	14(23.3%)	6(27.3%)	0.135	0.713
	มี	46(76.7%)	16(72.7%)		

ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำคือ สถานภาพโสดหรือหย่าร้างจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าสถานภาพสมรส 6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.04-40.00, $p=0.046$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 0.98 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(95%CI=0.74-33.87, $p=0.098$) เพศหญิงจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเพศชาย 5 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.74-33.87, $p=0.098$) การใช้สารเสพติด (สุรา ยาบ้า กัญชา) มีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ 2 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.49-8.34, $p=0.333$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปร

ตัวแปร	B	S.E.	Sig.	Odds ratio	95%CI
สถานภาพโสด/หย่าร้าง	1.86	0.93	0.046	6.44	1.04-40.00
อายุ	-0.02	0.05	0.735	0.98	0.89-1.08
เพศหญิง	1.61	0.98	0.098	5.01	0.74-33.87
การใช้สารเสพติด (สุรา ยาบ้า กัญชา)	0.70	0.73	0.333	2.02	0.49-8.34

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่มารักษาด้วยการฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2563 และมาติดตามการรักษาโดยจิตแพทย์เป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไปจำนวน 82 ราย พบว่ามีการฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 9.8-40 ซึ่งความแตกต่างของอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำขึ้นกับจำนวนปีที่ติดตามการรักษาถ้ามีการติดตามการรักษาระยะเวลานานอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำจะเพิ่มขึ้น⁽⁴⁻¹¹⁾ แต่เนื่องจากการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา มากกว่า 3 เดือนร้อยละ 49 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายทั้งหมด ถ้าได้ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดได้จะทำให้ได้อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำที่น่าเชื่อถือมากขึ้น ส่วนวิธีการที่ใช้ที่พบมากที่สุดคือ การกินยาเกินขนาดเช่นเดียวกันกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(7,11)

เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมา^(7,10,11) และมีการฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression เพศหญิงจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเพศชาย

5 เท่า (95%CI=0.74-33.87, $p=0.098$) แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่ได้ว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จบ่อยกว่าเพศชาย 4 เท่า⁽³⁾ ในช่วงอายุของกลุ่มที่ฆ่าตัวตายซ้ำ มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง (อายุเฉลี่ย 23 และ 30 ปี) เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 0.98 (95%CI=0.89-1.08, $p=0.735$) แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่ากลุ่มคนที่อายุน้อยจะมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าคนที่อายุมากขึ้น^(4,7,9,10)

สถานภาพสมรสโสดหรือหย่าร้างพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงมาก เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression สถานภาพโสดหรือหย่าร้างจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าสถานภาพสมรส 6 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=1.04-40.00, $p=0.046$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายครั้งแรกจะมีสถานภาพสมรสระหว่างโสด/หย่าร้างและสมรสเท่าๆ กันคือร้อยละ 50 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำพบว่าผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสโสด/หย่าร้างร้อยละ 86.4 ซึ่งได้ข้อมูลใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายครั้งแรกจะมีสถานภาพ

โสด/หย่าร้างร้อยละ 58.4 และกลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำจะมีสถานภาพโสด/หย่าร้างร้อยละ 75.8⁽¹¹⁾ ตรงกับปัจจัยที่กล่าวถึงคนโสด ไม่เคยสมรส ผู้ที่หย่าร้างเป็นหม้ายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และพบบ่อยในคนที่แยกตัวจากสังคม^(3,4) การมีคนใกล้ชิดเป็นที่พึ่งพิง สังเกตอาการของผู้ป่วย เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ และช่วยดูแลเรื่องการรักษาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การฆ่าตัวตายซ้ำลดลง การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกลุ่ม mood disorder ทั้งในกลุ่มฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง (ร้อยละ 73.3) และกลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำ (ร้อยละ 77.3) ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าการวินิจฉัย mood disorder เป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายซ้ำ^(4,7,11) แต่จำนวนไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุรา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ^(3,9) ในการศึกษาพบว่าอัตราการใช้สุราในกลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำ (ร้อยละ 31.8) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง (ร้อยละ 25.0) เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการใช้สุราในกลุ่มฆ่าตัวตายซ้ำ (ร้อยละ 19.8) มีมากกว่ากลุ่มฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง (ร้อยละ 13.9) เช่นเดียวกัน⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้สารเสพติด (สุรายาบ้า กัญชา) มีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ 2 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.49-8.34, p=0.333)

การได้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทำให้ทางผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้ไปปรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่โสดหรือหย่าร้าง ควรต้องมีการเฝ้าระวังและนัดมาติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ญาติผู้ป่วยให้เข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถมีส่วนช่วยเหลือทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่รักษาโดยจิตแพทย์เท่านั้น ทำให้อาจได้ไม่ครบถ้วน ควรมีการติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาที่จิตแพทย์ที่โรงพยาบาล เช่น โทรประสานผู้ป่วยและญาติ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลงาน

วิจัย และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ข้อมูลของการศึกษานี้มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่มาติดตามการรักษาที่จิตแพทย์มากกว่า 3 เดือนเพียงร้อยละ 49 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายทั้งหมด แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำจะมีมากที่สุดภายใน 3 เดือนแรก^(3,6) แต่ไม่ได้ครอบคลุมถึงการฆ่าตัวตายซ้ำทั้งหมด ควรมีการติดตามผู้ป่วยนานขึ้น และมีสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง ทางผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาระบบการติดตามรักษา ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ใกล้ชิดเฝ้าระวังป้องกันผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณวิภาวี ภัทรวุฒิพร ที่ให้คำปรึกษางานวิจัยและให้ความช่วยเหลือเรื่องการค้าถามทางสถิติ ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจให้ ขอขอบคุณทีมงานรักษารักษาโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. [สืบเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2020]. สืบค้นได้จาก:URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2020]. สืบค้นได้จาก:URL: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp

3. กมลเนตร วรรณเสวก. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง. ใน : นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราชDSM-5. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558: 121-34.
4. Johnsson Fridell E, Ojehagen A, Träskman-Bendz L.A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(3):151-7.
5. Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival—findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):205-11.
6. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients *Clin Epidemiol* 2011;3: 305-13.
7. ธัญชนก บุญรัตน์. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2559; 30(1):101-9.
8. Sawa M, Koishikawa H, Osaki Y. Risk Factors of a Suicide Reattempt by Seasonality and the Method of a Previous Suicide Attempt: A Cohort Study in a Japanese Primary Care Hospital. *Suicide Life Threat Behav* 2017;47(6):688-95.
9. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):163.
10. Grendas LN, Rojas SM, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Chiapella et al. Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *J Affect Disord* 2019;258:144-50.
11. Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernández A, Elorza-Pardo R. Repeated suicide attempts: a follow-up study. *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47(4):127-36.
12. จินตนา กมลพันธ์, วันรวิ พิมพ์รัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยคลินิกให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์* 2563;35(2):481-90.