

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่

ธัญชนก บุญรัตน์* พ.บ. ว.ว. จิตเวชศาสตร์

Suicidal Behaviors of Patients in Psychiatric Clinic in Hatyai Hospital

Abstract

The purpose of this retrospective descriptive study was decided to study suicidal behavior and the relationship between suicidal behavior and other related factors. The suicidal attempters in psychiatric clinic from October 2011 to September 2014 was conducted from out-patient department records and psychiatric clinic records. Demographic and clinical data were analyzed by descriptive statistics. Relationship between other factors with suicide attempts and risk factors for repeated suicide attempts were analyzed by using the chi-square test and univariate logistic regression.

There were 286 suicidal attempters during the study period. Most were female and aged between 19-30 yearsold , married and were employed. Most of them were first attempters and usually caused by interpersonal problem with their close relatives. Drug overdose was the number one common method. A majority of suicidal attempters were received diagnosis of adjustment disorder. Patients with mood disorders were likely to repeat suicide attempt more than other groups with a statistically significant ($p=0.01$).

Drug overdose was the most common method for suicidal attempter from interpersonal problem with their close relatives. Those who had been diagnosed as mood disorders are at high risk of repeated suicide. Appropriate treatment and planning should be further studied for preventing repeated suicidal attempt.

Thunchanok Boonrut M.D.
Psychiatric department,
Hatyai Hospital,
Songkhla 90110

วารสารวิชาการแพทย์ ;30
เขต 11 2559
Reg Med J 2016 : 101 - 109

Keywords : suicidal behavior, suicidal attempt

บทคัดย่อ

ศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซ้ำกับปัจจัยอื่น ๆ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล หาดใหญ่ตั้งแต่ตุลาคม 2554 ถึงกันยายน 2557 จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแฟ้มประวัติผู้ป่วยของกลุ่มงานจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆกับการพยายามฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายซ้ำโดยใช้วิธีทางสถิติไคส์แควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

พบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 286 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 19-30 ปี มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพรับจ้าง มักพยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกเนื่องจากปัญหาน้อยใจคนใกล้ชิด โดยใช้วิธีการกินยาเกินขนาด โรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็น adjustment disorder และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า mood disorders มีโอกาสที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักใช้วิธีการกินยาเกินขนาดโดยสาเหตุมักจะมาจากน้อยใจคนใกล้ชิดและผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น mood disorders มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำจึงควรมีการหามาตรการป้องกันและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำรหัส : พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ 182 ถนนรณรงค์ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

บทนำ

ปัญหาของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้บ่อยทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2555 การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นสาเหตุการตายอันดับ 15 โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 11.4 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย และเพศหญิง 15 และ 8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปี 2556 ในประเทศต่างๆทั่วโลกโดยรวมอยู่ที่ประมาณ 16.7 ต่อแสนประชากร² สำหรับทวีปเอเชียมีประเทศที่พบสูงสุดได้แก่ ไต้หวัน ศรีลังกา ญี่ปุ่น จีนและเกาหลีใต้ตามลำดับ³

สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2537 และสูงสุดในปี 2542 คือพบถึง 8.6 ต่อแสนประชากร ต่อมากรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการดูแลช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2544 เรื่อยมา ทำให้ในปี 2549 อัตราการฆ่าตัวตายได้ลดลงมาเป็น 5.8 ต่อแสนประชากร โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นกัน หลังจากนั้นอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งจนในปี 2553, 2554 และ 2555 พบอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.9, 6.0 และ 6.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ แต่ยังคงเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเมื่อปี 2542⁴

เมื่อดูข้อมูลของจังหวัดสงขลาพบว่าปี 2554 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 5.6 ต่อแสนประชากร และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁴ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปีนั้นมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการถึง 351 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.1 เป็นเพศหญิงและเป็น

ความพยายามกระทำครั้งแรกพบสูงถึง 345 คน (ร้อยละ 98.3)⁵

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั่นก่อให้เกิดความสูญเสียแก่สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมากเพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัว จึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่จะต้องศึกษาหาประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อจะได้หาแนวทางในการดูแลและป้องกันผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มาปรึกษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำกับปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและแฟ้มประวัติผู้ป่วยของกลุ่มงานจิตเวช ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกจิตเวชตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2557 จำนวนทั้งสิ้น 286 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจากแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ของ

ผู้ป่วย(เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา) ข้อมูลทางด้านคลินิก(ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านบุคลิกภาพ เซาว์ปัญญาและภาวะร่วมทางกาย)และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย(ศึกษาครั้งที่ของการพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดเหตุการณ์ วิธีการทำร้ายตนเอง การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษาทางด้านจิตเวช) หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฆ่าตัวตายกับปัจจัยอื่นๆเช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและค้นหาปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ศึกษาความสัมพันธ์ของพยายามทำร้ายตนเองกับปัจจัยอื่นๆ โดยใช้วิธีทางสถิติไครส์แควร์ (chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

(logistic regression analysis) นำเสนอเป็นค่า odds ratio และ 95% confidence interval (95%CI)

ผลการศึกษา

พบว่าในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาที่มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลหาดใหญ่ทั้งสิ้น 286 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.1 ช่วงอายุที่พบบ่อยอยู่ระหว่าง 19 - 30 ปี (ร้อยละ 46.5) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) มีสถานภาพสมรสอาชีพที่พบได้สูงสุดคืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.4) คือระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าพบบุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline ร้อยละ 2.8 และพบภาวะร่วมทางกายร้อยละ 7.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์และข้อมูลทางด้านคลินิก

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	33.9
หญิง	189	66.1
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี	167	58.4
มากกว่า 34 ปี	119	41.6
สถานภาพสมรส		
โสด	106	37.1
สมรส	146	51.0
หย่า	34	11.9
อาชีพ		
รับจ้าง	141	49.3
นักเรียน/นักศึกษา	32	11.2
อาชีพอื่นๆ	53	21.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	18.5
ศาสนา		
พุทธ	253	88.5
ศาสนาอื่นๆ	33	11.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	107	37.4
มัธยมศึกษา	83	29.0
ปวช./ปวส.	83	29.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	4.6

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์และข้อมูลทางด้านคลินิก (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาด้านบุคลิกภาพ, เซอร์ปัญญาและภาวะร่วมทางกาย		
เซอร์ปัญญาบกพร่อง	2	0.7
บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline	8	2.8
มีภาวะร่วมทางกาย	22	7.7
ไม่มีปัญหาข้างต้น	254	88.8

ส่วนพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.2) ได้พยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกสาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดเหตุการณ์เป็นจากปัญหาน้อยใจคนใกล้ชิด (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือปัญหาผิดหวังในความรักและเหงาหงอย ร้อยละ 24.5 วิธีการทำร้ายตนเองที่ใช้มากที่สุดคือกินยาเกินขนาดพบร้อยละ 43.4 รองลงมาคือกินสารเคมีในบ้านร้อยละ 35.3 และกินยาฆ่าหญ้า/ฆ่าแมลงร้อยละ 9.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น adjustment disorder พบร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ mood disorders พบร้อยละ 22 สำหรับวิธีการรักษานั้นพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 31.5 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาโดยการทำ crisis intervention ร่วมกับได้ยาจิตเวชดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เป็นการฆ่าตัวตายครั้งที่		
หนึ่ง	258	90.2
สองหรือมากกว่า	28	9.8
สาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดเหตุการณ์		
ปัญหาน้อยใจคนใกล้ชิด	133	46.5
ปัญหาผิดหวังในความรัก/เหงาหงอย	70	24.5
ปัญหาอื่นๆ	83	29.0
วิธีการทำร้ายตนเอง		
กินยาเกินขนาด	124	43.4
กินสารเคมีในบ้าน	101	35.3
กินยาฆ่าหญ้า/ฆ่าแมลง	27	9.4
ใช้วิธีการอื่นๆ	34	11.9
โรคทางจิตเวช		
adjustment disorder	83	29.1
mood disorder	63	22.0
other psychiatric disorders	27	9.4
no psychiatric diagnosis	113	39.5
วิธีการรักษา		
crisis intervention	196	68.5
crisis intervention ร่วมกับได้ยาจิตเวช	90	31.5

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีโรคทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ตัวแปร	การฆ่าตัวตาย		χ^2	df	p-value
	ครั้งแรก	ครั้งที่สองขึ้นไป			
เพศ					
ชาย	87(89.7)	10(10.3)	0.05	1	0.83
หญิง	171(90.5)	18(9.5)			
ช่วงอายุ					
น้อยกว่า/เท่ากับ 34 ปี	152(91.0)	15(9.0)	0.30	1	0.59
34ปีขึ้นไป	106(89.1)	13(10.9)			
อาชีพ					
รับจ้าง	127(90.1)	14(9.9)	2.47	3	0.48
นักเรียน/นักศึกษา	31(96.9)	1(3.1)			
อาชีพอื่นๆ	48(90.6)	5(9.4)			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	52(86.7)	8(13.3)			
สถานภาพสมรส					
โสด	99(93.4)	7(6.6)	2.32	2	0.31
สมรส	128(87.7)	18(12.3)			
หย่า	31(91.2)	3(8.8)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	96(89.7)	11(10.3)	0.67	3	0.88
มัธยมศึกษา	76(91.6)	7(8.4)			
ปวช./ปวส.	75(90.4)	8(9.6)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11(84.6)	2(15.4)			
สาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดเหตุการณ์					
ปัญหาอันยใจคนใกล้ชิด	122(91.7)	11(8.3)	2.12	2	0.35
ปัญหาผิดหวังในความรัก/หึงหวง	60(85.7)	10(14.3)			
ปัญหาอื่นๆ	76(91.6)	7(8.4)			
วิธีการทำร้ายตนเอง					
กินยาเกินขนาด	108(87.1)	16(12.9)	2.52	3	0.47
กินสารเคมีในบ้าน	93(92.1)	8(7.9)			
กินยาฆ่าเห่น้ำ/ฆ่าแมลง	25(92.6)	2(7.4)			
ใช้วิธีการอื่นๆ	32(94.1)	2(5.9)			
โรคทางจิตเวช					
no psychiatric diagnosis	109(92.4)	9(7.6)	10.99	2	<0.01
mood disorders	50(79.4)	13(20.6)			
other psychiatric disorders	99(94.3)	6(5.7)			

เมื่อวิเคราะห์แบบ univariate logistic regression พบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่ม mood disorders จะมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใดๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio=3.15, 95% CI= 1.26-7.85, p-value=0.01) **ดังตารางที่ 4**

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช	B	S.E.	Sig.	Odds ratio	95%CI
no psychiatric diagnosis(*referent category)	0*			1	
mood disorders	1.15	0.47	0.01	3.15	1.26-7.85
other psychiatric disorders	-0.31	0.55	0.57	0.73	0.25-2.14

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาพบว่าอัตราส่วนของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในสัดส่วน 2:1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยุทธ์ เสรีเสถียรและคณะที่พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.58 เท่า⁶ และการศึกษาในประเทศอิตาลี ก็พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 65.4 เช่นกัน⁷ อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่อารมณ์อ่อนไหวไม่สามารถที่จะหาทางออกอย่างอื่นในการระบายความเครียดได้ง่ายเหมือนเพศชายเช่นไปดื่มสุราเป็นต้น นอกจากนี้เพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมากกว่าเพศชายอยู่แล้ว ทั้งในโรค adjustment disorder, major depression และ dysthymia⁸

ช่วงอายุส่วนใหญ่พบตั้งแต่อายุ 19-30 ปี ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในประเทศจีนซึ่งพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.9) อายุระหว่าง 21-30 ปี⁹ ส่วนวัยสูงอายุนั้นในการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 2.4 เท่านั้นอาจเนื่องมาจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับสิ่กว่าตนเองไร้ค่าและวัฒนธรรมไทยยังเน้นเรื่องของความกตัญญูรู้คุณต่อพ่อแม่จึงยังมีการเลี้ยงดูเอาใจใส่ผู้สูงวัย ไม่ได้ละทิ้ง

สำหรับอาชีพที่พบส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49.3) เหมือนกับการศึกษาของนพพร อธิวิศวกุล และคณะ ที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40¹⁰ คล้ายกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ประกอบอาชีพรับจ้าง¹¹ เช่นกัน จึงอาจเป็นไปได้ว่าอาชีพรับจ้างเป็นงานที่ไม่แน่นอนและไม่มั่นคงทำให้มีความเครียดเพราะปัญหาเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน

ในด้านศาสนาพบว่าประชากรที่นับถือศาสนาพุทธมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 88.5 ต่างจากผู้นับถือศาสนาอิสลามที่พบเพียงแค่ 32 คน (ร้อยละ 11.2) เท่านั้น ซึ่งน่าจะเป็นเพราะประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ แต่อย่างไรก็ตามจากความเชื่อและข้อห้ามในหลักศาสนาอิสลามที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นบาปเป็นการละเมิดข้อห้ามของศาสนานั้น น่าจะมีการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมกลุ่มนี้ถึงพยายามฆ่าตัวตายเพื่อจะได้หาทางป้องกันและช่วยเหลือต่อไป

ส่วนระดับการศึกษานั้นจากงานวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยอื่นๆ ของประเทศไทยในอดีตเช่นงานวิจัยของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์และคณะที่พบว่าส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งในเพศหญิงและเพศชาย จบชั้นระดับประถมศึกษาเช่นกันโดยพบร้อยละ 42.4 และ 56.2 ตามลำดับ¹² และการศึกษาของประยุทธ์ เสรีเสถียรและคณะพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.9) ไม่ได้เรียนหรือจบเพียงแค่ชั้นประถมศึกษาเท่านั้น⁶ ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการระดับการศึกษาที่ค่อนข้างน้อยทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อเจอภาวะเครียดจึงได้พยายามฆ่าตัวตาย

สำหรับสถานภาพสมรสนั้นจากข้อมูลจะเห็นว่าพบสูงถึงร้อยละ 51 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของศุภรัตน์ เอกอัครวินที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม ส่วนใหญ่พบสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกันร้อยละ 45.7¹³ และการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิชิตชัยที่พบสถานภาพคู่ถึงร้อยละ 57.8¹⁴ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาในประเทศไทย

ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีแนวคิดทางสังคมวิทยาของทางตะวันตกที่มองว่าการหย่าร้างจะเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้มากเพราะบุคคลจะเกิดความรู้สึกผูกพันกับการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น⁸ แต่จากผลของงานวิจัยนี้ร่วมกับงานวิจัยอื่นๆ ในประเทศไทยกลับพบว่าช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายสูงคือช่วงเวลาที่มีการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันอาจเป็นเพราะสังคมไทยปัจจุบันเป็นสังคมที่มีค่านิยมของการใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกันก่อนที่จะแต่งงานและมีการแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อยเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ทำให้รายวุฒิในการครองเรือนอาจยังไม่ดีพอ เมื่อสภาพชีวิตคู่ประสบกับปัญหาจึงไม่สามารถที่จะหาทางออกได้ ซึ่งจากข้อมูลเรื่องสาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายพบว่าร้อยละ 46.5 มาจากปัญหาน้อยใจคนใกล้ชิดและปัญหาผิดหวังในความรักและการหึงหวงพบได้ถึงร้อยละ 24.5 ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจทำร้ายตนเองดังการศึกษาของพรศิลป์ อุปันันท์ เกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดได้แก่น้อยใจคนใกล้ชิดและถูกดูว่ากล่าวจากคนใกล้ชิดเช่นกัน¹⁵

ส่วนโรคร่วมทางด้านจิตเวชที่พบบุคลิกภาพผิดปกติ 8 ราย (ร้อยละ 2.8) โดยเป็น borderline personality disorder ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของประเทศเยอรมันที่พบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดนี้สูงถึงร้อยละ 16¹⁶ อาจเป็นเพราะข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยจิตแพทย์อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ส่วนภาวะร่วมทางกาย (medical condition) พบ 22 ราย (ร้อยละ 7.7) ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีภาวะดังครวรร 8 ราย และโรคร่วมทางกายอีก 14 ราย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคลมชัก โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคเมะเร็งซึ่งผลของงานวิจัยนี้คล้ายกับการศึกษาของ Zhao CJ และคณะที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 12 มีโรคทางกายร่วมด้วย⁹ เกี่ยวกับเรื่องนี้มาโนช หล่อตระกูลได้เคยกล่าวไว้ว่าโรคทางกายมีส่วนทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นได้ในหลายๆ ด้าน เช่น ตัวโรคทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของตัวโรคเองหรือการรักษาด้วยยาทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยมีความกดดันทางจิตสังคมจากความเจ็บป่วยทางกายเป็นต้น²

ในด้านของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นการฆ่าตัวตายครั้งแรกพบสูงถึงร้อยละ 90.2 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิรัชย์ ที่พบการทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 87.5¹⁴ แต่จะเห็นว่าผู้ป่วยอีกร้อยละ 9.8 ที่ฆ่าตัวตายซ้ำตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษเพื่อจะได้ป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำอีก ในแง่ของวิธีการพบว่าส่วนใหญ่จะใช้วิธีการกินยาเกินขนาดพบร้อยละ 43.4 ซึ่งมักจะเป็นยาที่หาได้ใกล้ๆ ตัวเช่นยาพาราเซตามอล ยานอนหลับ รองลงมาคือการกินสารเคมีในบ้าน เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ พบร้อยละ 35.3 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของวิภาพร เสดะจันทร์ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากใช้วิธีการกินยาเกินขนาดถึงร้อยละ 40¹⁷

ส่วนโรคจิตเวชที่พบส่วนใหญ่ของงานวิจัยนี้คือ adjustment disorder เหมือนการศึกษาของชพร อิทธิวิศกุล และคณะที่พบ adjustment disorder มากเป็นอันดับหนึ่งเช่นกันโดยพบสูงถึงร้อยละ 46¹⁰ ซึ่งน่าจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยมีความกดดัน ดึงเครียด จากเหตุที่ทำให้เครียด (stressor) จนทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบกลุ่ม mood disorders เพียงร้อยละ 22 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Ferreira de Castro E และคณะที่ศึกษาในประเทศโปรตุเกสที่พบ depressive disorder สูงถึงร้อยละ 56¹⁸ น่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์เพราะจะได้รับการประเมินและทำ crisis intervention โดยนักจิตวิทยา ก่อนหากนักจิตวิทยาประเมินแล้วสงสัยว่าจะเป็น major psychiatric disorders จึงจะส่งพบจิตแพทย์ ทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงบางคนไม่ได้รับการประเมินซ้ำจากจิตแพทย์

เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของโรคต่างๆ กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำพบว่ากลุ่ม mood disorders มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.26-7.85, p = 0.01) โดยมีค่า odds ratio สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชถึง 3.15 เท่า ซึ่งคล้ายกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 83 เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน¹⁹ ดังนั้นแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์จึงควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

สรุป

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 19-30 ปี ส่วนใหญ่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรก โดยวิธีการกินยาเกินขนาดและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่ม mood disorders มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีก อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ก็ยังมียข้อจำกัดอยู่บ้างได้แก่ 1) เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้อาจได้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน 2) มีผู้ป่วยที่ได้พบแต่นักจิตวิทยาเพื่อทำ crisis intervention เพียงอย่างเดียวและยังมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายอีกจำนวนหนึ่งที่ได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์ต่างแผนกแต่กลับไม่มาพบจิตแพทย์ตามนัดทำให้ไม่ได้รับการประเมินและดูแลโดยจิตแพทย์จึงไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะมีการหรือโรคทางจิตเวชร่วมอยู่ด้วยก็เป็นได้ ดังนั้นน่าจะมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อจะให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไปนอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ยังพบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งกำลังตั้งครรภ์ดังนั้นน่าจะมีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยร่วมมือกับสูติ-นรีแพทย์สำหรับวิธีการทำร้ายตนเองซึ่งส่วนใหญ่ใช้ยาหรือสารเคมีในบ้านซึ่งแพทย์หรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดหรือผู้ที่เกี่ยวข้องน่าจะมีวิธีการในการควบคุมการเข้าถึงสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่นแพทย์ไม่ควรสั่งยาให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงครั้งละมากๆ หรือการควบคุมให้บรรจพาราเซตามอลในแผงชนิดแกะใช้ทีละเม็ด (blister pack) ดังที่มาโนช หล่อตระกูลเคยแนะนำไว้²

การศึกษานี้ถึงแม้จะเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง แต่ก็ทำให้ทราบข้อมูลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นที่พยายามฆ่าตัวตายต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่ม mood disorders ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศ.นพ. พิเชฐ อุดมรัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และรศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ความช่วยเหลือด้วยการแนะนำระเบียบวิจัยให้ข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงต้นฉบับและขอขอบคุณดร.เบญจทิรา รัชตพันธนากร งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Age-standardized suicide rates (per 100,000 population). [Last update 2012]. Retrived from : http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/. Cited 15 January 2016.
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โครงการตำรากรมอาชีวศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553:9-264.
3. World Health Organization. Suicidal rates and absolute number of suicide by country 2012. [Last update 2014]. Retrived from : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>. Cited 15 January 2016.
4. อภิชัย มงคลและคณะ. รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทย (รายต่อแสนประชากร). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: https://www.suicidethai.com/report/graph/stat_r.asp. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2559.
5. กลุ่มงานจิตเวช. สรุปงานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชปี 2554. โรงพยาบาลหาดใหญ่. สงขลา; 2554: 21-23.
6. ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วัชรวิทย์ อุจะรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม. การศึกษาระบาดของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2541; 43: 14-21.

7. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry* 2015;15:13.
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 11th ed. Baltimore : Lippincott Williams&Wilkins;2015:763-74.
9. Zhao CJ, Dang XB, Su XL, Bai J, Ma LY. Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in Northwestern China. *MedSci-Monit* 2015;21:2743-9.
10. นชพร อธิวิศวกุลม, จินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ. ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย;การศึกษาในผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี 2539. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2541;22:103-9.
11. Pimple P, Shah N, Sonavane S, Bharati A, De Sousa A. A clinico-epidemiological profile of suicide attempters in an urban tertiary General Hospital. *Delhi Psychiatry Journal* 2014;16:308-16.
12. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อัมพรศรี ธนไพศาล, สุพรรณิ เกกนิชะ. รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คนของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประชากรวิเคราะห์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43:2-13.
13. สุภรัตน์ เอกอัศวิน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2545;10:143-50.
14. ประภาศรี ปัญญาวิชิตชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตตรวจราชการที่8. *วารสารราชานุกูล*. 2549;21:24-34
15. พรศิลป์ อุปันนธ์. ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลแมจัน จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรง* 2552; 25: 27-37.
16. Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Moller HJ, Ronchi DD, et al. Temperament and character of suicide attempters. *JPsychiatr Res* 2008;42:938-45.
17. วิทยาพร เสตะจันทร์. ระบาดวิทยาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์*. 2553-2554;8:51-59.
18. Ferreira de Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I. Parasuicide and mental disorders. *ActaPsychiatrScand* 1998;97:25-31.
19. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12-month prospective study among patients with depressive disorder. *Psychiatry Research* 2014;220:867-73.

